



BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

Catherine Gilbert

Essai théorique en art-thérapie

ATH4102

COMMENT L'ART-THÉRAPIE SOCIALE PEUT CONTRIBUER AU MOUVEMENT
DES ENTENDEURS DE VOIX

Travail présenté à

Sophie Boudrias

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

2 septembre 2022

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	3
INTRODUCTION	4
1. LE PHÉNOMÈNE DE L'ENTENTE DE VOIX.....	5
1.1. <i>La nature et la fréquence du phénomène.....</i>	<i>5</i>
1.2. <i>Le rétablissement et les stratégies d'adaptation</i>	<i>7</i>
1.3. <i>La stigmatisation en santé mentale et l'entente de voix</i>	<i>10</i>
2. LE MOUVEMENT DES ENTENDEURS DE VOIX	14
2.1. <i>L'histoire et la mission du mouvement.....</i>	<i>14</i>
2.2. <i>Le Réseau des Entendeurs de voix du Québec</i>	<i>15</i>
3. L'ART-THÉRAPIE SOCIALE	17
3.1. <i>Les objectifs de l'art-thérapie sociale</i>	<i>17</i>
3.2. <i>La place de l'art-thérapeute social.e.....</i>	<i>18</i>
3.2.1 <i>Modèle théorique.....</i>	<i>19</i>
3.3. <i>L'art-thérapie sociale et la société.....</i>	<i>20</i>
3.4. <i>Le pouvoir de l'image.....</i>	<i>21</i>
4. L'ART-THÉRAPIE SOCIALE ET L'ENTENTE DE VOIX	25
4.1 <i>Recommandations générales en art-thérapie pour la population ciblée.....</i>	<i>25</i>
4.2 <i>Outils art-thérapeutiques pour l'entente de voix.....</i>	<i>28</i>
4.3 <i>Contribution du MEDV à l'approche art-thérapeutique.....</i>	<i>29</i>
4.3.1 <i>Comment l'art-thérapie peut accompagner l'entente de voix.....</i>	<i>29</i>
4.4 <i>La contribution potentielle de l'art-thérapie sociale au mouvement</i>	<i>30</i>
4.4.1 <i>La collaboration entre l'art-thérapie sociale et le Mouvement.....</i>	<i>31</i>
4.4.2 <i>Les stratégies d'adaptation selon l'art-thérapie sociale</i>	<i>31</i>
4.4.3 <i>La création de projets ayant une portée politique et sociale.....</i>	<i>32</i>
CONCLUSION.....	34
ANNEXE A	36
LISTE DE RÉFÉRENCES.....	38

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Stratégies d'adaptation art-thérapeutiques.....36

INTRODUCTION

L'entente de voix (EDV) est un phénomène relativement fréquent qui fait partie depuis longtemps de l'expérience humaine. Pourtant elle fait encore l'objet de stigmatisation. À ce jour, elle est souvent représentée négativement dans les médias et dans la culture. L'accompagnement des personnes qui entendent des voix implique de remettre en question ces perceptions négatives pour les accompagner dans leur émancipation. C'est précisément la mission du *Mouvement des entendeurs de voix* (MEDV), dont sont issus des groupes de soutien au cœur de plusieurs organismes en santé mentale à travers le monde.

L'art-thérapie met traditionnellement de l'avant le pouvoir de guérison de l'art et du processus créatif sur une échelle individuelle et au sein d'une dynamique de groupe. L'art-thérapie sociale (Social Action Art Therapy), quant à elle, se penche sur la compréhension et le démantèlement de toute oppression sociale, comme celle qui frappe l'entente de voix.

L'objectif de cet essai est de mieux comprendre comment l'art-thérapie sociale peut contribuer au MEDV. Pour ce faire, différents aspects du phénomène de l'entente de voix seront présentés. Par la suite, le MEDV, sa mission et son histoire seront exposés. L'art-thérapie sociale sera également définie, de même que son rapport à la société actuelle et le pouvoir de l'image dans la transformation de soi et du monde.

Dans la dernière section, nous tenterons d'articuler l'art-thérapie sociale avec le MEDV. La relation entre l'art-thérapie traditionnelle et les personnes vivant avec des perceptions extrasensorielles sera soulignée, notamment par l'existence d'outils art-thérapeutiques adaptés, ainsi que les contributions du MEDV à l'art-thérapie de groupe. En terminant, nous identifierons des façons par lesquelles la création de groupes en art-thérapie sociale peut apporter des bénéfices à la communauté des personnes entendant des voix (PEDV).

1. LE PHÉNOMÈNE DE L'ENTENTE DE VOIX

Dans l'ensemble de cet essai, plutôt que de parler d'hallucinations auditives ou d'autres symptômes menant à un diagnostic en santé mentale lié à la psychose, nous reprenons les termes employés par les membres du MEDV. Le mot "voix" désigne ici toutes les expériences extrasensorielles ressenties par une personne, autant sur le plan auditif, visuel que somatosensoriel. Cette section décrit le phénomène de l'EDV sous plusieurs angles : la nature et la fréquence du phénomène, le rétablissement et les stratégies d'adaptation utilisées face à l'EDV et la stigmatisation en santé mentale qui affecte les PEDV.

1.1. La nature et la fréquence du phénomène

L'EDV est un phénomène relativement commun chez la population générale. Plusieurs études s'intéressent à la prévalence de l'EDV : 4 à 25 % des gens auraient entendu ou entendent des voix (Johns, Nazroo, *et al.*, 2002; Slade et Bentall, 1988; Tien, 1991; West, 1948, dans Beck et Rector, 2003).

L'apparition de voix peut survenir certains contextes, comme en réaction au deuil d'un partenaire amoureux, pendant une période d'isolement ou de privation sensorielle ainsi que dans le cadre d'hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques (Kingdon et Turkington, 2005, Watkins, 2008). Selon Moskowitz et Corstens (2007), une personne peut entendre des voix sans être psychotique. Ceux-ci mentionnent également qu'il est possible que l'apparition des voix relève d'un trouble dissociatif plutôt que d'un trouble psychotique. Les arguments pour étayer cette position incluent le fait que pour certaines personnes, il s'agirait du seul symptôme « psychotique » avec lequel elles composent. La dissociation serait la source de la présence des voix, notamment en raison de l'existence de traumatismes passés. On parle également du trouble dissociatif de l'identité dans lequel la personne, appelée hôte, entend les voix de ses alter egos ou d'autres personnalités.

Pour la PEDV, la provenance des voix est unique à sa propre situation. Elles peuvent sembler provenir de l'intérieur des oreilles, de l'extérieur ou des deux (Nayani et David, 1996; Leudar *et al.*, 1997). Pour ce qui est de celles qui semblent venir de l'intérieur, le phénomène s'apparente au discours interne que la population générale expérimente sur une base quotidienne, bien qu'elles puissent lui sembler appartenir à quelqu'un d'autre. Il peut

s'agir de voix individuelles, provenant d'individus dans l'entourage de la PEDV, de voix qui discutent ensemble à son propos, qui s'adressent à elle au nom d'un tiers ou encore d'une seule voix qui est inconnue. Les voix peuvent également participer aux discussions que la PEDV a avec quelqu'un d'autre. Les voix et la PEDV peuvent avoir des échanges de type question-réponse, demande-refus ainsi qu'assertion-entente, sous la forme d'une négociation intérieure.

Nayani et David (1996) ont interrogé 100 personnes psychotiques dans le cadre d'une recherche phénoménologique. Ils ont constaté que le ton des voix était comparable à celui que les PEDV empruntent elles-mêmes habituellement, sauf lorsqu'elles sont en colère. La moyenne du nombre de voix entendues était de trois, elles appartenaient généralement à une personne d'âge moyen et étaient majoritairement masculines. Selon Leudar *et al.* (1997), les voix colériques ou offensantes sont plus présentes chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie. Ils constatent également que les personnes qui n'ont pas été institutionnalisées vivent plutôt avec des voix appartenant aux membres de leur famille, et/ou à elles-mêmes.

La forme de voix la plus fréquente est la régulation des activités de la PEDV par le biais de directives (Leudar *et al.*, 1997). Les voix peuvent, au moment même d'une activité quelconque, partager leur évaluation ou encore diriger et/ou influencer sur les gestes de la PEDV par des ordres ou des commentaires. L'influence des voix peut être très grande, certaines personnes ayant beaucoup de difficulté à ne pas suivre les indications données. Elles peuvent également être encourageantes et positives (Lepage, 2009). Leudar *et al.* (1997) s'intéressent également à la fonction des voix dans leur quotidien : les PEDV peuvent se retrouver soudain en posture d'observation, en retrait, en proie à la passivité et à la dissociation. Leur fonction peut aussi en être une de protection bienveillante (Lepage, 2009).

Les voix seraient également représentatives des relations interpersonnelles de la PEDV, particulièrement en ce qui a trait aux relations de pouvoir avec ses proches ou avec la société (Birchwood *et al.*, 2000). Ces chercheurs ont également constaté que le niveau de détresse affecte à la hausse l'intensité des voix.

Les PEDV s'expliquent la présence des voix dans leur vie par différentes croyances. Certaines de ces croyances favorisent une meilleure adaptation au quotidien, d'autres une non-adaptation (Chadwick *et al.*, 2003). Certaines concernent l'identité des voix (ex. : des anges, des extraterrestres, etc.) alors que d'autres expliquent leur mode de transmission, (ex. : elles sont transmises grâce à la télépathie ou grâce à la technologie). Les PEDV peuvent aussi entretenir certaines croyances concernant la toute-puissance des voix et les conséquences qui pourraient découler du fait de leur désobéir.

Il existe un rapport entre la présence des voix et les événements passés dans la vie de la personne (Longden *et al.*, 2012). Une grande anxiété ou une réactivation d'un stress passé est associée à la détresse des PEDV, tout comme une interprétation négative d'anciennes expériences à caractère psychotique (Longden *et al.*, 2012). De telles caractéristiques seraient particulièrement présentes chez des personnes ayant un historique de grande exposition au stress ainsi que de traumatismes. Ainsi, Longden *et al.* (2012) concluent que le fait d'explorer les liens entre l'histoire de vie d'une personne et la détresse que provoquent les voix peut enclencher un processus de rétablissement.

1.2 Le rétablissement et les stratégies d'adaptation

Le fait de trouver du sens dans ce que disent les voix comporte des avantages sur le plan thérapeutique (Beavan et Read, 2010; Fenekou et Georgaca, 2010). Romme et Escher (1989) ont identifié trois stades de rétablissement à franchir par une personne qui cohabite avec les voix. Le premier, appelé stade de la surprise, réfère à des expériences particulièrement difficiles avec les voix en raison de leur nature intrusive et parfois terrifiante, générant du stress et/ou de l'anxiété. Le deuxième stade est dit organisationnel. Il requiert la recherche puis la découverte d'un sens afin d'intégrer l'expérience des voix au vécu personnel. Les membres du MEDV travaillent de près sur cette étape cruciale. On y encourage une expression de soi plus en profondeur et la composition de récits individuels ou de partages auxquels les autres peuvent aussi s'associer. Le troisième stade, appelé stabilisateur, implique un rapport nouveau avec les identités derrière les voix et une cohabitation plus harmonieuse.

La réhabilitation sociale de personnes institutionnalisées serait possible grâce à l'acceptation de la présence des voix et l'adoption de stratégies d'adaptation (Falloon et Talbot, 1981; Strauss, 1989).

Comme l'indique Longden (2012), chercheuse, membre des PEDV et animatrice de groupes de soutien, les voix fournissent des informations importantes sur l'état mental de la personne et une meilleure compréhension de celui-ci (Longden *et al.*, 2012, cité dans Molinié, 2018).

Les croyances qu'entretiennent les PEDV relativement à la présence des voix ont une incidence sur les stratégies utilisées (Sayer *et al.*, 2000). Le fait de prêter des intentions malveillantes aux voix peut entraîner une stratégie d'évitement ou d'opposition. À l'inverse, si les voix sont perçues comme étant bienveillantes, des stratégies d'engagement seront privilégiées, comme le développement d'une véritable relation constructive dotée d'une communication ouverte (Birchwood et Chadwich, 1997).

Plusieurs études ont répertorié les stratégies utilisées par les PEDV. Certaines concernent l'aspect plus cognitif de l'expérience, telles que le fait de détourner l'attention vers une activité de la vie quotidienne (Romme *et al.*, 1992). Le changement de comportement est également une option, que ce soit en adoptant des habitudes de vie ou des passe-temps, comme une pratique artistique, la lecture, le jardinage et autres (Falloon et Talbot, 1981; Carter *et al.*, 1996; Romme et Escher, 1989). Il en va de même pour la mise en action du corps, par exemple par la pratique d'un sport comme la marche, car cela permet de modifier les perceptions sensorielles (Falloon et Talbot, 1981; Carter *et al.*, 1996; Romme et Escher, 1989). C'est également le cas pour la méditation pleine conscience (Romme et Escher, 1989) et la relaxation (Falloon et Talbot, 1981; Carter *et al.*, 1996). L'utilisation d'objets comme des écouteurs ou encore des bouchons peut également faciliter la gestion des voix (Romme *et al.*, 1992). Une autre occupation qui peut faciliter la gestion des voix touche à la sphère sociale dans son ensemble, puisqu'interagir avec une ou plusieurs personnes peut devenir une source de distraction efficace (Falloon et Talbot, 1981).

À l'inverse, une autre stratégie consiste à considérer les voix comme des relations à part entière à moduler au besoin. Par exemple, la personne peut accorder une écoute entière aux voix pour un temps prédéterminé, à une période donnée, tout en instaurant des limites afin

de ne pas se mettre en position d'écoute en tout temps (Romme *et al.*, 1992). Dans le même ordre d'idées, se concentrer uniquement sur les voix positives est une stratégie utilisée. Entrer en relation avec les voix peut être bénéfique, que ce soit pour s'opposer ou pour raisonner avec elles (Romme *et al.*, 1992).

Différents outils ont été recueillis et présentés par Le *Pavois* (Soucy et Saint-Onge, 2012) dans le cadre de la formation pour de futurs animateurs et animatrices du MEDV. Certains de ces outils sont employés pour faciliter la prise de conscience de l'impact de différentes habitudes de vie. Par exemple, la tenue d'un journal quotidien permet de découvrir l'incidence de la consommation de drogue et d'alcool sur les voix ou encore certains aspects comme le sommeil, la période prémenstruelle, la présence d'un problème physique ou l'alimentation. Une autre raison derrière l'utilisation du journal est de documenter les expériences vécues avec les voix, telles que l'identité de la voix, l'emplacement où elle s'est manifestée ainsi que toute information qui pourrait permettre d'en retirer un sens particulier, par exemple l'élément déclencheur de leur présence (Romme *et al.*, 1992).

Certaines stratégies sont ancrées dans l'action, comme le fait de dire aux voix d'arrêter en haussant le ton, en faisant un geste de la main ou les deux, par exemple en les congédiant à l'aide d'une phrase claire associée à un geste brutal (Deegan, 1995, cité dans Soucy et Saint-Onge, 2012). Il est également recommandé d'utiliser la visualisation pour enfermer les voix dans une pièce, construire un mur, les envoyer en mission (Deegan, 1995, Smith *et al.* 2003, cités dans Soucy et Saint-Onge, 2012). Il semblerait également que le fait d'associer une aversion à l'apparition des voix, en tirant par exemple sur un élastique attaché à son poignet, soit en mesure de les repousser (Deegan, 1995, cité dans Soucy et Saint-Onge, 2012).

Soucy et Saint-Onge (2012) mettent également de l'avant des stratégies d'adaptation qui sont directement en lien avec le rétablissement : raconter ses expériences avec une personne de confiance, vérifier si les voix disent la vérité, les mettre au défi, leur répondre à haute voix, limiter le temps de communication, demander qu'elles soient moins dures et collaborent davantage et élire l'une d'elles avec qui communiquer directement (Deegan, 1995; Coleman et Smith, 1997; Smith *et al.* 2003, cité dans Soucy et Saint-Onge, 2012).

Des stratégies visent à renforcer le soi, comme l'utilisation de ses croyances personnelles pour chercher du soutien, la construction d'une image de soi positive avec l'autosuggestion, mais également la mise à contribution des proches (Deegan, 1995, cité dans Soucy et Saint-Onge, 2012). Faire une place aux forces, aux talents, aux aptitudes et aux compétences que les autres perçoivent est également aidant, tout comme le fait d'identifier des accomplissements qui génèrent de la fierté ainsi que la stratégie d'investir des projets auxquels on tient. Lorsque la présence des voix devient acceptée au stade de la stabilisation, il est même bon de reconnaître et d'accueillir les voix dans sa vie (Deegan, 1995; Coleman et Smith, 1997, cité dans Soucy et Saint-Onge, 2012). De cette façon, il est possible d'être en contrôle et de choisir d'interagir ou pas avec elles. Avec tous ces outils, on peut progresser vers le rétablissement.

1.3 La stigmatisation en santé mentale et l'entente de voix

Les voix entendues sont considérées par la psychiatrie traditionnelle comme étant des hallucinations, c'est-à-dire des symptômes positifs qui font potentiellement partie de diagnostics appartenant au spectre de la schizophrénie (American Psychiatric Association, 2015). Selon Romme et Escher (2010), la probabilité de recevoir un tel diagnostic si l'EDV est nommée dans le cadre d'un rendez-vous avec un psychiatre est de 80 %.

Recevoir un diagnostic en santé mentale peut entraîner de la stigmatisation. Un diagnostic de psychose, souvent associé à l'EDV, serait le plus touché par ce phénomène, au-devant de la dépression majeure, de l'anxiété généralisée, du trouble panique, du trouble obsessionnel compulsif, de la bipolarité et d'autres conditions physiques comme les tumeurs au cerveau (Phalen *et al.*, 2018).

La stigmatisation sur le plan social englobe les stéréotypes, les préjugés et les comportements discriminatoires (Corrigan et Watson, 2002). La stigmatisation entraîne la discréditation d'une personne ou d'un groupe de personnes en raison de ses caractéristiques propres (Goffman, 1963). Elle peut contribuer à altérer, voire à détériorer l'identité de la personne touchée. L'autostigmatisation est également un phénomène dont les effets négatifs sont multiples. Elle survient lorsque la personne intègre les perceptions négatives des autres à son endroit et en vient à partager leur point de vue (Corrigan et Watson, 2002).

Selon la Commission de la santé mentale du Canada (2009), les personnes vivant avec un trouble de santé mentale retirent au moins autant d'effets négatifs de la stigmatisation qu'elles en retirent de leur diagnostic et des symptômes affiliés. Schulze et Angermeyer (2003) concluent par exemple que la souffrance causée par la stigmatisation est plus difficile que l'annonce d'un diagnostic en santé mentale et demeure plus longtemps après les premiers épisodes du trouble, même une fois la personne stabilisée et de retour dans la communauté.

L'Organisation mondiale de la santé (2005) décrit la santé mentale comme étant « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie en communauté ». Cette même organisation indiquait en 2001 que la stigmatisation représentait la plus grande entrave rencontrée par les personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Stip *et al.* (2001), ont étudié la perception de la schizophrénie chez les Québécois et mentionnent que la stigmatisation peut nuire à beaucoup d'aspects de la vie d'un individu, dont les PEDV, c'est-à-dire son acceptation dans la communauté et sa capacité à remplir différents rôles tels que ceux de collègues, de voisins, de parents ou d'amis. L'isolement social et les conflits interpersonnels constituent aussi des impacts de la stigmatisation.

Dans le système de santé, nous retrouvons chez certains professionnels des comportements qui perpétuent une forme de stigmatisation. Dans le cadre d'un sondage réalisé auprès des participants de la conférence annuelle de la Canadian Psychiatric Association (2008, cité dans Abbey *et al.*, 2011, p.2), les résultats ont révélé que 53% des participants ont vu une forme de discrimination envers un patient en psychiatrie. Hamilton *et al.* (2016) identifient différentes formes de discrimination, soit le fait d'attendre longtemps avant de recevoir des services, de ne pas être informé de tous les traitements possibles, de ne pas être inclus dans la prise en charge, de recevoir un pronostic pessimiste et d'être reçu et traité avec paternalisme. Parallèlement, la qualité de la prise en charge des problèmes de santé physique est amoindrie à cause d'une moins bonne réceptivité face aux symptômes que la personne décrit (Knaak *et al.*, 2014).

Divers facteurs contribuent à la stigmatisation des patients en santé mentale par les travailleurs de la santé, notamment le manque de sensibilisation (Knaak et Patten, 2016),

le peu d'optimisme vis-à-vis les chances de rétablissement, ce qui génère de l'impuissance (Henderson *et al.*, 2014), le fait que les personnes évitent d'intervenir en raison de formations insuffisantes (Ross et Goldner, 2009) et la psychophobie qui amène les travailleurs à ne pas adresser leurs propres enjeux en santé mentale. La psychophobie est phénomène social qui s'inscrit dans un système d'oppression sociétariaire, faisant en sorte qu'une personne atteinte d'un trouble de santé mentale est traitée injustement et perçue négativement, ou encore qu'elle se perçoive elle-même comme telle, dans le cas de la psychophobie introjectée ou autostigmatisation (Leblanc et Kinsella, 2016). Tout ceci peut également entraîner l'arrêt prématuré du traitement, l'absence ou la fragilisation du lien de confiance entre la personne, le professionnel et le système, le report de la recherche d'aide et la diminution de la qualité des suivis (Thornicroft *et al.*, 2007; Hamilton *et al.*, 2016).

Devant la probabilité de recevoir un diagnostic lié à la psychose et de faire face à tous ces enjeux, les PEDV préfèrent parfois rester isolées et repousser la recherche d'aide, parfois à leur propre détriment. Le traitement recommandé est souvent similaire à celui offert pour soigner une psychose : médication antipsychotique, thérapie cognitivo-comportementale, etc. (McCarthy-Jones *et al.*, 2015). Chez de jeunes PEDV, les résultats à long terme de ces traitements sont mitigés, une approche plus compréhensive de la complexité de l'EDV pouvant donc être requise (Deamer et Hayward, 2018).

Phalen *et al.* (2018) exposent certains éléments provenant de leurs échanges avec des jeunes PEDV en lien avec la stigmatisation. Ces dernières semblent moins enclines à partager leur expérience, ce qui entraîne un isolement considérable, les empêchant de comprendre leur propre expérience. L'impact du jugement des autres serait profond, c'est-à-dire l'internalisation du stress et de la stigmatisation, une non-motivation pour aller chercher de l'aide, une diminution de la perception positive de soi ainsi que de la qualité des relations sociales et une augmentation significative de la détresse émotionnelle en lien avec l'EDV.

Selon Chisholm *et al.* (2006), l'institutionnalisation en elle-même peut représenter un événement traumatique, tout particulièrement si la personne ne reçoit pas les soins, la médication et l'hospitalisation de manière volontaire. La fragilisation de la façon dont la personne se percevait ainsi que la possibilité de perdre des ressources financières ou un

emploi sont aussi vécus difficilement. Pour ces auteurs, les facteurs augmentant la probabilité que la personne vive un trouble de stress post-traumatique en lien avec l'expérience d'une psychose ou de traits psychotiques sont l'historique de crises psychotiques, la sensation de ne pas être en contrôle de l'épisode en cours, le contenu délirant, l'intensité des idées de persécution et la perception du support sur lequel elle peut compter.

Pour ce qui est de la stigmatisation directement associée au phénomène de l'EDV en lui-même, la nature des propos des voix a un impact sur la stigmatisation de la PEDV. En effet, Phalen, et *al.* (2018) ont démontré que si la personne entend des voix positives et à caractère religieux, plutôt que harcelantes et persécutrices, les PEDV auront moins tendance à porter un jugement négatif à propos de leurs voix et de leur impact sur leur fonctionnement.

Enfin, entendre des voix peut entraîner un sentiment de honte chez les personnes touchées et peut provoquer une augmentation de la peur face aux voix (May et Hayes, 2012). Ce sentiment de honte peut nuire à l'estime personnelle, à la confiance en soi et à la capacité d'adaptation. La peur, quant à elle, peut rendre l'expérience encore plus difficile, voire plus menaçante et plus envahissante.

2. LE MOUVEMENT DES ENTENDEURS DE VOIX

Cette section présente l'histoire, la mission et le fonctionnement du MEDV. Ce mouvement a contribué à la recherche foisonnante sur le phénomène de l'EDV et sur les stratégies d'adaptation présentées plus haut.

2.1. L'histoire et la mission du mouvement

Le MEDV est d'abord apparu aux Pays-Bas en 1987, suite à la collaboration entre la journaliste Sandra Escher, le psychiatre Marius Romme ainsi que sa patiente, Patsy Hage (Laval, 2017). Lors d'un entretien télévisé en direct, cette dernière a présenté son expérience avec ses voix, puis a laissé la place à la participation du public par le biais d'appels téléphoniques. Cela a provoqué le partage de centaines de PEDV, certains sans suivi médical et répondant, par leur fonctionnement psychosocial, aux normes sociales attendues. Cet événement a permis d'émettre l'hypothèse selon laquelle vivre avec ce qu'on qualifie d'hallucinations auditives n'implique pas nécessairement souffrir d'un trouble psychotique grave et persistant, nécessitant une prise en charge médicamenteuse ou une institutionnalisation (Romme *et al.*, 1992). Le fait d'échanger ouvertement sur ces expériences à la télévision n'était pas commun à cette époque et a eu un grand impact.

Le MEDV s'est d'abord développé sous le nom de la *Resonance Association* (May et Hayes, 2012). Ce réseau avait pour but de mettre de l'avant les perceptions des membres ainsi que de respecter leur expertise par rapport à leur façon de composer avec leurs perceptions. Le mot symptôme n'y était pas utilisé, précisément pour son appartenance au domaine médical, car le diagnostic ne revêt aucune importance dans le MEDV.

Depuis 1987, le MEDV a offert un soutien aux personnes susceptibles de vivre de la stigmatisation en raison de leurs perceptions extrasensorielles (Laval, 2017). Aujourd'hui, le MEDV est présent dans une trentaine de pays sous différentes appellations et regroupements (Saint-Louis, 2019). Il s'agit d'un large réseau de groupes implantés dans des organismes qui partagent les mêmes valeurs et les mêmes modes de fonctionnement. Son objectif général est de changer la perception de l'EDV sur le plan individuel et sociétal (May et Hayes, 2012). Les objectifs plus spécifiques des regroupements faisant partie du MEDV sont les suivants : partager son expérience personnelle, adopter différentes techniques pour cohabiter avec les voix, accéder à de l'information scientifique sur le sujet,

développer grâce aux partages une compréhension holistique de l'expérience, offrir du support et reprendre du contrôle sur sa vie (Saint-Onge *et al.*, 2008). Exprimer les émotions et les tabous entourant l'EDV, faciliter les interactions afin de briser l'isolement et construire une confiance en soi sont d'autres objectifs des groupes du MEDV.

Depuis 1997, une organisation du nom d'*Intervoice (International network for training, education and research into hearing voices)* coordonne les regroupements existants au Canada.

2.2. Le Réseau des Entendeurs de voix du Québec

Au Québec, le Réseau des Entendeurs de voix du Québec (REDVQ) doit sa naissance au travail conjoint de l'organisme communautaire spécialisé en santé mentale le *Pavois* et une ressource d'hébergement et de suivi clinique nommée *Pech*. Ce projet, né en 2006, a par la suite été évalué dans le cadre d'une recherche menée par Saint-Onge *et al.* (2008), rendant accessible le déroulement des groupes de façon détaillée. Concrètement, on y apprend que ceux-ci sont formés idéalement par les sept mêmes personnes. Un plus grand nombre de personnes participantes nuitrait à la relation de confiance, à la cohésion et à la profondeur des partages. La durée d'une session est de douze rencontres de deux heures ou plus.

Dans l'ensemble, les groupes sont animés par des pairs aidants et leurs alliés (May et Hayes, 2012). Les personnes responsables de l'animation qui sont issues du monde professionnel, comme c'est le cas au *Pavois*, bénéficient d'une formation qui couvre des techniques d'animation et de gestion de conflits ainsi que la littérature scientifique pertinente. Certains groupes sont animés par des pairs aidants, ce qui leur donne une tout autre dimension. En effet, la personne responsable peut connaître sur le plan personnel les stratégies proposées et partager des anecdotes pertinentes. Elle peut devenir un modèle ou une source d'inspiration. Les valeurs qui sont véhiculées sont l'espoir de l'épanouissement ainsi que l'amour de soi et le pouvoir d'agir.

Il existe des critères de sélection pour les membres des groupes d'EDV. Le *Pavois* (Saint-Onge *et al.*, 2012) présente un questionnaire à la personne intéressée afin de prendre une décision éclairée quant à ses capacités de suivre le groupe et de vivre une évolution

positive. Le premier critère touche à l'EDV en elle-même : elle ne doit pas être expliquée par un événement extérieur ou être en fait s'apparenter à la pensée. La personne doit avoir le besoin de partager son expérience, vivre des enjeux liés à l'EDV tous les jours, ressentir des émotions négatives comme la détresse et l'impuissance, être en mesure de comprendre le fonctionnement et les objectifs du groupe ainsi que manifester de l'ouverture quant à la provenance des voix. Il n'est pas nécessaire d'avoir un diagnostic psychiatrique. D'autres critères s'appliquent et pourraient justifier un refus : un niveau de souffrance trop grand ou un fonctionnement préservé. La personne ne doit pas être en crise psychotique, car le groupe ne serait pas en mesure d'offrir l'appui nécessaire puisque des traitements en santé mentale sont alors requis.

Au cours d'un groupe de PEDV, des stratégies d'adaptation sont évidemment proposées. Les stratégies promues par le MEDV dans le cadre de groupe de soutien au Québec impliquent toutes une part de créativité dans la recherche de pistes de solutions.

L'objectif de réduire la stigmatisation extérieure et internalisée envers cette population (May et Hayes, 2012) peut s'inscrire dans l'approche de l'art-thérapie sociale.

3. L'ART-THÉRAPIE SOCIALE

L'art-thérapie sociale ou *Social Action Art Therapy*, est un champ de pratique et de recherche au sein de la discipline de l'art-thérapie qui reconnaît l'implication des problèmes psychosociaux et politiques dans le développement et le bien-être des individus (Pelletier, 2013). C'est pourquoi « une démarche en art-thérapie sociale s'adresse [...] à une problématique sociale créant des iniquités et favorisant l'oppression d'une catégorie de citoyens par une autre, par des institutions en place ou des politiques qui les favorisent » (Pelletier, 2013, p. 2).

Dans cette section, l'art-thérapie sociale est présentée sous plusieurs angles : les objectifs de l'art-thérapie sociale, la place de l'art-thérapeute social.e, l'art-thérapie sociale dans la société ainsi que le pouvoir de l'image.

3.1. Les objectifs de l'art-thérapie sociale

L'art-thérapie sociale vise principalement la réunion des citoyens directement affectés par la marginalisation, l'exclusion sociale et l'oppression (Hocoy, 2007). L'objectif central est de les outiller pour se défendre et pour déconstruire les idées préconçues et les mythes entretenus à leur sujet. En contexte de groupe, l'art-thérapie sociale permet à l'individu de développer des aptitudes sociales et de briser l'isolement. Cette approche facilite l'expression de soi puisque dès le début du processus, la création artistique est au centre des séances.

D'autres objectifs peuvent également être travaillés par l'art-thérapie sociale. La création d'un groupe soutenant permet d'expérimenter divers comportements dans un contexte sécuritaire favorisé par l'art-thérapeute (Ninacs, 2008). Il devient possible de prendre sa place, de contester ou même de s'opposer. Selon Ninacs (2008) toujours, de cette façon, la personne peut développer une meilleure confiance en soi parce que le groupe devient un espace sécuritaire d'acceptation et de validation. En parallèle à ce processus, la personne peut également développer une meilleure image de soi et une meilleure conscience de soi. Elle peut développer ou renforcer des habiletés sociales. Les partages, souvent en lien avec les œuvres réalisées, peuvent s'avérer inspirants et insuffler un courage supplémentaire entre les membres du groupe. La dynamique de groupe favorise également une recherche

active de solutions face aux enjeux partagés et permet d'élargir la compréhension de la personne de toute situation, sans oublier l'exploration de nouvelles possibilités d'action.

3.2. *La place de l'art-thérapeute social.e*

Hocoy (2005; 2007) mentionne que la relation art-thérapeutique peut reproduire le déséquilibre qu'on retrouve dans la société. Pour contrer ce déséquilibre, l'art-thérapeute a un rôle important à jouer : reconnaître le lien qui l'unit à la clientèle, reconnaître que le vécu des personnes s'inscrit dans un système qui les dépasse et reconnaître qu'elles sont au cœur d'un conflit qui va au-delà des limitations physiques et émotionnelles de la thérapie habituelle (Junge *et al.*, 1993).

Ne pas reconnaître un rapport de force pourrait nuire à la capacité du thérapeute d'accompagner une personne victime de stigmatisation (Talwar, 2018). Elkins et Stovall (2000) nous informent que 87.8% des art-thérapeutes sont caucasiens. Le niveau d'éducation universitaire peut également créer une ascendance envers des personnes qui n'y ont pas eu accès. Le statut de personne aidante en lui-même peut également impliquer un rapport de force. La simple implication de l'art-thérapeute doit bien sûr être étudiée à la lumière des impacts sur les personnes participantes. L'art-thérapeute doit également faire face aux jugements et aux biais introjectés, soit cette part d'ombre qui provient à la fois de soi-même et des voix dominantes. La notion d'ombre sera abordée dans la section suivante.

L'adaptation de l'art-thérapeute aux différentes populations demande une implication particulière, comme de se familiariser avec la culture, voire apprendre la langue de la communauté ciblée (Golub, 2005). Il est nécessaire de chercher à s'informer sur celle-ci ainsi que sur les personnes qui en font partie afin de mieux s'intégrer et d'adresser les difficultés qu'elles rencontrent. Les liens entre ces personnes doivent être compris, tout comme les systèmes sociaux et politiques en place.

En définitive, il est nécessaire pour l'art-thérapeute social.e de pratiquer l'introspection afin d'œuvrer dans ce champ art-thérapeutique. Il ou elle doit également être capable de faire le pas en tant qu'activiste, et non uniquement en tant que thérapeute (Junge *et al.*, 1993). En effet, l'engagement social et la mobilisation font partie intégrante de cette approche.

3.2.1 Modèle théorique

Hocoy (2007) propose un modèle théorique qui s'intéresse à la relation entre la personne qui consulte, le ou la thérapeute et la société. L'objectif de ce modèle est d'introduire un cadre conceptuel qui relie l'action sociale à l'art-thérapie. Pour arriver à cette fin, l'auteur met en relation un modèle transpersonnel de la psychologie humaine avec un paradigme du soi intégrant les expériences psychologiques personnelles ainsi que les structures externes de la société dans une relation de cocréation et de dépendance (Hocoy, 2007).

Selon la créatrice du modèle transpersonnel dont il est question dans *Arcs of influence*, Hocoy (2007), ce dernier s'inscrirait dans la psychologie des profondeurs, et plus précisément dans les travaux de Jung (1961, cité dans Hocoy, 2007). Le modèle partage la perspective selon laquelle l'individu est indissociable de la société, et vice-versa. Au sein de ce système, ce dernier existe au travers de son égo. Les différents égos forment ce qu'Hocoy présente comme étant la voix dominante. Les autres voix, dites marginalisées, sont retranchées dans l'inconscient, de la même façon que les traits jugés mauvais par l'égo se rejoignent dans l'ombre, cette part de la psyché qui demeure inconnue de la personne. Dans le cas d'une collectivité, il s'agit de l'ombre sociale.

Il n'y a pas de lumière sans ombre et pas de totalité psychique sans imperfection. La vie nécessite pour son épanouissement non pas de la perfection, mais de la plénitude. Sans imperfection, il n'y a ni progression ni ascension (Jung, 1995).

Cet extrait met en lumière le potentiel de changement catalysé par l'ombre, particulièrement grâce à l'intégration graduelle de ces parts d'ombre dans le Soi. L'ombre collective comprend notamment ce qui contribue à la stigmatisation, comme les biais sociaux et les stéréotypes.

Il est toutefois important de noter que, dans la figure illustrant le modèle d'Hocoy, l'art-thérapeute paraît intouché.e par les dynamiques à l'œuvre pour ce qui est des voix dominantes et des voix marginalisées, alors que l'art-thérapie sociale met plutôt de l'avant l'importance de reconnaître cette influence.

L'art-thérapeute social.e doit d'abord travailler sur son ombre personnelle pour réduire l'impact sur la relation thérapeutique. La mise en relation de l'égo et de l'ombre, sur le plan individuel ou collectif, permet de modifier l'ordre établi par l'élaboration d'objectifs

thérapeutiques en lien avec les besoins identifiés. La personne qui consulte est ensuite en mesure d'apporter des changements au collectif par son implication.

Pour cette raison et bien d'autres, Hocoy (2007) rappelle que l'art-thérapie possède son lot de biais intersectionnels à propos de nombreux enjeux. Il peut s'agir, par exemple, d'un biais provenant du suprémacisme blanc et de la misogynie envers une femme racisée qui, désavantagée dans son parcours professionnel, est plutôt perçue comme paresseuse. Ces biais ont une influence directe sur les services offerts puisqu'ils impliquent une mauvaise compréhension des véritables besoins de la clientèle. Les objectifs établis par la suite s'en trouvent inévitablement affectés. L'art-thérapie sociale se distingue précisément par ce désir de s'émanciper, dans la mesure du possible, de ces angles morts afin de soutenir la communauté ciblée.

3.3. L'art-thérapie sociale et la société

La théorie des systèmes de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1997; Hage et Reynaud, 2014), d'abord créée en lien avec le développement humain, peut servir à porter un regard sur l'approche de l'art-thérapie sociale avec le monde et ses enjeux. Cette théorie défend l'idée que nous évoluons au sein de plusieurs systèmes qui s'emboîtent à la manière d'une poupée russe. Notre expérience comme individu se nomme l'ontosystème et elle interagit directement avec différents groupes sociaux, appelés les microsystèmes. Ces interactions portent le nom de mésosystèmes. Les croyances et les valeurs mises en place dans la société, comme les normes sociales, font quant à elles partie du macrosystème. L'exosystème représente l'instance gouvernementale, les lois et le fonctionnement des systèmes d'éducation, de santé, etc. Quant au chronosystème, il représente la durée de différents phénomènes, la durée de la vie des individus elle-même, mais aussi toutes les considérations temporelles qui ont une importance dans la vie en société. Pour comprendre l'ontosystème, il faut ainsi comprendre l'influence exercée par l'ensemble de ces systèmes.

Pour reprendre le modèle d'Hocoy (2007) présenté plus haut, la marginalisation peut s'inscrire d'abord au niveau de l'exosystème, soit des décisions gouvernementales à propos de différentes politiques sociales, selon différentes considérations économiques et autres. Ce système influence nécessairement les différents macrosystèmes, soit les codes sociaux

selon lesquels nous vivons. Afin de changer l'expérience individuelle que représente l'ontosystème, il faut nécessairement modifier les autres systèmes qui l'englobent.

L'art-thérapie sociale vise précisément à former des microsystèmes, ou des groupes, afin de briser l'isolement des personnes marginalisées, de renverser leur sentiment d'impuissance et de les guider vers une réappropriation de leur pouvoir d'agir sur l'exosystème. Il ne faut pas oublier l'existence à ce niveau de plusieurs systèmes d'oppression dans notre société occidentale qui influencent grandement l'expérience de la majorité d'entre nous. Ces systèmes sont nombreux et s'entrecoupent souvent : racisme, patriarcat, hétérosexisme, colonialisme, suprémacisme blanc, etc. Il est du devoir de l'art-thérapeute social.e de prendre conscience de ces systèmes et de prendre action pour les déconstruire (Talwar, 2018). Le sanisme est probablement le système qui touche le plus les PEDV. Ce système est caractérisé par le fait qu'il soit accepté socialement de discriminer les personnes vivant avec un diagnostic en santé mentale (Gillis, 2015).

Une telle mobilisation envers ces systèmes chez la clientèle favorise une prise de conscience, un sens critique ainsi qu'une meilleure confiance et une meilleure connaissance de ses propres ressources personnelles. Cette approche peut avoir un impact positif sur l'expression de soi, le sentiment d'appartenance, la mobilisation du pouvoir d'agir ainsi que la résilience.

L'existence de traumatismes collectifs peut résulter de la marginalisation de groupes ayant des caractéristiques communes comme les origines, la couleur de peau, le niveau socioéconomique, l'orientation sexuelle, le genre ou l'EDV. Cela peut avoir de nombreuses conséquences sur le plan émotionnel, telles que la colère, la rage, l'hypervigilance, la honte, le déni, le désespoir et l'anxiété (Karcher, 2017).

3.4. Le pouvoir de l'image

Hocoy (2007) met de l'avant le fait que l'activisme et l'art-thérapie utilisent tous les deux le pouvoir de l'image pour créer un impact. On retrouve également cette caractéristique dans le milieu de l'art, dans ce qu'on appelle l'activisme artistique. Ardenne (2019) aborde ce mouvement en parlant plus précisément de l'art public ou de l'art de rue, ou plus largement de l'art contextuel. L'art sort alors de son cadre habituel balisé par le marché de l'art pour aller plutôt vers une opposition envers le système. Les personnes citoyennes sont

appelées à participer activement. Investir l'espace public devient également un vecteur d'interventions sociales afin de générer un changement significatif, comme lors des luttes sociales des années soixante-dix où l'art a porté plusieurs messages par le biais de happenings, de performances, de banderoles, etc. (Ardenne, 2012). Certains événements appartenant à l'activisme interventionniste conscientisent les esprits par rapport à des enjeux psychosociaux. Par exemple, Wodiczko a organisé dans les années 80 des projections pour personnes en état d'itinérance et a créé un véhicule pouvant les abriter et leur permettre de se reposer (Ardenne, 2012).

Le *Homeless Véhicule* a été construit en collaboration avec des personnes en état d'itinérance (Smith, 1992). Plusieurs de ces véhicules ont été utilisés dans les rues de New York et de Philadelphie comme abri mobile. La démarche de l'artiste s'inscrivait dans un enjeu réel : la crise de logement et les évictions qui en ont découlées.

Un autre exemple de cet activisme artistique appartenant au mouvement de l'art contextuel est le travail du groupe *Action terroriste socialement acceptable* (ATSA), aujourd'hui appelé *Quand l'art passe à l'action*, qui crée des événements artistiques citoyens et des œuvres contestataires dans le but de conscientiser, de dénoncer et de venir en aide aux personnes en détresse (Bouillet, 1998).

Dans cette approche artistique, les artistes, sur le plan individuel ou sous la forme de collectifs, visent à générer des changements pour une population marginalisée donnée. La participation citoyenne peut être requise, par exemple pour interagir avec l'œuvre située dans l'espace public, mais l'initiative provient habituellement d'une catégorie de personnes suffisamment privilégiées pour avoir l'énergie et les moyens nécessaires. Elle demande la contribution de la majorité de la société, pas nécessairement celle des personnes concernées. Par contre, le pouvoir de l'image est indéniable : la création artistique permet de mettre en lumière des injustices et de susciter une réflexion, voire une remise en question de l'ordre établi.

La différence avec l'art-thérapie sociale par rapport à ces courants artistiques réside dans le fait que le processus artistique devient un véhicule par lequel les communautés nomment et comprennent leur propre réalité. Elles identifient leurs besoins et leurs forces pour transformer leur vie de façon à contribuer au bien-être et à la justice (Golub, 2005). Les

artistes en art-thérapie sociale font partie du groupe marginalisé, le rôle de l'art-thérapeute social.e étant d'accompagner et de faciliter le processus. Elle peut proposer à l'occasion des initiatives créatrices. Certains organismes qui œuvrent directement avec une population marginale peuvent être mis à contribution. De cette façon, c'est plus facile d'entrer en contact avec elle et de mieux comprendre les besoins.

En art-thérapie sociale, on considère que l'image possède un pouvoir transformateur sur l'inconscient collectif, que Jung qualifie d'archétypal (Schaverien, 1992, cité dans Hocoy, 2007). L'inconscient collectif est ce territoire habité de nos psychés individuelles, où s'entrecroisent de nombreux référents et symboles communs appelés archétypes. Nous avons la responsabilité ou l'obligation morale de comprendre le sens de l'image pour amorcer la guérison (Jung, 1961, cité dans Hocoy, 2007). Cela est cohérent avec la visée de l'art-thérapie sociale qui permet l'exploration et la création d'images vectrices d'avancement social.

Des projets en art-thérapie sociale rappellent ceux des artistes, présentés plus haut. L'un d'eux est le *Facing Homelessness Project* (Allen, 2007), un projet entrepris par le *Studio Pardes*, un studio communautaire d'Oak Park, Illinois, en collaboration avec le *West Suburban Public Action to Deliver Shelter*. Dans le cadre de ce projet, des personnes en état d'itinérance et des membres de la communauté ont moulé leur visage avec des bandelettes de plâtre puis les ont décorés, en vue d'une exposition. L'art-thérapeute souhaitait ainsi créer, à travers les différentes étapes de la création des masques, une relation de relative intimité pour briser les stéréotypes, initier un dialogue et trouver de nouvelles façons de supporter la communauté itinérante de la région. La profondeur de la relation entre la personne qui donne son visage et la personne qui le reçoit s'articule autour de la question essentielle : comment aimerais-tu être perçu ? L'objectif central du projet était le suivant : révéler notre humanité, l'amplifier et la célébrer.

Un autre projet en art-thérapie sociale apporte une lumière différente sur cette approche et démontre qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une portée grand public pour en faire partie. Il s'agit du *Drawing out conflict workshop* par Marian Liebmann (Wiselogle, 2007). Cette série d'ateliers dirigés en groupe a pour objectif de permettre aux membres d'une communauté de perfectionner leur capacité de résolution de conflits grâce à la création

spontanée. Les créations portent autant sur la perception de l'artiste que la perception de l'altérité. En participant à ces ateliers, une communication plus saine s'est établie et a permis de répondre aux besoins ciblés.

En définitive, l'action sociale fait partie des fondements de l'art-thérapie sociale. Cette dernière s'apparente à l'art-thérapie traditionnelle en ce sens qu'elle promeut l'art comme étant un mode d'expression et un processus capable d'engager la personne dans un processus transformateur (Dubois, 2013). À cela s'ajoutent toutefois d'autres dimensions, dont la propension à la formation de groupes, la remise en question des privilèges octroyés à certains groupes ainsi que la compréhension de la marginalisation et de la stigmatisation des populations touchées.

4. L'ART-THÉRAPIE SOCIALE ET L'ENTENTE DE VOIX

Cette section met en relation l'art-thérapie sociale et l'EDV. En débutant, nous présenterons les recommandations générales en art-thérapie pour les PEDV et les outils art-thérapeutiques pour l'EDV. Ensuite, nous exposerons comment le fonctionnement du MEDV a déjà contribué à développer l'art-thérapie envers les PEDV. En terminant, la contribution potentielle de l'art-thérapie sociale au MEDV sera mise de l'avant, avec la présentation de stratégies d'adaptation inspirée de l'art-thérapie sociale et la création de projets à portée politique et sociale.

4.1 Recommandations générales en art-thérapie pour la population ciblée

La littérature fait état de plusieurs recherches à propos de l'art-thérapie auprès des personnes qui présentent des perceptions extrasensorielles. Certaines de ces études utilisent toutefois un langage appartenant au monde médical même lorsqu'en relation avec le MEDV. On parle dans ce cas du spectre de la schizophrénie, de diagnostics liés à la psychose et d'hallucinations auditives.

Les *Guidelines on Art Therapy for People with a Psychosis Related Diagnosis* (Holttum, 2020) proposent dix principes généraux en ce qui a trait à la pratique de l'art-thérapie auprès d'une population vivant avec des caractéristiques psychotiques. Ces recommandations surviennent entre autres en réaction aux conclusions du *Multicenter evaluation of Art Therapy in Schizophrenia : Systematic Evaluation* (ou MATISSE) remettant en question l'efficacité de l'art-thérapie de groupe pour les personnes vivant avec la schizophrénie (Crawford *et al.*, 2010). Holttum et Val Huet (2014) ont par la suite critiqué plusieurs éléments de l'étude et par conséquent la pertinence de ses conclusions. L'un des éléments marquants de ces deux études demeure que les effets de l'art-thérapie portent davantage sur les symptômes négatifs (Crawford *et al.*, 2010; Holttum et Val Huet, 2014), c'est-à-dire « l'émoussement affectif, l'alogie, le retrait social et l'avolition » (Mach et Dollfus, 2016).

La première recommandation de Holttum (2020) s'inscrit dans une perspective systémique. Il s'agit d'établir une collaboration au sein des organisations avec le corps professionnel de la santé dans le but de soutenir l'expression artistique des bénéficiaires de services. Pour

ce faire, il est nécessaire d'expliquer ce qu'est l'art-thérapie, de faire des évaluations conjointes avec d'autres cliniciens, de contribuer aux rencontres multidisciplinaires ainsi que de suggérer de nouvelles façons de tirer profit de l'art-thérapie.

La seconde recommandation est d'établir une collaboration avec les bénéficiaires de services. L'expression par l'art est tout particulièrement profitable lorsque la parole est difficile. Selon l'une des personnes ayant bénéficié de l'art-thérapie, interrogée dans le cadre des *Guidelines on Art Therapy for People with a Psychosis Related Diagnosis* (Holtum, 2020), l'expression artistique facilite le partage de sentiments et de sens rattachés à certains traumatismes. Avec l'autorisation des bénéficiaires de services, l'art-thérapeute peut partager les œuvres réalisées pendant la séance pour enrichir l'offre de services de l'équipe.

La troisième recommandation est de collaborer avec la famille et les ami.es. Cela est particulièrement aidant lorsque les personnes traversent une période plus difficile qui demande des soins hospitaliers. Cette période peut être très éprouvante pour le réseau de soutien. C'est pourquoi celui-ci peut être impliqué à la première séance ou encore à certains intervalles.

La stigmatisation sociale entourant la psychose étant bien réelle (Lim et Gleeson, 2014), les connexions même entre les personnes concernées peuvent être plus difficiles. La quatrième recommandation consiste donc en la création de groupes, ce qui peut entraîner des bénéfices thérapeutiques, notamment lorsque l'image devient une source de méditation et offre un recul sécuritaire (Holtum, 2020). Le support d'un groupe ne peut pas remplacer un changement de fond en ce qui a trait à la stigmatisation, néanmoins il est possible de reconnaître ses effets et d'apprendre à s'en prémunir.

Grâce à des processus créatifs parallèles, il est également possible de prendre connaissance des modes de communication explicite et implicite à l'œuvre dans les relations interpersonnelles et de travailler sur la perception et l'opinion des autres à leur endroit (Gabel et Rob, 2017; Lynch *et al.*, 2018). C'est exactement ce que l'étude de Leudar *et al.* (1997) sur la fonction des voix chez certaines PEDV ont démontré, la dynamique des voix étant le reflet de la façon avec laquelle la personne interagit avec son entourage (Birchwood *et al.*, 2000). Soigner cette dynamique pourrait ainsi avoir un effet sur la nature des voix.

Au sein de ces groupes, il est nécessaire d'établir des règles claires sur le fonctionnement du groupe et que ces règles soient adaptées aux besoins exprimés par les membres. Parfois, un environnement ouvert, où la personne peut entrer et sortir à sa guise, apporte une liberté parfois absente lors des prises en charge institutionnelle. Pour consolider le groupe, la créativité peut être facilitée par des exercices, l'écoute de musique et la création en sous-groupes.

Une cinquième recommandation est de prendre en compte les contextes entourant le développement d'un trouble de santé mentale. L'environnement a un impact marqué sur ce phénomène, dont le stress prolongé, la discrimination, la privation affective et matérielle ainsi que l'existence de traumatismes dans la vie de la personne (Bergström *et al.*, 2019; Karlsen *et al.*, 2005; Read *et al.*, 2014; Romme *et al.*, 2009). Il est ainsi recommandé de travailler sur la stigmatisation des troubles de santé mentale de différentes façons, soit en développant des outils pour la remettre en question et en s'informant sur l'impact des traumatismes tout en travaillant avec sensibilité. Il faut également considérer la défavorisation économique en s'intéressant directement à son influence sur le bien-être des personnes, en mettant en place des mesures pour faciliter l'engagement ainsi qu'en travaillant en collaboration avec les systèmes de santé. Cette collaboration peut impliquer d'appuyer une personne dans la diminution de sa médication et de s'intéresser aux effets secondaires, comme l'endormissement, qui ont un impact parfois majeur sur le fonctionnement de la personne.

Une sixième recommandation est l'adaptation du suivi art-thérapeutique aux besoins des bénéficiaires de services. Cela se fait sur une base quotidienne. D'abord, il faut savoir identifier le moment opportun pour l'amorce d'un nouveau suivi et offrir un support même lorsque la personne vit des périodes de détresse. Des limites doivent être établies et maintenues sans pour autant être inflexibles. Cette flexibilité peut se traduire par le fait de leur permettre d'apporter leurs œuvres dans leur milieu de vie, de créer en dehors du suivi et de communiquer avec elles par téléphone et par courriels entre les séances. Un autre exemple est de permettre qu'une rencontre ait lieu à l'extérieur du local.

Une septième recommandation est de soutenir le rétablissement par l'art-thérapie. La création artistique puis la réflexion sur l'œuvre qui émerge permettent de générer du sens

à partir de sentiments confus et douloureux. Pour la personne qui profite du suivi, l'expression de soi est encouragée, tout comme la recherche de sens par rapport à la psychose et le développement de stratégies d'adaptation, notamment celles visant la gestion du stress et de l'anxiété. Accorder un sens à la psychose signifie considérer différents éléments de la vie de la personne, comme son niveau de stress, mais aussi considérer d'autres façons de la comprendre, comme par la religion, la spiritualité et la culture. Pour le soutien au rétablissement, il est impératif que l'art-thérapeute croie aux espoirs et aux rêves de la personne.

Les trois dernières recommandations pour la pratique de l'art-thérapie auprès des personnes psychotiques concernent la fin du suivi, le bien-être des art-thérapeutes et la continuation du développement professionnel. La fin du suivi implique que l'art-thérapeute supporte de plus grands projets qui permettront à la personne de continuer son cheminement vers le rétablissement.

4.2 Outils art-thérapeutiques pour l'entente de voix

Un outil d'évaluation art-thérapeutique a été élaboré précisément pour les PEDV par le biais d'un protocole de recherche présenté dans le cadre de la maîtrise en art-thérapie de l'UQAT (Boucher, 2017). Boucher a suivi une formation offerte par le *Pavois*, qui relève directement du MEDV, afin de se familiariser avec l'EDV et le principe de groupe de soutien ainsi que de développer les connaissances et les compétences nécessaires pour intervenir. L'outil, appelé *Moi, l'Autre et l'Environnement*, a pour objectif de « permettre à l'usager la possibilité de s'exprimer librement par le dessin à propos de thèmes reliés au mode relationnel [et] d'expliquer aux autres une partie de sa réalité vécue dans l'ici et maintenant » (Boucher, 2017, p.6). Il s'agit de représenter, par le dessin au crayon à mine, son rapport à soi-même, à l'autre et à l'environnement dans trois encadrés sur une feuille blanche standard. Bien que le protocole de cette recherche quantitative avec groupe témoin ne se soit pas matérialisé, Boucher (2017) a néanmoins créé un groupe de PEDV dans le cadre de son stage et rapporte que l'outil a eu un impact sur la dynamique de groupe ainsi que sur la qualité et la profondeur des partages.

D'autres outils art-thérapeutiques peuvent également être employés avec les PEDV, principalement parce que les voix proviennent souvent d'un événement traumatique. Le

traitement du trauma par l'art est une pratique largement documentée (King, 2016). Par exemple, pour réduire la fréquence et l'intensité des réminiscences liées au trauma, il est possible d'utiliser différents outils comme la méthode des quatre quadrants (Hamel, 2021), le conte et le *Art therapy Dream Assessment* (Horovitz, 1999).

4.3 Contribution du MEDV à l'approche art-thérapeutique

Selon Wood (2020), l'art-thérapie a beaucoup à gagner à s'inspirer du travail fait par le MEDV pour ce qui est de l'inclusion des personnes concernées dans les recherches et dans la mise en place des services. Cette ouverture peut contrecarrer l'autostigmatisation et à la honte qu'on retrouve souvent chez les personnes qui vivent avec des traits psychotiques.

Les membres du MEDV, dans le cadre des groupes de soutien, extériorisent leur vécu sous la forme d'histoires. Cette extériorisation n'est pas sans rappeler celle qui est à l'œuvre lors d'une séance en art-thérapie. La création de groupes de soutien en art-thérapie, inspirés par ceux mis en place par le MEDV, correspond beaucoup à la vision de l'art-thérapie sociale sur le pouvoir des dynamiques de groupe. L'implication de la famille, des amis et du personnel soignant est également à prendre en compte, comme l'indiquaient déjà les *Guidelines on Art Therapy for People with a Psychosis Related Diagnosis* (Holttum, 2020).

4.3.1 Comment l'art-thérapie peut accompagner l'entente de voix

L'application de l'art-thérapie auprès des PEDV a également été explorée et présentée en utilisant le vocabulaire et les considérations instaurés par le MEDV. Selon Wood (2020), les PEDV pourraient bénéficier du support spécifique que procure l'art-thérapie à chacun des trois stades identifiés par Romme et Escher (1993) et présentés brièvement dans la section sur le phénomène de l'EDV.

Pendant le premier stade, c'est-à-dire le stade de la surprise, l'important est de soutenir la personne à travers ses nouvelles perceptions extrasensorielles et de l'aider à retrouver un sentiment de sécurité. La gestion de l'anxiété est au centre de ce stade, précisément étant donnée la menace que représente l'arrivée des voix. Le fait que le partage verbal ne soit souvent pas exigé dès l'arrivée au sein du groupe d'art-thérapie peut contribuer à ce sentiment de sécurité. La création d'un environnement sécuritaire à partir des matériaux permet de composer avec les émotions de peur et d'insécurité. L'aspect immersif de la

création devient une stratégie de diversion à l'encontre des voix (Wood, 2020). La méditation, souvent intégrée par les art-thérapeutes (Rappaport, 2014), est également une pratique toute désignée pour guider la personne à travers la phase de surprise en la ramenant à ses sensations corporelles.

Le stade organisationnel, qui suit le premier stade, est une période où il est davantage possible de se concentrer sur les voix puisque l'anxiété, la peur et la confusion ont diminué. La personne est en mesure de s'intéresser aux relations entre les voix, elle-même et les événements souvent traumatiques de son passé. L'exploration des ressentis émotionnels et physiques, l'expression de soi par l'art ainsi que le support du groupe en art-thérapie sont reconnus comme facilitant le cheminement des personnes sans diagnostic (Scope *et al.*, 2017) et celui des personnes ayant vécu un premier épisode psychotique (Lynch *et al.*, 2019). L'utilisation de certaines techniques ayant pour thème l'expérience de vie de la personne, comme *La ligne de vie* (Tracz et Gerhard-Brooks, 1999), est particulièrement encouragée pour ce qui est de la recherche de sens (Romme *et al.*, 2009, cité dans Wood, 2020). Le dialogue avec la création peut faciliter le développement d'une relation saine avec les voix (Hanevik *et al.*, 2013, cité dans Wood, 2020). Comme mentionné dans une section précédente, le seul fait de débiter une nouvelle activité peut réduire l'intensité et la fréquence des voix (Falloon et Talbot, 1981).

Le stade de stabilisation débute lorsque la personne a effectué une certaine prise de conscience en lien avec les voix, ce qui lui permet de mettre en place des stratégies. À ce stade, l'intégration à la société par le réseau de soutien et des organismes dans la communauté est requise afin de sortir la personne de l'isolement qui caractérise souvent l'expérience des personnes vivant avec des traits psychotiques (Lim et Gleeson, 2014). La perception d'être en situation d'isolement peut effectivement augmenter le risque de problème de santé ainsi que la sévérité des symptômes et peut maintenir un diagnostic de santé mentale (Lim et Gleeson, 2014).

4.4 La contribution potentielle de l'art-thérapie sociale au mouvement

Il est important de rappeler que l'objectif principal du MEDV demeure de changer la perception de l'EDV chez les individus et à plus grande échelle dans la société en elle-même (May et Hayes, 2012). Dans cette section, nous exposerons une collaboration

possible entre l'art-thérapie sociale et le MEDV grâce à la création de stratégies d'adaptation à l'EDV ainsi que de projets à portée politique et sociale.

4.4.1 La collaboration entre l'art-thérapie sociale et le Mouvement

Dans le cadre de la création de groupes en art-thérapie sociale au cœur des organismes déjà affiliés au mouvement, la collaboration devrait, à notre avis, se faire dans le respect, mais aussi de façon autoréflexive par le biais d'une supervision sensible et informée.

Des similitudes existent entre la conception du MEDV et la conception de l'art-thérapie sociale des-services en santé mentale. Dans les deux cas, l'objectif est le rétablissement et non la guérison. Soucy et Saint-Onge (2012), mentionnent des facteurs qui facilitent le rétablissement pour ce qui est de situations de santé comme l'EDV (voir Annexe A) : garder l'espoir; se faire plaisir; travailler sur l'amour de soi; s'approprier un pouvoir sur sa vie; se redéfinir soi-même; mettre en place une posture positive dans sa vie sur le plan des émotions, des actions et des idées; pratiquer l'entraide ainsi que cibler et utiliser ses propres stratégies d'adaptation.

Il serait possible de concevoir un devis de groupe en art-thérapie sociale dans le but de soutenir ces facteurs et de faire du processus artistique un appui au processus de rétablissement.

Dans une optique de rester près de l'objectif central du MEDV, nous croyons que la diminution de l'autostigmatisation des personnes vivant avec un diagnostic psychiatrique serait un sous-objectif mesurable grâce à l'utilisation d'instruments de mesure évaluant directement ce phénomène, par exemple le *Internalized Stigma of Mental Illness scale* (Boyd *et al.*, 2014). Selon la revue internationale de l'outil réalisée dans le cadre de l'étude de Boyd *et al.*, 2014, il existe corrélation positive entre le stigma internalisé et la dépression, une faible estime personnelle et la gravité des symptômes (Boyd *et al.*, 2014).

4.4.2 Les stratégies d'adaptation selon l'art-thérapie sociale

Le tableau 1 présente une version adaptée des stratégies d'adaptation présentées plus haut, afin d'y inclure la dimension artistique. Ces stratégies peuvent ainsi bénéficier du recul qu'offre la création artistique pour réduire les mécanismes de défenses et l'aspect parfois menaçant du partage.

Tableau 1
Stratégies d'adaptation art-thérapeutiques

Stratégies issues de la littérature du MEDV	Possibles adaptations art-thérapeutiques
Journal des voix	Journal créatif
Construire un mur	Utiliser des médias en trois dimensions, sculpture
Enfermer les voix	Recouvrir avec du papier de soie ou de la peinture à mains, créer une boîte fermée à clef, une enveloppe ou tout contenant sécuritaire
Envoyer les voix en mission ou mettre les voix au défi	Créer un conte ou une bande dessinée
Raconter sans censure le contenu des voix	Se servir de l'image pour obtenir un recul et travailler au travers de possibles défenses.
Choisir la voix avec laquelle on interagit	Faire le portrait de la voix, s'y adresser directement ensuite
Développer une meilleure image de soi	Créer un autoportrait, représenter ses forces, ses ressources personnelles

4.4.3 La création de projets ayant une portée politique et sociale

Un aspect de l'art-thérapie sociale qui pourrait être aidant dans le suivi des PEDV du MEDV est la possibilité de présenter à la société leur perception de leur réalité par le biais d'un projet créatif et d'une exposition.

Soucy et Saint-Onge (2012) présentent par exemple le travail de Martin Baekero avec un jeune homme qui entendait des voix persécutoires depuis plusieurs années et dont il était le thérapeute. Alors qu'il écoutait ce jeune homme raconter le contenu du discours des voix, il lui est venu à l'esprit de lui proposer d'écrire une pièce de théâtre. Il s'avère que c'était justement le rêve du jeune homme depuis longtemps. Il a donc écrit 30 pièces de théâtre au travers desquelles il a pu transformer ses voix envahissantes en « idées créatrices ».

Monter un projet de la sorte et présenter les œuvres publiquement demeure une ambition délicate, considérant qu'il s'agit d'un sujet particulièrement sensible, puisque sujet à la stigmatisation. Il serait donc indiqué de laisser aux personnes participantes le choix de demeurer dans l'anonymat ou de ne pas exposer leurs créations. De plus, le projet n'a pas à porter sur les aspects les plus difficiles de l'EDV, bien au contraire. L'EDV peut apporter

beaucoup d'insights, même du positif dans la vie des personnes touchées, ce qui pourrait être mis de l'avant par les créations exposées.

CONCLUSION

Les personnes qui composent avec des perceptions extrasensorielles continuent d'être l'objet de stigmatisation. Il s'agit néanmoins d'une communauté de personnes ayant un point de vue unique. Martin Bakero les décrit avec justesse comme « les antennes de l'univers, les radiotélescopes des sons inconnus pour le reste des sujets » (Bakero, 2012, cité dans Soucy et Saint-Onge, 2012, p. 94).

L'objectif général de cet essai était de démontrer comment l'art-thérapie sociale pourrait être employée au sein de groupes de PEDV et engendrer des bénéfices sur le plan de leur rétablissement. L'art-thérapie sociale, par son approche engagée, par les considérations que doivent garder en tête les art-thérapeutes qui la pratiquent et par la portée de la sensibilisation auprès de la société en elle-même, peut être une approche de choix pour amenuiser la stigmatisation de l'EDV et accompagner les personnes concernées dans le développement de stratégies créatives d'adaptation et d'expression de soi.

Avant de terminer, il est nécessaire de partager les limites de cet essai théorique. En effet, celui-ci a exploré les bienfaits potentiels l'art-thérapie sociale, sans toutefois se pencher sur ses limites. Des recherches ultérieures sont donc requises pour préciser ces limites. De plus, l'art-thérapie sociale étant une approche en émergence, elle peut exister sous d'autres appellations ou encore ne pas être désignée du tout comme telle, alors que les mêmes préceptes sont présents. Cela rend difficile le fait de circonscrire les pratiques et les recherches témoignant de sa contribution

Afin d'approfondir l'apport et les limites de l'art-thérapie sociale au sein du MEDV dans des recherches ultérieures, nous proposons d'utiliser la recherche-action. À la base de cette méthode se trouve « une action délibérée de transformation de la réalité, [une] recherche ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations » (Hugon et Seibel, 1993). Implanter un groupe en art-thérapie sociale avec des PEDV au sein d'organismes affiliés au MEDV pourrait contribuer à créer certains changements. La nature de ces changements, notamment en lien avec les différents aspects du rétablissement des personnes qui entendent des voix et avec l'indice d'autostigmatisation, demeure à explorer. Pour reprendre la métaphore de Martin Bakero,

il nous reste encore à bénéficier collectivement des messages que seules ces personnes peuvent entendre.

ANNEXE A

Facteurs de rétablissement face à l'EDV

1. L'espoir

Me permettre de rêver (prendre contact avec mes désirs et mes rêves)

Croire en mes capacités de rétablissement

Avoir une spiritualité qui me permet de croire en une force intérieure ou supérieure, Dieu ou autre.

L'espoir crée la motivation

Développer une confiance en moi, aux autres, en la vie

Connaître des modèles positifs (personnes qui se sont rétablies). Savoir que d'autres personnes y sont arrivées.

Espérer que ma vie peut être satisfaisante et que je peux être heureux.

2. Se faire plaisir

Réaliser des activités et des rencontres pour me faire plaisir

Utiliser mes cinq sens pour profiter de la vie (goûter, entendre, voir, toucher, sentir).

M'investir dans la réalisation de mes rêves, mes désirs, mes plaisirs.

Me gâter quotidiennement et consciemment

Choisir de me faire plaisir.

3. L'amour de soi

Reconnaître ma valeur comme personne. Me considérer comme la personne la plus précieuse (respect de moi, de mon rythme, de mes capacités)

Reconnaître et actualiser mes compétences, qualités, connaissances, intérêts.

Apprécier mon cheminement, mes réalisations, me féliciter.

Faire ressortir le positif en moi.

Me permettre d'être et prendre ma place de personne à part entière.

Être bon et tolérant envers moi.

Apprécier positivement mes différences en comparaison avec la société et en profiter (temps, rythme, mode de vie, valeurs).

S'autodéterminer dans l'actualisation de ses rêves et à l'intérieur de son processus de rétablissement.

4. L'appropriation du pouvoir

M'informer.

Choisir.

Comparer pour faire de bons choix en fonction de moi. Faire des choix conscients pour réaliser mes rêves, mes intérêts.

Persévérer dans mes choix, mes décisions.

Agir sur ma vie pour la rendre à mon goût.

Agir pour réaliser ce qui me fait vibrer.

Prendre le temps de décortiquer mes rêves en étapes.

Identifier et développer des compétences, des qualités, un budget, etc. nécessaires à l'actualisation de mon rêve.

Me créer une vie satisfaisante au plan social, économique, affectif, professionnel, physique.

Oser vivre ma vie.

M'investir dans mon bonheur, le créer.

5. La redéfinition de soi

Faire le bilan : revoir ma vie, mes expériences, leur contexte.

Donner du sens au problème de santé mentale.

Changer la manière de percevoir ma vie.

Prendre le temps de me percevoir autrement.

Découverte d'un nouveau moi (valeurs, priorités, me choisir).

Donner un sens à ma vie.

Réussir dans la vie ou réussir ma vie.

6. Développer des pensées, des paroles, des actions positives, ainsi que des émotions positives qui les accompagnent.

M'entourer de personnes positives qui mettent en valeur ma beauté personnelle.

Accroître mon discours et mes actions positives.

Consacrer du temps au positif : qualités des personnes qui m'entourent, la beauté de la nature, évolution de la société.

Me projeter dans mes rêves avec les émotions positives que ça suscite.

Me rappeler des souvenirs heureux avec leurs émotions positives.

7. L'entraide

Partager avec d'autres personnes mon vécu, mes trucs.

Solidarité : être solidaire avec nos pairs.

Devenir un modèle d'espoir pour une autre personne.

8. Découvrir et appliquer mes stratégies d'adaptation

Médication

Relaxation

Thérapie

Habitudes de vie saine

Etc.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L., Gautam, M. et Paré, M. (2011). Stigma and discrimination. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 1-9.
- Adelman, C. (1993). Kurt Lewin and the origins of action research. *Educational Action Research*, 1(1), 7-24.
- Allen, P. B. (2007). Facing Homelessness. Dans F. Kaplan (dir.), *Art Therapy and Social Action* (p. 59-71). Jessica Kingsley.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Elsevier Masson.
- Ardenne, P. (2011). L'art dans l'espace public : un activisme. *Les Plumes*, 5(56), 1-24.
- Ardenne, P. (2019). *Un art contextuel : création artistique en milieu urbain, en situation, d'intervention, de participation*. Flammarion.
- Beavan, V. 2011. Towards a definition of “hearing voices”: A phenomenological approach. *Psychosis*, 3(1), 63–73.
- Beavan, V. et Read, J. 2010. Hearing voices and listening to what they say: The importance of voice content in understanding working with distressing voices. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(3), 201–205.
- Beck, A.T. et Rector, N.A. (2003). A cognitive model of hallucinations. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 19-52.
- Bergström, T., Seikkula, J., Holma, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P. et Alakare, B. (2019). How do people talk decades later about their crisis that we call psychosis? A qualitative study of the personal meaning-making process. *Psychosis*, 11(2), 105-115.
- Birchwood, M. et Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27(6), 1345-1353.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P. et Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30(2), 337-344.
- Bouillet, M. (1999). Histoires d'un engagement... ATSA 1997 ATSA 1998 / Action terroriste socialement acceptable / Annie Roy et Pierre Allard, Montréal. *Inter*, (72), 43–47.

- Boyd, J.E., Adler, E.P., Otilingam, P.G. et Peters, T. (2014). Internalized stigma of mental illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-31.
- Branitsky, A. (2017). Commentary: Assessing the impact and effectiveness of hearing voices network self-help groups. *Frontiers in Psychology*, 8, 1856.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513.
- Carter, D. M., MacKinnon, A. et Copolov, D. L. (1996). Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(3), 159–164.
- Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (2003). *Thérapie cognitive des troubles psychotiques*. Decarie.
- Chisholm, B., Freeman, D. et Cooke, A. (2006). Identifying potential predictors of traumatic reactions to psychotic episodes. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 545-559.
- Coleman, R. et Smith, M. (1997). *Working with voices: Victim to victor*. Handsell.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être – Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada* [PDF]. https://www.mentalhealthcommission.ca/wpcontent/uploads/drupal/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_FRE_1.pdf
- Corrigan, P. W. et Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Crawford, M. J., Killaspy, H., Kalaitzaki, E., Barrett, B., Byford, S., Patterson, S., Soteriou, T., O'Neill, F. A., Clayton, K., Maratos, A., Barnes, T. R., Osborn, D., King, M., Tyrer, M. et Waller, D. (2010). The MATISSE study: A randomised trial of group art therapy for people with schizophrenia. *BMC psychiatry*, 10(1), 1-9.
- Deamer, F. et Hayward, M. (2018). Relating to the speaker behind the voice: what is changing? *Frontiers in Psychology*, 9, 11.
- Deegan, P. (1995). *Coping with voices. Self help strategies for people who hear voices that are distressing*. National Empowerment Center.
- Dubois, A. M. (2013). *Art-thérapie, principes, méthodes et outils pratiques*. Elsevier Health Sciences.

- Elkins, D. E. et Stovall, K. (2000). American Art Therapy Association: 1998-1999 membership survey report. *Journal of the American Art Therapy Association* 17(1), 41-46.
- Falloon, I. R. et Talbot, R. E. (1981). Persistent auditory hallucinations: Coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine*, 11(2), 329-339.
- Fenekou, V. et Georgaca, E. (2010). Exploring the experience of hearing voices: A qualitative study. *Psychosis*, 2(2), 134-143.
- Gabel and Robb (2017) (Re)considering psychological constructs: A thematic synthesis defining five therapeutic factors in group art therapy. *The arts in psychotherapy*, 55, 126-135.
- Gardiner, S. (2018). *How an exquisitely designed for homeless people inspired a wave of artists's activism* [PDF]. <https://www.smithsonianmag.com/smithsonian-institution/how-exquisitely-designed-cart-homeless-people-inspired-wave-artists-activism-180968519/>
- Gillis, A. (2015). *La montée des études de la folie*. <https://www.affairesuniversitaires.ca/articles-de-fond/article/etudes-de-la-folie/>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Golub, D. (2005). Social action art therapy. *Art Therapy*, 22(1), 17-23.
- Hage, F. E. et Reynaud, C. (2014). L'approche écologique dans les théories de l'apprentissage: une perspective de recherche concernant le sujet-apprenant. *Les Cahiers du CERFEE*, (36).
- Hamel, J. (2021). 'Four-quadrants' Method Case Studies. J. Hamel (dir.), *Somatic Art Therapy* (p. 88-113). Routledge.
- Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren, S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G. et Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 14-22.
- Hanevik, H., Hestad, K. A., Lien, L., Stubbe Teglbaerg, H. et Danbolt, L. J. (2013). Expressive art therapy for psychosis: A multiple case study. *The Arts in Psychotherapy*, 40(3), 312-321.
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, D., Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482.

- Hocoy, D. (2005). Art therapy and social action: A transpersonal framework. *Art Therapy*, 22(1), 7-16.
- Hocoy, D. (2007). Art therapy as a tool for social change: A conceptual model. Dans F. Kaplan (dir.), *Art Therapy and Social Action* (p. 21-39). Jessica Kingsley.
- Horovitz, E. G. G. (1999). *A leap of Faith: The Call to Art* (2e éd.). Charles C. Thomas.
- Hottlum, S. (2020). *BAAT Guidelines on Art Therapy for people with a psychosis-related diagnosis* [PDF].
<https://www.baat.org/Assets/Docs/General/BAAT%20Guidelines%20AT%20Psychosis%20PART%201-2-3.pdf>
- Hugon, M. A. et Seibel, C. (1988). *Recherches impliquées, recherches action: le cas de l'éducation: synthèse des contributions et des débats du Colloque organisé par l'Institut national de recherche pédagogique*. De Boeck Université.
- Jung, C. G. (1961). *Symbols and interpretation of dreams: The collected works of CG Jung*. Routledge.
- Jung, C. G. (1995). *L'âme et la vie*. Hachette.
- Junge, M. B., Alvarez, J. F., Kellogg, A. et Volker, C. (1993). The art therapist as social activist: Reflections and visions. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 10, 148-155.
- Kaplan, F. (2007). *Social action art therapy*. Jessica Kingsley.
- Karcher, O. P. (2017). Sociopolitical oppression, trauma, and healing: Moving toward a social justice art therapy framework. *Art Therapy*, 34(3), 123-128.
- Karlsen, S., Nazroo, J., McKenzie, K., Bhui, K. et Weich, S. (2005). Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychological Medicine*, 35, 1795-1803.
- King, J. L. (2016). *Art therapy, trauma, and neuroscience*. Routledge.
- Kingdon, D. G. et Turkington, D. (2004). *Cognitive therapy of schizophrenia*. Guilford.
- Knaak, S., Modgill, G. et Patten, S. B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: A data synthesis of evaluative studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 19-26.
- Knaak, S. et Patten, S. (2016). A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 53-62.

- Laval, C. (2017). Des professionnels de santé mentale engagés auprès d'un réseau d'entendeurs de voix dans un programme de chez soi d'abord. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 391-409.
- Leblanc, S. et Kinsella, E. A. (2016). Toward epistemic justice: A critically reflexive examination of sanism and implications for knowledge generation. *Studies in Social Justice*, 10(1), 59-78.
- Lepage, S. (2009). *Entendre des voix : une recherche évaluative sur les effets d'un groupe de formation et de soutien*. (Mémoire de maîtrise). Université Laval.
- Leudar, I., Thomas, P., McNally, D. et Glinski, A. (1997). What voices can do with words: Pragmatics of verbal hallucinations. *Psychological Medicine*, 27(4), 885-898.
- Lim, M. H. et Gleeson, J.F. (2014). Social connectedness across the psychosis spectrum: Current issues and future directions for interventions in loneliness. *Front Psychiatry*, 5, 154.
- Longden, E., Corstens, D., Escher, S. et Romme, M. (2012). Voice hearing in a biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis*, 4(3), 224-234.
- Lynch, S., Holttum, S. et Huet, V. (2018). The experience of art therapy for individuals following a first diagnosis of a psychotic disorder: a grounded theory study. *International Journal of Art Therapy*, 24, 1-11.
- May, R. et Hayes, J. (2012). Le mouvement Hearing Voices : une approche émancipatrice du fait d'entendre des voix. Dans Gardien, È. (dir), *Des innovations sociales par et pour les personnes en situation de handicap* (p. 195-214). Érès.
- Mach, C. et Dollfus, S. (2016). Symptômes négatifs de la schizophrénie: une revue des instruments d'évaluation. *L'Encéphale*, 42(2), 165-171.
- McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Dodgson, G., Fernyhough, C. Brotherhood, E., Wilson, G. et Dudley, R. (2015). What have we learnt about the ability of cognitive behavioural therapy to help with voice-hearing? Dans M. Hayward, C. Strauss et S. McCarthy-Jones (dir.), *Psychological approaches to understanding and treating auditory hallucinations: From theory to therapy* (p. 78-99). Routledge.
- Molinié, M. (2018). Le Mouvement sur l'entente de voix. *Topique*, 144(3), 109-123.
- Moskowitz, A. et Corstens, D. (2007). Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *Journal of Psychological Trauma*, 6(2/3): 35-63.

- Nayani, T. H. et David, A. S. (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological Medicine*, 26(1), 177-189.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Les Presses de l'Université Laval.
- Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Promoting Mental Health-Concepts, Emerging Evidence and Practice* [PDF].
[Http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)
- Phalen, P. L., Warman, D. M., Martin, J. M. et Lysaker, P. H. (2018). The stigma of voice-hearing experiences: Religiousness and voice-hearing contents matter. *Stigma and Health*, 3(1), 77.
- Pelletier, L. (2013). *L'art-thérapie et l'empowerment: enjeux et perspectives*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Archipel.
<https://archipel.uqam.ca/6484/>
- Rappaport, L. (2014). *Mindfulness and the Arts Therapies*. Jessica Kingsley.
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. et Perry, B. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4, 65-79.
- Romme, M. A. J. et Escher, S. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209-216.
- Romme, M. A. J., Honig, A., Noorthoorn, E. O. et Escher, A. D. M. A. C. (1992). Coping with hearing voices: An emancipatory approach. *The British Journal of Psychiatry*, 161(1), 99-103.
- Romme, M. A. J. et Escher, S. (1993). *Accepting voices*. MIND.
- Romme, M. A. J., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D. et Morris, M. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. MIND.
- Romme, M. A. J. et Escher, S. (2010). Personal history and hearing voices. Dans F. Laroi et A. Aleman (dir.), *Hallucinations: A guide to treatment and management* (p. 233–256). Oxford University Press.
- Romme, M. A. J., Honig, A., Noorthoorn, E. O., et Escher, S. (1992). Coping with hearing voices: An emancipatory approach. *The British Journal of Psychiatry*, 161(1), 99-103.
- Ross, C. A., et Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567.

- Saint-Louis, R. (2019). Montréal s'apprête à accueillir le Congrès mondial des entendeurs de voix. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1384641/congres-mondial-des-entendeurs-de-voix-montreal-camee-aqrp>
- Saint-Onge, M., Lepage, S., Soucy, B. et Savard, H. (2008). *Les entendeurs de voix: Évaluation d'un groupe de formation et de soutien*. (Rapport final de recherche). Université Laval.
- Sayer, J., Ritter, S. et Gournay, K. (2000). Beliefs about voices and their effects on coping strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1199-1205.
- Schaverien, J. (1992). *The revealing image: Analytical art psychotherapy in theory and practice*. Routledge.
- Schulze, B. et Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, 56(2), 299-312.
- Smith, N. (1992). Contours of a spatialized politics: Homeless vehicles and the production of geographical scale. *Social text*, (33), 55-81.
- Smith, M., Coleman, R. et Good, J. (2003). *Psychiatric first aid in psychosis: a handbook for nurses, carers and people distressed by psychotic experiences*. P&P.
- Soucy, B. et Saint-Onge, M. (2012). *Mieux vivre avec les voix : un outil d'animation et de formation*. Claude Bussières.
- Stainsby, M., Sapochnik, M., Bledin, K. et Mason, O. J. (2010). Are attitudes and beliefs about symptoms more important than symptom severity in recovery from psychosis? *Psychosis*, 2(1), 41-49.
- Stip, E., Caron, J. et Lane, C. J. (2001). Schizophrenia: people's perceptions in Quebec. *Canadian Medical Association Journal*, 164(9), 1299-1300.
- Strauss, J. S. (1989). Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry—II. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 179-187.
- Talwar, S. K. (dir.). (2018). *Art therapy for social justice: Radical intersections*. Routledge.
- Thornicroft, G., Rose, D. et Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122.
- Tracz, S. M. et Gehart-Brooks, D. R. (1999). The lifeline: Using art to illustrate history. *Journal of Family Psychotherapy*, 10(3), 61-63.

- Vilhauer, R. P. (2017). Stigma and need for care in individuals who hear voices. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(1), 5-13.
- Watkins, J. (2008). *Hearing voices: A common human experience*. Michelle Anderson.
- Wiselogle, A. (2006). Drawing out conflict. Dans F. Kaplan (dir.), *Social action art therapy* (p. 103-121).
- Wood, C. (2000). The significance of studios. *Inscape*, 5(2), 40–53.
- Wood, C. (2013). In the wake of the Matisse RCT: What about art therapy and psychosis? *International Journal of Art Therapy*, 18(3), 88–97.
- Wood, C. (2016). Back from the margins: Strange experiences and art therapy. *Art Therapy Online*, 7(1), 1–28.
- Wood, C. (2020). Hearing Voices Movement and art therapy. *Art Therapy*, 37(2), 88-92.