



HAL
open science

Acceptation des “ voix ” chez les personnes avec ou sans troubles psychiatriques : validation francophone de l'échelle VAAS à 9 items

T. Langlois, Raquel Sánchez Rodríguez, R. Klein, P. Lamy, Stacey Callahan,
T. Lecomte

► To cite this version:

T. Langlois, Raquel Sánchez Rodríguez, R. Klein, P. Lamy, Stacey Callahan, et al.. Acceptation des “ voix ” chez les personnes avec ou sans troubles psychiatriques : validation francophone de l'échelle VAAS à 9 items. *L'Encéphale*, 2020, 46, pp.443 - 449. 10.1016/j.encep.2020.01.009 . hal-03492595

HAL Id: hal-03492595

<https://hal.science/hal-03492595>

Submitted on 15 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Acceptation des « voix » chez les personnes avec ou sans troubles psychiatriques : Validation francophone de l'échelle VAAS à 9 items.

Acceptance of "voices" in people with or without psychiatric disorders: Francophone validation of the 9-item VAAS scale.

**Thomas Langlois^{1*}, Raquel Sanchez-Rodriguez¹, Rémy Klein²,
Pierre Lamy³, Stacey Callahan¹, Tania Lecomte⁴**

1. Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie et Psychopathologie de la Santé, Université de Toulouse, UT2J, France

2. Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées (USSAP), Limoux, France

3. Centre médical la Villanelle, Cornebarrieu, France

4. Université de Montréal, Montréal, Canada

Cette étude pour les populations cliniques et non-cliniques a reçu un avis favorable du comité d'éthique pour les études non-interventionnelles de l'Université de Fédérale de Toulouse (n° de l'avis : CERNI-Université fédérale de Toulouse-2018-071) et a fait l'objet d'une déclaration normale à la CNIL (sous le numéro d'enregistrement Z7g2386648F).

Cette recherche a reçu le soutien de l'AFTCC « Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive » et de la FERREPSY « Fédération de Recherche en Psychiatrie Occitanie »

Remerciement : Isabelle Cheval, traductrice pour ses relectures de nos traductions et ses suggestions éclairées

*Auteur correspondant : Thomas Langlois

Centre d'Études et de Recherches en Psychopathologie et Psychopathologie de la Santé, Université de Toulouse, UT2J, France

e-mail : thomas.langlois@univ-tlse2.fr

Résumé

Objectifs - Cette recherche a pour objectif de valider et d'adapter l'échelle d'acceptation des voix *Voices Acceptance and Actions Scale* (VAAS) sur un échantillon d'une population francophone (N=386) composée de patients atteints de schizophrénie et d'entendeur de voix issus de la population générale, et d'explorer le niveau d'acceptation des voix entre ces deux populations. **Méthode** - Pour la population clinique, 65 patients souffrant de schizophrénie avec hallucinations auditives ont été évalués à l'aide des échelles de psychopathologie (BPRS) et de l'échelle des croyances à propos des voix (BAVQ-R). Pour les entendeurs de voix (population non-clinique) 321 personnes ont répondu à un bref questionnaire sociodémographique et ont rempli l'échelle VAAS en ligne, pour rendre compte de leur vécu et de l'acceptation de leurs voix. **Résultats** - L'échelle VAAS, traduit à 9 items, montre des propriétés psychométriques similaires à l'outil original. Chez les personnes avec une schizophrénie (population clinique), le niveau d'acceptation des voix était faible, et fortement corrélé à la dépression contrairement aux personnes entendant des voix issues de la population générale (population non-clinique) qui semblaient mieux les vivre et les accepter. **Conclusion** - L'intérêt d'une évaluation régulière du niveau d'acceptation des voix dans le cadre de la pratique clinique en santé mentale y est discuté, du fait de la puissance prédictive de l'acceptation sur la dépression, et de son utilité pour l'évaluation des thérapeutiques et des recherches cliniques mesurant leurs effets sur le niveau d'acceptation des voix chez les sujets.

Mots clés : voix, acceptation, TCC 3^e vague, évaluation, psychométrie.

Abstract

Objectives - Hearing voices is a common experience for people with schizophrenia. Perceived voices are in most cases a source of great distress for patients. This experience also exists in the general population and is considered as 'non-clinical'. Much research has focused on the psychological and neuropsychological mechanisms behind the emergence of voices. With regard to voice persistence factors, the acceptance of the voice-hearing phenomenon is still relatively unexplored. In addition, there are few standardized tools that specifically assess this dimension of voice experience. The Voices Acceptance and Actions Scale (VAAS) is the only validated tool to address voice acceptance in individuals with schizophrenia. However, to date, there is no French version. The objective of this research was to validate the VAAS in a French speaking population. **Method**. Our sample consisted of individuals with schizophrenia (n=65) and voice hearers from the general population (n=321). For the clinical population, individuals with schizophrenia and auditory hallucinations were assessed using the VAAS scale in its two abbreviated versions (9 and 12 items). In order to validate the measure in French, we administered psychopathology scales (BPRS) and voice belief scales (BAVQ-R) for convergent and divergent validity. For the non-clinical population, we administered the VAAS scale online (via LimeSurvey), accompanied by a brief sociodemographic questionnaire (age, sex, country of origin, existence of medical or psychological follow-up). **Results** - The psychometric properties of the VAAS scale were satisfactory and similar to the original English-language tool for both versions, with a slight advantage for the one with 9-items. The convergent validity measured with the BAVQ-R

scale, and the divergent one measured with the BPRS depression subscale, were found to be satisfactory. In addition, the re-test performed 6 weeks after the first test (N=30) was satisfactory for both scales, with a Pearson correlation index greater than 70 ($r=0.70$; $P<0.001$ for the VAAS 9 items) and ($r=0.79$; $P<0.001$ for the 12 item version). In individuals with schizophrenia (clinical population), the level of voice acceptance was low and strongly correlated with depression. This point seems to corroborate the current data in the field suggesting that voice hearing in this population is associated with significant distress and has a significant impact on their lives. Conversely, the level of acceptance obtained from the non-clinical population was much higher, reflecting a higher level of acceptance in this population. People from the non-clinical population seemed to accept and experience their voices with less distress than people from the clinical population in this study. **Conclusion.** - To date, a paucity of studies have investigated the acceptance of auditory hallucinations. Our results support the psychometric validity of the French version of the VAAS, particularly the 9-item version. Furthermore, our study supports the need to continue studying voice acceptance, as it appears to be strongly linked to depression in people with psychiatric disorders such as schizophrenia. In addition, our study is novel in that it also explored, with a standardized tool, the level of voice acceptance in a non-clinical population and found people to be more accepting of the voices they hear and better at living with them. These data provide new evidence to better understand the links between the level of acceptance of voices, their experiences, and depression. Clinically, it seems essential to conduct more systematic and regular evaluations of the level of voice acceptance in those hearing voices. Finally, in terms of rehabilitation, voice acceptance can become a therapeutic target in order to improve the psychological and behavioral functioning of the person.

Keywords: voice, acceptance, 3rd wave CBT, assessment, psychometrics.

Introduction

Entendre des "voix" est une expérience fréquente chez les personnes souffrant de schizophrénie. Selon les études, entre 40 et 80 % de patients souffrant de cette maladie perçoivent des Hallucinations Acoustico-Verbales (HAVs) [1–5], et celles-ci sont résistantes aux traitements médicamenteux dans plus de 30 % des cas [6]. Chez ces patients les HAVs provoquent très souvent une grande détresse, les "voix" étant le plus souvent perçues comme malveillantes et toutes-puissantes [7]. Ces croyances amènent le patient à développer des comportements et des attitudes d'opposition, de résistances ou de soumission à ses "voix" qui sont de plus fortement corrélés à la dépression [7,8] et source d'anxiété [9].

Depuis les travaux de Romme et Escher [10] nous savons qu'entendre des "voix" n'est pas un phénomène exclusivement relié à un trouble mental. En effet, de nombreuses études ont mis en évidence dans la population générale qu'entendre des "voix" était une expérience relativement fréquente, sans qu'elle ne signe nécessairement la présence d'un trouble psychiatrique [11,12]. Ainsi, les personnes sans troubles psychiatriques et qui rapportent des expériences d'entente de "voix" déclarent dans l'ensemble assez bien vivre avec et les

accepter, alors que les personnes souffrant de troubles psychiatriques les subissent et les vivent difficilement.

Dans la pratique en santé mentale, afin de compléter la thérapeutique médicamenteuse pour soigner les HAVs, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont fortement recommandées pour surmonter les "voix" et réduire la souffrance qui y est associée [13-15]. Plus récemment, la troisième vague des TCC a permis d'apporter de nouvelles réponses thérapeutiques pour l'entente de "voix" chez ces patients [16,17]. En effet, au lieu de chercher à supprimer ou diminuer l'intensité des HAVs comme c'est le cas pour les TCC classiques, ces nouveaux modèles thérapeutiques tels que la pleine conscience (Mindfulness) et la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT), visent à aider le patient à modifier ses attitudes et son rapport aux "voix" [18]. En outre, ces principes thérapeutiques de modification d'attitudes et de ses rapports aux voix sont également utilisés dans de nouvelles approches thérapeutiques qui se sont fortement développées ces dernières années [19], notamment avec l'utilisation de la réalité virtuelle, comme la thérapie par avatar pour les voix [20]. Ainsi, dans cette 3^e vague des TCC, une meilleure acceptation des "voix" serait par conséquent possible grâce, d'une part, à des processus de défusion vis-à-vis du contenu des "voix" (prendre un recul et les écouter sans croire littéralement ce qu'elles disent), et des processus d'accueil des croyances et des émotions qui leur sont associées d'autre part (accueillir sans juger les expériences cognitives et émotionnelles associées aux "voix") [21,22]. Toutefois, il n'existe que très peu d'outils standardisés et validés pour mesurer précisément l'acceptation des "voix" chez ces patients. L'échelle VAAS « *Voices Acceptance and Action Scale* » a été spécialement conçue pour mesurer les expériences d'acceptation des "voix". Sa version initiale à 31 items a été élaborée à partir d'un échantillon de patients avec des HAVs avec syndrome d'influence dites de « commandement » (qui contraignent le patient à obéir aux ordres) d'intensité sévère [23]. Afin de pouvoir utiliser cette échelle dans une pratique clinique routinière en santé mentale avec des patients moins invalidés par leurs HAVs, la version initiale de la VAAS a été remaniée. Cela a permis d'obtenir deux versions plus courtes de 9 et de 12 items qui présentent des propriétés psychométriques satisfaisantes, pour mesurer l'expérience d'acceptation des "voix" chez des patients psychotiques [24].

À ce jour, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude de validation de cette échelle pour une population française. Alors que la 3^e vague des TCC pour traiter les troubles psychotiques se développe de plus en plus en France dans la pratique thérapeutique psychiatrique, il nous a semblé pertinent d'étudier les propriétés psychométriques de l'échelle VAAS à partir d'un échantillon de patients psychiatriques francophones atteints de schizophrénie, afin de

permettre aux cliniciens français de disposer d'un outil fiable et rapide d'utilisation pour mesurer le niveau d'acceptation des "voix".

L'objectif de la présente étude est double : 1) valider l'échelle VAAS auprès d'une population française composée de patients atteints de schizophrénie avec des HAVs (population clinique) et de personnes entendant des "voix" (population non-clinique), ce qui permettrait de mettre à la disposition des cliniciens un outil fiable pour mesurer l'acceptation des "voix" par le patient, 2) explorer avec cette même échelle VAAS, le niveau d'acceptation de l'expérience des "voix" sur ces deux populations (clinique et non-clinique), ce qui à ce jour a été très peu exploré. Les données obtenues permettraient dans ce cas de contribuer à une meilleure compréhension des processus d'acceptation des "voix" entre ces deux populations.

Méthode

Participants

Pour la population clinique, notre échantillon était composé de 65 patients suivis en secteur psychiatrique en ambulatoire, ou hospitalisés dans une unité d'admission et répondait aux critères de troubles schizophréniques (schizophrénie et trouble schizo-affectif).

Pour la population non-clinique, notre échantillon pour cette population était composé de 321 personnes francophones (dont 315 Français et 6 Canadiens francophones). L'existence ou non de troubles psychiatriques n'a pas été vérifiée à l'aide d'outils standardisés, et reposait uniquement sur le « *self-report* » des participants qui répondaient à un questionnaire en ligne.

Les données descriptives de ces deux populations sont synthétisées dans le **Tableau 1**.

Procédure

Pour la population clinique, les évaluations ont été réalisées lors d'un entretien unique, par des cliniciens (psychologues et psychiatres) expérimentés dans la clinique des patients souffrant de troubles psychotiques. L'entretien pouvait se dérouler sur les unités d'admission lors d'hospitalisation ou bien sur les unités tels que les centres médico-psychologiques et les hôpitaux de jour de la région Occitanie. Après avoir été informé de l'étude et de ses buts, le consentement de chaque sujet pour leur participation à l'étude était recueilli. S'en suivait un entretien semi-directif visant à déterminer la psychopathologie générale et évaluer les dimensions symptomatiques à l'aide de l'hétéro-questionnaire BPRS. Les auto-questionnaires VAAS et BAVQ-R étaient administrés à la fin de cet entretien en présence du thérapeute.

Pour la population non-clinique, le recrutement des sujets a été effectué par internet, en diffusant un lien via les réseaux sociaux et les sites spécialisés ayant pour centres d'intérêt les

troubles psychiatriques et le phénomène d'entente de « voix ». Cette diffusion permettait de faire connaître l'étude à une large population, donnant la possibilité aux sujets majeurs volontaires d'accéder au protocole en ligne. Le protocole était composé d'une première partie permettant de relever des données sociodémographiques, et relatives à la situation médicale du sujet (sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, niveau d'études, pays de résidence, existence d'un ou plusieurs diagnostics psychiatrique et médical, existence d'un suivi psychologique actuel pour l'entente de "voix", prise ou non d'un traitement médicamenteux pour les "voix"). La deuxième partie du protocole était composée de l'échelle VAAS dans sa version 12 items. Le protocole en ligne a été opérationnalisé et géré grâce au logiciel d'enquête « Limesurvey ».

Ici Tableau 1

Traduction et rétrotraduction de l'échelle VAAS

L'échelle *Voices Acceptance and Action Scale* a fait l'objet d'un processus de traduction et rétrotraduction dans sa version 12 items par trois des auteurs (TLa, RK, PL), dont la langue maternelle est le français. La rétrotraduction a quant à elle était effectuée par deux enseignantes-chercheuses universitaires en psychologie (SC et TLe), dont une ayant l'anglais comme langue maternelle, et la deuxième qui était bilingue. La comparaison des deux versions obtenues a fait l'objet de corrections et d'ajustements mineurs, aboutissant à un consensus pour la traduction des items.

Mesures

Psychopathologie

La Brief Psychiatric Rating Scale « BPRS » a été utilisée dans sa version élargie à 24 Items [25]. Il s'agit d'une hétéro-évaluation en 24 items. La cotation de chaque item va de 1 « absent » à 7 « extrêmement sévère » répartis en quatre sous-échelles : dépression, symptômes positifs, symptômes négatifs et manie (cette dernière dimension n'a pas été utilisée dans notre analyse).

Croyances à propos des "voix"

La *Beliefs About Voices Questionnaire* forme révisée « BAVQ-R » [26] est une échelle permettant de mesurer les croyances que les patients entretiennent à propos de leurs "voix". C'est un auto-questionnaire de 35 affirmations, avec réponses sur une échelle de Likert en 4 points (de 0 = « pas d'accord », à 3 = « pleinement d'accord »).

Elle se décompose en cinq sous-échelles : « Malveillance », « Bienveillance », et « Omnipotence » qui explorent les significations données aux hallucinations auditives. Les

réactions émotionnelles et comportementales sont évaluées quant à elles par les sous-échelles « Résistance » qui évaluent la résistance aux "voix", et par la sous-échelle « Engagement » lorsque les sujets les écoutent activement.

Acceptation des "voix"

La *Voices Acceptance and Action Scale* « VAAS » [23] est une échelle qui permet de mesurer le degré d'acceptation des "voix". C'est un auto-questionnaire qui a fait l'objet d'une étude psychométrique en version abrégée [24]. Elle est composée de 12 affirmations avec une échelle de Likert en 5 points (1= « Pas du tout d'accord » à 5 = « Tout à fait d'accord »), ainsi que de 4 questions à choix unique sur la période où les "voix" ont été entendues chez le sujet (au cours de la dernière semaine, entre une semaine et un mois, entre 1 et 3 mois, entre 4 et 6 mois).

Démarche statistique

La structure de la VAAS a été évaluée au moyen d'une analyse factorielle confirmatoire. Une analyse de groupe multiple a permis de comparer le modèle entre les deux sous-échantillons. Étant donné que l'échantillon clinique présentait une distribution univariée normale [27], la validité a été testée à l'aide de corrélations bivariées de Pearson entre les échelles du BAVQ-R, BPRS et la VAAS. La contribution de ces dimensions sur la dépression a été estimée par des régressions linéaires multiples. Le test re-test, a été effectué sur la population clinique par un test de corrélation de Pearson 6 semaines après sur un échantillon de 30 sujets, et la concordance entre les deux temps de mesure a été effectuée par une analyse du coefficient inter-classe, et un test de Bland-Altman. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R.

Résultats

Analyse factorielle confirmatoire

La structure factorielle de la VAAS a été évaluée sur la population clinique et non-clinique (N=386). Le tableau 2 présente les indices d'ajustement pour les deux modèles testés. Comme montre le tableau, même si les deux modèles semblent satisfaisants, la version VAAS-9 représente mieux les données que la version complète du questionnaire. De ce fait, les indices de qualité d'ajustement se sont améliorés lorsque les items 1, 11 et 12 ont été supprimés pour la version 9 (**Tableau 2**). Les analyses exploratoires ont permis de confirmer la structure de l'échelle à 9 items proposée par Brockman et ses collaborateurs [24].

Ici Tableau 2

Des analyses multi-groupes ont été ensuite réalisées sur la version à 9 items. Deux preuves d'invariance ont été ainsi testées : le modèle de la variance « faible » ($\Delta CFI_1 < 0.01$) et le modèle de la variance « forte » ($\Delta CFI_2 = 0.015$). Selon Meade et ses collaborateurs [28], si ΔCFI entre les deux groupes est inférieur à 0.01 ; il est possible de considérer une invariance entre les groupes et ils peuvent être donc comparés. Au vu des résultats, la VAAS-9 a été retenue pour la population clinique et non clinique (**Figure 1**).

Ici Figure 1

Consistance interne

La version VAAS-9 retenue pour l'ensemble de la population francophone présente un alpha de Cronbach ordinaire satisfaisant de 0.89. L'alpha pour la population non clinique est de 0.87 et pour la population clinique est de 0.71 (**Tableau 3**).

Tableau 3

Validité concourante et divergente

La VAAS-9 est corrélée avec toutes les sous-échelles de la BAVQ-R (**Tableau 4**). Plus concrètement, l'acceptation des « voix » est positivement et modérément corrélée avec la bienveillance et l'engagement. En outre, l'acceptation des voix est inversement et modérément corrélée aux croyances de malveillance et d'omnipotence des voix. De plus, le score de la VAAS 9 est inversement et fortement corrélée avec la résistance et la dépression. Il n'existe pas de corrélation entre la VAAS-9 et la symptomatologie négative et positive.

Fidélité Test-re-test

Les résultats montrent une bonne fidélité test re-test pour les deux échelles pour la VAAS à 9 items ($r=0.70$; $P < 0.001$) et VAAS à 12 items ($r=0.79$; $P < 0.001$). Le coefficient intra-classe pour la consistance est de 0,82 ($p < 0,000$). L'intervalle de confiance à 95 % vaut [0,628 ; 0,916] indiquant une bonne fiabilité. Le test de Bland-Altman (pour l'"*agreement*") a également permis de confirmer la concordance entre les deux temps de mesure. La moyenne des différences entre les deux temps de mesure est de 0,27 (limite de concordance supérieure = 11,02 ; limite de concordance inférieure = -10,75). Comme le montre le graphique de la **Figure 2**, la plupart des points se situent dans l'intervalle donné par les limites.

Ici Figure 2

Ici tableau 4

Contribution de l'acceptation des voix

Une analyse de régression linéaire multiple avec entrée forcée en trois étapes a été menée afin de déterminer l'influence de l'acceptation des voix de la population clinique sur la dépression en comparaison aux sous-échelles de la BAVQ-R. Les résultats ont montré que l'acceptation des voix à elle seule contribue à expliquer 9 % de la variance de la dépression (**Tableau 5**). Le modèle qui tient compte des sous-échelles de la BAVQ-R, de la symptomatologie positive et négative ainsi que de la VAAS-9, explique 52 % de la variance totale. Ainsi, dans ce modèle final, trois variables contribuent significativement à la variation de scores de la dépression, la symptomatologie négative ($\beta = 0.26$; $p = 0.017$), symptomatologie positive ($\beta = 0.26$; $p = 0.017$) et l'acceptation ($\beta = -0.39$; $p = 0.001$).

Ici Tableau 5

Niveau d'acceptation de l'expérience des "voix"

Le niveau d'acceptation de l'expérience des "voix" a été évalué pour les participants issus de la population non-clinique ainsi que pour les participants issus de la population clinique. Les résultats montrent que les participants issus de la population non-clinique présentent un niveau d'acceptation de l'expérience des "voix" significativement plus important (ET 5.38) que les participants ayant un profil clinique (ET 6.59) ; $t(82.14) = 14.39$; $p < 0.000$). De plus, l'indice de Hedges' g [28] montre que la taille de l'effet de cette différence est très importante (Hedges' $g = 2.24$)¹. Cet indice a été priorisé étant donné la différence de taille existant entre les deux échantillons évalués [29].

Discussion

Cette étude avait pour objectifs : 1) de définir les propriétés psychométriques de l'échelle dans sa version francophone, pour les deux versions (9 et 12 items), 2) d'évaluer le niveau d'acceptation des voix sur une population clinique et non-clinique.

D'une part, il est ressorti de notre analyse que, comparées entre elles, les deux versions de l'échelle VAAS présentaient des indices de qualité d'ajustement satisfaisants pour la structure factorielle. Un avantage a été observé pour la version à 9 items, ce qui confirme l'étude de validité réalisée par Brockman et ses collaborateurs [24].

¹ 0,2 représente une taille d'effet «petite», 0,5 représente une taille d'effet «moyenne», 0,8 un effet d'effet «grand» ; 1,2 un effet « très grand » et 2 un effet « extrêmement important » (Sawilowsky, 2009)

D'autre part, on constate que les scores à l'échelle VAAS 9 sont fortement corrélés à ceux de la dépression chez les patients atteints de schizophrénie, ce qui est congruent avec les données de la littérature qui suggèrent qu'un faible niveau d'acceptation des voix, est associé à un niveau de dépression important chez ces patients [30]. En outre, comparés aux croyances des voix, nos résultats montrent également que la version francophone de la VAAS 9 explique une part plus élevée de la dépression que dans de précédentes études (9 % de la variance de la dépression, comparé à 8 % de la variance dans l'étude précédente) [24].

Par ailleurs, nous constatons que l'acceptation des voix ne semble pas être reliée à une symptomatologie spécifique de la schizophrénie sur notre population clinique. En effet, quels que soient les symptômes positifs ou négatifs, il n'existe pas de corrélations significatives entre ces deux types de symptômes et l'acceptation. Ce point suggère que l'acceptation des voix pourrait être dépendante des croyances des patients à propos de leurs voix et de l'expérience émotionnelle qui en résulte [8,31], plutôt que liée à un type et une intensité de symptôme de la schizophrénie. Cette hypothèse semblerait plausible puisque le niveau d'acceptation des voix est corrélé positivement à la bienveillance et l'engagement par rapport aux voix, et corrélé négativement à la malveillance, l'omnipotence et la résistance des voix. En d'autres termes, plus les voix sont perçues comme bienveillantes et engageantes, plus leur acceptation est élevée. Ces résultats vont dans le sens des travaux de Romme & Escher [10] qui suggèrent que les personnes n'ayant pas de troubles psychiatriques et qui entendent des voix, semblent mieux les vivre. En effet, le score d'acceptation des voix obtenu pour cette population non-clinique était significativement supérieur à celui de notre échantillon de patients souffrant de schizophrénie. En revanche, plus les voix sont perçues comme puissantes, malveillantes et source de résistance, et moins elles sont acceptées en tant qu'expérience, ce qui est le cas pour les patients atteints de schizophrénie. Un premier facteur qui pourrait expliquer cette différence serait celui d'une meilleure flexibilité psychologique qui pourrait rendre compte de cette capacité d'acceptation des voix chez les entendeurs de voix sans troubles psychiatriques, comparés aux patients souffrant de schizophrénie entendant des voix qui manquent très souvent de cette flexibilité [18]. Un autre facteur qui influencerait ce niveau d'acceptation dans la population non-clinique pourrait être également celui des croyances qu'ont les personnes au sujet de leurs voix. Malheureusement à ce niveau, il ne nous est pas possible de supporter cette hypothèse car notre étude n'avait pas prévu d'introduire un outil d'évaluation des croyances qu'ont les personnes à propos de leurs voix pour l'échantillon non-clinique. Néanmoins, si nous considérons dans notre échantillon non-clinique le faible taux de recours à des soins psychothérapeutiques ou médicamenteux rapporté par les participants (seulement 23,1 % d'entre eux déclaraient suivre ou bénéficier d'une aide

psychothérapique, et 17,6 % déclaraient prendre un traitement médicamenteux pour les voix), alors il est probable que les croyances associées aux voix soient de nature positive. Cette idée semblerait même possible si l'on considère qu'un bon niveau d'acceptation des voix est une condition nécessaire pour mieux vivre avec, et parvenir à s'engager dans une vie pleine de sens pour soi [10].

En outre, nos résultats indiquent que la symptomatologie dépressive est expliquée par la présence de symptôme positif, négatif, et l'acceptation. Dans ces résultats, c'est à nouveau le niveau d'acceptation des voix qui explique le mieux la dépression. Par conséquent, le niveau d'acceptation des voix semble être un indicateur clinique puissant pour mesurer la détresse des personnes qui entendent des voix, atteintes ou non de schizophrénie. Ces résultats seraient donc d'une grande portée dans la pratique psychiatrique, car lors de l'évaluation clinique des patients souffrant de schizophrénie, associée à l'évaluation de la symptomatologie positive et négative, l'évaluation de l'acceptation des voix permettrait dans ce cas de mieux objectiver la dépression lorsqu'elle est présente, tout en précisant sa source. Cela donnerait également la possibilité d'engager un échange avec les personnes entendant des voix pour explorer leurs « attitudes psychologiques » vis-à-vis de leurs voix. Enfin, à ce niveau d'évaluation, connaître le niveau d'acceptation des voix pourrait également permettre de définir avec plus de précision les cibles thérapeutiques pour la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie entendant des voix. Concrètement, cela aiderait à orienter les patients en fonction de leur niveau d'acceptation de leurs voix vers des thérapeutiques adaptées à chaque cas (comme les TCC, les approches basées sur l'acceptation et la compassion ou des remédiations cognitives spécifiques) pour mieux gérer et vivre avec les voix. Enfin, cet outil permettrait de différencier avec précision ce qui relève de l'acceptation des voix suite à des interventions thérapeutiques ciblées sur ces phénomènes, ce qui faisait défaut jusqu'à présent. En effet, jusqu'ici les études mesurant l'efficacité des interventions basées sur la Mindfulness et ACT n'utilisaient que des échelles de pleine conscience pour mesurer les capacités d'accueil des voix [32]. Dans la majorité des cas, elles ne prenaient en compte que des scores issus d'échelles de Likert pour mesurer la crédibilité accordée aux voix [17], ou le taux de ré-hospitalisation des patients comme indicateur pour justifier l'efficacité des approches de 3^e vague sur les voix. L'utilisation systématique d'un outil spécifique pour l'évaluation de l'acceptation des voix permettra de répondre à ce problème.

Notre étude présente toutefois des limites puisque nous n'avons pas pu appliquer le même protocole complet pour la population non-clinique. L'étude de régression n'a été réalisée que sur un échantillon clinique de petite taille. De plus, pour la population non-clinique, nous n'avons pas de certitude quant aux tableaux cliniques éventuels qu'ils pouvaient présenter.

En effet, ces données ont été recueillies en « self-report », aucun examen médical n'a pu être effectué, et il est possible qu'une évaluation psychiatrique ait soulevé des problèmes psychiatriques non mentionnés. Par ailleurs, l'idée que l'acceptation soit dépendante des croyances et de l'expérience émotionnelle qui en résulte est à considérer avec beaucoup de précautions. En effet, l'absence de corrélations entre l'acceptation et la symptomatologie spécifique de la schizophrénie n'est pas suffisante pour valider cette hypothèse. De plus, dans notre population non-clinique, aucune mesure des croyances par rapport aux voix n'a pu être effectuée avec un outil spécifique. Enfin, la qualité de vie n'a pas été mesurée dans les deux populations, ce qui nous amène à relativiser l'idée que les sujets vivent relativement bien avec leurs voix si elles sont perçues comme bienveillantes. Ces limites devront être précisées lors de futures études et nous obligent à considérer nos hypothèses avec prudence.

En conclusion, l'échelle VAAS 9 représente un outil fiable et indispensable pour évaluer l'acceptation des voix chez les patients atteints de schizophrénie. Désormais, il sera possible pour les cliniciens et les chercheurs francophones d'utiliser un outil pertinent pour mesurer l'acceptation des voix lors d'interventions thérapeutiques, d'essais cliniques ou de recherches futures.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Bauer SM, Schanda H, Karakula H, Olajossy-Hilkesberger L, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, et al. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2011;52(3):319–25.
- [2] Franck N, Thibaut F. Hallucinations. *Encycl Méd-Chir Psychiatr*. 2003;37–120.
- [3] Nayani TH, David AS. The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychol Med*. 1996;26(01):177.
- [4] Laroï F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, ffytche DH, Hugdahl K, et al. The Characteristic Features of Auditory Verbal Hallucinations in Clinical and Nonclinical Groups: State-of-the-Art Overview and Future Directions. *Schizophr Bull*. 2012;38(4):724–33.
- [5] Thomas P, Mathur P, Gottesman II, Nagpal R, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Correlates of hallucinations in schizophrenia: A cross-cultural evaluation. *Schizophr Res*. 2007;92(1–3):41–9.

- [6] Nicolson SE, Mayberg HS, Pennell PB, Nemeroff CB. Persistent auditory hallucinations that are unresponsive to antipsychotic drugs. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7):1153–9.
- [7] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry*. 1994;164(2):190–201.
- [8] Monestès JL, Vavasseur-Desperriers J, Villatte M, Denizot L, Loas G, Rusinek S. Influence de la résistance aux hallucinations auditives sur la dépression : étude au moyen du questionnaire révisé des croyances à propos des voix. *L'Encéphale*. 2015;41(1):25–31.
- [9] Badcock JC, Paulik G, Maybery MT. The role of emotion regulation in auditory hallucinations. *Psychiatry Res*. 2011;185(3):303–8.
- [10] Romme MAJ, Escher ADMAC. Hearing Voices. *Schizophr Bull*. 1989;15(2):209–16.
- [11] Beavan V, Read J, Cartwright C. The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *J Ment Health*. 2011;20(3):281–92.
- [12] Tien AY. Distributions of hallucinations in the population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1991;26(6):287–92.
- [13] Mazmanian S, Mirabel-Sarron C, Dardennes R. Les thérapies cognitivo-comportementales face aux hallucinations auditives dans la schizophrénie : une revue de la littérature. *J Thérapie Comport Cogn*. 2015;25(4):177–88.
- [14] Turner DT, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Am J Psychiatry*. 2014;171(5):523–38.
- [15] Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res*. 2005;77(1):1–9.
- [16] Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(5):1129–39.
- [17] Gaudio BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behav Res Ther*. 2006;44(3):415–37.
- [18] Morris EMJ, Johns LC, Oliver JE, editors. *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, a John Wiley & Sons, Ltd., Publication; 2013. 279 p.
- [19] Jardri, R., Favrod, J., & Laroi, F. *Psychothérapies des hallucinations*. Elsevier-Masson, 2016.
- [20] du Sert OP, Potvin S, Lipp O, Dellazizzo L, Laurelli M, Breton R, et al. Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial. *Schizophr Res*. 2018;197(1):176–181.
- [21] Gaudio BA, Herbert JD, Hayes SC. Is It the Symptom or the Relation to It? Investigating Potential Mediators of Change in Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *Behav Ther*. 2010;41(4):543–54.

- [22] Veiga-Martinez C, Perez-Alvarez M, Garcia-Montes JM. Acceptance and Commitment Therapy Applied to Treatment of Auditory Hallucinations. *Clin Case Stud.* 2008;7(2):118–35.
- [23] Shawyer F, Ratcliff K, Mackinnon A, Farhall J, Hayes SC, Copolov D. The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data. *J Clin Psychol.* 2007;63(6):593–606.
- [24] Brockman R, Kiernan M, Murrell E. Psychometric Properties of Two Brief Versions of the Voices Acceptance and Action Scale (VAAS): Implications for the Second-wave and Third-wave Behavioural and Cognitive Approaches to Auditory Hallucinations: VAAS Psychometric Properties. *Clin Psychol Psychother.* 2015;22(5):450–9.
- [25] Ventura J, Green MF, Shaner A, Liberman RP. Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: "the drift busters.". *Int J Methods Psychiatr Res.* 1993.
- [26] Chadwick P. The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *Br J Psychiatry.* 2000;177(3):229–32.
- [27] George D, Mallery M. *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e.* Boston: Pearson; 2010.
- [28] Hedges LV. Distribution Theory for Glass's Estimator of Effect Size and Related Estimators. *J Educ Stat.* 1981;6(2):107.
- [29] Meade AW, Johnson EC, Braddy PW. Power and sensitivity of alternative fit indices in tests of measurement invariance. *J Appl Psychol.* 2008;93(3):568–92.
- [30] Gilbert P, Birchwood M, Gilbert J, Trower P, Hay J, Murray B, et al. An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychol Med.* 2001;31(06).
- [31] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. II: The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ). *Br J Psychiatry.* 1995;166(6):773–6.
- [32] Khoury B, Lecomte T, Gaudiano BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophr Res.* 2013;150(1):176–84.

Figure 1. Structure factorielle de la version francophone de la VAAS-9 sur l'ensemble de la population (N = 386), présentant les coefficients de saturation des items.

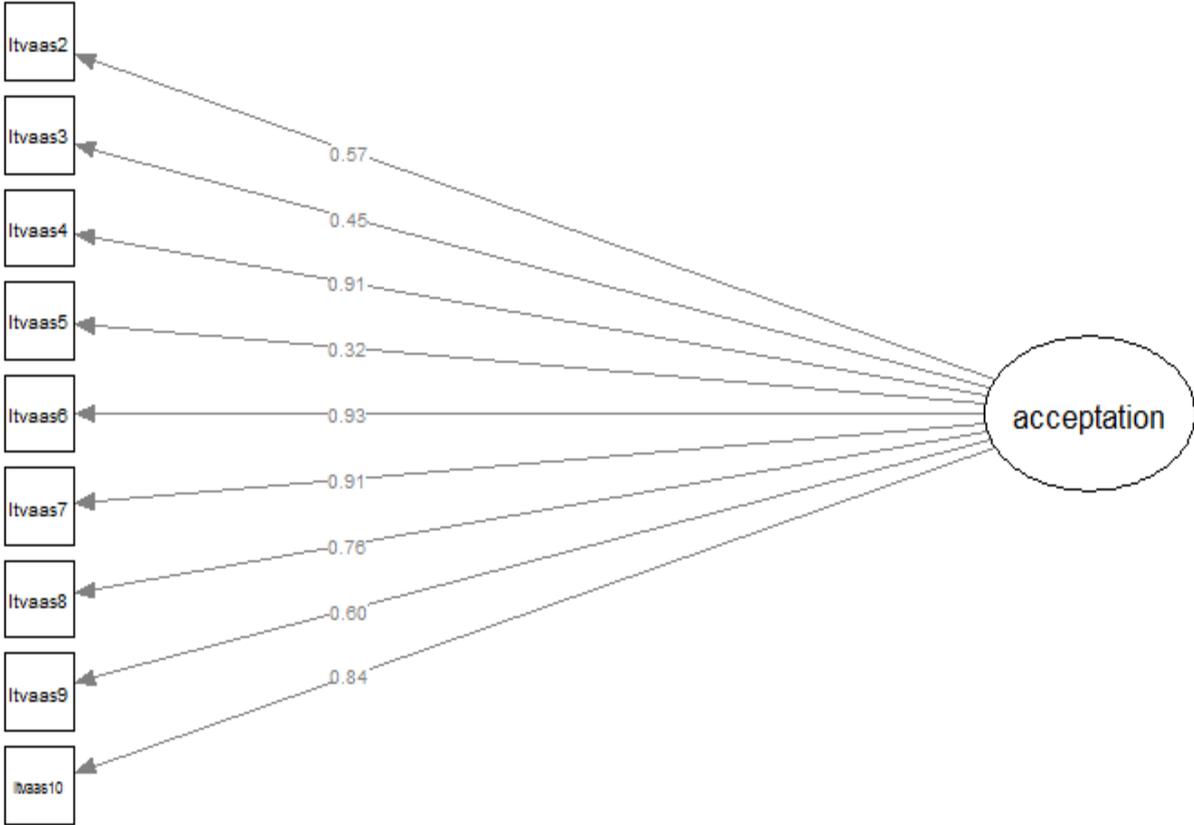


Figure 2. Graphique des données issues du test de Bland-Altman

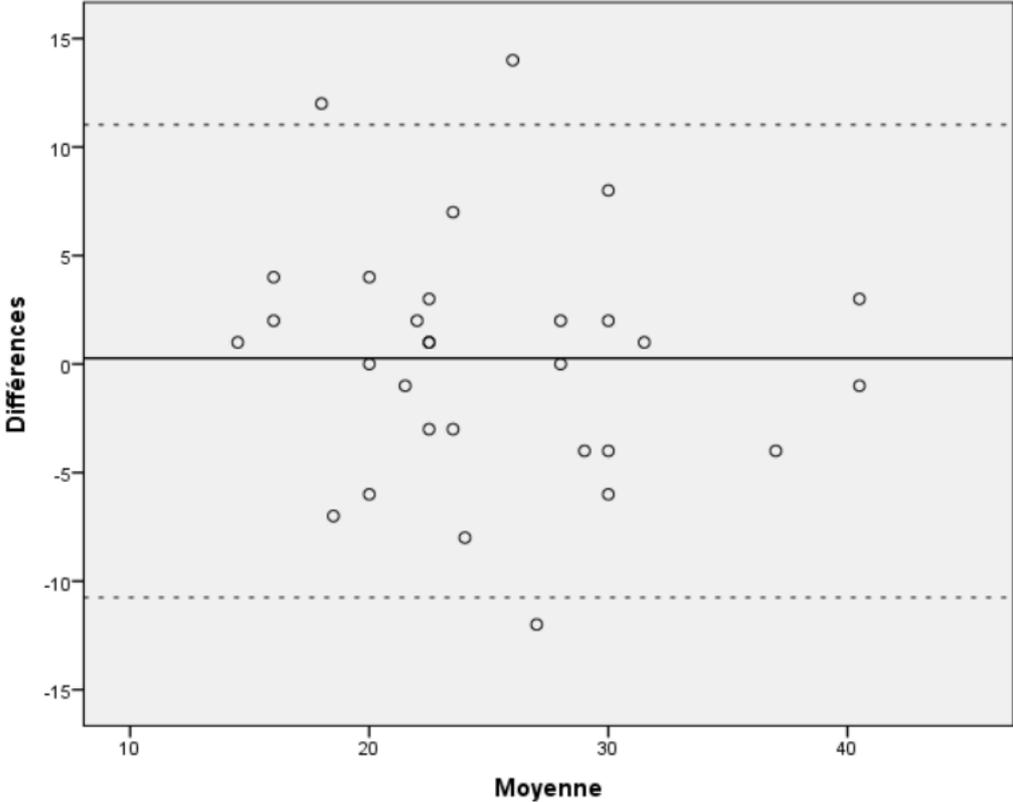


Tableau 1. Données descriptives des populations clinique et non-clinique

	Population clinique (n=65)	Population non-clinique (n=321)
Âge	41,82 ± 9,49	42,17 ± 12,41
Genre	60% hommes (n=39)	25,2% hommes (n=81)
Niveau d'étude (Bac +2 ou plus)	17% (n=11)	55,1% (n=177)
Sans activité professionnelle	80% (n=52)	10,6% (n=34)
Traitements médicamenteux	98% (n=64) <i>(Neuroleptique ou antipsychotique)</i>	17,6% (n=56) <i>(Traitements non-précisés)</i>
Suivi ou soutien psychothérapeutique	100% (n=65)	23,1% (n=74)

Tableau 2. Indices d'ajustement pour les différents modèles de la VAAS

<i>Modèle</i>	χ^2	df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA [90% C. I.]
VAAS 12 items						
<i>Population clinique</i>	138.25	102	1.36**	0.94	0.96	0.07 [0.04 – 0.09]
<i>Population non clinique</i>	288.01	102	2.82**	0.97	0.98	0.07 [0.06 – 0.08]
VAAS 9 items						
(sans items 1, 11 et 12)						
<i>Population clinique</i>	64.43	63	1.00**	0.99	0.99	0.02 [0.00 – 0.07]
<i>Population non clinique</i>	88.35	63	1.40**	0.99	0.99	0.03 [0.01 – 0.05]

** $p < 0.001$

Tableau 3. Propriétés psychométriques par item de la version VAAS-9 (N = 386)

	M (ET)	Corrélation total-item	Alpha ordinal si item éliminé
Item 2	4.22 (1.07)	0.67	0.88
Item 3	3.60 (1.15)	0.56	0.89
Item 4	4.19 (1.23)	0.89	0.86
Item 5	3.82 (1.10)	0.45	0.90
Item 6	4.12 (1.27)	0.87	0.86
Item 7	4.18 (1.22)	0.86	0.86
Item 8	4.12 (1.20)	0.76	0.88
Item 9	4.10 (1.01)	0.69	0.88
Item 10	4.02 (1.33)	0.83	0.87

Tableau 4. Coefficients de corrélation entre la VAAS-9, les sous-échelles de la BAVQ-R, l'échelle totale de la BAVQ-R et la sous-échelle de dépression de la BPRS ($n=65$)

	VAAS-9	Sous-échelles de la BAVQ-R					BAVQ-R Total	BPRS- Dépression
		Bienveillance	Malveillance	Omnipotence	Résistance	Engagement		
Bienveillance	0.31*							
Malveillance	-0.32*	-0.29*						
Omnipotence	-0.32**	0.16	0.49**					
Résistance	-0.45**	-0.38**	0.49**	0.31*				
Engagement	0.40**	0.75**	-0.17	0.12	-0.39**			
BAVQ-R Total	0.09	0.72**	0.19	0.55**	0.11	0.80**		
BPRS- Dépression	-0.55**	-0.28*	0.31*	0.18	0.24	-0.38**	-0.19	
BPRS- Symptômes négatifs	-0.20	-0.17	0.14	0.06	-0.25	-0.18	-0.20	0.46**
BPRS- Symptômes positifs	-0.07	0.22	0.07	0.32**	-0.06	0.23	0.27*	0.30*

** $p < 0.001$

* $p < 0.05$

Tableau 5. Régressions multiples permettant de déterminer la contribution des sous-échelles de la BAVQ-R, de la VAAS-9 et de la BPRS symptomatologie positive et négative au score de dépression (n = 65)

<i>Variable dépendante</i>	Sous-échelles de la BAVQ-R		Symptomatologie positive et négative		VAAS-9	
	R^2	F (ddl)	R^2 (variation)	F (ddl)	R^2 (variation)	F (ddl)
BPRS-Dépression	0.221*	3.34 (5,59)	0.42** (0.20)	9.60 (2,57)	0.52** (0.09)	11.43 (1.52)

** $p < 0.001$

* $p < 0.05$

