Hallucinations auditives persistantes chez des patients suivis pour schizophrénie

Persistent auditory hallucinations in out-patients with schizophrenia

Soumaya Chatti¹, Wassim Ben Mansour¹, Jérôme Brunelin², Amel Mrad¹, Mohamed Saoud², Leila Gassab¹, Emmanuel Poulet², Anwar Mechri¹

1. Service de Psychiatrie, CHU Fattouma Bourguiba de Monastir, Université de Monastir, 5000, Monastir, Tunisie.

2. Centre Hospitalier Le Vinatier, EA 4615, Université Claude Bernard Lyon 1, 95 boulevard Pinel, Bron, France

R É S U M É

Objectifs : Estimer la prévalence des hallucinations auditives (HAs) persistantes chez un groupe de patients suivis pour schizophrénie, évaluer leurs dimensions et rechercher les facteurs associés.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale portant sur 144 patients suivis pour schizophrénie, selon les critères du DSM-IV-TR. L'évaluation a consisté en le recueil des données cliniques et thérapeutiques et la passation de l'échelle des hallucinations auditives d'Hoffman (AHRS) et de l'échelle des symptômes psychotiques positifs et négatifs (PANSS).

Résultats : La prévalence des HAs persistantes (score ≥ 5 à l'échelle AHRS) était de 40,3%. Le score total moyen à l'échelle AHRS était de $10,7 \pm 7,8$ chez tous les patients et de $19,4 \pm 7,7$ chez les patients ayant des HAs persistantes. Les dimensions des HAs ayant les sous scores les plus élevés étaient le nombre, l'influence et la réalité des voix. Les items de la PANSS les plus liés au score total à l'échelle AHRS étaient le P3 « activité hallucinatoire », le G1 « préoccupations somatiques », le G4 « tension » et le G5 « maniérisme et troubles de la posture ». Les facteurs associés aux HAs persistantes étaient l'absence de consommation tabagique, le début hallucinatoire des troubles, la notion d'hospitalisation antérieure et l'évolution continue.

Conclusion : Nos résultats confirment l'existence de différences interindividuelles dans les caractéristiques des HAs. Le caractère persistant des HAs était associé à des facteurs de mauvais pronostic, exigeant la mise en place des stratégies thérapeutiques mieux ciblées et plus efficaces.

M o t s - c l é s

Schizophrénie, Hallucinations auditives persistantes, Echelle des Hallucinations Auditives, PANSS.

S U M M A R Y

Objectives: to estimate the prevalence of persistent auditory hallucinations (AHs) in a group of schizophrenic patients, to evaluate their dimensions and to identify their clinical associated factors.

Method: This was a cross-sectional study carried-on 144 out-patients followed for schizophrenia, according DSM-IV-TR criteria. The assessment was consisted by the collect of epidemiological, clinical and therapeutic data and the use of the Hoffman's auditory hallucinations rating scale (AHRS), and the positive and negative symptoms scale (PANSS).

Results: The prevalence of persistent AHs (AHRS score ≥ 5) was 40.3%. The mean total score of the AHRS was 10.7 ± 7.8 for all patients and 19.4 ± 7.7 for patients with persistent AHs. The AHs dimensions with higher sub-scores were the number, the influence and the reality of the voices. The PANSS items most related to the AHRS total score were P3 "hallucinatory activity", G1 "somatic concerns", G4 "tension" and the G5 "mannerisms and posture disorders". The clinical associated factors with persistent AHs after multivariate analysis were the absence of tobacco consumption, the hallucinatory onset of disorders, the notion of previous hospitalization and the continuous course.

Conclusion: Our results support the multidimensionality of AHs and confirm the existence of inter individual differences in the characteristics of these hallucinations. Persistent AHs were associated with poor prognosis, requiring more effective therapeutic strategies.

Key - words

Schizophrenia, Persistent auditory hallucinations, Auditory Hallucinations Rating Scale, PANSS.

Les hallucinations auditives (HAs) sont parmi les symptômes positifs les plus fréquents, affectant entre 50 et 80% des patients atteints de schizophrénie [1,2]. Leur présence pendant une période d'un mois ou plus constitue un argument diagnostique important de la schizophrénie dans les classifications internationales. Dans la schizophrénie, les HAs sont souvent éprouvées comme des voix, bien qu'elles puissent aussi être d'autres sons non verbaux, comme des sonneries ou des sifflements. En effet, les voix constituent le contenu hallucinatoire le plus fréquent [3]. En dépit de leur fréquence et de leur pertinence clinique, peu de travaux ont concerné l'évaluation des caractéristiques ou des dimensions des HAs et peu d'importance a été accordée à la nature multidimensionnelle de ces symptômes [3-5]. En effet, des différences interindividuelles substantielles dans les caractéristiques des HAs sont relevées et ont par conséquent besoin d'une exploration soignée. Les voix des hallucinations sont une expérience interne sentie, mais non directement remarquable, bien que parfois accompagnée de comportements observables. En plus, la nature et le vécu des ces voix changent avec le cours de la maladie, l'humeur des patients et leur degré de contrôle [4]. Ainsi, l'évaluation clinique de l'expérience hallucinatoire dans la schizophrénie représente un véritable défi pour les professionnels en psychiatrie. Malgré le traitement neuroleptique bien conduit, environ un tiers des patients schizophrènes ont des HAs persistantes occasionnant une gêne fonctionnelle importante et induisant des troubles du comportement [6,7]. Cette notion de persistance des HAs se base uniquement sur des constatations cliniques. Elle diffère de la notion de résistance qui obéit à des critères rigoureux tels qu'énoncés par Kane [8]. Le caractère persistant des HAs pose des problèmes d'ordre pronostique et thérapeutique. Ces hallucinations persistantes constituent un énorme fardeau altérant le

fonctionnement des patients avec des conséquences graves sur leur vie quotidienne, exigeant un traitement ciblé et spécifique.

Les objectifs de ce travail étaient d'estimer la prévalence des HAs persistantes chez un groupe de patients suivis pour schizophrénie, d'évaluer les dimensions de ces HAs persistantes et leurs interrelations et de rechercher les facteurs associés à ces hallucinations.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique, réalisée à la consultation externe du service de psychiatrie du centre hospitalo-universitaire de Monastir. C'est un service de soins tertiaires répondant aux besoins en santé mentale dans le gouvernorat de Monastir, un secteur d'environ 500.000 habitants.

Population étudiée :

L'enquête a porté sur 144 patients suivis pour schizophrénie ayant consulté au cours du dernier trimestre de l'année 2012. Le recrutement s'est fait de manière systématique. Tous les patients ayant consulté pendant la période d'étude et répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous ont été invités à participer à l'étude. Les critères d'inclusion étaient le diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM-IV-TR [9], la résidence au gouvernorat de Monastir et l'accord préalable du patient. Les critères d'exclusion étaient l'exacerbation aiguë de la schizophrénie et la présence d'un retard mental ou d'une affection neurologique cérébrale. Tous les patients inclus ont été préalablement informés des principes du travail et ont donné leur consentement pour participer à l'étude.

L'âge moyen des patients était de $38,24 \pm 10,58$ ans avec des extrêmes de 20 et 64 ans. La tranche d'âge 31 à 40 ans était la plus représentée (37,5%). La majorité des

Tableau 1 : Coefficients de corrélation entre les différentes dimensions des HAs à l'AHRS

	Réalité	Intensité	Etendue	Influence	Degré d'angoisse	Nombre
Fréquence	0,41***	0,35**	0,47***	0,49***	0,24	0,36**
Réalité	-	0,54***	0,50***	0,40**	0,40**	0,31*
Intensité		-	0,37**	0,24	0,48***	0,44***
Etendue			-	0,53***	0,51***	0,67***
Influence				-	0,62***	0,41***
Degré d'angoisse					-	0,55***

AHRS : Echelle des hallucinations auditives, HAs : Hallucinations auditives

* $p < 0,05$

** $p \leq 0,01$

*** $p \leq 0,001$

patients (70,1%) était de sexe masculin. Les participants étaient majoritairement de niveau scolaire primaire (42,4%) ou secondaire (39,6%). La fréquence de la consommation tabagique était de 47,9%, celle de la consommation d'alcool de 10,4% et celle de d'autres substances psychoactives de 5,6%. L'âge moyen de début des troubles psychotiques était de $24,4 \pm 9,3$ ans, avec des extrêmes de 13 et 52 ans. Un début délirant et hallucinatoire était rapporté par 67,4% des patients. La majorité des patients (84%) a été déjà hospitalisée, au moins une fois, en milieu psychiatrique. Le sous type clinique paranoïde était le plus fréquent (38,8%), suivi par celui indifférencié (36,1%). Le sous type évolutif épisodique était plus fréquemment constaté chez 60,4% des patients. Tous les patients étaient sous traitement antipsychotique à dose stable et efficace depuis au moins 3 mois. La plupart d'entre eux (79,2%) étaient sous antipsychotiques classiques (Halopéridol, Chlorpromazine ou Fluphénazine). Les autres patients étaient sous antipsychotiques atypiques (Amisulpiride, Risperidone ou Olanzapine) (11,8%) ou sous association de deux antipsychotiques (9%) Aucun patient n'était sous

Clozapine, molécule indiquée en cas de schizophrénie résistante. La posologie journalière moyenne des antipsychotiques était de 1084 ± 834 mg en équivalent Chlorpromazine [10].

Procédure d'évaluation :

Nous avons procédé au remplissage d'une fiche préétablie comportant les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques et à la passation lors d'un entretien psychiatrique des versions françaises de l'échelle des hallucinations auditives ou Auditory Hallucinations Rating Scale (AHRS) et de l'échelle des symptômes positifs et négatifs ou Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS).

L'échelle AHRS a été développée par Hoffman et al. [11], sous la forme d'un questionnaire de 7 items, mesurant plusieurs dimensions des HAs telles que la fréquence (score de 0 à 9), la réalité (de 0 à 5), l'intensité (de 0 à 5), l'étendue du contenu des voix (de 0 à 5), l'influence sur le fonctionnement (de 0 à 7), le degré d'angoisse consécutive (de 0 à 5) et le nombre des voix (de 0 à 6). Le score total calculé en additionnant les scores de

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques des patients avec ou sans HAs persistantes à l'AHRS

Caractéristiques démographiques, cliniques et thérapeutiques	Patients avec HAs persistantes	Patients sans HAs persistantes
	(n=58)	(n=86)
Age (moyenne $\pm$ écart-type)	37,6 $\pm$ 11,7	38,5 $\pm$ 9,8
Sexe (Homme/Femme)	39/19	62/24
Origine urbaine (%)	69%	70%
Niveau scolaire primaire ou secondaire (%)	85,9%	86%
Statut marital en couple (%)	32,7%	43%
Statut socioéconomique modeste (%)	50%	48,8%
Présence familiaux de schizophrénie (%)	25,9%	19,8%
Antécédents familiaux somatiques (%)	24,1%*	11,6%
Antécédents personnels somatiques (%)	6,9%	8,1%
Consommation tabagique (%)	32,7%*	58,1%
Consommation alcoolique (%)	6,9%	12,8%
Consommation d'autres substances psychoactives	5,2%	5,8%
Age au début des troubles (moyenne $\pm$ écart-type)	24,2 $\pm$ 10,8	24,5 $\pm$ 8,2
Début aigu des troubles (%)	38%*	16,2%
Début sous mode délirant et hallucinatoire (%)	86%*	54,6%
Sous-type clinique paranoïde (%)	53,6%*	30,2%
Scores à la PANSS (moyenne $\pm$ écart-type) :		
Score PANSS positive	20,4 $\pm$ 7,9*	10,1 $\pm$ 5,2
Score PANSS négative	17,8 $\pm$ 7,9*	15,1 $\pm$ 7,3
Score PANSS générale	31,9 $\pm$ 11,5*	23,0 $\pm$ 5,2
Score total	70,2 $\pm$ 21,1*	48,3 $\pm$ 14,5
Hospitalisation antérieure (%)	96,5%*	75,6%
Evolution continue	56,9%*	27,9%
Traitement antipsychotique classique	74,1%	82,5%
Posologie journalière en mg d'équivalent Chlorpromazine [10] (moyenne $\pm$ écart-type)	1120 $\pm$ 796	1033 $\pm$ 889

AHRS : Echelle des hallucinations auditives, HAs : Hallucinations auditives * p<0,05

chaque item s'étend de 0 à 42. Les HAs étaient considérées comme persistantes, quand elles étaient présentes en continu ou de manière régulière depuis au moins 6 semaines, ce qui correspond à un score ≥ 5 à l'échelle AHRS [6] et ceci malgré un traitement antipsychotique adapté et à dose efficace.

L'échelle PANSS élaborée par Kay et al. [12], se présente sous la forme d'un questionnaire de 30 items cotés sur une échelle d'intensité en 7 points évaluant la symptomatologie psychotique dans sa dimension positive (7 items), négative (7 items) et générale (16 items).

Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS version 11.0. La partie descriptive a consisté en le calcul des pourcentages, des moyennes arithmétiques, des écart-types et la détermination des scores et sous scores aux échelles AHRS et PANSS.

Les corrélations entre les différentes dimensions des HAs à l'AHRS et entre les scores des deux échelles ont été testées par le calcul du coefficient de corrélation de Pearson. Nous avons aussi réalisé une régression linéaire, avec la méthode pas à pas, pour identifier les items de la PANSS les plus corrélés au score total à l'AHRS.

Les facteurs associés aux HAs persistantes ont été recherché par le test « Khi^2 » pour les variables qualitatives et le test « t » pour les variables quantitatives. Enfin, une analyse multivariée par régression logistique a été conduite, en incluant comme variable dépendante « les HAs persistantes » et comme variables explicatives « les facteurs significativement associés aux HAs persistantes en analyse bivariée » en plus de l'âge et du sexe. Pour toutes ces analyses, le seuil de significativité était fixé à 5%.

RÉSULTATS

Prévalence et scores des hallucinations auditives persistantes

Pour l'ensemble des patients, le score total moyen à l'échelle AHRS était de $7,8 \pm 10,7$ avec des extrêmes de 0 et 35. Le score total moyen à la PANSS était de $57,1 \pm 20,4$ avec une légère prédominance de la dimension négative ($16,2 \pm 7,6$) par rapport à la positive ($14,3 \pm 8,1$). Parmi l'ensemble des participants, 58 patients soit 40,3%, avaient des HAs persistantes, correspondant à un score ≥ 5 à l'échelle AHRS. Chez les patients ayant des HAs persistantes, le score total moyen à l'échelle AHRS était de $19,4 \pm 7,7$ avec des extrêmes de 5 et 35. Les sous scores les plus élevées ont concerné les dimensions : nombre des voix ($3,3 \pm 2,1$), influence des voix ($3,3 \pm 1,7$) et réalité des voix ($3,1 \pm 1,3$). La fréquence des voix et le degré d'angoisse avaient des scores intermédiaires respectivement de $2,7 \pm 1,7$ et de $2,7 \pm 1,6$; alors que

l'intensité et l'étendue des voix avaient le sous score le moins élevé ($2,1 \pm 1,1$).

Par ailleurs, des corrélations positives ont été constatées entre le score total à l'échelle AHRS et les scores de la PANSS positive ($r=0,65$, $p<0,001$), négative ($r=0,25$, $p=0,002$), générale ($r=0,56$, $p<0,001$) et totale ($r=0,61$, $p<0,001$). Les items de la PANSS les plus liés au score total à l'AHRS, après régression linéaire, étaient le P3 « activité hallucinatoire », le G1 « préoccupations somatiques », le G4 « tension » et le G5 « maniérisme et troubles de la posture ». Ce modèle permettait d'expliquer 69% de la variance du score total d'AHRS.

Dimensions des hallucinations auditives persistantes

- Fréquence des voix : les HAs étaient rares (moins de 5 fois par jour) ou occasionnelles (entre 5 à 10 fois par jour) chez la plupart des patients avec HAs persistantes (55,2%). Elles étaient fréquentes ou très fréquentes (plusieurs fois par heures) chez 34,5% de ces patients.

- Réalité des voix : les HAs persistantes paraissaient réelles ou très réelles chez la majorité des patients (60,3%).

- Intensité des voix : l'intensité des voix était faible (chuchotement ou voix douce) chez la plupart des patients avec HAs persistantes (55,2%). Les HAs étaient semblables à la voix de quelqu'un qui parle chez 39,7% de ces patients.

- Etendue des voix : il s'agissait d'un marmonnement ou de simples mots chez la majorité des patients ayant des HAs persistantes (63,8%). Des phrases complètes ou multiples étaient rapportées par 34,5% de ces patients.

- Influence des voix : chez 56,9% des patients avec HAs persistantes, l'influence des voix était minime avec des perturbations occasionnelles ou momentanées au niveau de leurs pensées, sentiments et comportements. Des perturbations importantes du comportement, engendrées par les voix, étaient rapportées par 36,2% de ces patients.

- Degré d'angoisse générée par les voix : les HAs étaient peu ou pas angoissantes chez 55,2% des patients avec HAs persistantes. Cependant, une peur ou une angoisse significative en rapport avec des voix menaçantes étaient rapportées par 39,7% de ces patients.

- Nombre des voix : plus de la moitié des patients avec HAs persistantes (53,4%) ont rapporté l'existence d'une à deux voix qu'ils pouvaient distinguer, alors que chez 32,8% de ces patients, plusieurs voix différentes (plus de 5 voix) étaient rapportées.

Par ailleurs, la plupart des corrélations entre les différentes dimensions des HAs à l'échelle AHRS étaient significatives, à l'exception des corrélations entre la fréquence des voix et le degré de l'angoisse et entre l'intensité et l'influence des voix (Tableau 1).

Facteurs associés aux hallucinations auditives persistantes

Les HAs persistantes étaient associées aux antécédents

familiaux somatiques, à l'absence de consommation tabagique, au début aigu des troubles, sous le mode délirant et hallucinatoire, au sous-type clinique paranoïde, aux scores symptomatiques à la PANSS, à la notion d'hospitalisation antérieure et à l'évolution continue. En revanche, il n'y avait pas de différence significative de la prévalence des HAs persistantes en fonction des caractéristiques démographiques, cliniques et thérapeutiques suivantes : l'âge, le sexe, l'origine urbaine ou rurale, le niveau scolaire, le statut marital et socioéconomique, la présence d'antécédents psychiatriques familiaux, la consommation de substances psychoactives, l'âge au début des troubles et le type du traitement antipsychotique et sa posologie journalière (Tableau 2).

Après analyse multivariée des variables associées aux HAs persistantes, les facteurs retenus étaient : l'évolution continue ($p=0,001$), le mode de début délirant et hallucinatoire ($p=0,002$), l'absence de consommation tabagique ($p=0,02$), le sous-type paranoïde ($p=0,02$) et l'hospitalisation antérieure ($p=0,04$).

DISCUSSION

Le présent travail a permis d'estimer à 40,3% la prévalence des HAs persistantes chez un groupe de patients suivis pour schizophrénie et de trouver des associations entre les HAs persistantes et certaines caractéristiques cliniques de ces patients.

Toutefois, des biais méthodologiques doivent être pris en compte dans l'interprétation de nos résultats. Notre population d'étude n'était pas représentative de l'ensemble des patients suivis en ambulatoire pour schizophrénie et nos résultats ne pourraient pas être généralisables. Le cadre de l'étude, un service de psychiatrie de soins tertiaires, pourrait influencer les résultats par un biais de recrutement des patients les plus lourds. Concernant l'instrument de mesure, l'échelle AHRS compte parmi les échelles les plus intéressantes dans l'évaluation des différentes dimensions des HAs. Elle a été conçue pour être administrée plus facilement que les entrevues prolongées d'évaluation des hallucinations [13,14]. Toutefois, l'AHRS reste utilisée principalement dans les essais thérapeutiques. Par conséquent, nous avons associé la PANSS, largement utilisée dans l'évaluation des symptômes schizophréniques, afin de tester la concordance entre ces deux échelles. La forte corrélation trouvée entre le score total à l'AHRS et le score de la PANSS positive et surtout avec l'item P3 « activité hallucinatoire » renforce la validité de l'AHRS. Cependant, un travail de validation plus rigoureux sur une plus large population est nécessaire. Par ailleurs, le score seuil ($AHRS \geq 5$) adopté dans notre étude pour définir la persistance des HAs ne signifie pas forcément le caractère résistant ou réfractaire de ces hallucinations, puisque d'autres critères

concernant le nombre de séquences d'antipsychotiques, la posologie et la durée minimales des traitements et le taux de réponse sont requis [8].

Fréquence des hallucinations auditives persistantes

Les HAs sont considérées comme une caractéristique principale de la schizophrénie qui affecte, selon les outils d'évaluation, entre 50 et 80% des patients souffrant de schizophrénie [1,2,15]. Toutefois, les HAs sont aussi prévalentes dans diverses pathologies psychiatriques et neurologiques et même dans la population générale [3,15-17]. Les HAs sont traitées par les antipsychotiques, cependant, elles peuvent persister chez 25 à 30% des patients schizophrènes en dépit d'un traitement approprié [6,7,18]. La fréquence des HAs persistantes relevée dans notre étude était plus importante (40,3%). Ceci peut être en rapport avec notre recrutement hospitalier, se traduisant par une population ayant des symptômes plus sévères, ou encore en rapport avec les caractéristiques démographiques de nos patients. En effet, une fréquence moins élevée des HAs était constatée chez les patients schizophrènes âgés [19].

Dimensions des hallucinations auditives persistantes

Il est actuellement admis que les HAs dans la schizophrénie sont multidimensionnelles et hétérogènes [15]. En faveur de cette hypothèse dimensionnelle des HAs, des explications distinctes ont été avancées pour rendre compte des différentes dimensions de ces hallucinations [15]. Parmi les dimensions les plus étudiées dans la littérature, nous citons, la fréquence, le contenu et la qualité perceptuelle des hallucinations, la composante émotionnelle, et le degré du contrôle sur ces hallucinations.

Dans notre étude, les dimensions des HAs persistantes ayant les sous scores les plus élevés étaient le nombre, la réalité et l'influence des voix. La fréquence et le degré d'angoisse générée par les voix avaient des sous scores intermédiaires, alors que l'intensité et l'étendue des voix avaient les sous scores les moins élevés. Dans la littérature, les dimensions des HAs sont différemment appréciées selon le type d'approche clinique, phénoménologique ou psychopathologique. Ces dimensions sont souvent étudiées de façon séparée, bien qu'en réalité, elles sont très liées entre elles. Dans notre étude, la plupart des corrélations inter-items de l'échelle AHRS étaient significatives confirmant la nature multidimensionnelle des HAs.

En accord avec nos résultats, une variabilité considérable dans la fréquence des HAs a été rapportée, s'étendant typiquement d'une ou de deux fois par semaine à une fréquence presque continue [17]. Par ailleurs, la qualité perceptive des HAs résulte principalement de deux paramètres : le volume ou l'intensité et la clarté ou la réalité [3,7]. Dans notre étude, les HAs persistantes paraissaient réelles ou très réelles chez 60,3% des

patients, alors que leur intensité était modérée chez la plupart des patients (55,2%). En revanche, ces deux dimensions des HAs semblent être liées, plus une voix est intense plus est réelle. Toutefois, ces caractéristiques perceptuelles sont aussi tributaires de l'influence des facteurs internes comme les connaissances antérieures, les attentes perceptuelles et les images mentales [15].

Quant à l'étendue des voix, elle était représentée par un marmonnement ou des simples mots chez 63,8% de nos patients ayant des HAs persistantes. Il s'agit des propriétés linguistiques ou de la complexité du contenu des HAs qui peuvent varier des simples mots à des conversations de complexité plus élevées [3]. Concernant leur contenu, les voix sont souvent perçues comme étant des commandes ou des insultes. Cela ne nie pas le fait qu'elles peuvent être positives ou neutres. Les voix négatives tendent à être plus dominantes avec des thèmes principalement mortifiants, alors que les voix positives sont associées à un contrôle plus fort et à une attribution positive [3,20].

Dans notre étude, des perturbations importantes du comportement étaient rapportées par 36,2% des patients avec HAs persistantes. Ces perturbations traduisent probablement l'incapacité éprouvée par le sujet dans le contrôle de l'expérience hallucinatoire. En effet, une des caractéristiques principales des HAs dans la schizophrénie est que les personnes ont peu de contrôle au début de l'expérience. Ce manque de contrôle peut être crucial, en plus d'autres caractéristiques, dans le développement de la détresse et de l'angoisse [3]. Dans notre travail, une angoisse significative en rapport avec des voix menaçantes était rapportée par près de 40% des patients avec HAs persistantes. D'autres auteurs ont rapporté que la plupart des patients aperçoivent les voix comme une forme de pression pour qu'ils agissent aux commandes [21], ce que les mènent aux sentiments de détresse et de dépression [22]. Ces émotions semblent être liées aux croyances de la personne, influençant la perception et la soumission aux voix [23,24].

Par ailleurs, un nombre variable des voix distinguables était constaté chez nos patients ayant des HAs persistantes. En effet, les patients hallucinés rapportent souvent différentes voix qui peuvent être de même sexe ou de sexe différent de celui du sujet halluciné [3]. En termes d'âge, les voix peuvent être jeunes ou vieilles, bien que les jeunes patients aient tendance à entendre les voix qui sont également jeunes [7].

Facteurs associés aux hallucinations auditives persistantes

Dans notre étude, il n'y avait pas de relation entre les HAs persistantes et les caractéristiques démographiques, l'âge au début des troubles et les caractéristiques thérapeutiques. Certains auteurs ont noté que les HAs persistantes sont corrélés à un âge plus jeune, surtout à l'hospitalisation, des patients schizophrènes [25].

Néanmoins, certaines formes de schizophrénie à début tardif sont caractérisées par l'existence d'idées délirantes à mécanisme prioritairement hallucinatoire auditive [26]. Pour le sexe, si le genre féminin a été associé à une grande fréquence des HAs, les patients présentant des hallucinations persistantes réfractaires au traitement appartenait plus au sexe masculin [27].

Les facteurs associés aux HAs persistantes dans notre population étaient l'absence de consommation tabagique, le début délirant et hallucinatoire, l'hospitalisation antérieure, le sous type paranoïde et l'évolution continue. Ainsi, une fréquence plus élevée des HAs persistantes a été constatée chez les patients non tabagiques. Les données sur la relation entre les HAs persistantes et le tabagisme sont controversées [28]. Certains auteurs plaident en faveur de notre résultat en suggérant l'éventuel effet de la nicotine sur la réduction des symptômes hallucinatoires dans la schizophrénie [29]. En revanche, d'autres auteurs [30] ont mis en évidence un effet inducteur du tabac sur le métabolisme des antipsychotiques. Par cet effet inducteur, le tabac tend à réduire les concentrations plasmatiques des antipsychotiques et par conséquent leur efficacité sur les HAs.

Dans notre étude, une fréquence élevée des HAs persistantes était constatée chez les patients ayant un début délirant et hallucinatoire. Une étude sur des jeunes adultes schizophrènes [31] a révélé que 9,2% d'entre eux ont évoqué des HAs prodromiques. En plus, une association a été trouvée entre le début hallucinatoire et le développement ultérieur d'une schizophrénie.

Nous avons constaté une fréquence plus élevée des HAs persistantes chez les patients ayant des antécédents d'hospitalisations antérieures. En effet, les HAs persistantes provoquent un handicap socio-familial et communicationnel important qui est à l'origine d'hospitalisations multiples. Ceci dépend particulièrement de la sévérité des hallucinations, du degré d'angoisse qu'elles provoquent et de leur influence négative sur le comportement. Enfin, une évolution continue était associée aux HAs persistantes, suggérant un mauvais pronostic. En effet, l'évolution épisodique de la schizophrénie est liée à un meilleur pronostic global [32].

CONCLUSION

Nos résultats soutiennent la nature multidimensionnelle des HAs chez les patients schizophrènes et confirment l'existence des différences interindividuelles dans les caractéristiques ou les dimensions de ces hallucinations. Ces différentes dimensions seraient sous-tendues par des mécanismes physiopathologiques et/ou psychopathologiques distincts et pourraient répondre différemment aux traitements pharmacologiques et psychologiques.

Le caractère persistant des HAs était associé à certains

facteurs de mauvais pronostic, suggérant leur impact négatif sur le fonctionnement et la qualité de vie des patients et exigeant ainsi un traitement spécifique. En

effet, une meilleure évaluation des HAs persistantes devrait déboucher sur des stratégies thérapeutiques mieux ciblées et plus efficaces.

Références

1. Franck N, Thibaut F. Hallucinations. EMC (Elsevier), Psychiatrie, 37-120-A-10, 2003.
2. Bauer SM, Schanda H, Karakula H et al. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2011;52:319-25.
3. Laroï F, Sommer IE, Blom JD et al. The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and non clinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull* 2012; 38:724-33.
4. Oulis P, Gournellis R, Konstantakopoulos G et al. Clinical dimensions of auditory hallucinations in schizophrenic disorders. *Compr Psychiatry* 2007;48:337-42.
5. Chang JS, Yi JS, Ahn YM, Kim JH, Kim YS. Stabilization of the internal structure of persistent auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *Aus NZ J Psychiatry* 2009;43:244-51.
6. Brunelin J, Mondino M, Gassab L et al. Examining transcranial direct-current stimulation (tDCS) as a treatment for hallucinations in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2012;169:719-24.
7. Nicolson SE, Mayberg HS, Pennel PB, Nemeroff CB. Persistent auditory hallucinations that are unresponsive to antipsychotic drugs. *Am J Psychiatry* 2006;163:1153-8.
8. Ngumfack P. Évaluation de la notion de schizophrénie résistante : aspects pharmacologiques et incidences des nouveaux antipsychotiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2004;162:441-52.
9. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: Texte révisé (DSM-IV-TR, 2ème édition). Paris: Masson, 2003.
10. Atkins M, Burgess A, Bottomley C et al. Chlorpromazine equivalents: a consensus of opinion for both clinical and research applications. *Psychiatr Bull* 1997;21:224-6.
11. Hoffman RE, Hawkins KA, Gueorguieva R et al. Transcranial magnetic stimulation of left temporo-parietal cortex and medication-resistant auditory hallucinations. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:46e59.
12. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
13. Ratcliff K, Farhall J, Shawyer A. Auditory hallucinations: A review of assessment tools. *Clin Psychol Psychother* 2011;18:524-34.
14. Bartels-Velthuis AA, van de Willige G, Jenner JA, Wiersma D. The psychometric evaluation of the Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS). *Schizophr Res* 2010; 117:87.
15. Waters F, Allen P, Aleman A et al. Auditory hallucinations in schizophrenia and non schizophrenia population: a review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophr Bull* 2012;38:683-93.
16. Shinn AK, Pfaff D, Young S, Lewandowski KE, Cohen BM, Öngür D. Auditory hallucinations in a cross-diagnostic sample of psychotic disorder patients: a descriptive, cross-sectional study. *Compr Psychiatry* 2012;53:718-26.
17. de Leede-Smith S, Barkus E. A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front Hum Neurosci* 2013;7:367.
18. Kim EJ, Yeo S, Hwang I et al. Bilateral Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Auditory Hallucinations in Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled, Cross-over Study. *Clin Psychopharmacol Neurosci* 2014;12:222-8.
19. Cohen CI, Izediuno I, Yadack AM, Ghosh B, Garrett M. Characteristics of auditory hallucinations and associated factors in older adults with schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014;22:442-9.
20. Laroï F. The phenomenological diversity of hallucinations: some theoretical and clinical implications. *Psychol Belg* 2006;46:163-83.
21. Mackinnon A, Copolov DL, Trauer T. Factors associated with compliance and resistance to command hallucinations. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:357-62.
22. Soppitt RW, Birchwood M. Depression, beliefs, voice content and topography: a cross-sectional study of schizophrenic patients with auditory verbal hallucinations. *J Ment Health* 1997;6:525-32.
23. Lung FW, Shu BC, Chen PF. Personality and emotional response in schizophrenics with persistent auditory hallucinations. *Eur Psychiatry* 2009;24:470-5.
24. Monestès JL, Vavasseur-Desperriers J, Villatte M, Denizot L, Loas G, Rusinek S. Influence de la résistance aux hallucinations auditives sur la dépression. *Encephale* 2015;41(1):25-31.
25. Thomas P, Mathur P, Gottesman II, Nagpal R, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Correlates of hallucinations in schizophrenia: A cross-cultural evaluation. *Schizophr Res* 2007;92:41-9.
26. Bazin N. Le diagnostic de schizophrénie tardive : les questions qu'il pose. *Psychol Neuro Psychiatr Vieil* 2004;2:43-7.
27. Sharma RP, Dowd SM, Janicak PG. Hallucinations in the acute schizophrenic-type psychosis: effects of gender and age of illness onset. *Schizophr Res* 1999;37:91-5.
28. Bouhlel S, Jones Y, Msolly M, Ben Hawala S, El-Hechmi Z. Effets du tabac sur les neuroleptiques et leurs effets extrapyramidaux dans la schizophrénie. *Tunis Med* 2012;90:311-5.
29. Baker A, Richmond R, Haile M et al. Characteristics of smokers with a psychotic disorders and implications for smoking interventions. *Psychiatry Res* 2007;150:141-52.
30. Ohara K, Tanabu S, Yoshida K, Ishibashi K, Ikemoto K, Shibuya H. Effects of smoking and cytochrome P450 2D610 allele on the plasma haloperidol concentration/dose ratio. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003;27:945-9.
31. Scott J, Martin G, Bor W, Sawyer M, Clark J, McGrath J. The prevalence and correlates of hallucinations in Australian adolescents: results from a national survey. *Schizophr Res* 2009; 107: 179-85.
32. Azorin J-M. Evolution de la notion de rémission dans la schizophrénie. *L'Encéphale* 2005; 31:7-10.