



Saillance aberrante et production délirante

La saillance aberrante est un paradigme simple qui donne un sens cohérent au délire, aux hallucinations et à la désorganisation de la pensée dans la psychose. Il ne remet pas en cause les croyances des patients de manière frontale et propose un cadre de prise en charge « pensable » par les soignants.

La saillance aberrante est un paradigme explicatif simple de la psychose, qui intègre des dimensions neuroscientifiques, psychologiques et sociales. Ce concept peut nous aider à comprendre le vécu d'un premier épisode psychotique et à en examiner les implications thérapeutiques (Kapur 2003, Bonsack 2020). Pour permettre aux lecteurs de s'identifier avec empathie à ce type d'expérience psychotique, l'illustration clinique utilise une méthode pédagogique par immersion (Studi) (Bonsack 2018), c'est-à-dire qu'elle s'adresse directement à l'apprenant comme s'il était lui-même atteint des troubles, plutôt que de décrire ceux-ci en évoquant quelqu'un d'autre. Cela permet à l'apprenant de s'identifier initialement au sujet, pour évoluer ensuite vers une discordance de l'expérience

vécue, afin de comprendre de l'intérieur le vécu des troubles. Pour permettre une identification rapide, le déroulement du processus de psychose débutante est respecté, mais concentré dans une temporalité réduite à quelques minutes dans la vignette, au lieu de plusieurs mois pour des prodromes psychotiques dans la réalité. Il ne s'agit donc pas d'une vignette clinique classique, mais de l'illustration d'une expérience vécue, comme on le ferait en dessinant le fonctionnement d'un neurone sans respecter les proportions à des fins didactiques (1).

ILLUSTRATION CLINIQUE

Ce matin-là au réveil, la lumière est magnifique, profonde. Elle éclaire la pièce et les couleurs du drap et de la couette sont vives, éclatantes. Tu as le sentiment qu'il pourrait se passer quelque chose d'important. Les sens en éveil, tu écoutes. Tu entends un chant d'oiseau. Qu'est-ce qu'il peut bien raconter? Tu te lèves rapidement. Le tissu de ton jeans te caresse les jambes et te fait frissonner. Tu souris. Pas le temps de s'attarder. Tu mets un T-shirt et tu pars. Dans la rue, ton voisin promène son vieux labrador brun. Le chien boîte. Bonjour. Le voisin accroche ton regard. On dirait qu'il veut te dire quelque chose. Il ne prononce pas une parole puis détourne les yeux. Tu n'avais jamais vu ce que son regard était si

pénétrant. Les yeux sont-ils vraiment le miroir de l'âme? A-t-il pu voir quelque chose en toi? Ça te met un peu mal à l'aise. Bah, tu n'as rien à cacher. Un cerisier est en fleurs. Une montée de sève en plein hiver, comme si c'était déjà le printemps. La nature est puissante aujourd'hui. En descendant l'escalier vers la mer, tu observes le mur que tu longes. Le crépi du mur a sauté par endroits. Une déchirure forme le dessin d'une femme allongée. Une plaquette attire ton regard. « *La villa Santa Lucia, monument historique* ». Il faudra que tu la visites. En regardant de plus près, tu vois un graffiti sur la porte : « *sale pute* ». Tu te demandes si tu le prendrais plus personnellement si tu étais une prostituée. Perdue dans tes pensées, tu traverses la route. Un klaxon te fait sursauter. Le type dans sa voiture te crie quelque chose que tu ne comprends pas. Tu lèves les yeux. Les bruits te semblent tout à coup trop forts, comme des messages brouillés. Les gens te regardent. Tu te demandes qu'est-ce qu'il a dit, qu'est-ce que tu as fait, il avait l'air furieux? Une bouffée d'angoisse te saisit. Les gens détournent le regard. Tu te sens perdue. Tu ne comprends pas. On te regarde à la dérobée. Qu'est-ce qui se passe? L'angoisse monte encore. Tout à coup c'est évident. Tout prend sens. Il a dit « *sale pute* ». Tu te sens blessée. En même temps, tu

Charles BONSACK*1,
Alexandra NGUYEN**2,
Laurent FROBERT***2,
Jérôme FAVROD***2

*Psychiatre, ** Infirmière et Docteure en sciences de l'éducation, ***Infirmiers.
1. Service de psychiatrie communautaire, UNIL-CHUV, Lausanne. 2. Institut et Haute École de la Santé la Source, HES-SO, Lausanne.

comprends les signes que tu as perçus depuis le matin. L'oiseau, le voisin, le cerisier, la femme allongée dans le dessin du mur, le graffiti, l'automobiliste, les gens dans la rue, tous te voient comme une « sale pute ». Tu hurles « *C'est faux. Pourquoi vous dites ça ?* » Tu cours sous un porche te réfugier au calme. Assise contre un escalier, tu te bouches les oreilles avec les mains. Tu l'entends très distinctement maintenant. « *Sale pute* ». Tu hurles : « *C'est pas vrai, tais-toi. Laisse-moi tranquille* ».

UNE EXPÉRIENCE « EXTRAORDINAIRE »

Dans cette illustration, la personne vit une expérience extraordinaire, qui bouleverse sa vision du monde. Cet épisode commence de manière positive, avec une sensibilité exacerbée à l'environnement. Les perceptions sont particulièrement intenses et riches de sens : quelque chose de fort pourrait se passer et chaque détail compte. Au bout d'un moment, les stimuli perçus comme importants deviennent trop nombreux, difficiles à interpréter. Le décalage entre l'importance perçue de nombreux stimuli et l'incapacité à leur donner du sens génère de l'angoisse et un besoin impérieux de comprendre. L'expérience se poursuit de manière persécutoire, avec des sensations qui deviennent difficiles à interpréter et le sentiment d'être au centre de l'attention. Une explication délirante donne du sens à cette expérience, qui se poursuit avec des hallucinations auditives congruentes au délire.

LE CONCEPT DE SAILLANCE ABERRANTE

La saillance est la capacité de transformer une information sensorielle neutre en stimulus attractif ou répulsif. Le système dopaminergique méso-limbique joue un rôle critique dans l'attribution de la saillance, un processus à travers lequel l'attention est attirée sur des événements ou des pensées, motive l'action et influence les comportements dirigés vers des buts comme conséquence de leur association avec des récompenses ou des punitions. Dans la psychose, ce système serait perturbé, avec une attribution aberrante de saillance à des stimuli non pertinents. Les délires seraient ainsi des explications cognitives que la personne se donnerait pour attribuer du sens à cette saillance aberrante, et les hallucinations auraient

comme origine une saillance anormale des pensées, des souvenirs et des perceptions internes, qui les feraient percevoir comme des événements réels. On distingue trois phases dans le début de psychose : trema, apophanie, anastrophe (Conrad 1958, in (Mishara 2010)).

- **La phase de trema** correspond à la première partie de la vignette. La personne vit une expérience de perception augmentée difficile à décrire, qui peut être positive (comme une rencontre artistique intense) ou négative (comme une atmosphère vaguement menaçante). Le monde prend un sens jusqu'alors inconnu, difficile à interpréter : quelque chose d'important à lieu, mais pas encore aisément défini. Le sentiment d'abord exaltant de découvrir des choses notables qu'on ne connaissait pas auparavant, devient progressivement angoissant, au fur et à mesure que les perceptions deviennent complexes, confuses et difficiles à interpréter. La pression pour interpréter les stimuli qui sont considérés comme essentiels pour la survie devient difficile à supporter.

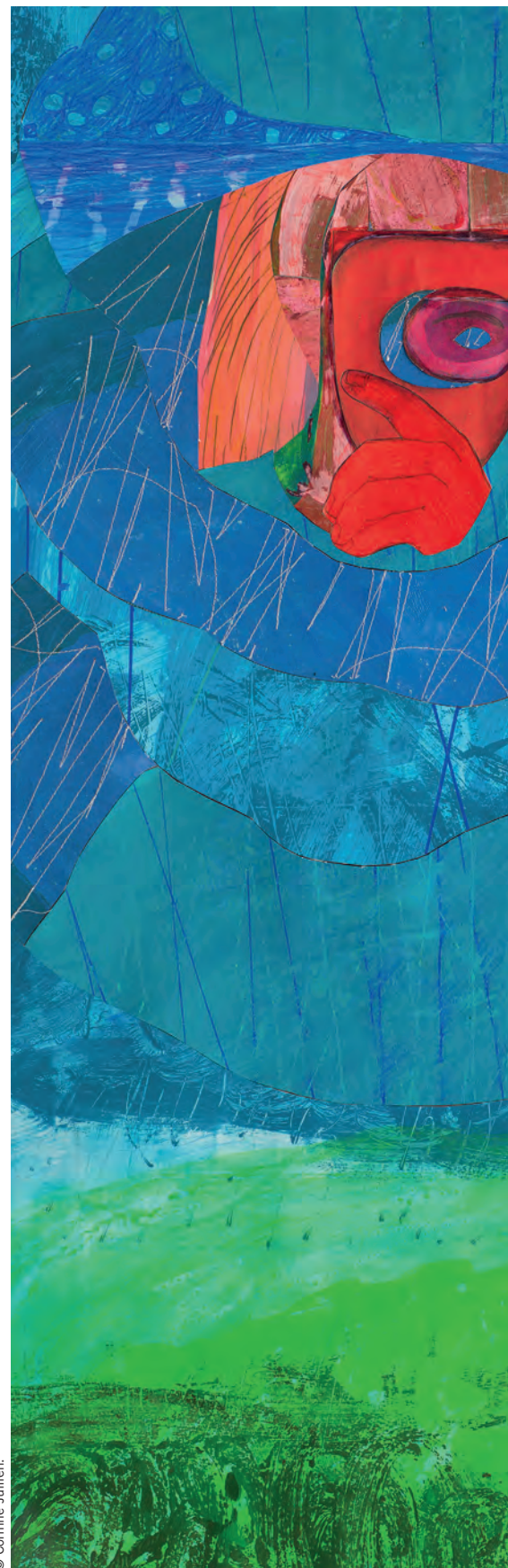
- **L'apophanie** est le moment où « *Tout à coup, c'est évident* ». La pression pour interpréter les perceptions devient si envahissante que la vérification par la confrontation à la réalité devient secondaire. L'explication par le délire survient comme un soulagement et une découverte : le moment « *ah-ah* » (c'était donc ça). L'interprétation des stimuli internes et externes devient confuse, avec des insertions de la pensée et des hallucinations.

- **Avec l'anastrophe**, la personne se sent comme le centre des événements qui l'entourent (« *Tout le monde te regarde* »), la victime d'un tourbillon de faits qui l'accablent. Tout prend sens de manière centrée sur la personne.

ENTRER EN RELATION

Dans cet épisode de psychose débutante, entrer en relation avec la personne comporte des difficultés, mais aussi des opportunités.

- **La personne vit une expérience** qui lui paraît profondément et intuitivement essentielle. Comme un vécu artistique, mystique ou amoureux, il est difficile à partager par une explication rationnelle. L'explication délirante, potentiellement plus facile à partager avec des mots, se heurte à l'épreuve de réalité. L'interlocuteur va avoir de la difficulté à l'entendre sans remettre en cause sa véracité. Comme elle est la conséquence d'une



© Corinne Julien.



urgence intérieure et soulage la personne d'une angoisse difficilement supportable, discuter de la « vérité » accentue l'anxiété et diminue les chances d'une alliance. Les stimuli sont perçus de manière confuse et interprétés comme remplis de sens. Le tri et l'interprétation des perceptions sont difficiles. La personne éprouve un sentiment de persécution dont elle est la victime centrale. Ce sentiment de persécution va empreindre de méfiance les relations avec autrui et va distordre l'interprétation du dialogue.

- **Du côté des opportunités**, notons que la personne éprouve de l'anxiété et un sentiment d'être submergée par les stimuli. Elle pourrait chercher de l'aide et serait soulagée par le retrait des stimulations (*réfugiée dans un porche, les oreilles bouchées*). Elle est révoltée par les accusations à son propos. Ces éléments sont des points d'entrée dans le dialogue et l'alliance thérapeutique.

CONSEQUENCES THÉRAPEUTIQUES

Suivant le concept de saillance aberrante, trois éléments sont essentiels pour diriger l'attitude thérapeutique : l'excès de stimuli perçus comme importants, le soulagement par le délire et la personne comme centre isolé des événements qui l'entourent (voir tableau). Nous allons commenter les besoins les plus importants des patients et les attitudes thérapeutiques en lien avec ces éléments.

- **L'excès de stimuli importants**

L'excès de stimuli considérés comme importants peut-être abordé de cinq manières : normaliser des perceptions « en plus » ; diminuer les stimuli ; diminuer l'ambiguïté ; élever le seuil de saillance ; et enfin tolérer l'incertitude (que nous développerons plus loin en présentant un modèle d'intervention, l'Open dialogue).

- Une source fréquente de malentendu entre thérapeute et patient dans cette phase est que le thérapeute perçoit un déficit, une anomalie, alors que le patient ressent profondément un sentiment de découverte et de révélation d'un monde jusqu'alors inconnu. Le patient est dans la situation de l'amoureux qui essaie de partager l'évidence de sa passion avec quelqu'un qui ne voit pas « *ce qu'il lui trouve* » ; ou dans celle de la forte émotion artistique non partagée d'un film que vous avez adoré et que votre voisin a trouvé banal.

La première étape consiste donc à reconnaître la possibilité de stimuli non perçus dans un état de perception habituel. Le patient vous parle de présences qu'il perçoit dans la pièce : c'est possible. Notre cerveau reptilien est par exemple capable de percevoir inconsciemment de nombreuses odeurs de type phéromones qui identifient clairement un individu et son état émotionnel longtemps après qu'il soit parti.

Dans un état de saillance augmentée, il est tout à fait possible que ces nombreuses sensations persistent, alors qu'elles sont normalement triées et écartées comme non pertinentes dans un état d'éveil normal. La difficulté ne consiste alors plus dans la « réalité » des stimuli à percevoir, mais dans leur interprétation : notre cerveau n'est en effet plus équipé pour interpréter clairement ce type de signaux. Dans cette perspective, le dialogue avec le patient est alors transformé : « *Vous percevez des choses qui n'existent pas* » devient « *Vous percevez des choses nouvelles qui vous paraissent importantes et qui sont difficiles à interpréter* ».

- Dans ce moment initial de crise, les besoins de protection, de soulagement de l'angoisse et de limiter ou diminuer l'ambiguïté des stimulations sont au premier plan. Corin et Lauzon (Corin and Lauzon 1992) ont décrit le « *retrait positif* » et la « *quête de sens* » comme des éléments favorables au rétablissement. Par une analyse anthropologique avec des méthodes qualitatives, ces auteurs ont démontré que, contrairement aux idées reçues, le retrait n'était pas « *négatif* », mais au contraire constituait pour certaines personnes une compétence essentielle pour prévenir les rechutes. Les récits à la première personne parlent également fréquemment de la nécessité de « *se retrouver* » dans un lieu de sécurité connu, dans lequel les stimuli sont limités et sans ambiguïté.

- D'autres interventions, comme le *case-management* (Bonsack, Conus, 2017), visent plutôt à diminuer les ambiguïtés, tout en maintenant les stimuli habituels. Par son aide dans les activités quotidiennes et notamment les relations à autrui, le *case-manager* contribue à rendre l'interprétation du monde moins complexe. La communication avec les personnes dans une phase de psychose débutante doit aussi rester simple, répétée, avec des vérifications que les messages ont été bien compris.

– Enfin, les stratégies médicamenteuses visent à diminuer l’angoisse ou à élever le seuil de saillance. Les antipsychotiques ont pour effet d’élever le seuil de saillance normale et pathologique. En conséquence, tous les stimuli paraissent moins importants, ce qui diminue les symptômes psychotiques, mais aussi la motivation à accomplir les tâches essentielles de la vie, d’où la nécessité de trouver la dose minimale efficace (Bonsack, Favrod et al. 2017).

• Le soulagement par l’interprétation délirante

Le concept de saillance aberrante explique comment le délire soulage la personne. Il constitue en effet une défense contre la désorganisation de la pensée et donne une signification organisée à la perception diffuse et angoissante d’évènements essentiels pour la survie, mais qui resteraient incompréhensibles sans l’explication délirante. Malheureusement, le délire résout la désorganisation en figeant la pensée dans une explication qui se justifie elle-même, sans pouvoir être partagée avec autrui. Il est donc à la fois nécessaire de reconnaître l’importance pour la personne de trouver une signification à ses perceptions confuses, mais aussi de l’aider à tolérer des explications alternatives, voire de revenir à l’origine des perceptions qui déclenchent les croyances et les

conséquences émotionnelles (Chadwick, Birchwood et al. 2003). Revenir à l’affect initial permet de reconnaître l’importance de la « *révélation* » pour le patient, puis de discuter de son interprétation et de ses conséquences.

• La personne comme centre isolé des évènements

Le besoin premier de la personne qui se sent le centre isolé des événements qui se produisent autour d’elle est de maintenir le contact. Dans ce contexte, l’Open dialogue est un modèle d’intervention psychosociale développé en Finlande, qui a démontré son efficacité pour favoriser le rétablissement dans la psychose débutante. Cette forme de thérapie n’a pas été conçue sur la base du concept de saillance aberrante, mais elle synthétise par trois principes les éléments essentiels d’une intervention compatible avec ce concept : la tolérance de l’incertitude, le dialogisme, et la polyphonie dans les réseaux sociaux (Seikkula and Olson 2003).

– **La tolérance de l’incertitude.** Les réponses immédiates qui découleraient d’une analyse factuelle de la situation nuisent à la construction d’une alliance thérapeutique. En revanche, des rencontres fréquentes sont nécessaires pour construire un cadre commun dans lequel des réponses peuvent être élaborées

avec la personne et sa famille dans une atmosphère de sécurité et de confiance. Dans la situation de la vignette précédente, il s’agirait de prendre le temps de comprendre l’importance de l’expérience vécue pour la personne sans la juger et créer les conditions de sécurité et de dialogue nécessaires.

– **Le dialogisme.** Le but est de réduire l’isolement en instaurant un dialogue sur la base d’un échange maintenu avec la personne et ses proches. La psychose est comprise comme une aliénéation temporaire, radicale et terrifiante de la capacité à communiquer son expérience. Le but de la relation thérapeutique est de développer la capacité à exprimer par le langage verbal l’expérience vécue, qui autrement reste confinée dans le monde interne de la personne et ses hallucinations.

– **La polyphonie.** Il n’y a pas « *un* » problème à régler dont une définition appartiendrait à un expert, mais plusieurs, qui se superposent dans le réseau relationnel et qui ont de l’importance. Cela signifie qu’on ne va pas se focaliser uniquement sur les symptômes psychotiques, mais aussi sur d’autres aspects qui préoccupent les personnes du réseau. Cette polyphonie aide la personne à accéder à des explications alternatives et à éviter de s’enfermer dans des explications délirantes tautologiques.

Actions et attitudes thérapeutiques selon le concept de saillance aberrante dans la psychose débutante

Compréhension de la psychose selon le concept de saillance aberrante	Besoins	Actions et attitudes thérapeutique
Des stimuli en excès sont perçus comme importants pour la survie	<ul style="list-style-type: none"> • Normaliser les perceptions « en plus » • Diminuer les stimuli, protection • Diminuer l’ambiguïté • Élever le seuil de saillance • Tolérer l’incertitude 	<ul style="list-style-type: none"> • Normaliser la saillance augmentée, les perceptions « en plus » et leur difficulté d’interprétation • Aider au retrait positif, à l’établissement d’un lieu de sécurité • Recourir au case-management, favoriser le maintien à domicile ; communiquer simplement, clairement et de façon répétée ; analyser les biais cognitifs • Traiter par anxiolyse ; antipsychotiques • Tolérer l’incertitude (Open dialogue)
L’interprétation délirante permet de soulager la tension	<ul style="list-style-type: none"> • Être compris avec le délire • Accepter les explications alternatives • Analyser schémas cognitifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre la fonction défensive du délire ; normaliser le délire ; accepter la nécessité du délire pour le patient • Tolérer la multiplicité des explications des phénomènes (polyphonie de l’Open dialogue) • Effectuer une analyse fonctionnelle Activateur/Croyance (Belief) /Conséquences émotionnelles
La personne devient le centre isolé des évènements qui l’entourent	<ul style="list-style-type: none"> • Garder le contact, communiquer l’expérience 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire l’isolement en construisant un dialogue sur la base d’une relation de partenariat avec la personne et ses proches (dialogisme de l’Open dialogue) • Normaliser l’expérience de saillance aberrante

LE TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE

La notion de saillance aberrante permet de mettre des mots sur l'expérience des signes précurseurs de la psychose, mais aussi d'expliquer les effets attendus et secondaires subjectifs du traitement antipsychotique. En particulier, elle justifie l'intérêt de la recherche d'un dosage optimal entre l'extinction des symptômes psychotiques et le maintien d'une saillance normale. Par leur action de blocage dopaminergique, les antipsychotiques auraient la capacité de restreindre cette activité du cerveau, en fournissant un milieu neurochimique peu propice à de nouvelles expériences de saillance aberrante et dans lequel les expériences précédentes seraient plus susceptibles de s'éteindre. En même temps, comme l'effet des antipsychotiques ne s'arrêtent pas aux symptômes, ils peuvent étouffer également la perception normale de stimuli aversifs ou attirants et mener à une dysphorie ou à des symptômes négatifs induits (Kapur 2003). Dans cette perspective, la recherche d'un dosage minimal apparaît nécessaire pour limiter l'étouffement de la saillance normale et permettre à la personne de se sentir aussi vivante que possible, et capable de réagir émotionnellement avec une motivation à l'action face aux perceptions et aux événements normaux de la vie quotidienne (Bonsack, Favrod et al. 2017). À partir de ces théories, les recherches sur la réduction des doses d'antipsychotiques ont été renouvelées, en s'appuyant notamment sur l'estimation de l'occupation des récepteurs dopaminergiques D2 en fonction des dosages. Les premiers résultats de ces recherches montrent qu'une diminution de l'occupation des récepteurs D2 en phase de maintenance pourrait passer

des 65 %-80 % recommandés en phase aiguë à moins de 65 % sans rechute pour une majorité de patients (Takeuchi, Suzuki et al. 2013).

CONCLUSION

Le concept de saillance aberrante permet d'expliquer différentes formes symptomatiques de psychose : les hallucinations, le délire, la désorganisation de la pensée et la catatonie. Il illustre aussi également pourquoi l'immigration, l'environnement urbain, les émotions exprimées, augmentent le risque de psychose.

– La migration, et le phénomène d'acculturation qui s'ensuit, augmente l'ambiguïté de la signification des stimuli relationnels, et ainsi diminue la capacité à sélectionner précisément les stimuli importants.

– La ville, quant à elle, augmente le nombre de stimuli potentiellement importants, ce qui les rend plus difficiles à sélectionner. Dans des transports bondés par exemple, chacun va s'appliquer naturellement à diminuer les stimuli porteurs de signification en évitant de croiser les regards, en écoutant de la musique ou en lisant. Cette réaction est comparable aux mécanismes utilisés par les personnes souffrant de psychose pour se protéger de leurs symptômes.

– Les émotions exprimées augmentent les stimuli relationnellement significatifs, souvent chargés émotionnellement, mais également ambivalents ou ambigus dans le surinvestissement ou le rejet.

De manière très directe, le paradigme de saillance aberrante explique également l'effet des traitements médicamenteux antipsychotiques et la nécessité de rechercher le dosage minimal pour maintenir la saillance normale tout en diminuant une saillance aberrante. Pour la première fois, un paradigme simple et élégant

permet de donner un sens cohérent à un trouble d'apparence aussi complexe que la psychose, dans des dimensions aussi diverses que les neurosciences, la clinique, l'épidémiologie, la pharmacologie, la psychologie ou les sciences sociales.

1 – Pour vivre pleinement l'expérience de Studi (méthode pédagogique par immersion), voir la vignette en vidéo www.youtube.com/watch?v=nuExdeu1KpM.

BIBLIOGRAPHIE

- Bonsack, C. (2018). *Stand Up Design of Instruction (STUDI) : enseigner par identification au vécu psychiatrique*. Unpublished work, Université de Lausanne & Université d'Aix Marseille.
- Bonsack, C. (2020). « Vécu psychotique et saillance aberrante. » *Santé mentale*(8): 24-29.
- Bonsack C, Conus P. *Le case-management clinique en santé mentale*. *Santé Mentale*. 2017(216):24-31.
- Bonsack, C., J. Favrod and S. Morandi (2017). « À la recherche d'un dosage minimal d'antipsychotiques : construire une décision partagée avec les personnes souffrant de psychose. » *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 175(7): 617-623.
- Chadwick, P., M. Birchwood and P. Trower (2003). *Thérapies cognitives des troubles psychotiques*. Mont-Royal (Québec), Decarie éditeur.
- Corin, E. and G. Lauzon (1992). « Positive withdrawal and the quest for meaning : the reconstruction of experience among schizophrenics. » *Psychiatry* 55(3): 266-278, discussion 279-281.
- Kapur, S. (2003). "Psychosis as a State of Aberrant Salience : A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia." *Am J Psychiatry* 160(1): 13-23.
- Mishara, A. L. (2010). "Klaus Conrad (1905–1961): Delusional Mood, Psychosis, and Beginning Schizophrenia." *Schizophrenia Bulletin* 36(1): 9-13.
- Seikkula, J. and M. E. Olson (2003). "The open dialogue approach to acute psychosis : its poetics and micropolitics." *Fam Process* 42(3): 403-418.
- Takeuchi, H., T. Suzuki, G. Remington, R. R. Bies, T. Abe, A. Graff-Guerrero, K. Watanabe, M. Mimura and H. Uchida (2013). "Effects of Risperidone and Olanzapine Dose Reduction on Cognitive Function in Stable Patients With Schizophrenia : An Open-Label, Randomized, Controlled, Pilot Study." *Schizophrenia Bulletin* 39(5): 993-998.

Résumé : Les phénomènes à la base de la psychose restent mal compris et l'expérience psychotique est difficile à partager avec autrui. Issu des neurosciences, le concept de saillance aberrante constitue un paradigme puissant pour comprendre la psychose. Il est basé sur la saillance, capacité de transformer une information sensorielle neutre en stimulus attractif ou répulsif, et qui dans la psychose, est perturbé. Ce modèle offre un cadre explicatif cohérent aux signes précoces et aux prodromes de psychose, aux hallucinations et au délire, ainsi qu'aux mécanismes neurobiologiques et aux effets attendus et indésirables du traitement. À partir d'une « immersion » dans un premier épisode psychotique, cet article décrit le concept de saillance aberrante et ses implications cliniques et thérapeutiques.

Mots-clés : Alliance thérapeutique – Cas clinique – Délire – Expression de l'émotion – Hallucination – Neurobiologie – Neurosciences – Perception sensorielle – Premier épisode psychotique – Processus psychique – Prodrome – Saillance aberrante.