Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

ANNEE 2019

N°

LA PLACE DU REVE DANS LA CONSULTATION PSYCHIATRIQUE : ASPECTS HISTORIQUES, EVOLUTIONS DES PRATIQUES, ET ACTUALISATION DES CONNAISSANCES

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 18/01/19

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mr ARAVANTINOS David
Né(e) le 19/12/88
A Chenôve

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiats, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine

-

ANNEE 2019

N°

LA PLACE DU REVE DANS LA CONSULTATION PSYCHIATRIQUE : ASPECTS HISTORIQUES, EVOLUTIONS DES PRATIQUES, ET ACTUALISATION DES CONNAISSANCES

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 18/01/19

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mr ARAVANTINOS David
Né(e) le 19/12/88
A Chenôve

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

Année Universitaire 2018-2019

au 1er **Janvier 2019**

Doyen : **M. Marc MAYNADIÉ**

Assesseurs : M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	**AUDIA**	Médecine interne
M.	Marc	**BARDOU**	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	**BASTIE**	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	**BAULOT**	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	**BEJOT**	Neurologie
M.	Alain	**BERNARD**	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	**BINQUET**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	**BONNIAUD**	Pneumologie
M.	Alain	**BONNIN**	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	**BONNOTTE**	Immunologie
M.	Olivier	**BOUCHOT**	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	**BOUHEMAD**	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	**BOZORG-GRAYELI**	ORL
M.	Alain	**BRON**	Ophtalmologie
M.	Laurent	**BRONDEL**	Physiologie
Mme	Mary	**CALLANAN**	Hématologie type biologique
M.	Patrick	**CALLIER**	Génétique
Mme	Catherine	**CHAMARD-NEUWIRTH**	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	**CHARLES**	Réanimation
M.	Pascal	**CHAVANET**	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	**CHEYNEL**	Anatomie
M.	Alexandre	**COCHET**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	**CORMIER**	Urologie
M.	Yves	**COTTIN**	Cardiologie
M.	Charles	**COUTANT**	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	**CREHANGE**	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	**CREUZOT-GARCHER**	Ophtalmologie
M.	Frédéric	**DALLE**	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	**DE ROUGEMONT**	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Serge	**DOUVIER**	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	**DUVILLARD**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	**FACY**	Chirurgie générale
Mme	Laurence	**FAIVRE-OLIVIER**	Génétique médicale
Mme	Patricia	**FAUQUE**	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	**FRANCOIS-PURSSELL**	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	**FUMOLEAU**	Cancérologie
M.	François	**GHIRINGHELLI**	Cancérologie
M.	Vincent	**GREMEAUX**	Médecine physique et réadaptation
		(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2019)	
M.	Pierre Grégoire	**GUINOT**	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	**HUET**	Pédiatrie
M.	Pierre	**JOUANNY**	Gériatrie

M.	Sylvain	**LADOIRE**	Histologie
M.	Gabriel	**LAURENT**	Cardiologie
M.	Côme	**LEPAGE**	Hépato-gastroentérologie
M.	Romaric	**LOFFROY**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	**LORGIS**	Cardiologie
M.	Jean-Francis	**MAILLEFERT**	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	**MANCKOUNDIA**	Gériatrie
M.	Sylvain	**MANFREDI**	Hépato-gastroentérologie
M.	Laurent	**MARTIN**	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	**MASSON**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	**MAYNADIÉ**	Hématologie – transfusion
M.	Marco	**MIDULLA**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	**MOREAU**	Neurologie
M.	Klaus Luc	**MOURIER**	Neurochirurgie
Mme	Christiane	**MOUSSON**	Néphrologie
M.	Paul	**ORNETTI**	Rhumatologie
M.	Pablo	**ORTEGA-DEBALLON**	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	**PAGES**	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	**PETIT**	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	**PHILIPPE**	Génétique
M.	Lionel	**PIROTH**	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	**QUANTIN**	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	**QUENOT**	Réanimation
M.	Patrick	**RAY**	Médecine d'urgence
M.	Patrick	**RAT**	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	**REBIBOU**	Néphrologie
M.	Frédéric	**RICOLFI**	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	**SAGOT**	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	**SAPIN**	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	**SMOLIK**	Médecine et santé au travail
M.	Éric	**STEINMETZ**	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	**THAUVIN**	Génétique
M.	Benoit	**TROJAK**	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	**VABRES**	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	**VERGÈS**	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	**ZWETYENGA**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Bernard	**BONIN** (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	**CAMUS** (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
M.	Jean-Marie	**CASILLAS-GIL** (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Maurice	**GIROUD** (Surnombre jusqu'au 21/08/2019)	Neurologie

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	**ALBERINI**	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	**AMOUREUX BOYER**	Bactériologie
Mme	Shaliha	**BECHOUA**	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	**BOUILLET**	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	**BRINDISI**	Nutrition
M.	Jean-Christophe	**CHAUVET-GELINIER**	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	**CHRETIEN**	Hématologie
M.	Damien	**DENIMAL**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Vanessa	**COTTET**	Nutrition
M.	Hervé	**DEVILLIERS**	Médecine interne
Mme	Ségolène	**GAMBERT-NICOT**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	**GEORGES**	Pneumologie
Mme	Françoise	**GOIRAND**	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	**GUENANCIA**	Physiologie
Mme	Agnès	**JACQUIN**	Physiologie
M.	Alain	**LALANDE**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	**LEGRAND**	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	**LEMAIRE-EWING**	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	**SAMSON**	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	**WALKER**	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	**BEDENNE**	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	**BESANCENOT**	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	**BRUNOTTE**	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	**CUISENIER**	(01/09/2018 au 21/08/2021)
M.	Jean-Pierre	**DIDIER**	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	**DUMAS-MARION**	01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean	**FAIVRE**	(01/09/2018 au 21/08/2021)
M.	Claude	**GIRARD**	(01/01/2019 au 31/12/2022)
M.	Patrick	**HILLON**	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	**MARTIN**	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Pierre	**TROUILLOUD**	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	**BEIS**	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	**CANNET**	Médecine Générale
M.	Gilles	**MOREL**	Médecine Générale
M.	François	**MORLON**	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	**COMBERNOUX -WALDNER**	Médecine Générale
M.	Clément	**CHARRA**	Médecine Générale
M.	Benoit	**DAUTRICHE**	Médecine Générale
M.	Rémi	**DURAND**	Médecine Générale
M.	Arnaud	**GOUGET**	Médecine Générale

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	**BERNARD**	Anglais
M.	Didier	**CARNET**	Anglais
Mme	Catherine	**LEJEUNE**	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	**JEGO**	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	**ZELLER**	Physiologie

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	**EVRARD**	Anglais
Mme	Lucie	**MAILLARD**	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	**CARNET**	Anglais
M.	Philippe	**DE LA GRANGE**	Anglais
Mme	Virginie	**ROUXEL**	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	**GIRODON**	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	**KOHLI**	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	**BOULIN**	Pharmacie clinique
M.	Philippe	**FAGNONI**	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	**LIRUSSI**	Toxicologie
M.	Marc	**SAUTOUR**	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	**SCHMITT**	Pharmacologie

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur BONIN Bernard

Membres :
Monsieur le Professeur TROJAK Benoit
Monsieur le Docteur CHAUVET-GELINIER Jean-Christophe
Madame le Docteur LEMESLE-MARTIN Martine
Monsieur le Docteur GIROD Jean-Claude

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Tout d'abord, merci aux membres du jury d'avoir accepté de lire cette thèse en période de fêtes. On est loin du cadeau de Noël, j'en ai conscience …

Etant donné le peu de temps qu'il me reste pour ces remerciements, je ne vais pas m'étaler …

Merci aux deux personnes qui m'ont supporté ces dernières semaines, Marion et Léandre. Je vous aime. Ça fait déjà quelques années de bonheur partagées avec toi Marion, et deux belles et surprenantes années avec loulou. Vivement le prochain ! Désolé d'avoir été un peu dur à vivre ces derniers jours … Je vais me rattraper. On se souviendra en tous les cas de ces 15 derniers jours …

Merci à la famille proche d'être là quand il faut, à mes frères pour leur humour, à mes parents pour leur amour ! Je vous aime aussi.

Merci à la famille un tout petit peu moins proche, pour les repas de famille pour les soirées, les cousinades, les bières également … Quelques-unes…

Une grosse pensée à papy et à Claire…

Merci à tous les amis les plus anciens, pour les bons moments, de jeux, de sport, de sorties … Et les mauvais aussi. J'ai hâte de vous retrouver …

Merci aux amis psychiatres pour les discussions messenger ou sms, toujours très enrichissantes. Vivement l'air revigorant de la montagne !

Merci au Dr Girod de m'avoir accompagné en toute confiance dans ce travail de thèse.

Merci à toutes les équipes avec lesquelles j'ai bossé, je bosse, ou je bosserai… Notamment à Chatillon, à Beaune, à Avallon et à Talant !

Merci à tous ceux qui m'ont aidé dans la correction de cette thèse, l'Ophélie, Justin, Clément, maman ! Merci à l'Olivier pour le mémoire également !

Merci et mes excuses à tous ceux que je n'ai pas nommés, ou pire, à ceux à qui je n'ai même pas songé. J'ai plus le temps …

TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES ……17

LISTE DES ABREVATIONS ……18

INTRODUCTION ……20

PARTIE 1 : Connaissances générales et aspects historiques ……22

1 – Etymologie et définitions ……22

1.1 – Etymologie ……22

1.2 – Définitions ……22

2 – Le rêve dans les arts et l'histoire ……23

2.1 – Mythologie grecque ……23

2.2 – Conceptions antiques et philosophiques ……24

2.3 – Religions monothéistes ……26

2.4 – Septième art ……27

2.4.1 – Buñuel : le rêve freudien ……27

2.4.2 – Polanski : le rêve hallucinatoire ……28

2.4.3 – Le rêve traumatique ……29

2.4.4 – Films divers ……30

3 – L'interprétation du rêve ……30

3.1 – Concepts généraux ……30

3.2 – Le rêve d'Artémidore de Daldis : interprétation divinatoire ……31

3.3 – Le rêve de Scherner : symbole de stimuli organiques ……33

3.4 – L'interprétation des rêves selon Freud ……34

3.4.1 – Le rêve est un acte psychique ……34

3.4.2 – Satisfaction de désir ……34

3.4.3 – Contenu manifeste, contenu latent ……35

3.4.4 – Le travail du rêve ……35

3.4.5 – L'interprétation ……36
3.4.6 – Extrapolation à la vie psychique diurne ……36
3.4.7 – Limites des concepts freudiens ……37
4 – Prérequis neurologiques ……37
4.1 – Les stades de sommeil ……38
4.2 – Neurophysiologie de l'éveil ……39
4.3 – Neurophysiologie du sommeil lent ……40
4.4 – Neurophysiologie du sommeil paradoxal ……40
4.5 – Corrélats neurophysiologiques du rêve ……41
5 – Le rêve en recherche ……41
5.1 – Recueil de données ……41
5.1.1 – Récit de rêve ……41
5.1.2 – Echelles et questionnaires standardisés ……42
5.1.3 – Perspectives d'« enregistrement » du rêve ……43
5.2 – Caractéristiques du rêve ……44
5.3 – Fonctions hypothétiques du rêve ……46
5.3.1 – Gardien du sommeil ……46
5.3.2 – Rêve sentinelle ……46
5.3.3 – Oubli et désapprentissage ……47
5.3.4 – Consolidation mnésique ……47
5.3.5 – Régulation émotionnelle ……47
5.3.6 – Simulation de menace ……48
5.3.7 – Fonction d'anticipation ……48
5.3.8 – Résolution créative ……49
6 – Conclusion de la première partie ……49

PARTIE 2 : Evaluation de la place actuelle des rêves dans l'entretien psychiatrique ……50
1 – Contexte et objectifs ……50
2 – Matériels/Méthodes ……51
2.1 – Méthodes ……51
2.2 – Matériels ……51

3.3 – Exploitation des données, statistiques ……52

3 – Résultats ……52

3.1 – Effectifs ……52

3.2 – Utilisation des rêves en consultation ……55

3.3 – Utilisation des rêves dans l'Etat de Stress Post Traumatique ……61

3.4 – Connaissances du Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal ……62

3.5 – Connaissances des thèses psychanalytiques et leur utilisation ……64

3.6 – Connaissances sur la fréquence des cauchemars ……65

4 – Discussion ……66

4.1 – Population d'étude ……66

4.2 – Utilisation du rêve en consultation ……67

4.3 – Connaissances ……68

4.4 – Limites de l'étude ……70

5 – Conclusion ……71

PARTIE 3 : Apports du rêve en consultation psychiatrique : revue de littérature et expériences professionnelles ……72

1 – Contenu onirique dans les parasomnies ……72

1.1 – Parasomnies du Sommeil Paradoxal ……72

1.1.1 – Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal (TCSP) ……72

1.1.1.1 – Historique ……72

1.1.1.2 – Symptomatologie du TCSP ……73

1.1.1.2.1 – Critères diagnostiques ……73

1.1.1.2.2 – Comportements et affects nocturnes ……74

1.1.1.2.3 – Contenu onirique ……75

1.1.1.3 – Evolutivité du TCSP ……76

1.1.1.3.1 – Les synucléopathies ……76

1.1.1.3.2 – Apports dans le diagnostic étiologique ……77

1.1.1.3.3 – Apports dans le diagnostic différentiel ……77

1.1.1.3.4 – Apports pronostiques pour la maladie de Parkinson78

1.1.1.3.5 – Apports en recherche ……78

1.1.1.3.6 – Conceptions éthiques ……79
1.1.1.4 – Traitement ……79
1.1.1.5 – Synthèse ……80
1.1.2 – Cauchemars ……81
1.1.2.1 – Généralités ……81
1.1.2.1.1 – Définition ……81
1.1.2.1.2 – Nightmare disorder……81
1.1.2.1.3 – Nomenclature ……82
1.1.2.1.4 – Spécificités chez l'enfant ……83
1.1.2.2 – Diagnostics différentiels ……83
1.1.2.3 – Epidémiologie ……84
1.1.2.3.1 – En population générale ……84
1.1.2.3.2 – En population psychiatrique ……85
1.1.2.4 – Contenu onirique ……90
1.1.2.4.1 – Dans la littérature ……90
1.1.2.4.2 – En pratique professionnelle ……91
1.1.2.5 – Conséquences ……95
1.1.2.5.1 – Troubles du sommeil ……95
1.1.2.5.2 – Retentissement diurne ……96
1.1.2.5.3 – Psychopathologie ……97
1.1.2.5.4 – Synthèse ……98
1.1.2.6 – Traitement ……99
1.1.2.6.1 – Positions de l'AASM ……99
1.1.2.6.2 – Imagery Rehearsal Therapy (IRT) ……100
1.1.2.6.3 – Exposure, Relaxation, and Rescripting Therapy …..101
1.1.2.6.4 – Lucid Dreaming Therapy ……102
1.1.2.6.5 – Prazosine ……103
1.1.2.6.6 – Autres traitements pharmacologiques ……105
1.1.2.7 – Synthèse ……105
1.2 – Parasomnies du Sommeil Lent ……106
1.2.1 – Somnambulisme ……106

1.2.1.1 – Sémiologie 106
1.2.1.2 – Epidémiologie 107
1.2.1.3 – Facteurs favorisants 107
1.2.1.4 – Contenu onirique 108
1.2.1.5 – Traitement 109
1.2.2 – Terreurs nocturnes 110
1.3 – Etat de Stress Post Traumatique 110
1.3.1 – Historique 110
1.3.2 – Sémiologie 111
1.3.2.1 – Symptômes généraux 111
1.3.2.2 – Symptômes nocturnes 112
1.3.2.3 – Symptômes associés aux cauchemars 112
1.3.3 – Cauchemars 114
1.3.3.1 – Epidémiologie 114
1.3.3.2 – Typologie des cauchemars 114
1.3.3.2.1 – Classification des rêves traumatiques 114
1.3.3.2.2 – Distribution selon le type de cauchemars 116
1.3.3.3 – Contenu des rêves traumatiques 117
1.3.3.4 – Facteurs pronostics 118
1.3.3.4.1 – Cauchemars et sévérité de l'ESPT 118
1.3.3.4.2 – Types de traumatismes 119
1.3.4 – Traitement 120
1.3.4.1 – Traitements pharmacologiques 120
1.3.4.2 – Traitements psychothérapiques spécifiques 122
1.3.5 – Synthèse 122
1.4 – Récapitulatif des caractéristiques des parasomnies 124
2 – Influence des traitements et toxiques sur l'activité onirique 125
2.1 – Influence des toxiques 125
2.1.1 – Drug Dreams : définition et historique 125
2.1.2 – Contenu onirique 125
2.1.3 – Affects durant le rêve et au réveil 126

2.1.4 – Occurrence 129
2.1.5 – Drug Dreams et craving 131
2.1.6 – Distinctions selon le produit 133
2.1.6.1 – Modification de l'architecture du sommeil 133
2.1.6.2 – Disparités dans le contenu onirique 134
2.1.7 – Intérêt clinique de l'activité onirique en addictologie 137
2.1.8 – Synthèse 138
2.2 – Iatrogénie et perturbations oniriques 138
2.2.1 – Contexte 138
2.2.2 – Neurotransmetteurs, sommeil et rêves 139
2.2.3 – Iatrogénie onirique en psychiatrie 141
2.2.3.1 – Antidépresseurs 141
2.2.3.2 – Antipsychotiques 142
2.2.3.3 – Anxiolytiques et hypnotiques 142
2.2.4 – Synthèse 142

CONCLUSIONS 143

BIBLIOGRAPHIE 146

ANNEXES 156

TABLES DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Données socio-démographiques de l'échantillon ……53

Tableau 2 : Données professionnelles de l'échantillon ……..54

Figure 1 : Fréquence d'évocation du rêve en consultation psychiatrique dans l'échantillon total de praticiens (N=71) ……56

Tableau 3 : Fréquence d'évocation des rêves en fonction des modalités d'exercice ……56

Figure 2 : Proportion de rêves évoqués par le patient, le praticien, ou indifféremment par l'un ou l'autre dans l'échantillon de praticiens abordant au moins ponctuellement les rêves en consultation (N=66) ……57

Tableau 4 : Evocation des rêves par le patient ou le psychiatre en fonction des modalités d'exercice ……58

Figure 3 : Proportion de rêves abordés par le patient en entretien psychiatrique en fonction de la pratique psychanalytique du clinicien ……58

Tableau 5 : Evaluation subjective par cotation de 0 à 10 de l'intérêt du rêve en consultation psychiatrique en fonction des modalités d'exercice ……59

Figure 4 : Evaluation de l'intérêt du rêve dans l'entretien psychiatrique en fonction de la pratique psychanalytique : cotation subjective sur une échelle de 0 à 10 ……59

Figure 5 : Utilisation du rêve en consultation psychiatrique ……60

Figure 6 : Recherche par le clinicien d'une activité onirique pathologique en consultation psychiatrique dans l'Etat de Stress Post Traumatique ……61

Figure 7 : Recherche par le psychiatre de la correction d'une activité onirique pathologique dans l'évaluation d'une efficacité thérapeutique dans l'Etat de Stress Post Traumatique ……62

Tableau 6 : Connaissances du Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal et de ses complications en fonction des modalités d'exercice ……63

Tableau 7 : Connaissances des thèses psychanalytiques et leur utilisation ……..65

Tableau 8 : Estimation par les psychiatres de l'échantillon de la fréquence d'individus se plaignant de cauchemars hebdomadaires dans l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT), la Dépression, et dans la population générale ……66

Figure 8 : Cycle d'auto-entretien des cauchemars ……99

Tableau 9 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des parasomnies ……123

Tableau 10 : Thèmes principaux des Drug Dreams ……..125

Tableau 11 : Emotions typiques dans les Drug Dreams ……128

Tableau 12 : Emotions et réactions physiques au réveil de Drug Dreams ……128

Tableau 13 : Prévalence des DD dans différentes populations de patients addicts ……130

LISTE DES ABREVIATIONS

AASM : American Academy of Sleep Medicine

ADT : Antidépresseur Tricyclique

AESP : Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique

AFFEP : Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie

AFFORTHECC : Association Francophone de FOrmation et de Recherche en THErapies Comportementales et Cognitives

AFPEP : Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé

AFRC : Association Française de Remédiation Cognitive

AFTAD : Association Française des Troubles Anxieux et de la Dépression

AJPJA : Association des Jeunes Psychiatres et Jeunes Addictologues

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AMS : Atrophie multi-systématisées

ATP : Adenosine triphosphate

CRH : Corticotropin-releasing hormone

CNUP : Collège Nationale des Universitaires de Psychiatrie

DCL : Démence à Corps de Lewy

DD : Drug Dreams

DNB : Dirsuptive Nocturnal Behaviors

DSM-4/5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDM : Episode Dépressif Majeur

EEG : Electro-Encephalogramme

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMG : Electro-myogramme

EOG : Electro-oculogramme

ERRT : Exposure Relaxation and Rescripting Therapy

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

GABA : Acide Gamma Amino Butyrique

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

ICSD-3 : Classification Internationale des Pathologies du Sommeil

IMAO : Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase

IRM : Imagerie par résonance magnétique

IRT : Imagery Rehearsal Therapy

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

LCR : Liquide Céphalo Rachidien

LDT : Lucid Dreaming Therapy

MILD : Mnemonic Induction of Lucid Dreams

MOR : Mouvements Oculaires Rapides

MP : Maladie de Parkinson

NBQ : Nightmare Behavior Questionnaire

ND : Nightmare Disorder

NDQ : Nightmare Distress Questionnaire

NSS : Nightmare Severity Scale

NITE : Nightmare Intervention and Treatment Evaluation Scale

NREM : Non Rapid Eye movements

PSG : Polysomnographie

PMR : Progressive Muscle Relaxation

REM : Rapid Eye movements

SFPEADA : Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines Associées

SLL : Sommeil Lent Léger

SLP : Sommeil Lent Profond

SP : Sommeil Paradoxal

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TCSP : Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal

THC : Tétrahydrocannabinol

TTS : Temps Total de Sommeil

TSD : Trauma associated Sleep Disorder

VDAS : Van Dream Anxiety Scale

VLPO : noyau ventro-latéral-pré-optique

Introduction

« L'interprétation des rêves est la voie royale qui mène à la connaissance de l'inconscient dans la vie psychique. »(37) C'est par ces mots que Freud décrit la nécessité de prendre en considération le rêve en psychanalyse, dans *L'Interprétation des rêves*, paru en 1900. Le courant analytique étant alors dominant, il est commun en psychothérapie d'étudier les rêves du patient afin d'en démêler le contenu latent du contenu manifeste, et ce faisant, d'en décoder le message inconscient.

Dans les années 1960, le progrès de la neurologie et des techniques d'enregistrement de l'activité cérébrale permettent de mieux comprendre le fonctionnement du cerveau durant le sommeil. Michel Jouvet (69) découvre le sommeil paradoxal en 1959, puis fait le postulat que ce stade est le corrélat électroencéphalographique du rêve car les patients réveillés dans cette phase ont souvent des souvenirs de rêves. Ces découvertes animent donc le débat de la fonction onirique, le déplaçant vers la fonction de ce stade de sommeil. Celui-ci est toujours d'actualité malgré les affirmations plus récentes que le rêve ne se situe pas exclusivement dans ce sommeil paradoxal, mais également dans le sommeil lent.

En parallèle à ses avancées neurologiques concernant le sommeil, la psychiatrie a évolué avec les découvertes des médicaments psychotropes après la seconde guerre mondiale. Si le courant analytique conserve une place importante, les chimiothérapies sont de plus en plus nombreuses et leurs résultats plus étayés au fil des années, rendant leur utilisation incontournable dans certaines maladies psychiques. Au vingt et unième siècle, si un certain nombre de thérapeutes ont une inspiration analytique, la psychanalyse est clairement minoritaire en psychiatrie.

Dans ce contexte, la place du rêve dans la médecine actuelle, et plus spécifiquement dans l'entretien psychiatrique, questionne. La psychanalyse semble sur le déclin et l'interprétation des rêves n'est pas fondée scientifiquement. La recherche sur le rêve piétine, se heurtant à l'absence d'objectivation possible de cette activité, n'existant finalement qu'à travers le récit que nous fait le sujet au réveil. La fonction onirique reste inconnue ou du moins hypothétique.

Pourtant, en pratique, bien des patients continuent à verbaliser leurs rêves à leurs praticiens, souvent dans une quête de sens, mais également comme ils pourraient aborder un symptôme. Le rêve peut en effet devenir cauchemar, par son contenu, sa répétition, son caractère vivide, prégnant, anxiogène. Il peut perturber les nuits des patients, mais également leurs journées par la fatigue accumulée, les ruminations autour du contenu onirique.

Par cette thèse, nous avond donc souhaité apporter un éclairage sur le rêve au sein de l'entretien psychiatrique. L'objectif de l'étude était de mieux cerner les pratiques actuelles des médecins. Nous avons également voulu partager notre expérience professionnelle tout en la confrontant aux données de la littérature. L'hypothèse principale ayant motivé cette thèse était la suivante : en se désintéressant du rêve, les psychiatres actuels se privent d'un outil clinique important.

Ce travail se décompose en trois sections.

La première partie a pour but de présenter l'univers onirique, par les prismes successifs de la culture populaire et des arts, de la psychanalyse, des neurosciences et de la recherche. L'exhaustivité n'était pas souhaitée dans ce chapitre, l'objectif étant essentiellement d'introduire la diversité des approches et de poser les bases nécessaires à la compréhension des sections suivantes

La deuxième partie correspond à une étude observationnelle réalisée auprès de psychiatres français. Les pratiques professionnelles ont été investiguées par le biais d'un questionnaire adressé par e-mail, personnellement ou par l'intermédiaire de différentes associations de psychiatres. Le but était d'analyser l'utilisation du rêve par les psychiatres, et les éventuelles variations selon les modalités d'exercice, notamment la pratique psychanalytique.

Enfin, la troisième partie consiste en une revue de littérature sur les applications possibles du rêve en pathologie, et plus spécifiquement dans les troubles psychiques. Ces données scientifiques ont été illustrées de vignettes cliniques issues de notre expérience professionnelle.

Partie 1 : Connaissances générales et aspects historiques

1 – Étymologie et définitions

1.1 – Étymologie

Le terme original pour parler du rêve étaient « pantaiser », provenant du grec, « phantasia », l'imagination (31). A la Renaissance, il n'a plus que la signification de suffoquer, et il ne nous reste de ce terme que « pantois », le souffle coupé par l'émotion, bien loin du concept recouvert originellement. Le mot est donc supplanté par « songer », issu de somnium, racine latine à qui l'on doit le sommeil et le songe. Si les autres langues romanes utilisent encore cette racine (Soñar en espagnol, sonhar en portugais, sognare en italien), il est curieux de constater que le français s'est éloigné du terme.

Le verbe « rêver » semble s'imposer au milieu du XVIIème siècle. Si dans le théâtre classique de Racine notamment, on continue à songer, Descartes et Pascal, eux, rêvent. Le mot n'était alors pas inconnu mais ne revêtait pas la même signification avant cette période. Il semble en effet provenir de l'ancien français, de deux mots de la même famille, « resver » et « desver », datant du XIIème siècle. (71,31) Le premier terme signifie vagabonder, errer, mais également divaguer, délirer. Le deuxième penche clairement vers la seconde traduction de « resver », à savoir devenir fou ou furieux, perdre le sens.

Si cette explication étymologique ne fait pas l'unanimité chez les spécialistes, il n'en reste pas moins que l'idée générale des termes potentiellement dérivés, c'est l'évasion, l'errance, et le délire.

1.2 – Définitions

Le mot rêve recouvre plusieurs idées. Le Larousse en donne les définitions suivantes :

- Production psychique survenant durant le sommeil, et pouvant être partiellement mémorisé.
- Fait de laisser aller librement son imagination ; idée chimérique.

- Représentation, plus ou moins idéale ou chimérique, de ce qu'on veut réaliser, de ce que l'on désire.

Si la première définition correspond au rêve communément admis, la deuxième version semble plutôt répondre au terme « rêverie ». La troisième entrée représente le désir, l'idéal. Par un unique mot, on confond donc le rêve nocturne, l'imaginaire vagabond, et le fantasme. Le point commun à ces définitions, c'est le caractère irréel, pure production psychique. On rejoint donc l'origine étymologique du mot rêver, le délire étant une production psychique déconnectée du réel.

Dans une approche plus scientifique, Jean-Baptiste Eichenlaub (29) décrit le rêve comme « une expérience subjective pendant le sommeil qui met en jeu des représentations mentales plus ou moins complexes », quand Perrine Ruby (124) précise qu' peut « donner lieu à un rapport verbal ou dessiné ». Maryse Siksou (148), dans une définition élargie, relève « quatre significations qui se recouvrent :

- Une forme de pensée durant le sommeil qui survient lorsqu'il se produit un minimum d'activation cérébrale dans un contexte où les stimuli externes ne sont pas traités
- Quelque chose que l'on expérimente comme une série d'événements actuels (une séquence de perceptions, pensées, émotions)
- Ce dont on se souvient au réveil, une mémoire de l'expérience du rêve
- Un rapport oral ou écrit fondé sur l'expérience du rêve […]»

Dans ce travail, la définition du rêve se rapproche de ces dernières. Il se déroule exclusivement durant le sommeil. Il s'agit d'un contenu psychique, une expérience, un souvenir ou un récit. Il peut également être les quatre à la fois. C'est généralement le cas dans la consultation psychiatrique.

2 – Le rêve dans les arts et l'histoire

2.1 – Mythologie grecque

Dans la mythologie grecque, le rêve est associé aux divinités. Il est considéré bien souvent comme un message envoyé par un dieu. Dans l'Iliade, Achille demande l'intervention d'un « interprète des songes, car le songe aussi provient de Zeus ». C'est d'ailleurs le maître

de l'Olympe qui intervient lui-même auprès d'Agamemnon peu de temps après : « Pars et rends-toi, Songe pernicieux, vers les agiles vaisseaux des Achéens. Entre dans la tente d'Agamemnon l'Atride, et rapporte-lui, très exactement, tout ce que je veux. » (57) Quant à Enée, après sa fuite de Troie, il est conseillé dans son sommeil par Apollon qui lui indique que l'Hespérie est le terme de son voyage et non la Crête. (164)

Si toute divinité peut intervenir dans les songes des hommes, le rêve possède ses propres divinités. Il s'agit des Oneroi (les songes en grec ancien). Ils sont les enfants tantôt de Nyx (divinité de la nuit) et d'Erèbe (les ténèbres), tantôt de Gaïa (la Terre) ou d'Hypnos (le sommeil). Le plus célèbre est Morphée, représenté en jeune homme ailé tenant dans sa main des graines de pavot. Il prend l'aspect d'êtres humains dans les rêves : « Aucun autre ne reproduit avec plus d'art la démarche, le visage, la voix et jusqu'aux vêtements et propos les plus familiers de chaque personne, mais il ne contrefait que les hommes. » (les métamorphoses Ovide) C'est le cas dans le mythe de Ceyx et Alcyone, cette dernière voyant Morphée en songe, qui apparaît sous les traits de son époux, et l'avertit de sa mort lors d'un naufrage. Parmi ces divinités, on trouve également Phantasos, qui apparaît en tant qu'objets inanimés, et Phobétor, à l'origine des cauchemars, apparaissant sous l'aspect de monstres.

Le songe est donc initié par les dieux, et le rêveur est passif. Il n'est pas rare de voir les différents héros de la mythologie grecque tenter de provoquer le message divin. L'avenir est alors révélé dans des lieux précis, sur des sujets déterminés et dans le respect des rites. Au sanctuaire d'Apollon, à Delphes, il faut passer une nuit dans le temple à même le sol. Le sens du message était bien souvent masqué, déchiffrable uniquement par l'oracle, la pythie. C'est le procédé d'incubation, retrouvé dans d'autres cultures, qui consiste à convoquer en songe une divinité dont on attend des bienfaits en séjournant dans un lieu de culte.

2.2 – Conceptions antiques et philosophiques

La civilisation grecque antique semble avoir majoritairement des conceptions religieuses du rêve, considérant que les dieux transmettaient des messages par ce biais. Les philosophes et médecins antiques ne semblent pourtant pas partager ces croyances.

Platon, dans La République, décrit les désirs exprimés en rêve en ces termes : « Ceux qui s'éveillent pendant le sommeil, […] quand la partie de l'âme qui est raisonnable, douce et faite pour commander à l'autre, est endormie, et que la partie bestiale et sauvage, gorgée

d'aliments ou de boisson, se démène, et, repoussant le sommeil, cherche à se donner carrière et à satisfaire ses appétits. Tu sais qu'en cet état elle ose tout, comme si elle était détachée et débarrassée de toute pudeur et de toute raison ; elle n'hésite pas à essayer en pensée de violer sa mère ou tout autre, quel qu'il soit, homme, dieu, animal ; il n'est ni meurtre dont elle ne se souille, ni aliment dont elle s'abstienne ; bref, il n'est pas de folie ou d'impudeur qu'elle s'interdise. » (113) Platon compare le rêve à un déchaînement de pulsions. Celui-ci n'est pas décrit comme extérieur à l'âme ou comme l'expression d'une intrusion divine, mais faisant partie de la psyché du dormeur. La théorie semble freudienne : on perçoit la scission entre conscient et inconscient.

La conception religieuse est également rejetée par Aristote, constatant que les animaux et « les hommes inférieurs » rêvent, preuve selon l'auteur que le message n'est pas divin. Il perçoit le rêve comme une reviviscence des expériences de l'éveil, et ne semble lui attribuer ni finalité, ni fonction, ni signification, le comparant à une production presque mécanique. « […] le rêve ne saurait être pour celui qui le voit, ni un signe ni une cause de la réalité qui vient à la suite ; ce n'est qu'une coïncidence. » (De la divination dans le sommeil, Aristote) Il évoque secondairement le contenu onirique de façon sensorielle, expliquant que de discrètes excitations intervenues durant le sommeil peuvent être amplifiées et détournées. Il tire de ces observations que les rêves pourraient aider le médecin à déceler les premiers signes d'une pathologie débutante. « Aussi, même les médecins habiles prétendent-ils qu'il faut donner la plus sérieuse attention aux rêves. »

Dans le domaine médical justement, les thèses d'Hippocrate et Gallien rejoignent cette observation d'Aristote. Le premier, dans son traité des songes (55), s'attèle à décrire les interprétations médicales possibles du contenu onirique en s'appuyant sur la théorie des humeurs. Il accorde notamment une place importante aux visions des astres, du soleil et de la lune, qu'elles soient nettes ou floues, les imputant à un excès de bile, d'humeur aqueuse. Ses interprétations sont souvent teintées d'un symbolisme fort, la vision d'un arbre sans fruits étant signe d'infertilité, celle de « feux et de chaleurs » qui s'éteignent dans le ciel étant annonciateur de maladie mortelle… Les références divines sont uniquement présentes dans le traitement proposé, où les invocations des dieux sont un bon complément de l'exercice physique et adaptation alimentaire. Gallien semble partager ces théories, voyant dans les symboles oniriques des atouts diagnostiques, et non des messages divins. (15) Pour autant, il

estime qu'à 17 ans, il s'est orienté vers la médecine du fait de « rêves très clairs » envoyés par Asclépios, le dieu de la discipline, à son père. C'est encore en songe qu'il reçoit du même dieu la méthode d'une intervention chirurgicale qui lui permet de guérir d'une affection gastrique. Sa pratique, qui se veut rationnelle, est donc influencée par une médecine sacrée.

2.3 – Religions monothéistes

Les trois grandes religions monothéistes accordent la même place au rêve, expression de la volonté divine.

Dans la Genèse, le premier livre de la Torah, Jacob et surtout son fils, Joseph, reçoivent des songes divins (Genèse, chapitre 28 pour Jacob, 37, 40 et 41 pour Joseph). Le second n'est pas seulement rêveur, il est aussi interprète des rêves de Pharaon, de son échanson et de son panetier. Daniel (Livre de Daniel chapitre 2) déchiffre également le songe du roi Nabuchodonosor après l'avoir lui-même reçu. La compétence de Daniel et Joseph leur semble octroyée par dieu, qui transmet donc ses messages mais également l'art de l'interprétation.

Dans le nouveau testament, c'est Joseph qui est averti en songe (Evangile selon Matthieu, chapitre 2) des desseins meurtriers du roi Hérode envers Jésus puis de sa mort. Paul (Acte des apôtres, chapitre 18 et 23) est quant à lui à plusieurs reprises conforté en rêve dans sa foi après sa vision de Jésus sur le chemin de Damas.

C'est la religion musulmane qui accorde la plus grande place aux rêves. Dans le Coran, il est considéré comme une source de connaissances mais aussi comme un instrument de guidance et un avertissement divin. Il y a séparation partielle de l'âme et du corps durant le sommeil, Allah prenant les âmes des défunts et rêveurs et renvoyant ces dernières « jusqu'à un terme fixé » (sourate 39, verset 42). Là encore, le caractère prémonitoire de certains rêves y est reconnu, mais aussi la science de leur interprétation, savoir enseigné directement par Dieu à certains serviteurs élus. A ce titre, le prophète Mohamed bénéficie régulièrement de songes divins. Dans le livre saint, c'est également le cas de Yusuf (Joseph dans le judaïsme), et d'Abraham dont la foi est testée par Dieu qui lui ordonne d'immoler son fils.

Dans les recueils d'Hadiths de Al-Boukhârî (810-870) et Muslim (821-876), les propos du prophète Mahomet sont rapportés : « Le rêve provient de trois sources : il peut être une vision opérée par Allah, ou une perte provoquée par Satan ou le résultat des pensées qui animent l'intéressé à l'état de veille et se transforment en images au cours du sommeil » Les

rêves dont le contenu est agréable sont envoyés par Allah, ceux dont le contenu est désagréable le sont par le diable et ces derniers doivent êtres tus. Plus l'âme est purifiée et délivrée des influences du monde extérieur, plus le contenu onirique s'approche du message délivré, n'est plus brouillé par l'imagination du rêveur. De nombreux hadiths recommandent donc les ablutions précédant le sommeil dans ce sens d'accès à la perception de la vérité. Malgré tout, le rêve peut avoir une dimension symbolique, un mariage étant alors représenté par un vêtement que l'on revêt, la fierté par un couronne, la connaissance par la lumière, l'ignorance par les ténèbres, les passions de l'âme par un serpent. Mais dans cette religion plus que d'autres, un même symbole peut avoir une interprétation différente en fonction du rêveur, de sa personnalité, de la pureté de son âme, de l'existence qu'il mène. Par exemple, le rêve de la perte de dents pourra symboliser la mort et la déchéance chez certains, et la domination des passions chez d'autres. Il n'est donc pas donné à quiconque d'interpréter un rêve, dans l'Islam.

2.4 – Septième art :

Le rêve est fréquemment évoqué dans le septième art, qu'il soit le sujet entier du film, ou seulement une fraction de celui-ci. Certains réalisateurs, comme Luis Buñuel, en ont fait une spécialité. Il est également plus fréquent dans les films de guerre, à travers les rêves traumatiques au retour au pays. Ce chapitre décrit trois angles différents de traitement du rêve dans le cinéma.

2.4.1 – Buñuel : le rêve freudien

Dans ses mémoires, Luis Buñuel écrivait que sa journée idéale serait constituée de « deux heures de vie active et vingt-deux heures de rêves ». Cet amour du rêve, le réalisateur l'a transcrit dans ses films.

Tout d'abord dans son court métrage, *Le Chien andalou* (1929), né de la rencontre entre un songe de Salvador Dali et un songe de Buñuel. Le premier venait de rêver d'une main « pleine de fourmis », le second d'un « nuage effilé coupant la lune » et d'une « lame de rasoir fendant un œil ». Le film est une succession d'images ayant rapport avec ces scènes oniriques, souvent brutales et à connotation sexuelles, expressions des pulsions des protagonistes. Cet enchainement ne semble pas soutenu par un scénario consistent mais plutôt par des

associations d'idées des deux artistes. Le spectateur assiste à la vision du rêve selon Buñuel, largement inspirée des théories freudiennes.

Dans *Los Olvidados* (1950), le jeune Pedro voit en songe sa mère l'embrasser et lui parler tendrement, en lui offrant de la viande crue. Dans le film, ce garçon cherche à prendre la place de chef de famille afin de gagner l'affection de sa mère. Or, celle-ci le rejette en permanence, lui refusant toute place au sein de la famille. Le thématique du rêve est œdipienne, à l'instar de cette relation mère-fils teintée de séduction et de rejet. Cette mère, qui, en rêve lui donne de l'amour est une satisfaction de désir inconscient. Connaissant l'attrait du réalisateur pour les concepts freudiens, la viande crue donnée par la mère de Pedro à son fils symbolise le fait qu'elle s'offre à lui.

Le film *Belle de jour* (1967) contient également plusieurs rêves faits par Séverine, bourgeoise menant une vie paisible jusqu'au jour où elle décide d'intégrer une maison close. Dans l'un d'eux, elle se voit en robe blanche attachée, pendant que son mari et un de ses amis lui jettent de la boue au visage, l'insulte, près d'un troupeau de taureaux « nommés remords et expiation ». Les songes de l'héroïne sont tous emprunts de sexualité et de violence, se confondant aux penchants masochistes diurnes de Séverine.

Ainsi, Buñuel partage nettement les conceptions freudiennes sur le rêve, voyant le rêve comme satisfaction de désir, assouvissement de pulsions. Le contenu onirique est sexualisé, violent. Dans son œuvre, le songe est symbolique et permet d'exprimer les conflits internes des protagonistes. A ce titre, il est intéressant de constater que le réalisateur choisit souvent de montrer d'abord le dormeur, puis le rêve, afin que le spectateur prenne bien conscience du caractère onirique de la scène. Les informations qu'elle contient concernant la vie psychique du dormeur sont trop importantes pour que Buñuel entretienne le flou entre le réel et l'imaginaire onirique.

2.4.2 – Polanski : le rêve hallucinatoire

Chez Roman Polanski, le rêve est contemporain de l'entrée en psychose. C'est le cas dans *Répulsion* (1965), *Rosemary's baby* (1968) et *Le Locataire* (1976). Dans le premier, Carole, une jeune femme fragile vivant avec sa sœur, ne tolère pas le contact avec un homme. Au départ de sa sœur, elle présente un épisode psychotique aigue. Elle souffre alors d'hallucinations visuelles et auditives, ainsi que des rêves vivides et angoissants d'hommes qui

l'agressent physiquement et sexuellement. Dans le deuxième film cité, le personnage principal, Rosemary mêle rêves et hallucinations. Dans un cauchemar, elle est violée par le diable. Il s'agit encore du point de départ d'un syndrome psychotique. Enfin, dans *Le Locataire*, Trelkovsky, interprété par Polanski, présente un délire de persécution et des rêves anxieux concomitants, dans la même thématique.

Au final, les frontières entre rêve, hallucination et réalité sont floues chez Polanski. Contrairement à Buñuel, c'est la scène onirique qui est filmée en premier puis dans un second temps le protagoniste dormant sur le lit. La volonté du réalisateur est donc de plonger le spectateur dans l'incertitude entre le réel et le rêve.

2.4.3 – Le Rêve traumatique

Les rêves traumatiques sont abordés très fréquemment dans le cinéma. Ils font souvent échos aux violences de la guerre.

Dans *Apocalypse now* (1979), de Francis Ford Coppola, la scène d'ouverture montre le capitaine Willard, allongé sur le lit d'une chambre d'hôtel, contemplant le plafond et les pales du ventilateur. Progressivement, le son du ventilateur se mue en bruit d'hélicoptères qui bombarde la jungle. Un nouveau plan sur le capitaine le montre en plein sommeil. « Chaque fois que je me réveille, je crois que je suis de retour dans la jungle » dit-il en voix off. Cette scène peut être considérée comme un rêve d'origine traumatique dont le stimulus déclencheur serait donc les pales du ventilateur, comparables à celles d'hélicoptères.

L'intrigue du film *Valse avec Bachir* (2008) de Ari Folman est introduite par le rêve répétitif d'un des protagonistes, mettant en scène 26 chiens qui veulent « sa tête sur un plateau ». Ces 26 chiens, ce sont ceux qu'il a abattu durant l'intervention militaire israélienne au Liban en 1982. Plus de vingt ans après les faits, ils le poursuivent dans la vie comme en rêve depuis 2 ans. Ce songe va déclencher chez le narrateur l'émergence d'un cauchemar : lui et deux jeunes soldats sortant nus de la mer sous la lumière de fusées éclairantes dans la baie de Beyrouth. Cette scène prend son origine dans le massacre de Sabra et Chatila, durant lequel le narrateur était chargé d'allumer ces fusées afin de permettre aux phalanges libanaises d'intervenir de nuit dans le camp. Ce rêve le hante durant tout le film et le poussera à chercher ses origines.

Dans la série *Homeland,* le personnage principal, le sergent Nicholas Brody a été torturé et séquestré en Irak durant plusieurs années. A sa libération puis son retour aux Etats-Unis, il présente des terreurs nocturnes, de somniloquies, et des cauchemars récurrents sur la thématique de sa captivité.

2.4.4 – Films divers

Dans le film *Brazil* (1985) de Terry Gilliam, le rêve est symbole, représentant l'échappatoire de son personnage principal, Sam Lowry, un original dans un monde régi par les lourdeurs administratives. Dans le film *Ouvre les yeux* (1998) de Alejandro Amenabar, le rêve est cauchemars, les nuits anxieuses de César étant systématiquement perturbées. Dans *Inception* (2010) de Christopher Nolan, le rêve est la justification de scènes d'actions hollywoodiennes spectaculaires. Dans L*es Griffes de la nuit* (1984) de Wes Craven, c'est l'horreur qui attend le rêveur.

Les utilisations du songe au cinéma sont donc diverses, du film d'horreur au film d'auteur. La manière de les incorporer dans le film et les symboles utilisés font souvent sens dans le scénario et peuvent permettre d'étoffer la complexité psychique des personnages. Pour un réalisateur comme Buñuel, le rêve est un procédé de réalisation permettant d'enrichir la psyché des protagonistes.

3 – L'interprétation du rêve

3.1 – Concepts généraux d'interprétation

Ce qu'attend le rêveur, c'est une explication sur le rêve, que toute l'incongruité du récit soit gommée. Cela présuppose donc que le songe a un sens. C'est le parti pris des onirocrites, interprètes de rêves, quelle que soit leur inspiration, présentant celui-ci comme une énigme dont la résolution se révèle importante pour le sujet, qu'elle concerne sa destinée ou la connaissance de soi. Cette croyance est retrouvée dans de multiples traditions culturelles à travers le monde et l'histoire. On peut différencier trois conceptions de l'interprétation selon ce que dit le rêve.

- La première perçoit le songe comme une information sur l'avenir immédiat du sujet. Elle relève davantage de croyances populaires. Il s'agit d'une approche divinatoire. C'est le parti pris de Artémidore de Daldis

- La deuxième le considère, à l'image d'Hippocrate, Galien ou Scherner, comme des conséquences de stimuli internes organiques. Le contenu onirique symbolise donc des organes défaillants, selon une grille de lecture prédéfinie.
- Dans la troisième conception, le rêve est un résidu diurne. La psychanalyse s'appuie sur ce deuxième courant de pensée en considérant qu'il s'agit d'une production psychique mélangeant des informations traitées les jours précédents ainsi que d'autres plus anciennes, voire parfois de la petite enfance. Ces images mentales n'étant pas de source externe au sujet, elles sont générées par lui de façon inconsciente. Elles sont donc dignes d'intérêt pour le psychanalyste.

Quelle que soit l'orientation de l'interprétation, selon Tobbie Nathan, « il faut tout d'abord tout connaître du rêveur » (p133) : son univers, sa culture, son passé, ses croyances. Cela constitue ce qu'il appelle le corpus de références, dans lequel l'onirocrite va puiser des symboles et des associations d'idées. Il prend notamment l'exemple d'Artémidore de Daldis, qui, durant le deuxième siècle de notre ère, voyait dans le fait de rêver qu'on a le crâne rasé, tantôt un signe positif pour les prêtres des dieux égyptiens et les bouffons, tantôt comme négatif pour les autres dont l'habitude n'est pas de se raser la tête. Le sens est évidemment difficilement transposable à notre culture et à l'époque actuelle. Le recours aux listes de symboles à valeur universelle, faisant donc fi de l'univers du rêveur doivent ainsi être éviter d'après Tobie Nathan, « […] car il n'est aucune grille universelle en matière d'interprétation des rêves».

3.2 – Le Rêve d'Artémidore de Daldis : interprétation divinatoire

Dans l'antiquité tardive, au deuxième siècle après JC, Artémidore de Daldis (8) établit deux catégories oniriques : enupnion (littéralement « ce qui se produit durant le sommeil »), et oneiros, « vision de songe ». Il les différencie par leurs sources tout d'abord, voyant en enupnion essentiellement le résultat d'un stimulus physique ou psychique durant ou précédant le sommeil, traduisant les tensions du présent. Mais c'est d'avantage le sens qui pousse Artémidore à négliger enupnion. « La vision de songe diffère du rêve par ceci, qu'il arrive à l'une de signifier l'avenir, à l'autre la réalité présente. » Il considère oneiros comme prémonitoire, et donc le seul digne d'intérêt. Il subdivise alors cette dernière catégorie de songes en théorématiques (ceux dont le contenu manifeste est immédiatement entendable, sans message caché, la vision coïncidant avec son accomplissement), et allégoriques (ceux

dont le contenu doit être décodé car ils « signifient de certaines choses au moyen d'autres choses »). Ces derniers justifieront donc l'écriture de son traité d'interprétation des rêves. Il les divisera en cinq espèces différentes selon la personne concernée par le songe, puis en quatre sous espèces selon le rapport entre le rêve et sa réalisation, et en quatre types selon la teneur plus ou moins positive, soient quatre-vingt types de rêves qu'il agrémente enfin d'une catégorie selon le contenu onirique manifeste.

Ce type de « clé » des songes, dans une conception divinatoire, est présente dans de nombreuses cultures, et Tobie Nathan (97) : la nouvelle interprétation des rêves) rapporte également le Fa dans le Sud-Bénin et le Nigeria, où l'interprète dispose d'un chapelet constitué de huit demi coques de noix de palme réunies, qu'il lance en l'air en interrogeant la divinité Fa. Une combinaison binaire sera établie en fonction du côté (plein ou vide) sur lequel la demi coque retombe. « Chaque combinaison a un nom, renvoie à un corpus de récits impliquant des divinités et des héros de la tradition yoruba, est associée à des formules ésotériques, se réfère à des objets spécifiques, et implique des actions soit sur le corps du demandeur, soit dans le monde ».

Le schéma d'interprétation est donc souvent le même, quelle que soit la culture. L'interprète recherche dans le récit de rêve des éléments qu'il peut confronter au corpus de références de Tobie Nathan, et en tire des conséquences qu'il témoigne au sujet.

Pour Artémidore, le corpus est celui de la mythologie grecque. Il base notamment son interprétation des rêves de rapports sexuels avec la mère sur la légende d'Œdipe, le corps maternel étant l'allégorie de la terre nourricière, la patrie.

« Pénètre-t-on donc sa mère chair contre chair, […] si le père est malade, il mourra : car celui qui a vu ce rêve aura la tutelle de sa mère à la fois comme fils et comme mari. »

« Pénétrer sa mère après l'avoir retournée n'est pas bon : car c'est la mère elle-même qui se retournera contre le songeur, ou la patrie, ou le métier, ou quelque dessein que ce soit que projette le songeur. »

« Pénétrer sa mère alors qu'elle est posée en haut sur vous et qu'elle vous chevauche, certains disent que cela indique mort pour le songeur : car la mère ressemble à la terre, puisque la terre est la nourricière et la génératrice de toutes choses : or ce sont les cadavres que la terre recouvre, non les êtres vivants. »

3.3 – Le Rêve de Scherner : symbole de stimuli organiques

En 1861, le philosophe et psychologue allemand Karl Albert Scherner (1825-1889) publie *Das Leben des Traums* (La Vie du Rêve) (132). Il suggère que les capacités cognitives d'éveil ne peuvent pas se retrouver dans les rêves, du moins pas en intégralité. Ceci explique pour lui une présentation brute et irrationnelle du rêve.

La source du songe viendrait de stimuli corporels, comme l'évoque Freud : « Selon Scherner, le travail du rêve, activant librement l'imaginaire débarassé des chaînes diurnes qui sont les siennes, tend à exposer symboliquement la nature de l'organe d'où procède le stimulus. »(37) Durant le sommeil, le dormeur est sujet à des excitations organiques à l'origine du songe, s'exprimant à travers lui. Dès lors, Scherner associe les images oniriques à des organes divers, selon un code qu'il a créé. Voici quelques exemples :

- « Un poêle rempli de flammes et ronflant à la manière de l'air » symbolise le poumon qui respire
- Le cœur trouve son symbole dans des « boîtes et des corbeilles creuses »
- Des objets ronds en forme de sac, c'est la vessie qui s'exprime
- La clarinette et la pipe figurent le sexe masculin
- Une fourrure représente la toison pubienne
- Le point de fermeture des cuisses est symbolisé par une cour étroite ceinte de maisons.
- Le vagin est représenté par un « sentier pédestre très étroit, moelleux et glissant qui traverse l'espace de la cour par le milieu, et la rêveuse doit par exemple l'emprunter pour déposer une lettre à un homme »

Si les symboles utilisés sont souvent implicites, les raisons pour lesquelles le contenu est crypté sont évoquées maladroitement, Scherner avançant qu'il manque à l'imaginaire onirique le langage conceptuel. Freud qualifie les explications de l'auteur de « trop fantaisistes » et son style de « pesant et ampoulé […] ne pouvant qu'avoir un effet repoussant sur le lecteur ».

3.4 – L'interprétation des rêves selon Freud

Freud publie en 1900 *L'Interprétation des rêves* (37). Chronologiquement, cet ouvrage figure parmi les premiers de sa longue bibliographie. Il corrigera la version initiale à sept reprises, la huitième et ultime édition paraissant en 1929. L'auteur voit dans l'interprétation des rêves l'un des piliers de sa discipline.

Il n'est pas le seul psychanalyste à avancer une théorie sur le sujet. Les dissentions avec Carl Jung se cristallisent notamment autour du thème de la source et de l'interprétation des rêves. Cependant, ce sont les positions freudiennes qui se sont nettement imposées. Par conséquent, les autres théories analytiques ne sont pas abordées dans ce travail.

3.4.1 – Le rêve est un acte psychique

Freud soutient que les rêves sont des actes psychiques à part entière. Il s'éloigne en ce sens de nombreuses théories scientifiques de la fin du dix-neuvième siècle, à l'image de celle de Scherner en 1861 (132), qui considèrent le contenu onirique comme secondaire à des processus somatiques, des excitations d'organes. Les songes sont donc des formes particulières de pensées durant le sommeil, stade dans lequel la conscience n'intervient pas. Pour l'auteur, c'est donc une preuve d'actes psychiques inconscients. Dès lors, Freud estime qu'ils doivent avoir une signification pour le dormeur, justifiant une méthode d'interprétation qu'il qualifie de « scientifique ».

3.4.2 – Satisfaction de désir

« Après complète interprétation, tout rêve se révèle comme l'accomplissement d'un désir. » C'est la thèse principale de Freud. Ce désir est souvent inconscient, se rapprochant du fantasme diurne. C'est également le cas des rêves d'angoisse, des cauchemars, qui ne sont pour lui qu'accomplissement d'un désir refoulé ayant franchi l'obstacle de la censure du conscient, non opérante durant le sommeil.

La source de ce désir représenté dans le rêve est perçue par Freud comme un fragment de la vie psychique infantile. Il décrit ces reliquats comme indestructibles car provenant de l'inconscient. « Ces actes constituent des voies frayées une fois pour toutes, jamais hors d'usage et qui entrainent l'excitation inconsciente à chaque fois qu'ils sont réinvestis. » Selon Freud, l'intensité pulsionnelle nécessaire à la formation du rêve ne peut trouver sa force que

dans le désir infantile refoulé, revenant puissamment la nuit lorsque la conscience baisse la garde.

3.4.3 – Contenu manifeste, contenu latent

Le père de la psychanalyse décrit un contenu manifeste, qui s'impose au dormeur et qui est donc la restitution brute et sans analyse du songe par celui-ci. Il existe également un contenu latent qui est porteur de la réalisation de désir. Ce dernier subit ce que Freud appelle la « défiguration onirique », moyen de travestissement qui traduit la tendance défensive contre le désir inconscient. Il compare celle-ci à une censure, et précise : « plus le régime de censure est rigoureux, plus le déguisement ira loin, plus seront spirituels les moyens qui emmènent sur la trace de la signification des rêves ».

Les résidus diurnes conscients jouent un rôle uniquement comme point d'ancrage au contenu latent. Ils sont le décor du rêve. « Il échoirait à chaque rêve dans son contenu manifeste un rattachement au vécu récent, mais dans son contenu latent un rattachement au vécu plus ancien. »

3.4.4 – Le travail du rêve

Pour que la représentation inconsciente pénètre dans le préconscient, elle doit s'allier à « quelque représentation sans importance qui s'y trouve déjà, à laquelle elle transfère son intensité et qui lui sert de couverture. » Dans cette opération de transfert, Freud décrit des mécanismes fondamentaux : la condensation, le déplacement et la figuration.

- La condensation consiste en la compression dans un élément du contenu onirique manifeste de plusieurs éléments du contenu latent. En pratique, c'est l'impression du dormeur que le personnage dont il vient de rêver rassemble des caractéristiques de plusieurs personnes. C'est le cas dans le rêve de Freud de l'injection faite à Irma, où il pense pouvoir identifier trois personnes sous les traits de cette patiente : « Irma représente toutes ces personnes, sacrifiées au cours du travail de condensation »
- Le déplacement est un procédé de déformation d'un désir inconscient sous la pression de la censure. Selon Freud, c'est en grande partie à ce processus que l'on doit l'obscurité du rêve. C'est le mécanisme qui dissocie intensité psychique et action onirique, et les reconnecte de façon irrationnelle. L'affect se voit alors

décoller d'une représentation, puis déplacé sur un élément auparavant anodin. Il « dépouille des éléments de haute valeur psychique de leur intensité, et d'autre part, […] donne une valeur plus grande à des éléments de moindre importance ».

- Par figuration, Freud entend la transformation de pensées en images visuelles. Les contenus oniriques ne pourraient être abstraits. Ils doivent s'appuyer sur des éléments représentables, qu'ils soient figuratifs ou symboliques.

De ce travail du rêve, Freud tire la conclusion que le songe est le gardien du sommeil. La neutralisation des affects et le travestissement de ce que le Moi ne pourrait supporter d'entrevoir sont des procédés servant à tromper la conscience du sujet endormi.

3.4.5 – L'interprétation

Il s'oppose au travail d'élaboration du rêve décrit précédemment, puisque du matériel manifeste, le psychanalyste va tâcher de revenir au contenu latent. S'il s'avère laborieux et difficile, l'enjeu est important pour Freud puisqu'il « mène à la connaissance de l'inconscient dans la vie psychique. » L'interprétation du rêve nécessite que le sujet soit en état psychique modifié durant lequel l'activité critique n'exerce pas de censure, ne rejette pas les représentations les plus irrationnelles. Cet état est proche de l'endormissement ou de l'hypnose. L'analyste demande par la suite d'associer des idées au contenu manifeste détaillé du rêve afin d'avoir accès aux représentations habituellement réprimées. Ces représentations théoriquement libérées de toute critique, Freud les considère comme issues de l'inconscient. Elles peuvent permettre l'accès aux idées latentes et ce faisant, en remontant le fil du rêve, à l'interprétation du songe.

3.4.6 – Extrapolation à la vie psychique diurne

Les mécanismes de la formation du rêve sont analogues à ceux qui concourent à la construction du fantasme, selon Freud, et constituent un modèle pour la production de symptômes névrotiques (26). « Celui qui ne peut expliquer l'origine des images du rêve cherchera vainement à comprendre les phobies, les obsessions, les idées délirantes et à exercer sur elles une influence thérapeutique. »

Le songe revêt donc une importance capitale pour Freud, servant de modèle pour comprendre des phénomènes pathologiques et de la vie quotidienne, tels les lapsus, les actes manqués, les oublis. Les névrosés ne présentent « qu'agrandi et grossi ce que l'analyse des

rêves révèle aussi chez le « bien portant », la différence entre la névrose et la santé ne porte que sur la vie diurne et s'efface dans les rêves nocturnes »

3.4.7 – Limites des concepts freudienne

Les contemporains de Freud n'ont pas été unanimement convaincus par ses théories, certains refusant à la psychanalyse dans sa globalité le caractère scientifique, ne pouvant apporter de preuves expérimentales à ses postulats.

J. Allan Hobson rapporte également des critiques dans ses interprétations symboliques de certains songes, considérées comme trop schématiques et trop exclusivement sexuelles. En effet, si la théorie freudienne du rêve est habilement construite, l'interprétation fait appel finalement à des symboles identifiés par l'analyste. La méthode parait donc souffrir d'un manque d'objectivité, et d'une difficile reproductibilité. Pour Hobson, elle relève parfois plus de la critique littéraire spéculative que du raisonnement scientifique. « Il ne semble pas s'être aperçu non plus que la présence de symboles ne peut rien prouver concernant le mécanisme ou la fonction du processus mental […] Si les significations sont obscures ou imprécises, les symboles constituent le meilleur support de l'ambiguïté et permettent donc de multiples interprétations.»

Enfin, si Freud perçoit les rêves anxieux comme répondant à un désir inconscient, ses explications concernant les cauchemars traumatiques, où le scénario du traumatisme est vécu et répété la nuit, ne sont pas convaincantes. Il s'accommode de sa théorie, avançant que le rêve est essentiellement une tentative de satisfaction de de désir, celle-ci échouant parfois.

Hobson conclut : « Quelle qu'elle soit, la littérature que Freud passe en revue confirme sa théorie : il trouve une explication pour chaque cas embarrassant ou contraire. […] sa pensée se caractérise par l'arbitraire, l'autoritarisme et l'incapacité à définir des règles ou à imaginer des résultats qui pourraient contredire sa théorie.»

4 – Prérequis neurologiques

Pour comprendre la physiologie du rêve, il faut tout d'abord comprendre celle de l'éveil et du sommeil.

4.1 – Les stades de sommeil

Le sommeil est objectivable par l'enregistrement d'activités neuronales lors de la polysomnographie. La distinction entre les différents stades de sommeil se fait essentiellement par le recueil de trois signaux : l'électro-encéphalogramme (EEG), l'électro-oculogramme (EOG), et l'électro-myogramme (EMG) mentonnier le plus souvent. Des règles de codage permettent de définir si le sujet est éveillé ou endormi, et si son sommeil est superficiel ou non. Le recueil de ces données se fait le plus souvent en laboratoire de sommeil, par l'intermédiaire d'électrodes que l'on colle sur le cuir chevelu, en périphérie des yeux, et sur la mandibule. L'objectif est donc d'enregistrer l'activité corticale, les mouvements oculaires, et le tonus musculaire, autant de signaux qui vont permettre de coter les stades de sommeil.

Un tracé de sommeil montre donc 5 stades différents : le stade de veille (V), les stades N1 et N2 de sommeil lent léger, le sommeil lent profond (N3), et le sommeil paradoxal (REM). Les tracés de sommeil sont caractéristiques de chaque phase :

- Le stade de veille est caractérisé par un rythme électroencéphalographique alpha, rapide, et des mouvements oculaires et un tonus musculaire.
- Les stades N1 et N2 vont voir un ralentissement de l'activité cérébrale, des mouvements oculaires lents, et une diminution progressive du tonus musculaire. Ce sont les stades de sommeil majoritaires avec respectivement 2-5% du temps total de sommeil (TTS) pour N1 (que l'on peut voir davantage comme une transition de la veille vers le sommeil) et 45-55% pour N2.
- Le stade N3, stade de sommeil profond, est caractérisé par des ondes lentes en EEG, des mouvements oculaires quasiment inexistants, et un tonus toujours diminué. Il concerne 18-25% du TTS.
- Le stade REM (Rapid Eye Movement) est défini par l'existence de fréquences mixtes à l'EEG, mais surtout une quasi atonie musculaire et des mouvements oculaires rapides (d'où le nom de REM). Ce stade a été découvert dans les années 1950 par Michel Jouvet. Il représente 20-25% environ du TTS.

Le sommeil s'organise, chez l'adulte normal, autour de ces différents stades, en quatre à six cycles de 90 à 110minutes chacun. En règle générale, le sommeil lent profond prédomine en début de nuit tandis que le sommeil paradoxal se situe plutôt en fin de nuit.

Chez l'enfant, on constate quelques spécificités. Les stades ne sont pas tout à fait superposables à ceux de l'adulte, et l'équivalent du sommeil paradoxal est le stade dit de « sommeil agité ». Chez le nouveau-né, il occupe 50 à 60% du temps de sommeil total, cette part diminuant jusqu'à l'obtention d'un ratio égal à celui de l'adulte à partir de 9 mois. Le SLP quant à lui est identifiable après 3 mois de vie, et représente une part plus conséquente que chez l'adulte, notamment entre 2 et 6 ans, âge de début des parasomnies. La composition du sommeil de l'adolescent ne présente pas de grandes différences avec celle de l'adulte, le stade 3 diminuant progressivement. Enfin, chez le sujet âgé, on constate une diminution du SLP et du SP au profit du sommeil lent léger.

4.2 – Neurophysiologie de l'éveil

Les neurones corticaux et thalamo-corticaux sont très actifs. Les terminaisons noradrénergiques du locus coeruleus, histaminergiques des noyaux tubero-mamillaires, sérotoninergiques des noyaux du raphé dorsal, dopaminergiques de la substance grise péri-acqueducale, jouent un rôle dans le maintien de l'éveil. Durant cette période, il y a donc augmentation de ces sécrétions. Ce système complexe semble dominé par un groupe de neurones situés dans l'aire hypothalamique postérieure et latérale, et sécrétant de l'orexine, ou hypocrétine. Ils sont très actifs durant l'éveil, et ne présentent pas d'activité durant le sommeil paradoxal. Ils fonctionnent en « chef d'orchestre », projetant leurs terminaisons sur l'ensemble du névraxe et particulièrement le système thalamo-cortical. Ils activent en fait les autres systèmes d'éveil.

La destruction des neurones à hypocrétine est responsable de la Narcolepsie. Ainsi le dosage de ce neuromédiateur lors de l'analyse du liquide-céphalo-rachidien par ponction lombaire révèle des taux effondrés du neurotransmetteur, et cette maladie se traduit notamment par une propension à s'endormir durant la journée. Ce système d'éveil complexe est enfin soutenu par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, via le cortisol et le CRH.

4.3 – Neurophysiologie du sommeil lent

La principale structure responsable du sommeil lent est le noyau ventro-latéral-pré-optique (VLPO), structure gabaergique se situant dans l'hypothalamus, et qui inhibe l'ensemble des structures de l'éveil, du « chef d'orchestre » aux « musiciens ». Cette structure est stimulée par deux systèmes. D'une part, l'adénosine, dont les concentrations cérébrales augmentent lors d'une veille prolongée par dégradation de l'adénosine triphosphate (ATP), est impliquée dans l'homéostasie du sommeil. Il se fixe sur les récepteurs A1 en inhibant les neurones à hypocrétines, et A2 en stimulant les neurones gabaergiques du VLPO. Ils inhibent donc l'éveil, et stimulent le sommeil. D'autre part, lorsque la rétine perçoit, via les cellules ganglionnaires à Mélanopsine, que la luminosité décroît, il y a activation du noyau supra chiasmatique. Celui-ci va alors stimuler le VLPO et donc joue un rôle dans l'endormissement. En parallèle, ce noyau est responsable de la libération endocrinienne de mélatonine par activation de la glande pinéale.

Ainsi, l'activité gabaergique de l'alcool et des benzodiazépines induisent le sommeil (même s'il est qualitativement altéré). A l'inverse, la caféine (antagoniste de l'adénosine) inhibe le VLPO, donc stimule l'éveil. Des expériences de lésions artificielles du VLPO chez l'animal montrent ainsi une suppression du sommeil.

4.4 – Neurophysiologie du sommeil paradoxal

Deux systèmes sont considérés comme empêchant la genèse du sommeil paradoxal : le Locus coeruleus (noradrénergique) et les noyaux du raphé dorsal (sérotoninergiques). Ainsi, pour que le sommeil paradoxal soit initié, il faut inactiver ces systèmes. Cela se fait en parallèle de l'activation des noyaux sub-latéro-dorsaux et pédonculopontins, le premier étant responsable de l'atonie musculaire en stade REM par projection descendante vers les motoneurones spinaux, et le deuxième des mouvements oculaires rapides (MOR).

Les antidépresseurs qui inhibent généralement la recapture de la sérotonine de la noradrénaline, et donc augmentent l'activité de ces deux neurotransmetteurs, sont responsables d'une réduction du sommeil paradoxal de par la stimulation de ces noyaux. Ainsi, dans la dépression, le déficit monoaminergique en sérotonine et noradrénaline va être responsable d'une augmentation sensible des MOR et du temps de sommeil paradoxal.

4.5 – Corrélats neurophysiologiques du rêve

Le sommeil paradoxal a longtemps été considéré comme le corrélat neurophysiologique du rêve. Depuis sa découverte en 1959 par Michel Jouvet, nombreuses sont les études constatant une forte propension au rappel de rêve durant ce stade de sommeil, par opposition au sommeil lent profond. Cependant, dans les années 2000, de nouveaux travaux ont montré la présence de contenu mental durant le somnambulisme, pathologie qui survient exclusivement durant le stade NREM. Dans l'étude de Oudiette et al (105), des contenus oniriques sont rapportés dans 5 à 74% des sujets dans ce stade.

Actuellement, il n'existe pas de corrélat neurophysiologique du rêve. Si le sommeil d'un sujet est enregistré, il n'est pas possible, sur la seule base de l'enregistrement de l'activité neuronale, de se prononcer sur un éventuel rêve du dormeur. Le songe n'est donc, pour l'heure, pas objectivable. Il n'existe pour autrui qu'à travers le récit que le dormeur en fait à son réveil.

5 – Le rêve en recherche

5.1 – Recueil de données

5.1.1 – Récit de rêve

« L'onirographe » n'existe pas. La façon la plus simple d'accéder aux rêves d'autrui, c'est de lui demander au réveil ce à quoi il a rêvé. Ceci implique que le songe passe de l'expérimentation à une forme remémorée, puis enfin au récit. Ce dernier peut se faire sur divers supports, de l'écrit à l'oral, en passant par le dessin chez l'enfant, la sculpture, la peinture. Le recueil se fait soit au décours d'une période de sommeil normal, soit après un réveil provoqué. Cette dernière méthode permet de contrôler le stade de sommeil associé. Enfin, il est fréquent de coupler le recueil de récits oniriques aux recueils d'activités diurnes afin d'étudier la continuité entre la vie réelle et la vie rêvée.

Cette méthode de recueil, la seule disponible actuellement, comporte de nombreux biais, à commencer par celui de *mémorisation*, qui constitue le plus grand frein. La capacité à se souvenir de ses rêves est, on l'a vu, très variable d'un individu à l'autre, et le récit final peut en être perturbé, du fait d'information manquante.

La *restitution* du rêve est également sujette à erreur, la transition de l'émotion vécue sur le plan onirique à la verbalisation de l'expérience subjective n'étant pas toujours aisée. De plus, le dormeur peut être tenté de modifier certaines scènes oniriques afin de lisser certaines transitions brutales, de rendre plus rationnel le scénario. Le contenu brut peut donc en être perturbé.

Isabelle Arnulf (6) évoque ce qu'elle nomme le biais de *saillance* lorsque les rêves les plus étranges, ou inhabituels vont être les plus marquants, au détriment de ceux plus classiques. A l'intérieur même du rêve, le dormeur va sélectionner naturellement les éléments les plus bizarres, passant sur ceux à première vue anodins car sans impact émotionnel.

On peut aussi parler de biais de *censure*, lorsque certains rêves paraissent embarrassants. C'est le cas de ceux dont le contenu manifeste est de nature sexuelle, ou violente, ou lorsque les pensées ou actes oniriques de l'individu sont contraires à l'éthique générale, ou à sa propre morale.

Un biais peut également être retrouvé dans le fait que le chercheur ou le soignant projette sa subjectivité dans l'analyse du rêve. Pour éviter cet écueil, des échelles objectives ont été proposées afin de faciliter la classification des éléments oniriques.

5.1.2 – Echelles et questionnaires standardisés

En recherche, il est préférable d'analyser le contenu onirique par des échelles afin d'éviter le biais de subjectivité mentionné ci-dessus.

L'échelle de contenu de Hall et Van de Castle est probablement la plus utilisée. Elle a été créée en 1966 afin d'uniformiser les pratiques. Elle divise le récit de rêve en différentes catégories : personnages, interactions sociales, activités, succées ou échec, chance ou malchance, émotions, environnement, objets, et éléments descriptifs. Pour chaque classe, des subdivisions sont proposées.

Revonsuo (122) s'est intéressé en 1995 à la bizarrerie des rêves. Il a créé, pour le besoin de l'étude, une première échelle de contenu de 14 catégories, puis demande aux sujets de coter la bizarrerie pour chacune d'entre elles. Les réponses proposées sont : pas de bizarrerie, éléments incongrus, vagues ou discontinus. Les éléments incongrus étaient à leur tour classés en « distordus », « exotiques » ou « impossibles ». Le même auteur propose par la suite une

échelle de menace car il s'intéresse à la théorie suggérant que le rêve puisse simuler un danger afin d'entraîner le dormeur à y faire face.

Les échelles d'intensité et d'anxiété du rêve sont nombreuses. Elles figurent parmi les plus pertinentes en pratique afin d'évaluer les répercussions cliniques des cauchemars.

La Van Dream Anxiety Scale (VDAS), développée par Agargun et al en 1999 (1), tente de déterminer en 13 items la fréquence de cauchemars ainsi que des symptômes anxieux associés, lors du dernier mois. Le Nightmare Behavior Questionnaire (NBQ) (75) recherche également les différentes conséquences, mais s'appesantit davantage sur les stratégies adaptatives suivant ceux-ci, d'ordre émotionnelles ou comportementales. Enfin, le Nightmare Distress Questionnaire (NDQ) a été créé par Belicki (10,14) en 1992. C'est le questionnaire le plus utilisé pour évaluer le caractère anxiogène du cauchemar et ses répercussions. Elle possède 13 items, consultables en annexe.

Ainsi, les chercheurs empruntent le plus souvent une échelle communément admise afin d'objectiver leurs résultats. Ils peuvent également créer leur propre échelle selon le thème de la recherche.

5.1.3 – Perspectives d' « enregistrement » du rêve

L'équipe japonaise de Horikawa (59,60) a proposé en 2013 une technique afin d'enregistrer l'activité cérébrale onirique pour objectiver le contenu de rêve. Dans ce but, les auteurs cherchaient à acquérir des schémas d'activités corticales nocturnes par la réalisation d'une imagerie cérébrale fonctionnelle.

Dans un premier temps, il est nécessaire d'enregistrer le sommeil du sujet, par polysomnographie classique (afin de repérer le stade de sommeil) et IRM fonctionnelle, et de le réveiller afin de lui demander le contenu de rêve. D'autres enregistrements ont été faits de façon diurne, en complément, en exposant les sujets aux images correspondantes aux objets décrits à l'éveil. Le deuxième temps consiste en la genèse du « décodeur » : le contenu rapporté à chaque éveil et l'imagerie cérébrale correspondante sont associés. On obtient donc une signature cérébrale représentant un objet, un personnage, un animal... Cela nécessite un grand nombre de données, les sujets ont donc été réveillés plus de 200 fois. Dans un troisième temps, le modèle est vérifié : le sujet est réveillé lorsque le « décodeur » repère un pattern

d'activité connu à l'IRM fonctionnelle, et il lui est demandé à nouveau de préciser le contenu onirique afin de vérifier les prédictions du modèle.

Sur la seule base de l'activité cérébrale enregistrée pendant le sommeil, le « décodeur » pouvait inférer sur le contenu onirique du sujet. La technique avait une précision de l'ordre de 60 à 70%. Les auteurs ont également montré que les images visuelles oniriques sous-tendent des patterns d'activité cérébrale qui sont ceux mis en jeu dans la perception de ces images à l'éveil.

Cette étude portait sur trois sujets uniquement. Les mêmes individus ont été à nouveau sollicités pour des études ultérieures, étant donné que le décodeur avait déjà intégré une partie de leurs schémas corticaux. Les auteurs se sont focalisés sur les stades d'endormissement, N1 et N2, afin de faciliter et majorer le nombre de données.

Les limites de cette méthode sont conséquentes. Elles résident notamment dans l'enregistrement préalable de nombreuses séquences de rêves en IRM fonctionnelle, nécessaire afin de créer le « décodeur ». Celui-ci n'est, de plus pas universel, valable uniquement pour un seul individu. Les résultats sont obtenus pour les stades d'endormissement, et non en sommeil paradoxal. Il est possible qu'ils soient extrapolables à ce stade mais le modèle n'a pas été testé dans ces conditions. Enfin, la méthode est délicate et coûteuse, rendant se reproductibilité difficile en dehors de la recherche.

Néanmoins, les résultats sont encourageants, l'étude ouvrant la voie de l'objectivation scientifique du contenu onirique, de sa reconstruction, sur la base seule de l'activité cérébrale.

5.2 – Caractéristiques du rêve

En population générale, on relève en moyenne deux rêves par semaine. La variabilité inter-individuelle est grande, certains ne rapportant aucun souvenir de rêve (0.4% de la population selon Isabelle Arnulf (7) tandis que d'autres peuvent en rapporter 5 à 10 par nuit sans qu'il n'y ait d'autre anomalie dans l'architecture du sommeil qu'une propension plus importante aux éveils intra nuit chez les seconds. Cela pourrait suggèrer que les réveils faciliteraient la mémorisation du songe.

Les rapports de rêve sont plus fréquents à l'adolescence puis diminuent avec l'âge. Le sex-ratio concernant cette donnée est en faveur des femmes. Arnulf évoque également des

disparités dans le contenu onirique, les hommes rapportant plus fréquemment des agressions physiques, des rixes, alors que les femmes rêvent davantage d'exclusion ou de rejet social.

En recueillant des milliers de rêves, Hall et Van de Castle (50) se sont rendus compte que les émotions étaient davantage négatives que positives. Ils ont également constaté que la vision était le sens le plus utilisé, ce que confirme Jouvet en 1992 (69). L'audition est également évoquée dans plus de la moitié des cas. En revanche, les sensations gustatives et olfactives ne sont généralement décrites que pour 1% des songes. Chez des aveugles cependant, les rêves sont spontanément riches dans ces sensations, ainsi que celles tactiles et sonores. La cécité impacte également l'imagerie visuelle onirique. On considère que celle-ci n'est pas affectée si la perte de la vue est survenue au-delà de la cinquième année. (7)

Dans une étude de Fosse et al (35), plus de 65% des évènements de rêves concernent directement un événement des journées précédents. Michel Jouvet a étudié ce phénomène, qu'il appelle la diachronie des rêves (70), à savoir l'intégration dans le contenu onirique d'éléments diurnes, et son évolution dans le temps. Il introduit son propos en rapportant les rêves de cosmonautes russes en 1989 ayant passé plus de 200 jours dans l'espace, et qui ne semblaient avoir que des rêves terrestres, en orbite ou sur la terre.

Il collecte de nombreux songes personnels et en publie l'analyse statistique en 1992 (69). Dans des conditions de vie habituelles, 34% de rêves contenaient des éléments du jour, 20% de la veille, 15% de l'avant-veille, la fréquence diminuant jusqu'à un nouveau pic pour le huitième jour avant le songe. Il réalise également cette évaluation dans des conditions de voyages, et donc de changement d'environnement. Il constate alors une latence de 7 à 8 jours dans l'incorporation du décor de voyage dans l'espace onirique. « A partir du septième jour apparaissent avec une fréquence croissante des souvenirs de rêves dont le décor contient des éléments manifestes du pays visité ». Il émet ainsi l'hypothèse qu'il existe deux types de mémoires intervenant dans la construction du songe, la première étant responsable des résidus diurnes, dépourvue de paramètre spatial, la seconde demeurant latente sur la scène onirique pendant 6 à 7 jours, responsable des souvenirs de l'environnement.

Enfin, les caractéristiques des rêves ne sont pas les même en fonction du stade de sommeil considéré.

En sommeil paradoxal, on note jusqu'à 80% de rappel de rêves. Le scénario du songe est prolongé. Il est généralement entendu qu'un récit de plus de 40 mots significatifs (excluant les mots de liaison et de cohésion du discours) provient exclusivement de réveils en sommeil paradoxal (7). En dessous, il n'est pas possible de différencier le stade de sommeil. Sur le plan affectif, les émotions sont intenses, et les rêves marquants (110). Enfin, la bizarrerie du scénario est commune.

En sommeil lent, les rêves sont raccourcis, moins complexes et vivides. Les émotions sont plus neutres, le scénario moins étrange. Ils sont davantage comparables à de simples pensées (105). Le rappel est nettement moins fréquent qu'en sommeil paradoxal.

5.3 – Fonctions hypothétiques du rêve

Si le rêve était inutile, il aurait disparu. Ce postulat s'appuie sur des considérations évolutionnistes, selon lesquelles tout mécanisme biologique remplit une fonction, sans quoi l'organisme en question aurait été éliminé au cours de l'évolution. De nombreux chercheurs se sont attaqués à cette question épineuse du rôle du rêve. Lorsque Jouvet découvre le sommeil paradoxal, il croit trouver la clé neurophysiologique des rêves. La fonction du rêve est alors résumable à la fonction du sommeil paradoxal. Malheureusement, des travaux ultérieurs ont montré la présence des songes sur l'ensemble des stades de sommeil, rendant l'hypothèse du maintien de l'individuation psychologique de Jouvet (69) caduque. Dans ce chapitre, les théories principales ont été répertoriées. Cette liste n'est pas exhaustive, l'objectif étant de souligner l'étendue des recherches et le nombre conséquent d'hypothèses, sans favoriser l'une d'entre elles.

5.3.1 – Le Gardien du sommeil

C'est l'hypothèse de Freud, qui voit dans les rêves une satisfaction de désir inconscient, inavouable le plus souvent. Il s'agit du contenu latent. Celui-ci va être masqué, « défiguré », par le travail du rêve. La nouvelle version onirique obtenue sera atténuée, acceptable, et ne provoquera pas l'éveil du dormeur. En ce sens, Freud fait du rêve le gardien du sommeil.

5.3.2 – Le Rêve sentinelle

Selon cette théorie, le rêve protégerait l'animal contre des ennemis éventuels. Chez tout mammifère, le sommeil est une période de forte vulnérabilité. Il est cependant

interrompu par des périodes de sommeil paradoxal dont l'activité électrique corticale est proche de celle de l'éveil. Cette théorie envisage le rêve comme une préparation pour l'animal à faire face à un agresseur. Le réveil périodique qui fait souvent suite aux périodes de sommeil paradoxal servirait à l'animal à vérifier l'environnement à la recherche d'éventuels prédateurs.

5.3.3 – Oubli et désapprentissage

Cette hypothèse, Michel Jouvet (69) l'accorde à Crick et Micthison en 1983. Devant la grande complexité que représente le cerveau, les informations du réseau neuronal circulent en grand nombre. Elles risqueraient de provoquer une surcharge. Il faut donc pouvoir éliminer les comportements parasites du cerveau. « Le rêve serait alors un processus de nettoyage […] » qui permettrait un meilleur accès aux mémoires stockées et supprimerait la plupart qui sont erronées. La théorie est complexe, et bien plus étayée que la présentation qui en est ici faite. Toujours est-il que la suppression des rêves par les anti-dépresseurs notamment ne provoque pas de trouble cognitif majeur.

5.3.4 – Consolidation mnésique

Isabelle Arnulf (7) l'évoque sous le nom de théorie du « replay » ou de réexécution. L'idée générale est que la mémoire se consolide en dormant parce que les scènes diurnes à mémoriser seraient revécues durant nos rêves. Il est fréquent de voir des somnambules répéter les gestes de la journée durant les crises. Dans une étude de 2010, Wamsley et al (166) ont proposé un jeu de navigation en trois dimensions à 99 étudiants. Les sujets étaient testés une première fois puis une seconde cinq heures après. Entre temps, une sieste de 90 minutes était imposée. Douze d'entre eux avaient rêvé du jeu. Ces derniers avaient de bien meilleurs résultats que les autres. En comparaison, avoir pensé à la tache durant l'éveil n'avait pas d'impact sur les performances. Ce travail et d'autres du même ordre, suggèrent que le sommeil favorise la consolidation de l'information mnésique nouvellement acquise (140)

5.3.5 – Régulation émotionnelle

Le sommeil participe à la régulation des fonctions émotionnelles dans la vie quotidienne. En effet, lors d'expériences de privation de sommeil, il est constaté, en plus de troubles cognitifs (désorganisation de la pensée, troubles mnésiques, ralentissement idéatoire), une apparition de troubles thymiques avec survenue rapide d'une irritabilité et de fluctuations d'humeur. (159)

L'hypothèse du rôle spécifique du rêve dans cette gestion émotionnelle est souvent évoquée. Selon Levin et Nielsen (83), le songe permettrait une atténuation voire une extinction des affects négatifs associés à des événements inquiétants ou traumatisants en les réinsérant dans un autre contexte. Sophie Schartz (140) illustre cette théorie : « Par exemple, après avoir été attaqué par un chien méchant dans un champ, nous rêvons de certains détails de cette scène qui apparaissent dans un contexte nouveau qui, lui, n'est pas effrayant. Ainsi, nous nous promenons dans un champ, le chien est attaché dans sa niche. » Par ce biais, le dormeur peut davantage faire face à des éléments de la situation traumatisante en évitant les réactions initiales émotionnellement fortes.

5.3.6 – La Simulation de menace

Cette théorie est proche de la précédente. Le postulat est que les songes nous aideraient à réagir de manière adaptée et efficace aux situations dangereuses dans la réalité. Cette théorie s'appuie d'abord, selon Sophie Schwartz (140), sur la grande fréquence d'émotions notamment négatives lors de situations oniriques de dangers. Sur le plan cérébral, il est constaté une forte activité de l'amygdale pendant le sommeil paradoxal, favorisant ce type d'affect. Enfin, les rêves post traumatiques répétés peuvent être perçus comme un moyen de préparation à un nouveau traumatisme. Sans réelle exposition au danger, le rêve nous permettrait de nous « exercer » en simulant les comportements à adopter face à des situations menaçantes, sans être réellement exposé au danger.

5.3.7 – Fonction d'anticipation

Cette fonction découle également de l'hypothèse de régulation émotionnelle. Dans l'étude de Arnulf et al en 2014 (7), des étudiants étaient interrogés sur leurs rêves durant la nuit précédant l'examen de première année de médecine. L'hypothèse était que les songes permettaient d'anticiper un examen stressant, et, ce faisant, favorisait la réussite au concours. Dans cette étude, 60.4% des sujets avaient des rêves d'examens, et 78% de ceux-ci étaient négatifs (retards, échecs, oublis …). Néanmoins, rêver du concours était associé à de meilleures performances. Ces résultats suggèrent donc que l'anticipation onirique négative d'un événement stressant est commune et que cela pourrait améliorer les capacités d'adaptation des dormeurs.

5.3.8 – Résolution créative

August Kékulé, chimiste allemand du 19ème siècle, aurait découvert la structure des noyaux de benzène à la suite d'un rêve de l'ouroboros, symbolisant un serpent qui se mord la queue, proche de la structure hexagonale de cette molécule. De même, Dimitri Mendeleïev aurait été inspiré par un songe pour l'écriture du tableau périodique des éléments, et Elias Howe, pour la machine à coudre. Le sommeil paradoxal faciliterait donc la résolution créative de problèmes posés en journée, dans cette théorie sans fondement scientifique.

6 – Conclusion de la première partie

Le rêve a impliqué un grand nombre de disciplines, des plus artistiques aux plus scientifiques. Les hypothèses sont multiples, tant sur son origine que sur son rôle. « Il existe sans doute autant de théories concernant la fonction des rêves que de chercheurs » selon Jouvet (69). Il était important dans ce travail de ne pas traiter le sujet sous un seul angle. Dans ce contexte, cette première partie constitue autant une tentative de démonstration de la pluralité des approches qu'une base de travail pour les chapitres suivants.

Partie 2 : Evaluation de la place actuelle des rêves dans l'entretien psychiatrique

1 – Contexte et Objectifs

Le sommeil et le rêve sont des thèmes fréquents en recherche. En pratique psychiatrique, les troubles du sommeil sont régulièrement abordés en consultation. Cela ne semble plus être le cas des songes. S'ils ont occupé une place centrale en psychanalyse au début du siècle, la régression de cette discipline durant ces dernières décennies a probablement impacté l'intérêt des psychiatres vis-à-vis du contenu onirique.

Pourtant, les patients continuent à verbaliser leurs rêves à leurs praticiens, le plus souvent en quête de sens, mais également lorsque le contenu est anxiogène. Dans le second cas, il peut exister un retentissement diurne et sur le sommeil

Si les cliniciens reconnaissent le plus souvent un lien entre qualité du sommeil et bien-être du patient, le traitement de ces troubles nocturnes dans la population psychiatrique continue d'être limité (119,141). Les psychiatres ne sont pas toujours bien informés des conséquences des cauchemars, et ne connaissent généralement pas les options thérapeutiques (158). De même, les patients verbalisent peu leurs cauchemars et sont rarement demandeurs d'un traitement pour ceux-ci, les considérant comme secondaires ou non curables (96,136,158). Les praticiens peuvent donc négliger les troubles du sommeil, d'autant plus les troubles du rêve, pour privilégier la symptomatologie psychiatrique diurne.

L'objectif principal de cette étude était donc de déterminer le positionnement des psychiatres français par rapport aux rêves en consultation psychiatrique, leurs connaissances et leurs pratiques. Les hypothèses de travail concernant les pratiques étaient les suivantes :

- Hypothèse 1 : les cliniciens actuels n'accordent pas une grande place aux rêves dans leurs entretiens.

- Hypothèse 2 : lorsque les rêves sont abordés en consultation, ils le sont davantage par le patient.

- Hypothèse 3 : l'orientation analytique influence l'abord du rêve en consultation, tout comme les modalités d'exercice.

- Hypothèse 4 : l'évaluation du rêve dans le stress post traumatique est par contre bien établie, tant dans le diagnostic que dans le suivi.

Les hypothèses de travail concernant les connaissances étaient les suivantes :

- Hypothèse 5 : le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal (TCSP) est un trouble du sommeil relativement peu connu des cliniciens.

- Hypothèse 6 : les théories psychanalytiques sont relativement peu connues et inusitées.

2 – Matériels/méthode

2.1 – Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, dans laquelle des psychiatres français ont été questionnés sur leurs pratiques habituelles vis-à-vis du rêve dans le cadre de leur consultation psychiatrique. Elle reposait sur un questionnaire (Annexe x) transmis par format électronique (questionnaire à remplir en ligne), soit personnellement pour les psychiatres dont nous avions l'adresse e-mail, soit par l'intermédiaire de différentes associations de praticiens (AESP, AFFORTHECC, AFRC, AFTAD, AJPJA, CNUP, SFPEADA …) et d'internes (AFFEP et ensemble des associations territoriales relais). La population ciblée était donc l'ensemble des psychiatres, quelque soit la spécialité ou le mode d'exercice, post-thèse ou doctorant. L'étude a exclu, d'un point de vue pratique, tout professionnel n'ayant pas d'adresse e-mail et ne faisant pas partie des listes de diffusion des associations sollicitées.

L'envoi du questionnaire et le recueil des réponses se sont faits du 10 Juillet 2018 au 16 septembre 2018. 71 psychiatres l'ont rempli de façon complète.

2.2 – Matériel

Le questionnaire a été développé spécifiquement pour cette étude. Il se compose de 23 items et est disponible en annexe (annexe xx). Les questions sont essentiellement fermées, à choix unique ou multiples. Les questions 1, 2 et 3 sont d'ordre socio-démographiques. Les questions 4, 5, 6 et 9 concernent le mode d'exercice. Les questions 7, 8, 17, 18, 22 et 23

concernent l'abord, l'utilisation et l'intérêt des rêves en consultation, les items 17 et 18 questionnant davantage l'utilisation faite dans l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT). Concernant les connaissances générales des psychiatres, trois champs ont été investigués : les thèses psychanalytiques (items 10 et 11), le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal (TCSP) (items 12, 13 ,14 ,15 et 16) et la fréquence des cauchemars (items 19, 20 et 21).

2.3 – Exploitation des données, statistiques

L'application google drive a été utilisée pour la réalisation et l'envoi du questionnaire. L'extraction et l'exploitation des données s'est faite avec le tableur google sheets. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel IBM SPSS 25.

Pour le croisement de deux variables qualitatives, un test du Chi Deux a été effectué. Cependant, la condition d'application de ce test est que tous les effectifs théoriques soient supérieurs à 5. Lorsque cette condition n'est pas respectée, les modalités ont été groupés pour essayer de se ramener à un tableau 2*2 et appliquer le test exact de Fisher. Si cela n'était pas applicable, il n'y a pas eu de calcul de p-value : conclure sur la significativité du lien entre les variables n'était alors pas possible.

Pour croiser une variable qualitative et une variable quantitative, des tests non paramétriques ont été appliqués du fait des effectifs réduits de certains groupes. Le test de Mann Whitney a donc été utilisé pour la comparaison de deux groupes et un test de Kruskall Wallis pour la comparaison de plus de deux groupes.

Pour chaque test, sa significativité a été indiqué par sa p-value. Le risque de première espèce alpha étant arbitrairement fixé à 5 %, une différence était considérée comme significative lorsque p était inférieur à 0,05.

3 – Résultats

3.1 – Effectif

L'échantillon est composé de 71 psychiatres, dont la majorité est de sexe féminin (66.2%, N=47). L'âge moyen est de 32.7ans, soit une population jeune, probablement en lien avec le mode de diffusion du questionnaire par e-mail, et par les associations qui ont répondu positivement. La plupart des praticiens proviennent de Bourgogne-Franche-Comté (47.9%, N=34). Les données socio-démographiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Données socio-démographiques de l'échantillon

Effectif total	N=71
Hommes	33.8% (N=24)
Femmes	66.2% (N=47)
Age moyen	32.7
Hommes	35.1
Femmes	31.5
Région d'exercice	
Bourgogne-Franche-Comté	47.9% (N=34)
Ile-de-France	15.5% (N=11)
Auvergne-Rhône-Alpes	9.9% (N=7)
Grand Est	8.5% (N=6)
Hauts-de-France	4.2%(N=3)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4.2%(N=3)
Nouvelle-Aquitaine	2.8%(N=2)
Occitanie	2.8%(N=2)
Pays de la Loire	2.8%(N=2)
Centre-Val de Loire	1.4%(N=1)

Il y a une très nette majorité de psychiatres exercant en population adulte (71.8%, N=51), pour 14 pédopsychiatres (19.7%) et 6 addictologues (8.5%). Si le mode d'exercice est disparate, la pratique libérale est malgré tout peu représentée (N=6, 8.5%). Il y a 17 internes en psychiatrie dans l'échantillon, soit 23.9%.

La pratique psychanalytique et la formation en médecine du sommeil étaient particulièrement investiguées dans le contexte du rêve. Dans l'échantillon, 11.3% (N=8) des praticiens accordent une place « importante » à la psychanalyse, 16.9% (N=12) une place « modérée », 49.3% (N=35) une place « minime », et 22.5% (N=16) n'en accordent « aucune ». De manière significative (p=0.010), l'âge moyen des psychiatres augmente avec l'importance de la part analytique de la pratique. Concernant la médecine du sommeil, seuls 6 praticiens (8.5%) sont formés spécifiquement, le plus souvent par diplôme universitaire. Les cours de DES de psychiatrie n'ont pas été retenus comme « formation en médecine du sommeil ».

Les caractéristiques professionnelles de l'échantillon sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Données professionnelles de l'échantillon

	Proportion	*Age moyen*	*Ratio homme/femme*
Spécialité			
Psychiatrie adulte	71.8% (N=51)	33.0	39.2%/60.8% (N=20/31)
Pédopsychiatrie	19.7% (N=14)	32.1	21.4%/78.6%(N=3/11)
Addictologie	8.5% (N=6)	31.2	16.7%/83.3% (N=1/5)
Mode d'exercice			
Libéral	8.5% (N=6)	33.5	66.7%/33.3% (N=4/2)
Liaison	16.9% (N=12)	36.8	50.0%/50.0% (N=6/6)
Service ouvert	36.6% (N=26)	32.9	30.8%/69.2% (N=8/18)
Service fermé	21.1% (N=15)	34.5	33.3%/66.7% (N=5/10)
Consultation externe	35.2% (N=25)	34.8	32%/68% (N=8/17)
Internat	23.9% (N=17)	28.3	17.6%/82.4% (N=3/14)
Activité mixte (sauf internat)	28.2% (N=20)	34.4	35.0%/65.0% (N=7/13)
Une seule activité (sauf internat)	47.9% (N=34)	33.9	41.2%/58.8% (N=14/20)
Part psychanalytique dans la pratique professionnelle :			
Importante	11.3% (N=8)	39.0	75.0%/25.0% (N=6/2)
Modérée	16.9% (N=12)	35.25	33.3%/66.7% (N=4/8)
Minime	49.3% (N=35)	31.25	22.9%/77.1% (N=8/27)
Aucune	22.5% (N=16)	30.75	37.5%/62.5% (N=6/10)
Formation en médecine du sommeil			
Oui	8.5% (N=6)	31	66.7%/33.3% (N=4/2)
Non	91.5%(N=66)	32.8	30.8%/69.2% (N=20/45)

3.2 - Utilisation des rêves en consultation

Pour connaître et comparer l'utilisation des rêves en consultation psychiatrique, trois questions ont été posées :

- Quelle est la fréquence d'évocation du rêve en consultation ?
- Par qui est-il évoqué ?
- Quel intérêt cela présente-t-il ? (évaluation subjective par cotation sur une échelle de 0 à 10)

Les réponses ont été d'abord interprétées pour la totalité de l'échantillon (figure 1 et 2), puis dans un deuxième temps, en fonction de la spécialité, de la pratique analytique et de la formation en médecine du sommeil, l'hypothèse étant que ces différences dans l'exercice professionnel influencent l'utilisation du rêve en consultation. Une comparaison a également été faite entre sexe masculin et féminin. L'analyse de ces variables selon le mode d'exercice (consultations externes, libéral, service ouvert …) n'a pas été réalisée devant des effectifs parfois faibles et des pratiques souvent mixtes, mêlant des temps partiels en consultations externes, en service hospitalier, en liaison … Les résultats sont répertoriés dans les tableaux 3, 4 et 5.

Concernant la fréquence d'évocation, un choix était proposé : jamais, ponctuellement, fréquemment, très souvent, à chaque consultation. La répartition des réponses sur l'ensemble de l'échantillon est disponible dans la figure 1. L'analyse en fonction du mode d'exercice et du sexe est résumée dans le tableau 3. Devant des effectifs parfois faibles, le choix a été fait de constituer deux groupes en réunissant les catégories « très souvent » et « fréquent », ainsi que « jamais » et « ponctuellement ». Il en va de même pour la part psychanalytique dans la pratique professionnelle, pour laquelle les catégories « absente » et « minime », « modérée » et « importante » ont été fusionnées. Cela permet une analyse statistique mais neutralise probablement certains résultats. Seuls le sexe et la formation en médecine du sommeil montrent des différences statistiquement significatives, avec des p-value respectivement à 0.013 et 0.010. La spécialité psychiatrique et la pratique analytique ne semblent pas influer la fréquence d'évocation du rêve en consultation.

Figure 1 : Fréquence d'évocation du rêve en consultation psychiatrique dans l'échantillon total de praticiens (N=71)

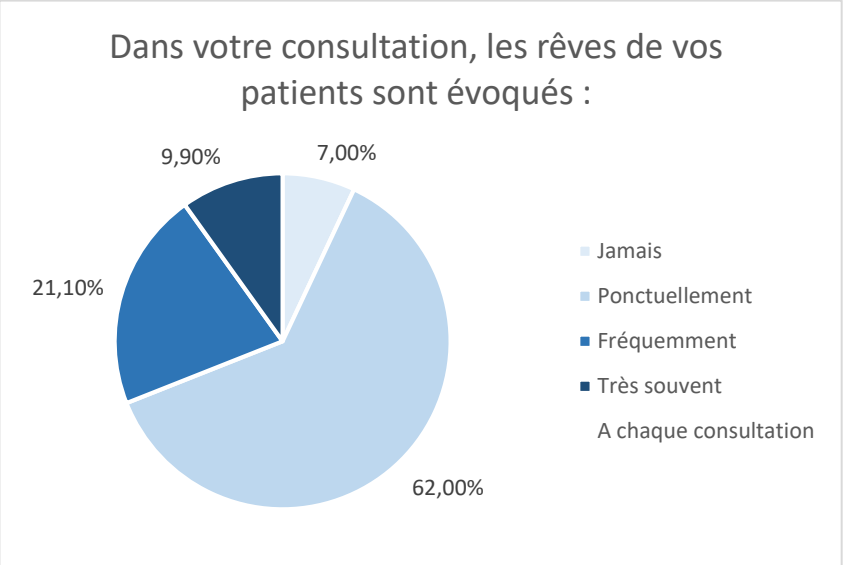


Tableau 3 : Fréquence d'évocation des rêves en fonction des modalités d'exercice

	Très souvent ou fréquent	*Ponctuel ou Jamais*	*p*-value
Selon la spécialité :			
Psychiatrie adulte (N=51)	31.4%	68.6%	1.000
Pédopsychiatrie (N=14)	28.6%	71.4%	
Addictologie (N=6)	33.3%	66.7%	-
Selon la part analytique de la pratique :			
Minime ou Absente (N=35+16=51)	31.4%	68.6%	0.910
Modérée ou Importante (N=12+8=20)	30.0%	70.0%	
Selon la formation à la médecine du sommeil			
Pas de formation (N=65)	26.2%	73.8%	0.010
Formation (N=6)	83.3%	16.7%	
Selon le sexe			
Homme (N=24)	50.0%	50.0%	0.013
Femme (N=47)	21.3%	78.7%	

Concernant la personne qui aborde le rêve en consultation, les données sur l'ensemble de l'échantillon sont disponibles dans la figure 2. L'analyse par rapport aux différentes modalités d'exercice est résumée dans le tableau 4. Seule la spécialité psychiatrique donnait des variations significatives (p = 0.046), les pédopsychiatres prenant davantage l'initiative d'aborder les rêves que leurs confrères de psychiatrie adulte, puisque plus de la moitié d'entre eux avaient répondu « indifféremment » ou « plutôt par le praticien ». Cependant, on peut suspecter une variation de ce critère également en fonction de la pratique psychanalytique comme le montre la figure 3. Devant des effectifs théoriques inférieurs à 5, le test du chi-2 n'a pas pu être réalisé sur les 4 catégories (« importante », « modérée », « minime », « nulle »), et il a donc fallu fusionner celles-ci pour avoir deux groupes distincts (« minime ou absente » et « modérée et importante ») aux effectifs suffisants. Ceci a pu contribuer à la neutralisation des différences sur ce mode d'exercice analytique. Enfin, il n'y avait pas de différence statistiquement significative selon la formation en médecine du sommeil ou selon le sexe.

Figure 2 : Proportion de rêves évoqués par le patient, le praticien, ou indifféremment par l'un ou l'autre dans l'échantillon de praticiens abordant au moins ponctuellement les rêves en consultation (N=66)

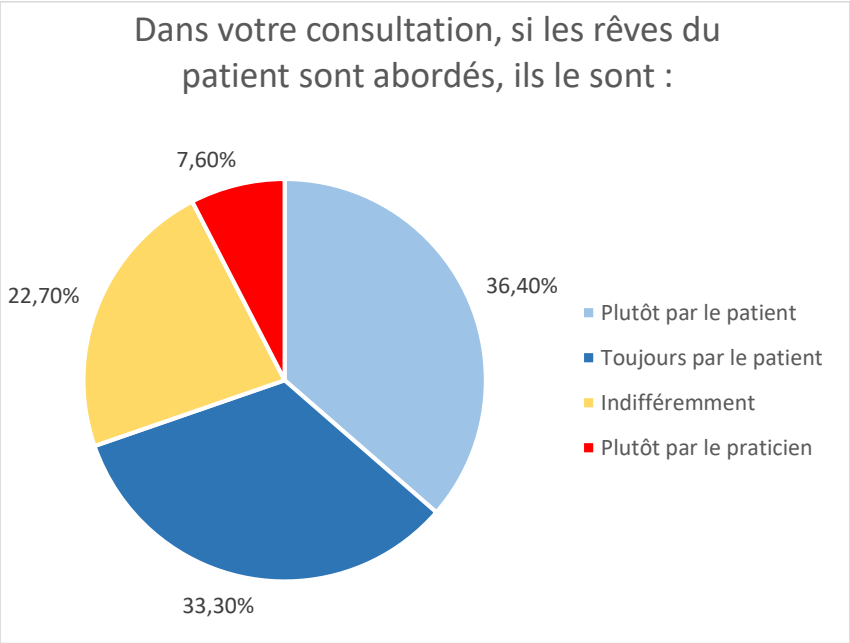
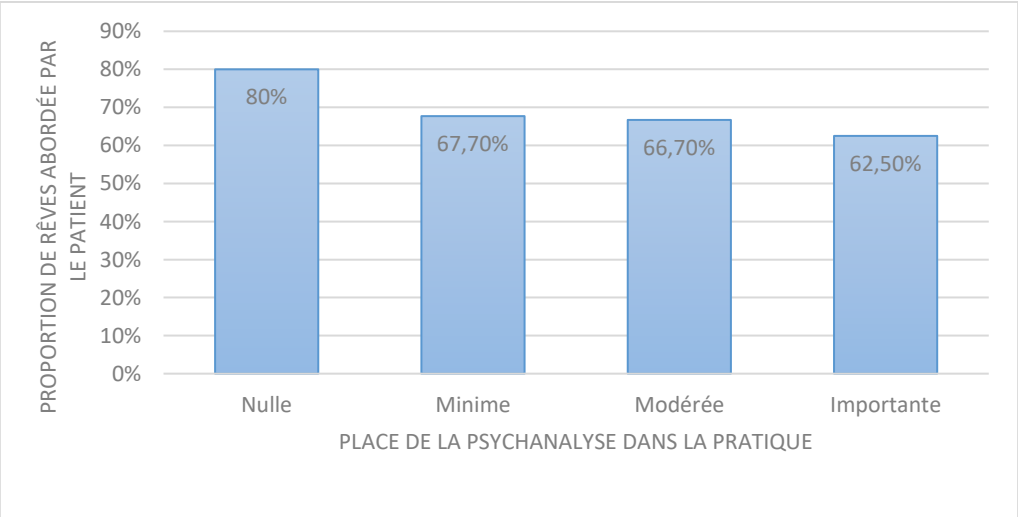


Tableau 4 : Evocation des rêves par le patient ou le psychiatre en fonction des modalités d'exercice

	Par le patient	*Indifféremment ou par le praticien*	*p-value*
Selon la spécialité :			
Psychiatrie adulte (N=51)	76.6%	23.4%	0.046
Pédopsychiatrie (N=14)	46.2%	53.8%	
Addictologie (N=6)	66.6%	33.4%	
Selon la part analytique de la pratique :			
Minime ou Absente (N=35+16=51)	71.7%	28.3%	0.584
Modérée ou Importante (N=12+8=20)	65.0%	35.0%	
Selon la formation à la médecine du sommeil			
Pas de formation (N=65)	70.0%	30.0%	1.000
Formation (N=6)	66.7%	33.3%	
Selon le sexe			
Homme (N=24)	65.2%	34.8%	0.562
Femme (N=47)	72.1%	27.9%	

Figure 3 : Proportion de rêves abordés par le patient en entretien psychiatrique en fonction de la pratique psychanalytique du clinicien

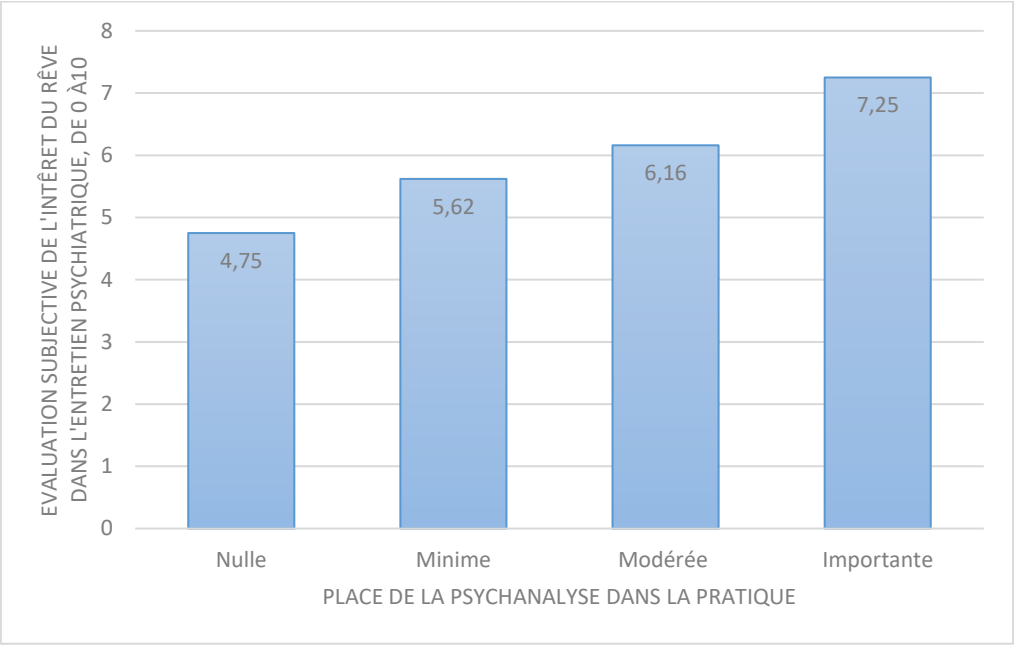


Concernant l'évaluation subjective par le praticien de l'intérêt du rêve en consultation, la note moyenne de l'échantillon total était de 5.70/10. L'analyse en fonction des modalités d'exercice se trouve dans le tableau 5. Seule la pratique analytique fait varier significativement (p = 0.006) l'intérêt porté aux rêves en consultation. Conformément aux hypothèses de travail, plus le médecin a un exercice psychanalytique, plus il considère que le rêve est important à prendre en considération dans la pratique clinique. Ce résultat est mis en exergue dans la figure 4. Les autres modalités d'exercice ne montraient pas de différence statistiquement significative pour cet item.

Tableau 5 : Evaluation subjective par cotation de 0 à 10 de l'intérêt du rêve en consultation psychiatrique en fonction des modalités d'exercice

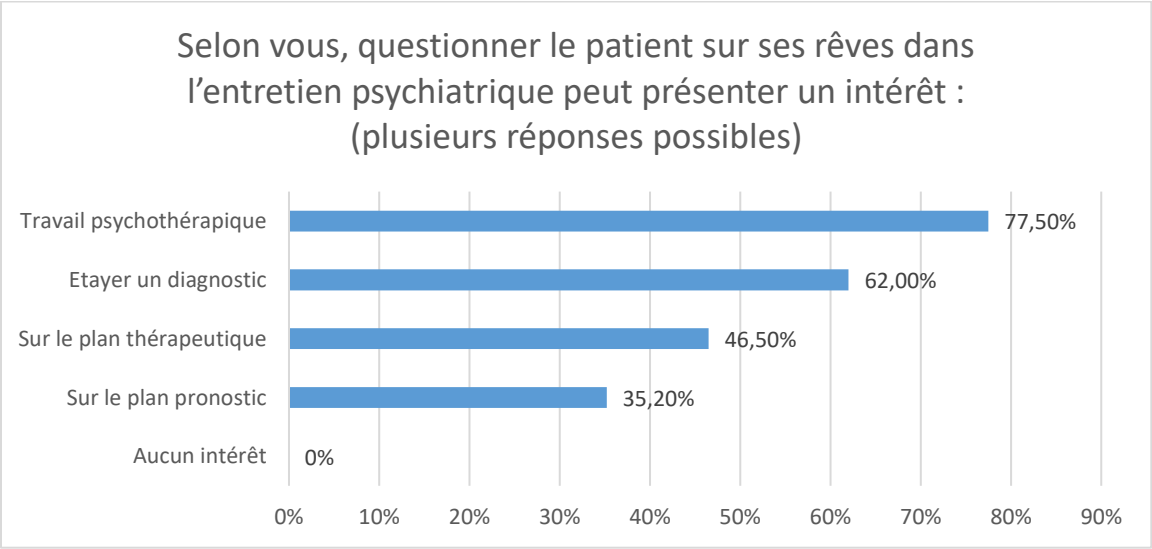
	Evaluation subjective de l'intérêt d'évoquer le rêve en consultation	*p-value*
Echantillon total	5.70/10	-
Selon la spécialité :		
Psychiatrie adulte (N=51)	5.52/10	
Pédopsychiatrie (N=14)	5.66/10	0.322
Addictologie (N=6)	6.35/10	
Selon la part analytique de la pratique :		
Absente (N=16)	4.75/10	
Minime (N=35)	5.63/10	0.006
Modérée (N=12)	6.17/10	
Importante (N=8)	7.25/10	
Selon la formation à la médecine du sommeil		
Pas de formation (N=65)	5.68/10	0.652
Formation (N=6)	6/10	
Selon le sexe		
Homme (N=24)	5.33/10	0.241
Femme (N=47)	5.89/10	

Figure 4 : Evaluation de l'intérêt du rêve dans l'entretien psychiatrique en fonction de la pratique psychanalytique : cotation subjective sur une échelle de 0 à 10



Une dernière question était posée concernant l'utilisation que les praticiens ont des rêves en pratique clinique. Les résultats sont disponibles dans la figure 6. Plusieurs choix étaient possibles. Si 62% des praticiens associent les rêves à l'étayage diagnostique, 77.5% d'entre eux considèrent, sans surprise, surtout les rêves dans le travail psychothérapique.

Figure 5 : Utilisation du rêve en consultation psychiatrique

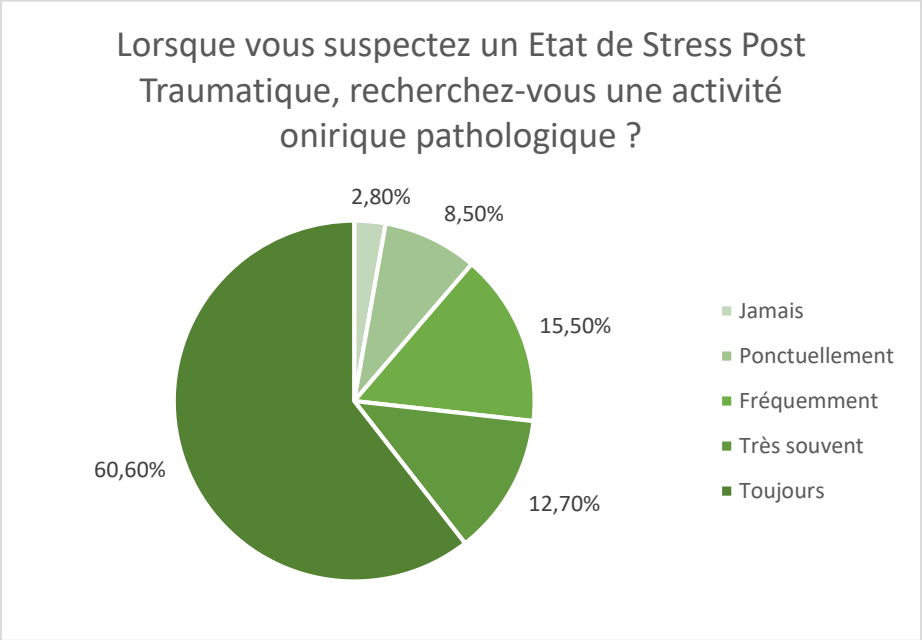


3.3 – Utilisation des rêves dans l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT)

Cet aspect était traité par le biais de deux questions sur la recherche de rêves traumatiques en pré-diagnostic et sur leur réduction voire disparition après traitement. Les résultats sont retranscrits dans les figures 6 et 7.

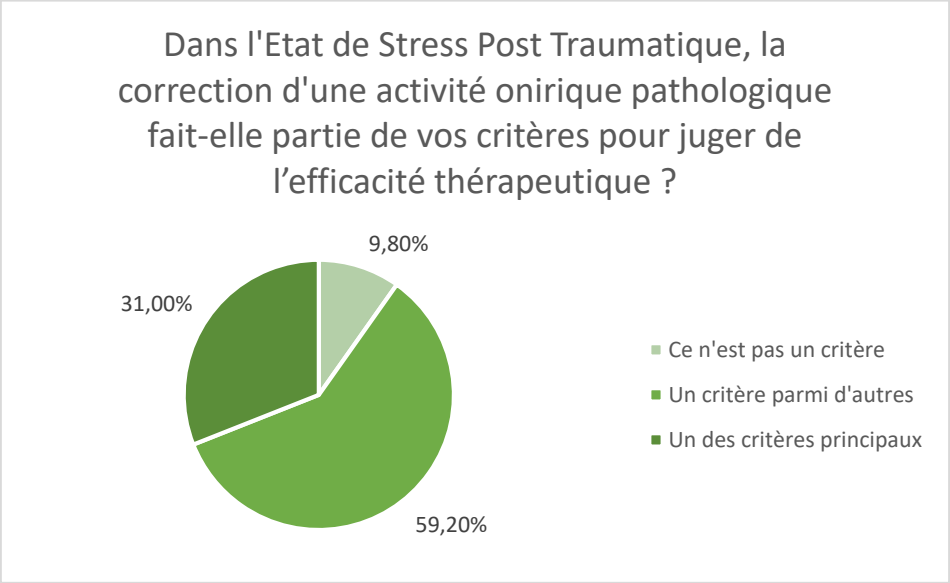
C'est un critère diagnostic toujours recherché pour 60.6% des psychiatres (N=43) de l'échantillon lorsqu'ils suspectent un ESPT. Ce taux monte à près de 90% si l'on prend en considération également les réponses « fréquemment » et « très souvent ». Seuls 11.3% des praticiens (N=8) ne le recherchent au mieux que ponctuellement.

Figure 6 : Recherche par le clinicien d'une activité onirique pathologique en consultation psychiatrique dans l'Etat de Stress Post Traumatique



La correction d'une activité onirique pathologique est recherchée dans la majeure partie des cas, puisque 90.2% des psychiatres interrogés (N=64) en font un critère d'efficacité thérapeutique. 31.0% des sujets (N=22) considèrent même ce critère comme l'un des principaux dans ce syndrome.

Figure 7 : Recherche par le psychiatre de la correction d'une activité onirique pathologique dans l'évaluation d'une efficacité thérapeutique dans l'Etat de Stress Post Traumatique



3.4 – Connaissances du Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal (TCSP)

Le TCSP est un trouble qui perturbe le stade du Sommeil Paradoxal (SP), ou stade REM (Rapid Eye Movement). Il provoque une perturbation du contenu onirique (violent, étrange, anxiogène) voire des cauchemars ainsi qu'une levée d'atonie musculaire nocturne. De ces deux symptômes découle une tendance à l'agressivité nocturne des patients et secondairement de blessures hétéro ou auto-infligées, du fait d'une capacité à se mouvoir et d'un contenu onirique souvent violent. Il touche davantage les personnes âgées. Le risque évolutif est représenté par des synucléopathies tels que la maladie de Parkinson, la démence à corps de Lewy et les atrophies multi-systématisées.

Cinq questions étaient posées aux psychiatres de l'échantillon afin d'investiguer leurs connaissances concernant le TCSP :

- Connaissez-vous le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal (TCSP) ?
- Si oui, quels en sont selon vous les symptômes principaux ?
- Si vous connaissez le TCSP, selon vous, quelle population est d'avantage atteinte ?
- Si vous connaissez le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal, pensez-vous qu'il existe une ou des complications/évolutions à long terme au TCSP ?
- Si oui, précisez succinctement.

Pour les deux dernières questions, les complications du TCSP ont été considérées comme connues lorsque la réponse évoquée était « maladie neuro-dégénérative », « parkinson », « synucléopathie », et également « démence ». Si la dernière réponse était inexacte, elle a tout de même été retenue car pouvant mener à une vigilance accrue sur le plan clinique et paraclinique.

Les réponses concernant la première, la quatrième et la cinquième question sont résumées dans le tableau 6. Une minorité (39.4%) de l'ensemble des psychiatres interrogés savent ce qu'est le TCSP, et seulement 14.1% d'entre eux (N=10) ont pu citer correctement l'évolution à long terme du trouble.

Tableau 6 : Connaissances du Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal et de ses complications en fonction des modalités d'exercice

	Connaissance du trouble	*p-value*	*Connaissance des complications*	*p-value*
Ensemble de l'échantillon (N=71)	39.4% (N=28)		14.1% (N=10)	
Formation au sommeil				
Non (N=65)	35.4% (N=23)	0.032	9.2% (N=6)	0.003
Oui (N=6)	83.3% (N=5)		66.7% (N=4)	
Mode d'exercice				
Psychiatrie adulte (N=51)	41.2% (N=21)	0.175	11.8% (N=6)	1.000
Pédopsychiatrie (N=14)	21.4% (N=3)		7.1% (N=1)	
Addictologie (N=6)	66.7% (N=4)		50.0% (N=3)	
Part analytique de la pratique				
Minime ou Absente (N=35+16=51)	47.1% (N=24)	0.036	19.6% (N=10)	0.053
Modérée ou Importante (N=12+8=20)	20.0% (N=4)		0.00% (N=0)	
Sexe				
Homme (N=24)	29.2% (N=7)	0.206	16.7% (N=4)	0.724
Femme (N=47)	44.7% (N=21)		12.8% (N=6)	

Parmi les sujets qui disent connaître le TCSP (N=28), au moins l'un des quatre symptômes principaux (agressivité nocturne, blessure du conjoint ou du patient, contenu onirique perturbé, levée d'atonie musculaire) est toujours cité. Dans l'ordre décroissant, les symptômes les plus fréquemment évoqués sont les blessures (82.1%), l'agressivité (78.6%), la levée d'atonie (75%) et le contenu onirique perturbé (67.9%).

Concernant la population atteinte par le trouble, seulement 28.6% des psychiatres connaissant le TCSP (N=8/28) ont répondu correctement, à savoir que ce syndrome touche davantage les personnes âgées. La réponse « adultes » est majoritaire, sélectionnée par 35.7% de ces derniers (N=10/28). Le reste des réponses se partagent entre enfants/adolescents et « je ne sais pas », respectivement 14.3% et 21.4% (N=4/28 et 6/28).

3.5 – Connaissances des thèses psychanalytiques et leur utilisation

Les connaissances psychanalytiques sur le rêve et son interprétation ont été sondées par une question unique, les participants devant auto-évaluer celles-ci en choisissant parmi quatre réponses (« inexistantes », « faibles », « moyennes », « importantes »). S'ils n'avaient pas répondu « inexistantes », il leurs a été demandé de s'exprimer sur l'utilisation de ce savoir en consultation, par le même procédé de choix multiples. Les résultats sont répertoriés dans le tableau 7.

Dans cette étude, une grande majorité de psychiatres (70.5%, N=50) estiment avoir des connaissances « inexistantes » ou « faibles » en la matière. Parmi les praticiens restants (N=21), seuls 2 d'entre eux ont répondu « importantes », soit 2.8%.

La mobilisation de ces connaissances est faible en pratique puisque seulement 11.2% des participants ayant donné une réponse autre que « inexistantes » (N=52) disent en user « fréquemment » ou « très souvent » (respectivement 9.3% et 1.9%, soit N=5 et N=1).

Tableau 7 : Connaissances des thèses psychanalytiques et leur utilisation

Connaissances des thèses psychanalytiques :		
Inexistantes	26.8% (N=19)	70.5% des psychiatres
Faibles	43.7% (N=31)	
Moyennes	26.8% (N=19)	29.6% des psychiatres
Importantes	2.8% (N=2)	
*Utilisation de ces **connaissances** :* ***(N=52)***		
Jamais	48.1% (N=26)	
Ponctuellement	40.7% (N=22)	
Fréquemment	9.3% (N=5)	
Très souvent	1.9% (N=1)	
Toujours	0% (N=0)	

3.6 – Connaissances sur la fréquence des cauchemars

Pour évaluer les connaissances en termes de cauchemars, il a simplement été demandé aux psychiatres de l'étude d'estimer la fréquence de sujets souffrant de cauchemars hebdomadaires dans des populations données, à savoir l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT), la dépression, et en population générale. La définition de cauchemar n'a pas été donnée. Les résultats sont regroupés dans le tableau 8.

Concernant l'ESPT, les réponses des psychiatres étaient très proches des données de la littérature (46,73,80,98,103,139,167), à savoir de 60 à 80% de sujets souffrant de cauchemars hebdomadaires, avec des variations selon les études. Concernant la dépression, la réponse la plus fréquente était de 20 à 40% correspondant aux maigres données de la littérature (84). Enfin, en population générale, on constate une légère surestimation de la fréquence de cauchemars, puisque la réponse la plus commune était 10 à 20% alors que les études sur le sujet sont relativement unanimes, citant un chiffre de 5% (67,83,126,167).

Tableau 8 : Estimation par les psychiatres de l'échantillon de la fréquence d'individus se plaignant de cauchemars hebdomadaires dans l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT), la Dépression, et dans la population générale

	0 à 5%	5 à 10%	10 à 20%	20 à 40%	40 à 60%	60 à 80%	80 à 100%
ESPT	-	-	8.5%	14.1%	22.6%	40.8%	14.1%
Dépression	1.4%	8.5%	22.5%	33.8%	29.6%	4.2%	-
Population générale	29.6%	19.7%	35.2%	11.3%	2.8%	1.4%	-

NB : En rouge, les fréquences retrouvées couramment pour chaque population dans la littérature. En couleur de fond : contraste de bleu foncé à blanc montrant la plus ou moins forte estimation des psychiatres (bleu foncé = grand nombre de réponses, blanc = aucune réponse)

4 – Discussion

4.1 – Population d'étude

Concernant la population d'étude (cf tableau 1 et 2), le questionnaire a été diffusé une seule fois et durant l'été pouvant expliquer un effectif relativement faible. Il a été relayé en grande partie par les associations d'internes locales. Ainsi, les réponses obtenues sont, pour beaucoup, celles de jeunes praticiens, internes ou ayant récemment eu le grade de docteur. Cela a donc largement contribué au jeune âge moyen de l'échantillon (32.7ans). Au sujet de la spécialité, on note une nette prédominance des psychiatres adultes vis-à-vis des pédopsychiatres, en accord avec les statistiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins qui relèvent en 2016 (22) 640 pédopsychiatres pour 12591 psychiatres adultes. Le mode d'exercice a été relevé (tableau 2) mais n'a pu être analysé devant une répartition disparate créant des effectifs faibles, et surtout des pratiques souvent mixtes, ne permettant pas l'identification d'un type préférentiel d'activité. La médecine du sommeil est faiblement représentée. Les cours de DES de psychiatrie étant imposés, et ayant souvent vocation à présenter les liens avec les troubles psychiatriques, ils n'ont pas été considérés comme formation à part entière en médecine du sommeil car ne relevant pas d'une démarche personnelle, d'un intérêt individuel dans le domaine.

La pratique analytique a été plus spécifiquement étudiée au vu des hypothèses de travail, à savoir que celle-ci influence l'abord du rêve en consultation, et que les thèses

psychanalytiques sur le sujet ne sont pas connues et sont relativement inusitées. Dans l'échantillon, une nette majorité de participants ont une pratique analytique faible (« minime » à 49.3% « nulle » à 22.5%) (cf tableau 2). Lorsque celle-ci est plus importante, l'âge moyen des psychiatres augmente de façon significative. Deux interprétations sont possibles ici. La première serait que la pratique analytique s'acquiert avec une certaine maturité dans l'exercice psychiatrique. La seconde, plus probable, est que le courant psychanalytique est moins répandu et moins enseigné actuellement, cette décroissance semblant continue depuis la deuxième moitié du 20ème siècle. Ceci appuie donc le postulat de base : le déclin de la psychanalyse en France.

4.2 – Utilisation du rêve en consultation

Hypothèse 1 : Les cliniciens actuels n'accordent pas une grande place aux rêves dans leurs entretiens.

Cette hypothèse se vérifie dans cette étude. On constate en effet que les rêves sont très peu abordés durant la consultation, n'étant exprimés au mieux que ponctuellement pour plus de deux tiers (69%) des psychiatres interrogés (figure 1). Ce résultat est cependant contrasté par l'évaluation de l'intérêt que portent les praticiens aux scènes oniriques, puisque la moyenne de l'échantillon se situe à 5.70/10.

Hypothèse 2 : Lorsque les rêves sont abordés en consultation, ils le sont davantage par le patient.

Dans cette étude, un psychiatre sur trois (33.3%) ne questionne jamais son interlocuteur à ce sujet (figure 2). Ce chiffre monte à 69.7% si l'on ajoute à ce premier groupe les praticiens ayant répondu que le rêve est évoqué « plutôt par le patient ». Ces résultats semblent valider les deux premières hypothèses.

Hypothèse 3 : L'orientation analytique influence l'abord du rêve en consultation, tout comme les modalités d'exercice.

Dans cette étude, la pratique analytique a un impact statistiquement significatif assez net sur l'intérêt global du rêve en consultation (cf figure 4, tableau 5). En effet, plus le praticien utilise la psychanalyse dans son exercice, plus il estime que le rêve est important à considérer. S'il semble alors plus enclin à aborder le rêve lui-même (cf figure 3), cela n'était pas significatif

(cf tableau 4), probablement du fait du faible effectif. Il n'y avait paradoxalement pas de lien avec la fréquence d'évocation du rêve en consultation. Finalement, les rêves sont importants pour les psychanalystes de l'étude. Ils questionnent probablement plus souvent leurs patients à ce sujet. Néanmoins, cela n'a pas une nette influence sur la fréquence de rêves traités en entretien.

Les spécialités psychiatriques étudiées dans la thèse se restreignent à la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie. Les addictologues étaient trop peu nombreux pour permettre une étude statistique sur des critères qualitatifs, comme mentionné ci-dessus. Ils ont été pris en compte uniquement pour l'intérêt du rêve car la variable est quantitative (note de 0 à 10). Dans l'étude, les pédopsychiatres abordent plus volontiers eux même le sujet onirique qu'en psychiatrie adulte, de façon significative (tableau 4). Les autres critères (fréquence et intérêt) ne diffèrent pas (tableau 3 et 5). Ce résultat peut paraître étonnant car les cauchemars sont bien plus fréquents chez l'enfant qu'à l'âge adulte, tout comme les terreurs nocturnes, qui s'en éloignent par certains aspects (notamment le stade de sommeil et l'état de conscience post épisode). Il est probable que les pédopsychiatres, conscients de cette problématique, interrogent plus aisément leurs jeunes patients ou leurs parents. De plus, il n'est pas rare que les évènements de vie (divorce parental, deuil familial, maltraitance, harcèlement…) retentissent sur la nuit de l'enfant. Souvent, aborder le rêve est alors plus aisé pour le jeune que de parler directement de son ressenti. Ceci peut donc constituer un mode d'expression, un outil pour le pédopsychiatre, justifiant qu'il pose la question plus communément à ses patients.

Les médecins du sommeil, peu nombreux dans cette étude, ont quant à eux une plus grande fréquence d'évocation de rêves dans leurs consultations (tableau3). Ils ne les abordent pourtant pas plus souvent que leurs homologues non formés, et n'y trouvent pas plus d'intérêt (tableau 4 et 5). On peut interpréter cette donnée par l'orientation de leurs consultations vers le sommeil des patients, incitant ceux-ci à évoquer les éventuels rêves et cauchemars.

Enfin, la disparité dans la fréquence d'évocation des rêves entre les psychiatres hommes et femmes est surprenante et peu rationnelle. Elle est cependant statistiquement significative. Il n'y a pas de variation dans les autres critères.

Ainsi, cette troisième hypothèse est partiellement vérifiée. Les résultats ne sont pas toujours significatifs. Cela peut correspondre à un manque de puissance de l'étude, du fait des faibles effectifs. Cependant, pour certains critères, on peut supposer une très probable absence de différence dans les pratiques. Ces résultats imposent donc la prudence concernant une influence des modalités d'exercice sur l'abord du rêve en consultation.

Hypothèse 4 : l'évaluation du rêve dans le stress post traumatique est par contre bien établie.

Les résultats de l'étude corroborent largement cette hypothèse. La recherche de rêve traumatique est systématique pour plus de la moitié des psychiatres au diagnostic (figure 6). La correction de cette activité onirique pathologique est également recherchée dans la majeure partie des cas après instauration d'un traitement (figure 7).

4.3 – Connaissances

Hypothèse 5 : le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal (TCSP) est un trouble du sommeil relativement peu connu des cliniciens.

Le TCSP est effectivement méconnu des psychiatres interrogés puisque moins de la moitié d'entre eux (39.4%) en connaissent la symptomatologie (tableau 6). Il s'agit pourtant souvent d'un marqueur précoce de synucléopathies comme la maladie de Parkinson ou la démence à corps de Lewy. Cette évolution est d'ailleurs perçue par seulement 14.1% de l'échantillon. Si les symptômes principaux ne sont pas souvent oniriques, des rêves de violence ou d'agression peuvent constituer malgré tout une voie d'abord en consultation psychiatrique chez des patients qui se plaignent d'un « sommeil agité ». Lorsque le praticien s'attache à analyser et interpréter ces troubles nocturnes uniquement selon des concepts freudiens, il risque de négliger une maladie somatique en devenir.

Dans ce contexte, il est intéressant de considérer que les médecins pratiquant davantage la psychanalyse étaient d'autant moins informés de l'existence du TCSP. A l'inverse, et comme attendu, la formation en médecine du sommeil était significativement associée avec une meilleure connaissance du trouble et de ses complications. Les autres associations n'étaient pas prouvées statistiquement. On peut cependant suspecter une meilleure appréhension du trouble en psychiatrie adulte par rapport à la pédopsychiatrie au vu de l'âge du public accueilli. L'effectif insuffisant de pédopsychiatres n'a pas permis une mise en valeur statistique de cette différence.

Hypothèse 6 : les théories psychanalytiques sont relativement peu connues et inusitées.

Là encore, cette hypothèse se vérifie, 70.5% des psychiatres de l'échantillon jugeant leurs connaissances « inexistantes » ou « faibles » en la matière (tableau 7). Elles sont très peu utilisées en pratique clinique. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec une décroissance des thérapies d'inspiration analytiques depuis quelques décennies.

Fréquence de cauchemars

Aucune hypothèse n'était formulée en amont concernant ce domaine. Les résultats montrent une relativement bonne estimation de la fréquence des cauchemars dans l'ESPT, dans la dépression et dans la population générale. L'étude n'avait cependant pas pour objectif d'approfondir les investigations, notamment sur l'étiologie des cauchemars, leurs conséquences, leurs traitements.

4.4 – Limites de l'étude

L'étude a été réalisée par envoi de questionnaires par e-mail et a été essentiellement relayée par les associations d'internes locales. Les réponses obtenues sont donc celles de jeunes praticiens, doctorants ou ayant récemment obtenu le titre de docteur. Elle exclut de fait une grande partie des psychiatres plus expérimentés, praticiens ayant probablement été plus volontiers formés à la psychanalyse et plus rompus à la question notamment de l'interprétation des rêves. L'échantillon n'est donc pas représentatif de l'ensemble de la profession mais plutôt d'une nouvelle génération de psychiatres. La nette prédominance de psychiatres exerçant en Bourgogne rend également le résultat global non extrapolable à l'échelle nationale.

L'effectif total est modeste. Cela a rendu l'analyse de certaines données délicates, les faibles effectifs particuliers ne permettant pas la réalisation de tests statistiques. Il a parfois fallu fusionner des catégories de réponses afin d'obtenir un nombre de sujets suffisant, induisant une perte d'information. De plus, ce manque de puissance n'a pas toujours permis de conclure même lorsque les tests statistiques ont pu être menés.

L'objet de la recherche a été systématiquement présenté dans une courte introduction précédant le questionnaire. Il est donc possible qu'il existe un biais de sélection, les psychiatres ayant une pratique plus axée sur le monde onirique répondant plus aisément. Les

résultats ont ainsi pu être influencés à l'excès dans le sens d'un intérêt global des praticiens pour les rêves.

Enfin, le format du questionnaire en ligne ne permet pas d'être exhaustif sur le sujet abordé. Il se doit d'être court pour optimiser le nombre de réponses. La question des connaissances des praticiens vis-à-vis du traitement des cauchemars (thérapeutique ou médicamenteux), ainsi que la recherche d'une éventuelle « iatrogénie onirique » de certains médicaments communément employés en psychiatrie n'a pu être abordé.

5 – Conclusion de la deuxième partie

L'objectif de l'étude était avant tout de décrire les pratiques actuelles en consultation psychiatrique dans le domaine onirique. Les principaux résultats sont en accord avec les hypothèses formulées en amont, à savoir que la psychiatrie moderne s'intéresse relativement peu aux rêves des patients, excepté dans l'Etat de Stress Post Traumatique. Il existe cependant des variations en fonction des pratiques professionnelles, et notamment psychanalytiques. Le corollaire à ce faible attrait pour le rêve pourrait être un manque de connaissances dans ce domaine. Si sur ce thème, l'étude manquait d'exhaustivité, elle donne des résultats intéressants sur la grande méconnaissance des psychiatres concernant le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal, syndrome où le contenu onirique est très souvent modifié. Elle montre également la désuétude des thèses analytiques de l'étiologie du rêve et de son interprétation.

Partie 3 : Apports du rêve en consultation psychiatrique : revue de littérature et expériences professionnelles

Préambule

Dans cette dernière partie, pouvant s'apparenter à une revue de littérature, nous avons souhaité agrémenter les données théoriques de vignettes cliniques issues de notre pratique professionnelle. L'objectif était de valoriser les données brutes issues de la bibliographie. L'organisation en champs diagnostiques est critiquable, mais permet de servir notre thèse de l'omniprésence du rêve en psychiatrie et de la nécessaire investigation dont il doit faire l'objet de la part des praticiens.

1 – Contenu onirique dans les parasomnies

1.1 – Parasomnies du Sommeil Paradoxal

1.1.1 – Le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal

1.1.1.1 – Historique

Dans les années 60, Michel Jouvet mettait en exergue un trouble durant le sommeil paradoxal des chats suite à des lésions localisées du tronc cérébral. Celles-ci provoquaient une abolition de l'atonie musculaire durant ce stade. Il constatait alors que le chat vivait ses rêves, avait des comportements de chasse, d'observation, de jeux qu'il retrouvait lors de l'activité diurne. Celui-ci semblait pour autant « déconnecté » du réel, ne répondait pas aux stimuli visuels. L'électro-encéphalogramme montrait une activité typique de REM.

Cette observation a pu être constatée chez l'homme dans des situations non expérimentales à partir de 1986. Carlos Schenck, psychiatre à Minneapolis rapporte alors 5 cas de « REM sleep behavioral disorder », chez des patients de plus de 60 ans. (129) Les sujets avaient des rêves agités durant le sommeil paradoxal, pouvant être violent avec leurs

conjoints, ou se blesser. Le contenu de rêve rapporté par les patients était en relation avec les gestes constatés.

Schenck constate dans un premier temps que certains de ces patients ayant un TCSP ont une comorbidité neurologique, et que d'autres en sont indemnes. Il parle donc de « TCSP idiopathique » dans le second cas. Il s'aperçoit par la suite (130) qu'un nombre conséquent de cette catégorie de patients développe une maladie neuro-dégénérative dans les quinze années qui suivent le diagnostic de TCSP.

1.1.1.2 – Symptomatologie du TCSP

1.1.1.2.1 – Critères diagnostiques

Selon la Classification Internationale des Pathologies du Sommeil (ICSD-3) (143), le TCSP nécessite un stade REM sans atonie musculaire, soit du fait d'une augmentation de l'activité musculaire de fond enregistrée en polysomnographie (PSG), soit du fait d'une augmentation de l'activité phasique sur l'EMG mentonnier ou jambier. Les comportements oniriques anormaux doivent être rapportés à l'anamnèse, ou constatés sur vidéo en laboratoire de sommeil.

Les diagnostics différentiels ont été écartés, à savoir l'épilepsie (et notamment la Dystonie Paroxystique Nocturne, qui survient durant le sommeil lent), la prise de traitement ou toxique, les pathologies psychiatriques (Etat de Stress Post Traumatique), et surtout le Somnambulisme. Ce dernier est une parasomnie qui survient uniquement en sommeil lent, donc davantage en début de nuit. Il touche presque toujours des sujets jeunes, qui se lèvent, marchent. Or les personnes affectées par un TCSP restent en position allongée ou semi-assise. (7)

La prévalence exacte du TCSP dans la population générale est inconnue selon Iranzo et al (65). Les auteurs évoquent cependant des chiffres entre 4 et 8%, en se basant sur des questionnaires envoyés à une population supérieure à 60ans. Cette méthode surestime probablement la prévalence du fait de l'absence d'enregistrement en PSG. De plus, le trouble est peu fréquent chez les adultes jeunes, qui ont été écartés lors de ces enquêtes.

Le TCSP dans sa forme « idiopathique » semble toucher préférentiellement les hommes d'âge mûr (131), un TCSP qui débuterait avant 50 ans étant davantage en faveur

d'une étiologie secondaire (65). Il peut passer inaperçu chez des patients dormant seul. Les symptômes principaux sont les troubles du comportement nocturnes et des rêves dont le contenu semble déplaisant.

1.1.1.2.2 – Comportements et affects nocturnes

Monsieur R, 64ans, souffre d'une maladie de Parkinson diagnostiquée il y a 2 ans. Il s'agit d'un ancien gendarme à la retraite. Il présente également un « sommeil agité » d'après sa compagne. Ce trouble a commencé il y a une dizaine d'années, et tend à s'accentuer dernièrement. Il n'est pas rare qu'il bouge dans le lit, parle, lui donne des coups. Cela arrive généralement vers 5h du matin. Dernièrement, monsieur R lui a crié dessus dans son sommeil, puis lui a asséné des coups de pieds. Au réveil, monsieur R lui dira qu'il rêvait de son travail, qu'il intervenait dans une manifestation et qu'il se faisait attaquer par des manifestants. Le patient tient un agenda de rêves. Il a des épisodes de sommeil agité hebdomadaires, voire plusieurs fois par semaine, et se souvient presque toujours de rêves où il se fait attaquer, où il est menacé. Le couple fait régulièrement chambre à part ces derniers mois. Enfin, madame R a constaté que les mouvements nocturnes de son compagnon sont souvent plus fluides, non saccadés, comparés aux mouvements diurnes.

Les patients présentant des comportements anormaux durant le sommeil ont des émotions semblables à celles diurnes : agressivité, peur, voire plus rarement de la joie. Les formes cliniques varient, des patients pouvant se montrer violents, d'autres présentant des mouvements à peine perceptibles. Il est donc fondamental d'interroger le conjoint, seul spectateur des actes du rêveur. Celui-ci décrit donc généralement un patient qui agit ses rêves. Les comportements commencent brutalement et durent de quelques secondes à quelques minutes. Ils sont réalisés les yeux fermés. Le dormeur reste en général dans le lit, peut s'asseoir, voire chuter parfois. Des actions complexes peuvent également exister, tels que manger, essayer d'attraper un objet, faire du vélo. Il est fréquent que le conjoint soit victime de violence. Selon une étude de Fernandez-Arcos et al (33) portant sur 203 patients atteint de TCSP considérés comme idiopathiques, les comportements se répartissaient de la sorte : 86% de coups de poings, 82% de coups de pieds, 79% de chutes, 66.5% de coups sur la table de chevet, 35.5% de patients qui s'assoient dans le lit, 25% qui en sortent, 22% qui « attaquent »

leurs conjoints, 14% qui marchent, 9% de morsures. Souvent, les mouvements nocturnes ne sont pas caractérisés par les même troubles diurnes, sont plus rapides, plus lisses, mieux effectués. Concernant les verbalisations, 96% des patients parlaient, 90% de cris, 54% de rires, 44% de pleurs, 39% d'insultes, et même 15% de chants. Le conjoint avait déjà été blessé dans 21.1% des cas, et le rêveur dans 58.6%. Les blessures sont variées, de la simple chute avec hématome jusqu'aux fractures, voire à l'hématome sous dural chez des patients souvent âgés, donc plus fréquemment sous anti-coagulants. Il est intéressant de souligner, toujours selon l'étude de Fernandez-Arcos, que les patients n'étaient pas conscients de leurs troubles dans 44% des cas, qu'ils rapportaient une bonne qualité de sommeil pour 70% d'entre eux. C'est donc sous l'impulsion du conjoint que ces patients sont amenés à consulter.

1.1.1.2.3 – Contenu onirique

Madame L, 77ans, hospitalisée en géronto-psychiatrie pour syndrome dépressif. Elle est atteinte d'une maladie de Parkinson diagnostiquée depuis une dizaine d'année. Si elle vit seule, elle sait que ses nuits sont agitées car elle retrouve son linge de lit systématiquement défait tous les matins. A son admission, il y a dix jours, le psychiatre responsable de son séjour a instauré un anti-dépresseur. A 4 heures du matin, madame L chute sur sa table de chevet et présente une plaie à l'arcade sourcilière. Elle explique avoir été terrorisée dans son rêve par un loup qui la poursuivait, et qu'elle essayait de s'enfuir au moment où elle s'est réveillée par terre, à côté du lit.

Les rêves des patients souffrant de TCSP semblent anormalement déplaisants. Ils sont décrits comme intenses, courts, consistant souvent en des situations non vécues, non connues, mais également en des scènes relatives au passé du rêveur. Toujours selon l'étude de Fernandez-Arcos (33), le contenu délivré au réveil varie, les patients rapportant qu'ils se sont faits chasser, attaquer, menacer, insulter par une personne ou un animal. Par rapport à des sujets contrôles, le TCSP est donc caractérisé par une plus forte prévalence de thèmes oniriques d'agression. Cette forme d'agressivité n'est pas retrouvée de façon significative dans la vie diurne des patients. Selon une étude de Fantini et al. (32), la présence majorée d'animaux menaçants dans les rêves des patients pourrait suggérer l'évolution du processus de neurodégénérescence conduisant à l'émergence de contenu onirique ancestral, témoin de

l'ontogénèse. De même, le nombre important d'agressions par rapport à des sujets contrôles pourrait suggérer l'émergence de comportements de défense archaïques secondaire à une dysfonction cognitive frontale. Cependant, des comportements non violents (rire, applaudissement, chant, lecture) associés avec des rêves plus classiques ont été décrits, suggérant que des comportements complexes et appris existent aussi en rêve dans cette maladie, même s'ils sont moins fréquents. Une étude intéressante de Uguccioni (161) comparait les rêves de patients souffrant de somnambulisme, donc survenant au stade de sommeil lent profond, aux patients atteints de TCSP. Elle mettait en exergue des caractéristiques différentes dans le contenu onirique, les premiers ayant davantage de rêves associés à leur parasomnies à type de catastrophes, d'événements malchanceux auxquels ils répondaient par la fuite. Ils intégraient également plus d'éléments de l'environnement de la chambre, comme les draps, l'oreiller, le plafond. Les seconds, on l'a vu, subissaient des attaques dirigées contre leurs proches ou eux, et se défendaient. Ils avaient majoritairement des cadres de rêves extérieurs, comme leur travail, la jungle.

1.1.1.3 – Evolutivité du Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal

1.1.1.3.1 – Les synucléopathies

On considère actuellement que les maladies neurodégénératives comorbides du TCSP sont davantage des synucléopathies (caractérisées par l'accumulation des protéines synucléine dans le système nerveux), dont les principales représentantes sont la maladie de Parkinson(MP), la démence à corps de Lewy (DCL), et les atrophies multi-systématisées (AMS). Le risque d'évolution vers ces pathologies varie selon les études. Dans une cohorte de 29 patients, en 1996, Schenck et collaborateurs retrouvaient 38% de cas de maladie de Parkinson à 4 ans du diagnostic de TCSP (130). En 2013, Schenck reprend la même cohorte et retrouve 81% de synucléopathies dans une étude prospective de 16 ans, en majorité des maladies de Parkinson mais également quelques cas des maladies neurodégénératives citées ci-dessus (128). Dans une étude de Iranzo et collaborateurs sur une cohorte de 44 patients, 82% des TCSP dits idiopathiques étaient suivis de MP, de DCL, ou d'AMS dans un intervalle médian de 12 ans après le primo diagnostic de trouble du sommeil. (66). Des résultats similaires sont retrouvés dans d'autres cohortes, le risque de développer de telles maladies neurodégénératives augmentant avec le délai suivant le diagnostic de TCSP idiopathique. (65)

1.1.1.3.2 – Apports dans le diagnostic étiologique

Ainsi, le TCSP semble rentrer dans une phase pré-motrice de la maladie de Parkinson, en précédant de plusieurs années voire dizaines d'années les troubles moteurs de la classique triade parkinsonienne : l'hypertonie musculaire, les tremblements et l'akinésie. D'autres symptômes peuvent rentrer dans cette phase pré-motrice, tels qu'une somnolence, une dépression, une constipation, une anomalie de la perception des couleurs et contrastes, et surtout une hyposmie voire une anosmie, pouvant constituer un faisceau d'arguments cliniques (145). En combinant ce cortège de symptômes non spécifiques, un risque de développer une maladie de Parkinson pourrait être prédit.

Cela a un impact en terme diagnostic, puisque des examens complémentaires pourraient être proposés afin d'affiner le diagnostic. Actuellement, il peut être proposé des techniques d'évaluation de l'échogénicité du locus niger, des techniques d'IRM 3 Tesla, de DaT-SCAN (63,125,171). S'ils constituent des outils intéressants afin de compléter le faisceau d'arguments cliniques, ils ne donnent pas de diagnostic de certitude pour autant, ni ne permettent d'écarter définitivement tout risque d'évolution vers la maladie. Il n'y a pas de ligne de conduite actuellement concernant l'investigation de maladies neuro-dégénératives. Selon Iranzo (65), une approche pourrait être d'informer le patient de la nécessité de consulter si certains symptômes neurologiques se développent. L'alternative, selon le même auteur, serait de proposer un suivi neurologique régulier afin d'identifier précocement des signes moteurs, et de réaliser des examens complémentaires notamment de neuro-imagerie uniquement en cas d'examen clinique anormal. Il réserve l'imagerie, les tests neuropsychologiques et olfactifs, les analyses génétiques et autres examens biologiques au domaine de la recherche. En pratique, un premier bilan est généralement réalisé avec imagerie cérébrale (IRM et DaT-SCAN) voire bilan neuropsychologique, puis le suivi des patients atteints de TCSP est confié au secteur neurologique. Les examens sont bien entendu plus exhaustifs en cas d'inclusion dans un protocole de recherche.

1.1.1.3.3 – Apports dans le diagnostic différentiel

Le TCSP est à priori plus caractéristique des synucléopathies, dont ne fait pas partie la maladie d'Alzheimer (tauopathie). Or, cliniquement il peut parfois s'avérer difficile d'établir l'étiologie d'une pathologie démentielle, ce d'autant qu'il s'agit d'un stade précoce de la

maladie. Il paraît important dans ce cas de rechercher à l'anamnèse une activité motrice nocturne, contemporaine des symptômes moteurs et cognitifs, ou bien les précédant de plusieurs années. L'interrogatoire du patient et du conjoint devrait donc intégrer la recherche de rêves mouvementés.

1.1.1.3.4 – Apports pronostiques pour la maladie de Parkinson

Il semblerait que les patients souffrant de la maladie de Parkinson avec TCSP ont un pronostic diffèrent de ceux dont le sommeil paradoxal n'est pas perturbé. Sur le plan cognitif, une étude de 2009 en faibles effectifs (38) montrait une augmentation forte du risque de troubles cognitifs légers lorsque les patients atteints de la maladie de Parkinson avaient un TCSP associé (73% versus 11%). D'autres études venaient par la suite confirmer ces résultats (134). L'association d'un TCSP et d'une MP serait responsable de formes davantage akinétiques que trémulantes, causant d'autant plus de chutes. Enfin la réponse aux thérapeutiques antiparkinsoniennes classiques et notamment la L-Dopa serait moindre (114).

1.1.1.3.5 – Apports en recherche

Les traitements actuels de la maladie de Parkinson, et plus généralement des maladies neurodégénératives sont essentiellement symptomatiques, restreignant les troubles moteurs, mais sans influence sur l'évolution de la pathologie. Il est probable que la maladie au stade moteur soit trop avancée pour obtenir une régression si un traitement étiologique était connu. Le repérage précoce d'une population à fort risque d'évolution vers une maladie de Parkinson mais dont le processus de neuro-dégénération est restreint permet la constitution de cohortes en vue de réaliser des essais cliniques dans le but de ralentir ce processus dégénératif. Le TCSP peut donc constituer un modèle d'étude afin de mieux comprendre la cause de synucléopathies, la perte de cellules nerveuses étant bien inférieure à celle mesurée à la phase motrice de la MP et les symptômes mnésiques de la DCL. On peut dès lors présumer que le processus est réversible, ou du moins qu'on puisse le freiner par des mesures de protection. Des pistes médicamenteuses sont à l'étude. Des interventions plus générales tels que l'augmentation de l'activité physique, l'éviction de produits toxiques favorisant la neurodégénérescence, voire la consommation de café, peuvent également être préconisées. Ces pratiques doivent donc être étudiées et les populations souffrant de TCSP dits idiopathiques constituent des cohortes primordiales pour les voies de recherche. Si celles-

ci aboutissent, la progression de maladies neuro-dégénératives invalidantes, incurables, au fort retentissement social, pourrait être enrayée.

1.1.1.3.6 – Conceptions éthiques

La question de la nécessité d'informer le patient du risque évolutif se pose, alors même que le processus neurodégénératif est incertain et que le traitement étiologique n'existe pas, induisant des années d'attente anxieuse. Cette position, celle du médecin paternaliste qui détient le savoir mais ne le délivre pas afin d'épargner le patient, ne paraît guère éthique. Les bénéfices du partage de l'information dans le cas du TCSP sont abordés par Vertrees et Greenough (163). Les auteurs avancent que le patient et sa famille seront évidemment plus attentifs à l'émergence de symptômes, permettant une action plus précoce. Ils peuvent également prendre certaines dispositions socio-familiales dans l'hypothèse où ils souffriraient à l'avenir de troubles neurologiques invalidants. Le lien thérapeutique s'en trouve renforcé, évitant ainsi que le patient apprenne par les médias le risque évolutif. Rapelons ici l'article L1111-2 du Code de la Santé Publique (62) : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

1.1.1.4 – Traitement

Il est tout d'abord important de considérer que le TCSP peut être secondaire à l'instauration de traitements tels que des anti-dépresseurs ou des béta-bloquants (65). Ces thérapeutiques pourraient également majorer un trouble préexistant. Si les rapports entre TCSP idiopathique et les anti-dépresseurs ne sont pas encore clarifiés, il est recommandé de diminuer ou d'arrêter ce traitement, d'autant plus si la chronologie est en faveur d'une cause « iatrogène ». Ceci n'est pourtant pas implicite puisque le sommeil paradoxal est diminué voire aboli par les anti-dépresseurs. Carlos Schenck (129) avait d'ailleurs initialement tenté de traiter ses patients par anti-dépresseurs tricycliques (Imipramine et Desipramine notamment) qui réduisent drastiquement le sommeil paradoxal. Ce qui semble rationnel sur le plan

pharmacologique l'est moins sur le plan clinique, du fait d'un effet de ces molécules sur l'activité musculaire durant le sommeil (65)

Le traitement pharmacologique principal consiste en l'utilisation d'une benzodiazépine, essentiellement du clonazepam, à des doses souvent inférieures à 2 mg, à prendre au moment du coucher. L'arrêt du traitement provoque la reprise des troubles. On ne constate généralement pas de phénomène de tolérance, pourtant habituel avec les benzodiazépines. L'utilisation de mélatonine à des doses variables de 3 à 12mg trente minutes avant le coucher peut également être tentée en deuxième intention, notamment en cas de contre-indication respiratoire (notamment d'apnée obstructive) au clonazépam. D'autres thérapeutiques sont utilisées de façon plus ou moins empirique et ne devraient être envisagées qu'après prescription des deux médicaments cités ci-dessus (9).

Enfin, l'abstention thérapeutique peut également être envisagée si le trouble du comportement nocturne n'engendre pas de violence, ni de mise en danger. La prise en charge peut alors consister en des mesures plus générales de sécurisation de l'environnement du dormeur. On conseille aux patients de retirer le mobilier de nuit, d'installer des barrières de lit, voire de dormir séparément en cas d'agressions nocturnes récurrentes du conjoint.

1.1.1.5 – Synthèse

Le TCSP est une maladie de découverte relativement récente. Il est peu connu des médecins en dehors des neurologues. Si la présentation peut être simplement un « sommeil agité » ou des « rêves mouvementés », il passe souvent inaperçu car considéré comme bénin par les patients ou leurs conjoints, voire par les praticiens. Il s'agit pourtant d'un trouble dont l'évolution peut être sévère et qui nécessite une surveillance médicale au long cours afin de détecter précocement une maladie neurodégénérative. Par conséquent, les professionnels de santé, et notamment les psychiatres doivent être mieux informés concernant cette pathologie. Investiguer simplement le sommeil et les rêves des patients sans analyser ou interpréter le contenu onirique peut parfois permettre de détecter ce trouble.

1.1.2 – Cauchemars

1.1.2.1 – Généralités

1.1.2.1.1 – Définition

La définition du terme cauchemar peut varier selon les auteurs (83,143). L'un des critères, qui pourrait le différencier du simple rêve à contenu anxiogène, est le fait qu'il provoque un éveil brutal. Ce critère fait pourtant débat et donne de fait des résultats épidémiologiques différents. (126) Il est communément admis qu'il siège davantage dans la deuxième partie de nuit, du fait de la prédominance de sommeil paradoxal dans cette période. Cependant, il n'est pas nécessaire qu'il se situe dans cette phase de sommeil. Le sujet se rappelle clairement du cauchemar, et de son contenu et le récit fait au réveil est souvent détaillé, élément caractéristique du sommeil paradoxal. La séquence de rêve semble réelle. Le rêve est qualifié de dysphorique. Les émotions sont le plus souvent négatives, à type d'anxiété, de peur, de terreur, mais parfois de colère, de rage, de honte, de dégoût (143). Le contenu de rêves est le plus souvent centré sur un danger physique imminent pour l'individu.

1.1.2.1.2 – Nightmare disorder

Selon la classification internationale des pathologies du sommeil (ICSD-3) (143), la « maladie des cauchemars » ou « nightmare disorder » nécessite trois critères :

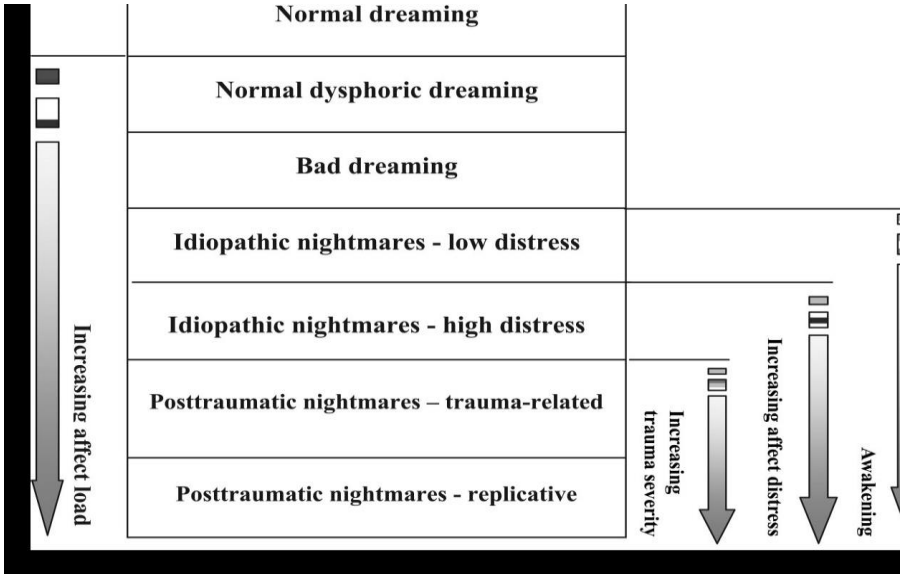
- Critère A : survenue de rêves répétés et longs, extrêmement dysphoriques, avec un souvenir clair, rêves qui impliquent généralement des menaces vitales, sur la sécurité ou sur l'intégrité physique.
- Critère B : Lors de l'éveil, la personne est rapidement orientée et alerte.
- Critère C : Les rêves induisent une souffrance clinique ou une altération des domaines sociaux, professionnels, ou autres (au moins un des élèments suivant : troubles de l'humeur, évocation de phénomènes de résistance, troubles cognitifs, impact négatif sur l'entourage ou sur le fonctionnement de la famille, problèmes de comportement, somnolence diurne, fatigue ou manque d'énergie, altérations des aptitudes professionnelles ou scolaires, relations interpersonnelles/sociales affaiblies).

Le DSM-4 inclut un critère D d'exclusion des diagnostics différentiels mais également des comorbidités psychopathologiques tels que les troubles anxieux. Le DSM-5 (307.47) précise dans le critère E que « des troubles mentaux et médicaux concomitants n'expliquent pas convenablement la plainte principale de rêves dysphoriques ». L'ICSD-3 ne reprend pas ce critère, une double cotation est d'ailleurs prônée notamment pour l'Etat de Stress Post Traumatique où les cauchemars récurrents font pourtant partie intégrante du diagnostic. Selon les auteurs, « il est cliniquement important de déterminer si les cauchemars sont associés à un syndrome de stress post traumatique ou à un syndrome de stress aigu car l'évaluation, les complications, et le traitement diffèrent sensiblement pour ces groupes ». Ceci est appuyé par la fréquence des différents troubles psychiatriques conjointement aux cauchemars, comme il sera évoqué par la suite.

1.1.2.1.3 – Nomenclature

Du fait de cette fréquence d'association avec l'ESPT, des auteurs (83,137) proposent une terminologie pour pouvoir différencier les cauchemars en lien ou non avec le trouble. Cela sera détaillé dans le paragraphe correspondant à l'ESPT. Le terme cauchemar fera référence dans ce chapitre aux rêves sans facteur déclenchant traumatique. Lorsque l'ESPT sera évoqué, les cauchemars sans lien avec un évènement traumatisant seront qualifiés d' « idiopathiques », les autres de « post-traumatiques » afin de les différencier plus aisément.

Typologie des rêves en fonction de la charge affective, la charge affective et la sévérité du traumatisme, selon Levin et Nielsen (83)



1.1.2.1.4 – Spécificités chez l'enfant

Emma, 9 ans, est fille unique. Elle a assisté il y a 2 mois à une scène de violences. Son oncle, schizophrène, est entrée chez elle et a menacé de mort sa mère sous ses yeux, a renversé du mobilier. Depuis, elle veut toujours faire le tour de la maison quand elle rentre pour vérifier qu'il n'est pas là. Elle fait également des rêves plusieurs fois par semaine de son oncle qui lui crie dessus, et menace ses parents. Elle se réveille alors en criant. En consultation, sa mère rapporte qu'Emma a fait il y a quelques années plusieurs épisodes de terreurs nocturnes. Ceux-ci étaient « différents » : Emma n'était pas réellement consciente et se rendormait très peu de temps après. Elle n'avait aucun souvenir de l'épisode le lendemain, ni d'une scène onirique associée. Actuellement, la jeune fille est bien éveillée après ce cauchemar, peut raconter le rêve avec détails, et demande à ses parents de faire le tour de la maison avec elle pour vérifier que son oncle n'est pas là. Elle ne se rendort que si son père ou sa mère sont près d'elle.

Les cauchemars sont très fréquents chez l'enfant. Ils sont différents des terreurs nocturnes du fait qu'ils se produisent plutôt en deuxième partie de nuit, où la pression de sommeil paradoxal est plus forte, et que l'état de conscience à l'éveil est complet. Le scénario de rêve est souvent détaillé, à la différence des terreurs.

La maladie des cauchemars chez les enfants est plus susceptible de survenir chez des patients exposés à des facteurs de stress psychosociaux graves (violences familiales, inceste). La survenue de cauchemars occasionnels ne doit pas faire porter un diagnostic à l'excès, ces rêves se résolvant souvent spontanément. On ne trouve cependant pas de critères temporels dans la classification ICSD-3 (143).

1.1.2.2 – Diagnostics différentiels

Concernant les diagnostics différentiels, il convient d'éliminer les autres parasomnies, à commencer par celles du SLP, le somnambulisme, les terreurs nocturnes et les eveils confusionnels, qui diffèrent donc par leur position nocturne (premier tiers de nuit essentiellement), et surtout par la caractéristique d'un éveil partiel avec peu ou pas de souvenirs de rêve.

Les parasomnies du stade REM sont représentées surtout par le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal et les paralysies du sommeil. Le premier trouble, qui fait l'objet d'un paragraphe dans ce travail, implique une levée d'atonie musculaire durant le sommeil paradoxal et donc des mouvements. S'il s'accompagne souvent de cauchemars, ce symptôme est à intégrer dans le syndrome entier. L'anxiété peut également accompagner des épisodes de paralysies du sommeil survenant habituellement en fin de nuit (paralysies hypnopompiques). Cependant, le cauchemar n'est généralement pas accompagné d'impressions de paralysie totale ou d'une complète conscience d'être réveillé. (143).

Concernant les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques, elles sont identifiées par le sujet comme intervenant clairement dans un épisode de veille. Enfin, le rare « syndrome de la tête qui explose » est caractérisé par une sensation auditive, une violente explosion, au moment de l'endormissement, alors que les cauchemars sont davantages visuels.

Enfin, lorsque les terreurs nocturnes, les hallucinations, et le TCSP sont éliminés, il convient de savoir si les cauchemars ne sont pas secondaires à la prise d'un médicament ou à un traumatisme, dans le cadre d'un Etat de Stress Post Traumatique (ESPT).

1.1.2.3 – Epidémiologie

1.1.2.3.1 – En population générale

Dans une revue de littérature, Levin et Nielsen (83) rapportent que 85% des adultes disent avoir eu au moins un cauchemar dans l'année précédente, chiffre qui descend entre 8 et 29% pour une fréquence mensuelle. Les mêmes études retrouvent des taux variables entre 2 et 6% pour des cauchemars hebdomadaires. Le chiffre de 5% est ainsi communément admis (67,126,167), bien que variable en fonction de la définition de cauchemars, comme il a été mentionné auparavant. Il s'agit donc d'une problématique relativement commune. Pourtant, peu de sujets viennent quérir de l'aide auprès de professionnels de santé. (124)

L'occurrence de cauchemars est plus commune de l'enfance jusqu'aux jeunes adultes, puis décline avec l'âge. Les premiers cauchemars apparaîtraient dès l'âge de 2 ans et demi, d'après l'ICSD-3 (143). Les taux les plus importants semblent exister entre 6 et 10 ans, allant jusqu'à 25% de cauchemars hebdomadaires (83). Le meilleur indicateur de cauchemars récurrents à un âge plus avancé est la présence de cauchemars récurrents dans l'enfance.

Le sex-ratio est clairement en faveur des femmes comme le montre une étude en ligne de Nielsen et collaborateurs en 2006 (101) sur plus de 20000 sujets, et ce quel que soit l'âge, avec un odds-ratio de 1.31. Cette différence était cependant la plus forte pour les tranches d'âge de 10 à 19 ans et de 20 à 29ans, et tendait à diminuer voire s'annuler dans les strates supérieures. Cette différence de genre semble apparaître aux alentours de 13 ans avec un maximum de 16 à 19ans (ratio fille/garçon de 3 pour 1 à 16ans, 4 pour 1 à 19ans selon Nielsen et al) (100). Dans la période pré-adolescente, une telle différence ne semble pas exister. Levin et Nielsen (83) avancent plusieurs explications à ce sex-ratio. Tout d'abord, les auteurs rapportent une plus grande propension pour le sexe féminin aux affects négatifs tels que la dépression et l'anxiété, symptômes plus sévères également dans l'intensité. Ils rappellent de ce fait l'existence d'une différence de genre dans l'émergence d'une dépression à partir de 15 ans. Ils évoquent également une vulnérabilité majorée des femmes vis-à-vis de facteurs de risque de cauchemars, notamment une prévalence plus forte de traumatismes sexuels et physiques (susceptible d'induire un ESPT) ou de troubles du sommeil.

1.1.2.3.2 – En population psychiatrique

La fréquence peut être bien plus élevée en populations cliniques.

A/ Etat de Stress Post Traumatique (ESPT)

Des taux de 50-70% de cauchemars ne sont pas rares (73,80,98,167). L'émergence de ces symptômes nocturnes est bien connue dans cette pathologie, dans les suites immédiates du traumatisme ou à plus long terme, et fait l'objet d'un chapitre individualisé dans ce travail.

B/ Personnalité borderline (ou état limite).

Elle semble associée significativement au « Nightmare Disorder » (ND). Une étude de Semiz et collaborateurs (142) indique que les patients répondant aux critères DSM de trouble borderline souffrent de cauchemars dans 49% des cas, et que ceux-ci sont plus effrayants selon l'échelle VDAS (Van Dream Anxiety Scale). Ce travail montrait également que des rêves davantage anxiogènes chez ces patients étaient significativement corrélés avec des histoires de traumatismes infantiles, un taux plus important de dissociation, ainsi qu'une plus mauvaise qualité de sommeil (notamment la « peur de s'endormir par anticipation de cauchemars » et les « difficultés à s'endormir après un cauchemar »). La combinaison d'une personnalité borderline et d'événements infantiles (tels des abus sexuels ou des négligences) était

prédicteur de cauchemars anxiogènes. La présence d'une comorbidité borderline et ND étaient en lien avec une plus grande sévérité psychopathologique qu'un état limite isolé. Ce résultat montre donc l'importance de la recherche d'activité onirique dans l'évaluation pronostique du trouble borderline. Il convient de préciser que les prises de traitements ou de toxiques, fréquentes chez ces patients, n'étaient pas répertoriées dans cette étude rétrospective. Or, cela peut avoir un impact sur le contenu onirique. L'étude prospective de Peter Simor et al (150) excluait les troubles liés à l'usage de substances et les diagnostics d'ESPT. Elle trouvait des résultats très similaires avec un taux de cauchemar de 50% contre 9% pour les sujets contrôles.

C/ Schizophrénie.

Les cliniciens ont longtemps cherché des similarités entre les épisodes psychotiques aigus et les cauchemars. Il est fréquent de trouver dans les œuvres littéraires ou cinématographiques des scènes oniriques en lien avec la psychose, en tant que précurseur ou en tant que production délirante.

Deux études de cohortes (34,157), conduites par la même équipe, trouvent une association robuste entre des cauchemars réguliers durant l'enfance et des expériences psychotiques à l'âge de 18 ans. Les auteurs suggèrent donc que les réveils nocturnes et les parasomnies en stade REM peuvent être des indicateurs précoces d'une susceptibilité aux expériences psychotiques.

D'après une étude rétrospective de Sheaves et al en 2015 (144), 55% des patients souffrant de schizophrénie avaient des cauchemars hebdomadaires, sans comparaison toutefois à des sujets contrôles. Les auteurs comparent ce chiffre aux rêves réplicatifs de l'ESPT, critères diagnostics reconnus, et dont l'occurrence dépasse souvent les 50% de patients. Le niveau de preuve de cette étude est cependant faible, et contraste avec la littérature, plus proche des 10% de cauchemars, soit deux fois plus que la population générale (85,121).

La « sévérité » des cauchemars, mesurée d'après la Nightmare Severity Scale (NSS) (échelle évaluant l'intensité nocturne du cauchemar et les répercussions diurnes), fait également l'objet d'une étude récente (121). Celle-ci était significativement associée à des

scores élevés aux échelles d'hallucinations et de paranoïa après contrôle sur les facteurs de confusion « affects négatifs », « symptômes d'ESPT », et « événements de vie anxiogènes ».

Une étude prospective sur huit années de Li et collaborateurs, publiée en 2016, montre également une majoration du risque de suicide (risque relatif de 11) dans une population de schizophrènes en présence conjointement de cauchemars et d'insomnie. Cela pourrait avoir une implication clinique dans une maladie vectrice de conduites suicidaires, ce d'autant que ces symptômes peuvent faire l'objet de traitements efficaces.

Il semble donc important de diagnostiquer la présence de cauchemars comorbides à une schizophrénie pour au moins deux raisons (141). Premièrement, les cauchemars peuvent être des signes avant-coureurs d'un trouble psychotique requérant une intervention précoce. Deuxièmement, ils péjorent le pronostic de la maladie psychiatrique, avec une majoration des éléments productifs et du risque suicidaire, rendant ce symptôme important en pratique clinique. Or, le traitement des troubles du sommeil chez ces patients a un réel impact positif sur leur qualité de vie. Plus les symptômes nocturnes sont contrôlés, moins les symptômes psychotiques s'expriment. A l'inverse, une atténuation de la symptomatologie schizophrénique permet souvent un meilleur sommeil. (30,141)

D/ Dépression.

Dans l'étude prospective sur quatre années de Li et collaborateurs (84) de 2012 concernant des patients diagnostiqués en Episode Dépressif Majeur (EDM), la prévalence de cauchemars fréquents (définis comme hebdomadaires) était de 33.4% contre 5.1% pour la population locale. A quatre ans, ce taux était de 19.6% pour l'ensemble des sujets, et 9.3% parmi les patients en rémission. Le risque relatif de présenter des cauchemars 4 ans après si le sujet rapportait une telle activité onirique au moment du diagnostic était de 5.17, témoignant d'une persistance de la symptomatologie chez ces patients. Concrètement, avoir une comorbidité cauchemar et EDM au diagnostic permettait une rémission dans 29.75% des cas contre 47.3% sans cauchemars (41% de rémission sans considération de symptomatologie onirique). Les auteurs concluent : « Bien que les cauchemars aient été reliés à un risque de suicide majoré, ce symptôme est une plainte souvent négligée […] non recherchée cliniquement ou dans n'importe quelle échelle standardisée, par exemple la HADS. » Il semblerait pourtant que cela péjore le pronostic des patients.

E/ Risque suicidaire.

Que la pathologie psychiatrique sous-jacente soit une psychose ou un trouble thymique (2,11,84), la présence de cauchemars semble corrélée positivement avec le risque suicidaire. L'étude sus citée de Li (84) concernant des patients souffrant d'EDM montre une association significative entre idéations suicidaires et cauchemars après correction des facteurs de confusion tels que la sévérité de la dépression et de l'anxiété. Ce lien semble plus marqué chez les sujets féminins (11). Dans l'étude de Sjoström et al. (151) concernant des sujets ayant tenté de se suicider, parmi les différentes variables du sommeil en lien avec le risque suicidaire, les cauchemars étaient responsables de l'association la plus forte. Liu et collaborateurs ont trouvé un risque relatif de tentatives de suicide de 2.43 après ajustement (notamment sur la symptomatologie dépressive) chez des adolescents souffrant de cauchemars fréquents par rapport à ceux qui en avaient rarement. Ce risque était cependant obtenu de façon rétrospective. Tanskanen et collègues (155), dans une vaste étude épidémiologique finlandaise avec un suivi de 20 ans, observent que la fréquence des cauchemars est reliée au risque de passage à l'acte autolytique. Le risque relatif ajusté (notamment sur les symptômes dépressifs et anxieux, l'insomnie, la prise de psychotropes ou d'alcool, cigarette ou café) de suicide était de 1.57 parmi les sujets rapportant des cauchemars occasionnels, et 2.05 parmi ceux qui les décrivaient comme fréquents. Il a été mentionné préalablement qu'après le suivi de huit années d'une population souffrant de schizophrénie, Li et al. (85) estimaient le risque relatif de passage à l'acte suicidaire à 11 en présence d'une co-morbidité insomnie et cauchemars fréquents. S'ils ne pouvaient pas conclure de manière prospective à la significativité du lien entre cauchemars seuls et tentatives de suicide (probablement du fait d'un manque de puissance), les patients ayant des cauchemars fréquents présentaient un taux de tentative autolytique dans leurs antécédents de 42.9% contre 19.3% pour les autres. Dans l'étude de Semiz et al. (142) dans une population de patients borderline, la psychopathologie était plus sévère pour les patients souffrant de ND, et ils présentaient un risque majoré de suicide. Enfin, parmi des patients ayant un trouble dissociatif, ceux atteints de ND avaient davantage d'antécédents d'automutilation et de tentatives de suicide durant la dernière année. Si cette association cauchemars-suicide n'implique pas forcément une causalité exclusive, il paraît légitime d'inclure des questions

concernant les troubles du sommeil et spécifiquement les cauchemars dans l'évaluation clinique des patients suicidaires. (151)

F/ Troubles anxieux.

De nombreuses études (82,83,100,142,155), établissent un lien entre cauchemars et symptômes d'anxiété, que ce soit chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte ou en population psychiatrique. De la même manière, des formes atténuées de stress quotidien ont aussi été mises en causes dans l'occurrence de cauchemars. Ainsi, une période d'examen, un deuil, une catastrophe naturelle pourrait être la cause d'une augmentation des rêves anxieux. Plus largement, les affects négatifs sont aussi considérés comme un facteur déclenchant.

Un nombre conséquent de chercheurs ont statué que ce n'est pas tant la fréquence qui est associée avec les paramètres psychopathologiques, mais plutôt le vécu stressant du rêve, sous le terme « nightmare distress », à tel point que certains auteurs préconisent de traiter les deux critères séparément. Ce concept de « nightmare distress » recouvre généralement les notions d'intensité subjective du cauchemar, d'impacts psychologiques sur la vie quotidienne et sur le sommeil (14). L'échelle la plus communément utilisée pour le quantifier est la Nightmare Distress Questionnaire (NDQ). Levin et Fireman (82), en 2002, déclarent : « Bien que les deux variables soient significativement reliées à la plupart des mesures de troubles psychologiques, ces relations sont souvent plus fortes pour la dimension de « détresse ». En fait, cette détresse liée au cauchemar était significativement associée à l'ensemble des troubles psychologiques excepté la phobie, alors que la fréquence n'était pas reliée significativement aux mesures de dépression, de traits ou de troubles anxieux, et de dissociation. » Si cette étude vient nuancer les données épidémiologiques citées-ci-dessus concernant les rapports entre fréquence et psychopathologie, elle montre surtout la nécessité de prendre en considération l'intensité de la dysphorie provoquée par l'activité onirique. Il convient donc de prendre en considération les deux caractéristiques : la fréquence et la « détresse » liée aux cauchemars.

G/ Troubles du sommeil.

Les cauchemars sont souvent comorbides d'autres troubles du sommeil. La fréquence est modifiée par la durée de sommeil indépendamment d'autres symptômes nocturnes. En effet, plus le temps de sommeil est allongé, plus les cauchemars sont fréquents, même après

ajustement (121). Le chronotype « du soir » semble également faiblement lié à la présence de cauchemars. Cependant, la relation la plus forte demeure avec l'insomnie (102,155). Dans l'étude de Sandman et al (126), 17% des patients souffrant d'insomnie rapportaient des cauchemars fréquents, contre seulement 1.3% des participants sans insomnie.

1.1.2.4 – Contenu onirique

1.1.2.4.1 – Dans la littérature

Schredl (135) rapporte dans une étude de 1998 sur des cauchemars d'enfants, une répartition de thèmes suivant : être poursuivi (42%), sensations de quelque chose d'effrayant (20%), blessure ou mort (20%), chute (11%). Dans son étude rétrospective de 2010, sur des adultes, il trouve que les cinq thèmes les plus communs étaient : chute (39.5%), être poursuivi (25.7%), être paralysé (25.3%), être en retard (24%), et mort de personnes proches (20.9%). Entre 10 et 20%, on retrouve des thèmes comme les conflits, les menaces ou les agressions. Des facteurs socio-démographiques tels que l'âge, le genre, et un faible niveau socio-éducatif jouaient un rôle important. Plusieurs sujets, incluant les examens, le déshonneur, le conflit conjugal, la perte de travail, le harcèlement sexuel et le retard, décroissent avec l'âge. Les femmes font davantage de cauchemars de harcèlement sexuel, de perte ou disparition de personnes proches, de perte de dents ou de cheveux. Les hommes rêvent plus souvent d'agressions physiques (autre que sexuelle), de licenciement, et de guerre. L'occurrence de rêves d'examen était associée à un haut niveau d'études.

En considérant les cauchemars et les mauvais rêves (pas de réveils associés), l'étude prospective de Robert et Zadra en 2014 donne des résultats différents avec 31.5% d'agressions physiques, 29.5% de conflits, 17% de chutes, 12.2% de mort et de problèmes de santé, 11.4% de sensations effrayantes indéterminées, et 7.6% de poursuites. Comparés aux femmes, les hommes rapportaient plus souvent des thèmes de guerres/catastrophes et d'insectes.

Le contenu des cauchemars ont fait l'objet de catégorisations variables. Les résultats en sont inconstants. Robert et Zadra (123), en préambule de leur étude, font une courte revue de littérature, montrant de grandes disparités en fonction de la population étudiée, de la définition de cauchemars et dans les méthodes d'investigation du contenu du cauchemar. En effet, lorsque l'étude est rétrospective, les sujets ont plus de chance de se souvenir de

cauchemars intenses et inusuels que d'expériences plus typiques. Cela peut expliquer la raison pour laquelle les chutes ou les rêves de poursuites sont parmi les plus fréquents dans les études basées sur un questionnaire que sur une étude prospective par agenda de rêves.

Concernant les différences de genre et d'âge, Schredl (135) évoque une hypothèse de continuité des rêves qui reflèterait la vie éveillée. La décroissance de rêves de licenciement ou d'examen avec l'âge serait ici en cohérence avec cette théorie puisque les personnes âgées n'ont le plus souvent pas passé de concours récemment, et ont plus fréquemment un travail stable. De même pour les thèmes récurrents féminins, la plus grande fréquence de cauchemars de violences sexuelles est le reflet des harcèlements subis bien plus couramment que les hommes. Dans ce dernier contexte, il doit d'ailleurs toujours se poser la question d'une composante traumatique dans la scène onirique. Enfin, dans le même ordre idée, Schredl fait référence à son étude de 2006 en Allemagne, trouvant une nette décroissance de cauchemars relatifs à la guerre de 1956 (20%) à 2000 (10%), explicable par la diminution du pourcentage d'allemands ayant connu la guerre.

Nous rêvons donc prioritairement de ce que nous vivons. Si les thèmes peuvent être catégorisés dans un souci d'harmonisation des recherches, le contenu à proprement parlé est individuel et mérite d'être investigué comme n'importe quel symptôme diurne, ou évènement de vie.

1.1.2.4.2 – En pratique professionnelle

A/ Troubles anxieux

Etat de Stress Post Traumatique

Multiples sont les exemples de stress post traumatiques dans le cinéma illustrant l'omniprésence des scènes terrifiantes vécues dans le passé même des années après. En pratique clinique, tout médecin ayant des sujets traumatisés dans sa patientèle peut témoigner d'une activité onirique pathologique pour peu qu'il ait investigué ce champ symptomatique. Il s'agit du meilleur exemple de l'importance de l'exploration des rêves en psychiatrie.

Troubles phobiques

Madame C, 78ans, a eu durant des années ce qu'elle décrit comme une « phobie des oiseaux », la forçant parfois à rester enfermée de peur d'être confrontée à ces animaux. Elle faisait couramment des rêves où elle était en contact avec des volatiles, puis elle se réveillait en sursaut. Des séances d'hypnose semblent l'avoir libérée de ses angoisses, et par la même occasion de ses cauchemars.

Monsieur A, 29ans, me décrit une peur parfois panique des hyménoptères. Il réveille régulièrement sa compagne en criant ou en essayant de chasser une abeille qui vient de se loger sous son T-shirt…

Monsieur X, 24ans, souffre d'un fort vertige. Il revit souvent ses angoisses la nuit, se retrouvant proche d'un précipice avec la même sensation de malaise, de palpitations, ce qui l'éveille souvent.

Une activité onirique en rapport avec la phobie présentée par le patient est très souvent constatée. Les affects ressentis en rêve sont souvent très proches des émotions diurnes, provoquant généralement un réveil. Ces cauchemars sont peu fréquents et ne constituent pas la plainte principale. Il est probable que ce genre de rêves répondent bien aux thérapies cognitives et comportementales (TCC) évoquées préalablement, Imagery Rehearsal Therapy (IRT) en tête, étant donné que les phobies sont souvent traitées par ces outils. Aucune littérature n'a été trouvée à ce sujet.

Trouble anxieux généralisé et attaques de panique

Mme L, 27 ans, a des crises d'angoisse lors des voyages en voiture. Elle se rêve régulièrement coincée dans un embouteillage, se réveille paniquée et décrit un épisode de paralysie de sommeil, une atonie musculaire.

Les cauchemars sont également fréquents chez ces sujets anxieux. Plusieurs patients me signalent des attaques de paniques déclenchées après ces rêves.

B/ Troubles de la personnalité

Personnalité obsessionnelle-compulsive

Monsieur K, 25ans (cf paragraphe 1.2.1.1), répond aux critères de personnalité obsessionnelle. Il est notamment minutieux et perfectionniste dans son travail, délègue peu. Il est employé depuis peu dans la pose de filets de sécurité anti-chute sur chantier. Il me dit donc, non sans angoisse, que de son travail dépend la vie des ouvriers. « Je refais mon travail en rêve, je revis ma journée ». Il ne se réveille pas pour autant mais il me dit avoir le sentiment de ne jamais quitter son travail.

Les patients obsessionnels ressassent leurs expériences diurnes, se remettent plus aisément en question. Ces ruminations anxieuses perdurent souvent dans les rêves, pouvant majorer la sensation d'angoisses permanentes.

Personnalité borderline (ou état limite)

Dans le paragraphe 1.1.2.3.2 sur l'épidémiologie des cauchemars en population psychiatrique, la prévalence de ceux-ci dans le trouble borderline peut atteindre les 50% (142,150), et sont souvent perçus comme plus effrayants dans les études. Ceci peut trouver une explication dans la fréquence des épisodes traumatiques dans l'enfance des patients borderline, donnant lieu à des reviviscences nocturnes. Ces patients ont également un risque accru de troubles anxieux, de dépression, de troubles du sommeil, autant de facteurs favorisant l'émergence de cauchemars. Or, comme évoqué préalablement, la forte occurrence de rêves anxieux peut, à court terme, induire des insomnies, majorer les troubles anxieux, et à long terme, favoriser l'installation d'une maladie psychique chronique. Dans ce sens, les études citées dans le paragraphe correspondant (142,150) relèvent une corrélation entre cauchemars et score de sévérité élevé du trouble borderline.

Personnalité dépendante

Madame Z, 49 ans, a été en couple durant 4 ans, avec un homme qu'elle décrit comme « pervers narcissique ». Ils se sont séparés, sur décision de celui-ci, il y a près de trois mois. S'il est difficile de porter un jugement objectif sur le diagnostic de son ex-compagnon, la patiente présente un nombre conséquent de critères de personnalité dépendante. La rupture a été très difficile à accepter, et elle éprouve toujours le plus grand mal à se détacher de cet homme. Elle

rêve de lui presque tous les soirs, et est en larme au réveil lorsqu'elle constate qu'ils ne sont plus ensemble.

Dans ces troubles de personnalité, la dépendance à l'autre, affective, est parfois forte. On comprend aisément l'impact que cela peut avoir sur les nuits des patients, voire au lendemain, comme dans l'exemple précédent.

C/ Psychose

Madame R, 71ans, souffrant d'un trouble schizo-affectif, vient de perdre son frère, décédé il y a deux mois. Elle me dit avoir des troubles du sommeil importants. Elle semble présenter des rêves en tout début de nuit, entre l'éveil et l'endormissement, pouvant s'apparenter à des hallucinations hypnagogiques. Elle voit son frère qui rentre dans la chambre et s'assoit près d'elle. Madame R se réveille alors brusquement, en larmes. Elle anticipe depuis de façon anxieuse ses rêveries, pleure au moment du coucher. Elle se questionne sur ce que lui veut son frère, et pourquoi il vient la « hanter ».

Monsieur B, 53ans, souffre d'une schizophrénie paranoïde. Il a un passé traumatique, fait de violences physiques et sexuelles subies et infligées, de sévices sur animaux, de déclenchements de feux. Il décrit des parasomnies à type de cauchemars quasiment quotidiens. Ces évènements oniriques sont fortement inducteurs d'angoisses puisqu'il se réveille brutalement, en hypersudation. Il fait notamment un rêve récurrent presque toutes les nuits : « Je me trouve sur un mur de sang, c'est comme du lierre, et je vois en bas une femme d'âge mur qui tient un enfant dans ses bras, et qui le jette dans un lac de sang. Je me précipite pour descendre, mais je marche au ralenti ou je suis gêné par des obstacles sur ma route … J'arrive vers l'enfant mais c'est trop tard, il est mort … Alors, je le massacre ! Puis je me réveille en sueur … ». Il rapporte également un autre rêve, où il exécute à la carabine toute sa fratrie dans sa maison d'enfance. Après le massacre, il nettoie le fusil puis rit et appelle enfin la police.

Chez cet homme, les rêves semblent constamment empreints de violence, et incluent régulièrement des membres de sa famille. Ils viennent alimenter le syndrome de persécution du patient, les persécuteurs désignés dans le discours de cet homme étant ses parents et ses frères. Ils majorent également le risque de récidive de passage à l'acte violent à leur encontre. A ce sujet, les équipes de Monahan (92) et de Grisso (45) intègrent des « fantasmes » de violence à leur échelle actuarielle de l'évaluation du risque de récidive chez des patients

souffrant de schizophrénie. Ces « fantasmes » incluent notamment des rêveries diurnes ou nocturnes de passage à l'acte, ce qui majore nettement, dans cette échelle, le risque statistique de violence.

Ainsi, il faut comprendre que, chez ces patients fragiles, souvent influençables, les rêves ne sont pas toujours critiqués du fait de la frontière floue entre le réel et les hallucinations, voire l'imaginaire. C'est le cas chez la première patiente. Une expérience onirique peut être réinterprétée comme un élément réel. Dès lors, une personne souffrant d'un délire de persécution, qu'elle qu'en soit la cause, peut rêver de son persécuteur, majorant le sentiment de préjudice à son encontre. Un patient atteint d'un délire mystique peut interpréter des messages oniriques divins indirects ou directs venant renforcer ses idées déréelles. Voir le compagnon ou la compagne avec un ou une autre dans un rêve peut apporter la preuve d'une infidélité pour une personne souffrant d'une psychose avec des thématiques de jalousie ou d'érotomanie. Le rêve et son impact ne sont donc pas à négliger pour ces patients.

1.1.2.5 – Conséquences

Les conséquences de cauchemars ne sont pas négligeables, notamment chez des sujets fragilisés par une éventuelle maladie psychique. Le Nightmare Distress Questionnaire (10), échelle de 13 items disponible en annexe, me parait intéressant en pratique clinique afin d'évaluer l'impact du rêve sur le sommeil, mais également sur la vie diurne des patients.

1.1.2.5.1 Trouble du sommeil

Madame M, 52ans, répond aux critères cliniques d'état limite. Elle fait des cauchemars récurrents de ses parents, qui l'ont élevé dans un climat de négligences et de violences morales. Elle ne les voit plus depuis 10 ans, « mais ils sont toujours là dans mon sommeil ». Elle me dit dormir très peu, « 2-3 heures par nuit ». Elle me décrit de grandes difficultés d'endormissement, étant persuadée chaque soir qu'elle mettra des heures avant de s'endormir. Elle rumine également sur ses cauchemars, appréhende leur occurrence dans la nuit, craignant de revoir à nouveau ses parents en rêve, de se réveiller terrorisée. A chaque cauchemar, madame M se dit incapable de se rendormir.

Les définitions usuelles du cauchemar impliquent un réveil du dormeur. Cela induit donc une rupture dans le cycle du sommeil, expliquant une partie des plaintes des patients concernant la qualité de leurs nuits. Selon les études, on retrouve notamment une réduction du temps total de sommeil, des éveils intra-nuit plus nombreux, une moindre efficacité de sommeil, une appréhension au coucher, des difficultés d'endormissement en début de nuit et après un cauchemar. C'est surtout sur le plan subjectif que le sommeil est altéré, considéré comme peu réparateur, écourté. Les études polysomnographiques ne montrent généralement pas de modification de la structure du sommeil si ce n'est une augmentation modérée de mouvements périodiques du sommeil en stade REM (42).

Les questions 3, 4 et 5 du Nightmare Distress Questionnaire portent sur les difficultés de sommeil, respectivement sur l'endormissement, le ré-endormissement, et la qualité subjective de la nuit.

1.1.2.5.2 – Retentissement diurne

Madame J, 49ans, est commerciale. Elle a perdu son père l'an dernier. Elle rêve depuis régulièrement de lui, ce qui la réveille et l'angoisse systématiquement. Elle passe alors presque toute la journée du lendemain à ressasser son rêve, à essayer d'en trouver le sens. Elle dit être clairement moins performante au travail, moins concentrée.

Dans la définition de l'ICSD-3 (143), le Nightmare Disease (ND) implique un critère C témoin de répercussions cliniques, sociales et professionnelles. Des troubles cognitifs, un impact négatif sur l'entourage ou sur le fonctionnement de la famille, une altération des aptitudes professionnelles ou scolaires, et des relations interpersonnelles et sociales affaiblies permettent notamment de retenir ce critère. L'évocation de la famille et des difficultés scolaires rappellent la prédominance du trouble dans l'enfance. Les troubles cognitifs incluent, selon l'ICSD-3 (143), des difficultés de la concentration, de la mémoire, voire l' « imagerie intrusive du cauchemar en plein éveil ».

A travers les items du Nightmare Distress Questionnaire, on peut percevoir l'impact du rêve sur la vie diurne des patients. Ainsi, la question 1 évoque la persistance de ruminations et de préoccupations autour du contenu du rêve. L'item 2 questionne le sujet quant à la possibilité qu'il évite ou craigne une personne du fait de sa présence dans un cauchemar. La

question 9 porte sur le sentiment du patient que son rêve s'est déjà produit dans la réalité. La question 10 porte sur les craintes que le rêve se produise dans le futur. La question 11 concerne la difficulté du sujet à se convaincre de l'irréalité du cauchemar.

Kothe et Pietrowsky (75) ont comparé les conséquences des nuits avec et sans cauchemars et rapportent une humeur détériorée le lendemain matin, un niveau de relaxation et de confiance en soi amoindris. Les mesures de bien-être en sont généralement impactées, puisque inversement corrélées à la fréquence des cauchemars (9). De façon cohérente, Zadra et Donderi (173) ont trouvé un score composite de bien-être plus bas pour une population souffrant de cauchemars par rapport à des sujets ayant des « mauvais rêves », qui ne provoquaient donc pas d'éveils. Si l'on considère que l'éveil consécutif au cauchemar indique une plus grande angoisse, on peut extrapoler le résultat en affirmant que les conséquences diurnes semblent d'autant plus importantes que les rêves sont stressants. Ainsi, pour un patient souffrant de ND, l'impact diurne de la maladie est majoré les lendemains de nuit avec cauchemars, et d'autant plus sévère que les rêves sont angoissants.

1.1.2.5.3 – Psychopathologie

Madame M (cf 1.1.2.5.1) décrit des fluctuations d'humeur, des périodes d'affaissement thymique durant plusieurs semaines, puis de rémission. Elle fait clairement plus de cauchemars lorsqu'elle est en phase dépressive, et dort donc nettement moins bien. Cette insomnie transitoire est responsable d'une grande fatigue et d'une forte « lassitude » qui participe au déclin thymique.

Ainsi, si les rêves sans contenu anxiogène ne marquent pas les sujets durant la journée, les cauchemars, du fait de leur forte charge émotionnelle, perturbent la nuit et la journée des patients. Ils marquent plus durablement le rêveur, provoquent davantage d'affects, induisent des ruminations diurnes sur le sens du cauchemar, sur une possible part de réalité, de prédictibilité. Si ces cauchemars sont plus occurrents chez des patients atteints de maladies psychiques (de la schizophrénie aux troubles anxieux), on comprend dès lors qu'ils aggravent également la psychopathologie (14,42,82,173). Les relations entre maladies psychiques et cauchemars sont donc bilatérales.

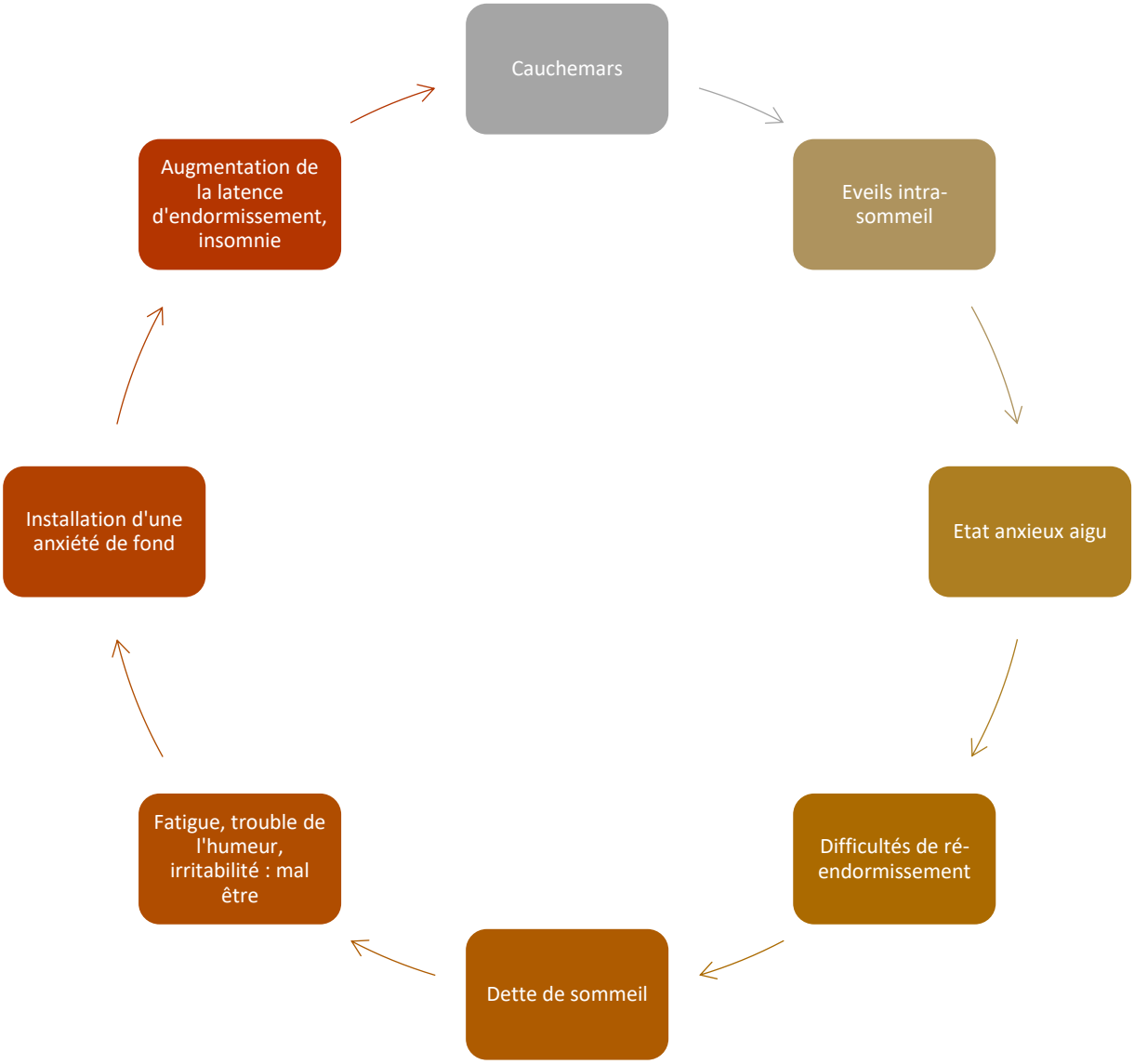
1.1.2.5.4 – Synthèse

Là encore, deux caractéristiques des cauchemars sont à prendre en considération : l'intensité et la fréquence.

- La première induit une perturbation diurne, du fait du caractère prégnant du contenu onirique. Elle contribue probablement à majorer l'anxiété de fond des sujets. Cela peut se traduire progressivement par une augmentation de la latence d'endormissement, symptôme classique du trouble anxieux, mais également dans une tentative d'éviction du facteur anxiogène, à savoir le cauchemar, et son intermédiaire, le sommeil. L'intensité du cauchemar perturbera donc le fonctionnement nocturne et diurne.
- La fréquence a un retentissement surtout sur la nuit, par la répétition des éveils intra-nuit, mais peut sur le long terme impacter le fonctionnement diurne (troubles de concentration et de l'attention, fatigabilité, altération du « bien-être ») du fait de la dette de sommeil qu'elle induit. L'insomnie qui en résulte peut alors majorer l'intensité des cauchemars.

Au final, le ND est un syndrome auto-entretenu, puisque tant la fréquence que l'intensité vont conduire à l'installation progressive d'une insomnie psychophysiologique (143), qui va elle-même aggraver la pathologie. Elle est vectrice de distorsions cognitives, de fausses croyances, voire de comportements inadaptés (prise de traitements, de toxiques, éviction du sommeil, retardement de l'heure de coucher, non-respect des règles d'hygiène du sommeil) qu'il convient de corriger afin d'éviter la pérennisation du trouble. Il est de ce fait cohérent que les thérapies les plus indiquées dans cette pathologie (au même titre que dans l'insomnie) sont celles d'inspiration cognitives et comportementales.

Figure 8 : Cycle d'auto-entretien des cauchemars



1.1.2.6 – Traitement

Les modalités de traitement pour le ND incluent des médicaments et plusieurs techniques comportementales.

1.1.2.6.1 – Positions de l'AASM (American Academy of Sleep Medicine) (9,94)

Concernant les traitements psychothérapiques, l'IRT « est recommandée » pour les cauchemars associés à l'ESPT ou idiopathiques. Pour les cauchemars spécifiques de l'ESPT, les traitements suivants « peuvent être utilisés » : TCC, TCC ciblant l'insomnie, Eye Movement Desensitization and reprocessing (EMDR), Exposure Relaxation and Rescripting Therapy (ERRT). Pour les cauchemars idiopathiques, les traitements suivants « peuvent être utilisés » :

TCC, ERRT, hypnose, Lucid Dream Therapy (LDT), relaxation musculaire profonde progressive, thérapie d'exposition, désensibilisation.

Concernant les traitements pharmacologiques, pour le traitement des cauchemars associés à l'ESPT, « peuvent être utilisés » : les antipsychotiques atypiques (olanzapine, risperidone, aripiprazole, quetiapine), la clonidine, la cyproheptadine, le fluvoxamine, la gabapentine, le nabilone (cannabinoide de synthèse), la phenelzine, la prazosine, le topiramate, la trazodone, les antidépresseurs tricycliques. Dans les cauchemars idiopathiques, le prazosine, le nitrazépam et le triazolam « peuvent être utilisés ». Enfin, la clonazépam et la venlafaxine « ne sont pas recommandées ».

1.1.2.6.2 – Imagery Rehearsal Therapy (IRT)

Madame M (cf 1.1.2.5.1 et 1.1.2.5.3) présente, parmi ses nombreux cauchemars, un rêve récurrent se situant dans son enfance : celui de son père, qui rentre alcoolisé un soir. Son petit frère, sa mère et elle sont attablés pour le diner. Son père s'emporte, se met à crier, puis s'en prend au frère de madame M, le menaçant de son ceinturon. Celle-ci s'interpose alors, et c'est finalement elle qui subit les violences physiques. Elle est dans une phase dépressive et fait ce rêve plusieurs fois par semaine, se réveille terrorisée, et ne peut alors plus se rendormir. Nous lui demandons donc, après qu'elle ait décrit précisément le cauchemar, d'en réimaginer la fin. Elle décide donc de réécrire le scénario onirique en y introduisant son grand père, figure protectrice de son enfance, qui viendrait s'interposer entre elle et son père, puis chasserait ce dernier de la maison. Elle écrit cette nouvelle scène et la relit chaque soir avant de se coucher. Très rapidement, elle me rapporte une efficacité, ne faisant plus ce rêve répétitif. Elle décrit également une amélioration vis-à-vis des autres cauchemars, et de son sommeil en général.

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont largement fait leurs preuves. La plus couramment utilisée pour les cauchemars récurrents d'origine traumatiques s'appelle Image Rehearsal Therapy (IRT), thérapie cognitive par l'image en français. Elle consiste pour un sujet « à travailler à l'éveil avec un cauchemar récent en réimaginant la scène et trouver une issue plus heureuse. Ensuite, l'individu pense à nouveau à la scène modifiée pendant plusieurs minutes chaque jour. Le sujet n'est jamais amené à répéter l'ancien cauchemar comme cela pourrait être le cas dans les thérapies d'exposition ou de désensibilisation. A la

place, on demande au sujet souffrant de cauchemars récurrents de répéter uniquement la nouvelle série d'images obtenue en modifiant intentionnellement le cauchemar d'origine. » (77) Cette technique nécessite peu d'entrevues avec le patient pour l'initier. Par la suite, un entraînement quotidien entre trois et six mois en plus d'un accompagnement psychologique est généralement nécessaire pour aboutir à une réduction des symptômes. Il semblerait que l'effet soit bien plus rapide pour les cauchemars idiopathiques, donc sans rapport avec un traumatisme, en particulier chez l'enfant. On demande au patient d'écrire (voire de dessiner pour l'enfant) le cauchemar au réveil puis d'en modifier la fin. « Celui qui tombe sans arrêt d'une falaise peu inventer une fin où il déploie un parachute ; celui qui voit des morts vivants peut prendre du recul en imaginant qu'il est caméraman d'un film dans lequel les zombies sont en réalités des acteurs déguisés et maquillés. » (6)

Les études randomisées réalisées ont montré une forte réduction de la fréquence des cauchemars dans les groupes utilisant l'IRT (124). Une étude de Krakow de 2001 (76) démontrait que la technique améliorait significativement la fréquence des cauchemars, la qualité du sommeil et également les symptômes du stress post traumatique, (réduction de 60%). L'effet était maintenu après trois et six mois de suivi comparativement au groupe contrôle, stabilité que l'on retrouve dans la littérature. En conclusion, l'IRT semble être efficace dans le traitement des cauchemars idiopathiques et post-traumatiques. C'est un traitement généralement bien toléré, et relativement facile à initier. Aurora et collaborateurs (9) recommandent son utilisation dans le traitement des cauchemars en grade A s'appuyant notamment sur l'étude de niveau 1 de Krakow. (76)

1.1.2.6.3 – Exposure Relaxation and Rescripting Therapy (ERRT)

Le protocole d'ERRT, tel que décrit par Davis et Wright en 2005 (25), peut se faire en trois séances. La première implique de s'intéresser au traumatisme, à son développement, à son maintien puis à l'impact des cauchemars, ainsi qu'à l'hygiène de sommeil. La Relaxation Musculaire Progressive (PMR : Progressive Muscle Relaxation) est une technique apprise durant cette séance que le sujet devra pratiquer au retour à domicile. Il devra également être attentif aux symptômes de traumatismes, aux cauchemars, à la quantité et qualité du sommeil. Ces données seront traitées dans la deuxième séance, et la thérapie d'exposition sera expliquée. Le sujet écrit ensuite ses cauchemars les plus fréquents et les plus perturbants et les lit à haute voix. Le thérapeute et le sujet identifient des thèmes traumatiques spécifiques

incorporés dans le cauchemar et discutent de leurs relations au traumatisme d'origine, de la façon dont ils se sont manifestés lors de ce choc et au décours. Par la suite, le patient doit réécrire ses rêves en incorporant des thèmes plus positifs, par exemple de sûreté, de confiance, de puissance … Ces nouveaux rêves sont répétés et relus au domicile, accompagnés de relaxation. Des scores subjectifs d'anxiété sont obtenus avant et après l'écriture du rêve, la lecture à haute voix, et enfin la lecture de la version corrigée. La troisième session évalue enfin la fréquence et la sévérité des cauchemars. Elle permet également d'anticiper les difficultés ultérieures, de discuter des stratégies de relaxation et d'adaptation.

L'ERRT s'inspire des techniques d'exposition, classiques dans le traitement des troubles phobiques. En effet, les participants écrivent leurs cauchemars, les lisent, en discutent avec leur thérapeute, identifient les émotions et les thèmes en rapport avec le traumatisme, puis discutent leurs relations avec le choc d'origine et ses suites. Il est possible que cette forme d'exposition puisse améliorer l'efficacité du traitement par l'extinction progressive de la peur en lien avec les images traumatiques, l'identification de l'impact du traumatisme sur les émotions du cauchemar, et la décroissance des mécanismes d'évitement de ce matériel anxiogène. On peut également supposer le rôle bénéfique de l'apprentissage des règles d'hygiène du sommeil et des techniques de relaxation.

Au final, l'ERRT combine une éducation aux règles d'hygiène du sommeil, une technique de relaxation (PMR), et une exposition au traumatisme en réécrivant les cauchemars, donc une technique d'IRT. Si l'efficacité de cette thérapie cognitive et comportementale est probable au vu des outils utilisés, les résultats sont peu nombreux (mais positifs). (94)

1.1.2.6.4 – Lucid Dreaming Therapy

On peut également citer la Lucid Dreaming Therapy(LDT), basée sur la reconnaissance par le rêveur de signes oniriques, lui indiquant qu'il rêve. Le rêve lucide est la propension chez un individu donné à être conscient qu'il rêve, voire de diriger ses rêves. On retrouve donc des éléments de la veille et du sommeil. « En rêve lucide, le rêveur est capable d'introspection et identifie la nature virtuelle du rêve en cours » (6). L'expérience ponctuelle de ce phénomène semble courant dans la population générale. Les femmes et les individus jeunes, surtout les enfants autour de 6 ans, l'expérimentent davantage (165). En pathologie, les patients

souffrant de narcolepsie rapportent spontanément des rêves lucides, davantage durant leurs fréquentes (du fait de la maladie) siestes diurnes (28).

L'apprentissage de cette capacité de conscience onirique est favorisé par l'intêret que l'on porte aux rêves, notamment par la tenue d'un journal de rêve. Diverses techniques sont évoquées par Isabelle Arnulf (6), dont la technique MILD (Mnemonic Induction of Lucid Dreams), qui « vise à imaginer un scénario de rêve avant de dormir en cherchant à le mémoriser pour ensuite le reprendre lucidement en rêve ». Des variantes sont proposées, comme s'imaginer intensément en train de savoir que l'on rêve et qu'on dirige celui-ci, ou prendre conscience d'éléments diurnes validant que la scène n'est pas rêvée. « La forte capacité du cerveau, pendant le sommeil, à réexécuter des actions ou préoccupations de la journée peut donc permettre que ces questionnements affleurent à la conscience du rêveur » (6).

L'objectif d'une telle technique dans le cadre des cauchemars est double : minimiser l'impact de la scène onirique effrayante (puisque le sujet est conscient qu'il rêve), et modifier le scénario du rêve. L'intérêt, outre l'aspect ludique, ne se situe pas uniquement dans le traitement des cauchemars récurrents comme pour les techniques cognitives précédentes, mais dans la correction plus globale du caractère anxiogène de tels rêves, répétitifs ou non.

Cependant, peu de références à cette méthode ont été retrouvées et les résultats étaient critiquables. (9,94,152) De plus, la LDT me paraît d'apprentissage plus complexe que les techniques évoquées ci-dessus, nécessitant d'avantage de temps.

1.1.2.6.5 – Traitement pharmacologique : la prazosine

Monsieur W, 34 ans, fume du cannabis depuis 15ans quotidiennement. Durant cette période, il dit ne jamais avoir rêvé. Il est décidé à arrêter le cannabis et fait un sevrage à domicile. Il est revu deux semaines après. Il présente une forte activité onirique, dérangeante, à type de cauchemars avec réveils en sursaut et en sueur. Il se dit épuisé, et pouvant difficilement assumer sa journée de travail. S'il est déterminé à maintenir son abstinence, il affirme qu'il ne peut pas continuer à dormir aussi mal. Un traitement par prazosine est donc instauré à 1mg au coucher puis il est revu une semaine après. Il décrit un effet bénéfique mais partiel, sans effet secondaire. La posologie est majorée à un demi comprimé de 5mg. Il décrit

alors une activité onirique plus classique, sans cauchemar, lui permettant de maintenir son abstinence cannabique.

Le neurotransmetteur norépinéphrine semble jouer un rôle important dans la physiopathologie des cauchemars associés à l'ESPT, des éveils nocturnes, des troubles de l'attention et de la vigilance. Les taux urinaires et dans le Liquide Céphalo Rachidien (LCR) de norépinéphrine seraient élevés chez ces patients, et corréleraient avec la sévérité de la maladie (9). Des traitements pouvant réduire cette hyperactivité ont donc été proposés dans le cadre de l'ESPT. Dans cette logique, des béta-bloquants non sélectifs ont été testés sans succès, ce d'autant que ces traitements sont souvent associés à des troubles du sommeil.

La prazosine est un antagoniste des récepteurs adrénergiques alpha-1 utilisé comme anti-hypertenseur. Ces récepteurs sont impliqués dans la pathogénie de l'ESPT. En polysomnographie (156), ce traitement provoque un allongement du temps total de sommeil, un allongement de la durée totale du stade REM, sans modification de la latence d'endormissement.

Ce traitement est fréquemment retrouvé comme thérapeutiques spécifiques des cauchemars post traumatiques. Si les résultats sont généralement négatifs dans le traitement de la symptomatologie globale de l'ESPT, plusieurs études (9,94,117,118) contre placebo montrent des résultats divergents dans l'amélioration des troubles du sommeil et notamment des cauchemars, rendant son utilisation controversée. Dans sa revue de littérature, Detweiler (27) montre une absence d'efficacité dans la conclusion de 51% des études, une réponse partielle dans 43%, et une disparition totale des cauchemars dans 6% des études. Les posologies les plus fréquemment retrouvées s'étalaient de 1 à 10mg pour les études qui retrouvaient une réponse positive.

Si l'utilisation de ce traitement a été réfléchie dans le contexte de l'ESPT, il a également été utilisé pour des patients souffrant de ND sans traumatisme associé. Les études sont moins nombreuses, et la méthodologie ne prend pas toujours en considération la préexistence d'un traumatisme avant la maladie des cauchemars. De plus, aucune étude comparant l'efficacité du traitement dans l'ESPT et dans le ND n'a été trouvée. Les résultats semblent malgré tout similaires.

Dans toutes les études citées ci-dessus, la prazosine semble être généralement bien tolérée. Cependant, du fait de son effet anti-hypertenseur, une hypotension orthostatique devrait être recherchée, d'autant plus chez les patients âgés ou polymédiqués.

Au final, l'utilisation de la prasozin est à pondérer par le clinicien. Ce traitement est cependant la seule chimiothérapie selon l'AASM (9) qui « peut être utilisée » à la fois pour le ND et les cauchemars associés à l'ESPT. Le traitement ne présente que peu d'effets secondaires et il peut être un outil intéressant en complément ou en substitut des psychothérapies citées ci-dessus. Selon Morgenthaler et collaborateurs (94), « il est clair que beaucoup de patients répondent très bien à ce traitement et il reste le premier choix en traitement médicamenteux ».

1.1.2.6.6 – Autres traitements pharmacologiques

Le nitrazepam et le triazolam sont des benzodiazépines hypnotiques. S'ils sont cités par l'AASM comme pouvant être utilisés dans le traitement du ND, cela ne repose que sur une étude de 1983, sans comparaison au placebo. En pratique, ils ne doivent pas être utilisés. La venlafaxine et le clonazépam s'avéraient inefficaces dans deux études contre placebo, dans des populations de traumatisés, d'où les recommandations de ne pas les utiliser. Enfin, les thérapeutiques citées ci-dessus, « pouvant être utilisées » pour les cauchemars associés à l'ESPT, seront abordées dans le paragraphe correspondant et ne sont pas recommandées pour un ND sans lien avec un traumatisme.

1.1.2.7 – Synthèse

Le Nightmare Disorder est commun, affectant environ 5 % de la population adulte. La présence concomitante d'un trouble anxieux, d'une pathologie psychiatrique et de cauchemars est commune, suggérant un continuum entre ces différentes affections. Le ND est donc davantage présente en population psychiatrique, associé à une détresse psychologique accrue, une auto-agressivité, des conduites suicidaires. Il impacte négativement la qualité de vie diurne, provoque des troubles du sommeil, exacerbe une psychopathologie sous-jacente.

Un petit nombre d'études prospectives montrent cependant que les cauchemars ne surviennent pas uniquement en comorbidité avec les troubles psychiatriques, mais peuvent aussi être des indicateurs précoces d'un début d'expérience psychotique, d'ESPT et de

troubles du sommeil. Il convient donc de rechercher un ND, d'en repérer les causes et conséquences, puis de proposer une stratégie thérapeutique adéquate. Celle-ci s'appuie davantage sur des mesures cognitives et comportementales, ciblant souvent l'insomnie au même titre que l'activité onirique pathologique. Les patients qui ont suivi un traitement spécifique ont une meilleure qualité de sommeil, se sentent plus reposés et éveillés la journée, et rapportent moins de fatigue et de somnolence, donc une amélioration de leur insomnie. (9) Il est probable que le traitement ait un impact positif sur les troubles psychiques comorbides.

1.2 – Parasomnies du Sommeil Lent

Elles se présentent sous la forme des trois entités : le somnambulisme, la terreur nocturne, et l'éveil confusionnel. Elles sont spécifiques du Sommeil lent profond, et se déroulent donc préférentiellement en premier tiers de nuit. Elles relèvent d'anomalies de la transition Sommeil-Veille. La durée des épisodes est variable, de quelques secondes à plusieurs minutes. Une mauvaise perception de l'environnement est observée ainsi qu'une maladresse participant à un risque accru d'accidents. La capacité d'interaction avec autrui est limitée. Un contenu onirique est fréquent, en rapport avec les mouvements ou l'état anxieux constatés, justifiant la place de ce paragraphe dans ce travail. Les éveils confusionnels ne seront pas abordés ici du fait de l'absence de donnée concernant une éventuelle spécificité du trouble par rapport aux rêves.

1.2.1 – Somnambulisme

1.2.1.1 – Sémiologie

Monsieur K, 25ans, vient de débuter un nouveau travail il y a un mois. Ce nouvel emploi représente un fort stress chez ce patient. Il a repris récemment un traitement par benzodiazépine et cyamémazine. Depuis environ quatre semaines, sa compagne décrit des épisodes fréquents où monsieur K se lève et sort du lit, ainsi que des somniloquies. Lui-même dit s'être réveillé à plusieurs reprises assis avec un pot de pâte à tartiner sur les genoux et une cuillère à la main. Par le passé, il se souvient s'être réveillé dans sa voiture, sans que le moteur ne soit allumé. Cela semble lui arriver davantage en première partie de nuit. Il n'a généralement aucun souvenir de rêve lors de ces épisodes.

Les manifestations motrices sont au premier plan. L'expression comportementale est en général simple, le sujet s'assoit ou se lève et marche dans sa chambre. Il garde les yeux ouverts, le regard est vide, les gestes lents, souvent maladroits et relevant d'automatismes. Il peut être amené à exécuter des fonctions plus complexes, comme ouvrir et fermer des portes, s'habiller, cuisiner, jouer d'un instrument de musique, voire sortir de son domicile et conduire (87). L'amnésie de l'épisode est en fait surtout retrouvée chez l'enfant. Cela n'est pas le cas chez l'adulte, chez qui les souvenirs de l'épisode sont lacunaires et fugaces, mais sont présents dans plus de la moitié des cas. (172)

1.2.1.2 – Epidémiologie

La prévalence du somnambulisme est d'environ 3% chez les enfants en bas âge, puis augmente à environ 11% entre 7 et 8 ans, puis 13.5% à 10 ans, pour décroître ensuite à 12.7% à 12 ans. Cette prévalence diminue ensuite rapidement durant l'adolescence. A l'âge adulte, ce trouble du sommeil était retrouvé chez environ 2 à 4% de la population (172). Globalement, un somnambule adulte a eu des épisodes durant l'enfance, sans qu'une parasomnie infantile augure d'un trouble à l'âge adulte. (61) Enfin, une part génétique était très souvent retrouvée, puisque le trouble était présent chez l'un des deux parents dans environ 70% des cas. (6)

1.2.1.3 – Facteurs favorisants

Monsieur R, 38ans, est sous traitement substitutif oral par méthadone depuis 3ans. Il est très anxieux, et prend un traitement par cyamémazine, et paroxétine. Depuis peu, il s'automédique en prenant les benzodiazépines de sa compagne. Il consomme également quatre verres de vin tous les soirs. Enfin, il a une sémiologie fortement évocatrice de syndrome d'apnée du sommeil. Monsieur R a régulièrement des épisodes de mouvements nocturnes, de somniloquies. Il n'est pas rare qu'il se réveille sur une chaise dans une autre pièce que la chambre. Il s'est récemment levé et est sorti de la maison. Lorsqu'il se réveille, il ne se souvient généralement que d'un contenu onirique bref, en rapport avec l'action entreprise.

Tous les éléments augmentant le SLP sont susceptibles de majorer la quantité de crises. Ainsi, la privation de sommeil et le rebond de stade N3 qui s'en suit, l'activité physique vespérale, les épisodes fébriles et certains médicaments (neuroleptiques sédatifs, des opiacés, les médicaments GABAergiques, certains anti-dépresseurs) peuvent provoquer l'occurrence

de crise. Les facteurs majorant la confusion lors des réveils sont aussi mis en cause, comme les prises d'alcool, de traitements (benzodiazépines et apparentés, notamment le zolpidem), les apnées sévères. Enfin, tout élément réveillant le dormeur en SLP peut déclencher la crise : bruits secs, les dîners riches en calories, les prises d'alcool, les apnées du sommeil, les mouvements périodiques du sommeil, le stress de la veille …

La littérature (172,87) suggère que les somnambules sont en moyenne plus anxieux que les sujets contrôles. Dans la petite enfance, l'apparition de crises peut être contemporaine d'angoisses de séparation. De manière générale, un facteur de stress dans la vie quotidienne peut augmenter la fréquence des parasomnies chez les enfants comme chez les adultes. Cependant, il n'y a pas de tendance fortement significative à une comorbidité psychiatrique particulière.

1.2.1.4 – Contenu onirique

Selon Isabelle Arnulf, « entre 1970 et 2006, on apprenait dans tous les cours sur le sommeil que les somnambules n'étaient pas en train de rêver. Et qu'ils étaient systématiquement amnésiques de leurs comportements nocturnes. » (6). Puisqu'il s'agit d'une parasomnie du SLP, l'absence de rêve associé concordait avec le très faible taux de rêves qu'on obtenait en réveillant des sujets sains dans ce stade. Cependant, on sait à présent que les rêves ne sont pas restreints au seul stade REM. L'étude de Oudiette et collaborateurs (105) a ainsi montré que les rêves étaient présents au moment de l'acte somnambule, mais qu'ils pouvaient aussi avoir un impact sur le comportement moteur durant cet épisode. Dans cette étude, 71% des patients somnambules se rappelaient occasionnellement de rêves associés à leurs comportements nocturnes, et les récits de rêves étaient bien souvent congruents aux vidéos enregistrées en laboratoire, suggérant qu'il s'agissait d'une mise en acte du rêve. Les scénarios recueillis sont brefs et souvent limités au souvenir d'une seule scène, à contenu le plus souvent anxiogène. « On a le sentiment que cet état intermédiaire entre le sommeil et l'éveil ne permet d'accéder qu'à la dernière image d'un rêve dont tout le reste est effacé, presque comme une hallucination, au sortir du sommeil ».(6)

Les capacités d'interactions du somnambule, bien que très restreintes vis-à-vis d'un individu éveillé, sont souvent constatées. Le patient donne de fait l'impression d'être conscient de l'environnement physique durant l'épisode, peut éventuellement parler avec un

proche. Ces données ne sont pas retrouvées dans un rêve normal ou secondaire à un TCSP, la conscience de l'environnement physique étant alors infime. Ainsi, les « décors de rêves » étaient différents dans l'étude d'Uguccioni et collaborateurs (161), qui comparaient les rêves de patients souffrant de somnambulisme avec ceux souffrant de TCSP. Les rêves de somnambules se déroulaient majoritairement dans leur chambre et en intégraient des éléments (lits, draps, oreiller, mobilier, plafond …) alors que dans l'autre groupe, l'environnement était plus souvent différent (jungle, travail, rue …). Or, les somnambules ont très souvent les yeux ouverts durant la crise, ce qui peut supposer qu'ils sont capables d'intégrer des éléments du décor réel dans le rêve alors que les autres patients qui ont les yeux fermés, n'en intègrent rien. (6)

Le contenu de rêves, selon les études précédemment citées (105,161), était sensiblement différent pour un patient souffrant de somnambulisme et de TCSP. Les premiers vivaient davantage d'événements malchanceux auxquels ils répondaient par la fuite en sauvant leurs proches. Les seconds vivaient majoritairement une attaque d'animaux ou d'agresseurs humain dirigés contre eux ou leurs proches et répondaient en se défendant à coups de poing et de pied. Ces réactions à deux grands types de simulations de danger pourraient correspondre à des réponses adaptatives à ce danger. Elles seraient sous-tendues par des mécanismes cérébraux différents en fonction du stade de sommeil : « la simulation de catastrophe naturelle avec nécessité de fuir le plus vite possible en sommeil lent, et la simulation de bagarre avec nécessité de se défendre immédiatement en sommeil paradoxal. » (6) Ces menaces pourraient ainsi être un système permettant aux humains de réagir de façon adaptée à un large spectre de dangers durant la journée.

Cette théorie reste bien entendue hypothétique et n'explique pas le mécanisme physiopathologique du somnambulisme. Cette parasomnie est d'avantage une pathologie de l'éveil plutôt que du rêve, le sujet semblant avoir un trouble de la transition du stade de sommeil lent à l'éveil. Le contenu de rêve semble malgré tout modifié au cours de la maladie.

1.2.1.5 – Traitement

Il s'agit surtout de mesures environnementales, de protection : retirer les lits en mezzanine ou superposés, couper le gaz, mettre des barrières devant les escaliers, cacher les clefs de la voiture. Il faut également supprimer ou du moins réduire tout facteur favorisant.

Enfin, si les crises sont trop fréquentes, avec mises en danger répétées, on retrouve dans la littérature certaines thérapeutiques médicamenteuses, sans toutefois d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Il s'agit du topiramate dans le trouble alimentaire du sommeil, de la paroxétine dans les suspicions de sexsomnie, et parfois du clonazépam, malgré la suspicion de majoration du risque de crise sous benzodiazépines.

1.2.2 – Terreurs nocturnes

La terreur nocturne est classiquement caractérisée par un réveil en sursaut marqué par un cri et suivi d'une confusion, d'une désorientation, d'une activité motrice durant de quelques secondes à parfois plusieurs minutes. Elles sont caractérisées par l'importance des manifestations comportementales et neurovégétatives de peur (tachycardie, hypersudation, difficultés respiratoires, mydriase, érythrose cutanée) (87). L'état d'éveil est partiel. Si ce trouble est surtout présent chez l'enfant, il peut également être constaté chez l'adulte, et notamment dans les suites d'un traumatisme.

Le somnambulisme et les terreurs nocturnes ont une symptomatologie très proche : difficultés pour réveiller le patient, confusion mentale à l'éveil après l'épisode, amnésie partielle ou complète de l'épisode au réveil le lendemain. Les deux troubles sont présents en SLP et ont fréquemment une origine génétique. Il n'est d'ailleurs par rare, pour un même individu, ou dans une même famille, de constater les deux types de crises. (105)

Concernant le contenu onirique, les auteurs des études citées (6,105,161) dans le paragraphe précédent ne constataient pas de différences entre ces deux parasomnies de SLP, et les considéraient donc le plus souvent sans distinction. Ainsi, la seule spécificité retenue est ce lien possible entre terreurs nocturnes et traumatisme récent, et qui est abordé dans le chapitre suivant.

1.3 – Etat de stress post traumatique

1.3.1 – Historique

L'état de stress post traumatique a été inscrit en 1980 au DSM (3ème édition), et en 1992 à la CIM. Il est connu sous divers noms depuis la deuxième partie du 19ème siècle. Hermann Oppenheim (1857-1919) évoque la « Névrose traumatique », concept introduit dans le contexte des accidents de chemin de fer. Ce concept comprend alors le souvenir obsédant de

l'accident, des troubles du sommeil avec agitation, des cauchemars de reviviscence, la phobie du chemin de fer et une labilité émotionnelle. Cette entité sera discutée par Pierre Jannet (1859-1947), réfutée par Jean-Martin Charcot (1825-1893), précisée par Joseph Breuer (1842-1925) et Sigmund Freud (1856-1939) en utilisant les concepts de préconscient et de catharsis. Les guerres successives du vingtième siècle donnèrent lieu à de nouvelles appelations : la « névrose et psychonévrose de guerre », l' « obusite » durant la première guerre mondiale, l' « exhaustion » (épuisement) durant la seconde, le « syndrome d'hypermnésie émotionnelle paroxystique tardive » des déportés (décrit en 1954 par René-Jacques Targowla). La guerre du Viêt Nam va mettre cette symptomatologie davantage en exergue devant les fréquences importantes de troubles psychiatriques chez les vétérans américains, aboutissant donc à la reconnaissance de cet état de stress post traumatique en 1980. Les guerres ne sont pas les seules sources de traumatismes psychiques et il convient de citer les travaux précoces de Burgess et Holmstrom en 1974 concernant les conséquences psychologiques d'un viol. La sémiologie est aujourd'hui bien reconnue, et le traitement bien établi.

1.3.2 – Sémiologie

1.3.2.1 – Symptômes généraux

Le DSM 4 répartissait les 17 symptômes objectivant l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) en trois grands groupes :

- Le critère B se focalise sur les manifestations de reviviscence de la scène.
- Le critère C marque l'évitement des stimulus associés au traumatisme et « l'émoussement de la réactivité générale ».
- Le critère D signe « l'activation neurovégétative » (trouble du sommeil, irritabilité, difficulté de concentration, hypervigilance et réaction de sursaut exagérée).

Le critère A concerne la scène de traumatisme primaire, de par sa nature (le patient ayant été témoin ou victime) et de par la réaction immédiate. La durée doit être supérieure à un mois, selon le critère E. Enfin, il y a une répercussion sociale, professionnelle, ou une souffrance « cliniquement significative » (critère F).

Le critère B mérite l'attention. Le DSM 4 évoque plusieurs manifestations de reviviscence. On trouve les « souvenirs répétitifs et envahissant de l'évènement et comprenant des images, des pensées ou des perceptions » et « les rêves répétitifs de

l'événement provoquant un sentiment de détresse ». L'événement traumatique peut donc être revécu dans une temporalité diurne ou/et nocturne. La symptomatologie peut enfin survenir indépendamment de tout facteur ou être déclenchée par « l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique ».

1.3.2.2 – Symptômes nocturnes

Indépendamment des cauchemars, l'ESPT est réputé induire des troubles du sommeil multiples (170) : une latence d'endormissement en moyenne plus importante, un temps de sommeil total diminué, une augmentation du nombre et de la durée des éveils puis une augmentation du temps pour se rendormir. Les données de la littérature sont souvent inconstantes à ce sujet (16), posant la question d'une mauvaise auto-appréciation du sommeil. Une méta-analyse de 2007 menée par Kobayashi et collaborateurs et reprenant vingt études avec polysomnographie (74) tend cependant à affirmer l'existence de troubles du sommeil dans l'ESPT et suppose que la divergence des données de la littérature repose sur des facteurs de confusion non contrôlés, tel que le temps séparant le traumatisme de l'étude. Concernant l'architecture du sommeil, bien des chercheurs ont tenté de mettre en exergue des modifications, notamment dans le stade REM du fait de l'activité onirique pathologique. Ils partaient du postulat que le rêve se déroule de façon prédominante dans le sommeil paradoxal et qu'il devait nécessairement y avoir une anomalie de cette phase. Or, la fréquence de chaque stade de sommeil n'est jamais significativement modifiée dans les études bien menées sur le sujet (le sommeil lent profond peut parfois être légèrement diminué au profit du sommeil lent léger). La revue de littérature de Wittmann et al en 2007 (167) reprend les données de 27 polysomnographies et ne montre globalement pas de modification de stade REM, tant dans la latence que dans la durée, et dans la densité des mouvements oculaires rapides (MOR). Les quelques études trouvant des résultats significatifs présentent des biais de confusion du fait de comorbidités dépressives. Or, la pathologie dépressive peut engendrer une diminution dans la latence du premier cycle de sommeil paradoxal et une augmentation de la densité de MOR.

1.3.2.3 – Symptômes associés aux cauchemars

Un article récent de Mysliwiec et collaborateurs (95) nomme TSD, « Trauma associated Sleep Disorder » (trouble du sommeil associé au traumatisme en français), le cortège de

symptômes nocturnes consécutif à un traumatisme. Ce trouble pourrait évoluer sans que les critères d'ESPT soient remplis. Si les cauchemars occupent une place majeure, les auteurs rappellent qu'ils peuvent avoir lieu en stade REM et NREM, même si le contenu semble différent. Ils proposent également un critère de « comportement nocturne perturbé » (« Dirsuptive Nocturnal Behaviors », DNB) qui inclut des vocalisations, principalement des cris, ou des mouvements anormaux durant le sommeil, plus ou moins complexes. Les chercheurs s'appuient notamment sur une cohorte de vétérans. Mellman et collaborateurs (91) trouvaient, dans le groupe de patients souffrant d'ESPT, 59% de mouvements violents voire de combat, 51% de réveils en panique, et 38% de terreurs nocturnes. La moitié de ces patients étaient en stade NREM. La majorité des sujets ne se rappelaient pas de rêve associé à ces éveils anxieux. Ceux qui s'en souvenaient étaient tous en stade REM, et le contenu onirique, anxiogène, coïncidait avec les mouvements ou/et les cris constatés.

Mysliwiec et collaborateurs (95) suggèrent également que le TSD comporterait une diminution de tonus musculaire au stade REM, de façon isolée durant les cauchemars. Cela pourrait donc faciliter la mise en acte des rêves durant ce trouble. Les auteurs tempèrent cependant cette hypothèse, devant l'absence de reproductivité aux analyses polysomnographiques. Cette anomalie n'est pas retrouvée non plus dans cette revue de littérature (16,74,167,170).

Par conséquent, le TSD, s'il est une entité discutable du fait de l'intrication fréquente de la symptomatologie dans celle de l'ESPT, regroupe quelques données importantes des parasomnies après un traumatisme.

- Les cauchemars post traumatiques interviennent en stade REM et NREM, à la différence des cauchemars idiopathiques habituels.
- Les symptômes nocturnes de l'ESPT ne s'arrêtent pas aux seuls cauchemars, et l'on peut constater des parasomnies durant le sommeil lent et le sommeil paradoxal, à type de terreurs nocturnes et de mise en acte des rêves.
- Ces parasomnies peuvent survenir sans que les critères de l'ESPT soient tous remplis, donc en l'absence de diagnostic.
- Les DNB tels qu'évoqués ci-dessus seraient principalement présents dans une phase aiguë du trouble après le traumatisme.

1.3.3 – Cauchemars dans l'Etat de Stress Post Traumatique

1.3.3.1 – Epidémiologie

La prévalence de cauchemars (sans distinction dans la définition) dans l'ESPT est forte, particulièrement dans une phase précoce. Selon Neylan et al (98), 52% de vétérans du Vietnam souffrant d'ESPT rapportaient des cauchemars « fréquents » à « quelques fois » contre 6% pour les sujets contrôles. Le taux mensuel descendait à 19% dans une étude téléphonique à Toronto (103), contre 4% chez les sujets indemnes de pathologie traumatique. Plus récemment, dans une cohorte de jeunes survivants de la tuerie de masse de Utoya en Norvège en 2011 (146), 37.5% de patients présentaient des cauchemars 1 à 2 fois par semaine 2 ans après, contre 2.3% pour les témoins. Les pourcentages les plus importants peuvent dépasser les 70% (73,80,167). Les variations sont donc importantes et peuvent être expliquées entre autres par le délai séparant l'étude du traumatisme, les définitions de « cauchemars », ainsi que la fréquence choisie pour caractériser ces rêves. Cette fréquence peut parfois monter chez certains patients à six occurrences par semaine selon Krakow et collaborateurs (78). Si un certain nombre des patients souffrant d'ESPT guérissent dans l'année suivant l'épisode initial, d'autres évoluent sur un mode chronique. Il en va de même pour les cauchemars traumatiques. Ils peuvent perdurer à la même fréquence et intensité durant des années, altérant la qualité de sommeil et donc de vie (47,73). En 2000, Schreuder et collaborateurs retrouvaient 56% de patients souffrant d'ESPT à la suite de la seconde guerre mondiale présentant au moins un cauchemar post traumatique hebdomadaire plus de 40 ans après l'épisode initial. (139)

1.3.3.2 – Typologie des cauchemars

1.3.3.2.1 – Classification des rêves traumatiques

Monsieur S, 51 ans, me décrit un traumatisme vécu il y a 2 ans à Montpellier. Il marchait avec un ami dans une ruelle, lorsqu'une voiture a freiné brusquement et s'est arrêtée à leur hauteur. Quatre personnes en sont descendues et les ont violentés sans motif. Il en garde toujours un souvenir très précis. Cette scène est revécue à l'identique durant son sommeil une à deux fois par mois. Dans d'autres rêves il entend distinctement le crissement de pneus d'une voiture qui freine. Il me décrit également des scènes oniriques ayant pour cadre cette ruelle,

sans que le contenu ne se réfère à la rixe. Le premier type de rêve, répliquant exactement la scène originelle, est très vivide et angoissant, provoquant systématiquement un réveil. Le deuxième type de réveil, avec évocation du traumatisme par un stimulus auditif est anxiogène mais ne le réveille pas systématiquement. Le troisième ne génère ni angoisse onirique ni éveil, mais lui évoque malgré tout la scène traumatique, et peut réactiver le souvenir de celle-ci durant la journée.

Schreuder et collaborateurs (137) proposent une classification intéressante. Ils considèrent un rêve comme post traumatique si le contenu est associé à l'expérience traumatique par le sujet. Ils différencient classiquement cauchemars et rêves anxieux par le fait qu'il y ait un réveil dans le premier cas. Ils tentent ensuite de classer les rêves réellement associés au traumatisme en fonction du degré de « réplication » de la scène originale (« replicative », mixte ou « non-replicative »).

La catégorie « non-replicative » est associée au traumatisme car la scène possède des éléments correspondants à l'évènement, mais des distorsions, une structure anormale. Les auteurs situent cette catégorie dans un stade REM, « comme des cauchemars normaux ». Le rêve peut par exemple se dérouler au même endroit que la scène originale, mais les personnages sont issus de souvenirs plus récents, n'étaient pas présents au moment du traumatisme.

La catégorie « replicative » semble être une reproduction exacte de l'expérience traumatique, possède un contenu logique, plus proche d'une pensée d'éveil, avec souvent une réaction anxieuse prononcée, des palpitations, une polypnée, une hypersudation. Les auteurs situent ces rêves davantage dans un stade NREM.

Au-delà du côté « réplicatif », le rêve peut aussi être répétitif s'il est expérimenté plus d'une fois. Enfin, les auteurs évoquent deux phénomènes avec éveils intra nuit, les cauchemars qualifiés d'« idiopathiques » par Schreuder (cauchemars sans rapport avec le traumatisme) et les terreurs nocturnes.

Classification des rêves post-traumatiques selon Schreuder et al (137)

Catégorie	Définition
• Rêve	Activité mentale accessible au souvenir durant le sommeil
• Rêve répétitif	Rêve qui est expérimenté plus d'une fois à l'identique
• Rêve anxieux	Rêve décrit comme effrayant sans réveil
• Cauchemar	Rêve décrit comme effrayant avec réveil
• Terreur nocturne	Eveil brutal d'un Sommeil lent avec une peur intense
• Rêve/Cauchemar traumatique	Le contenu onirique est associé avec un traumatisme par le rêveur
➢ « Replicative »	Le contenu onirique est une reproduction stricte de l'événement traumatique original
➢ Mixte	Le contenu onirique est partiellement similaire à l'événement traumatique original
➢ « Non-replicative » ou Symbolique	Le contenu onirique n'est pas réellement proche de l'évènement traumatique original mais s'y réfère

1.3.3.2.2 – Distribution selon le type de cauchemars

D'après Wittman et collaborateurs (167), les résultats de plusieurs études sont relativement homogènes dans la répartition des différents rêves au sein d'une cohorte de patients souffrant d'ESPT. Ils avancent qu'environ 50% de patient rapportent des cauchemars post traumatiques de type « réplicatif », donc une reproduction exacte de l'événement, et que ce type de cauchemar est plus volontiers répétitif. Schreuder (139) trouve la répartition suivante (concernenant les cauchemars traumatiques) : 42% de cauchemars « réplicatifs », 35% mixtes, 28% symboliques. Cela coïncide avec les données de la littérature, montrant des proportions de 40 à 77% de reproduction du traumatisme en rêve dans des cohortes de patients (24).

Cette classification possède un intérêt car il y a un lien patent entre cauchemars réplicatifs et développement d'un ESPT (41). Wittmann et collaborateurs (167) montrent en 2010 que l'occurrence de cauchemars réplicatifs précocement dans la phase suivant le traumatisme (10 jours après) est fortement prédicteur de scores élevés aux échelles de sévérité d'ESPT après deux et six mois de suivi. Cela était également le cas à moindre mesure pour les cauchemars « mixtes », résultat cependant obtenu dans un échantillon trop restreint. Ce résultat était nettement moins significatif pour les cauchemars non traumatiques

comparés aux rêves réplicatifs. En 2017, De Dassel et collaborateurs (24) obtiennent des résultats similaires. Ils s'appuient sur une échelle à six items, la NITE (Nightmare Intervention and Treatment Evaluation Scale) afin de caractériser les cauchemars de sujets traumatisés. Cette évaluation standardisée permettait de classer les rêves en fonction de leurs degrés de « réplicativité », la fréquence, et la composante anxieuse. Ils évaluent en parallèle, de façon standardisée, le diagnostic de dépression et de stress post traumatique. D'un point de vue épidémiologique, ils ne constatent pas de lien significatif entre le sexe et l'âge et les trois caractéristiques dominantes du cauchemars (fréquence, composante anxieuse et caractère « réplicatif »). Indépendamment de l'ESPT, il était intéressant de noter que la fréquence de cauchemars et leur charge anxieuse corrélait avec les scores à l'échelle de dépression, corrélation non retrouvée pour le trait « réplicatif ». Ni les symptômes de dépression, ni la fréquence des cauchemars, ni le caractère anxiogène de ceux-ci n'étaient des prédicteurs significatifs de diagnostic d'ESPT. Par contre, lorsque le caractère « réplicatif » des cauchemars était pris en compte, le modèle était bien plus pertinent. Les participants qui rapportaient des rêves mixtes (« partiellement réplicatifs »), avaient 10.3 fois plus de risque d'avoir un diagnostic positif d'ESPT comparés aux patients ayant des cauchemars « non réplicatifs ». L'odds ratio montait à 16,8 pour des patients ayant des rêves considérés comme « réplicatifs » à la NITE. Si la sensibilité et la valeur prédictive positive étaient relativement bonnes, respectivement 79% et 81.6%, la spécificité et la valeur prédictive négative étaient basses, respectivement 53.0% et 50.0%. Ainsi, les sujets rapportant essentiellement des cauchemars « réplicatifs » ont des scores plus élevés aux échelles de diagnostic et de sévérité de l'ESPT en comparaison avec des sujets dont les rêves sont essentiellement mixtes ou « symboliques ». Cependant, l'absence de cauchemars « réplicatifs » n'excluent pas le diagnostic. Il faut alors rechercher d'autres manifestations du cluster B du DSM-V, à savoir des manifestations d'intrusion (flashback, reviviscences diurnes).

1.3.3.3 – Contenu de rêves traumatiques

Monsieur V, 54ans, est un ancien militaire. Il y a 28ans, lors d'une intervention au Tchad, son équipe est tombée dans une embuscade. Un soldat a été touché par une balle à côté de lui, et en est décédé. En rêve, près de 30 ans après, il revit exactement la scène, voit son ami perdre du sang à ses côtés pendant qu'il essaye de stopper l'hémorragie, entend « les balles siffler ». Ces cauchemars sont nettement moins fréquents qu'avant, mais restent

mensuels. S'ils provoquent toujours un réveil, monsieur V. déclare : « j'ai appris à vivre avec, ça ne me fait plus rien. Avant j'étais en sueur, je pleurais en me réveillant, je ne fermais plus l'œil de la nuit. Maintenant je fume une cigarette et je me rendors. »

L'étude de Harb et collaborateurs en 2012 (51) est intéressante du fait du contenu onirique détaillé des sujets ainsi que de l'utilisation de l'Image Rehearsal Therapy (IRT). La cohorte comprenait une quarantaine de vétérans du Viet-Nam atteints d'ESPT, et qui souffraient de cauchemars traumatiques « réplicatifs » et répétitifs. Ils étaient tous traités par Image Rehearsal Therapy, et devaient donc choisir un cauchemar récurrent. « Près de la moitié des cauchemars contenaient au moins un type de détail sensoriel et la majorité contenait des éléments visuels de blessures ou de mort. Les références aux personnes tuées ou sévèrement blessées étaient fréquentes et concernaient essentiellement des collègues américains. La plupart des vétérans décrivaient une menace pour leur propre vie. Un tiers des cauchemars impliquaient que le rêveur tue ou blesse quelqu'un d'autre, certains perpétrant alors des violences abusives. Concernant le contenu émotionnel des cauchemars, 90% impliquaient un sentiment d'impuissance, 85% de peur, suivie de confusion (42%), de tristesse (27%), de dégoût (23%), de frustration (21%), de colère (21%), de culpabilité (17%) […] Les cauchemars exprimaient peu d'émotions positives, pas de joie, de relaxation, de soulagement, d'espoir, et seulement 8% de sensation de force ou fierté. […] Le thème le plus prévalent dans les cauchemars des vétérans était la peur de la mort, suivie par la sensation d'agression, le manque d'efficacité, le manque de contrôle, et la réflexion que la guerre est écœurante. » S'il est évident que ces patients ont une maladie post traumatique sévère et chronicisée, il est aisé de comprendre le caractère anxiogène voire terrifiant de ces scènes.

1.3.3.4 – Facteurs pronostics

1.3.3.4.1 – Cauchemars et sévérité de l'ESPT

Selon quelques études, l'occurrence de rêves à contenus négatifs avant l'exposition au traumatisme peut influer sur le développement et la sévérité de l'ESPT ultérieur, ainsi que sur d'autres troubles psychiatriques au décours (troubles dépressifs et anxieux notamment) (90,103). La précocité de l'apparition des cauchemars et des troubles du sommeil après l'exposition au traumatisme serait également prédicteur du développement ultérieur d'un

ESPT ainsi que de l'intensité des symptômes. (89,90) Il peut donc s'avèrer important de déceler cette activité onirique pathologique dans les suites d'un traumatisme. Nielsen et Ross (101), dans une revue de littérature de 2007, estiment que la sévérité de l'ESPT corrèle de manière générale avec la présence de cauchemars traumatiques. Ils tentent d'expliquer ce phénomène par l'hypothèse que la reviviscence de la scène en partie ou en totalité dans le rêve sensibilise à nouveau les patients au traumatisme initial contribuant ainsi au maintien de la symptomatologie et à sa sévérité.

Ainsi, ces données suggèrent que les cauchemars post traumatiques et plus généralement les troubles du sommeil, d'autant plus s'ils sont précoces, contribueraient à l'émergence d'une symptomatologie plus globale et sévère d'ESPT. Cela implique que ces troubles non traités peuvent mener à l'installation, au maintien, ou à l'exacerbation de la maladie. Des interventions thérapeutiques ciblées sur les problématiques de sommeil sont donc légitimes. Elles doivent être les plus précoces possibles en prévention de l'instauration de réactions post traumatiques au long cours.

1.3.3.4.2 – Types de traumatisme

Madame B, 23ans, a subi des attouchements sexuels lorsqu'elle avait 8 ans. Elle désigne trois de ses cousins comme étant les agresseurs. Elle a récemment revécu la scène dans des rêves se situant dans la maison de campagne où s'est produite l'agression, en présence de ses cousins. Elle voit l'un d'entre eux fermer la porte, puis se réveille systématiquement en sursaut. Elle dit avoir refoulé cette agression durant des années, et ne s'en est souvenue que très récemment, à l'occasion de ces cauchemars traumatiques.

L'équipe de Lutz Wittmann (167) évoque une étude de 1992, où des femmes victimes d'agressions sexuelles rapportaient davantage de rêves angoissants sans récurrence, alors que des hommes migrants victimes d'acte de torture évoquaient plus de cauchemars récurrents. Dans une étude de Schreuder en 1998 (138), les vétérans allemands de la seconde guerre mondiale notifiaient plus de cauchemars post-traumatiques répétitifs et « réplicatifs » que les civils, traumatisés de guerre, plus de quarante ans après l'évènement. Selon Van der Kolk et Fisler (162), les victimes de traumatisme durant l'enfance expérimentaient plus souvent des cauchemars symboliques ou idiopathiques que les adultes (42% contre 20%, respectivement).

Cependant, ces résultats d'études anciennes sont à interpréter avec prudence devant de nombreux biais de confusion, puisqu'il n'y avait pas d'ajustements, entre autres, sur l'âge, le sexe et l'intervalle entre le traumatisme et l'évaluation. S'il est acquis que des traumatismes de multiples natures peuvent induire un ESPT, il est difficile de relier aujourd'hui le type de traumatisme au type de cauchemars.

1.3.4 – Traitement

Il repose le plus souvent sur une psychothérapie associée à des antidépresseurs. L'adjonction d'un traitement hypnotique sur une période courte n'est pas rare devant les plaintes de sommeil récurrentes. Les traitements anxiolytiques peuvent également être couramment utilisés face aux fréquents symptômes anxieux, de l'anxiété de fond à l'attaque de panique. Sur le plan des psychothérapies, le traitement de choix est la Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme ou la désensibilisation avec mouvements oculaires, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Deprocessing). L'hypnose peut également être bénéfique. La thérapie peut être menée quelque soit le délai écoulé après le traumatisme.

Le traitement des cauchemars associés avec l'ESPT repose là encore sur des psychothérapies et l'usage de médicaments.

1.3.4.1 – Traitements pharmacologiques des cauchemars post-traumatiques

Les positions de l'AASM (American Academy of Sleep Medicine) (9,94), évoquées au paragraphe du traitement du ND (Nightmare DIsorder), sont les suivantes.

Concernant les traitements pharmacologiques, pour le traitement des cauchemars associés à l'ESPT, « peuvent être utilisés » : les antipsychotiques atypiques (olanzapine, risperidone, aripiprazole, quetiapine), la clonidine, la cyproheptadine, le fluvoxamine, la gabapentine, le nabilone (cannabinoide de synthèse), la phenelzine, la prazosine, le topiramate, la trazodone, les antidépresseurs tricycliques.

Les données de la littérature sont peu nombreuses et peu spécifiques concernant l'effet des diverses chimiothérapies sur les rêves post traumatiques, puisque c'est la correction de l'ESPT global qui est le plus souvent étudié plutôt que la seule diminution des rêves pathologiques. La revue de littérature de 2016 de Detweiler et collaborateurs (27) montre malgré tout des résultats intéressants.

Le prazosine, un antagoniste alpha 1 adrenergique, peut être utilisé malgré les résultats parfois contradictoires. Puisqu'il peut être administré dans le Nightmare Disorder (ND) non associé à l'ESPT, ce traitement a été abordé de façon plus exhaustive dans le paragraphe correspondant.

La clonazepam, régulièrement utilisée dans les troubles du sommeil diverses, est réputée avoir peu d'impact sur les cauchemars post traumatiques (94).

La risperidone, à des doses de 0.5 à 6 mg montrait une efficacité partielle dans 51% des études, et une suppression totale des cauchemars dans 26% des cas. La quetiapine avait des taux d'efficacité similaires à la prazosine (50% d'études concluant à l'absence d'amélioration, 42% de réponses partielles et 8% de réponse totale), pour des effets secondaires importants. L'olanzapine, quoique peu utilisée, était toujours efficace, au moins partiellement, à des doses de 2.5 à 10mg. Enfin l'aripiprazole n'avait que très peu d'impact sur l'activité onirique.

Concernant les anti-dépresseurs, la venlafaxine ou la mirtazapine seules avaient relativement peu d'impact sur les cauchemars dans le ESPT. Aurora et al (9) considèrent la venlafaxine comme non recommandée et les tricycliques comme médicaments envisageables mais dont les données étaient contradictoires dans la littérature.

Le Nabilone, un agoniste de synthèse des récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2, est utilisé comme antalgique et antiémétique dans les chimiothérapies anti-cancéreuses notamment. Il est régulièrement étudié dans une hypothétique utilisation dans l'ESPT. Les données sont intéressantes mais les études manquent de cohérence. (36,94)

L'objectif ici n'est pas l'exhaustivité vis-à-vis des chimiothérapies qui sont ou ont été utilisées pour le traitement des cauchemars dans l'ESPT. Ils sont nombreux et aucun ne disposent réellement d'une efficacité reconnue. Ici, seule la risperidone montre des résultats intéressants, mais les posologies peuvent être importantes, risquant d'augmenter les effets secondaires. La prazosine est régulièrement évoquée et étudiée mais présente des résultats parfois divergents, posant la question de biais de confusion. D'autres thérapeutiques peuvent être utilisés au cas-par-cas, en deuxième voire en troisième ligne, et en évaluant toujours le rapport bénéfice-risque. Enfin, il convient de rappeler qu'il s'agit de données concernant le traitement uniquement des cauchemars post traumatiques, et non de l'ESPT global.

1.3.4.2 – Traitements psychothérapiques spécifiques

Mentionné dans le chapitre des thérapeutiques du Nightmare Disorder, le traitement psychothérapique le mieux documenté est l'Imagery Rehearsal Therapy (IRT). Il est recommandé également pour les cauchemars post traumatiques, puisque l'idée générale est de modifier la fin d'un rêve anxiogène récurrent afin de supprimer cette charge affective qui provoque le réveil en sursaut. Le caractère répétitif du cauchemar post traumatique se prête bien à cette technique.

L'Exposure Relaxation and Rescripting Therapy (ERRT) est dans le même esprit que l'IRT, à savoir modifier « le script » du rêve, mais applique également des techniques de relaxation et d'exposition, en travaillant sur les liens entre le traumatisme originel et les reviviscences nocturnes. Il se prête également bien au caractère répétitif des cauchemars dans l'ESPT.

La Lucid Dreaming Therapy (LDT) n'est pas citée par l'American Academy of Sleep Medicine (AASM) (9, 94) dans les techniques psychothérapiques pour l'ESPT. Les études sont peu nombreuses, non spécifiquement en population de patients souffrant d'ESPT. Il est probable que ce traitement puisse avoir un impact positif sur les symptômes nocturnes. Cependant les rêveurs lucides semblent l'être uniquement en sommeil paradoxal. Or, les cauchemars de l'ESPT sont caractérisés par une occurrence aussi bien en stade REM que NREM. De plus, la LDT est d'apprentissage relativement difficile comparé aux thérapies ci-dessus. Il est donc préférable d'utiliser d'autres techniques.

L'hypnothérapie (52) peut également être utilisée au cas par cas et selon l'orientation du thérapeute, mais la littérature est peu conséquente.

La technique EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing), bien admise actuellement dans l'arsenal thérapeutique de l'ESPT, a probablement un impact sur les cauchemars récurrents puisqu'il diminue généralement la symptomatologie de la maladie. Les études qui se focalisent sur les troubles du sommeil et par conséquent les cauchemars sont là encore peu fréquentes ou manquent de puissance (116).

1.3.5 – Synthèse

Les cauchemars récurrents constituent une part modérée de la symptomatologie de l'ESPT. Ils font pourtant partie du cortège de symptômes nocturnes altérant nettement la qualité de vie des patients. Ils peuvent être accompagnés de terreurs nocturnes et de mouvements anormaux jusqu'à la mise en acte du rêve. Tous les cauchemars ne sont pas à prendre en considération et à traiter de la même manière concernant l'ESPT. Si la qualité du sommeil est toujours altérée, seuls les rêves qui répliquent totalement ou partiellement la scène originale sont reliés positivement au diagnostic et à la sévérité de l'ESPT. Il est possible qu'un tel type de cauchemar, par la reproduction et donc la reviviscence de la scène exacte, joue un rôle dans la prégnance du traumatisme, et ce même plusieurs années après celui-ci. Il est donc important de repérer ces symptômes, ce d'autant qu'un traitement spécifique, l'IRT, existe et a fait la preuve de son efficacité à moindre coût et sans réel effet secondaire. Si cette technique diminue les cauchemars, elle semble également améliorer la symptomatologie générale du stress post traumatique, confirmant la place particulière de ce symptôme dans l'ESPT.

1.4 – Tableau 9 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des parasomnies

Caractéristiques	Cauchemars idiopathiques	Cauchemars post traumatiques	TCSP	Terreurs nocturnes et somnambulisme
Stade de sommeil	Stade REM	Stades REM et NREM	Stade REM	Stade NREM
Période de la nuit	Seconde partie	Pas de stade préférentiel	Seconde partie	Première partie
Sex ratio	Davantage de femmes : 1.31 (101)	Diagnostic d'ESPT en population générale : sex ratio en faveur des femmes = 2.7 (ohayon)	Davantage d'hommes	Pas de préférence
Taux de prévalence	- Population générale : 5% - Trouble borderline : 50% - EDM : 20-40% - Psychose : 10-20%	Chez des sujets souffrant d'ESPT : 50 à 70% environ	Inconnu	- Bas âge : 3% - 10 ans : 13.5% - Age adulte : 2à4%
Période de début	Deux ans et demi (143)	Période post-traumatique immédiate ou différé	Age mûr	Petite enfance
Age préférentiel	Enfance, adolescence	Non	Personnes âgées	Enfance, adolescence
Composante familiale	Oui	Pas de donnée	Pas de données	Oui
Facteur favorisant ou déclenchant	Troubles de personnalité, psychopathologies	Traumatisme	Synucléopathies	Nombreux
Iatrogénie	Antidépresseurs, agonistes dopaminergiques etc	Non	Antidépresseurs	Neuroleptiques, benzodiazépines etc
Durée de l'épisode	Non définie	Non définie	Quelques secondes le plus souvent	Quelques secondes ou minutes
Retour à l'éveil	Rapide	Le plus souvent rapide	Rapide	Souvent lent
Rappel de rêve	Détaillé	Le plus souvent détaillé	Détaillé	Fugace ou absent
Retentissement affectif du rêve	Prégnant	Le plus souvent prégnant	Variable	Faible
Rappel de l'événement le lendemain	Oui	Le plus souvent	Oui	Variable chez l'adulte, rare chez l'enfant
Interaction avec l'environnement	Non	Non	Fréquent	Très fréquent
Mouvements	Rares	Fréquents mais limités	Constants, plus ou moins complexes	Constants et souvent complexes
Risque de blessure	Non	Faible	Important	Modéré
Particularités à la PSG	Non	Non	Levée d'atonie musculaire	Non (sauf mouvements)
Traitement	IRT, prazosine	IRT, prazosine	Clonazepam, mesures environnementales	Mesures environnementales

2 – Influence des traitements et toxiques sur l'activité onirique

2.1 – Influence des toxiques

2.1.1 – Drug dreams : définition et historique

Le terme Drug Dreams (DD) a été employé initialement par Brian Johnson en 2001 (68). Ils peuvent être définis (154) comme des rêves où l'usager de drogues pense au produit, aux objets en lien avec le produit, à son utilisation, voire à d'autres usagers. Colace (21) en donne la définition suivante : « […] tous les rêves où les patients utilisent des drogues ou de l'alcool, cherchent, voient, manipulent, achètent, ou essayent infructueusement d'en utiliser[…] ».

L'étude des relations entre drogues et rêves (21) semblent avoir commencé dans les années 1960. Initialement, il était surtout question de repérer l'effet de l'usage de psychotropes sur le sommeil et les rêves de sujets volontaires sains. Cependant, certains chercheurs se sont en parallèle intéressés aux effets de drogues psychoactives sur les rêves de patients addicts, à commencer par l'alcool. Choi (17), en 1973, avance notamment que rêver d'alcool chez un patient alcoolique en thérapie est de bon pronostic. Dans les années 1980, les études se concentrent surtout sur le tabac et l'alcool. Les relations entre les envies fortes et irrépressibles de consommer de l'alcool et les « Drugs Dreams » sont suspectées et étudiées. Durant les décennies suivantes, les addictions à la cocaïne et à l'héroïne ont été davantage prises en compte. Les publications sont plus nombreuses, et se concentrent autant sur l'utilité clinique et thérapeutique de ces rêves que sur leur intérêt en recherche.

2.1.2 – Contenu onirique

Monsieur M, 38ans, achète régulièrement de la cocaïne, qu'il base lui-même afin de la transformer en crack qu'il fume. Il décrit des rêves fréquents de consommation. Il évoque également des DD où il prépare le crack, se voit chauffer la cocaïne avec du bicarbonate et de l'eau, retirer le « caillou » de la cuillère. Il retire un certain plaisir au procédé diurne, et dit ressentir une même satisfaction dans ses rêves. Au réveil, après de tels rêves, il constate clairement un désir accru de consommer.

D'après Colace (21), les DD sont souvent brefs et de contenu clair et simple, se référant directement aux expériences diurnes. Ils peuvent être vécus comme intenses et vivides, comme si la scène était réelle. Les thèmes les plus fréquemment retrouvés concernent surtout l'usage par le rêveur. D'autres thèmes peuvent cependant être retrouvés, et sont regroupés dans le tableau 10.

Tableau 10 : Thèmes principaux des DD selon Colace 2014 (21)

Usage de drogue
Tentative d'usage de drogue
Recherche de drogue
Préparation de drogue
Manipuler de la drogue
Acheter de la drogue
Perdre de la drogue
Voir d'autres personnes consommer
Scènes du passé en rapport avec la prise de drogue
Être effrayé à l'idée d'être surpris durant une consommation de drogue
Se séparer de son conjoint après avoir été surpris durant une consommation

Dans l'étude de Steining et al (153) sur un échantillon de patients souffrant de dépendance éthylique, 83% de sujets ayant des DD durant le sevrage rêvaient qu'ils consommaient de l'alcool. Concernant l'usage de cocaïne en rêve, Herr et al (54), Yee et al (169), et Reid et Simeon (120) observent respectivement des ratios de 80% de DD, 75% et 80.5%. Les derniers auteurs retrouvent 19.5% de recherche ou de simple vision de cocaïne. Au sujet de l'héroine, l'étude de Colace (20) retrouve 60% d'usage, les autres contenus oniriques impliquant essentiellement la recherche et les tentatives d'usage d'héroïne. Enfin, chez des fumeurs de tabac, dans une étude de Hajek et Belcher (49), les DD sont quasiment exclusivement représentés par le fait de fumer une cigarette.

2.1.3 – Affects durant le rêve et au réveil

Monsieur D, 62ans, est un patient souffrant de dépendance à l'alcool. Il présente également une personnalité obsessionnelle, et rumine régulièrement sur son abstinence et un

éventuel risque de rechute. Une fois par semaine environ, depuis son sevrage (il y a 3 mois), il fait un cauchemar dans lequel il boit un verre d'alcool puis se réveille en sursaut, avec un fort sentiment de culpabilité et de honte. Après quelques secondes, il est profondément soulagé de constater que ce n'était qu'un rêve. Il ne constate pas d'envies plus fortes le lendemain de ces rêves, voire, au contraire, se sent plus armé et motivé afin de maintenir son abstinence. Il a connu une période sans rechute de 5 ans auparavant, et a fait l'expérience que ses DD s'espaçaient avec le temps jusqu'à ce qu'il n'en ait plus du tout.

En pratique, les émotions durant le DD sont très souvent en lien avec la culpabilité et la honte d'avoir rechuté. Les patients qui consultent un addictologue sont dans une démarche de soin, le plus souvent visant une abstinence totale. Ils semblent intégrer l'interdit de consommer dans le rêve. La plupart du temps, celui-ci n'est pas formulé clairement dans la scène onirique : le rêveur n'est pas conscient de son obligation d'abstinence. Pourtant, lors de l'usage dans le rêve, c'est malgré tout une culpabilité qui prédomine. Celle-ci perdure également au réveil, qui intervient souvent après la consommation. L'usager ressent donc d'abord une honte du fait de sa rechute (onirique), puis, intégrant progressivement la réalité, celle-ci peut se muer en soulagement de ne pas avoir rompu l'abstinence, voire en fierté. Quelque fois, le rêve accompagne une période de recrudescence d'envies de consommer. Il est alors fréquent que la consommation onirique soit vécue comme plaisante ou au contraire très anxiogène. Le réveil est dans ce contexte souvent accompagné d'envies plus ou moins fortes du produit. Si les émotions durant le rêve sont donc variables, de la culpabilité au plaisir en passant par la neutralité, les affects au réveil le sont tout autant. Le DD peut alors renforcer l'abstinence comme provoquer l'envie voire la rechute.

Notre pratique professionnelle concorde avec celle de Colace (21). Il présente notamment le cas de patients dépendants à l'héroïne, qui rêvent de consommation, se réveillent en regardant « leurs bras pour rechercher des marques d'injection, puis se calment lorsqu'ils comprennent que ce n'était qu'un rêve ». Si celui-ci évoque la sensation de culpabilité ou de regret au réveil, il interprète de la même manière les contenus oniriques où quelqu'un (le conjoint, les parents, la police) interdit le produit, en s'appuyant sur des conceptions analytiques. Certains patients peuvent enfin se sentir impuissants face à ce produit qui envahit même leurs nuits, suggérant qu'ils ne pourront jamais se sortir de

l'addiction, ou encore qu'ils ne sont pas suffisamment motivés à l'arrêt. Colace répertorie ainsi l'ensemble des émotions qu'il a pu constater, dans son expérience et dans la littérature, durant le rêve ou au réveil. Les tableaux suivant en sont des traductions.

Tableau 11 : Emotions typiques dans les Drug Dreams (selon Colace, Drug Dreams, p19) (21)

Culpabilité
Panique
Peur
Plaisir/Urgence à consommer
Agitation
Sensation d'échec
Frustration
Sentiment d'impuissance
Angoisse
Regret
Agressivité
Colère

Tableau 12 : Emotions et réactions physiques au réveil de Drug Dreams (selon Colace, p19)

Soulagement
Culpabilité
Colère (en réalisant que le produit n'a pas été réellement consommé)
Peur
Angoisse
Satisfaction
Renforcement de la motivation
Envies intenses de consommer
Palpitations
Essoufflement
Agitation

2.1.4 – Occurrence

Monsieur J, 64 ans, fumeur de tabac depuis ses 16ans et consommateur quotidien d'alcool, a arrêté ces deux produits depuis 4 jours suite à une lobectomie pulmonaire. Il s'est réveillé en sursaut à plusieurs reprises ces dernières nuits car il rêvait qu'il fumait dans son lit et que la cendre tombait dans les draps. Il cherche pendant quelques secondes le mégot avant de se souvenir qu'il est dans une chambre d'hôpital. Il ne décrit pas d'affect particulier en lien avec le rêve.

Madame M, 72ans, est atteinte de Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal depuis quelques années. Elle était également fumeuse de tabac, mais est abstinente depuis 3 ans. Son mari me confie qu'il l'a vue à plusieurs reprises mimer la gestuelle du fumeur en fin de nuit, semblant tapoter sa cigarette fictive pour en faire tomber la cendre.

Le contenu du rêve peut changer en fonction du rapport que le patient entretient avec la drogue. En effet, les DD sont généralement fréquents durant les sevrages, voire la première semaine d'abstinence et peuvent persister des semaines, des mois voire des années après l'arrêt de la substance. Ils peuvent également être présents durant les phases d'usage, de rechute, ou être totalement absents. Bien que les taux de prévalence varient selon les études, Colace (21), en 2014, estime que près de 85% des patients expérimentent un DD dans les deux mois après l'arrêt de la substance. Les résultats de certaines de ces études sont présentés brièvement ci-dessous.

L'étude de Hajek et Belcher (49) sur une population de fumeurs de tabac montre que 97% des patients n'avaient pas de DD avant l'arrêt du tabac. Leur occurrence était inversement corrélée au délai d'abstinence. Les auteurs trouvaient également que les rêves de cigarettes étaient reliés positivement au maintien de l'abstinence, donc de bon pronostic.

L'étude de Herr et collaborateurs comparait des consommateurs de cocaïne et héroïne conjointement, et des consommateurs uniquement de cocaïne. 91% des sujets faisaient des DD. Les rêves de cocaïne apparaissaient plus souvent chez les patients de la seconde catégorie.

Dans l'étude de Reid et Simeon (120), concernant des usagers de cocaine, durant 3mois de cure puis 6 mois au décours de celle-ci, 89.1% des sujets rapportaient des DD durant le premier mois, donc durant le sevrage. La présence de rêves de refus de drogue et plus généralement de DD au décours de la cure étaient associés à un meilleur pronostic. Les auteurs concluent à la nécessité d'explorer davantage la progression des rêves durant le traitement d'addictions, en tant qu'outil pronostique.

Dans l'étude de Yee en 2004 (169), portant sur des sujets souffrant de trouble bipolaire et dépendants à la cocaïne, 74% des participants avait eu au moins un rêve en lien avec leur addiction sur les 36 semaines de suivi, rêves qui avaient lieu davantage dans les premières semaines de la prise en charge. La présence de DD ne permettait pas de prédire une décompensation psychiatrique ou une rechute.

Colace, dans une étude de 2004, relève que les patients rêvent fréquemment d'héroïne durant l'abstinence, contrairement à ceux qui sont dans un usage régulier. Ces derniers ne font pas de DD.

Tableau 13 : Prévalence des DD dans différentes populations de patients addicts

Drogues	**Période d'observation**	**Prévalence**	**Auteurs**
Tabac	4 semaines	33%	Hajek et al., 1991 (49)
Cocaine + héroine	4 semaines	91%	Herr et al., 1993 (54)
Poly-consommation	6 semaines	84%	Christo et al., 1996 (18)
Crack et cocaine	4 semaines	89.1%	Reid et al., 2001 (120)
Cocaine	12 semaines	74%	Yee et al., 2004 (169)
Héroine	2 semaines	54%	Colace, 2004 (20)
Alcool	4 semaines	21%	Steining et al, 2011 (153)

De ces diverses études, plusieurs points importants peuvent être retenus. Tout d'abord, on constate que les DD interviennent la plupart du temps après l'arrêt de la drogue ou durant les premiers temps de l'abstinence, plutôt que durant l'usage. Ils peuvent perdurer plusieurs semaines voire mois après le sevrage même s'ils semblent s'estomper à distance de celui-ci. Christo et Francey, Reid et Simeon, Hajek et Belcher (49) constatent tous à ce titre une décroissance des DD après une période d'abstinence de six mois. Certaines études

(120,169) Yee et al, Reid et Simeon) montrent également un changement dans le contenu du rêve avec le temps, passant de l'usage onirique à la simple possibilité de consommer sans passage à l'acte, voire au refus de drogue. C'est le cas pour Reid et Simeon (120), qui constatent après 3 mois de cure que les rêves concernaient principalement l'usage de drogue, puis, au terme de l'étude à 9mois, que le contenu mêlait usage et refus de drogue. Cela suggérerait qu'après une abstinence, le patient est supposé avoir accepté le fait de ne plus consommer et expérimenter un craving moins intense, ou du moins s'y adapter.

Les études sus-citées montrent souvent d'importantes variations en termes de fréquence. Pour expliquer celles-ci, il faut considérer plusieurs données. Tout d'abord, les populations étudiées ne sont pas les mêmes, notamment du fait des différents produits consommés. Or la dépendance physique et psychique, l'intensité du craving, le mode de consommation, sont des caractéristiques qui varient selon la drogue. Il est donc possible que les rêves en rapport avec ces toxiques n'apparaissent pas à la même fréquence. La méthodologie de l'étude est aussi à prendre en considération. La durée de la période d'observation a probablement un impact puisque les DD peuvent perdurer plusieurs semaines et mois après le sevrage. De plus, on l'a vu précédemment, le caractère prospectif ou rétrospectif de l'étude influence largement la fréquence des rêves, et par extension de DD. On est confronté à un important biais de mémorisation dans le sens où le patient oublie rapidement le contenu onirique après le réveil.

2.1.5 – Drug Dreams et Craving

Monsieur A, 22ans, consommateur de cocaïne en « sniff », rapporte des rêves fréquents en fin de mois, où il se voit consommer, ou chercher le produit. Ce patient confie ne consommer que lorsqu'il perçoit sa paie, c'est-à-dire en fin de mois. Il me décrit un craving fort et croissant à l'approche du virement bancaire de son salaire. La tension est majeure lorsqu'il fait le chemin en voiture jusqu'à la ville voisine où il dit trouver le meilleur produit. En rêve, lorsqu'il se voit chercher de la cocaïne, c'est ce trajet qu'il refait. Les DD disparaissent dès le premier jour où il consomme, et ne réapparaissent que quelques jours avant la fin du mois.

Monsieur T, 34ans, ancien consommateur d'héroïne, sous traitement substitutif oral par méthadone, a arrêté la cocaïne depuis 3 mois lorsqu'il est reçu. Il ne présentait guère d'envies depuis le sevrage, mais est en proie à un craving important depuis 15 jours. Les rêves

de cocaïne ont évolué parallèlement aux envies diurnes : absent durant les trois premiers mois puis fréquents depuis deux semaines. Ce sont uniquement des rêves d'usage.

Le craving est défini dans l'abrégé d'addictologie de Michel Lejoyeux (79) comme un besoin impérieux chez un sujet dépendant de consommer de la drogue. Les manifestations principales sont représentées par une tension interne, une compulsion, à chercher et consommer la substance, et par la présence de pensées obsédantes autour de la drogue. Le craving reflète la perte de contrôle de l'utilisation. Il est considéré comme une manifestation spécifique de la dépendance, quel que soit le produit.

Quelques auteurs ont tenté d'identifier le craving comme le déclencheur de DD, du fait de plusieurs observations. Tout d'abord, on l'a souligné préalablement, ces rêves sont prépondérants lors du sevrage ou dans les premiers temps de l'abstinence, période durant laquelle le craving est le plus fort puisque le patient est nouvellement frustré par l'absence de produit. Il est fréquemment observé, en clinique, la réémergence de DD dans des périodes de recrudescence de craving, qu'il soit provoqué de façon consciente par l'exposition au produit ou à un élément en rapport avec la consommation, ou qu'il n'y ait pas de facteur déclenchant. Ainsi, Colace (21) fait le constat à plusieurs reprises que lorsque les patients changent totalement d'environnement (voyage par exemple) et ne sont donc plus exposés à des éléments déclenchant l'envie, ils ne rapportent pas de DD, mais sont à nouveaux sujets à de tels rêves lorsqu'ils reviennent. L'exposition à un facteur environnemental, déclenchant l'envie de consommer est alors souvent mis en cause.

Outre Colace (20,21), plusieurs auteurs (17,18,154) constatent un lien significatif entre craving et DD. Cependant, d'autres chercheurs ne constatent pas cette relation. C'est le cas dans les études de Yee (169) et de Steining (153), respectivement pour des patients dépendants à la cocaïne et à l'alcool. La méthodologie de ces deux études doit cependant être remise en cause, notamment la seconde, qui utilise un auto-questionnaire 4 semaines après le sevrage et investigue le craving par une unique question sur les envies de consommer. Dans une revue de littérature datant de 2015, Cross et Rosenberg (23) trouvent que 80% des études rapportent une association positive entre des rêves plus fréquents et des envies plus intenses de consommer.

Si le lien entre craving et DD mérite d'être clarifié, il existe malgré tout un faisceau d'arguments pour avancer une évolution parallèle de ces deux phénomènes, à défaut d'une causalité statistiquement démontrée. Une étude bien menée devrait de fait étudier, et l'occurrence de rêves, et l'intensité de l'envie de consommer de façon prospective, avec une échelle de craving validée pour le produit considéré. De plus, certains traitements pharmacologiques ciblant spécifiquement ce désir irrépressible de drogue (substituts nicotiniques, substitutifs opiacés tels que buprénorphine et méthadone, et certains traitements de la dépendance à l'alcool tels que nalméfène, naltrexone, acamprosate), l'étude de la fréquence des DD chez les patients bénéficiant de ce type de thérapeutiques par rapport aux patients n'en bénéficiant pas pourrait permettre une meilleure compréhension du lien entre craving et rêves.

Enfin, il est bon de rappeler que les relations sont bilatérales (cf rêve de monsieur D, paragraphe 2.1.3), il est fréquent que les DD provoquent une forte envie de consommer au réveil, un état de tension, que seul le produit pourra apaiser. Le craving est donc cause, mais aussi conséquence du rêve.

2.1.6 – Distinctions selon le produit

2.1.6.1 – Modifications de l'architecture du sommeil

Les effets de l'intoxication éthylique sur le sommeil sont doses dépendants (39). Quelle que soit la dose, la latence d'endormissement est réduite. De faible doses d'alcool (un à deux verres standard) produisent une augmentation de la quantité de stade REM et une diminution de stade NREM. Les doses modérées à élevées (respectivement deux à quatre verres standard et plus de quatre verres) diminuent quant à elle la quantité de sommeil paradoxal. On constate un rebond de REM et une diminution de sa latence lors du sevrage.

Dans les études polysomnographiques (39) sur des patients non-fumeurs recevant une dose transdermique de nicotine par patch, on note une réduction dose dépendante du TTS, du sommeil lent et du stade REM. Comme le tabac est un stimulant, on note une augmentation de la latence d'endormissement et de REM. Le sevrage provoque un rebond de REM et une augmentation du TTS. Il provoque également un retard d'endormissement, et une diminution de l'efficience de sommeil.

Le Δ-9-Tetrahydrocannabinol (THC) agit sur les récepteurs cannabinoïdes CB1 et 2. En polysomnographie (133), s'il diminue la latence d'endormissement, il restreint parfois assez nettement la quantité de stade REM et la densité de mouvements oculaires rapides (MOR), un des marqueurs du sommeil paradoxal. Au sevrage, ces marqueurs augmentent tous deux, témoin d'un rebond.

Concernant l'héroïne, la consommation aigue coïncide avec une augmentation de la latence REM, une réduction de sa quantité ainsi que celle du sommeil lent profond, et davantage d'éveils intra-sommeil. Le sevrage diminue le sommeil paradoxal, qui va par la suite augmenter puis se normaliser à distance. Il en est globalement de même pour le SLP.

Les troubles du sommeil sont fréquents chez les usagers de cocaïne, du fait de l'effet euphorisant et stimulant du produit. Les études en polysomnographies (133) montrent une latence d'endormissement élevée, une réduction du temps total de sommeil, et une diminution voire une suppression du stade REM après une prise récente. Lors du sevrage, on peut noter un rebond de sommeil paradoxal, avec un plus grand pourcentage et une latence plus courte.

Enfin, à titre plus anecdotique, l'ecstasy provoque une suppression quasi complète du stade REM et un maintien en éveil. (133)

Ce qui peut être retenu concernant le stade de sommeil paradoxal est qu'il est globalement diminué par l'usage de tous ces toxiques. Un rebond est par contre constaté durant le sevrage ou a distance de celui-ci. Seul l'arrêt des opioïdes semble dans un premier temps diminuer la quantité de REM. Il en va de même pour la latence de ce stade, qui augmentent lors de l'usage de la plupart des substances psychoactives mentionnées ci-dessus, mais qui diminuent lors du sevrage.

2.1.6.2 – Disparités dans le contenu onirique

Madame B, 31 ans, fume du cannabis tous les soirs depuis 10 ans. Elle ne rêve plus, ou ne s'en souvient pas. A l'arrêt du cannabis, elle fait des rêves qu'elle décrit comme angoissants, n'ayant « ni queue ni tête ». Elle s'en plaint, car cela la réveille, perturbe ses nuits, et provoque une fatigue diurne, la rendant moins performante au travail, moins concentrée. Elle pense donc sérieusement à reprendre, ne trouvant pas de bénéfice à l'arrêt. Elle persiste quelques semaines, et ne présente plus de cauchemar après presque un mois d'arrêt. Au final, ce n'est

pas le contenu onirique qui s'est modifié avec le temps d'après la patiente, c'est davantage elle qui semble s'être habituée à cette étrangeté, caractéristique commune du rêve.

C'est également le cas de Monsieur O, 48ans, consommateur de cannabis à fortes doses depuis ses 15ans, qui fait des « rêves de fou » à l'arrêt du produit. Il se plaint également d'érections en fin de nuit qu'il n'avait pas auparavant. Après 3 semaines d'arrêt, il reprend sa consommation, uniquement le soir, expliquant ne pas pouvoir continuer à dormir si mal.

Monsieur F, 57 ans, polyconsommateur, évoque les diverses périodes de sa vie. De 20 ans à 28 ans, il consomme de l'héroïne et de la cocaïne fréquemment, et fait régulièrement des DD, essentiellement d'usage, par injection ou « sniff ». Il se voit également fréquemment préparer son « shoot », rêve d'aiguilles et autres matériels d'injection. Ces scènes oniriques, il les vit surtout lorsqu'il est à distance de toute prise, durant ses quelques tentatives de sevrages. A l'arrêt de ces deux drogues, il constate que sa consommation de cannabis augmente rapidement, jusqu'à ce qu'il cesse également ce produit à 51 ans. Durant cette période il ne rêve pas, ou très peu, ou ne s'en souvient pas. Ce constat, il ne le fait qu'après l'arrêt du cannabis. « J'ai réappris à rêver ». Il évoque une « défonce gratuite » en comparaison avec ces anciennes addictions. Malheureusement, au sevrage du cannabis, le transfert d'addiction se fait vers l'alcool, et durera jusqu'à ces 57 ans. Il ne décrit pas de rêve d'alcool durant le sevrage, mais 4 mois après celui-ci, ponctuellement, après avoir vu un homme à la télévision se servir « un grand verre de whisky ». Dans son rêve, monsieur F a un verre devant lui, mais ne le boit pas. Il se réveille soulagé et fier de ne pas avoir rechuté.

Dans notre pratique, les DD sont très fréquents chez les patients dépendants à la cocaïne, au crack et à l'héroïne lors des périodes de sevrage, d'abstinence ou d'indisponibilité du produit. Ces données peuvent être corrélées à l'intensité du manque, à l'impériosité à consommer, et donc au craving, que ces usagers peuvent particulièrement décrire (cf rêve de monsieur A et T, paragraphe 2.1.5). Dans ses addictions, le geste, qu'il s'agisse du rituel de consommation (injection ou « sniff ») ou de préparation (transformation de la cocaïne en crack, préparation d'une injection d'héroine ou de cocaine …) a également une grande importance et il n'est pas rare de le retrouver dans les scènes oniriques du sujet (cf rêve de monsieur M, paragraphe 2.1.2). De la même manière, en consultation, nous constatons

davantage d'émotions en lien avec la prise onirique de ces trois drogues, souvent positives, de plaisir et d'excitation. Ces rêves semblent également plus pourvoyeurs d'affects au réveil, voire déclenchant de véritables pulsions, mettant à mal l'abstinence du patient. Peu d'auteurs ont comparé des groupes de sujets dont le produit de dépendance était différent. Tanguay et al (154) l'ont fait, et trouvent que les consommateurs de cocaïne rapportent une plus grande occurrence de DD que pour les autres drogues (opiacés et alcool).

L'alcool semble générer fréquemment des rêves en rapport avec les consommations. Il s'agit pour la plupart des rêves où le sujet boit. Les affects accompagnant le réveil mêlent très souvent une culpabilité et un sentiment de honte, puis un grand soulagement de ne pas avoir rechuté (cf monsieur D, paragraphe 2.1.3). Le craving n'est pas souvent constaté au décours.

Concernant le tabac et le cannabis, les DD semblent moins fréquents (cf monsieur J et madame M, paragraphe 2.1.4). Cependant, un grand nombre de mes patients qui consomment quotidiennement du THC disent ne pas rêver. Deux explications peuvent ici être avancées : la diminution parfois drastique du temps de sommeil paradoxal et la baisse de vigilance au réveil. Le premier critère est établi objectivement par polysomnographie (133). Or, cela a été évoqué en première partie de ce travail, le rêve en stade REM est souvent bien plus riche en termes de contenu, plus prégnant, alors que les rêves en sommeil lent profond (stade NREM) sont moins marquants, plus souvent assimilés à de simples pensées qu'à des rêves. Cela pourrait donc expliquer que les usagers de cannabis rêvent moins. Le deuxième point, critère d'avantage subjectif, pourrait expliquer un moins bon encodage mnésique au réveil, et donc restreindre encore d'avantage le rappel de rêve. La littérature est pauvre sur ce point et mériterait d'être étoffée.

Un deuxième aspect important du cannabis, comme on peut le voir dans les exemples cités en début de paragraphe (madame B, messieurs O et F), est représenté par la recrudescence de l'activité onirique à l'arrêt du produit. En comparaison au point précédent, ce phénomène est assez largement diffusé dans les symptômes de sevrage habituels au cannabis, une période d'un mois de « rêves étranges » étant souvent évoquée dans la littérature (133). L'hypothèse la plus rationnelle est que le corrélat de cette nette augmentation de rêves est le rebond de sommeil paradoxal, après des années d'inhibition artificielle du fait de l'intoxication cannabique. Cette recrudescence pourrait être mal tolérée

chez des sujets qui ont « perdu l'habitude » de rêver. Le cas de monsieur O en début de paragraphe est intéressant dans ce contexte, puisqu'il décrit des érections matinales, phénomène qui se produit habituellement durant les épisodes de REM, et qu'il décrit comme gênant. Cela se produit, chez ce patient, conjointement à l'explosion de l'activité onirique, qu'il juge difficilement supportable, et qui va d'ailleurs précipiter sa rechute. S'il ne s'agit pas de Drug Dream à proprement parlé puisque le contenu du rêve ne se calque pas sur les habitudes de consommation, il n'en reste pas moins primordial de prendre en considération les rêves des patients qui tentent d'arrêter le cannabis puisqu'ils impactent largement la qualité de sommeil, et donc la qualité de vie. *In fine*, ils mettent en péril l'abstinence du sujet.

2.1.7 – Intérêt clinique de l'activité onirique en addictologie

Plusieurs auteurs ont cherché un intérêt clinique et thérapeutique aux Drug Dreams, suggérant qu'ils pouvaient donner des informations sur le craving du patient, son intensité, sa décroissance, sa recrudescence. Pour Colace (21), ils sont « le thermomètre du craving », expression du désir conscient et inconscient des pulsions à consommer, pouvant parfois favoriser les capacités d'insight du sujet.

Concernant la valeur pronostique que pourrait avoir les DD et leurs fréquences, les données de la littérature sont contradictoires. Certains auteurs (17,49,120) suggèrent que le fait de rêver de son addiction confère au patient plus de chance d'être abstinent. Le corollaire pourrait être que les DD permettent en quelque sorte de développer des stratégies d'adaptation au craving, de mieux le tolérer. D'autres études (18,169) montrent un résultat inverse, avec des envies de consommer plus intenses, un risque majoré de rechute, et donc un mauvais pronostic. Cependant, les données sont peu nombreuses et la méthodologie souvent contestable. De plus, il parait discutable que des rêves ponctuels, limités dans le temps, puissent donner des informations sur l'abstinence à long terme.

Si la fréquence et le contenu onirique sont des marqueurs intéressants, il faut croiser ces données avec les affects durant le rêve et au réveil. Ces dernières informations, d'après Colace, sont nécessaires à l'évaluation du rapport du patient avec le produit, la consommation. Dans ce sens, la présence de plaisir dans la consommation onirique, et de colère ou de frustration au réveil en reprenant ses esprits, pourrait être suivie d'un craving, et suggérerait donc un risque de rechute. Par contraste, la présence de culpabilité durant le rêve

ou après, le soulagement en constatant que la rechute était uniquement onirique, sont autant de facteurs montrant le désir d'abstinence. Ils sont également des arguments en faveur de la fragilité du patient et la nécessité de combattre ses pulsions.

Les DD peuvent constituer un signal d'alarme de la recrudescence du craving, complétant souvent un tableau plus bruyant d'envies conscientes de consommer, ou se substituant à tout symptôme diurne. Ils nécessitent de se poser la question d'un éventuel facteur déclenchant, externe au patient (mauvaise rencontre, confrontation au produit, modification thérapeutique …) ou interne (déclin thymique, recrudescence anxieuse). Il conviendra alors de repérer et traiter la cause de ce regain pulsionnel, d'initier/adapter le traitement anti-craving, et d'aider le patient à développer des stratégies d'adaptation afin de retrouver une situation d'équilibre. Dans ce contexte, la disparition de ces rêves peut donc être considérée comme un critère d'efficacité thérapeutique.

2.1.8 – Synthèse

Au final, investiguer une perturbation onirique chez des patients dépendants parait important dans la mesure où cela peut influencer la prise en charge. Lorsqu'il s'agit de DD, la fréquence et l'occurrence sont des critères importants au même titre que les affects pendant et après le rêve. L'adaptation thérapeutique doit alors cibler le craving associé, et non le rêve. Lorsqu'il s'agit d'une perturbation directe de l'activité onirique par la drogue ou le sevrage, il peut être justifié de traiter alors les cauchemars en vue de favoriser le maintien de l'abstinence. En tous les cas, et contrairement aux concepts analytiques, où l'interprétation porte sur le contenu onirique, ce sont davantage les affects qui doivent être relevés et interprétés.

Au-delà de ces aspects pratiques, il semble qu'à travers ces rêves, les patients ont l'opportunité de parler de leurs envies de consommer, de leur asservissement au produit, et de leurs difficultés à rester abstinents. Si cela peut paraitre anecdotique dans certains cas, il convient de ne pas négliger un symptôme pouvant s'avérer extrêmement perturbant pour des sujets pourtant en désir de changement, d'abstinence.

2.2 – Iatrogénie et perturbations oniriques

2.2.1 – Contexte

Madame F, 23ans, présente des phobies invalidantes, des compulsions et des attaques de paniques récurrentes. Un traitement par paroxetine (ISRS) est instauré à mi-dose afin d'en améliorer la tolérance, puis la revois deux semaines après. Son sommeil est alors perturbé, plus fragmenté, et elle présente à chaque réveil des rêves étranges et angoissants. Elle met en cause très clairement le traitement. Par ailleurs, aucune amélioration de son état anxieux n'est constatée. Le traitement est augmenté à une posologie efficace afin d'améliorer l'efficacité et une consultation est programmée dans trois semaines. Elle prévient quinze jours après par téléphone qu'elle ne pourra pas venir et qu'elle a mis fin au traitement du fait de ses « cauchemars ». Depuis l'arrêt, elle présente toujours des troubles anxieux mais rêve à nouveau normalement. Elle ne souhaite pas reprendre de rendez-vous.

La littérature décrivant des troubles oniriques associés à des médicaments s'intéresse à deux périodes d'études : durant l'utilisation du traitement (effet direct de la molécule) et à l'arrêt de celui-ci. Les données recueillies sont en général en rapport avec le rappel de rêve, sa fréquence, le caractère intense, vivide ou étrange, l'apparition de cauchemars.

De nombreuses études (99,109) portent sur les conséquences des traitements sur l'architecture du sommeil, et notamment du stade REM. Les conséquences en terme oniriques sont par contre bien moins fréquentes, probablement du fait de difficultés méthodologiques, de la difficulté d'objectiver l'intensité du rêve.

En pratique clinique, le rappel de rêve, sa fréquence en dehors de l'intensité, sont rarement pris en considération car n'altérant pas la qualité de vie. Ils ne sont généralement pas rapportés par les patients. Pour ce qui est des cauchemars, le clinicien se heurte au caractère subjectif de ceux-ci. De plus, ils sont très fréquents en population souffrant de troubles psychiatriques, et relativement courants en population générale. L'imputabilité du médicament dans l'apparition de ces symptômes est donc délicate. Enfin, ces effets secondaires sont peu connus et considérés comme bénins.

2.2.2 – Neurotransmetteurs, sommeil et rêve

Le *système cholinergique* affecte le sommeil paradoxal, les antagonistes cholinergiques tendant à diminuer sa quantité. Il est courant de trouver dans la nomenclature des médicaments anticholinestérasiques des effets secondaires incluant cauchemars, « rêves

inhabituels » et hallucinations. Il s'agit surtout des traitements de la maladie d'Alzheimer, par inhibition de la cholinestérase, qui dégrade elle-même l'acétylcholine. Ils potentialisent donc l'effet de ce dernier.

Les récepteurs noradrénergiques sont souvent ciblés par les thérapeutiques anti-hypertensives. Les bétabloquants n'affecteraient que peu le stade REM mais pourraient malgré tout augmenter les rapports de rêves, les cauchemars, l'insomnie. La prazosine, un antagoniste alpha 1 adrenergique, est utilisée généralement comme anti-hypertenseur et plus récemment dans le traitement des cauchemars. Il semblerait pourtant qu'il augmente la quantité de stade REM (156).

Le système sérotoninergique est le plus souvent ciblé par les anti-dépresseurs. Ces derniers inhibent le sommeil paradoxal, à commencer par les Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase (IMAO) et les AntiDépresseurs Tricycliques (ADT) qui peuvent parfois supprimer complétement ce stade. Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Serotonine (ISRS) ont un effet moindre, mais notable. Leurs conséquences oniriques seront évoquées au paragraphe suivant.

Le système dopaminergique est ciblé notamment par les médicaments anti-parkinsoniens, agonistes, et les neuroleptiques, principalement antagonistes. Pour les traitements agonistes, il est fréquent de retrouver des rêves anormaux et vivides, des cauchemars, des terreurs nocturnes imputables au médicament (109). On pourrait s'attendre à avoir à l'inverse une diminution des rêves pour les antagonistes. Ce n'est pourtant pas retrouvé dans la littérature (99).

Les récepteurs GABA sont sollicités entre autres par les benzodiazepines. Ces dernières causent une réduction parfois drastique du sommeil lent profond au profit du stade 2, mais ont un faible impact sur le stade REM.

D'autres neurostransmetteurs jouant un rôle dans l'induction du sommeil jouent probablement un rôle plus ou moins direct dans la genèse des rêves, tels que l'orexine, l'adénosine, l'histamine la glycine, le glutamate … On peut retrouver des « rêves anormaux » dans les effets secondaires de plusieurs médicaments du dictionnaire Vidal, sans que le mécanisme soit connu. C'est le cas des fluoroquines, famille d'antibiotique, et également de certains antiviraux. La nicotine transdermique délivrée durant 24 heures rend les rêves plus

intenses durant le stade REM (108). On retrouve aussi ces symptômes dans la littérature concernant les molécules utilisées en anesthésie, même si cela peut s'expliquer également par le stress auquel le patient est soumis avant et durant l'opération. Bien des traitements, psychotropes ou non, peuvent ainsi avoir un impact, sans que celui-ci soit connu.

2.2.3 – « Iatrogénie onirique » en psychiatrie

2.2.3.1 – Antidépresseurs

La plupart des antidépresseurs inhibent le sommeil paradoxal (99,109,124). Paradoxalement, la plupart peuvent être inducteurs de Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal (TCSP), comme mentionné dans le chapitre correspondant.

Concernant les IMAO (Inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase), antidépresseurs peu utilisés actuellement, les données sont rares et anciennes. Le sevrage brutal semble entraîner un rebond de rêves et de cauchemars chez les patients et les sujets sains. (99)

Les ADT (AntiDépresseurs Tricycliques) augmentent le temps total de sommeil et diminuent les éveils intra sommeil. (160) Ils ont tendance à diminuer la fréquence de rappels de rêves, et provoquent régulièrement des cauchemars lors du sevrage.

Les ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine) et IRSNa (Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline) ont tendance à réduire la durée de sommeil. Ils ont moins d'impact sur les éveils intra sommeil (160). Si la fréquence de rappels de rêve semble diminuer lors du traitement par ces médicaments, cela parait moins évident que pour les ADT, certaines études montrant même une tendance à l'augmentation pour la fluoxetine (12,99). Le contenu onirique est par contre décrit comme plus intense. Les ISRS seraient donc plus inducteurs de cauchemars. (99)

Au final, les antidépresseurs ont tendance pour certains à augmenter l'intensité du rêve, et pour la plupart à réduire la fréquence de rappel de rêve. L'explication la plus fréquemment avancée est l'inhibition du sommeil paradoxal. Cependant, cette thèse n'est pas vérifiée dans la littérature, certains antidépresseurs conservent le stade REM mais réduisent malgré tout les souvenirs de rêves, alors que d'autres ont l'effet inverse tout en altérant drastiquement ce stade. Nicolas et Ruby (99) avance que la présence des éveils intra sommeil facilitent l'encodage des rêves en mémoire et leur réduction dans le cas des antidépresseurs

pourrait donc contribuer à la diminution du rappel de rêve. Les mécanismes d'action à l'œuvre restent relativement méconnus ou hypothétiques.

2.2.3.2 – Antipsychotiques

Ils sont pour la plupart sédatifs, améliorant la continuité du sommeil. Sa structure est globalement conservée si ce n'est une augmentation de stade 2 en respectant les stades NREM et REM (93). Globalement, la fréquence de rappels de rêve semble réduite mais l'effet sur le contenu onirique paraît restreint (99).

2.2.3.3 – Anxiolytiques et hypnotiques

Les benzodiazépines sont toutes considérées comme sédatives et plus ou moins amnésiantes. Elles n'ont que peu d'impact sur le stade REM, mais peuvent par contre diminuer fortement le sommeil lent profond au profit du sommeil lent léger. Elles réduisent par ailleurs le nombre d'éveils intra-sommeil. Si le souvenir de rêve paraît faiblement impacté, il semble qu'il y ait une légère tendance à l'amélioration de rêves déplaisants, probablement du fait de l'anxiolyse provoqué par ces médicaments. (99)

2.2.4 – Synthèse

Les traitements médicamenteux (psychotropes ou non), par l'intermédiaire des différents neurotransmetteurs, peuvent avoir un impact sur la structure du sommeil, dans l'induction ou l'inhibition du sommeil paradoxal profond. Le rêve en est souvent impacté, dans son intensité ou dans sa fréquence. Dans la pratique psychiatrique, la totalité des traitements peuvent avoir une iatrogénie onirique. La plupart des psychotropes entraînent une réduction de la fréquence des récits de rêve dès lors qu'ils améliorent le sommeil. Les exacerbations de cauchemars sont peu fréquentes, plutôt liées au sevrage de certaines molécules, ou secondairement à l'utilisation d'antidépresseurs de type ISRS. Ces symptômes ne sont pas prédictibles mais doivent pouvoir être suspectés par le clinicien car ils nécessitent parfois une adaptation thérapeutique.

Conclusions

Ce travail a pris son origine dans notre pratique d'interne, dans les difficultés éprouvées lorsqu'un patient interrogeait sur le sens de son récent rêve. En échangeant sur ce sujet, nous avons fait le constat qu'il était très peu connu des jeunes psychiatres, certains évoquant même un embarras lorsqu'ils sont confrontés à cette question de l'interprétation du rêve. Par extension, c'est l'ensemble du monde onirique des patients qui n'est pas exploré.

L'intention première de ce travail a donc été de confirmer cette observation, en investiguant les connaissances ainsi que les pratiques psychiatriques actuelles en France. Dans cet objectif, un questionnaire composé de 24 items a été réalisé. Sa transmission s'est faite par e-mail, personnellement ou par l'intermédiaire de différentes associations de psychiatres. L'échantillon final était composé de 71 praticiens.

Cette étude montre une utilisation faible du rêve en consultation, excepté dans le contexte traumatique. Les modalités d'exercice, et notamment la part analytique de la pratique, influencent en partie les usages. La modestie des connaissances sur cette thématique a également pu être entrevue par ce questionnaire. Le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal était notamment largement méconnu.

Dans un second temps, l'intérêt d'étudier le rêve dans l'entretien psychiatrique a été démontré par une revue de littérature. Celle-ci a été illustrée d'expériences issues de pratiques professionnelles. Si la forme peut s'avérer emphatique, l'objectif était de ne pas dissocier théorie et pratique, témoignant ainsi de l'authenticité de la démarche.

Ainsi, le rêve peut être investigué à des fins diagnostiques dans les parasomnies : soit il constitue entièrement la pathologie (Nightmare Disorder), soit c'est un critère diagnostique parmi d'autres (Etat de Stress Post Traumatique, ESPT). On peut également observer des variations du contenu onirique dans le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal (TCSP) ou le somnambulisme sans que cela soit spécifique de la maladie.

Le rêve peut par ailleurs donner des indications sur le pronostic de la pathologie. C'est le cas dans le stress post traumatique, où la précocité et la fréquence des cauchemars semblent influer sur la sévérité de la maladie. Dans le somnambulisme et le trouble du comportement en sommeil paradoxal, des rêves à contenu violent peuvent majorer le risque de blessures. En addictologie, les rêves peuvent être considérés comme le reflet d'un craving et impacter l'abstinence des patients.

Dans la pathologie mentale, les cauchemars sont fréquents. Ils sont souvent sous-estimés, mais péjorent pourtant la qualité de vie des patients par leur retentissement sur le sommeil et leur impact diurne. A terme, c'est parfois la sévérité de la maladie mentale qui est majorée si les troubles oniriques ne sont pas traités.

Or, des thérapeutiques existent. Elles reposent essentiellement sur des thérapies d'inspiration cognitive et comportementale, notamment l'Imagery Rehearsal Therapy (IRT). Elles sont relativement simples à utiliser, et semblent efficaces. Les traitements pharmacologiques (essentiellement la prazosine) sont peu nombreux, et leurs bénéfices paraissent plus discutables malgré des résultats probants dans la plupart des études.

Ainsi, il existe un important contraste entre l'intérêt théorique que peut présenter le rêve en consultation psychiatrique et l'utilisation qui en est réellement faite en pratique. Une plus grande considération des perturbations oniriques, notamment en population souffrant de troubles psychiques, permettrait une meilleure prise en charge des troubles du sommeil en général, récurrents chez ces patients. Le pronostic de la maladie de fond en serait probablement modifié.

Les troubles oniriques sont donc des symptômes à part entière. Ils doivent être considérés en psychiatrie au même titre que toute manifestation diurne. S'ils sont moins bruyants, ils constituent malgré tout un élément pronostique et diagnostique. Leurs traitements ont un retentissement positif sur la qualité de vie des patients. Pour une meilleure prise en charge, les praticiens doivent être davantage sensibilisés sur le sujet.

Ce travail n'est pas indemne de limites. Les effectifs de l'étude étaient souvent trop modestes pour conclure sur la significativité des résultats, et l'échantillon de psychiatres n'était pas représentatif de l'ensemble de la profession. La richesse de la littérature générale sur les rêves et l'hétérogénéité des approches contrastent avec le manque de données médicales pertinentes, les chercheurs se focalisant davantage sur les caractéristiques objectivables du sommeil que sur le contenu onirique.

Dans ce contexte, la recherche progresse lentement à propos du fonctionnement du rêve, mais les questions de son utilité pour l'organisme et de son sens perdurent. Les modifications oniriques dans les maladies psychiatriques, en dehors du stress post traumatique, restent peu étudiées. Elles sont à l'origine de diverses théories difficilement démontrables. On peut toutefois suggérer qu'il existe un continuum entre cauchemars, état anxieux, et pathologie psychique en général, les liens de causalité étant probablement bilatéraux. Les questions sont encore nombreuses dans ce domaine. De nombreuses avancées sont attendues afin d'améliorer les pratiques cliniques, et, ce faisant, le bien-être des patients.

Le Président du jury,

Pr. B. BONIN

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 14 Décembre 2018
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Ağargün MY, Kara H, Bilici M, Çilli AS, Telci M, Semiz ÜB, et al. The Van Dream Anxiety Scale: A subjective measure of dream anxiety in nightmare sufferers. Sleep and Hypnosis. 1999;1(4).

2. Ağargün, Mehmed Yücel, Ali Savaş Çilli, Hayrettin Kara, Nevzat Tarhan, Fevzi Kincir, and Hüsrev Öz. 1998. "Repetitive and Frightening Dreams and Suicidal Behavior in Patients with Major Depression." *Comprehensive Psychiatry* 39 (4): 198–202.

3. Ağargün, Mehmet Yucel, Hayrettin Kara, Ömer Akil Özer, Yavuz Selvi, Ümit Kiran, and BetÜl Özer. 2003. "Clinical Importance of Nightmare Disorder in Patients with Dissociative Disorders." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 57 (6): 575–579.

4. American Academy of Sleep Medicine. 2014. *Classification Internationale Des Pathologies Du Sommeil - Troisième Version*. Edited by Michel Sateia. Translated by Société Francaise de Recherche et Médecine du Sommeil. SFRMS.

5. Aristote. 4ème siècle avant JC. "De La Divination Dans Le Sommeil." In *Petits Traités D'histoire Naturelle*, Belles lettres, 9.

6. Arnulf, Isabelle. 2014. *Une fenêtre sur les rêves : Neurologie et pathologies du sommeil*. Sciences. Paris: Odile Jacob.

7. Arnulf, Isabelle, Laure Grosliere, Thibault Le Corvec, Jean-Louis Golmard, Olivier Lascols, and Alexandre Duguet. 2014. "Will Students Pass a Competitive Exam That They Failed in Their Dreams?" *Consciousness and Cognition* 29: 36–47.

8. Artémidore de Daldis. 2ème siècle après JC. *La Clef Des Songes*. Arléa-Poche. Arléa.

9. Aurora, R. Nisha, Rochelle S. Zak, Sanford H. Auerbach, Kenneth R. Casey, Susmita Chowdhuri, Anoop Karippot, Rama K. Maganti, et al. 2010. "Best Practice Guide for the Treatment of Nightmare Disorder in Adults." *Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine* 6 (4): 389–401.

10. Belicki, Kathryn. 1992. "The Relationship of Nightmare Frequency to Nightmare Suffering with Implications for Treatment and Research." *Dreaming* 2 (3): 143.

11. Bernert, Rebecca A., Thomas E. Joiner Jr, Kelly C. Cukrowicz, Norman B. Schmidt, and Barry Krakow. 2005. "Suicidality and Sleep Disturbances." *Sleep* 28 (9): 1135–1141.

12. Besancon, G., R. Cousin, B. Guitton, and F. Lavergne. 1993. "Double-Blind Study of Mianserin and Fluoxetine in Ambulatory Therapy of Depressed Patients." *L'Encephale* 19 (4): 341–345.

13. Bjorvatn, Bjørn, Janne Grønli, and St\a ale Pallesen. 2010. "Prevalence of Different Parasomnias in the General Population." *Sleep Medicine* 11 (10): 1031–1034.

14. Böckermann, Max, Annika Gieselmann, and Reinhard Pietrowsky. 2014. "What Does Nightmare Distress Mean? Factorial Structure and Psychometric Properties of the Nightmare Distress Questionnaire (NDQ)." *Dreaming* 24 (4): 279.

15. Boudon-Millot, Véronique. 1988. "Galien et Le Sacré." *Bulletin de l'Association Guillaume Budé* 47 (4): 327–337.

16. Breslau, Naomi, Thomas Roth, Eleni Burduvali, Alissa Kapke, Lonni Schultz, and Timothy Roehrs. 2004. "Sleep in Lifetime Posttraumatic Stress Disorder: A Community-Based Polysomnographic Study." *Archives of General Psychiatry* 61 (5): 508–516.

17. Choi, Sei Young. 1973. “Dreams as a Prognostic Factor in Alcoholism.” *American Journal of Psychiatry* 130 (6): 699–702.

18. Christo, George, and Christine Franey. 1996. “Addicts Drug-Related Dreams: Their Frequency and Relationship to Six-Month Outcomes.” *Substance Use & Misuse* 31 (1): 1–15.

19. Colace, Claudio. 2000. “Dreams in Abstinent Heroin Addicts: Four Case Reports.” *Sleep and Hypnosis* 2 (4): 160–163.

20. Colace, Claudio. 2004. “Dreaming in Addiction: A Study on the Motivational Bases of Dreaming Processes.” *Neuropsychoanalysis* 6 (2): 165–179.

21. Colace, Claudio. 2014. *Drug Dreams: Clinical and Research Implications of Dreams about Drugs in Drug-Addicted Patients*. Karnac Books.

22. Conseil National de l’Ordre des Médecins. 2016. “Atlas de La Démographie Médicale En France - Situation Au 1er Janvier 2016.” 10ème édition. Paris. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf.

23. Cross, Nicole, and H. Rosenberg. 2015. “A Review of the Relationship of Drug Dreams with Craving and Consumption.” *Drug & Alcohol Dependence* 146: e253.

24. Dassel, Thérèse de, Lutz Wittmann, Sonja Protic, Helge Höllmer, and Robert J. Gorzka. 2017. “Association of Posttraumatic Nightmares and Psychopathology in a Military Sample.” *Psychological Trauma : Theory, Reserach, Practice and Policy* 10 (4): 475–81.

25. Davis, Joanne L., and David C. Wright. 2005. “Case Series Utilizing Exposure, Relaxation, and Rescripting Therapy: Impact on Nightmares, Sleep Quality, and Psychological Distress.” *Behavioral Sleep Medicine* 3 (3): 151–157.

26. Desprats-Péquignot, Catherine. 2015. “Théorie Des Rêves Chez Sigmund Freud.” *Le Journal Des Psychologues*, no. 325: 44–48.

27. Detweiler, Mark B., Bhuvaneshwar Pagadala, Joseph Candelario, Jennifer S. Boyle, Jonna G. Detweiler, and Brian W. Lutgens. 2016. “Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder Nightmares at a Veterans Affairs Medical Center.” *Journal of Clinical Medicine* 5 (12): 117.

28. Dodet, Pauline, Mario Chavez, Smaranda Leu-Semenescu, Jean-Louis Golmard, and Isabelle Arnulf. 2015. “Lucid Dreaming in Narcolepsy.” *Sleep* 38 (3): 487–497.

29. Eichenlaub, Jean-Baptiste. 2015. “Activités Cérébrales Associées Au Rêve et À Son Récit.” *Le Journal Des Psychologues*, no. 325: 28–33.

30. Ellis, Thomas E., Katrina A. Rufino, and Michael R. Nadorff. 2017. “Treatment of Nightmares in Psychiatric Inpatients with Imagery Rehearsal Therapy: An Open Trial and Case Series.” *Behavioral Sleep Medicine* 15: 1–14.

31. Fabre, Daniel. 1996. “Rêver. Le Mot, La Chose, L’histoire.” *Terrain. Anthropologie & Sciences Humaines*, no. 26: 69–82.

32. Fantini, M. L., A. Corona, S. Clerici, and Luigi Ferini-Strambi. 2005. “Aggressive Dream Content without Daytime Aggressiveness in REM Sleep Behavior Disorder.” *Neurology* 65 (7): 1010–1015.

33. Fernández-Arcos, Ana, Alex Iranzo, Mónica Serradell, Carles Gaig, and Joan Santamaria. 2016. “The Clinical Phenotype of Idiopathic Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder at Presentation: A Study in 203 Consecutive Patients.” *Sleep* 39 (1): 121–132.

34. Fisher, Helen L., Suzet Tanya Lereya, Andrew Thompson, Glyn Lewis, Stanley Zammit, and Dieter Wolke. 2014. “Childhood Parasomnias and Psychotic Experiences at Age 12 Years in a United Kingdom Birth Cohort.” *Sleep* 37 (3): 475–482.

35. Fosse, Magdalena J., Roar Fosse, J. Allan Hobson, and Robert J. Stickgold. 2003. “Dreaming and Episodic Memory: A Functional Dissociation?” *Journal of Cognitive Neuroscience* 15 (1): 1–9.

36. Fraser, George A. 2009. “The Use of a Synthetic Cannabinoid in the Management of Treatment-Resistant Nightmares in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).” *CNS Neuroscience & Therapeutics* 15 (1): 84–88.

37. Freud, Sigmund. 1900. *L’Interprétation Du Rêve*. Points. Essais.

38. Gagnon, Jean-François, Mélanie Vendette, Ronald B. Postuma, Catherine Desjardins, Jessica Massicotte-Marquez, Michel Panisset, and Jacques Montplaisir. 2009. “Mild Cognitive Impairment in Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder and Parkinson’s Disease.” *Annals of Neurology* 66 (1): 39–47.

39. Garcia, Alexandra N., and Ihsan M. Salloum. 2015. “Polysomnographic Sleep Disturbances in Nicotine, Caffeine, Alcohol, Cocaine, Opioid, and Cannabis Use: A Focused Review.” *The American Journal on Addictions* 24 (7): 590–598.

40. Geberowicz, B., and M. Habib. 1993. “Le Rêve Dans Le Cinéma de Luis Bunuel.” *Humeurs*, no. 10: 26–28.

41. Gerhart, James I., Brian J. Hall, Eric U. Russ, Daphna Canetti, and Stevan E. Hobfoll. 2014. “Sleep Disturbances Predict Later Trauma-Related Distress: Cross-Panel Investigation amidst Violent Turmoil.” *Health Psychology* 33 (4): 365–72.

42. Germain, Anne, and Tore A. Nielsen. 2003. “Sleep Pathophysiology in Posttraumatic Stress Disorder and Idiopathic Nightmare Sufferers.” *Biological Psychiatry* 54 (10): 1092–1098.

43. Gibeault, Alain. 2011. “Psychodrame et Expérience Du Rêve.” *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, no. 1: 67–86.

44. Gottesmann, Claude. 2006. “Rêve et schizophrénie : Un même support neurobiologique ?” *M/S : médecine sciences* 22 (2): 201–5. https://doi.org/10.7202/012393ar.

45. Grisso, Thomas, Jeffrey Davis, Roumen Vesselinov, Paul S. Appelbaum, and John Monahan. 2000. “Violent Thoughts and Violent Behavior Following Hospitalization for Mental Disorder.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (3): 388.

46. Grønli, Janne, Annika Melinder, Olga Therese Ousdal, St\a ale Pallesen, Tor Endestad, and Anne Marita Milde. 2017. “Life Threat and Sleep Disturbances in Adolescents: A Two-Year Follow-Up of Survivors From the 2011 Utøya, Norway, Terror Attack.” *Journal of Traumatic Stress* 30 (3): 219–228.

47. Guerrero, José, and Marc-Antoine Crocq. 1994. “Sleep Disorders in the Elderly: Depression and Post-Traumatic Stress Disorder.” *Journal of Psychosomatic Research* 38: 141–150.

48. Guillet, Clément. 2018. “Les Parasomnies : Lorsque Le Sommeil Prend Vie.” *Le Cercle Psy*, no. 31: 58–61.

49. Hajek, Peter, and Michael Belcher. 1991. “Dream of Absent-Minded Transgression: An Empirical Study of a Cognitive Withdrawal Symptom.” *Journal of Abnormal Psychology* 100 (4): 487–91.

50. Hall, Calvin S., and Robert L. Van de Castle. 1966. “The Content Analysis of Dreams.” *Appleton Century Crofts*.

51. Harb, Gerlinde C., Richard Thompson, Richard J. Ross, and Joan M. Cook. 2012. “Combat-Related PTSD Nightmares and Imagery Rehearsal: Nightmare Characteristics and Relation to Treatment Outcome.” *Journal of Traumatic Stress* 25 (5): 511–518.

52. Hauri, Peter J., Michael H. Silber, and Bradley F. Boeve. 2007. “The Treatment of Parasomnias with Hypnosis: A 5-Year Follow-up Study.” *Journal of Clinical Sleep Medicine* 3 (04): 369–373.

53. Hennevin, E., and P. Leconte. 1971. “La Fonction Du Sommeil Paradoxal: Faits et Hypothèses.” *L’année Psychologique* 71 (2): 489–519.

54. Herr, S. R., I. D. Montoya, and K. Preston. 1994. “Drug-Related Dreams in Cocaine-Dependent Patients Seeking Treatment.” In *National Institute on Drug Abuse*, 141:154–154.

55. Hippocrate. 4ème siècle avant JC. “Traité Des Songes.” In *Oeuvres d’Hippocrate*. http://www.histoiredelafolie.fr/psychiatrie-neurologie/hippocrate-traite-des-songes-421-377.

56. Hobson, J. Allan. 1988. *Le Cerveau Rêvant*. Gallimard. Sciences Humaines.

57. Homère. 750a. *Iliade*. Le Livre de poche. Les Classiques de Poche.

58. Homère. 750b. *Odysée*. Le Livre de poche vols. Les Classiques de Poche.

59. Horikawa, Tomoyasu, and Yukiyasu Kamitani. 2017. “Hierarchical Neural Representation of Dreamed Objects Revealed by Brain Decoding with Deep Neural Network Features.” *Frontiers in Computational Neuroscience* 11 (4).

60. Horikawa, Tomoyasu, Masako Tamaki, Yoichi Miyawaki, and Yukiyasu Kamitani. 2013. “Neural Decoding of Visual Imagery during Sleep.” *Science* 340 (6132): 639–642.

61. Hublin, Christer, Jaakko Kaprio, Markku Partinen, K. Heikkila, and Markku Koskenvuo. 1997. “Prevalence and Genetics of Sleepwalking a Population-Based Twin Study.” *Neurology* 48 (1): 177–181.

62. Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté. 2002. *Code la Santé publique*.

63. Iranzo, Alex, Francisco Lomeña, Heike Stockner, Francesc Valldeoriola, Isabel Vilaseca, Manel Salamero, Jose Luis Molinuevo, Monica Serradell, Joan Duch, and Javier Pavía. 2010. “Decreased Striatal Dopamine Transporter Uptake and Substantia Nigra Hyperechogenicity as Risk Markers of Synucleinopathy in Patients with Idiopathic Rapid-Eye-Movement Sleep Behaviour Disorder: A Prospective Study.” *The Lancet Neurology* 9 (11): 1070–1077.

64. Iranzo, Alex, José Luis Molinuevo, Joan Santamaría, Mónica Serradell, María José Martí, Francesc Valldeoriola, and Eduard Tolosa. 2006. “Rapid-Eye-Movement Sleep Behaviour Disorder as an Early Marker for a Neurodegenerative Disorder: A Descriptive Study.” *The Lancet Neurology* 5 (7): 572–577.

65. Iranzo, Alex, Joan Santamaria, and Eduardo Tolosa. 2016. “Idiopathic Rapid Eye Movement Sleep Behaviour Disorder: Diagnosis, Management, and the Need for Neuroprotective Interventions.” *The Lancet Neurology* 15 (4): 405–419.

66. Iranzo, Alex, Eduard Tolosa, Ellen Gelpi, José Luis Molinuevo, Francesc Valldeoriola, Mónica Serradell, Raquel Sanchez-Valle, Isabel Vilaseca, Francisco Lomeña, and Dolores Vilas. 2013. “Neurodegenerative Disease Status and Post-Mortem Pathology in Idiopathic Rapid-Eye-Movement Sleep Behaviour Disorder: An Observational Cohort Study.” *The Lancet Neurology* 12 (5): 443–453.

67. Janson, Christer, Thorarinn Gislason, Wilfried De Backer, Peter Plaschke, Eythor Björnsson, Jerker Hetta, Helgi Kristbjamason, Paul Vermeire, and Gunnar Boman. 1995. “Prevalence of Sleep Disturbances among Young Adults in Three European Countries.” *Sleep* 18 (7): 589–597.

68. Johnson, Brian. 2001. “Drug Dreams: A Neuropsychoanalytic Hypothesis.” *Journal of the American Psychoanalytic Association* 49 (1): 75–96.

69. Jouvet, Michel. 1992. *Le Sommeil et Les Rêves*. Odile Jacob. Sciences.

70. Jouvet, Michel, and Monique Gessain. n.d. *Le Grenier Des Rêves - Essai D’onirologie Diachronique*. Odile Jacob.

71. Jud, Jakob. 1936. “Rêver et Desver.” *Romania* 62 (246): 145–157.

72. Kaminer, Hanna, and Peretz Lavie. 1991. “Sleep and Dreaming in Holocaust Survivors: Dramatic Decrease in Dream Recall in Well-Adjusted Survivors.” *Journal of Nervous and Mental Disease*, no. 179: 874–83.

73. Kaup, Bruce A., Paul E. Ruskin, and Gary Nyman. 1994. “Significant Life Events and PTSD in Elderly World War II Veterans.” *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2 (3): 239–243.

74. Kobayashi, Ihori, Jessica M. Boarts, and Douglas L. Delahanty. 2007. “Polysomnographically Measured Sleep Abnormalities in PTSD: A Meta-Analytic Review.” *Psychophysiology* 44 (4): 660–669.

75. Köthe, Martina, and Reinhard Pietrowsky. 2001. “Behavioral Effects of Nightmares and Their Correlations to Personality Patterns.” *Dreaming* 11 (1): 43–52.

76. Krakow, Barry, Michael Hollifield, Lisa Johnston, Mary Koss, Ron Schrader, Teddy D. Warner, Dan Tandberg, John Lauriello, Leslie McBride, and Lisa Cutchen. 2001. “Imagery Rehearsal Therapy for Chronic Nightmares in Sexual Assault Survivors with Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial.” *Jama* 286 (5): 537–545.

77. Krakow, Barry, Robert Kellner, Dorothy Pathak, and Lori Lambert. 1995. “Imagery Rehearsal Treatment for Chronic Nightmares.” *Behaviour Research and Therapy* 33 (7): 837–843.

78. Krakow, Barry, Ron Schrader, Dan Tandberg, Michael Hollifield, Mary P. Koss, C. Lillian Yau, and Diana T. Cheng. 2002. “Nightmare Frequency in Sexual Assault Survivors with PTSD.” *Journal of Anxiety Disorders* 16 (2): 175–190.

79. Lejoyeux, Michel. 2009. *Addictologie*. Masson. Abrégés.

80. Leskin, Gregory A., Steven H. Woodward, Helena E. Young, and Javaid I. Sheikh. 2002.

81. “Effects of Comorbid Diagnoses on Sleep Disturbance in PTSD.” *Journal of Psychiatric Research* 36 (6): 449–452.

82. Levin, Ross, and Gary Fireman. 2002. “Nightmare Prevalence, Nightmare Distress, and Self-Reported Psychological Disturbance.” *Sleep* 25 (2): 205–212.

83. Levin, Ross, and Tore A. Nielsen. 2007. “Disturbed Dreaming, Posttraumatic Stress Disorder, and Affect Distress: A Review and Neurocognitive Model.” *Psychological Bulletin* 133 (3): 482–528.

84. Li, Shirley X., Siu P. Lam, Joey WY Chan, Mandy WM Yu, and Yun-Kwok Wing. 2012. “Residual Sleep Disturbances in Patients Remitted from Major Depressive Disorder: A 4-Year Naturalistic Follow-up Study.” *Sleep* 35 (8): 1153–1161.

85. Li, Shirley Xin, Siu Ping Lam, Jihui Zhang, Mandy Wai Man Yu, Joey Wing Yan Chan, Cassandra Sheung Yan Chan, Colin A. Espie, Daniel Freeman, Oliver Mason, and Yun-Kwok Wing. 2016. “Sleep Disturbances and Suicide Risk in an 8-Year Longitudinal Study of Schizophrenia-Spectrum Disorders.” *Sleep* 39 (6): 1275–1282.

86. Liu, Xianchen. 2004. “Sleep and Adolescent Suicidal Behavior.” *Sleep* 27 (7): 1351–1358.

87. Lopez, Régis. 2012. “Parasomnies Du Sommeil Lent Profond Chez L’enfant.” *La Revue Du Praticien*, no. 884: 502–4.

88. Lopez, Regis, Isabelle Jaussent, Sabine Scholz, Sophie Bayard, Jacques Montplaisir, and Yves Dauvilliers. 2014. “Functional Impairment in Adult Sleepwalkers: A Case-Control Study.” *Sleep* 36 (3): 345–351.

89. Mellman, Thomas A., Daniella David, Victoria Bustamante, Joseph Torres, and Ana Fins. 2001. “Dreams in the Acute Aftermath of Trauma and Their Relationship to PTSD.” *Journal of Traumatic Stress* 14 (1): 241–247.

90. Mellman, Thomas A., Daniella David, Renee Kulick-Bell, Joanne Hebding, and Bruce Nolan. 1995. “Sleep Disturbance and Its Relationship to Psychiatric Morbidity after Hurricane Andrew.” *American Journal of Psychiatry* 152 (11): 1659.

91. Mellman, Thomas A, Renee Kulick-Bell, Bruce Nolan, and Lawrence E. Aschlock. 1995. “Sleep Events among Veterans with Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder.” *American Journal of Psychiatry*, no. 152: 110–15.

92. Monahan, John, Henry J. Steadman, Pamela C. Robbins, Eric Silver, Paul S. Appelbaum, Thomas Grisso, Edward P. Mulvey, and Loren H. Roth. 2000. “Developing a Clinically Useful Actuarial Tool for Assessing Violence Risk.” *The British Journal of Psychiatry* 176 (4): 312–319.

93. Monti, Jaime M., and Daniel Monti. 2004. “Sleep in Schizophrenia Patients and the Effects of Antipsychotic Drugs.” *Sleep Medicine Reviews* 8 (2): 133–148.

94. Morgenthaler, Timothy I., Sanford Auerbach, Kenneth R. Casey, David Kristo, Rama Maganti, Kannan Ramar, Rochelle Zak, and Rebecca Kartje. 2018. “Position Paper for the Treatment of Nightmare Disorder in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Position Paper.” *Journal of Clinical Sleep Medicine* 14 (06): 1041–1055.

95. Mysliwiec, Vincent, Matthew S. Brock, Jennifer L. Creamer, Brian M. O’Reilly, Anne Germain, and Bernard J. Roth. 2018. “Trauma Associated Sleep Disorder: A Parasomnia Induced by Trauma.” *Sleep Medicine Reviews* 37: 94–104.

96. Nadorff, Michael R., Danielle K. Nadorff, and Anne Germain. 2015. “Nightmares: Under-Reported, Undetected, and Therefore Untreated.” *Journal of Clinical Sleep Medicine* 11 (07): 747–750.

97. Nathan, Tobie. 2013. *La Nouvelle Interprétation Des Rêves*. Odile Jacob. Poches.

98. Neylan, Thomas C., Charles R. Marmar, Thomas J. Metzler, Daniel S. Weiss, Douglas F. Zatzick, Kevin L. Delucchi, Roger M. Wu, and Frank B. Schoenfeld. 1998. “Sleep Disturbances in the Vietnam Generation: Findings from a Nationally Representative Sample of Male Vietnam Veterans.” *American Journal of Psychiatry* 155 (7): 929–933.

99. Nicolas, A., and P. Ruby. 2015. “Rêves et Psychotropes.” *La Lettre Du Psychiatre* 11 (2): 42–46.

100. Nielsen, Tore A., Luc Laberge, Jean Paquet, Richard E. Tremblay, Frank Vitaro, and Jacques Montplaisir. 2000. “Development of Disturbing Dreams during Adolescence and Their Relation to Anxiety Symptoms.” *Sleep* 23 (6): 1–10.

101. Nielsen, Tore A., Philippe Stenstrom, and Ross Levin. 2006. “Nightmare Frequency as a Function of Age, Gender, and September 11, 2001: Findings from an Internet Questionnaire.” *Dreaming* 16 (3): 145–58.

102. Ohayon, Maurice M., P. L. Morselli, and C. Guilleminault. 1997. “Prevalence of Nightmares and Their Relationship to Psychopathology and Daytime Functioning in Insomnia Subjects.” *Sleep* 20 (5): 340–348.

103. Ohayon, Maurice M., and Colin M. Shapiro. 2000. “Posttraumatic Stress Disorder in the General Population.” *Comprehensive Psychiatry* 41 (6): 469–478.

104. Oudiette, D., V. C. De Cock, S. Lavault, S. Leu, M. Vidailhet, and Isabelle Arnulf. 2009. “Nonviolent Elaborate Behaviors May Also Occur in REM Sleep Behavior Disorder.” *Neurology* 72 (6): 551–557.

105. Oudiette, Delphine, Smaranda Leu, Michel Pottier, Marie-Annick Buzare, Agnès Brion, and Isabelle Arnulf. 2009. “Dreamlike Mentations during Sleepwalking and Sleep Terrors in Adults.” *Sleep* 32 (12): 1621–1627.

106. Ovide. 10. *Les Métamorphoses*. Gallimard. Folio Classique.

107. Pace-Schott, Edward F., Tamara Gersh, Rosalia Silvestri, Robert Stickgold, Carl Salzman, and J. Allan Hobson. 2001. “SSRI Treatment Suppresses Dream Recall Frequency but Increases Subjective Dream Intensity in Normal Subjects.” *Journal of Sleep Research* 10 (2): 129–142.

108. Page, F., G. Coleman, and R. Conduit. 2006. “The Effect of Transdermal Nicotine Patches on Sleep and Dreams.” *Physiology & Behavior* 88 (4–5): 425–432.

109. Pagel, J. F., and P. Helfter. 2003. “Drug Induced Nightmares—an Etiology Based Review.” *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 18 (1): 59–67.

110. Pagel, James F., and Seithikurippu R. Pandi-Perumal. 2017. “Dreaming and Sleep Disorder.” In *Sleep Disorders Medicine*, 225–234. Springer. https://www.researchgate.net/profile/Seithikurippu_R_Pandi-Perumal/publication/316867270_Dreaming_and_Sleep_Disorder/links/5a049554a6fdcceda02c4272/Dreaming-and-Sleep-Disorder.pdf.

111. Palagini, Laura, Chiara Baglioni, Antonio Ciapparelli, Angelo Gemignani, and Dieter Riemann. 2013. “REM Sleep Dysregulation in Depression: State of the Art.” *Sleep Medicine Reviews* 17 (5): 377–90. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2012.11.001.

112. Pillar, Giora, Atul Malhotra, and Peretz Lavie. 2000. “Post-Traumatic Stress Disorder and Sleep—what a Nightmare!” *Sleep Medicine Reviews* 4 (2): 183–200.

113. Platon. 315AD. *La République*. Flzammarion.

114. Postuma, R. B., J. F. Gagnon, M. Vendette, M. L. Fantini, J. Massicotte-Marquez, and J. Montplaisir. 2009. “Quantifying the Risk of Neurodegenerative Disease in Idiopathic REM Sleep Behavior Disorder.” *Neurology* 72 (15): 1296–1300.

115. Postuma, R. B., Jean Francois Gagnon, Melanie Vendette, Katia Charland, and J. Montplaisir. 2008. “REM Sleep Behaviour Disorder in Parkinson’s Disease Is Associated with Specific Motor Features.” *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 79 (10): 1117–1121.

116. Raboni, Mara Regina, Sergio Tufik, and Deborah Suchecki. 2006. “Treatment of PTSD by Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Improves Sleep Quality, Quality of Life, and Perception of Stress.” *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071 (1): 508–513.

117. Raskind, Murray A., Elaine R. Peskind, Bruce Chow, Crystal Harris, Anne Davis-Karim, Hollie A. Holmes, Kimberly L. Hart, Miles McFall, Thomas A. Mellman, and Christopher Reist. 2018. “Trial of Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans.” *New England Journal of Medicine* 378 (6): 507–517.

118. Raskind, Murray A., Kris Peterson, Tammy Williams, David J. Hoff, Kimberly Hart, Hollie Holmes, Dallas Homas, Jeffrey Hill, Colin Daniels, and Jess Calohan. 2013. “A Trial of Prazosin for Combat Trauma PTSD with Nightmares in Active-Duty Soldiers Returned from Iraq and Afghanistan.” *American Journal of Psychiatry* 170 (9): 1003–1010.

119. Rehman, Aliyah, Felicity Waite, Bryony Sheaves, Stephany Biello, Daniel Freeman, and Andrew Gumley. 2017. “Clinician Perceptions of Sleep Problems, and Their Treatment, in Patients with Non-Affective Psychosis.” *Psychosis* 9 (2): 129–139.

120. Reid, Sandra D., and Donald T. Simeon. 2001. “Progression of Dreams of Crack Cocaine Abusers as a Predictor of Treatment Outcome: A Preliminary Report.” *The Journal of Nervous and Mental Disease* 189 (12): 854–857.

121. Rek, Stephanie, Bryony Sheaves, and Daniel Freeman. 2017. “Nightmares in the General Population : Identifying Potential Causal Factors.” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52 (9): 1123–1133.

122. Revonsuo, Antti, and Christina Salmivalli. 1995. “A Content Analysis of Bizarre Elements in Dreams.” *Dreaming* 5 (3): 169.

123. Robert, Geneviève, and Antonio Zadra. 2014. “Thematic and Content Analysis of Idiopathic Nightmares and Bad Dreams.” *Sleep* 37 (2): 409–417.

124. Ruby, Perrine. 2015. “La Fréquence Des Rapports de Rêve.” *Le Journal Des Psychologues*, no. 325: 39–43.

125. Salat, David, Alastair J. Noyce, Anette Schrag, and Eduardo Tolosa. 2016. “Challenges of Modifying Disease Progression in Prediagnostic Parkinson’s Disease.” *The Lancet Neurology* 15 (6): 637–48. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)00060-0.

126. Sandman, Nils, Katja Valli, Erkki Kronholm, Hanna M. Ollila, Antti Revonsuo, Tiina Laatikainen, and Tiina Paunio. 2013. “Nightmares: Prevalence among the Finnish General Adult Population and War Veterans during 1972-2007.” *Sleep* 36 (7): 1041–1050.

127. Sastre, Jean-Pierre, and Michel Jouvet. 1979. “The Oneiric Behavior of the Cat.” *Physiology & Behavior*.

128. Schenck, Carlos H., Bradley F. Boeve, and Mark W. Mahowald. 2013. “Delayed Emergence of a Parkinsonian Disorder or Dementia in 81% of Older Men Initially Diagnosed with Idiopathic Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder: A 16-Year Update on a Previously Reported Series.” *Sleep Medicine* 14 (8): 744–748.

129. Schenck, Carlos H., Scott R. Bundlie, Milton G. Ettinger, and Mark W. Mahowald. 1986. “Chronic Behavioral Disorders of Human REM Sleep: A New Category of Parasomnia.” *Sleep* 9 (2): 293–308.

130. Schenck, Carlos H., Scott R. Bundlie, and Mark W. Mahowald. 1996. “Delayed Emergence of a Parkinsonian Disorder in 38% of 29 Older Men Initially Diagnosed with Idiopathic Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder.” *Neurology* 46 (2): 388–393.

131. Schenck, Carlos H., and Mark W. Mahowald. 2002. “REM Sleep Behavior Disorder: Clinical, Developmental, and Neuroscience Perspectives 16 Years after Its Formal Identification in SLEEP.” *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*.

132. Scherner, Karl Albert. 1861. *La Vie Du Rêve*. Sciences de L’esprit. Théétète.

133. Schierenbeck, Thomas, Dieter Riemann, Mathias Berger, and Magdolna Hornyak. 2008. “Effect of Illicit Recreational Drugs upon Sleep: Cocaine, Ecstasy and Marijuana.” *Sleep Medicine Reviews* 12 (5): 381–389.

134. Schrag, Anette, Uzma Faisal Siddiqui, Zacharias Anastasiou, Daniel Weintraub, and Jonathan M. Schott. 2017. “Clinical Variables and Biomarkers in Prediction of Cognitive Impairment in Patients with Newly Diagnosed Parkinson’s Disease: A Cohort Study.” *The Lancet Neurology* 16 (1): 66–75.

135. Schredl, Michael. 2010. “Nightmare Frequency and Nightmare Topics in a Representative German Sample.” *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 260 (8): 565–570.

136. Schredl, Michael. 2013. “Seeking Professional Help for Nightmares: A Representative Study.” *The European Journal of Psychiatry* 27 (4): 259–264.

137. Schreuder, B. J. N., Victor Igreja, Jan van Dijk, and Wim Kleijn. 2001. “Intrusive Re-Experiencing of Chronic Strife or War.” *Advances in Psychiatric Treatment* 7 (2): 102–108.

138. Schreuder, Bas JN, Marjan van Egmond, Wim Chr Kleijn, and Anouschka T. Visser. 1998. “Daily Reports of Posttraumatic Nightmares and Anxiety Dreams in Dutch War Victims.” *Journal of Anxiety Disorders* 12 (6): 511–524.

139. Schreuder, Bas JN, Wim Chr Kleijn, and Harry GM Rooijmans. 2000. “Nocturnal Re-Experiencing More than Forty Years after War Trauma.” *Journal of Traumatic Stress* 13 (3): 453–463.

140. Schwartz, Sophie. 2015. “Dormir et Rêver Pour Mieux Gérer Ses Émotions.” *Le Journal Des Psychologues*, no. 325: 34–38.

141. Seeman, Mary V. 2018. “Successful Treatment of Nightmares May Reduce Psychotic Symptoms in Schizophrenia.” *World Journal of Psychiatry* 8 (3): 75.

142. Semiz, Umit B., Cengiz Basoglu, Servet Ebrinc, and Mesut Cetin. 2008. “Nightmare Disorder, Dream Anxiety, and Subjective Sleep Quality in Patients with Borderline Personality Disorder.” *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62 (1): 48–55.

143. SFRMS, and American Academy of Sleep Medicine. 2014. *Le Manuel AASM Pour Le Codage Du Sommeil et Des Évènements Associés : Règles, Terminologie et Spécifications Techniques*. SFRMS.

144. Sheaves, Bryony, Juliana Onwumere, Nadine Keen, Daniel Stahl, and Elizabeth Kuipers. 2015. “Nightmares in Patients with Psychosis: The Relation with Sleep, Psychotic, Affective, and Cognitive Symptoms.” *The Canadian Journal of Psychiatry* 60 (8): 354–361.

145. Siderowf, Andrew, and Anthony E. Lang. 2012. “Pre-Motor Parkinson’s Disease: Concepts and Definitions.” *Movement Disorders* 27 (5): 608–16. https://doi.org/10.1002/mds.24954.

146. Siegel, Jerome M. 2009. “Sleep Viewed as a State of Adaptive Inactivity.” *Nature Reviews Neuroscience* 10 (10): 747.

147. Siegel. 2011. “REM Sleep: A Biological and Psychological Paradox.” *Sleep Medicine Reviews* 15 (3): 139–142.

148. Siksou, Maryse. 2015a. “Contenus Des Rêves: Approche Expérimentale et Expérience Subjective.” *Le Journal Des Psychologues*, no. 325: 22–27.

149. Siksou. 2015b. “L’utilisation Des Rêves En Psychothérapie.” *Le Journal Des Psychologues*, no. 325: 49–52.

150. Simor, Peter, Szilvia Csóka, and Róbert Bódizs. 2010. “Nightmares and Bad Dreams in Patients with Borderline Personality Disorder: Fantasy as a Coping Skill?” *The European Journal of Psychiatry* 24 (1): 28–37.

151. Sjöström, Nisse, Margda Waern, and Jerker Hetta. 2007. “Nightmares and Sleep Disturbances in Relation to Suicidality in Suicide Attempters.” *Sleep* 30 (1): 91–95.

152. Spoormaker, Victor I., and Jan Van Den Bout. 2006. “Lucid Dreaming Treatment for Nightmares: A Pilot Study.” *Psychotherapy and Psychosomatics* 75 (6): 389–394.

153. Steinig, Jana, Ronja Foraita, Svenja Happe, and Martin Heinze. 2011. “Perception of Sleep and Dreams in Alcohol-Dependent Patients during Detoxication and Abstinence.” *Alcohol and Alcoholism* 46 (2): 143–147.

154. Tanguay, Hélène, Antonio Zadra, Daniel Good, and Francesco Leri. 2015. “Relationship Between Drug Dreams, Affect, and Craving During Treatment for Substance Dependence.” *Journal of Addiction Medicine* 9 (2): 123–129.

155. Tanskanen, Antti, Jaakko Tuomilehto, Heimo Viinamäki, Erkki Vartiainen, Johannes Lehtonen, and Pekka Puska. 2001. “Nightmares as Predictors of Suicide.” *Sleep* 24 (7): 845–848.

156. Taylor, Fletcher B., Patti Martin, Charles Thompson, Judi Williams, Thomas A. Mellman, Christopher Gross, Elaine R. Peskind, and Murray A. Raskind. 2008. “Prazosin Effects on Objective Sleep Measures and Clinical Symptoms in Civilian Trauma Posttraumatic Stress Disorder: A Placebo-Controlled Study.” *Biological Psychiatry* 63 (6): 629–632.

157. Thompson, A., S. T. Lereya, G. Lewis, Stanley Zammit, H. L. Fisher, and D. Wolke. 2015. “Childhood Sleep Disturbance and Risk of Psychotic Experiences at 18: UK Birth Cohort.” *The British Journal of Psychiatry* 207 (1): 23–29.

158. Thünker, J., M. Norpoth, M. von Aspern, T. Özcan, and R. Pietrowsky. 2014. “Nightmares: Knowledge and Attitudes in Health Care Providers and Nightmare Sufferers.” *Journal of Public Health and Epidemiology* 6 (7): 223–228.

159. Tilley, Andrew J., and Robert T. Wilkinson. 1984. “The Effects of a Restricted Sleep Regime on the Composition of Sleep and on Performance.” *Psychophysiology* 21 (4): 406–12. https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1984.tb00217.x.

160. Tribl, Gotthard G., Thomas C. Wetter, and Michael Schredl. 2013. “Dreaming under Antidepressants: A Systematic Review on Evidence in Depressive Patients and Healthy Volunteers.” *Sleep Medicine Reviews* 17 (2): 133–142.

161. Uguccioni, Ginevra, Jean-Louis Golmard, Alix Noël de Fontréaux, Smaranda Leu-Semenescu, Agnès Brion, and Isabelle Arnulf. 2013. “Fight or Flight? Dream Content during Sleepwalking/Sleep Terrors vs Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder.” *Sleep Medicine* 14 (5): 391–398.

162. Van der Kolk, Bessel A., and Rita Fisler. 1995. “Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study.” *Journal of Traumatic Stress* 8 (4): 505–525.

163. Vertrees, Stephanie, and Glen P. Greenough. 2013. “Ethical Considerations in REM Sleep Behavior Disorder.” *Continuum : Lifelong Learning in Neurology* 19 (1): 199–203.

164. Virgile. 19 avant JC. *Enéide*. Folio Classique. Gallimard.

165. Voss, Ursula, Clemens Frenzel, Judith Koppehele-Gossel, and Allan Hobson. 2012. “Lucid Dreaming: An Age-Dependent Brain Dissociation.” *Journal of Sleep Research* 21 (6): 634–642.

166. Wamsley, Erin J., Matthew Tucker, Jessica D. Payne, Joseph A. Benavides, and Robert Stickgold. 2010. “Dreaming of a Learning Task Is Associated with Enhanced Sleep-Dependent Memory Consolidation.” *Current Biology* 20 (9): 850–855.

167. Wittmann, Lutz, Michael Schredl, and Milton Kramer. 2007. “Dreaming in Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review of Phenomenology, Psychophysiology and Treatment.” *Psychotherapy and Psychosomatics* 76 (1): 25–39.

168. Wittmann, Lutz, Daniel Zehnder, Michael Schredl, Oskar G. Jenni, and Markus A. Landolt. 2010. “Posttraumatic Nightmares and Psychopathology in Children after Road Traffic Accidents.” *Journal of Traumatic Stress* 23 (2): 232–239.

169. Yee, Tonia, Dana C. Perantie, Nafisa Dhanani, and E. Sherwood Brown. 2004. “Drug Dreams in Outpatients with Bipolar Disorder and Cocaine Dependence.” *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192 (3): 238–242.

170. Yetkin, Sinan, Hamdullah Aydin, and Fuat Özgen. 2010. “Polysomnography in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder.” *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64 (3): 309–317.

171. Yilmaz, Rezzak, and Daniela Berg. 2017. “Substantia Nigra Hyperechogenicity for the Early Detection of Parkinson’s Disease.” *Journal of Neurology & Neurophysiology* 8 (2): 1–3. https://doi.org/10.4172/2155-9562.1000425.

172. Zadra, Antonio, Alex Desautels, Dominique Petit, and Jacques Montplaisir. 2013. “Somnambulism: Clinical Aspects and Pathophysiological Hypotheses.” *The Lancet Neurology* 12 (3): 285–294.

173. Zadra, Antonio, and D. C. Donderi. 2000. “Nightmares and Bad Dreams: Their Prevalence and Relationship to Well-Being.” *Journal of Abnormal Psychology* 109 (2): 273–81.

ANNEXES

Annexe 1 : Nightmare Distress Questionnaire

Chaque item est noté de 0 = jamais à 5 = souvent

1) When you awaken from a nightmare, do you find you keep thinking about it and have difficulty putting it out of your mind?

2) Do you ever find yourself avoiding or disliking or fearing someone because they were in your nightmare?

3) Are you ever afraid to fall asleep for fear of having a nightmare ?

4) After you awaken from a nightmare, do you have difficulty falling back asleep?

5) Do nightmares interfere with the quality of your sleep?

6) Do you have difficulties coping with nightmares?

7) Do you feel you have a problem with nightmares?

8) Do nightmares affect your well-being?

9) Do you ever have the feeling that something which happened in your nightmare has really occurred?

10) Do your nightmares foretell the future?

11) When you have a nightmare, does it ever seem so real that when you awaken you have difficulty convincing yourself that it's "just a dream?" .

12) In the past year have you considered seeking professional help for your nightmares?

13) If a therapy program were available which might help you control, or to stop having nightmares, how interested would you be in participating?

Annexe 2 : Questionnaire de thèse

1-Quelle est votre région d'exercice ?

2-Quel est votre âge ?

3-Vous êtes ?

- Un homme
- Une femme

4-Quelle spécialité psychiatrique pratiquez-vous majoritairement ? (plusieurs réponses possibles)

- Psychiatrie adulte,
- Pédopsychiatrie,

- Gérontopsychiatrie,
- Addictologie
- Autre (précisez)

5-Quel est votre mode d'exercice (plusieurs choix possibles) ?

- Pratique libérale en cabinet
- Pratique hospitalière en service ouvert
- Pratique hospitalière en service fermé
- Consultations externes
- Internat
- Autre (précisez)

6-Avez-vous déjà bénéficié d'une formation en médecine du sommeil

- Non
- Oui (précisez)

7-Dans votre consultation, les rêves de vos patients sont évoqués :

- Ponctuellement
- Fréquemment
- Très souvent
- A chaque consultation
- Jamais

8-Dans votre consultation, si les rêves du patient sont abordés, ils le sont :

- Toujours par le patient
- Le plus souvent par le patient
- Indifféremment, par le patient ou moi
- Le plus souvent par moi
- Toujours par moi

9-Dans votre pratique clinique, la psychanalyse occupe une place :

- Nulle
- Minime
- Modérée
- Importante
- Majeure

10-Concernant les thèses psychanalytiques principales sur le rêve et son interprétation, vos connaissances sont :

- Inexistantes
- Faibles
- Moyennes
- Importantes

11- Concernant les thèses psychanalytiques principales sur les rêves et son interprétation, si vos connaissances ne sont pas « inexistantes », vous en servez-vous en pratique clinique ?

- Jamais
- Ponctuellement
- Fréquemment
- Très Souvent
- Toujours

12-Connaissez-vous le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal (TCSP) ?

- Oui
- non

13-Si oui, quels en sont pour vous les symptômes principaux (cinq réponses maximum)

- Levée d'atonie musculaire durant le sommeil paradoxal
- Difficultés d'endormissement en début de nuit
- Sommeil fragmenté, réveils multiples
- Réveil matinal préoce
- Hypersomnie
- Contenu onirique violent
- Contenu onirique étrange
- Contenu onirique récurrent
- Cauchemars
- Terreurs nocturnes
- Suppression totale de l'activité onirique
- Apnées du sommeil
- Ronflements
- Spasmes musculaires nocturnes
- Agressivité durant le sommeil
- Blessure nocturne du conjoint ou du patient
- Hallucinations hypnagogiques (à l'endormissement)
- Hallucinations hypnopompiques (au réveil)
- Paralysie du sommeil
- Crises d'épilepsie nocturnes
- Somnolence diurne excessive
- Somnambulisme
- Narcolepsie/Cataplexie
- Autre (précisez)

14-Quelle population est d'avantage touchée par le TCSP ?

- Enfant
- Adolescent
- Adultes
- Personnes âgées
- Ne sait pas

15- Si vous connaissez le Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal, pensez-vous qu'il existe une ou des complications/évolutions à long terme au TCSP ?

- Ne sait pas
- Non
- Oui (précisez)

16- Si oui, précisez succinctement

17-Lorsque vous suspectez un Etat de Stress Post Traumatique, recherchez-vous une activité onirique pathologique ?

- Jamais
- Rarement
- Régulièrement
- Souvent
- Toujours

18-Dans l'Etat de Stress Post Traumatique, la correction d'une activité onirique pathologique fait-elle partie de vos critères pour juger de l'efficacité thérapeutique ?

- Non
- Oui, c'est un critère parmi d'autre
- Oui, c'est un des critères principaux

19-Selon vous, quelle est la fréquence de rêves pathologiques dans l'ESPT ?

- 0 à 5%
- 5 à 10%
- 10 à 20%
- 20 à 40%
- 40 à 60%
- 60 à 80%
- 80 à 100%

20-Selon vous, quelle est la proportion de patients souffrant de dépression, non traités, rapportant des cauchemars fréquents (au moins une fois par semaine) ?

- 0 à 5%
- 5 à 10%
- 10 à 20%
- 20 à 40%
- 40 à 60%
- 60 à 80%
- 80 à 100%

21-Selon vous, quelle est la proportion de sujets indemnes de pathologie mentale rapportant des cauchemars fréquents (au moins une fois par semaine) :

- 0 à 5%
- 5 à 10%
- 10 à 20%
- 20 à 40%
- 40 à 60%

- 60 à 80%
- 80 à 100%

22-Selon vous, questionner le patient sur ses rêves dans l'entretien psychiatrique peut présenter un intérêt : (plusieurs réponses possibles)

- Pour étayer un diagnostic
- Sur le plan pronostique, dans l'évaluation de la sévérité de la symptomatologie d'un trouble psychique
- Sur le plan thérapeutique (dans le choix d'un traitement pharmacologique)
- Dans un travail d'élaboration psychothérapique
- Aucun intérêt
- Autre (précisez succinctement)

23-Evaluez l'intérêt global, selon vous, d'aborder le rêve du patient durant l'entretien psychiatrique, en le cotant sur une échelle de 0 à 10 (0 = questionner le patient sur ses rêves est strictement inutile ; 10 = questionner le patient sur ses rêves est absolument nécessaire à chaque entretien)

- 0-10

Université de Bourgogne

UFR des Sciences de Santé

Circonscription Médecine

TITRE DE LA THESE : LA PLACE DU REVE DANS LA CONSULTATION PSYCHIATRIQUE : ASPECTS HISTORIQUES, EVOLUTIONS DES PRATIQUES, ET ACTUALISATION DES CONNAISSANCES

AUTEUR : MONSIEUR ARAVANTINOS DAVID

RESUME :

Historiquement, le rêve avait une place centrale dans l'entretien psychiatrique du fait des théories psychanalytiques, Freud décrivant son interprétation comme une possibilité d'accès à l'inconscient. Les psychiatres actuels étant moins orientés vers la pratique analytique, le monde onirique semble maintenant avoir une place négligeable dans la consultation.

Dans une étude observationnelle, les pratiques professionnelles de psychiatres français vis-à-vis des songes ont été analysées. Ce travail a montré une utilisation faible du rêve en consultation, excepté dans le contexte traumatique. Les modalités d'exercice, et notamment la part analytique de la pratique, influençaient en partie les usages. La modestie des connaissances sur cette thématique a également pu être entrevue.

Ces résultats contrastent avec la littérature, qui démontre les apports du rêve dans la pratique clinique, tant dans le diagnostic des parasomnies ou du stress post traumatique, que dans le pronostic d'un trouble psychiatrique. Dans ces pathologies, les cauchemars ont un retentissement parfois important sur le sommeil, et, à terme, altèrent la qualité de vie des patients. Souvent méconnus, les traitements existent pourtant et s'avèrent efficaces.

Les troubles oniriques sont donc des symptômes à part entière. Ils doivent être considérés en psychiatrie au même titre que toute manifestation diurne.

MOTS-CLES : Rêve – Cauchemar – Nightmare Disorder – Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) – Trouble du Comportement en Sommeil Paradoxal (TCSP) – Parasomnie – Craving – Drug Dreams – Imagery Rehearsal Therapy (IRT) – Prasozine – Sommeil paradoxal