



HAL
open science

Étude des hallucinations du sommeil : du paranormal à la parasomnie

Vickie Frattini

► **To cite this version:**

Vickie Frattini. Étude des hallucinations du sommeil : du paranormal à la parasomnie. Psychiatrie et santé mentale. 2020. dumas-03116271

HAL Id: dumas-03116271

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116271>

Submitted on 20 Jan 2021

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNES

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2020

THESE N° 2020-180

**ETUDES DES HALLUCINATIONS DU SOMMEIL :
DU PARANORMAL A LA PARASOMNIE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE : PSYCHIATRIE

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2020

par

Vickie FRATTINI

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Henri COPIN

Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Sophie CREMADES

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Monsieur le professeur Alain DERVAUX

MD, PHD, HDR

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie et Addictologie Adultes

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect.

Aux membres de mon jury,

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Histologie-Embryologie-Cytogénétique)

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de Picardie

Pôle « Femme-Couple-Enfant »

Responsable de l'UF de Cytogénétique du Laboratoire de Génétique Constitutionnelle

Pôle « Biologie, Pharmacie et Santé des Populations »

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Veuillez accepter mes sincères remerciements pour votre présence.

Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Responsable du Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale

Chef du Services d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux Pédiatrique

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail.

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Médecine interne)

Votre présence dans mon jury de thèse est un honneur. Veuillez trouver l'expression de ma profonde reconnaissance.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Sophie CREMADES

Praticien hospitalier

(Psychiatrie)

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci pour ta grande patience et tes nombreux conseils avisés qui ont permis sa rédaction. Je te remercie également pour tout ce que tu m'as appris pendant mon semestre à l'antenne de psychiatrie ainsi que pour ta bienveillance au cours de nos supervisions.

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre amour, votre soutien indéfectible dans tous les aspects de ma vie et votre confiance inébranlable. Merci d'avoir été à mes côtés durant ces longues années d'études.

A mes sœurs, Vanessa, Alvina et Nancy, merci pour votre présence sans faille au quotidien, votre amour, votre joie de vivre et vos relectures plus que précieuses. Juste merci d'être vous.

A mes amis,

A Audrey, Renée, Julia, Aurore, merci pour toute cette bonne humeur que vous distillez dans ma vie au quotidien, vous êtes de vrais rayons de soleil.

A Laurine, Merci pour ton amitié depuis ces très nombreuses années. Malgré la distance, rien ne change.

A Justine, merci pour ces quatorze années d'amitié et pour tous ces road-trips à travers le monde qui m'ont fait grandir.

A Valérie et Sabrina, une très belle rencontre au cours de cet internat qui a débouché sur une sincère amitié. Merci pour cette solide complicité depuis 6 ans ainsi que de votre soutien au cours de ce travail.

Aux Gazelles, merci pour vos encouragements et votre soutien, que ce soit à la salle ou en dehors. Vous êtes bien plus qu'une équipe de sport.

A Anne-Laure et Carine, ce voyage en Crète m'aura apporté bien plus que du soleil.

Gwladys, bien que plusieurs centaines de kilomètres nous séparent, tu restes une amie sur qui je peux compter et je t'en remercie.

A Maude, Hélène, Floriane, Valentine, Bilel et Vincent, le hasard de cette collocation polynésienne a bien fait les choses, merci pour tout.

A Becca, merci pour ton accueil « à la tahitienne » pendant mon interchu. Tu as fait de ces 6 mois une expérience inoubliable, Mauruuru roa.

A Lise, merci pour ta bienveillance et ta gentillesse.

A Marine, Arnaud, Benoit, Valentine, Clémence, merci pour cet internat passé ensemble.

A mes collègues de l'EPSM de St Venant, merci de m'avoir si bien accueillie.

SOMMAIRE

RESUME	7
INTRODUCTION.....	8
I HALLUCINATIONS DU SOMMEIL : POINT SUR LES DONNEES ACTUELLES	9
A) Le sommeil	9
B) Le cas de Mme M.	11
1. La rencontre	11
2. La démarche diagnostique	13
C) Les hallucinations du sommeil	16
1. Définition.....	16
2. Evolution de l'approche médicale des hallucinations du sommeil.....	18
3. Données épidémiologiques.....	19
1) Fréquence.....	19
2) Facteurs prédisposants	20
3) Spécificité de la narcolepsie.....	21
4) Spécificité de la démence	21
4. Un modèle phénoménologique	22
D) Analyse du cas de Mme M.	23
E) Prise en charge et posture médicales actuelles	26
II DES PARASOMNIAQUES HORS DU CHAMP MEDICAL.....	27
A) Les hallucinations du sommeil dans la culture.....	27
1. Mythes et légendes.....	27
2. Les hallucinations du sommeil dans l'art.....	29
1) Littérature.....	29
2) Peinture	30
3) Sculpture	30
4) Audiovisuel.....	31
B) L'expérience du patient.....	31
C) L'émergence du sens : le concept de la cognition incarnée	33
D) Des sujets choqués qui ne consultent pas : où vont-ils ?	35
1. Les voyantes et les médiums	35

2. Les représentants religieux	35
3. Les réseaux sociaux.....	36
4. Les forums de discussion.....	36
5. Les groupes et associations.....	37
6. Le CIRCEE.....	37
III RAMENER LE PARANORMAL A LA PARASOMNIE	38
A) La place du sommeil dans l’entretien médical	38
B) Être en mesure d’accueillir l’expérience du patient.....	40
1. Une question de vocabulaire.....	40
2. La neutralité du médecin	41
C) Libérer l’hallucination de la psychose	43
D) S’intéresser au ressenti du patient.....	46
IV DISCUSSION	47
A) Les principaux résultats.....	47
B) Les limites	48
C) Les perspectives.....	48
1. Le sommeil dans la pratique clinique.....	48
2. Le dépistage systématique des parasomnies.....	49
3. La prévention primaire de complications psychiatriques.....	49
4. S’ouvrir à l’étrange et aux expériences exceptionnelles	50
5. Les perspectives pour la recherche	51
1) La réalisation d’une étude française.....	51
2) Un modèle d’exploration de l’hallucination chez le sujet sain	51
3) Une meilleure compréhension du fonctionnement normal du cerveau.....	51
4) L’étude du sommeil.....	52
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ABSTRACT	62

RESUME

Constatant, à partir de l'étude d'un cas clinique, la difficulté pour le patient de rapporter cette expérience dans le cadre d'une consultation médicale, nous interrogeons les données actuelles concernant les hallucinations du sommeil. Leur physiopathologie est connue et le diagnostic, clinique, pourrait être simple. Mais si c'est une affection considérée comme bénigne, le récit du patient est tout autre. En effet, la participation affective est telle que l'expérience bouleverse la réalité du sujet. Les recherches en neurobiologie du sommeil, en phénoménologie et la cognition incarnée nous permettent de comprendre comment le sens émerge de cette expérience totalement nouvelle et terrifiante. Nous en trouvons des représentations dans l'art sous forme d'esprits maléfiques ou de démons. Loin des cabinets médicaux, nous retrouvons ces parasomniaques dans les forums sur internet, chez les médiums, les exorcistes. Certains s'en trouvent bien ainsi mais d'autres, traumatisés par l'expérience, peuvent développer des complications : insomnie rebelle, état de stress post traumatique, dépression, délire de persécution. Après avoir identifié les points de blocage, empêchant les sujets de consulter, nous proposons de ramener les patients du paranormal à la parasomnie. Pour cela, il nous faut insister sur l'importance du dépistage systématique des pathologies du sommeil en consultation, à des fins de prévention primaire, en utilisant un vocabulaire simple et ouvert au monde onirique. Il s'agit aussi de démystifier les hallucinations qui, dans notre société, sont souvent synonymes de psychose et de s'autoriser à les étudier chez les sujets sains. Finalement, il s'agit ici d'inviter la science à oser étudier les expériences exceptionnelles, qui ont certainement beaucoup à nous apprendre sur le fonctionnement du psychisme.

Mots clés : hallucinations hypnagogiques- hallucinations hypnopompiques- hallucinations du sommeil-paralysie du sommeil-dépistage systématique-prévention primaire-paranormal-expériences exceptionnelles.

INTRODUCTION

Ce travail est le déroulement d'une enquête. Celle-ci débute par la rencontre d'une patiente qui, timidement, livre un récit étrange. Gênée, elle raconte être visitée régulièrement depuis des années par des créatures la nuit, en plein éveil, voyant parfois son mari suicidé des années auparavant. Alors qu'elle est parfaitement intégrée dans la société et qu'elle consulte régulièrement des médecins, elle n'a jamais « avoué » son secret qui pèse pourtant beaucoup sur sa vie, l'empêchant de se projeter dans l'avenir.

Dans un premier temps, avant de répondre aux questions centrales, il faut poser le cadre de ce trouble en rappelant d'abord les liens entre sommeil et qualité de vie. Puis, nous ferons un point sur les données actuelles concernant les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques. Ensuite, nous exposerons le cas clinique de Mme M. ainsi que la démarche amenant à poser le diagnostic des hallucinations du sommeil. Quelques éléments de physiopathologie, de neurobiologie et de phénoménologie permettront de revenir au cas clinique pour mieux l'analyser.

Dans un second temps, nous tacherons de comprendre pourquoi ces patients n'évoquent pas les hallucinations en consultation médicale et comment ils trouvent de l'aide. C'est l'objectif principal de ce travail.

Pour ce faire, nous appréhenderons les hallucinations du sommeil en tant que phénomènes. Nous retrouverons d'abord leur présence dans toutes les cultures ainsi que dans toutes les formes d'art, témoignant de leur fort impact émotionnel. Puis nous nous attarderons sur l'expérience elle-même, en déclinant les complications psychiatriques possibles. Le concept de cognition incarnée nous permettra de comprendre l'émergence du sens donné par le sujet à l'expérience et nous suivrons alors les chemins que prennent les patients afin de trouver de l'aide.

Dans un troisième temps, nous tenterons de ramener le paranormal à la parasomnie. Pour ce faire, nous proposerons différentes pistes impliquant plusieurs niveaux d'intervention. Elles concernent en effet la formation, l'examen médical ainsi que le médecin en tant que sujet et enfin la société en générale au travers de la question des hallucinations en tant que symptôme.

Enfin, nous appuyant sur nos réponses, nous nous poserons de nouvelles questions...

I HALLUCINATIONS DU SOMMEIL : POINT SUR LES DONNEES ACTUELLES

A) Le sommeil

Le sommeil est une composante biologique essentielle au bien-être psychique et physique de l'être humain qui occupe d'ailleurs un tiers de sa vie à dormir. Les données scientifiques sont récentes à ce sujet. Il faut attendre la découverte de l'électro-encéphalogramme (EEG) pour enfin comprendre sa physiologie et ses mécanismes.

Le sommeil correspond à une baisse de l'état de conscience qui sépare deux périodes d'éveil. Il est organisé en une succession de 3 à 6 cycles de 60 à 120 minutes chacun. Un cycle est constitué d'une alternance de sommeil lent et de sommeil paradoxal correspondant à une activité cérébrale différente mise en évidence par l'EEG et suivant une organisation particulière :

- Le stade N1 : phase de transition entre la veille et le sommeil. Le rythme cardiaque et la fréquence respiratoire ralentissent. Les muscles se relâchent et la conscience diminue. Le moindre bruit peut réveiller le dormeur, on parle de demi-sommeil ou d'endormissement. *5% du temps total de sommeil.*
- Le stade N2 : phase de sommeil lent léger. Les activités musculaires et oculaires diminuent tout comme la température corporelle. L'activité cérébrale réduit peu à peu. *45 à 60% du temps total de sommeil.*
- Le stade N3 : phase de sommeil lent profond. Il prédomine en première partie de nuit. C'est le moment le plus réparateur pour l'organisme permettant de reconstituer les stocks d'énergie. *15 à 25% du temps total de sommeil.*
- Le stade R : phase de sommeil paradoxal ou REM (Rapid Eyes Movements). Cette période est marquée par une accélération de la fréquence cardiaque et respiratoire, une hypotonie musculaire et des mouvements oculaires rapides. L'activité cérébrale y est très intense, assez proche de celle de l'éveil. C'est à ce moment que vont se produire les rêves les plus marquants. Le sommeil REM prédomine en fin de nuit. *15 à 25% du temps total de sommeil.*

Malgré l'avancée des recherches à ce sujet, nous commençons juste à entrevoir les fonctions incroyables du sommeil. Il semble jouer un rôle indispensable dans la récupération physique et psychique, dans le nettoyage et la maturation cérébrale, dans la croissance, dans le fonctionnement du système immunitaire, dans la régulation de la température corporelle, dans

le développement et la préservation des capacités cognitives mais aussi dans la régulation de l'appétit et le contrôle du poids.

Cependant, le sommeil peine à trouver sa place dans un monde où la société prône l'accélération des rythmes de vie, liée aux contraintes sociales, faisant de l'hyperactivité une valeur positive. Les français dorment en moyenne 1h30 de moins par nuit qu'il y a 50 ans selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) [1]. De nombreuses études se sont portées sur les relations entre durée de sommeil en population générale et son impact sur la santé. La réduction du temps de sommeil est associée à un surcroît de mortalité, une augmentation de l'appétit, à un risque accru d'obésité, de diabète, d'hypertension artérielle, de maladies coronaires, d'accident vasculaire cérébral (AVC) , d'inflammation, de troubles de l'humeur mais également d'une altération du système immunitaire (influence sur les effecteurs immunitaires, les cellules immunitaires et les interleukines) avec une vulnérabilité aux infections et d'une altération des fonctions cognitives (troubles de l'apprentissage, de l'attention, de la concentration, de la mémoire, du raisonnement logique voire du jugement...) [2, 3]. Il y a également un réel impact socio-économique. Par exemple, les études montrent que l'insomnie augmente l'absentéisme, diminue l'attention et la concentration, augmente le risque d'accident du travail et de la route, favorise les erreurs professionnelles [4].

Les pathologies du sommeil sont extrêmement fréquentes dans la population générale affectant 1 personne sur 3. L'insomnie est le trouble le plus répandu, touchant 15 à 20% des français dont 50% avec une forme sévère. Par ailleurs, au moins 5% des adultes souffrent d'un syndrome d'apnée du sommeil, 8% ont un syndrome des jambes sans repos et plus de 5% ont un syndrome de Gélineau selon l'INSERM [1]. C'est pourquoi il est clair, à l'heure actuelle, que les troubles du sommeil constituent un enjeu majeur de santé publique.

En tant que médecins, nous sommes très souvent confrontés à ce type de troubles bien que ce ne soit que rarement le motif principal de la consultation. Une plainte liée au sommeil entraîne très fréquemment la prescription d'un traitement médicamenteux. La surconsommation de molécules hypnotiques est une problématique majeure en France, faisant de notre pays le 2^e plus gros consommateur d'Europe derrière l'Espagne. Sensibilisée à ce sujet au cours de mon internat, j'ai réalisé mon mémoire de diplôme d'études spécialisées (DES) sur la question des difficultés d'application des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) quant à l'usage des hypnotiques dans la pratique clinique quotidienne. Très intéressée par le domaine du sommeil, j'ai souhaité poursuivre son exploration à travers mon travail de thèse. Tout commence avec la rencontre de Mme M...

B) Le cas de Mme M.

1. La rencontre

Mme M. est adressée à l'EPSM de Saint Venant, en consultation psychiatrique pour avis, par le service des urgences du centre hospitalier d'Helfaut, où elle a été prise en charge pour une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire.

Elle est âgée de 51 ans. Elle est veuve depuis 2009 suite au suicide de son mari par pendaison. Elle a 4 enfants de cette première union. Elle est sans emploi actuellement. Elle vit avec l'un de ses fils. Elle est en couple depuis 6 mois avec un nouveau conjoint mais ils vivent séparément.

Ses antécédents médicaux personnels sont marqués par un avortement spontané précoce (2005), deux AVC rapprochés (2009 et 2010), une valvulopathie cardiaque et une infection simple au coronavirus (diagnostiquée en mars 2020). Ses antécédents psychiatriques sont marqués par une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire en 2009, réactionnelle au propre suicide de son mari. Elle avait alors été prise en charge quelques jours dans un service de psychiatrie et un traitement par citalopram (Seropram®, antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine) avait été introduit. Au décours de cette hospitalisation, elle a été suivie brièvement sur le centre médico-psychologique (CMP) de Saint Omer.

Son traitement actuel se compose de citalopram 20 mg un comprimé par jour et de clopidogrel (Plavix ®) 75 mg un comprimé par jour.

La patiente décrit s'être disputée avec son compagnon la veille. Il lui reproche son manque d'investissement dans leur relation et sa réticence à se projeter avec lui. Très vite, elle évoque le décès de son mari il y a 11 ans. Celui-ci s'est suicidé par pendaison à leur domicile. Mme M. l'a découvert et a décroché elle-même la corde avant d'appeler les secours. Elle explique n'avoir jamais compris ce geste, arrivé sans signe annonciateur. Elle se pose, même encore maintenant, beaucoup de questions et éprouve un sentiment de culpabilité « J'aurais peut-être pu faire quelque chose ». Avec beaucoup d'hésitation, elle évoque la survenue d'événements étranges depuis son décès, exclusivement la nuit, compliquant d'autant plus sa perception des choses. « Vous allez me prendre pour une folle ». Après des encouragements et de la réassurance, elle explique être victime de visites nocturnes régulières depuis 2009. Elle décrit des épisodes où elle se réveille en pleine nuit, le corps paralysé, totalement terrifiée. Elle ne peut ni bouger, ni parler ni crier, « J'ai les yeux bien ouverts, je sais que je ne dors pas enfin ma tête ne dort pas mais mon corps, lui, il dort encore ». Alors elle a ce qu'elle appelle des visions. Elle voit des formes sombres bouger dans la chambre et entend des bruits de pas. Elle

ressent une peur intense quand ces formes et ces bruits se rapprochent. « J'ai du mal à respirer et je sens que l'on me veut du mal, j'ai tellement peur ! ». Ces phénomènes sont multiples et de formes différentes (vision d'animaux effrayants ou de formes humanoïdes, bruits sourds répétés, sensation de souffle sur la peau, impression d'une présence négative dans la pièce ou encore d'être touchée...) mais certains sont plus récurrents que d'autres. Une des apparitions les plus fréquentes est celle de son mari décédé. Elle en décrit un épisode : « Je me réveille, je ne peux pas bouger, j'ai du mal à respirer, j'ai peur, je sens qu'il y a quelqu'un qui me regarde et je le vois là au bout du lit. Il a encore la corde. Il dégage une vague de froid. Tout est froid dans la pièce. Il ne dit rien. J'essaie de lui parler mais je n'y arrive pas. Et il s'en va et je peux à nouveau bouger... ». Elle insiste sur le fait qu'elle est bien réveillée quand ces phénomènes se produisent et qu'elle fait bien la différence avec un simple cauchemar.

Quand ces « phénomènes » ont commencé, Mme M. n'a pas osé en parler, que ce soit à son entourage ou à son médecin traitant. « Je suis déjà allée en psychiatrie je ne voulais pas y retourner », « On m'aurait pris pour une cinglée ». Elle avait peur de ne pas être prise au sérieux, de ne pas être crue. La question de la folie l'a beaucoup inquiétée. Elle craignait d'avoir perdu la raison. Elle était angoissée à l'idée de se coucher, le sommeil n'étant plus un lieu sûr pour elle. Dépourvue de solution, elle est allée consulter une voyante qui lui a dit que c'était l'âme de son mari qui était coincée dans ce monde et qui essayait de rentrer en contact avec elle. Quelques temps plus tard, elle a été victime d'un AVC puis d'un second. Elle s'est rétablie et n'a gardé aucune séquelle. « Je me suis toujours demandé si ce n'était pas à cause des visions ». Les phénomènes décrits ont continué depuis. Il pouvait y avoir plusieurs semaines, plusieurs mois ou juste quelques jours entre chaque épisode, tous aussi effrayants les uns que les autres.

Sans être une fervente croyante, toutes ces apparitions et les propos de la voyante l'ont poussé à se questionner sur le plan spirituel et religieux, à faire des recherches sur les événements paranormaux. Elle a lu d'autres récits similaires au sien. Elle finit par dire qu'une part d'elle-même est convaincue que ces apparitions sont l'œuvre de l'âme de son mari. Il lui apparaît donc dans une tentative de communication sous sa propre forme ou sous d'autres apparences (animaux, formes humanoïdes...). Elle se décrit comme bloquée dans un entre deux mondes. Elle a la constante impression d'être en décalage avec la société et elle souffre de l'impossibilité d'en parler à son entourage. Elle culpabilise également d'essayer de construire et d'avancer dans sa vie avec son nouveau conjoint, ayant l'impression de trahir son défunt mari. Elle essaie de maintenir un certain équilibre entre ces deux aspects de sa vie dont l'un est tu, gardé secret des autres...

Lors de notre rencontre, Mme M. est calme, coopérante, de bon contact, syntone, de présentation soignée et de vigilance normale. On ne relève pas de bizarrerie comportementale et elle est adaptée au niveau de ses interactions avec autrui. Il n'y a pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée. Les capacités de jugement et de raisonnement logique ne sont pas altérées. La verbalisation est spontanée, de fluence normale. Le discours est cohérent, sans propos menaçant envers elle-même ou quiconque. Elle décrit une tristesse de l'humeur réactionnelle à la dispute avec son conjoint. Elle critique franchement la prise de médicaments qu'elle décrit comme impulsive et sans intentionnalité létale, à visée anxiolytique. On ne retrouve pas d'élément en faveur d'un syndrome dépressif caractérisé ou d'élément délirant. Il n'y a pas d'isolement et elle est bien intégrée sur le plan social. On ne note pas de trouble cognitif (trouble mnésique, de la concentration, de l'attention...). Elle ne verbalise pas de consommation de toxique. Les hallucinations ont lieu la nuit exclusivement et durent de quelques secondes à quelques minutes. Elles suivent toujours une période de sommeil et n'arrivent jamais à distance de celui-ci. La patiente est totalement réveillée quand elles surviennent, ce qu'elle argumente en précisant que ces yeux sont grands ouverts. Les hallucinations sont associées à une paralysie du corps momentanée et de résolution spontanée. Elles sont de thématiques variées et plurisensorielles, ce n'est pas une scène unique qui se rejoue. Elles sont associées à une angoisse intense, bouleversante et génèrent une appréhension majeure au moment du coucher.

Nous n'avons rencontré Mme M. qu'à cette occasion. En effet, après cet entretien, elle a regagné son domicile avec son conjoint. Nous avons programmé une consultation de suivi au CMP de St Omer mais la patiente ne s'est pas présentée. Le secrétariat l'a recontacté sans succès et nous l'avons donc perdue de vue.

2. La démarche diagnostique

Avant d'affirmer le diagnostic des hallucinations du sommeil, il est nécessaire d'éliminer d'autres hypothèses différentielles telles que :

- **Le cauchemar**

Il se caractérise par la survenue répétée de rêves effrayants pendant le sommeil provoquant des réveils et entraînant une souffrance marquée. Or ici, ce ne sont pas les hallucinations qui entraînent le réveil. La patiente est déjà réveillée lorsqu'elles surviennent et est totalement vigile. Elles arrivent exclusivement en dehors du sommeil.

- Les terreurs nocturnes

Le patient présente de façon brutale une terreur intense avec des cris stridents, des pleurs, une expression de panique sur le visage avec les yeux ouverts, des mouvements comme s'il se débattait, des manifestations végétatives majeures (rougeur, tachycardie, palpitations, tachypnée...) qui peuvent être très impressionnantes pour l'entourage mais avec une amnésie complète des faits au décours. A contrario, Mme M. se souvient parfaitement de l'épisode et est capable d'en donner tous les détails. De plus, bien qu'elle soit totalement terrorisée, il lui est impossible de bouger, de crier ou de pleurer, étant paralysée.

- Le rêve lucide

C'est un rêve durant lequel le dormeur prend conscience qu'il est en train de rêver. La patiente ici est bien réveillée.

- La psychose

La présence d'hallucination peut faire penser à un trouble psychotique or la patiente ne présente pas de rupture de contact avec la réalité bien au contraire. Il n'y a pas de bizarrerie, d'élément délirant ou dissociatif. Elle est totalement adaptée dans son discours et son comportement. Les hallucinations ont lieu exclusivement la nuit au décours du sommeil.

- La maladie de Gélineau ou narcolepsie

La patiente ne présente pas les éléments principaux de la tétrade diagnostique c'est à dire les attaques de cataplexie et l'hypersomnolence diurne. On ne retrouve ici que les éléments dits « accessoires » (non nécessaires au diagnostic) de cette tétrade : la paralysie et les hallucinations du sommeil.

- Insomnie avec illusion d'optique

Une réduction de la quantité de sommeil peut entraîner l'apparition d'illusions d'optiques chez certaines personnes. Dans le cas de Mme M., les hallucinations surviennent après une période de sommeil et sont multisensorielles.

- Un syndrome de stress post traumatique

Mme M. a vécu un événement violent et traumatisant en découvrant le corps de son mari. Le souvenir est encore bien présent dans son esprit. Cependant, on ne retrouve pas d'hypervigilance, de sursaut exagéré, de reviviscence, de flash visuel, de stratégie d'évitement de certains stimuli, de trouble de la concentration, d'accès de colère, de désintérêt pour les

activités habituelles, de détachement envers autrui, d'incapacité à ressentir les émotions positives, d'éléments dissociatifs (dépersonnalisation, déréalisation), de comportement autodestructeur... Le sentiment de culpabilité est présent mais pas disproportionné. Mme M. investit bien sa vie qu'elle reconstruit progressivement bien que cette culpabilité génère des conflits internes. De plus, les hallucinations sont polymorphes et ne représentent pas uniquement son mari. Il n'est pas ici question de la répétition incessante de la scène de la découverte du corps.

- Une dépression avec éléments psychotique

La patiente décrit une tristesse de l'humeur mais qui est réactionnelle à la dispute avec son conjoint. On ne retrouve pas d'éléments en faveur d'un syndrome dépressif : absence d'aboulie, de clinophilie, d'anhédonie, d'apragmatisme, d'apathie, d'incurie, de trouble de l'appétit, de trouble cognitif, de pessimisme, de perspective bouchée, d'idée suicidaire ...

- Une crise d'épilepsie nocturne

Elles surviennent principalement dans le cas des épilepsies du lobe frontal ou temporal. Cependant, Mme M. n'a pas d'antécédent connu de maladie épileptique. Elle ne décrit à aucun moment de morsure de langue, de perte d'urine, de blessures inexplicables, de courbatures ou de céphalées pouvant être des indices indirects d'une crise d'épilepsie nocturne. De plus, elles surviennent pendant le sommeil.

- Une maladie dégénérative

On peut retrouver des hallucinations dans les processus démentiels. Cependant, ce diagnostic est peu probable dans ce cas étant donné l'absence de troubles cognitifs associés et l'âge de Mme M. (51 ans).

- Une étiologie iatrogène

La patiente ne consomme pas de substance toxique illicite et les prises d'alcool ne sont qu'occasionnelles, lors d'événements familiaux. Il n'y a pas de mésusage médicamenteux. Concernant le citalopram, son usage peut entraîner des hallucinations mais la fréquence est faible selon le Vidal et a lieu plutôt dans les premiers instants d'utilisation. Or l'anti-dépresseur a été instauré durant l'hospitalisation en service de psychiatrie et les phénomènes ont démarré plusieurs semaines après celle-ci. Les hallucinations font également parties des effets secondaires connus du clopidogrel mais sont très rares et son instauration est ultérieure à l'apparition des premiers épisodes. Par ailleurs, elles sont fréquemment observées en cas de

surconsommation ou de sevrage brutal en hypnotiques mais ce type de molécule n'est pas présent dans le traitement habituel de la patiente.

Notre démarche diagnostique nous amène à éliminer l'ensemble de ces hypothèses différentielles. Nous sommes donc face à une femme, sans trouble psychiatrique avéré et sans consommation de toxique licite ou illicite, présentant des hallucinations nocturnes, au décours d'une période de sommeil associée à un épisode de paralysie du corps et une angoisse intense. En incluant les termes « hallucinations » et « sommeil » dans les moteurs de recherche des sites scientifiques, nous rencontrons très rapidement un trouble encore méconnu et peu rencontré en consultation médicale : les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques. Que sont-elles ?

C) **Les hallucinations du sommeil**

« Le sommeil n'est pas un lieu sûr »

Jean Cocteau

1. **Définition**

Les hallucinations du sommeil sont des expériences liées au chevauchement temporaire et anormal d'éléments de veille (conscience) et du sommeil (atonie musculaire, rêves). Elles peuvent survenir à l'endormissement (hypnagogiques) ou au réveil (hypnopompiques). Elles ne concernent pas uniquement le sommeil nocturne et peuvent survenir également lors d'une période de sommeil diurne comme une sieste.

Elles empruntent toutes les modalités sensorielles ou cinétiques [5]. On retrouve :

- **Les hallucinations visuelles** (vision de tâches de couleur aux contours vagues ou précis, de figures géométriques, de visages humains, de têtes d'animaux normales ou grotesques, d'astres, de paysages, d'une personne dans sa totalité ou d'une forme humanoïde, d'un démon, d'un animal féroce, d'une lumière vive...)
- **Les hallucinations de présence ou d'intrusion** (correspond à un vague sentiment de présence d'un être ou d'une personne dans la pièce où on dort, proche de l'espace péri-personnel)
- **Les hallucinations auditives** (des bruits de pas, des craquements, un souffle, des voix, des mots, des cris, des rires, une sonnerie de téléphone ou de la porte d'entrée, une mélodie musicale...)

- Les hallucinations cénesthésiques (l'impression d'être touché, tiré par les pieds, frôlé... et dans certains cas l'impression d'être violé ou d'avoir un orgasme)
- Les hallucinations kinesthésiques (impression de vol intersidéral, sensation de chute, de lévitation, de tangage, de roulis, d'être en mouvement, de flotter, de sortir hors de son corps avec parfois un phénomène d'autoscopie, de diminution ou d'augmentation d'une partie du corps).
- Les hallucinations olfactives (odeur normale ou puanteur), très rares.

Ces hallucinations sont souvent terrifiantes. Les patients éprouvent de la difficulté à faire la distinction avec la réalité pendant leur déroulement. Ce n'est qu'au décours qu'il leur est possible de rationaliser. Elles durent généralement de quelques minutes à quelques secondes et disparaissent d'elles-mêmes. La polysomnographie montre que les hallucinations surviennent principalement lors d'endormissements directs en sommeil paradoxal. Mais elles peuvent aussi se produire en sommeil lent [6].

Ces hallucinations peuvent être isolées mais elles accompagnent très fréquemment le phénomène de paralysie du sommeil qui consiste en une inhibition totale de tout mouvement volontaire. Le sujet est conscient de son environnement immédiat. Seuls le diaphragme et les muscles oculomoteurs ne sont pas paralysés avec une persistance de l'activité respiratoire au cours des épisodes. La paralysie s'explique par un mécanisme chimique, la libération de glycine, un neuromédiateur inhibiteur, sur le motoneurone spinal. Ce mécanisme est le même que celui entraînant l'atonie musculaire du sommeil paradoxal [7]. Ce phénomène s'accompagne d'une peur intense, d'une impression d'oppression thoracique voire de suffocation.

Les hallucinations du sommeil entrent dans ce que l'on appelle les états dissociés veille-sommeil et appartiennent à la catégorie des parasomnies (phénomènes physiques ou expériences indésirables survenant pendant la transition veille-sommeil ou à différents stades du sommeil) et plus précisément à la classe des « autres parasomnies » alors que la paralysie du sommeil appartient à celle des parasomnies du sommeil paradoxal selon l'ICSD (International Classification of Sleep Disorders) 2^e [8] et 3^e édition [9]. Les hallucinations du sommeil ne sont pas répertoriées spécifiquement dans la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) et appartiennent donc de ce fait à la catégorie « Trouble du sommeil, sans précision » G47.9 [10]. Il n'existe également pas de catégorie spécifique dans le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) pour ce type de trouble qui est donc englobé dans la catégorie « Autre trouble veille-sommeil spécifié » [11].

2. Evolution de l'approche médicale des hallucinations du sommeil

Si les termes d'hallucinations et de paralysie du sommeil sont récents, les descriptions de ces troubles sont très anciennes.

Les premières descriptions médicales de ces phénomènes qui assaillent le dormeur remontent à l'Antiquité et aux écrits d'Hippocrate au V^e siècle avant J-C. Il en parle sous le terme d'Ephialtès et regroupe des symptômes déjà bien identifiés, en s'abjurant des considérations surnaturelles. Pour Hippocrate, l'oppression thoracique et la dyspnée ont probablement une cause digestive [12]. Thermison de Laodicée, médecin romain contemporain de Jules César, s'intéresse également à ce phénomène qu'il appelle « l'étouffeur ». La langue latine opte pour le terme incubus. Dans la croyance populaire, cet incubus est assimilé à un démon qui s'assied sur la poitrine du dormeur. Une avancée dans la compréhension de ce phénomène est apportée par le médecin Macrobe qui remarque de façon pertinente que ces attaques surviennent préférentiellement lors du passage de la veille au sommeil ou inversement.

C'est au Moyen Age que ces phénomènes quittent le champ médical pour entrer dans le domaine du surnaturel au VII^e siècle. Le terme Ephialtès est abandonné au profit de celui de « cauquemaire » dans le langage populaire. Le terme latin incubus va être repris spécifiquement par le monde ecclésiastique pour donner vie au concept d'incube renvoyant à une créature et non plus un esprit, responsable des assauts nocturnes sur la poitrine des dormeurs.

C'est au XV^e siècle que démarre une chasse aux sorcières en Europe menée par l'Inquisition. Le manuel de démonologie décrit des démons particuliers : les succubes (démons prenant l'apparence d'une femme dans le but de séduire un homme dans son sommeil et de s'accoupler) et les incubes (démons mâles qui s'accouplent de gré ou de force à une femme pendant son sommeil). L'Inquisition dénonce l'hérésie du commerce sexuel avec le Malin et le punit par le bûcher. Les personnes jugées coupables de relations charnelles avec des forces maléfiques sont brûlées afin d'être purifiées. L'Eglise identifie là alors un des symptômes des hallucinations du sommeil : l'impression d'attouchement des zones sexuelles. Parallèlement aux croyances alimentées par l'Inquisition, plusieurs médecins essaient d'apporter une théorisation médicale de la paralysie et des hallucinations du sommeil afin d'en réfuter l'origine surnaturelle comme Jean Wier (médecin du Duc Guillaume de Clèves, fin du XVI^e siècle) qui s'attaque à la démonologie et propose une origine psychophysiologique du trouble.

Il faut attendre le milieu du XVII^e siècle pour que le médecin néerlandais Isbrand van Diemerbroeck publie la première description clinique détaillée de ce qui est, avec le recul, une paralysie du sommeil avec hallucinations hypnopompiques. Le cas numéro 11 appelé « A

propos du cauchemar » décrit une femme de 50 ans se réveillant la nuit avec l'impression que le diable est couché sur elle, l'empêchant de bouger et de respirer. Cette patiente voit également au pied de son lit une silhouette maléfique ou un gros chien dans la chambre [13].

Au XX^e siècle dans l'ouvrage *On the Nightmare*, Ernest Jones (psychiatre et psychanalyste gallois) réunit sous le terme de cauchemar les phénomènes nocturnes renvoyant à la sensation d'oppression thoracique, de suffocation, à l'impression d'une masse couchée sur la poitrine, de terreur intense et de visions effrayantes [14]. Terme qui au fil des années perdra sa signification première pour ne devenir plus qu'un simple rêve angoissant.

C'est en 1928 que Kinnier Wilson (neurologue anglais) introduit pour la première fois le terme de « sleep paralysis » [15].

On doit finalement à Alfred Maury (érudit français du XIX^e siècle, archéologue, professeur au collège de France et fondateur de l'École des Hautes Etudes) le terme de « hallucinations hypnagogiques » ou « erreurs des sens dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil » [16]. Il était lui-même sujet à des hallucinations d'endormissement. Il est aussi connu pour ses recherches sur le rêve et avec son ouvrage intitulé « Le sommeil et le rêve », il pose les fondements de la recherche neurobiologique à ce sujet. Il décrit dans ce livre ces expérimentations auprès des rêveurs, les exposant à des stimuli externes, les réveillant à intervalles réguliers. Il infirme alors l'idée que le rêve se produit tout au long du sommeil. Le récit de son rêve dit « de la guillotine » est célèbre et a fait l'objet de plusieurs commentaires. Nous y reviendrons ultérieurement dans ce travail.

Par la suite, l'évolution des connaissances médicales au sujet du sommeil, notamment avec les travaux de Michel Jouvet (neurobiologiste français considéré comme l'un des pionniers de l'hypnologie et de la découverte du sommeil paradoxal), et les avancées en matière d'exploration neurophysiologique ont permis de mieux comprendre la physiopathologie de ces parasomnies.

3. Données épidémiologiques

1) Fréquence

Les hallucinations hypnagogiques sont fréquentes dans la population générale avec une prévalence oscillant entre 25 et 37% [17,18]. La prévalence des hallucinations hypnopompiques est d'environ 7 à 13 % [17,18]. La plus fréquente des hallucinations d'endormissement est

cinétique : celle d'une chute abyssale à l'endormissement (23,2% des sujets sains la ressentent au moins une fois par mois) [7].

La prévalence de la paralysie du sommeil, quant à elle, varie considérablement selon les études, allant de 1,5% selon les travaux de Goode [19] et jusqu'à 62 % dans une étude canadienne [20]. Après avoir fait une revue de la littérature les répertoriant, Sharpless et Barber estiment que ce trouble touche environ 7,6% de la population générale [21]. Environ 75% des épisodes de paralysie du sommeil sont accompagnés d'hallucinations hypnagogiques et/ou hypnopompiques [22].

2) Facteurs prédisposants

On retrouve différents facteurs régulièrement associés ou pouvant prédisposer à la survenue d'hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques :

- L'âge : c'est le facteur le plus déterminant. Les sujets entre 15 et 44 ans ont beaucoup plus souvent des hallucinations du sommeil (> 40%) que les 45-64 ans (30%) ou que les plus de 65 ans (25%) [23]. Globalement, le trouble est plus fréquent chez les jeunes adultes que chez les plus âgés [24].
- Le sexe : les hallucinations sont un peu plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.
- La position du corps : la position couchée sur le dos favoriserait l'apparition de ces troubles [25].
- L'usage de substances : les hallucinations peuvent être induites par la consommation de psychotropes en tout genre que ce soit les drogues récréatives ou certains médicaments comme les benzodiazépines.
- La privation de sommeil
- Les troubles du sommeil : les patients qui présentent une insomnie chronique, une paralysie du sommeil ou une narcolepsie ont plus de risques de présenter des hallucinations du sommeil.
- Les troubles psychiatriques : les épisodes dépressifs, les troubles anxieux, les stress intenses, la bipolarité ou les psychoses peuvent favoriser la survenue de ces hallucinations.
- Les lésions cérébrales : les hallucinations peuvent être causées par une atteinte de l'intégrité du cerveau comme par exemple une tumeur, une lésion ou une pathologie neurodégénérative.

A noter, cependant, que chez 58,2% des personnes qui rapportent des hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques, on ne retrouve aucun trouble du sommeil, aucune pathologie mentale ou médicale et aucune prise de médicaments ou de substances [23].

3) Spécificité de la narcolepsie

La narcolepsie ou maladie de Gélinau est un trouble majeur de l'éveil, caractérisé par des attaques irrésistibles de sommeil pluriquotidiennes, associées dans 2/3 des cas à des cataplexies (pertes brutales du tonus musculaire à type de déverrouillage des genoux, de chute de la mâchoire ou du corps...) déclenchées surtout par les émotions agréables. Elle est causée par la perte auto-immune des neurones sécrétant l'hypocrétine (un des neuromédiateurs de l'éveil) dans l'hypothalamus entraînant la survenue brutale et irrésistible d'épisodes de sommeil (principalement paradoxal) en plein éveil, complets (endormissement) ou incomplets (paralysie musculaire du sommeil paradoxal en plein éveil provoquant les cataplexies et des hallucinations).

Comme évoqué précédemment, les hallucinations du sommeil sont l'un des éléments cliniques de ce que l'on appelle la tétrade narcoleptique avec la paralysie du sommeil, l'hypersomnolence diurne et les attaques de cataplexie survenant en plein éveil. La fréquence des patients rapportant des hallucinations dans la narcolepsie varie de 45 à 67 %. Elles diminuent avec l'âge et l'avancée dans la maladie. Elles surviennent chez 45 % des patients à l'endormissement, chez 3% au réveil exclusivement et dans ces deux moments chez 42% d'entre eux [26]. Mais elles peuvent survenir aussi en plein éveil. Elles sont concomitantes de la paralysie du sommeil chez 40% des patients et contemporaines d'accès de cataplexie dans 11% des cas. Les hallucinations semblent plus légères dans la narcolepsie sans cataplexie alors qu'elles sont plus sévères et beaucoup plus violentes dans la narcolepsie-cataplexie avec un ressenti d'autant plus intense [26].

4) Spécificité de la démence

Dans les maladies neurodégénératives, les hallucinations visuelles sont des marqueurs des maladies liées au dépôt neuronal d'alpha-synucléine (maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy diffus), alors qu'elles sont quasi absentes dans les maladies avec dépôt de protéine tau (maladie d'Alzheimer, démence fronto-temporale, dégénérescence cortico-basale).

Les hallucinations du sommeil sont rapportées par 1/4 à 1/3 des patients souffrant de la maladie de Parkinson. Elles sont donc deux fois moins fréquentes que dans la narcolepsie [26]. Elles sont principalement visuelles et moins souvent auditives ou multisensorielles et plus rapidement critiquées par le patient. Cependant, quand elles sont sévères et envahissantes, elles peuvent parfois alimenter ce que l'on appelle la psychose parkinsonienne dans laquelle les patients élaborent des convictions délirantes (conviction que leur femme/époux les trompe de par la vision la nuit d'un homme/d'une femme dans le lit...).

Les hallucinations sont plus fréquentes chez les patients recevant des agents dopaminergiques mais existent aussi en l'absence de traitement. Leur fréquence augmente avec l'âge et la durée de la maladie, avec la sévérité du déficit cognitif et les troubles veille-sommeil (par exemple, les patients ayant un sommeil réduit ou fragmenté ont plus d'hallucinations). La présence d'un trouble comportemental en sommeil paradoxal expose à un risque deux fois plus élevé d'hallucination.

Dans un article publié en 2018, le Dr Maranci et le Pr Arnulf expliquent avoir réalisé des enregistrements polysomnographiques de patients parkinsoniens souffrant de sévères hallucinations visuelles quotidiennes. Ces relevés ont montré que les hallucinations survenaient électivement au moment d'entrer ou de sortir du sommeil paradoxal, y compris dans la journée, où le sommeil apparaissait brutalement comme dans la narcolepsie. Cela suppose donc l'existence d'une forme de narcolepsie secondaire dans la maladie de Parkinson, en lien avec une perte des neurones à hypocretine, qui favorise ces hallucinations de demi-sommeil [7].

4. Un modèle phénoménologique

En 1999, Cheyne et al. [27] proposent un modèle phénoménologique structurel à 3 facteurs des hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques basé sur leur relation à la fois avec les récits culturels et avec la neurophysiologie du sommeil paradoxal. Selon ce modèle, on retrouve :

- Le premier facteur étiqueté « intrus » consiste en la sensation d'une présence, d'un sentiment de peur intense. Il est supposé provenir de l'activation amygdaloïde induite par le tronc cérébral produisant un état d'hypervigilance dans lequel les seuils de détection sont abaissés et biaisés vers des indices de menace ou de danger.
- Le second facteur « incubus » consiste en la sensation d'une pression sur la poitrine, de difficultés respiratoires voire de douleurs. Il serait attribué aux effets d'une hyperpolarisation des motoneurones responsables de la respiration.

- Le troisième facteur appelé « expériences corporelles inhabituelles » correspond à une sensation de flottement, de vol, une impression de sortie de corps, une autoscopie (expérience de voir son corps d'un autre endroit que celui où il repose). Ces expériences seraient générées par des conflits d'activation endogène et exogène liés à la position, l'orientation et le mouvement du corps.

L'élément initiateur des hallucinations serait l'expérience d'une présence détectée accompagnée d'une peur intense. La paralysie motrice du REM entraîne des difficultés respiratoires de par la résistance accrue au flux d'air en raison de l'hypotonie des muscles des voies respiratoires supérieures et de leur constriction. Lorsque la personne essaie de reprendre le contrôle et de respirer profondément, le sentiment de résistance pourra être ressenti comme une sensation d'étouffement ou d'oppression voire de suffocation. Cela peut être interprété comme étant causé par un poids ou une pression externe sur la poitrine. Cheyne et al.[27] soutiennent que si la paralysie du sommeil persiste, l'impression de présence motive les efforts continus d'interprétations de plus en plus élaborées d'autres éléments pouvant être cohérents avec une menace externe, de type endogène (via une activité oculomotrice ou de l'oreille moyenne) ou exogène (sous forme d'ombres et de sons ambiants). De tels éléments peuvent être interprétés comme des pas qui approchent, des voix qui murmurent ou des apparitions considérées comme les incarnations concrètes de la présence menaçante. Tout ceci contribue au sentiment de terreur intense vécu par le patient.

D) Analyse du cas de Mme M.

Reprenons le cas de Mme M. afin de l'interpréter à la lumière de ces données. Nous allons donc essayer de comprendre l'un des épisodes qu'elle décrit ainsi : « Je me réveille, je ne peux pas bouger, j'ai du mal à respirer, j'ai peur, je sens qu'il y a quelqu'un qui me regarde et je le vois là au bout du lit. Il a encore la corde. Il dégage une vague de froid. Tout est froid dans la pièce. Il ne dit rien. J'essaie de lui parler mais je n'y arrive pas. Et il s'en va et je peux à nouveau bouger... ».

Mme M. commence son récit par « Je me réveille » précisant le caractère hypnopompique de l'épisode survenant lors de la transition sommeil-éveil. Elle décrit ensuite être dans l'incapacité de bouger et de parler renvoyant à la paralysie du sommeil très fréquemment associée aux hallucinations hypniques. Elle verbalise spontanément avoir des difficultés à respirer et le sentiment de peur intense associé. Surviennent alors les hallucinations à la fois d'intrusion

(présence dans la pièce), visuelles (le mari au pied du lit avec la corde) et cénesthésiques (sensation de froid). Enfin, Mme M. termine sa description en décrivant la disparition des hallucinations suivie de la reprise de la mobilité. Or il est ici question de son ressenti et il est probable que ce soit la levée de la paralysie qui permette l'abrasion des hallucinations.

En reprenant le modèle phénoménologique de Cheyne et al. [27], on retrouve ici 2 des 3 facteurs décrits. On a le facteur « intrus » avec la sensation d'une présence, celle de son mari, et la peur intense associée. On retrouve également le facteur « incubus » lorsqu'elle décrit les difficultés respiratoires. Elle ne le précise pas mais on peut supposer l'impression d'une oppression thoracique. Le 3^e facteur appelé « expériences corporelles inhabituelles » est lui absent.

Nous retrouvons dans le récit de Mme M. de grandes similarités avec la description de Cheyne. Mme M. est dans un état d'entre-deux, consciente et vigile, mais présentant un état de paralysie de par la persistance de l'atonie musculaire du sommeil paradoxal. Comme expliqué précédemment, l'hypotonie des muscles des voies respiratoires supérieures entraîne des difficultés respiratoires de par la résistance accrue au flux d'air. Lorsque Mme M. essaie sans succès de reprendre le contrôle et de respirer profondément, elle interprète cette résistance comme une sensation d'étouffement ou d'oppression. Cette sensation génère une impression de présence et une angoisse très intense. Cela va entraîner une exacerbation de son état de vigilance déclenchant la recherche d'une menace extérieure et attirant son attention sur certaines informations perçues. Les interprétations consécutives à ces informations prennent alors de l'ampleur et génèrent l'hallucination visuelle de son mari et la sensation de froid.

Dès lors, intéressons-nous maintenant au fameux « rêve de la guillotine » d'Alfred Maury [28] : *« J'étais un peu malade, et je me trouvais couché dans ma chambre, ayant ma mère à mon chevet. Je rêve de la Terreur : j'assiste à des scènes de massacre, je comparais devant le Tribunal révolutionnaire, je vois Robespierre, Marat, Fouquier-Tinville, toutes les plus vilaines figures de cette époque terrible ; je discute avec eux ; enfin, après bien des événements, que je ne me rappelle qu'imparfaitement et dont je ne voudrais pas vous ennuyer, messieurs, je suis jugé, condamné à mort, conduit en charrette, au milieu d'un concours immense, sur la place de la Révolution ; je monte sur l'échafaud ; l'exécuteur me lie sur la planche fatale, il la fait basculer, le couperet tombe, je sens ma tête se séparer de mon tronc ; je m'éveille en proie à la plus vive angoisse, je me trouve sur le col la flèche de mon lit qui s'était détachée et qui était tombée sur mes vertèbres cervicales à la façon du couteau de la guillotine. Cela avait eu lieu à l'instant, ainsi que ma mère me le confirma, et cependant c'était cette sensation externe que j'avais prise [...] pour point de départ d'un rêve où tant de faits s'étaient succédés »*. A. Maury décrit ici comment il a été capable de créer un rêve instantanément à partir d'un stimulus

extérieur provoquant l'éveil. Il soutient l'idée que de longs rêves peuvent se produire en une fraction de seconde au réveil, hypothèse reprise de nos jours par le neurobiologiste Jean-Pol Tassin (directeur de recherches à l'INSERM et professeur au Collège de France). Celui-ci postule qu'on ne rêverait pas en dormant mais en se réveillant. En effet, chaque nuit, il y aurait une dizaine de micro-éveils qui ne durent que quelques fractions de secondes et pendant lesquels le cerveau a une activité identique à celle de l'éveil mais de façon si brève qu'on ne s'en souvient que rarement. Ce serait pendant ces quelques secondes que nous rêverions. Cela renvoie aux expériences de Maury lors desquelles il utilisait des stimuli extérieurs pour réveiller des sujets afin qu'il raconte leur rêve. Selon cette théorie, il n'interrompait pas un rêve en réveillant le dormeur mais il lui donnait naissance ! Le rêve naît vraisemblablement de la réactivation brutale au cours du réveil des neurones à sérotonine et noradrénaline dont l'activité est indispensable à la conscience et permettrait de se souvenir d'un rêve. Le cerveau est capable de produire une dizaine d'images en moins d'une seconde et cette dizaine d'images lorsqu'elle est traitée par un processus conscient suffit à raconter une histoire qui peut paraître avoir duré plusieurs minutes [29]. Ainsi, tout comme un rêve se crée en une fraction de seconde à partir d'un stimulus externe lors d'un micro-éveil, les hallucinations hypnopompiques se sont construites en quelques secondes à partir d'interprétation de stimuli exogènes et endogènes dans un contexte de paralysie du corps.

Or, Mme M. a vécu un événement de vie très compliqué. La mort de son mari a été soudaine et inattendue. C'est elle qui l'a découvert et qui a décroché la corde ayant servi à sa pendaison. Le vécu après le suicide d'un proche est particulièrement violent. On sait que l'intensité du choc est maximale chez celui ou celle qui découvre le défunt. Le deuil est d'autant plus difficile que s'imposent les images traumatiques du disparu et les questionnements quant aux motivations mais aussi, de par le sentiment de culpabilité qui les accompagne [30]. Nous pouvons imaginer le choc causé par ce décès sur Mme M et l'impact sur sa vie psychique. Ce n'est pas un hasard si l'hallucination du sommeil la plus fréquente chez elle est la représentation de son mari. On peut donc supputer un lien entre le vécu conscientisé de Mme M. et les phénomènes hallucinatoires. De ce fait, nous ne sommes plus face à un événement aléatoire et dénué de sens.

Ainsi, on peut émettre l'hypothèse qu'au moment de son éveil, Mme M. s'est mise à rêver en une fraction de seconde de son mari tel qu'elle l'avait vu pour la dernière fois. Puis, elle a pris conscience d'être réveillée ainsi que d'être paralysée alors qu'elle était plongée dans l'obscurité, ce qui a généré une angoisse très intense. Celle-ci a généré une hypervigilance avec l'interprétation de plusieurs stimuli produisant les hallucinations. On peut imaginer que cette

interprétation s'est faite en lien avec la trace onirique qui l'a précédée. Ainsi le contenu du rêve aurait influencé l'interprétation des stimuli ayant donné naissance aux hallucinations...

E) Prise en charge et posture médicales actuelles

Les hallucinations du sommeil sont rarement un motif de consultation à elles seules. Les patients en parlent très peu que ce soit à leur médecin ou même à leur entourage. Très souvent, ils subissent la situation sans jamais l'évoquer.

Le diagnostic est avant tout clinique. Il peut être confirmé, si nécessaire, par un examen de polysomnographie dans un centre du sommeil habilité. Celui-ci n'est pas réalisé systématiquement mais est indiqué dans certains cas : fréquence élevée des épisodes au cours du mois, plusieurs épisodes par nuit, suspicion de pathologies du sommeil (syndrome d'apnée obstructive du sommeil, syndrome de Gélineau...).

Il n'y a pas de traitement particulier pour ce trouble. Les hypnotiques ne sont pas indiqués et aucune efficacité n'a été démontrée. Aucune molécule n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette indication. La prise en charge médicamenteuse n'a d'intérêt que dans deux cas : la narcolepsie et les démences. Dans la narcolepsie, les médicaments qui réduisent la cataplexie (oxybate de sodium et anticataplectiques sérotoninergiques) réduisent aussi les hallucinations hypnagogiques et les paralysies du sommeil. Dans la maladie de Parkinson, les seuls traitements bien établis des hallucinations sévères et de la psychose sont les neuroleptiques atypiques (les autres aggravant le syndrome parkinsonien).

Pour le corps médical, les hallucinations du sommeil sont un trouble bénin, sans gravité, sans nécessité d'investigation. De manière générale, on considère que l'information du patient sur sa physiopathologie permet de le rassurer, de diminuer la peur associée et donc de réduire la fréquence des épisodes. Il lui est conseillé d'essayer de garder son calme pendant le phénomène et de s'auto-rassurer. Il est également préconisé un respect de certaines règles de bonne hygiène du sommeil afin de limiter certains facteurs favorisants : éviter la privation de sommeil, dormir avec une lumière de faible intensité, éviter la position couchée sur le dos, la prise de toxiques (alcool, drogues hallucinogènes), les activités sportives au-delà de 18h...

En somme, ces hallucinations hypniques sont, du point de vue du médecin, un phénomène sans gravité ne nécessitant pas de prise en charge particulière. Au cours de nos recherches, nous avons pris contact avec des spécialistes du sommeil et les avons questionnés à ce sujet. Les réponses étaient similaires et pouvaient se synthétiser ainsi « c'est un trouble bénin, qui

s'améliore en expliquant le mécanisme, sans prise en charge au décours et surtout pas de suivi psychiatrique ».

Or, il apparaît clairement que cette considération médicale tranche avec le ressenti intense du patient, pouvant aller jusqu'au vécu traumatique, entraînant un réel retentissement sur sa vie psychique. C'est une expérience qui laisse une marque et transforme l'individu.

II DES PARASOMNIAQUES HORS DU CHAMP MEDICAL

Bien que sans gravité médicale, les hallucinations du sommeil ne sont pas anodines pour l'individu. C'est une expérience bouleversante d'un point de vue émotionnel qui le transforme et l'amène à repenser le monde afin de tenter d'y mettre du sens.

A) Les hallucinations du sommeil dans la culture

1. Mythes et légendes

Les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques alimentent avec la paralysie du sommeil de nombreux contes partout sur la planète. Ce sont des récits d'attaques nocturnes d'incubes ou de succubes, de démons, de possessions spirituelles, d'attaques de sorcières, de visites fantomatiques et d'enlèvements d'extra-terrestres. Tout au long de l'histoire humaine, différents peuples ont donné une interprétation surnaturelle à cette parasomnie. Fait intéressant et des moins anodins, il existe d'importantes similitudes entre ces différents récits.

Au Brésil, on retrouve le mythe de *La Pisadeira*, une figure populaire typique du sud-est du pays mais également présente dans d'autres régions. Elle est définie par Luis de Câmara Cascudo, folkloriste de renom brésilien, comme une vieille femme maigre aux longs ongles et aux cheveux hirsutes qui rôde sur les toits la nuit pour s'infiltrer dans les chambres des dormeurs et piétiner leurs cages thoraciques [31].

Dans la tradition japonaise, le *Kanashibari*, traduit littéralement par « maintenu par une étreinte de fer », est omniprésent. Il est représenté par une vieille femme au visage terrifiant qui se déplace sur la pointe des pieds, comme si elle flottait, et étrangle ses victimes pendant leur sommeil ou écrase leur poitrail. Plusieurs dormeurs auraient vu le *Kanashibari* au pied de leur lit à leur réveil. Ce phénomène a pris de l'ampleur au cours des siècles. Il est notamment très présent dans les mangas. L'équipe médicale de Fukuda a confirmé le lien entre le *Kanashibari* et les hallucinations et paralysies du sommeil au cours d'une étude [32].

Au Canada, plus précisément dans la province de Terre-Neuve, on retrouve la légende de *The Old Hag Attack* ou l'attaque de la vieille sorcière. Cela fait référence à des créature hideuses venant la nuit dans la chambre des dormeurs pour écraser les poumons de ceux-ci et leur insuffler des cauchemars, des visions horribles. On disait que les victimes avaient été hantées ou « haggriden ». L'équipe de Ness a confirmé que ces attaques trouvaient bien leur origine dans un état de veille dissociée au cours du sommeil paradoxal [20].

En France métropolitaine, durant le Moyen Age et la Renaissance, on attribue ces phénomènes à de vieilles femmes, des sorcières ou des démons qui viennent maltraiter les dormeurs.

En Guadeloupe, il existe le mythe des *Soucounans*, des chiens volants qui pénètrent la nuit dans les habitations pour épier les gens.

En Martinique, on parle des *Dorlis*, terme qui désigne des personnes se transformant en animal ou en esprit à la tombée de la nuit pour violenter les dormeurs ou parfois violer de jeunes femmes.

En Polynésie française, c'est le *Tupapau* qui est décrit comme un démon venant surprendre le dormeur pendant son sommeil et s'asseoir sur lui pour l'étouffer [33].

La *Mara* ou *Mahr* est un esprit malfaisant de la mythologie nordique ainsi que du folklore scandinave et germanique. La *Mara* est capable de se dématérialiser et de passer à travers les serrures ou sous les portes afin de trouver une personne endormie. Elle s'assoie alors sur le buste de sa victime pour l'étouffer et lui donner des visions cauchemardesques. En Allemagne, on parle également d'un elfe malveillant appelé *alb*.

Dans la culture catalane, on trouve le *Pesanta* qui représente un énorme chien noir avec des pattes en acier qui rentre dans la maison des gens la nuit, se pose sur leur poitrine les empêchant de respirer et provoquant des visions cauchemardesques.

Chez les inuits, ce sont les chamans qui sont responsables de l'*Uqumangirniq* en lançant des sorts. Les gens sont immobilisés, incapables de crier, alors qu'une présence informe, sans visage, les visite la nuit.

Au Cambodge, on parle du *Khmaoch Sângkât* « le fantôme qui vous pousse vers le bas », terme désignant un être surnaturel qui mettrait ses mains sur la poitrine ou le cou de ses victimes. En 2005, Hinton et al. ont observé une incidence élevée de récits à ce sujet parmi une centaine de réfugiés cambodgiens du régime de Pol Pot au sein d'une base américaine [34].

Dans la culture thaïlandaise, on parle du *Phi Am*, un fantôme qui hante les dormeurs lorsqu'ils sont à moitié endormis et immobiles.

En Algérie, on parle du *jedma*, du *bou berak* ou encore du *boutelis*. Plusieurs termes qui évoquent un démon maléfisant venant appuyer sur le corps de ses victimes.

Au Maroc, il s'agit du *boughtat*, « celui qui te recouvre » renvoyant à une vieille femme ou à un homme en noir.

Au Mexique, on parle de *subida del muerto* ce qui se traduit par « un mort a grimpé sur mon corps ».

De façon transculturelle, on retrouve la légende du Shadow Man, Slender Man ou du Hat Man. C'est une entité décrite comme un homme portant un chapeau à larges bords et un long manteau. C'est un serviteur du diable d'origine démoniaque qui se cache pour apparaître la nuit et fixer les gens jusqu'à l'effroi alors qu'ils sont paralysés.

Et cette liste n'est pas exhaustive...

En résumé, les hallucinations et la paralysie du sommeil sont représentées largement dans les cultures du monde entier. C'est une expérience transfixiante qui entraîne un décrochage avec l'ordinaire. Les récits qui en sont faits sont certainement à l'origine de ces croyances dont les suivants se sont saisis pour donner du sens à leur vécu et qui, de ce fait, les alimentent et les renforcent au fil du temps. Ces phénomènes hors du commun suscitent chez l'individu le besoin de partager son expérience que ce soit à travers la narration ou d'autres modes d'expression.

2. Les hallucinations du sommeil dans l'art

Depuis des siècles, les hallucinations et la paralysie du sommeil fascinent et terrifient. Voici présentés ici quelques exemples de leur présence dans des œuvres artistiques diverses

1) Littérature

En 1595, dans *Roméo et Juliette* de Shakespeare, acte I scène IV, l'un des personnages parle de la reine Mab, une fée s'en prenant aux personnes endormies. Le jeune homme décrit des hallucinations auditives avec un bruit de tambour mais également une stryge qui écrase le poitrail des jeunes femmes pendant leur sommeil.

En 1605, dans *Don Quichotte* de Cervantes, la servante Maritormes se réfugie dans le lit de Sancho Pança effrayée « sentant une masse sur son estomac [...] crut qu'il avait le cauchemar ».

En 1887, Guy de Maupassant écrit *Le Horla*, récit dans lequel le personnage principal est victime d'apparitions nocturnes effrayantes l'entraînant peu à peu vers la folie [35]. Plusieurs auteurs pensent que le Horla est la représentation symbolique des parasomnies présentées par le personnage [36]. Guy de Maupassant était lui-même victime d'épisodes répétés d'hallucinations hypnagogiques et de paralysie du sommeil.

On retrouve également une description claire d'hallucinations du sommeil dans *Le bras flétri* écrit par Thomas Hardy en 1896 [37].

Dans *Le 6^e sommeil* de Bernard Weber paru en 2015, l'un des personnages principaux est victime d'un épisode de paralysie du sommeil. Un vécu d'anxiété massive est décrit par le protagoniste [38].

2) Peinture

Heinrich Füssli, peintre d'origine suisse, illustra ce phénomène à travers plusieurs de ses tableaux dont l'un intitulé *Der Nachtmär*, en 1781. On y voit une femme endormie, étendue sur un lit, avec un animal fantasmagorique et effrayant assis sur sa poitrine au point de l'oppresser.

L'œuvre *Le cauchemar* du peintre danois Nicolai Abilgaard, datant de 1800, représente également bien le sujet. On y voit deux femmes allongées l'une contre l'autre. Celle en arrière-plan dort et plane au-dessus d'elle l'ombre d'un incube, ombre menaçante mais non agissante. Sur la femme au premier plan siège un être démoniaque et effrayant, l'empêchant de respirer.

On retrouve une représentation semblable dans l'œuvre intitulée *Incubus* de Charles Walker en 1870.

En 1892, Paul Gauguin peint un tableau qu'il nomma *Manao Tupapau* représentant un démon assis aux pieds d'une tahitienne couchée et nue.

3) Sculpture

En 1894, le sculpteur français Eugène Thivier crée *Le cauchemar*, sculpture représentant une femme nue allongée, en proie à un délire onirique, attaquée par un animal aux allures de gargouille monstrueuse perchée sur sa hanche.

4) Audiovisuel

En 2018, le film d'horreur américain *La Mara* relate l'histoire d'une créature démoniaque du même nom qui attend que ses victimes s'endorment pour ensuite les paralyser et pénétrer dans leurs esprits.

Dans la série *The haunting* (sortie en 2018), le personnage de Nell souffre d'hallucinations et de paralysie du sommeil depuis son enfance. Il décrit l'apparition d'une dame au cou cassé debout au pied de son lit alors qu'il lui est impossible de bouger.

En 2015, le réalisateur Rodney Ascher produit un docufiction nommé *The Nightmare* qui s'attache à illustrer les témoignages de huit personnes présentant des épisodes récurrents et invalidants d'hallucinations du sommeil avec ou sans paralysie.

En 2017, le film d'horreur intitulé *Slumber*, réalisé par Jonathan Hopkins, décrit l'histoire d'une hypnologue qui va prendre en charge des parents et leurs deux enfants victimes d'un démon paralysant leur sommeil et les terrorisant.

Le fait que ce phénomène soit autant retranscrit, que ce soit dans les croyances culturelles à travers le monde entier ou bien dans les différents domaines artistiques, témoigne de l'importance de cette expérience dans la vie psychique du sujet.

B) L'expérience du patient

Les hallucinations du sommeil peuvent être très déstabilisantes dans la mesure où elles peuvent remettre en cause la compréhension de la réalité. Dans leur étude [27], Cheyne et al. constatent que 90% de leur échantillon étudiant et 98% de leur échantillon web ont ressenti une peur intense voire un sentiment de terreur au cours des épisodes. Cette peur vient du sentiment de paralysie mais également des hallucinations pouvant être vives, dérangeantes et violentes. Ces personnes sont parfois convaincues d'être les sujets d'attaques surnaturelles ou démoniaques.

Prenons l'exemple du vécu d'abduction, qui correspond à l'impression très réaliste d'avoir été « enlevé » par des extra-terrestres. Cette expérience arrive le plus souvent chez des patients sans trouble psychiatrique avéré [39]. Pour plusieurs auteurs dont Backer [40], l'abduction relève de la paralysie et des hallucinations du sommeil ainsi que des états modifiés de conscience. Il y aurait des dizaines de milliers de cas d'abductés dans le monde. La plupart proviendrait des Etats-Unis mais également de l'Argentine, du Brésil, de l'Australie et de la Grande-Bretagne. Les cas sont plus rares en Afrique, au Moyen-Orient, en Asie et en Europe [41]. En France, ces

patients évitent les médecins de peur que leur récit soit considéré comme délirant. Le vécu de cette expérience est très intense et la conviction de sa véracité est inébranlable. Ces personnes décrivent des scènes d'examens médicaux, de manipulations, d'interventions chirurgicales voire de viols. Le réalisme est tel qu'il entraîne un sentiment profond et durable de peur, particulièrement destabilisant, difficilement intégrable. Certains peuvent présenter un syndrome de stress post-traumatique avec une somatisation importante. Par ailleurs, on constate un taux élevé de tentative de suicide chez les abductés : 5 fois plus que dans la population générale [42].

D'une façon générale, les hallucinations du sommeil sont une expérience transcendante au sens philosophique du terme, c'est-à-dire qu'elles dépassent les limites de l'expérience possible selon Kant. Pour comprendre, nous allons réaliser une expérience immersive (passer d'un point de vue de spectateur à celui d'acteur) : imaginez que vous vous réveillez en pleine nuit, sans repère, alors que la chambre est plongée dans l'obscurité, tout est calme. Vos yeux sont grands ouverts. Vous voulez allumer la lumière mais vous ne pouvez plus bouger ou parler et vous luttez pour respirer, en forçant sur les muscles de votre cage thoracique, comme si on vous écrasait la poitrine. L'angoisse vous submerge. La situation n'est pas normale et ne ressemble à aucune autre. Vous sentez que quelqu'un ou quelque chose est dans la pièce, à côté de vous, et vous observe. L'angoisse gonfle encore. Vous êtes toujours paralysé ce qui vous rend totalement vulnérable alors que vous comprenez que vous êtes en danger car « quelque chose » vous veut du mal. Cette conviction intensifie votre peur et c'est alors que se matérialise sous vos yeux une forme noire, inconnue jusqu'à lors. En quelques secondes seulement, l'angoisse se transforme en terreur et votre corps se glace. Pour accompagner l'image, il y a le son, celui d'un râle. La forme avance vers vous. Le bruit de ses pas sur le sol résonne à vos oreilles, tout comme son râle qui devient de plus en plus intense à mesure qu'il se rapproche. La terreur vous submerge et votre réflexe très certainement est de courir, de fuir le plus loin possible face au danger. Pourtant votre corps reste immobile. Et alors que cette forme devient si proche qu'elle pourrait vous toucher et que votre cœur bat si fort qu'il pourrait implorer, tout s'efface. La présence disparaît, tout est de nouveau silencieux. Il vous est possible de bouger et pourtant, figé par la peur, il faut encore attendre quelques secondes avant d'oser tendre le bras afin d'allumer la lumière et de pouvoir à nouveau respirer....

Il est impossible de vivre une telle expérience sans en être affecté. La peur et l'angoisse qui y sont associées vont transformer le patient et modifier son rapport au monde. Ces hallucinations peuvent entraîner un sentiment d'insécurité et une angoisse anticipatoire au moment du coucher, par crainte de vivre une nouvelle expérience de ce type. Ce vécu est inédit et il n'y a

pas de situation équivalente à laquelle le comparer, il est donc impossible d'y mettre du sens. Or les faits inexplicables sont une source majeure d'angoisse pour l'être humain lui donnant l'impression d'être vulnérable et de perdre le contrôle. Lorsque la nuit prend fin, le souvenir du caractère exceptionnel de cette situation clinique peut donner l'impression au sujet d'être le seul à la vivre renforçant son sentiment d'exclusion et sa peur d'un discrédit social. Difficile alors de raconter cette scène à l'un de vos proches... ou à l'inverse, entendre un ami en faire la description. On imagine aisément la perplexité que peut générer ce genre de récit qui semble tout droit sortir d'un film d'horreur, bien loin de notre pensée rationnelle. Rapporter de tels faits, c'est risquer de se heurter à l'incompréhension et au jugement d'autrui. La peur d'être stigmatisé est très importante ainsi que celle de l'assimilation à la folie [43].

Le retentissement diffère selon les individus. Certains vont présenter pendant quelques jours une appréhension avant d'aller se coucher puis rationaliser l'expérience et s'en accommoder. Pour d'autres, les conséquences vont être plus importantes. L'angoisse peut devenir permanente que ce soit dans la journée avec un sentiment d'insécurité mais également au moment d'aller dormir causant une insomnie secondaire. Nous avons vu précédemment quels étaient les effets délétères possibles d'une réduction du temps de sommeil sur le long cours. Par ailleurs, cette angoisse permanente peut générer l'apparition d'autres troubles notamment sur le plan psychiatrique comme une dépression, un épisode délirant, un trouble anxieux généralisé, des idées suicidaires ou encore, lorsque le contenu des hallucinations est vraiment violent, un état de stress post-traumatique.... Ces hallucinations peuvent également amener le patient à consommer des substances toxiques licites comme l'alcool ou illicites (drogues) ou bien encore à faire un mésusage de certains traitements comme les hypnotiques afin de tenter de les abraser ou de diminuer l'angoisse associée.

Il est indéniable que les hallucinations du sommeil génèrent des émotions très intenses chez les individus avec un retentissement conséquent et parfois permanent sur leur vie psychique. Cette expérience exceptionnelle les transforme et remet en question leurs croyances habituelles. Afin de mieux comprendre le mécanisme de ces remaniements psychiques, il nous faut évoquer le concept de la cognition incarnée.

C) L'émergence du sens : le concept de la cognition incarnée

Le concept de la cognition incarnée ou *embodiment* est récent puisqu'il s'est développé ces 20 dernières années. Il est issu de la psychologie cognitive et postule que le corps contribue à la cognition en interagissant avec le cerveau. Cela signifie qu'une personne évalue un objet en

fonction de la position de son corps ainsi que de ses mouvements et que ses expériences sensori-motrices influencent sa manière de penser. La cognition prend donc racine dans le système sensori-moteur du corps et dans son interaction avec l'environnement [44].

L'esprit n'est pas une construction abstraite qui opère séparément du corps. Des études montrent que ce dernier est même un outil d'apprentissage efficace. Par exemple, les enfants sont plus performants dans des tâches de rotation mentale, comme celles que l'on mobilise dans les exercices de géométrie, après avoir manipulé des cubes en bois pour construire des petits bâtiments. De son côté, Manuela Macedonia (chercheuse à l'institut Max-Planck de neurosciences cognitives de Leipzig) explique que les personnes mémorisent plus facilement des mots lorsque les gestes qui les accompagnent évoquent leur sens d'une façon ou d'une autre [45]. Dans une étude publiée en 2010, des chercheurs décrivent que si l'on paralyse temporairement, par injection de botox, les muscles qui servent à froncer les sourcils, il devient plus difficile de comprendre les passages d'un livre qui expriment des émotions négatives. La rétroaction corporelle contribue donc à la compréhension. Ainsi notre corps alimente notre pensée. Par ailleurs, il détermine également notre rapport au monde. Selon Remy Versace (professeur de psychologie cognitive à l'université lumière Lyon 2), à tout instant, des signaux issus de chaque cellule de notre organisme forgent à la fois notre conscience, notre perception et notre sentiment d'exister au monde [46].

On comprend, dès lors, comment une expérience corporelle très intense, comme celle que constituent les hallucinations du sommeil, peut bouleverser la cognition du sujet. Durant un épisode hallucinatoire associé à une paralysie, le système sensori-moteur est extrêmement sollicité. Le sujet appréhende cette expérience sans pouvoir la comparer à d'autres situations déjà vécues. Le corps, à chaque instant, fabrique du sens et c'est notamment le cas dans l'immédiateté de cette expérience tout aussi extraordinaire que terrifiante. C'est ainsi que certains vont adhérer à des explications surnaturelles alors qu'elles ne faisaient pas partie de leur champ de croyances auparavant. Par exemple, dans notre cas clinique, Mme M. se retrouve face à une impossibilité de comprendre autrement que par une explication extérieure à elle-même. Elle ne pense pas avoir vécu un phénomène physique interne mais externe : son mari est revenu à elle. Elle va donc aller consulter une voyante, ce qu'elle n'a jamais fait auparavant, et conclure que c'est le fantôme de son mari qui est à l'origine de la situation. Mme M. n'avait pourtant pas de croyance surnaturelle auparavant. Ce sont bien les remaniements cognitifs provoqués par les expériences hallucinatoires intenses et le vécu de paralysie de son corps qui la conduisent à y adhérer. Si, du jour au lendemain, il devient vrai que le monde des esprits existe par exemple, c'est toute la réalité qui change.

De ce fait, les individus, à l'instar de Mme M., ne vont pas consulter leur médecin estimant que leur expérience ne relève pas de son champ de compétence.

D) Des sujets choqués qui ne consultent pas : où vont-ils ?

Certaines personnes, très marquées par l'expérience, ne sont pas satisfaites des explications données par le monde scientifique [47]. Elles sollicitent alors d'autres interlocuteurs, que ce soit pour obtenir des informations, pour tenter de mettre du sens dans ce qu'elles vivent ou juste pour être écoutées voire confortées et partager leur expérience.

1. Les voyantes et les médiums

Selon Irwin [48], la croyance aux phénomènes paranormaux est assez répandue : entre 60 et 75% de la population croit au moins à un phénomène paranormal. Le caractère extraordinaire de ces expériences les conduit à consulter des intervenants de ce domaine comme des voyantes ou des médiums afin, par exemple, de communiquer avec l'entité qui les persécute. Selon les estimations, 25% des français auraient déjà eu recours à une voyante au moins une fois dans leur vie. C'est chaque année presque 3 millions de français qui y ont recours pour diverses raisons.

2. Les représentants religieux

Certains vont se référer à leur représentant religieux pour expliquer et solutionner le problème. Ils vont avoir recours à des bénédictions, des messes, des prières ou des rituels d'exorcisme. Il est d'ailleurs important de noter que le nombre d'exorcismes en France est en forte hausse depuis quelques années. Il y a encore quinze ans, on comptait une trentaine de prêtres exorcistes. Désormais, chaque diocèse en France dispose d'au moins un prêtre formé, soit une centaine, pratiquant chacun jusqu'à 50 désenvoutements par an. Il existe même une association internationale des exorcistes fondée en 1990 par le père Gabriel Amorth, purificateur en chef du Vatican jusqu'à sa mort en 2016. Il aurait lui-même réalisé des milliers d'exorcismes au cours de sa carrière. Par ailleurs, l'Eglise catholique possède un site web où il est possible de trouver des renseignements sur cette pratique mais également les coordonnées permettant de prendre rendez-vous avec un référent [49]. Cette forte demande a d'ailleurs entraîné le développement d'une activité privée sous forme de transaction financière, par des personnes

non mandatées par l'Église catholique romaine et non inscrites aux Ordos diocésains (annuaires ecclésiastiques qui peuvent être consultés auprès des paroisses ou des évêchés).

3. Les réseaux sociaux

D'autres personnes vont se tourner vers les réseaux sociaux pour trouver les informations et l'écoute dont ils ont besoin. Ainsi, on peut trouver sur Facebook de nombreux groupes de discussion portant sur les hallucinations du sommeil, très souvent assimilées au terme de paralysie du sommeil. On trouve par exemple le groupe intitulé « Paralysie du sommeil-Rêves lucides-voyage astral » qui regroupe 2 094 membres ou encore celui nommé « Paralysie du sommeil » qui se compose de 1 720 membres. Les personnes publient sur ces groupes leurs témoignages et échangent des conseils et des avis. Il est ressenti à travers ces publications l'envie, voire la nécessité, de pouvoir verbaliser à ce sujet. D'autres réseaux sociaux sont également utilisés comme la chaîne YouTube. On peut y trouver, par exemple, le récit de la « youtubeuse » Knoetzie, connue pour ses vidéos sur l'esthétisme, qui a publié sur sa page une vidéo où elle consacre plusieurs minutes à la description de son dernier épisode de paralysie du sommeil. Elle explique s'être réveillée en pleine nuit, paralysée, avec la vision de mains en racines d'arbre sur son corps et la présence d'une « bête » près de son lit. Elle décrit la sensation d'être tirée vers le bas à travers son matelas par une présence maléfique et la terreur qu'elle a ressentie. Elle explique très simplement le phénomène et incite ses abonnés à poster des commentaires avec leurs propres témoignages. Cette vidéo a été vue 140 537 fois et a suscité 1 115 commentaires.

4. Les forums de discussion

En dehors des réseaux sociaux, on trouve également plusieurs forums de discussion sur les hallucinations du sommeil sur des sites dédiés à la santé (Doctissimo, forum psychologie, Médicalforum), à l'information (Paris match, le Figaro), à la science (Futura-Science), ou encore des sites féminins (Mademoizelle, Journal des femmes) mais également sur des sites dédiés aux jeux vidéo (jeux vidéos.com, gamekult). Par exemple, sur le forum du site de l'Association française de Narcolepsie Cataplexie et d'hypersomnie rares (ANC), on retrouve des témoignages dans lesquels les patients expliquent leur errance médicale et la peur de parler aux médecins de leurs hallucinations.

5. Les groupes et associations

Les personnes se décrivant comme victimes de phénomènes d'abduction vont, pour leur part, possiblement se tourner vers des groupes d'Ufologie comme la Fédération Française d'Ufologie (F.F.U) à laquelle adhère le Centre de Recherche et d'Etude des Phénomènes Spatiaux (CREPS) ou encore l'association Contact et Enlèvement lors de Rencontre OVNI (CERO-France), créé en 2014. Le CERO regroupe 60 adhérents et a été contacté par 400 à 500 personnes décrivant des phénomènes d'abduction. En parallèle, des rencontres sont organisés entre abductés sous le nom de Repas Ufologiques Parisiens un mardi de chaque mois depuis 15 ans à Paris. Le but étant de rassembler les victimes d'abduction afin de discuter des dernières données d'ufologie, d'échanger des vécus d'expériences etc...

6. Le CIRCEE

Certains vont s'orienter vers des organismes plus neutres comme le Centre d'Information de Recherche et de Consultation sur les Experiences Exceptionnelles (CIRCEE). Créée en 2009, cette structure bénéficie d'un petit réseau d'universitaires et de cliniciens provenant de champs variés (médecine, psychologie clinique, philosophie, psychologie cognitive, neurosciences ...) et développe un abord scientifique et académique des expériences vécues comme paranormales. Elle a pour vocation d'étudier les expériences exceptionnelles (en anglais, *anomalous experiences*). Le but est de comprendre, par l'étude de ces phénomènes, le fonctionnement du cerveau et de certains processus psychiques mais également d'aider au développement de prises en charge adaptées pour les personnes qui se trouvent en difficulté. Le CIRCEE se définit comme un lieu d'aide, de soutien et de thérapie mais également de recherche, le but étant de recueillir un maximum de témoignages. Le centre reçoit 200 demandes par an et environ 1000 personnes ont pris contact entre 2009 et 2013, ce qui est peu au regard de la population concernée. Le délai de réponse est d'environ 7 jours et il est possible de prendre contact par mail ou par téléphone. Des consultations sur site peuvent être organisées voire des déplacements au domicile quand cela est nécessaire [50]. Ce centre, en acceptant la nature exceptionnelle des récits, permet aux patients de se sentir suffisamment en confiance pour raconter leur vécu sans craindre qu'il soit interprété comme un délire. On y retrouve de nombreux récits d'abduction [51].

Il y a donc une réelle absence de rencontre entre les médecins et ces personnes qui se retrouvent en dehors du champ de la santé. Certains s'en accommodent mais pour d'autres, le sommeil devient un lieu de terreur et des complications peuvent se surajouter (dépression, idées

suicidaires, insomnie chronique ...) indiquant la nécessité d'une prise en charge. Or comment prendre en charge ces patients qui n'interpellent pas leur médecin ? Il faut alors réfléchir à des perspectives de changement dans notre pratique quotidienne pouvant permettre de dépister les hallucinations du sommeil dans les temps de consultation.

III RAMENER LE PARANORMAL A LA PARASOMNIE

Les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques sont peu rencontrées en consultation. Ne saisissant pas le lien avec le champ médical ou craignant que leur expérience soit assimilée à une maladie mentale, ces personnes ne consultent pas leur médecin, se retrouvant seules face à la possible souffrance d'une réalité transformée. Nous proposons ici quelques pistes qui se situent à différents niveaux d'intervention, pouvant permettre d'aider les patients à retrouver le chemin des cabinets médicaux.

A) La place du sommeil dans l'entretien médical

Bien que les hallucinations du sommeil soient fréquentes dans la population générale, elles restent insuffisamment diagnostiquées et leur prévalence est sous-estimée. Cet état de fait renvoie à la considération du sommeil et de ses troubles dans la société ainsi que dans le corps médical.

Comme nous avons pu le voir précédemment, le sommeil est une fonction biologique très importante pour le bien-être d'un individu et les pathologies qui lui sont associées ont des retentissements conséquents sur sa santé. Pourtant, les patients restent peu enclins à consulter pour ce type de troubles. Une étude réalisée auprès de 6 043 médecins généralistes montre que 18,1% des patients consultant en médecine générale souffrent d'insomnie mais que seuls 30,9% d'entre eux consultent spécifiquement pour ce motif et que 69,1% n'abordent le sujet qu'au détour d'une consultation pour un autre trouble [52]. Ils l'évoquent dans les toutes dernières minutes de l'entretien, après avoir parlé des « choses importantes », prenant de court le praticien qui n'a alors pas l'occasion d'explorer cette plainte de façon exhaustive. Il n'existe pas d'étude similaire dédiée aux hallucinations du sommeil mais on peut supposer que s'il est déjà difficile pour le patient d'interpeller son médecin pour un trouble aussi commun que l'insomnie alors il y a très peu de chance qu'il le fasse pour ce type particulier d'expérience, qu'il ignore être une parasomnie

Lors d'une consultation médicale (hors consultation spécialisée), les troubles du sommeil ne sont pas systématiquement recherchés. Très souvent, cette fonction instinctuelle est négligée et le sujet n'est évoqué que si le patient s'en plaint directement. Ces troubles sont considérés comme annexes et relayés au second plan. Souvent, la plainte est banalisée et conduit à une prescription d'hypnotique sans plus d'exploration (c'est d'ailleurs le sujet de notre travail de mémoire de DES). Plusieurs éléments peuvent l'expliquer : manque de temps durant la consultation, peu de consultations dédiées, plainte déconsidérée par le patient lui-même, manque d'informations sur la prise en charge des troubles du sommeil...

C'est devant ce constat que le ministère de la Santé et des Solidarités a demandé un rapport sur le sommeil en France en 2006 [53]. Le groupe de travail, réunissant des experts en médecine, avait mis en exergue un déficit très important du thème du sommeil dans le champ de l'éducation et de la promotion pour la santé. Les enseignements à ce sujet sont limités durant la formation médicale universitaire ne permettant pas une pleine connaissance des pathologies du sommeil et de leur prise en charge. Le volume horaire des cours varie selon les facultés et il n'y a aucune uniformité. Ce rapport promouvait un enseignement amplifié au cours du premier et second cycle médical. Une refonte du programme du deuxième cycle a eu lieu le 8 avril 2013 afin d'en actualiser les connaissances mais le contenu de l'item sur le sommeil et ses troubles n'a pas été modifié restant peu spécifique et succinct. Les hallucinations du sommeil sont absentes du paragraphe dédié aux parasomnies et uniquement mentionnées comme un simple symptôme de la tétrade de Gélineau... Cependant, des formations complémentaires ont vu le jour. Le diplôme universitaire (DU) « Veille et sommeil », créé en 1987 par le groupe de Montpellier, devient en 2009 le diplôme inter-universitaire (DIU) « Le sommeil et sa pathologie ». Il est qualifiant et permet d'obtenir le titre de médecin du sommeil ou encore somnologue. D'autres formations diplômantes sont apparues par la suite : DIU « traitement odonto-stomatologique du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (TOSSAOS) » à Paris 6, le DIU « Physiologie et pathologies du sommeil » à Lyon 1, le DIU « Médecine du sommeil appliquée à la gérontologie » à Lyon 1, le DIU « Pathologies de l'éveil et du sommeil chez l'enfant » à Lyon 1, le DIU « Les technologies du sommeil et de la vigilance » à Paris 5 et enfin le DIU « Prise en charge de l'insomnie » à Paris 5 [54]. En parallèle, la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil (SFRMS) propose chaque année une formation le jour précédant l'ouverture de son congrès. En outre, grâce à l'arrêté du 21 avril 2017 paru au journal officiel de la République, la médecine du sommeil devient l'une des 23 options de formations spécialisées transversales (FST). Ainsi l'option « médecine du sommeil » au cours d'un DES de neurologie, de pneumologie ou de psychiatrie permet d'obtenir la qualification de m somnologue [55].

Il y a une ferme volonté de promouvoir ce champ de la santé même si la médecine du sommeil, spécialité nouvelle, peine encore à trouver sa place, que les médecins hypnologues sont encore peu nombreux et que les délais de prise en charge dans les centres du sommeil sont assez longs (plusieurs mois pour certains). Dès lors, il est important que les praticiens, de toutes spécialités, se sentent concernés par cette question très transversale. Etant donné le lien entre insomnie et nombre de pathologies (métaboliques, psychiatriques), il est tout à fait justifié d'inclure systématiquement dans l'interrogatoire médical la fonction du sommeil et de l'aborder spontanément sans attendre que ce soit le patient qui l'évoque. Interroger la qualité de son sommeil c'est lui dire qu'il est possible d'en parler et que le sujet est important. Cette attitude curieuse peut permettre qu'il s'intéresse de lui-même à la qualité de son sommeil et pourquoi pas s'autoriser à raconter des événements étranges.

Faire la démarche de questionner spontanément le patient au sujet de ces hallucinations est primordial mais la façon de l'aborder l'est tout autant.

B) Être en mesure d'accueillir l'expérience du patient

Les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques sont un événement bouleversant pour le sujet qui vit alors une expérience exceptionnelle, inédite et dans laquelle il lui est difficile de mettre du sens. Il est peu probable que celui-ci l'évoque spontanément en consultation donc le médecin doit essayer de l'amener à en parler. Pour ce faire, il est important d'adapter notre champ lexical et d'accueillir en toute neutralité son récit.

1. Une question de vocabulaire

Rappelons-le, les hallucinations du sommeil ne sont pas considérées comme un « trouble » interne par le patient mais comme un phénomène externe en lien avec le monde surnaturel, totalement en dehors de la médecine. Cheyne et al. [22] soulignent que le vocabulaire employé auprès des patients est très important afin d'avoir accès à leurs témoignages. Ils ont donc décidé de ne plus utiliser le mot « paralysie » car la connotation trop sérieuse ou médicale du terme aurait fait baisser le taux de réponse à leur étude. Ils ont ainsi préféré des termes généraux communs et non médicaux comme « incapacité à bouger » ou encore « son » pour « hallucination auditive ». Fukuda, lui, s'est questionné sur les raisons de la divergence importante des prévalences de la paralysie du sommeil rapportées par les différentes études au cours du temps. Pour l'auteur, cette différence significative est en partie liée au vocabulaire

utilisé dans chaque questionnaire. Dans son étude, les étudiants universitaires qui ont répondu au questionnaire utilisant le terme « paralysie transitoire » ont rapporté la prévalence la plus faible (26,4%), tandis que le deuxième groupe qui a répondu au questionnaire utilisant le terme Kanashibari (expression folklorique) a donné la prévalence la plus élevée (39,3%). Le troisième groupe qui a répondu au questionnaire avec le terme « condition », expression plutôt neutre, a retrouvé une prévalence moyenne (31%) [56]. Le libellé des questions utilisé pour enquêter sur ces troubles est donc primordial. Jimenez et al.[57] pensent que les expressions familières culturelles pour nommer la paralysie du sommeil (par exemple The Old Hag ou Kanashibari) influencent la reconnaissance du trouble. Les études qui ont utilisé les expressions folkloriques [32, 20, 58] ont obtenu des chiffres plus élevés que les enquêtes utilisant des termes plus cliniques [19, 23, 59, 60]. Selon Cheyne [61] et Jimenez et al. [57], les descriptions populaires capturent plus facilement la nature du phénomène et touchent une plus vaste population que les termes médicaux. De plus l'étude de Jimenez et al.[57] rend compte d'un autre élément : les questions basées sur un symptôme moteur (paralysie du corps) peuvent inhiber les réponses affirmatives d'individus présentant des épisodes polysymptomatiques (paralysie et hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques) tandis que les descriptions folkloriques peuvent susciter des réponses affirmatives de sujets ayant des expériences uniquement hallucinatoires. Le médecin doit donc s'exercer à rompre avec l'utilisation de son lexique scientifique et utiliser des termes plus communs, plus généraux afin que le patient se reconnaisse en eux et s'autorise à livrer son vécu.

2. La neutralité du médecin

Adapter son vocabulaire, c'est se rendre accessible à l'autre et accepter de rentrer dans son univers. Le patient livre alors son expérience à travers le spectre de ses propres croyances. Comme nous l'avons vu, les hallucinations du sommeil ont souvent une connotation surnaturelle [62] et peuvent donner l'impression déroutante de glisser dans une autre dimension ce qui peut être difficile pour le praticien. La médecine moderne soigne la maladie dans une exigence de rationalité basée sur un diagnostic conforté par des preuves techniques (examens biologiques, radiographiques...) : c'est « l'evidence based medicine ». Ce pragmatisme laisse peu de place aux croyances notamment dans la médecine occidentale qui a tendance à d'avantage s'opposer à leur intégration officielle. Or les croyances représentent ce que l'individu considère comme étant véridique et elles aident à donner un sens à la vie [63]. Comme l'expliquent Langevin et al. [64], elles sont souvent considérées comme irréfutables et influencent les pensées, les ressentis et les relations avec les autres. Elles sont intimement liées

à l'identité et à la personnalité de l'individu. Lors d'une consultation, le patient se présente avec ses symptômes mais aussi avec ses croyances culturelles, religieuses et spirituelles. Or c'est aussi le cas du médecin qui possède ses propres croyances. Le savoir médical n'est pas a-culturel. Nous savons pertinemment que la distance culturelle entre le médecin et le patient est un des facteurs à l'origine d'erreurs diagnostiques ou de *misdiagnoses*. Par exemple, l'expression culturelle variable des troubles dépressifs et des troubles post-traumatiques peut être source d'erreurs : le sentiment répandu dans les sociétés traditionnelles, que le mal vient d'une cause extérieure telle que la sorcellerie peut évoquer à tort un sentiment de persécution [65]. Certaines manifestations ont un sens sur le plan anthropologique, mais n'en ont pas sur le plan psychopathologique. Autrement dit, un état reconnu comme une possession par un esprit invisible associé à un dialogue avec cet esprit peut faire penser à un trouble psychotique alors qu'il peut également survenir en l'absence de pathologie mentale selon le registre culturel du patient. C'est alors que la considération de ces croyances prend toute son importance [66]. En Italie, plus d'un tiers des personnes atteintes de paralysie et d'hallucinations du sommeil pense que leur vécu est causé par une créature surnaturelle appelée Pandafèche [67]. En Egypte, c'était près de la moitié des personnes interrogées qui pense que ses troubles sont du fait de l'action des djinns [68]. En France, il n'est pas rare d'entendre les patients parler d'attaque de démons ou de manifestation de fantômes.

Comme il le fait pour explorer les autres pathologies, avec les enfants notamment, le médecin peut questionner cette parasomnie avec des mots neutres ; par exemple en posant le fait qu'il peut arriver de vivre des expériences bizarres, effrayantes parfois au moment du réveil. Nous l'avons vu, s'il propose d'emblée des mots simples, comme « avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas dans le jour, des gens que vous connaissez qui vous apparaissent, des créatures fantastiques, etc... », il a beaucoup plus de chance d'avoir des réponses franches. Pour débusquer les hallucinations du sommeil, il ne faut pas hésiter à laisser aller son imagination ! A partir de là, si le patient répond par l'affirmative, il nous semble important de ne pas se hâter d'en expliquer les mécanismes. En effet, nous l'avons vu, la participation affective est très forte et le risque serait de balayer le caractère possiblement traumatique de l'expérience. En laissant le patient raconter dans les détails ce qu'il a vu, ressenti, entendu, ce qu'il en a compris, il est alors possible d'évaluer les conséquences de l'évènement. Le trouble est bénin mais son souvenir peut être traumatisant et surtout peut transformer durablement le sujet. Le temps du récit est donc extrêmement important.

Ce n'est qu'après que le médecin peut délivrer l'explication scientifique du phénomène. Libre au patient bien sûr de s'approprier cette explication mais s'il a été choqué, il est probable que

le fait de savoir ce qui lui est arrivé le rassure. En internalisant le phénomène, on peut restaurer la réalité du patient. Lorsque le patient connaît les mécanismes, au prochain réveil, dès la prise de conscience, il peut produire une pensée comme : « J'ai une crise de paralysie, cela ne va pas durer longtemps ». Le processus d'amplification de l'angoisse, que nous avons décrit plus haut, ne se produira pas tout comme le cauchemar éveillé que vivent ces parasomniaques. Forts du changement, ils reprennent la maîtrise sur le cours des événements et ils peuvent alors retrouver leur réalité, leur compréhension du monde, autrement dit leur monde.

Cependant, face à des phénomènes hallucinatoires, il est parfois difficile de se mettre à distance car l'hallucination a mauvaise réputation. Elle est, dans la population générale comme chez les médecins, fortement associée à la psychose.

C) Libérer l'hallucination de la psychose

Si un symptôme est emblématique de la psychose, ce sont bien les hallucinations. En psychiatrie de liaison, c'est un motif fréquent d'avis psychiatrique. Bien souvent, le psychiatre doit en rappeler les multiples étiologies possibles et surtout aider ses collègues à les analyser en fonction du contexte.

Il est vrai qu'au début du XX^e siècle les hallucinations sont considérées principalement comme des symptômes de la schizophrénie [69]. Il faut attendre 1988 pour que Slade et Bentall [70] redéfinissent les hallucinations comme un phénomène indépendant, ce qui ouvre un champ de recherche. Renaud Evrard [71], quant à lui, répertorie plusieurs études analysant les phénomènes hallucinatoires dans la population générale. La première fut réalisée en Grande-Bretagne à la fin du XIX^e siècle par la Society for Psychical Research (SPR) de Londres. Dans cette étude, nommée *Census of hallucinations* [72], un total de 7 717 hommes et 7 599 femmes répondirent à cette question : « Avez-vous déjà eu l'impression vivace de voir, ou d'être touché, ou d'entendre une voix ; impression qui, autant que vous puissiez le découvrir, n'était due à aucune cause extérieure ? ». Au sein de l'échantillon total, 7,8 % des hommes et 12 % des femmes ont signalé au moins une expérience hallucinatoire ayant l'aspect de la réalité, au contenu parfois religieux ou paranormal, le type le plus commun étant l'hallucination visuelle d'une personne vivante qui n'était pas présente au moment de l'expérience. Soit une personne sur dix. Ces résultats ont été confirmés par d'autres études [73, 74, 75, 76, 77] au fil du temps dont la plus récente, celle de Johns et al. sur la population britannique publiée en 2004 [78].

Contrairement aux idées reçues, l'hallucination, en tant que symptôme, a un caractère transdiagnostique et n'est pas exclusive à la schizophrénie ou aux autres psychoses [79].

Les hallucinations entrent dans le champ de compétence de nombreuses spécialités médicales. Elles sont par exemple fréquentes dans plusieurs pathologies neurologiques comme le décrit Fénelon [80]. On les retrouve dans les processus dégénératifs à type de démence à corps de Lewy, maladie d'Alzheimer ou encore dans la maladie de Parkinson [81], dans l'épilepsie (dans une série française, des hallucinations sont survenues chez 13% de plus de 3 500 patients atteints de crises d'épilepsie partielle [82]), dans les migraines (hallucinations élémentaires [83] ou syndrome d'Alice au pays des merveilles [84]), également dans les lésions ou tumeurs cérébrales ou encore les encéphalites virales et auto-immunes dont la présentation est très souvent psychiatrique. Les hallucinations peuvent également être liées aux ophtalmopathies comme dans le syndrome de Charles Bonnet [85] ou encore les hémianopsies et quadranopsies (hallucinations visuelles élémentaires ou complexes présentes dans 40% des cas [86]). Par ailleurs, les hallucinations musicales accompagnant une surdité sont bien connues et touchent près de 4% des sujets adressés pour un examen audiométrique [87]. Elles peuvent, aussi, entre autres, être liées à une prise de toxique (alcool, hallucinogènes.) ou au contraire à leur sevrage, à des maladies métaboliques (homocystéinuries, porphyries, maladie de Wilson, xanthomatose cérébro-tendineuse, maladie de Niemann-Pick de type C) ou encore à d'autres pathologies psychiatriques n'appartenant pas à la psychose (les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité, les troubles anxieux, l'état de stress post traumatique...).

Elles peuvent survenir aussi au décours d'un choc, d'un deuil, en dehors de toute pathologie organique ou psychiatrique. Renaud Evrard [88] prend l'exemple des hallucinations survenant au cours d'un deuil comme la vision ou l'audition d'un proche défunt, l'impression de présence ou de contact. Plusieurs études dans les populations du monde entier visent à questionner l'impression d'avoir été en contact avec une personne décédée. Il semble qu'en moyenne 1/4 des européens sondés reconnaissent un contact direct avec un défunt [89], chiffre qui grimpe à 1/2 pour les veufs ou veuves [90]. Ces chiffres sont d'autant plus importants dans les pays où ces phénomènes sont moins stigmatisés comme au Japon où 90% des veuves interrogées affirment avoir un contact avec leur défunt mari [91]. En effet, la croyance aux esprits y est très présente et les japonais y sont très attachés. Dès lors, entendre ou voir une entité n'a plus rien de stigmatisant. Pour preuve, il existe à Otsuchi (préfecture d'Iwate, au nord-est du Japon) une cabine téléphonique pour parler aux défunts. Itaru Sasaki l'a installée en 2010 après la mort d'un ami puis l'a ouvert aux survivants du tsunami qui a frappé la côte nipponne en 2011. La cabine n'est reliée à aucun réseau téléphonique. Les gens y viennent pour parler aux esprits de leurs morts via le combiné. Le *Kae no Denwa* ou « téléphone du vent » est devenu un lieu rituel et a déjà reçu 25 000 endeuillés. Les japonais expriment sans crainte avoir été visité par l'esprit d'un défunt, ce genre de phénomène étant totalement accepté d'un point de vue sociétal voire

même encouragé. Ces hallucinations de contact avec un défunt ne doivent donc pas être estimés comme étant un phénomène marginal. Au lieu de le considérer comme un trouble de l'adaptation à un facteur de stress alors qu'il touche une si grande partie de la population, ne serait-il pas envisageable de l'appréhender comme un élément du processus de deuil ?

Par ailleurs, cette assimilation entre l'hallucination et la psychose amène le patient à passer sous silence son vécu comme ce fut le cas pour Mme M. Elle verbalise ses craintes ainsi : « On m'aurait pris pour une cinglée ». On ne pourrait être plus clair. Prenons l'exemple d'un témoignage recueilli par Mme Berger, psychologue, dans le cadre de son travail de recherche [92].

La voici : Nina est une jeune femme narcoleptique, qui a vécu sa première paralysie du sommeil à 7 ans avec des hallucinations très morbides (une tête monstrueuse sanguinolente qui avançait vers elle avec un couteau planté dans le crâne). Craignant d'avoir un problème psychiatrique et ayant peur d'un possible « internement », elle cache ses symptômes. Devant l'apparition de « malaises » (qui étaient en réalité des cataplexies) et d'un dégoût pour la nourriture (en lien avec des hallucinations hypnagogiques d'entrée brusque en sommeil paradoxal au moment des repas, à type de vers ou de mouches dans son assiette), elle est prise en charge pour des troubles du comportement alimentaire. Elle ne révélera jamais ses hallucinations, préférant être considérée comme anorexique plutôt que « folle ». Le diagnostic de narcolepsie est finalement posé 20 ans après le début des troubles. Dans son témoignage, Nina explique son angoisse, encore actuelle, de parler trop longuement aux médecins de ses visions, de peur qu'ils ne pensent qu'elle y adhère totalement. Elle préfère les évoquer lors de réunions de groupe pour patients narcoleptiques dont elle ne craint pas le jugement... Ce témoignage montre à quel point le climat sociétal peut influencer la perception qu'ont les patients de leurs propres symptômes. Les personnes présentant des hallucinations sont presque systématiquement dirigées vers les services de psychiatrie. L'hallucination est tellement connotée comme étant pathognomonique d'une pathologie mentale, qu'elle produit un court-circuit et empêche souvent de raisonner afin de trouver d'autres causes.

Un patient alcoolodépendant hospitalisé ayant des signes de type trémulations ou sueurs, est pris en charge comme présentant un sevrage. Mais s'il voit des animaux et si surtout sa participation affective est importante, aussitôt les psychiatres sont appelés. Bien sûr, les hallucinations (notamment les zoopsies) sont connues en théorie mais le fait d'être témoin du phénomène est impressionnant. Observer quelqu'un qui a peur de ce qu'il voit, qui cherche à s'en protéger alors que vous, témoin, ne voyez rien, est suffisamment perturbant pour déclencher le recours aux soins psychiatriques. Il ne s'agit pas là d'un manque de

connaissances. C'est un court-circuit qui empêche de recourir aux connaissances. C'est probablement la participation affective intense des hallucinations, non décrite dans les livres, qui perturbe les équipes.

On comprend alors que le risque d'une mauvaise orientation et d'un diagnostic erroné est important. Cela peut également avoir pour conséquence la prescription de thérapeutiques inappropriées et inutiles, comme celles de neuroleptiques anti-productifs, avec de possibles effets secondaires.

Alors même que les causes d'hallucinations sont très nombreuses, elles demeurent donc indéfectiblement liées à la pathologie mentale et ce probablement parce la psychiatrie est identifiée comme la spécialité qui s'occupe de ce qui n'est pas dans la réalité partagée. Pour libérer les hallucinations de la psychose, il faut bien sûr améliorer nos connaissances, mais peut-être aussi aborder l'expérience hallucinatoire dans les manuels de médecine, car celle-ci a un fort pouvoir destabilisant chez l'halluciné mais aussi sur les témoins.

D) S'intéresser au ressenti du patient

Lorsque le sujet confie son récit au médecin, il ne décrit pas seulement des symptômes cliniques mais il lui livre également toute la dimension émotionnelle de son vécu. On peut entendre qu'il puisse être difficile pour un patient de s'entendre dire que le phénomène qui terrorise ses nuits n'est qu'un trouble bénin, sans gravité et qu'il n'y a actuellement pas de traitement pour l'abraser. Le fait que ce ne soit pas une pathologie n'annule pas l'intérêt d'un accompagnement médical, bien au contraire. Ce qui n'est « pas grave » pour le médecin peut être « très grave » pour le patient. L'important ici n'est pas de prendre en charge la parasomnie en tant que telle mais bel et bien son retentissement. Le patient peut se saisir d'un espace de verbalisation neutre et bienveillant permettant d'accueillir le contenu de ses hallucinations ainsi que d'un étayage psychologique afin d'en diminuer le retentissement sur sa vie psychique. N'oublions pas que la souffrance morale qu'elles génèrent peut entraîner un réel état de détresse.

Pour clore ce chapitre, nous insistons donc sur le fait que même si les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques ne constituent pas une maladie, elles peuvent entraîner un bouleversement psychique tel qu'il peut justifier d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique. Celle-ci a pour but d'éviter la survenue de complications secondaires dues à la très forte charge émotionnelle accompagnant ces hallucinations.

IV DISCUSSION

A) Les principaux résultats

Nous cherchons à comprendre dans ce travail pourquoi les patients ne se présentent pas en consultation médicale pour leur trouble du sommeil et à quels types d'aide ils font appel.

Nous récapitulons ici les éléments de réponse :

- Les hallucinations du sommeil constituent un trouble tellement bénin qu'il est peu enseigné. Il est donc peu connu et jamais recherché de façon systématique alors qu'il est fréquent.
- Les médecins sont formés à l'evidence based medicine, s'intéressant peu au récit de la maladie.
- La survenue d'un épisode de paralysie, suite à un réveil brutal en pleine nuit, favorise la survenue d'hallucinations liées au contenu émotionnel de l'expérience. L'émergence de sens, obsession du corps humain, est immédiate.
- Le sens donné est relié au caractère totalement inconnu et étranger de l'expérience sensori-motrice. Or l'inconnu et l'étrange appartiennent aux domaines du surnaturel et du paranormal. En un instant, le patient bascule dans une autre réalité. Les possibilités d'écoute ou de « soins » se multiplient : consultations de voyance, forums, exorcismes...
- Les hallucinations sont fortement liées à la psychose chez les médecins ou à la « folie » dans la population générale, incitant les sujets à taire leur symptôme.
- L'intensité de l'expérience peut entraîner une souffrance psychique importante pouvant générer l'apparition de complications à type de trouble dépressif, d'insomnie chronique, d'idée suicidaire, d'un état de stress post-traumatique, d'un épisode délirant ou encore d'une consommation de toxiques (licites ou illicites, y compris un mésusage médicamenteux, par exemple d'hypnotiques).
- Les patients n'évoquent pas spontanément leurs plaintes liées au sommeil en consultation médicale ou alors de façon hâtive dans les dernières minutes d'entretien, ce qui fait écho à la banalisation des troubles du sommeil dans la société.
- Le vocabulaire employé pour rechercher ces hallucinations du sommeil est important, les sujets étant plus réceptifs à des termes généraux et communs comme « incapacité à bouger » plutôt que « paralysie ».
- Ces hallucinations surviennent chez des sujets sains, à même d'en faire le récit, ce qui pourrait être une source précieuse d'information pour la recherche en neurobiologie.

- La tolérance vis-à-vis des phénomènes étranges est plus grande dans d'autres pays, comme au Japon, ce qui n'empêche pas l'investigation scientifique des troubles, bien au contraire.

B) Les limites

Très rapidement, nous avons été confrontés à un manque de données au sein de la littérature scientifique.

Bien qu'elles soient décrites depuis des siècles, les hallucinations du sommeil ont pendant très longtemps été considérées comme relevant du champ spirituel, religieux ou surnaturel. Il a fallu prendre en compte cet état de fait lors des recherches effectuées pour ce travail et s'y adapter. Cela a nécessité de sortir de la sphère médicale afin de rencontrer ces patients, renforçant l'idée qu'ils restent à distance de notre champ d'expertise.

Nous avons également constaté qu'il y a peu d'articles scientifiques dédiés aux hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques. La plupart des études sont centrées sur la paralysie du sommeil et les hallucinations y sont mentionnées comme une comorbidité associée. Par ailleurs, parmi ce nombre restreint d'études, seule celle de Cheyne et al. datant de 1999 s'est intéressée au retentissement émotionnel provoqué par ce trouble [27]. Les autres se sont focalisées exclusivement sur sa prévalence. De plus, aucune étude à notre connaissance n'a été conduite sur la population française.

C) Les perspectives

1. Le sommeil dans la pratique clinique

Depuis quelques années, il y a une réelle prise de conscience par les professionnels de santé de l'importance du sommeil dans le bien-être physique et psychique de l'individu. Il est devenu un indicateur de santé publique non négligeable. Nous savons désormais que son altération en termes de qualité et/ou de quantité est un facteur de risque d'apparition ou d'aggravation d'autres pathologies (maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète, cancer ...). Alors que plus de la moitié des français se plaignent d'un manque de sommeil, ces troubles restent sous-estimés et peu dépistés.

Comme nous avons pu le voir, les patients sont peu enclins à évoquer spontanément une plainte concernant le sommeil ou alors c'est en la disqualifiant dans les toutes dernières minutes de la

consultation médicale. Cette donnée de santé est souvent négligée et reléguée au second plan. Cependant, des questions directes et rapides peuvent donner des informations importantes permettant de dépister les troubles du sommeil. Cet interrogatoire peut être complété par des tests simples comme par exemple l'échelle d'Epworth (évalue le niveau de somnolence diurne), l'échelle de fatigue de Pichot (évalue la gêne occasionnée par un état de fatigue) et l'agenda du sommeil (permet de décrire la typologie du sommeil).

L'enjeu est de taille : la fréquence importante des troubles du sommeil interroge l'évolution à venir de notre état de santé.

2. Le dépistage systématique des parasomnies

Investiguer la fonction du sommeil à la recherche de troubles, au cours de l'entretien médical, peut permettre d'avoir accès aux hallucinations du sommeil. Il n'est pas nécessaire de faire un interrogatoire exhaustif. Le simple fait de demander au patient si, parfois, il lui arrive des choses étranges la nuit peut l'inciter à verbaliser les expériences hallucinatoires qu'il vit.

Il serait intéressant de créer un outil, sous la forme d'un questionnaire afin de favoriser le dépistage des troubles du sommeil dans leur globalité et plus spécifiquement des hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques. Cela permettrait de standardiser leur recherche en pratique quotidienne par le biais de questions simples avec des mots non médicaux (Vous est-il déjà arrivé de voir des choses étranges à votre réveil, des choses qui ne devraient pas exister ? De ne plus pouvoir bouger ? D'avoir l'impression qu'on vous touche ? Que quelqu'un est dans la pièce ? ...).

3. La prévention primaire des complications psychiatriques

Comme nous l'avons dit auparavant, les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques sont une expérience exceptionnelle très intense sur le plan émotionnel. Elles suscitent une angoisse importante voire une terreur chez le sujet qui doit intégrer ce vécu corporel inédit et essayer d'y mettre du sens. Les hallucinations sont d'un tel réalisme et parfois d'une telle violence qu'elles peuvent générer une souffrance psychique importante. Des complications psychiatriques peuvent survenir comme un syndrome dépressif, un trouble anxieux généralisé, un épisode délirant, une insomnie secondaire ou encore la consommation de toxiques licites ou illicites voire un état de stress post-traumatique. Proposer un espace de verbalisation et un étayage psychologique peut permettre d'éviter leur apparition ou de les repérer pour les prendre en

charge. La prise en charge des hallucinations du sommeil rentre donc dans le cadre de la prévention primaire.

4. S'ouvrir à l'étrange et aux expériences exceptionnelles

Basée sur un rationalisme scientifique depuis le positivisme à la fin du XIX^e siècle, notre culture médicale laisse peu de place aux croyances, au risque de stigmatiser les personnes qui sont « en dehors ». Par une formation plus soutenue en médecine narrative, expérimentale jusque-là, les jeunes médecins apprenant eux-mêmes à mettre des mots sur leur expérience de soignants, seraient naturellement plus à l'aise à recevoir le récit des patients.

Alors qu'en France, par exemple, la croyance aux esprits est une notion très critiquée et moquée, elle est communément acceptée dans d'autres pays. Comme nous avons pu le voir avec la cabine téléphonique d'Otsuchi, au Japon, le respect du culte des ancêtres génère un climat propice et sécurisant à l'expression des hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques. La culture influence donc largement la perception de ces hallucinations. Il serait donc instructif de voir comment elles sont dépistées dans ce pays en étudiant les questionnaires utilisés dans les cliniques du sommeil et en s'intéressant plus précisément aux termes utilisés pour le recrutement des patients dans les études.

Enfin, depuis plusieurs années, des chercheurs dans le champ de la santé mentale se sont intéressés au lien entre clinique et parapsychologie, l'étude scientifique des phénomènes paranormaux. Celle-ci a pris plusieurs noms (métapsychiatrie, parapsychiatrie, parapsychologie clinique, parapsychoanalyse) jusqu'à devenir la « clinique des expériences exceptionnelles » dont la « psychologie anomalistique ». Beaucoup d'avancées ont eu lieu dans ce domaine ces dernières décennies notamment en Angleterre et en Allemagne. L'objectif est d'examiner les croyances au paranormal et les expériences interprétées comme étant surnaturelles, en explorant principalement des hypothèses psychologiques conventionnelles comme la dissociation, le traumatisme ou encore la schizophrénie [88]. Ces expériences à la frontière du normal sont donc une opportunité à considérer afin de mieux comprendre le fonctionnement de notre psychisme...

5. Les perspectives pour la recherche

1) La réalisation d'une étude française

Comme nous l'avons décrit précédemment, très peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques. Elles sont majoritairement traitées comme une comorbidité associée au phénomène de paralysie du sommeil. Par ailleurs, une seule a pris en compte la question du ressenti du patient. De plus, la prévalence des hallucinations du sommeil n'a jamais été étudiée au sein de la population française. Réaliser une étude en France permettrait de connaître leur fréquence au sein de notre population, de questionner le ressenti des patients ainsi que d'évaluer le retentissement de ce trouble sur leur qualité de vie. Cela permettrait également d'enrichir la banque de données scientifiques à ce sujet et de comparer les résultats à ceux retrouvés dans d'autres pays.

2) Un modèle d'exploration de l'hallucination chez le sujet sain

Par ailleurs, la question marginale de cette parasomnie intéresse un autre aspect de la recherche. Elle offre l'occasion d'étudier la survenue d'hallucinations chez des sujets sains. Il reste encore beaucoup de zones d'ombre au sujet de l'hallucination quant à sa pathogénie, sa fonction, sa valeur diagnostique, le modèle explicatif. Parfois le cœur d'un problème peut être au moins partiellement éclairé par ses marges. L'étude de ce trouble peut donc participer à des interrogations théoriques actuelles et fructueuses en lien avec la clinique psychiatrique. Cela permettrait de poursuivre le travail de déconceptualisation de l'hallucination en tant que symptôme pathognomonique de la psychose et également de la déstigmatiser aux yeux des patients comme des médecins. Le symptôme hallucinatoire semble tendre vers une entité à part entière à évaluer et prendre en charge spécifiquement. On peut même supposer qu'il soit dans certains cas, comme par exemple le deuil, un processus psychologique (sub)normal.

3) Une meilleure compréhension du fonctionnement normal du cerveau

De plus, alors que les études scientifiques sur la conscience ont pris un essor considérable depuis une vingtaine d'années, celles des formes non ordinaires de conscience sont encore rares. Pourtant, comme c'est souvent le cas dans l'exploration du cerveau, une connaissance approfondie des phénomènes considérés comme « anormaux » permet d'expliquer certains phénomènes dits « normaux ». Ainsi, les hallucinations offrent une façon originale d'étudier la

conscience et la perception, et permettent une approche tant psychologique, que médicale, philosophique, clinique, voire anthropologique.

4) L'étude du sommeil

Enfin, le sommeil paradoxal n'est pas du tout une période de quiescence mentale, mais un temps où l'on peut retrouver deux types d'activité cérébrale : l'hallucination hypnagogique d'une part, le rêve d'autre part. Bien qu'elles apparaissent différentes l'une de l'autre dans leur expression, ces deux types d'activité mentale pourraient être intimement liés. C'est l'hypothèse que soutenait Alfred Maury avec l'idée que ces hallucinations sont des « éléments de songe ». Les méthodes modernes d'investigation de l'activité mentale au cours du sommeil peuvent ainsi ouvrir de nouvelles portes dans ce domaine.

CONCLUSION

Afin de comprendre ce que deviennent les patients atteints d'hallucinations du sommeil, il faut s'intéresser de près à l'expérience qu'ils vivent.

Alors que ce trouble est peu décrit, tant il est bénin pour le monde médical, il est pour les sujets qui en font l'expérience le vécu d'un cauchemar éveillé, d'autant qu'il leur est impossible de fuir du fait de la paralysie. Le niveau d'angoisse est donc maximal ce qui explique le contenu terrifiant des hallucinations et la connotation souvent persécutive des interprétations qui en sont faites dans l'immédiateté, comme nous le montrent la phénoménologie et le concept de cognition incarnée. Par ailleurs cette expérience, sans aucun précédent, est à ce point bouleversante qu'elle est susceptible de faire basculer les certitudes du sujet, transformant sa perception de la réalité et l'amenant vers le domaine du surnaturel. Ils se tournent alors vers des voyantes, des médiums, des représentants religieux, des forums, des associations ou encore des organismes comme le CIRCEE... Dans une société comme la nôtre, dont la culture est influencée par la connaissance basée sur les faits, les médecins sont peu formés à la médecine narrative. Le statut des hallucinations, encore trop souvent symptômes de psychose pour les uns, signes de folie pour les autres, achève d'éloigner les patients du monde médical. Mais parmi eux, il s'en trouve certains pour qui tout a changé : ils sont insomniaques, dépressifs, traumatisés, persécutés...

La seconde partie de ce travail propose des perspectives, notamment cliniques. Le sujet des hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques remet en lumière l'importance de la recherche des troubles du sommeil, enjeu de santé publique, lors de l'entretien médical. Le dépistage et l'exploration du retentissement de cette parasomnie rentre dans le cadre des actions de prévention primaire, permettant de déceler la présence d'autres pathologies plus sévères voire d'en réduire l'apparition. Le phénomène étant peu étudié, les perspectives sur le plan de la recherche sont nombreuses. L'idée d'une première étude française, évaluant la prévalence ainsi que le ressenti associé à ces hallucinations dans notre population, est prometteuse. Cela offre une possibilité de comparaison avec les résultats d'autres pays comme, par exemple, le Japon où la verbalisation est plus aisée de par une culture intégrant les croyances surnaturelles. L'exploration de ce phénomène hallucinatoire est également l'occasion de poursuivre les travaux s'intéressant à son lien avec le rêve et procure un modèle expérimental d'étude de la survenue d'hallucination chez le sujet sain.

Rappelons-le, cette parasomnie est bénigne et sans gravité mais pour l'individu c'est une expérience bouleversante. Ces deux positions divergent mais ne s'excluent pas l'une l'autre. La médecine se construit à partir de l'étude d'un groupe mais aussi de la pratique avec le sujet et elle évolue avec les avancées technologiques de son époque. Ainsi, alors que la pratique de l'hypnose avait été disqualifiée au XIX^e siècle et désavouée par le corps médical, le fait hypnotique est finalement confirmé par l'IRM fonctionnelle au XXI^e siècle. Cela implique que les considérations médicales actuelles au sujet de l'hallucination vont probablement évoluer dans les prochaines années.

L'exemple des hallucinations du sommeil illustre à la perfection comment un élément connoté surnaturel depuis des siècles dans la population générale peut être en réalité un phénomène physiopathologique. Cela renvoie à l'intérêt de l'étude d'autres expériences considérées comme surnaturelles comme les sorties hors du corps ou encore les vécus de mort imminente. Ces expériences peuvent nous en apprendre beaucoup sur ce qu'est la conscience. Elles sont comprises par certains chercheurs comme des tentatives de solutions psychiques, non psychotiques, à certains conflits. Cela questionne alors sur la raison d'être de l'hallucination, erreur de perception, qui pourrait être une fonction normale du psychisme.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] INSERN- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale [en ligne]. [Consulté le 1^{er} juin 2020]. Mis à jour en 2017. Disponible sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sommeil>.
- [2] Viot-Blanc V. Le manque de sommeil favorise-t-il l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires ? Médecine du sommeil 2010 ; 7 : 15-22.
- [3] Royant-Parola S, Brion A, Poirot I. Prise en charge de l'insomnie. Paris : Elsevier Masson ; 2017. 45-67.
- [4] Léger D, Massuel M.A, Metlaine A, SISYPHE Study Group. Professional correlates of insomnia. Sleep 2006 ; 29 : 171-178.
- [5] Billiard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. 2nd edition. Elsevier Masson 2012 : 69-70.
- [6] Billiard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. 2nd edition. Elsevier Masson 2012 : 256-257.
- [7] Maranci Jb, Arnulf I. Hallucinations hypnagogiques et paralysie du sommeil. La lettre du psychiatre vol XIV- n°3-4- juillet- décembre 2018
- [8] American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 2nd edition. Diagnostic and coding manual Westchester (IL) : American Academy of Sleep Medicine ; 2005.
- [9] American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3^e edition. Darien, USA, 2014.
- [10] OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM 10). 1993. OMS, Genève.
- [11] APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^e édition (DSM-5). 2013. Washington, DC.
- [12] Hippocrate. Traité des songes, œuvres médicales. Lyon édition du fleuve 1954, tome 3.

- [13] Kompanje EJO. The devil lay upon her and held her down. Hypnagogic hallucinations and sleep paralysis described by the dutch physician Isbrand van Diemberbroeck (1609-1674) in 1664. *J Sleep Res* 2008 ; 17 : 464-467.
- [14] Jones E. *On The Nightmare*. 1931. Edition Payot et rivages. Paris 2002.
- [15] Wilson K. Modern problems in Neurology. 1928. Cité par Pearce, JM : Early description of sleep paralysis. *Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. 1993, december, 56 (12) p 1302.
- [16] Maury A. Des hallucinations hypnagogiques ou des erreurs des sens dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil. *Annales médico-psychologiques* 1848 ; 11 : 26-40.
- [17] Ohayon MM, Priest RG, Zulley J, Smirne S, Paiva T. Prevalence of narcolepsy symptomatology and diagnosis in the European general population. *Neurology* 2002 ; 58 : 1826-1833.
- [18] Ohayon MM, Priest RG, Caulet M, Guilleminault C. Hypnagogic and hypnopompic hallucinations : pathological phenomena ? *Br J Psychiatry* 1996 ; 169 : 459-467.
- [19] Goode GB. Sleep paralysis. *Archives of Neurology* 1962 ; 6 : 228-234.
- [20] Ness R. The Old Hag phenom as sleep paralysis : a biocultural interpretation. *Culture Medicine and Psychiatry* 1978 ; 1 : 15-39.
- [21] Sharpless B, Barber J. Lifetime prévalence rates of sleep paralysis : a systematic review. *Sleep Medicine Reviews* 2011 ; 15 : 311-315.
- [22] Cheyne JA, Newby-Clark IR, Rueffer SD. Relations among hypnagogic and hypnopompic experiences associated with sleep paralysis. *Journal of Sleep Research* 1999 ; 8 : 313-317.
- [23] Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research* 2000 ; 97 : 153-164.
- [24] Oldani A, Manconi M, Zucconi M, Castronovo V, Ferini-Strambi L. Nocturnal groaning : just a sound or parasomnia ? *J Sleep Res* 2005 ; 14 : 305-310.
- [25] Dahmen N, Kasten M. REM-associated hallucinations and sleep paralysis are dependent on body posture. *J Neurol* 2001 ; 248 : 423-424.
- [26] Leu-Semenescu S, De Cock VC, Le Masson VD, Debs R, Lavault S, Roze E et al. Hallucinations in narcolepsy with and without cataplexy : contrasts with Parkinson's disease. *Sleep med* 2011 ; 12 : 497-504

- [27] Cheyne JA, Rueffer SD, Newby-Clark IR. Hypnagogic and hypnopompic hallucinations during sleep paralysis : Neurological and cultural constructions of the night-mare. *Consciousness and Cognition* 1999 ; 8 : 319-337.
- [28] Carroy J. Observer, raconter ou ressusciter les rêves ? « Maury guillotiné » en question. *Le Seuil* 2009 ; 84 : 137-149.
- [29] Tassin JP. Une seconde pour rêver. *Cerveau et psychologie* ; 7 : 52-53.
- [30] Hanus M. Les particularités du deuil après suicide. *Etudes sur la mort* 2005 ; 127 : 49-58.
- [31] De Sà JFR, Mota-Rolim SA. Sleep paralysis in Brazilian folklore and other cultures : a brief Review. *Frontiers in psychology* 2016 ; vol 7, article 1294.
- [32] Fukuda K, Miyasita A, Inugami M, Ishihara K. High prevalence of isolated sleep paralysis : Kanashibari phenomenon in Japan. *Sleep* 1987 ; 10 : 279-286.
- [33] Baratta A, Weiner L, Halleguen O. Le cauchemar : histoire du concept, données cliniques et implications sociétales. *L'information psychiatrique* 2010 ; 86 : 73-78.
- [34] Hinton and al. Sleep paralysis among cambodian refugees : association with PTSD diagnosis and severity. *Depression and anxiety* 2005 ; 22.
- [35] Maupassant de.G. *Le Horla*. 1887. Edition librairie de France. 1938.
- [36] Miranda M, Högl B. Guy de Maupassant and his account of sleep paralysis in his tale, « The Horla ». *Sleep Medicine* 2013 ; 14 : 578-580.
- [37] Hardy T. *Le bras flétri*. Edition L'Echoppe. 1993.
- [38] Weber B. *Le sixième sommeil*. Edition Albin Michel. 2015.
- [39] Parnell J.O, Sprinkle R.L. Personality characteristics of persons claiming UFO experiences. *Journal of UFO studies* 1990 ; 2 : 45-58.
- [40] Baker R.A. Alien dreamtime. *Anomalist* 1995 ; 2 : 94-137.
- [41] Cardena E, Lynn S.J, Krippner S. *Varieties of anomalous experiences : examining the scientific evidence*. American psychological Association 2000. Washington DC.
- [42] Stone-Carmen J. A descriptive study of people reporting abduction by unidentified flying objects (UFOs). *Alien discussions : proceedings of the Abduction Study Conference held at MIT*. Cambridge : North Cambridge Press ; 1994 : 309-315.

- [43] Sharpless B, McCarthy K, Chambless D, Milrod B, Khalsa SR, Barber J. Isolated sleep paralysis and fearful isolated sleep paralysis in outpatients with panic attacks. *J clin Psychol* 2010 ; 66 (12) : 1292-1306.
- [44] Tschacher W, Giersch A. Bases théoriques de la cognition incarnée (« embodiment ») et applications en psychiatrie. *EMC-Psychiatrie* 2016 ; 13 : 1-6.
- [45] Macedonia M. Apprendre avec son corps. *Cerveau et psychologie* ; 113 : 40-47
- [46] Versace R. Notre corps détermine notre rapport au monde. *Cerveau et psychologie* ; 113 : 48-52.
- [47] Rabeyron T. Les expériences exceptionnelles : entre neurosciences et psychanalyse. *Association Recherche en psychanalyse* 2009 ; 8 : 282-296.
- [48] Irwin H.J. *The psychology of paranormal belief : a researcher's handbook*. University of Hertfordshire Press 2009. Hertfordshire.
- [49] Eglise catholique. *Eglise catholique en France* [en ligne]. Edité par la Conférence des évêques de France [consulté le 22 juillet 2020]. Disponible sur <https://eglise.catholique.fr/>
- [50] CIRCEE-Centre d'Information, de Recherche et de Consultation sur les Expériences Exceptionnelles [en ligne]. CIRCEE 2013 [consulté le 22 juillet 2020]. Disponible sur <http://www.circee.org>
- [51] Rabeyron T. Clinique des expériences d'abduction : trauma, clivage et logiques de l'originaire. *L'évolution psychiatrique* 2018 ; 83 : 355-379.
- [52] Léger D, Allaert F.A, Massuet A.A. La perception de l'insomnie en médecine générale : enquête auprès de 6 043 médecins généralistes. *Presse médicale* 2005 ; 34 : 1358-1362.
- [53] Ministère de la santé et des solidarités. *Rapport sur le sommeil*. 2006.
- [54] Billiard M. Histoire de la médecine du sommeil en France. *Médecine du sommeil* 2018 ; 15 : 130-150.
- [55] Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 21 avril 2017, relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formations des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. *Journal Officiel de la République Française* 2017 ; 29.

- [56] Fukuda K. One explanatory basis for the discrepancy of reported prevalency of sleep paralysis among healthy respondents. *Percept mot skills* 1993 ; 77 : 803-807.
- [57] Jimenez-Genchi A, Avila-Rodriguez VM, Sanchez F, Vargas B, Nenclares A. Sleep paralysis in adolescents : The « a dead body climbed on top of me » phenomenon in Mexico. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2009 ; 63 : 546-549.
- [58] Wing Y, Therese S, Chen C. Sleep paralysis in chinese : ghost oppression phenomenon in Hong Kong. *Sleep* 1994 ; 17 : 609-613.
- [59] Penn NE, Kripke DF, Scharff J. Sleep paralysis among medical students. *Journal of psychology* 1981 ; 107 : 247-252.
- [60] Tellez-Lopez A, Guerrero-Sanchez ME, Gutierrez-Torres F, Nino-Ramirez MP, Silva-Olivares MV. Sleep habits and disorders in residents of Monterrey Montropolitan-Area. *Salud Mental* 1995 ; 18 : 14-22.
- [61] Cheyne JA. Sleep paralysis episode frequency and number, types and structure of associated hallucinations. *Journal of sleep research* 2005 ; 14 : 319-324.
- [62] Carvalho I, Maia L, Coutinho A, Silva D, Guimaraes G. Explications culturelles de la paralysie du sommeil : les phénomènes spirituels. *Psychiatrie européenne* 2016 ; 33 : 398-399.
- [63] Lalonde A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. PUF, Paris, 2010.
- [64] Langevin R, Lavoie E, Laurent A. Les croyances culturelles sur la santé mentale : points de vue de parents francophones migrants de l'Afrique subsaharienne. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2018 ; 66 : 81-89.
- [65] Radjack R, Baubet T, El Hage W, Taieb O, Moro M.R. Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2012 ; 170 : 591-595.
- [66] Baubet T, Moro M.R. Hallucinations et cultures. *Psychothérapies des hallucinations* 2016 ; 5 : 71-92.
- [67] Jalal B, Romanelli A, Hinton DE. Sleep paralysis in Italy : Frequency, hallucinatory experiences and other features. *Transcultural psychiatry* 2020.
- [68] Jalal B, Simons-Rudolph J, Jalal B, Hinton DE. Explanations of sleep paralysis among Egyptian college students and the general population in Egypt and Denmark. *Transcultural psychiatry* 2014 ; 51 : 158-175.

- [69] Sarbin TR, Juhasz JB. The historical background of the concept of hallucination. *Journal of the History of the Behavioural Sciences* 1967 ; 5 : 339–358.
- [70] Slade PD, Bentall RP. *Sensory deception : a scientific analysis of hallucination*. London : Croom-Helm 1988.
- [71] Evrard R. Les expériences réputées psychotiques dans la population générale : essai de problématisation. *Annales médico-psychologiques* 2011 ; 169 : 282-287.
- [72] Sidgwick H, Johnson A, Myers FWH, Podmore F, Sidgwick EM. Report on the census of hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research* 1894 ; 10 : 25–422.
- [73] McKellar P. *Experience and behaviour*. London : Penguin 1968.
- [74] Posey TB, Losch ME. Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination Cognition and Personality* 1983 ; 2 : 99–113.
- [75] Barrett TR, Etheridge JB. Verbal hallucinations in normals : I. People who hear voices. *Applied Cognitive Psychology* 1992 ; 6 : 379–387.
- [76] Bentall RP, Slade PD. Reality testing and auditory hallucinations : a signal-detection analysis. *The British Journal of Clinical Psychology* 1985 ; 24 : 159–169.
- [77] Tien AY. Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1991 ; 26 : 287–292.
- [78] Johns LC, Cannon M, Singleton N, Murray RM, Farrell M, Brugha T, et al. Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *The British Journal of Psychiatry* 2004 ; 185 : 298–305.
- [79] Demeulemeester M, Moroni C, Kochman F, Thomas P, Jardri R. Hallucinations et cognition : modélisation au service de notre pratique en neuropsychologie. *Revue de Neuropsychologie* 2014 ; 6 : 117-128.
- [80] Fénelon G. Les hallucinations en neurologie. *Pratique Neurologique-FMC* 2014 ; 5 : 277-286.
- [81] Fénelon G, Mahieux F. Hallucinations et démences : Prévalence, sémiologie et pathophysiologie. *Revue Neurologique* 2004 ; 160 : 31-43.
- [82] Mauguière F. Scope and presumed mechanisms of hallucinations in partial epileptic seizures. *Epileptic disorder* 1999 ; 1 : 81-91.

- [83] Aleci C, Liboni W. Perceptive aspects of visual aura. *Neurological Sciences* 2009 ; 30 : 447-452.
- [84] Bayen E, Cleret de Langavant L, Fénelon G. le syndrome d'Alice au pays des merveilles : une aura migraineuse inhabituelle. *Revue Neurologique (Paris)* 2012 ; 168 : 457-459.
- [85] Kester EM. Charles Bonnet syndrome : Case presentation and literature review. *Optometry* 2009 ; 80 : 360-366.
- [86] Baier B, De Haan B, Mueller N, Thoemke F, Birklein F, Dieterich M et al. Anatomical correlate of positive spontaneous visual phenomena. A voxelwise lesion study. *Neurology* 2010 ; 74 : 218-222.
- [87] Teunisse RJ, Rikkert MG. Prevalence of musical hallucinations in patients referred for audiometric testing. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2012 ; 20 : 1075-1077.
- [88] Evrard R. Psychopathologie et expériences exceptionnelles : une revue de la littérature. *L'évolution psychiatrique* 2013 ; 78 : 155-176.
- [89] Haraldsson E. Popular psychology, belief in life after death and reincarnation in the Nordic countries, Western and Eastern Europe. *Nordic Psychol* 2006 ; 58 (2) : 171-180.
- [90] Greeley A.M. *The sociology of the paranormal : a reconnaissance*. Sage, Beverly Hills 1975.
- [91] Yamamoto J, Okonogi K, Iwasaki T, Yosimura S. Mourning in Japan. *The American Journal of Psychiatry* 1969 ; 125 : 1660-1665.
- [92] Berger F. *Le sommeil n'est plus un lieu sur [mémoire de maîtrise de psychologie clinique et pathologique, Université de Paris 8, France]. 2004. <http://www.circee.org/?Memoire-sur-la-paralysie-du>*

ABSTRACT

Noticing from a clinical case, the difficulty for the patient to report this experience in the context of a medical consultation, we question the current data regarding sleep hallucinations. Their pathophysiology is known and the diagnosis, clinical, could be simple. But if it is a condition considered benign, the patient's story is quite different. Indeed, affective participation is such that the experience upsets the reality of the subject. Researches in sleep neurobiology, phenomenology and incarnate cognition allow us to understand how the meaning emerges from this totally new and terrifying experience. We find representations of them in art in the form of evil spirits or demons. Away from the medical practices, we find these parasomniacs in internet forums, in psychics, exorcists. Some are well like this, but others, traumatized by the experience, can develop complications : rebellious insomnia, post-traumatic stress disorder, depression, delirium of persecution. After identifying the blocking points, preventing subjects from consulting, we propose to bring patients back from the paranormal to parasomnia. To this end, we must stress the importance of systematic screening of sleep pathologies in consultation, for primary prevention purposes using a simple vocabulary, open to the dream world. It is also a question of demystifying the hallucinations that in our society are often synonymous with psychosis, and allowing themselves to study them in healthy subjects. Finally, we are asking science to dare to study exceptional experiences, which certainly have much to teach us about how the psyche works.

Keywords : Hypnagogic hallucination - hypnopompic hallucination - sleep hallucination - sleep paralysis - systematic screening - primary prevention - anomalous experiences

