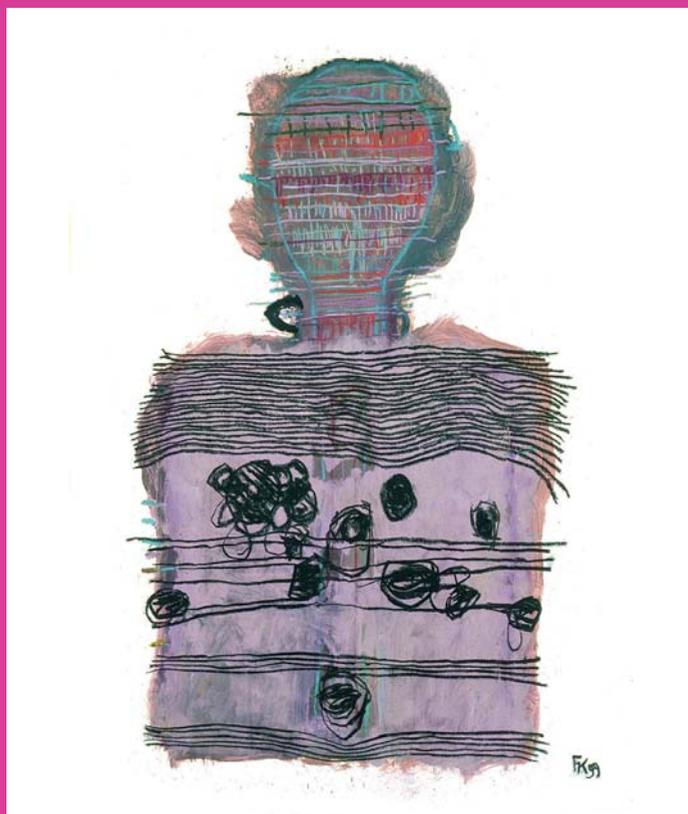


# Stress, traumatismes et insomnies



**JEAN-PIERRE FRESCO**  
PRÉFACE DU PR. PATRICK LÉVY



Extrait de la publication

# **STRESS, TRAUMATISMES ET INSOMNIES**

**This page intentionally left blank**

# STRESS, TRAUMATISMES ET INSOMNIES

JEAN-PIERRE FRESCO

Diplômé de Physiologie et Pathologie du sommeil, membre de la SFMRS (Société française de médecine et recherche sur le sommeil), membre du CIRET (Centre international de recherche et études transdisciplinaires), membre du GEPG (Groupe d'études psychanalytiques de Grenoble)



edp sciences

Photo de couverture :

« *Strate* », série « La mémoire au corps », 1999, collection privée

© Fred Kleinberg/Critères éditions

Éditions EDK/Groupe EDP Sciences

25, rue Daviel

75013 Paris, France

Tél. : 01 58 10 19 05

Fax : 01 43 29 32 62

[edk@edk.fr](mailto:edk@edk.fr)

[www.edk.fr](http://www.edk.fr)

EDP Sciences

17, avenue du Hoggar

PA de Courtabœuf

91944 Les Ulis Cedex A, France

[www.edpsciences.org](http://www.edpsciences.org)

© Éditions EDK, Paris, 2012

ISBN : 978-2-8425-4175-0

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

*Aux Professeurs P. Lévy et J.L. Pépin  
qui m'ont accordé leur confiance*

*Au Docteur Sandrine Launois  
qui m'a incité à écrire  
et m'en a donné les moyens*

*Avec toute ma reconnaissance*

**This page intentionally left blank**

*« Ne dormez plus ! Macbeth a assassiné le sommeil ! »  
« L'innocent sommeil qui renoue les fils de soie tout embrouillés de souci,  
La mort de chaque jour de vie,  
Le bain du dur travail,  
Baume pour les esprits meurtris,  
Second service de la grande Nature,  
Chef nourricier dans la fête de la vie »*

Shakespeare, *Macbeth*, Acte II, Scène II

**This page intentionally left blank**

# Sommaire

## Préface

*Patrick Lévy* .....XIII

**Avant-propos** ..... 1

## Chapitre 1 - Physiologie et physiopathologie du stress

<b>Les structures anatomiques du système du stress</b> .....	12
<i>Les glandes surrénales</i> .....	12
<i>Le système nerveux végétatif</i> .....	13
<i>Le système nerveux central</i> .....	15
L'hypothalamus .....	15
L'hypophyse .....	16
Le cerveau limbique .....	18
<b>Physiologie de la réponse au stress</b> .....	19
<i>La prise en charge du stress</i> .....	19
<i>La phase d'alarme</i> .....	20
<i>La phase de résistance</i> .....	20
<i>La phase d'épuisement</i> .....	21
<b>Avancées récentes concernant la physiologie et la physiopathologie de la réponse au stress</b> ..	21
<i>Rappel des deux grandes voies et des différentes modalités de la réponse immunitaire</i> .....	23
<i>Effets du stress sur le système immunitaire</i> .....	25
<i>Sommeil et immunité</i> .....	25
<b>Physiopathologie de la réponse au stress</b> .....	26
<i>Variables de la réponse au stress</i> .....	27
<i>Maladies liées au stress aigu et chronique</i> .....	28

## Chapitre 2 - Stress et insomnies

<b>Sommeil et système hypothalamo-hypophysaire-surrénalien (HHS)</b> .....	36
<b>Circuit neural de l'insomnie induite par le stress</b> .....	37
<b>Le stress au travail</b> .....	38
<b>La prise en charge du stress dans l'insomnie</b> .....	41
<i>L'exercice physique</i> .....	41
<i>Stress et yoga</i> .....	43
<i>La sophrologie</i> .....	44
<i>Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)</i> .....	45
<i>Les techniques de méditation</i> .....	46
<i>Le traitement pharmacologique du stress</i> .....	47
<b>Stress et dépression</b> .....	49

### Chapitre 3 - Les traumatismes psychiques

Perspective historique . . . . .	53
Généralités et positionnement du traumatisme . . . . .	54
Le traumatisme psychique . . . . .	56
Clinique de l'état de stress post-traumatique . . . . .	59
Suicide et ESPT . . . . .	60
Les anomalies du sommeil dans l'ESPT . . . . .	61
Aspects neuroendocriniens de l'ESPT . . . . .	63
Aspects neurobiologiques de l'ESPT . . . . .	65
Le cas particulier des traumatismes sexuels . . . . .	67
Les traitements pharmacologiques de l'ESPT . . . . .	67
Les traitements non pharmacologiques du psychotraumatisme . . . . .	68
<i>Les psychothérapies psychodynamiques . . . . .</i>	68
<i>Les thérapies comportementales et cognitives . . . . .</i>	70
<i>L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) . . . . .</i>	70
<i>L'hypnose . . . . .</i>	70
Conclusions . . . . .	71

### Chapitre 4 - Traumatismes et insomnies

Épidémiologie des événements traumatiques et de l'ESPT . . . . .	75
Caractéristiques cliniques des cas d'insomnie liées à des traumatismes . . . . .	79
<i>Données chiffrées . . . . .</i>	79
<i>Vignettes cliniques . . . . .</i>	82
<i>En conclusion . . . . .</i>	85
Le cas de la fibromyalgie . . . . .	85
<i>Les troubles du sommeil dans la fibromyalgie . . . . .</i>	88

### Chapitre 5 - Émotions, éveil, sommeil et insomnies

Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions . . . . .	95
<i>L'amygdale . . . . .</i>	96
<i>Le cortex préfrontal . . . . .</i>	98
<i>Au total . . . . .</i>	100
Neurobiologie du cycle veille-sommeil-sommeil paradoxal . . . . .	101
<i>Les réseaux neuronaux de l'éveil . . . . .</i>	101
<i>Le système du sommeil à ondes lentes . . . . .</i>	102
<i>Le système du sommeil paradoxal . . . . .</i>	103
Aspects neurobiologiques des liens entre les réseaux de l'éveil et le cerveau des émotions . . . . .	104
Le cerveau émotionnel et le sommeil : une étroite relation . . . . .	105
Le rôle du sommeil paradoxal dans la régulation homéostatique des émotions . . . . .	107
Sommeil, émotions et insomnies . . . . .	109

<b>Conclusion</b> .....	113
<b>Annexes</b> .....	117
<b>Annexe 1 : Génie du rêve et du SP</b> .....	119
<i>Rêve n° 1 : « le cauchemar fidèle »</i> .....	119
Commentaire .....	120
<i>Rêve n° 2</i> .....	120
Commentaire .....	122
<i>Rêve n° 3</i> .....	122
<i>Rêve n° 4</i> .....	123
<i>Rêve n° 5</i> .....	123
<b>Annexe 2 : Une seule et unique émotion</b> .....	123
<b>Annexe 3 : La neuro-symphonie du stress</b> .....	124
<b>Glossaire</b> .....	127

**This page intentionally left blank**

# Préface

## *L'insomnie, une quête de reconnaissance*

L'insomnie est difficile à cerner. Personne n'y échappe vraiment, un jour ou l'autre. Pourtant, elle emprunte plusieurs visages. Elle semble même prendre un malin plaisir à brouiller les pistes. Le diagnostic apparemment si simple, le fait de ne pas dormir, est rendu complexe par plusieurs variables essentielles.

En premier lieu, le besoin de sommeil, bien que par nature perçu subjectivement, est variable d'un individu à l'autre et probablement largement déterminé par nos gènes. La réduction du temps de sommeil est ainsi une notion complexe. Privation comportementale, fréquemment associée aux rythmes de vie et de travail des sociétés modernes ou temps de sommeil spontanément réduit du fait d'un besoin de sommeil physiologiquement plus restreint sont par exemple deux des « phénotypes » bien distincts. En somme, dormir cinq heures pour un adulte d'âge moyen peut être normal comme très inadapté aux besoins de notre organisme et en particulier de notre cerveau.

Mais l'insomnie n'est pas une privation de sommeil mais tout autre chose. Ce que décrit remarquablement Jean-Pierre Fresco dans ce livre, c'est justement la complexité de l'insomnie. L'insomnie est variable d'expression et de causalité car cet état, qui est parfois une maladie, se situe au carrefour de nos rythmes biologiques, de nos émotions, de notre psychisme et de notre adaptabilité à des stress de différente nature. La vulnérabilité du sommeil de certains individus se fonde ainsi sur des déterminants neurochimiques portant sur la genèse et la consolidation des états de sommeil et la réponse de nos deux axes de réponse au stress. Elle peut être aussi l'expression symptomatique de notre construction psychique et de notre adaptation au monde.

L'un des grands mérites de cet ouvrage est de porter la parole d'un soignant, un clinicien cherchant à comprendre et atténuer la souffrance, autant que faire se peut, comme il l'écrit. À cet égard, il se rebelle face à la stéréotypie de la pensée dominante concernant l'insomnie. L'insomnie n'est pas de sa part réfutée comme maladie mais, à juste titre, me semble-t-il, interprétée comme étant souvent le symptôme d'un dérèglement psychique, l'expression d'une vulnérabilité. On peut d'ailleurs faire remarquer que ce plaidoyer pour une approche de l'humain, qui refuse la simplification et les raccourcis du comportementalisme, pourrait s'appliquer à bien d'autres domaines du champ de la connaissance biomédicale. Il est frappant de constater que la complexité extrême du vivant que nous découvrons un peu plus chaque jour cohabite dans notre société avec des modes de raisonnement d'une nature rudimentaire, répétitive et appauvrissante. Sans doute est-il ainsi plus simple d'imaginer que le psychisme puisse être facilement accessible et se livrer sans retenue, dès lors qu'il est résumé ou catégorisé. Sans doute aussi, le fait de réfuter parfois l'évaluation au nom de la singularité de la relation soignante et de sa complexité, ne fait que pousser sur le devant de la scène des recettes bien léchées qui auraient raison du symptôme.

On peut quoi qu'il en soit constater que Jean-Pierre Fresco met son expérience clinique, probablement assez unique dans le domaine, au service d'une pensée libre, pragmatique, ancrée dans la réalité des patients qu'il rencontre et détachée de tout *a priori* conceptuel. Ce n'est pas le moindre des mérites de ce livre.

**Patrick Lévy**

Professeur de physiologie, praticien hospitalier  
Président de l'université Joseph Fourier, Grenoble

**This page intentionally left blank**

## Avant-propos

L'insomnie est le plus fréquent des troubles du sommeil. Si l'on utilise des critères stricts comme l'existence d'un sommeil altéré au moins trois fois par semaine associé à la présence de répercussions sur la vigilance diurne<sup>1</sup>, ce sont 19 % des sujets, tous âges confondus, qui sont atteints d'insomnie, soit un français sur cinq<sup>2</sup>. Cette prévalence augmente encore avec l'âge puisque c'est près d'une personne âgée sur trois qui est atteinte<sup>3</sup>. Dans les deux tiers des cas, il s'agit d'une insomnie passagère et, pour le tiers restant, il s'agit d'une insomnie chronique<sup>4</sup>. Pour 9 % des sujets de cette vaste population, il s'agit d'une insomnie sévère, chez des patients prenant régulièrement des traitements pour dormir ou souffrant de leur trouble toutes les nuits.

Les études épidémiologiques ont montré que les conséquences de l'insomnie en termes de morbidité sont loin d'être négligeables : au sein d'une population de sujets souffrant d'insomnie chronique, le risque de dépression est multiplié par 39, le risque de troubles anxieux par 6, le risque d'accidents par 4, le risque d'accidents de la circulation par 2,5, le risque d'accidents du travail par 1,5 et celui de maladies physiques par 2<sup>5</sup>. Ces chiffres purement statistiques recouvrent d'ailleurs une réalité clinique autrement complexe comme nous le verrons (le lien entre anxiété, dépression et insomnie – pour ne prendre que cet exemple – étant particulièrement complexe et multi-directionnel, évidemment ininterprétable en termes de simples causalités directes). Une étude de 2002<sup>6</sup> a montré que comparés à un groupe de bons dormeurs, les insomniaques sévères avaient plus de problèmes médicaux, plus de consultations médicales, étaient hospitalisés deux fois plus souvent et prenaient plus de médicaments. Ils avaient un fort pourcentage d'absentéisme (deux fois plus que les bons dormeurs) et avaient également plus de problèmes au travail (diminution de concentration, difficultés dans l'accomplissement des tâches, accidents). Une récente étude norvégienne<sup>7</sup> a également montré que l'insomnie à elle seule était un facteur indépendant de risque de congé maladie de longue durée.

Cet aspect épidémiologique et statistique, malgré son importance scientifique, ne sera cependant pas celui que nous privilégierons dans ce travail.

L'insomnie chronique est en effet surtout une cause de souffrance d'êtres humains, et cette seule souffrance vaudrait d'être prise en compte pour elle-même et en tant que telle, n'aurait-elle aucune conséquence en termes de morbi-mortalité générale ou de coûts financiers.

Soulager – autant que faire se peut – la souffrance de ses semblables restera toujours une noble tâche pour tout médecin gardant en mémoire la célèbre définition que l'Organisation Mondiale de la Santé donne de la santé : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Si l'insomnie est le plus fréquent des troubles du sommeil, c'est loin d'être le mieux compris, ni le mieux analysé, ni le mieux formalisé.

Les classifications internationales utilisées (*International Classification of Sleep Disorders* ou ICSD et *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM-IV),

<sup>1</sup> Lévy P, Muzet A. *Sommeil : un enjeu de santé publique*. Monaco : Éditions Alpen, 2005 : p. 10-11.

<sup>2</sup> Léger D, et al. Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *J Sleep Res* 2000 ; 9 : 35-42.

<sup>3</sup> Ohayon M, Lemoine P. Sommeil et principaux indicateurs d'insomnie dans la population générale française. *L'Encéphale* 2004 ; XXX : 135-140.

<sup>4</sup> Garma L, Royant-Parola S. *Sommeil : un enjeu de santé publique*. Monaco : Éditions Alpen, 2005 : p. 88-89.

<sup>5</sup> Tiberge M. Communication au XVI<sup>e</sup> Congrès de la SFRS, Nice, 2001.

<sup>6</sup> Léger D, et al. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep* 2002 ; 25 ; 6 : 621-625.

<sup>7</sup> Siversten B, et al. Does insomnia predict sick leave ? The Hordaland health study. *J Psychosom Res* 2009 ; 66 : 67-74.

malgré leur importance pratique, sont loin de rendre compte de la complexité du trouble « insomnie » et encore moins des enjeux humains qui se cachent derrière lui.

Dans un récent ouvrage sur *Le nouvel inconscient*<sup>8</sup>, Lionel Naccache, neurologue à la Salpêtrière et chercheur en neurosciences cognitives, écrit : « En science, un effet de mode revient à réduire la complexité d'un vaste champ de connaissances à quelques stéréotypes essentiels qui vont servir de repères communs pour guider la production scientifique »... et plus loin : « la faiblesse de ce système réside dans l'appauvrissement inévitable qui accompagne la réduction de la complexité d'une question à quelques stéréotypes ».

Cette réflexion s'applique parfaitement à la recherche physiopathologique et clinique concernant l'insomnie qui souffre d'une soumission peut-être un peu trop exclusive aux données de ce qu'on appelle généralement l'*evidence-based medicine*, expression qu'on peut traduire par « médecine fondée sur les preuves » ou encore, comme un auteur l'a proposé il y a quelques années, « médecine apodictique »<sup>9</sup> (du grec *apodeiktikos* qui veut dire « démontrer » ou « propre à convaincre »). Cette soumission, d'ailleurs scientifiquement justifiée, stérilise cependant en partie la liberté et la richesse potentielles du regard et de la réflexion cliniques concernant l'insomnie, en n'admettant que les données chiffrables et chiffrées, privilégiant ainsi quasi mécaniquement une vision purement neurophysiologique ou, au plan thérapeutique, le courant comportementaliste et cognitiviste. Or, comme l'écrit le Pr J.B. Garré<sup>10</sup> : « L'insomnie est d'abord une plainte, c'est-à-dire un discours ». Même idée chez Stephen M. Stahl qui écrit<sup>11</sup> : « L'insomnie est une plainte, non une maladie ».

Cette situation a une conséquence fort dommageable qui est l'escamotage des facteurs spécifiquement humains dans les publications scientifiques internationales, au bénéfice d'une reproduction, parfois un peu fastidieuse, des mêmes données chiffrables et chiffrées, donc statistiquement significatives. Ceci aboutit, parfois à l'excès, à « parler de l'homme dans la langue des statistiques » selon la belle formule du philosophe Walter Benjamin.

C'est ainsi que l'évolution actuelle des publications concernant le traitement de l'insomnie chronique tendrait à donner cette idée extrêmement fallacieuse que le traitement non médicamenteux de celle-ci reposerait uniquement sur les thérapies comportementales et cognitives (ou TCC), lesquelles ont fait statistiquement (donc mathématiquement) la preuve (selon les critères de l'*evidence-based medicine*) de leur efficacité sur les différents paramètres du sommeil. On donne ainsi à penser que 8 à 10 séances de TCC (éventuellement réalisées par une infirmière formée à cet effet, le cas échéant en quelques jours<sup>12</sup>) sont actuellement le meilleur traitement non médicamenteux de l'insomnie chronique en général. Bien entendu, ceci est loin d'être totalement faux mais apparaît en revanche comme formidablement réducteur. D'une part, parce que l'insomnie chronique, désignée ainsi d'une façon générique, n'existe tout simplement pas, pas plus d'ailleurs que « l'insomniaque » présenté comme une catégorie clinique homogène. Ce qu'on rencontre en clinique quotidienne, ce sont bien évidemment *des* insomnies et *des* insomniaques chroniques. Parmi ces insomniaques, nos statistiques personnelles portant sur plus de mille deux cent cinquante cas suivis au Centre Santé et Sommeil de Grenoble retrouvent que 15 % ont vécu des événements de vie traumatiques, 25 % sont des anxieux chroniques à traiter comme tels, 15 % présentent une pathologie dépressive (dont la parenté et l'intrication avec l'insomnie est bien connue des spécialistes du sommeil et des psychiatres), 5,5 % ont une insomnie psycho-physiologique qui relève, elle, très spécifiquement d'une TCC, le reste se répartissant en insomnies liées au stress (5 %) et quelques autres

<sup>8</sup> Naccache L. *Le nouvel inconscient*. Paris : Odile Jacob, 2006 : 177-178.

<sup>9</sup> Bourgeois ML. Médecine apodictique et médecine empirique. *L'Encéphale* 2000 ; XXVI : 1-2.

<sup>10</sup> Garré JB. *Quelques remarques sur la notion de preuve en psychiatrie*. Séminaire du Département de SHS, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Faculté de médecine d'Angers, 2003.

<sup>11</sup> Stahl SM. *Psychopharmacologie essentielle*. Paris : Flammarion, 2002 : 324.

<sup>12</sup> Entendu récemment à Nantes lors du congrès 2007 de la SFRMS, exprimé par le principal spécialiste mondial de la question.

étiologies moins fréquentes (5,8 % d'insomnies psychiatriques, 5 % d'insomnies primaires au sens strict, 0,7 % de causes médicales)<sup>13</sup>.

Ces chiffres sont à rapprocher de ceux publiés par Maurice M. Ohayon<sup>14</sup> qui, avec les critères diagnostiques du DSM-IV, trouve 24 % de troubles anxieux, 8 % de troubles dépressifs, 10 % liés à une autre maladie mentale, 7 % liés à une condition médicale, 16 % d'insomnies primaires et surtout 24 % sans diagnostic DSM-IV. On voit là clairement qu'un quart des patients échappe à une classification diagnostique et étiologique précise. Nous verrons qu'il est en fait possible de pallier cette carence.

Le trait commun à tous ces sujets insomniaques est l'existence d'une souffrance psychique, parfois consciente et sue, liée au trouble du sommeil lui-même – bien que pas toujours, loin de là – mais aussi parfois totalement inconsciente et non sue, liée à des événements de vie qui ne sont pas spontanément mis par le patient en lien avec le symptôme présenté. Ces vécus et leurs conséquences psycho-émotionnelles nécessitent pourtant de pouvoir un jour s'exprimer pour permettre une véritable guérison (c'est-à-dire une guérison psychique en profondeur qui permette d'éviter le déplacement du symptôme vers d'autres secteurs, somatiques ou psychiques, déplacement bien connu des psychanalystes et des psychosomaticiens). Il serait fort fâcheux dans ces cas de ne voir (ou de ne vouloir voir) et de n'envisager de traiter que le symptôme présenté, fût-ce avec toute la signification statistique requise... Cela serait en quelque sorte tomber dans le piège majeur tendu d'ailleurs par tout symptôme, en le tenant pour le trouble principal alors que sa plus grande valeur est en fait une valeur d'appel. Nul médecin ne songerait à vouloir traiter une anorexie ou un amaigrissement sans leur rechercher une étiologie (c'est ce qu'on appelle le diagnostic étiologique).

La souffrance psychique ne se mesure pas, pas plus d'ailleurs en laboratoire qu'en cabinet de consultation, pas plus en coûts financiers qu'en morbi-mortalité et ne peut donc prétendre à une présentation *totale* scientifique. Elle est cependant ce qui motive la consultation, qu'il s'agisse de celle secondaire au trouble du sommeil ou qu'il s'agisse de celle – sue ou non sue – liée à des événements douloureux de vie.

Cinq années de pratique en médecine du sommeil dans un Centre spécialisé à Grenoble avec la responsabilité complète de tous les cas d'insomnie (plus de mille deux cents nouveaux cas reçus à ce jour<sup>15</sup>) nous ont fait découvrir un véritable continent de données cliniques encore passées inaperçues ainsi qu'un océan de souffrances humaines. La première et la plus importante de ces données est clinique et épidémiologique et concerne la fréquence considérable des *événements de vie traumatiques* qui représentent plus de 15 % du total des cas reçus dans notre pratique (et si Macbeth, cité en épigraphe, souffre d'une insomnie majeure, c'est lui aussi dans les suites d'un traumatisme psychique comme nous le verrons). La deuxième – mais elle est en fait d'une certaine façon intimement liée à la précédente – est, cette fois au plan thérapeutique, l'importance fondamentale de *l'expression émotionnelle* pour permettre la régression, longue, difficile et progressive, du trouble du sommeil. Ceci, qui est d'ailleurs un aspect de pratique clinique et thérapeutique plutôt banal et quotidien pour tout psychothérapeute, pose, en revanche, dans le domaine qui est le nôtre (la médecine du sommeil) un problème neurobiologique majeur et passionnant qui est celui des liens entre *veille* (c'est-à-dire en fait ici *éveil et réveils pathologiques*), *sommeil* et *émotions*. Nous aurons l'occasion dans cet ouvrage de développer largement cette question.

<sup>13</sup> Statistiques personnelles sur plus de mille cas reçus entre 2005 et 2009 (non publiées).

<sup>14</sup> Ohayon M. Epidemiology of insomnia : what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002 ; 6 : 97-211.

<sup>15</sup> Plus de 1 500 en 2012.

Le dernier élément sur lequel nous voudrions insister est la nécessité de penser aussi l'insomnie chronique à l'intérieur du vaste domaine de la *médecine psychosomatique*, ce qui n'est pas du tout le cas actuellement.

L'école psychosomatique française (en particulier – mais pas seulement – l'école psychosomatique de Paris<sup>16</sup>) est riche de plus de quarante années de travaux et de recherches dans le domaine et la médecine du sommeil aurait peut-être tout intérêt à se les rappeler et à se les réapproprier.

Pierre Marty pouvait écrire en 1992 : « *Le dépassement des possibilités d'adaptation correspond, en psychosomatique, à la notion de traumatisme. L'effet désorganisant final du traumatisme sur les appareils mental et somatique définit le traumatisme* »<sup>17</sup>. Ceci correspond très exactement à ce que nous observons en clinique quotidienne tant dans la clinique du stress (*versus* dépassement des capacités d'adaptation) que dans la clinique du trauma (*versus* sidération et/ou désorganisation), et avec, dans les deux cas, l'expression principale ou préférentielle par le symptôme « insomnie ».

Hanna Kamieniecki<sup>18</sup> a pu rappeler que la première utilisation de l'adjectif « psychosomatique » a été le fait d'un psychiatre allemand de l'école vitaliste du début du XIX<sup>e</sup> siècle (Heinroth), et pour caractériser... une forme d'insomnie !

Si les troubles du sommeil faisant partie du syndrome de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder* des Anglo-Saxons ou PTSD) sont évidemment bien connus des médecins du sommeil et nous y reviendrons en détail dans cet ouvrage, notre pratique au Centre Santé et Sommeil de Grenoble nous a cependant fait découvrir la fréquence inattendue de traumatismes psychiques graves, enfouis, jamais psychiquement traversés ni symbolisés, traumatismes qui ne s'intègrent absolument pas dans le cadre du PTSD (dans le PTSD, le souvenir n'est que trop présent alors que dans les traumatismes enfouis, il est totalement absent du champ de la conscience, et s'il est présent comme souvenir conscient, c'est sous une forme totalement déconnectée de sa valence émotionnelle, d'une façon anormalement désaffectée). Il serait évidemment fort abusif (et cliniquement non pertinent) de classer ces cas cliniques dans le cadre des insomnies psychophysiologiques.

Ceci doit nous amener à réfléchir d'une façon nouvelle sur les liens étroits qui existent entre insomnies et traumatismes (en dehors du syndrome de stress post-traumatique), réflexion qui vient enrichir et compléter le travail de recherche et de réflexion sur le lien également bien connu entre stress et insomnie.

Là encore, la clinique et la recherche francophones sont à une place de tout premier plan et c'est ici rappeler l'existence d'une association de langue française pour l'étude du stress et du trauma (ALFEST) qui publie depuis 2002 une revue de grande qualité (*La revue du stress et du trauma*) dans laquelle on peut lire des contributions des meilleurs spécialistes francophones de la clinique du traumatisme (Pr François Lebigot, Pr Louis Crocq, Pr Claude Barrois, Pr Dominique Vallet, Pr Antonio Andréoli, et bien d'autres encore comme Carole Damiani, François Ducrocq ou Liliane Daligand...). Cette riche clinique francophone vient heureusement et utilement compléter la grande littérature internationale et anglophone, sans s'y substituer mais sans s'en trouver pour autant quasi volatilisée. Cette opposition (sans aucune visée polémique mais prenant simplement en compte un fait) – opposition d'ailleurs assez profonde entre les conceptions européennes et nord-américaines sur toutes ces questions – est d'ailleurs pensée des deux côtés de l'Atlantique<sup>19</sup>. C'est ainsi qu'un éditorialiste de la revue *Sleep Medicine Reviews* pouvait récemment écrire<sup>20</sup> : « *It is clear that most aspects of sleep medicine are practiced as an art than relying on level I or II evidence...* » et

<sup>16</sup> On peut citer aussi l'École de Psychosomatique de J.M. Thurin.

<sup>17</sup> Marty P. *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : PUF, 1992 : 49-50.

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> Schweitzer MG, Puig-Vergès N. *Evidence based medicine* : un nouveau système de pensée ou une idéologie des temps modernes. *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 786-790.

<sup>20</sup> Friedman M. Evidence based sleep medicine : are we there yet ? *Sleep Med Rev* 2008 ; 12 : 407-409.

il concluait : « *we must continue to practice medicine with good clinical judgment and make decisions on our experience and education* ».

Le présent ouvrage – quant à lui – s’est ainsi donné pour objectif de présenter les liens étroits et complexes qui unissent ces trois grands domaines physiologiques, physiopathologiques et cliniques que sont le stress, les traumatismes et les insomnies. Nous verrons que cette étude ouvre également sur d’importantes questions neurobiologiques et thérapeutiques. Elle ouvre aussi – et il faut y insister – sur un vaste champ pour une réflexion philosophique et sociétale.

Cette approche, très interdisciplinaire comme la médecine du sommeil l’est d’ailleurs elle-même fort naturellement, suit par ailleurs une tendance profonde de l’enseignement universitaire actuel concernant ces questions, et nous en voulons pour preuve et comme exemple la création en 2006 à Paris (Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière) d’un DU de Psychosomatique intégrative dont le programme associe de façon complémentaire et équilibrée les données cliniques, concepts et modèles psychosomatiques directement issus de la recherche psychanalytique et les données issues des neurosciences (Responsables : Pr J.B. Stora, Pr J.-F. Allilaire et Pr M.O. Bitker).

Rappelons aussi, et dans un secteur d’étude et de recherche très voisin du nôtre, la création en 2002 du DU « Stress, traumatismes et pathologies » (coordonné par Ph. Mazet et J.M. Thurin) suivi de la publication en 2003 du remarquable ouvrage *Stress, pathologies et immunité*<sup>21</sup>.

Nous ne faisons d’une certaine façon que suivre cette voie prometteuse, en y intégrant simplement – mais aussi fort naturellement – l’insomnie.

Le plan de cet ouvrage se présente ainsi :

1. Un premier chapitre sera consacré à l’étude de la physiologie et de la physiopathologie du stress.
2. Un deuxième chapitre sera consacré à l’étude des liens qui unissent le stress et les insomnies.
3. Un troisième chapitre sera consacré aux traumatismes psychiques.
4. Un quatrième chapitre traitera des liens entre traumatismes psychiques et insomnies.
5. Un dernier chapitre, enfin, tentera d’initier une réflexion sur les questions cliniques, neurobiologiques et thérapeutiques posées par les liens entre sommeil et émotions, d’une part, et entre émotions et insomnies de l’autre.
6. Une conclusion tentera de dégager les enjeux cliniques, neurobiologiques, thérapeutiques et philosophiques soulevés par cette étude.

---

<sup>21</sup> Thurin JM, Baumann N (sous la direction de). *Stress, pathologies et immunité*. Paris : Flammarion, 2003.

# Glossaire

**Allèle** : les allèles sont les différentes versions d'un même gène (ils diffèrent par quelques séquences de nucléotides).

**Circadien** : du latin *circa diem* (presque un jour), désigne les rythmes biologiques de l'individu sur un cycle de 24 heures.

**Ecmnésie** : c'est l'émergence de souvenirs anciens revécus comme une expérience actuelle.

**Épigénétique** : désigne l'étude des influences de l'environnement cellulaire ou physiologique sur l'expression des gènes. Par métaphore, si la génétique correspond à l'écriture des gènes, l'épigénétique étudie leur lecture. C'est ainsi qu'un même gène pourra être lu différemment (ou ne pas être lu) selon l'environnement.

**Incestuel** : terme forgé par le psychiatre et psychanalyste Paul-Claude Racamier. Il correspond à « ce qui dans la vie psychique individuelle et familiale porte l'empreinte de l'inceste sans qu'en soient forcément accomplies les formes génitales ». Ceci définit donc essentiellement l'incestuel comme un climat.

**Insomnie psychophysiologique** : il s'agit d'un type particulier d'insomnie qui fait généralement suite à une cause repérable qui a déstructuré le sommeil et évolue ensuite pour son propre compte.

**Ganglions de la base** : les ganglions de la base ou noyaux gris centraux sont des structures sous-corticales qui participent à la programmation, à l'initiation et au contrôle de l'exécution des mouvements, mais aussi des émotions et des activités cognitives

**Neurogenèse** : désigne le processus de création d'un neurone fonctionnel. Celle-ci survient durant le développement embryonnaire mais aussi chez le sujet adulte (en particulier au niveau du gyrus denté de l'hippocampe).

**Neuromodulateur** : alors que les neurotransmetteurs ou neuromédiateurs sont des composés chimiques libérés par un neurone présynaptique qui agit sur un neurone postsynaptique (exemples : le GABA et le glutamate), un neuromodulateur (dopamine, sérotonine) agit sur plusieurs populations de neurones, à des fins régulatrices.

**Rythme alpha** : le rythme alpha correspond au rythme électrophysiologique cérébral de la veille calme, les yeux fermés. Sa fréquence est de 8 à 12 Hz.

**Sommeil paradoxal** : le sommeil paradoxal est un rythme cérébral de fréquence semi-lente (de 3-4 à 7-8 Hz) survenant pendant le sommeil et s'accompagnant de mouvements oculaires rapides et de paralysie musculaire. Un sujet réveillé au cours d'un épisode de sommeil paradoxal raconte le plus souvent un rêve.

**Sommeil profond à ondes lentes** : c'est le rythme le plus lent survenant durant le sommeil (<4 Hz). Il se caractérise par de grandes ondes « delta » de plus de 75 mV d'amplitude et correspond à un moment de grande synchronisation neuronale.

**Stimulus aversif** : il s'agit d'un stimulus désagréable ou douloureux.

**Test de freination à la dexaméthasone** : il consiste à freiner l'axe corticotrope par l'administration d'un glucocorticoïde (la dexaméthasone) à dose supraphysiologique. Le test est normal chez le sujet sain et est pathologique en cas de syndrome de Cushing ou dans le cas de certaines dépressions mélancoliques.

**Tolérance** : en pharmacologie, le terme tolérance désigne pour une substance la nécessité progressive d'augmenter les doses pour parvenir au même résultat.

Mise en page par Arts'Print Numeric

---

**Achévé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A. – 14110 Condé-sur-Noireau  
N° imprimeur : 149693 – Dépôt légal : septembre 2012 – *Imprimé en France***

Extrait de la publication