

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1541

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Romain LABBE**

le 04 Juin 2018

**Qu'en est-il de la place du rêve en psychiatrie aujourd'hui ?**

Directeur de thèse : Dr Jean Jacques LAYANI

**JURY**

Monsieur le Professeur	Christophe Arbus	Président
Monsieur le Professeur	Laurent Schmitt	Assesseur
Monsieur le Professeur	Jean philippe Raynaud	Assesseur
Monsieur le Docteur	Bernard Bensidoun	Assesseur
Monsieur le Docteur	Jean Jacques Layani	Suppléant



FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2017**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Hervé	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HÖFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FRESINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LAGOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHÉ Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Généraliste
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. LÉOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. FARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUDA Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemelt (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod		
M. PAUL Carte	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
<b>P.U. Médecine générale</b>		<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		<b>P.A. Médecine générale</b>	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

### P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURJA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAÏL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

### P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Mana-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

#### P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CÂMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CÂRFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALMIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMALHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan  
Dr LATROUS Leila

## **Remerciements :**

### **A Monsieur le Professeur Christophe Arbus :**

Je vous remercie de présider mon jury. Je vous remercie également pour votre dynamisme et votre investissement pour notre internat.

### **A Monsieur le Professeur Laurent Schmitt :**

Je vous remercie d'accepter de faire partie de mon jury et de m'avoir donné vos conseils pour cette thèse. Enfin je vous remercie pour votre enseignement tout au long de l'internat, tant en cours théorique que lors des stages. Je vous remercie pour votre accompagnement sur les lectures critiques d'articles scientifiques.

### **A Monsieur le Professeur Jean Philippe Raynaud :**

Je vous remercie d'accepter de faire partie de mon Jury. Je vous remercie également pour votre soutien et votre dynamisme. Je vous remercie pour l'enseignement reçu au cours du D.E.S mais aussi lors des cours du D.U l'enfant, l'adolescent, la famille, approche clinique et psychodynamique.

### **A Monsieur Le Docteur Bernard Bensidoun :**

Je vous remercie d'accepter de faire partie de mon jury. Je vous remercie pour votre intérêt pour le sujet ainsi que pour votre disponibilité. Je vous remercie pour les supervisions que vous avez effectué à la Villa Ancely lors de mon stage ou j'ai beaucoup appris.

### **A Monsieur Le Docteur Jean Jacques Layani :**

Je vous remercie d'avoir bien voulu m'accompagner pour ce projet. Je vous remercie pour votre soutien, votre patience et toutes ces conversations riches que nous avons pu avoir sur le sujet. Je vous remercie pour votre encadrement lors de mon stage au pavillon Verlaine ainsi que pour les multiples lectures que vous avez pu me conseiller.

Au le Docteur Olivier Tellier médecin chef de l'UMD d'Albi pour la rigueur de son enseignement et pour la confiance qu'il m'a accordé. Aux autres médecins et à l'équipe paramédicale de l'UMD

Au Docteur Eric Rohmer pour sa supervision et son soutien lors de mon stage à Ste Marie à Rodez et pour sa confiance également.

Au Docteur Virgine Rouch pour son enseignement. A L'équipe paramédicale de l'UF3 pour leur engagement.

Au Docteur Franck Hazane pour ses analyses d'entretiens qui m'ont permis de progresser dans ma manière de mener l'entretien psychiatrique.

Au Docteur Jocelyne Calvet pour son enseignement et sa bienveillance

Au Docteur Martine Girard pour m'avoir fait partager une autre manière de voir la psychiatrie. A Toute l'équipe de l'UF5

Au Docteur François Granier pour avoir pris le temps de discuter avec moi sur l'exposition sur le rêve à l'hôtel dieu.

Au Professeur Michel Escande pour son soutien et ses encouragements.

Au Docteur Ivan Gicquel pour son soutien à Saint Léon

A Daniel Metge pour ses conseils et Marina Piboul pour sa bienveillance et son soutien à la liaison périnatalité de Sarrus.

A Madono, sans qui je n'aurais probablement pas eu ma première année de médecine du premier coup.

Je remercie mes parents pour m'avoir soutenu tout au long de ces longues études.

Je remercie mes amis Tony et Guillaume qui ont toujours assuré dans les moments difficiles.

Je remercie Hadrien pour toutes les soirées et sa compagne Chloé pour nous avoir accueillis à Paris.

Je remercie Leila pour m'avoir donné le goût du voyage et de l'aventure.

Je remercie Yannick pour toutes ses riches conversations que nous avons eu sur la qualité de vie.

Enfin je remercie ma Lucie et sa famille pour avoir été aussi compréhensifs tout au long de mon travail de thèse.

## Table des matières

Introduction : .....	11
I Histoire de la conception magico-religieuse des rêves dans la société occidentale :.	12
I.1 De l'antiquité au Moyen-âge.....	12
I.2 Du Moyen-Age à la renaissance .....	16
II Début de l'approche scientifique du rêve et intrications avec la psychanalyse :.....	24
II.1 L'interprétation des rêves de Freud .....	24
II.2 Théorie de Bion sur le rêve.....	27
II.3 Exposition d'art thérapie à l'hôtel dieu.....	28
III Les neurosciences et le rêve. ....	35
IV-Qu'en est-il de la place du rêve en psychiatrie aujourd'hui ?.....	38
IV.1.Matériel et méthode :.....	38
IV.1.1Occurrences des mots <i>dream</i> et <i>nightmare</i> dans les DSM IV ET V :.....	38
IV.1.2Enquête auprès de psychiatres avec un questionnaire en ligne :.....	38
IV.1.3Revue critique de la littérature .....	42
IV.2.Résultats : .....	43
IV.2.1 Résultats des recherches des occurrences des mots <i>dream</i> et <i>nightmare</i> dans les DSM IV et V. ....	43
IV.2.2 Résultats de l'enquête en ligne auprès des psychiatres :.....	46
IV.2.3 Résultats de la revue critique de la littérature : .....	58
IV.3 Discussion : .....	68
IV.3.1 Sur les limites et les difficultés méthodologiques rencontrées : .....	68

IV.3.2 Discussion sur les résultats :.....	69
V Conclusion :.....	71
VI Références :.....	73

## Introduction :

La naissance de ce sujet s'est produite au cours d'une garde lors d'une discussion avec mon confrère qui est devenu mon directeur de thèse par la suite. Il s'agit en fait d'une réflexion commune entre deux psychiatres, l'un fort de l'expérience de sa carrière et l'autre débutant son apprentissage. Je lui relatai le fait qu'une équipe de recherche Japonaise avait mis au point « une machine à lire les rêves » et que les neurosciences semblaient progresser dans l'exploration de cette question. Dans le même temps, nous partagions le point de vue qu'il n'existe actuellement pas de sémiologie ou de recherche spécifique sur la question du rêve dans notre discipline, l'interprétation des rêves de Freud appartenant désormais au champ de la psychanalyse. Hormis dans le post traumatic stress disorder (PTSD), l'exploration du rêve dans la clinique psychiatrique d'aujourd'hui ne semble pas aller de soi. C'est alors que mon confrère m'amena une première idée de sujet, à savoir « Quelle est la contribution du rêve et de l'interprétation du rêve pour la médecine de l'antiquité à nos jours ? »

Bien que trouvant cette question fort intéressante, elle me semblait hors de portée notamment par les travaux historiques qu'elle nécessiterait. Je me suis donc fait la réflexion qu'en actualisant le sujet, c'est-à-dire qu'en étudiant la place du rêve dans la psychiatrie d'aujourd'hui, des hypothèses intéressantes pouvaient surgir. Cette seule perspective ouvrait déjà de nombreuses questions. La place du rêve en clinique psychiatrique s'était-elle autant marginalisée qu'on le pensait depuis la séparation de la psychiatrie et de la psychanalyse ? Existe-t-il des recherches psychiatriques récentes intriquant rêve et pathologie mentale ? Les psychiatres d'aujourd'hui continuent-ils d'explorer cette dimension clinique malgré le recul de la formation psychanalytique ? Et en particulier qu'en est-il des jeunes psychiatres ?

Mon sujet était choisi. Pour tenter de répondre à toutes ces questions, deux méthodes m'ont paru pertinentes. Dans un premier temps, une revue scientifique de la littérature sur la thématique du rêve en psychiatrie pour faire un état des lieux des recherches récentes était indispensable. J'ai également étendu mes recherches, de manière non exhaustive aux champs de disciplines voisines comme la psychanalyse et les neurosciences. Mais une fois cela fait, je restais sur ma faim, bien incapable de dire qu'elle était la place du rêve pour les psychiatres d'aujourd'hui. C'est en discutant avec mon directeur de thèse que nous est apparue l'idée d'un sondage auprès de confrères et consœurs pour essayer d'appréhender la réalité de leurs pratiques cliniques autour de l'exploration du rêve. Ces deux démarches avaient pour objectif

de réaliser une topographie théorique et pratique de la question du rêve dans la psychiatrie d'aujourd'hui.

## I Histoire de la conception magico-religieuse des rêves dans la société occidentale :

L'objet de cette thèse n'est pas de faire une revue exhaustive de la littérature sur l'histoire des représentations du rêve dans notre civilisation. Toutefois il m'a semblé pertinent d'en aborder quelques grandes lignes. Cette perspective historique viendra étayer la réflexion sur mon sujet et les enjeux actuels qui le concernent.

### I.1 De l'antiquité au Moyen-âge.

Le rêve fascine, guide, parfois terrifie l'être humain et cela probablement depuis son commencement. Les anciennes civilisations (Mésopotamiennes puis gréco-romaines notamment) accordent à son interprétation une place prépondérante. Les premières peintures préhistoriques peuvent laisser supposer qu'il s'agit de contenus oniriques même si rien ne permet de l'affirmer.

On observe des tentatives de catégorisation et d'explication sur le phénomène du rêve dès l'antiquité Grecque. On y trouve une voie d'accès à ce qui se dérobe à la connaissance objective, c'est-à-dire notamment ce qui concerne le divin, le monde des morts ou les signes du destin<sup>1</sup>. Les rêves sont perçus comme la frontière entre le rationnel et le divin. Il existe en Grèce antique des temples d'incubation, lieux de divination où les personnes viennent dormir puis raconter leurs rêves à des interprètes. Ces temples sont composés d'une source pour la purification ainsi que d'un lieu pour le repos des malades qui viennent chercher des réponses à leurs maux. Après un ensemble de rites, (purifications, prières, sacrifices) un sujet s'endort dans le sanctuaire pour essayer de voir la divinité en rêve et d'obtenir d'elle la guérison ou le moyen d'y accéder.

Certains de ces récits de rêve furent inscrits dans la pierre et nous sont encore accessibles. L'observation peut être constituée à partir des stèles consacrées à Asclépios (dieu

---

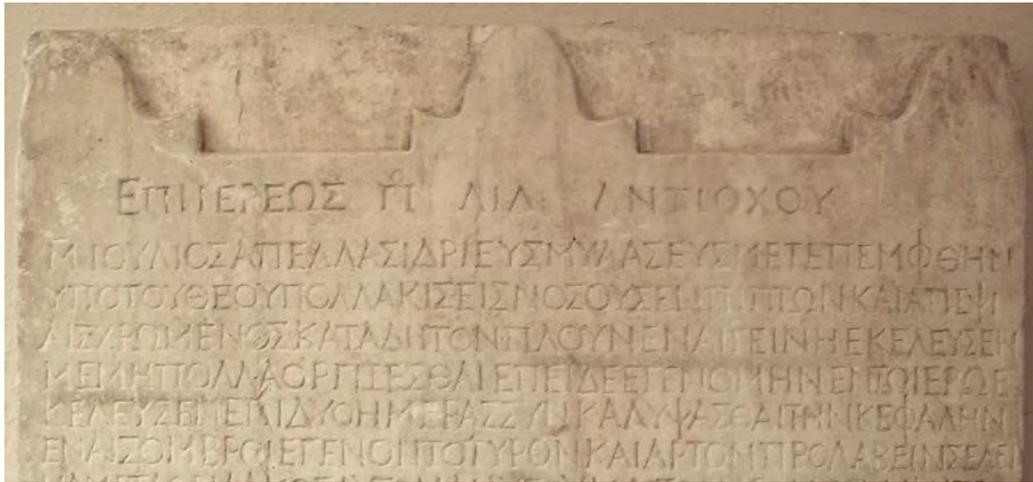
*1Jean-Claude Schmitt, Le Corps, les rites, les rêves, le temps. Essais d'anthropologie médiévale, Paris, Gallimard, 2001.*

guérisseur dans la religion polythéiste de l'époque). Cette documentation s'étend du IV siècle avant J.C jusqu'à l'époque impériale. (II-III siècle après J.C). Au sanctuaire d'Epidaure, les tablettes votives en bois des sujets sont ramassées par les prêtres pour élaborer des catalogues de guérison qui seront ensuite inscrits sur les stèles en pierre. Toutefois, la lecture actuelle de ces textes semble montrer une intention qui dépasse le simple enregistrement<sup>2</sup>.

Comme le souligne l'historien P. Sineux dans son travail, nous retrouvons sur ces stèles des récits avec un fil narratif bien défini. Ils sont précédés de l'ethnie et de l'identité de la personne dans la plupart des cas, parfois du métier exercé. Ensuite vient le motif de la venue au sanctuaire.

---

<sup>2</sup>Sineux P. *Les récits de rêve dans les sanctuaires guérisseurs du monde grec, des textes sous contrôle. Sociétés & Représentations. 2007 ;23(1) :45-65*



Stèle du musée d'Epidaure — vers 160 apr. J.C, relatant la guérison de Marcus Julius d'Appelas, citoyen athénien.

Traduction ci-dessous :

*Sous la prêtrise de Publius Aelius Antiochos,  
Moi, Marcus Julius Apellas, d'Idrias  
Et de Mylasa, ai été convoqué par le dieu,  
Car je tombais souvent malade  
Et je souffrais de troubles digestifs.  
Pendant ma traversée, à Egine, il m'a ordonné  
De ne pas me mettre autant en colère.  
Et lorsque je fus arrivé au sanctuaire,  
Il m'a ordonné de me couvrir la tête pendant deux jours,  
Durant lesquels il y eut des averses,  
de prendre du fromage et du pain, etc...<sup>3</sup>*

Ce regroupement de récits de guérisons dans le temple envoie un message clair. La puissance du Dieu permet non seulement de juguler les maladies les plus graves mais elle le peut aussi de manière récurrente. Ce qui est exceptionnel s'affiche comme une norme. La partie centrale relate la guérison ainsi que le déroulement du rite d'incubation. La narration du rêve

---

<sup>3</sup><http://lespierresquiparlent.free.fr/Eleusis-Apellas.html>

est enclavée dans le récit de la guérison. Le Dieu prescrit le remède à travers le rêve. Nous retrouvons à la fin de ces récits la phrase « Il fut guérit ou sauvé. »

Le schéma narratif employé semble bien différent du style des « récit de rêves » que nous connaissons aujourd'hui. En effet il y'a un début, une intervention divine puis une fin nette.<sup>4</sup> Voici un exemple de ces récits ou une intervention divine a lieu dans un rêve<sup>5</sup>: « *Arata, Lacédémonienne hydropique. Pour elle, tandis qu'elle était restée à Lacédémone, sa mère fit l'incubation et vit un rêve. Il lui sembla que le dieu coupa la tête de sa fille et suspendit son corps à l'envers, le cou en bas. Il en sortit une grande quantité de matière fluide puis ayant détaché le corps, il ajusta à nouveau la tête sur le cou. Après qu'elle ait vu ce rêve, elle revient à Lacédémone ou elle trouva sa fille guérie. Sa fille avait fait le même rêve.* » C'est bien à la puissance du dieu guérisseur que le lecteur est confronté. La réélaboration ne permet pas d'interpréter les rêves par rapport aux sujets. En revanche elle dévoile la stratégie habile des personnes employées dans le sanctuaire pour que ces récits ne laissent aucun doute sur la puissance et la bonté du dieu guérisseur.

Au II siècle après Jésus-Christ, Artémidore de Daldis, philosophe gréco-romain tente de développer une méthode pour l'interprétation des songes. Il souhaite établir un manuel d'interprétation des songes pour que les gens ordinaires puissent eux-mêmes les interpréter.<sup>6</sup> Il veut essayer de dépasser les querelles concernant l'interprétation des rêves à son époque. Il se montre plutôt sceptique par rapport aux résultats de l'utilisation des songes dans la divination du dieu Asclépios mais ne s'y oppose pas non plus. Celui-ci écrit donc l'ouvrage « La clé des songes » vers le II siècle après J.C. Cet ouvrage a pour but d'être une sorte de guide de référence pour l'interprétation des songes et l'oniromancie. S'il n'est pas l'unique penseur à s'être intéressé à l'interprétation des rêves à cette époque, il est le seul en revanche qui en donne une méthode qui nous est encore accessible aujourd'hui.<sup>7</sup> Pour Freud, Artémidore nous a laissé

---

<sup>4</sup>Sineux P. *Les récits de rêve dans les sanctuaires guérisseurs du monde grec : des textes sous contrôle. Sociétés & Représentations.*2007 ; 23(1) :45-65.

<sup>5</sup>Vous pouvez trouver ce récit sur la stèle numéro 21 du musée archéologique d'Epidaure

<sup>6</sup>Parrenin C. *La clé des songes d'Artémidore et les notions d'espaces public et privé. Persée.* 2001 27 (1):235-247.

<sup>7</sup> Ibid.

l'exposé le plus complet et le plus consciencieux sur l'interprétation des songes dans le monde gréco-romain.<sup>8</sup>

Dans son manuel, l'auteur nous livre sa méthode. La place du symbolique y est centrale. Selon l'auteur, le rêve ne fait pas symbole pour le sujet. Il s'agit d'images neutres que le rêveur amène à l'onirocrite<sup>9</sup> et c'est celui-ci va les convertir en symboles. Cette conversion symbolique ne peut s'opérer que si l'onirocrite et le rêveur partagent les mêmes représentations. (Représentations inconscientes collectives). Par exemple, La tradition de l'époque veut que les marins ne se coupent les cheveux et les ongles uniquement en cas de tempête en haute mer. Donc pour un marin en Grèce antique, rêver de perdre ses cheveux est un signe de mauvais augure. La polysémie des différents symboles est également importante. Le symbole de la mère peut représenter par exemple la patrie, mais aussi le travail de l'individu. Selon l'auteur, les songes représentent l'avenir. Ils peuvent concerner l'avenir du rêveur mais aussi d'autres personnes. Si un individu rêve du décès d'un proche, cela peut effectivement concerner directement ce proche.<sup>10</sup>

## 1.2 Du Moyen-Age à la renaissance

Au début du moyen-âge, l'église tend d'abord à refouler cette culture païenne des rêves, en particulier l'oniromancie et l'onirocritique tenues pour caractéristiques du culte des idoles des grands sanctuaires de l'antiquité. Mais les auteurs païens, puis chrétiens, de l'Antiquité tardive, tel Macrobe avec son commentaire du Songe de Scipion de Cicéron, ont légué à la culture lettrée des clercs une classification des visions et des rêves dont l'influence fut durable, depuis le VI<sup>e</sup> siècle chez Grégoire le Grand, jusqu'au XII<sup>e</sup> siècle dans le Liber de spiritu et anima du cistercien Alcher de Clairvaux<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup>1. Freud S. *L'interprétation Des Rêves*. Presse universitaire de France, 1971.

<sup>9</sup>L'onirocrite est celui qui interprète les songes et qui pratique l'oniromancie à l'époque antique.

<sup>10</sup> Parrenin C. *La clé des songes d'Artémidore et les notions d'espaces public et privé*. Persée. 2001,27 n 1,235-247.

<sup>11</sup> 1. Schmitt J-C. *Récits et images de rêves au Moyen Âge*. Ethnol française. 2003,33(4)553-563.

Macrobe dégage cinq catégories différentes de rêves : le songe proprement dit, l'oracle, la vision, le rêve et le spectre.<sup>12</sup>

De notre point de vue, nous pourrions comprendre cette classification de la manière suivante : Le rêve simple, alors appelé « *insomnium* » contient des faits et des angoisses de l'état éveillé du rêveur avec des désirs identiques à son quotidien. Il présente peu d'intérêt par rapport aux interprétations. L'oracle est l'intervention d'une divinité ou d'une personne d'un statut supérieur pour dicter la conduite du sujet. La vision est une révélation de l'avenir. Le spectre se rapproche plus de nos cauchemars. Quant aux songes proprement dits « *somnium* », ils présentent un style plus figuré et nécessitent une interprétation.

Le rêve au Moyen-âge se dit *somnium* (ou *somnia* au pluriel). Ce terme n'a pas la même signification que le mot rêve tel que nous l'utilisons depuis la renaissance. Il se rapproche plus du terme de songe. Dans la chrétienté médiévale, le rêve (*somnium*) n'appartient pas à l'univers subjectif du rêveur. Il réside à l'extérieur comme une force s'imposant à lui. Il fait partie des puissances invisibles, positives ou négatives qui dominent le monde. Le rêveur est donc passif, en proie à l'intrusion d'images venues d'ailleurs.<sup>13</sup> Comme dans l'antiquité, le rêve ne concerne pas que son rêveur mais peut concerner un groupe voire la société toute entière. Il peut renseigner sur le destin collectif, une guerre à mener ou le devenir d'un peuple. Le rêve est vu comme une forme d'aliénation. « Même si c'est de moi dont je rêve, c'est de moi sous le regard d'un autre qui m'apparaît ou m'envoie un message plein d'images et de paroles ».

Durant les premiers siècles du christianisme, s'appuyant sur l'Écriture et les Pères, l'Église, relayée par le pouvoir civil, met en garde les fidèles contre la divination par les songes. Au VII<sup>ème</sup> siècle Grégoire le Grand, Isidore de Séville puis les Capitulaires de Charlemagne plus tard, affirmeront au public lettré que le Diable, par le moyen des rêves, se joue de nous. Dieu se manifeste dans les visions nocturnes qu'à de rares élus, c'est à dire aux grands

---

<sup>12</sup> I. Macrobe *Les Saturnales, Livre premier, Commentaire Du Songe de Scipion tiré de la République de Cicéron. Classiques, 1953.*

<sup>13</sup> I. Schmitt J-C. *Récits et images de rêves au Moyen Âge. Ethnol française. 2003,33(4)553-563.*

personnages seulement.<sup>14</sup> Ainsi, les littératis<sup>15</sup> ne relatent que les rêves des puissants pendant le haut moyen-âge<sup>16</sup>, ces derniers étant moins à même d'être corrompus par le diable. Il y'a donc une censure du rêve.

Il faudra attendre la fin du XIIème siècle pour assister à ce que l'historien Jacques Legoff nomme « la démocratisation des rêves »<sup>17</sup>. A partir de ce siècle, le simple fidèle, chevalier, clerc, bourgeois ou agriculteur, reprend possession de ses rêves, comme le prouvent différents traités encyclopédiques qui cherchent à décrire de façon plus rationnelle les phénomènes oniriques vécus par l'ensemble des hommes. Le récit de rêve va progressivement envahir la littérature et cela en grande partie par l'apparition du style autobiographique qui se développe dans la culture ecclésiastique. Dans la culture des moines d'occident, avec la tradition de saint Augustin, le rêve tient une place importante à mi-chemin entre aveux de fautes et louanges de dieu. Le sujet se découvre lui-même dans le regard du divin. Sa subjectivité n'est pas conçue comme la revendication de son égo mais bel et bien comme sa sujétion au créateur. C'est ainsi qu'il n'est pas contradictoire d'associer le côté « irrationnel » du rêve dans son autobiographie pour se définir comme sujet chrétien.

Saint Augustin dans son « Commentaire de la Genèse » cite trois types de visions. D'abord la vision corporelle, c'est-à-dire la vue. La vision spirituelle qui met en rapport le sujet avec l'au-delà, par le biais des songes ou des visions éveillées. Enfin la vision intellectuelle, rarissime, qui a peut-être été accordée à Moïse, plus probablement à Saint Paul, quand il dit, comme parlant d'un autre, qu'il est monté au troisième ciel. Une vision intellectuelle est la mise en relation de la raison du sujet, « la ratio » partie la plus noble de l'âme directement avec Dieu.

---

<sup>14</sup>Berriot F. *A propos des chapitres XIII et XIV du tiers livre, réflexions sur quelques manuscrits de l'interprétation des songes à la veille de la renaissance. Persée. 1986 ; 23 :5-14.*

<sup>15</sup>Clergé à l'époque, les seuls quasiment sachant lire et écrire.

<sup>16</sup>Période de la fin de l'empire romain jusqu'à l'an mil environ.

<sup>17</sup>Legoff J. *L'imaginaire Médiéval. Essais. Gallimard ; 2013.*

L'Elucidarium, ouvrage théologique d'Honoré d'Autun explique que les songes viennent parfois de Dieu ou du Diable, mais aussi de l'individu lui-même, selon ce qu'il a vu, entendu et pensé durant la veille.

Guibert de Nogent, écrivain et théologien du XII<sup>ème</sup> siècle relate dans son autobiographie « De Vita sua » comment sa mère a pu rêver et interpréter ses propres rêves pour son salut à lui. Il fait le parallèle avec Sainte Monique pour Saint Augustin<sup>18</sup>. On voit dans cet exemple comment les rêves des uns et des autres peuvent s'intriquer dans le monde médiéval. La mère de Guibert de Nogent rêve du destin de son fils, comme une vision de l'avenir et celui-ci se réalise dans un second temps. Il s'agit d'une « vision spirituelle » selon la classification de Saint Augustin.<sup>19</sup>

Hildegarde de Bingen est une théologienne et religieuse qui s'impose en tant que femme, à égalité avec les plus grands clercs de l'époque. Elle est d'ailleurs en correspondance permanente avec eux. Elle voyage beaucoup, tout en étant abbesse d'un monastère au bord du Rhin. Elle va voir le Pape, les rois, Saint Bernard. Elle a des visions, mais prend beaucoup de précautions pour dire qu'elle ne rêve pas, car elle craint d'être accusée de sorcellerie. Elle parle donc de « visions spirituelles », ce qui est une manière d'évoquer la classification proposée par Saint Augustin non seulement pour les rêves mais pour les visions en général.<sup>20</sup>

L'historien J.C schmitt nous présente un travail remarquable sur les iconographies du rêves au moyen-âge.<sup>21</sup> Celle-ci se distinguent nettement de toutes les autres visions spirituelles. En effet, on retrouve des caractéristiques communes à celles-ci avec principalement la juxtaposition du rêveur en position endormie et de l'objet de son rêve dans le tableau. Cela donne l'impression au spectateur que le rêve est comme un élément extérieur au rêveur. Les nombreux rêves relatés dans la bible hébraïque (ancien testament) et les commentaires de ceux-ci dans le Talmud ont fortement influencés la culture chrétienne. Le rêve est en effet présent

---

<sup>18</sup>*Sainte Monique, Païenne devenue chrétienne rêve que cela arrivera à son fils Augustin et que celui-ci sera en conséquence sauvé.*

<sup>19</sup> *Chaurand J. La conception de l'histoire de Guibert de Nogent (1053-1124). Cahier Civilis médiévale. 1965.8(31) :381-395.*

<sup>20</sup> *Schmitt J-C. Récits et images de rêves au Moyen Âge. Ethnol française. 2003 33(4) :553-563.*

<sup>21</sup>*Schmitt J-C. ibid*

dans de nombreux récits bibliques, soit comme prophétie, soit comme commandement. L'ancien testament est probablement la source la plus importante d'iconographie médiévale du rêve.<sup>22</sup>

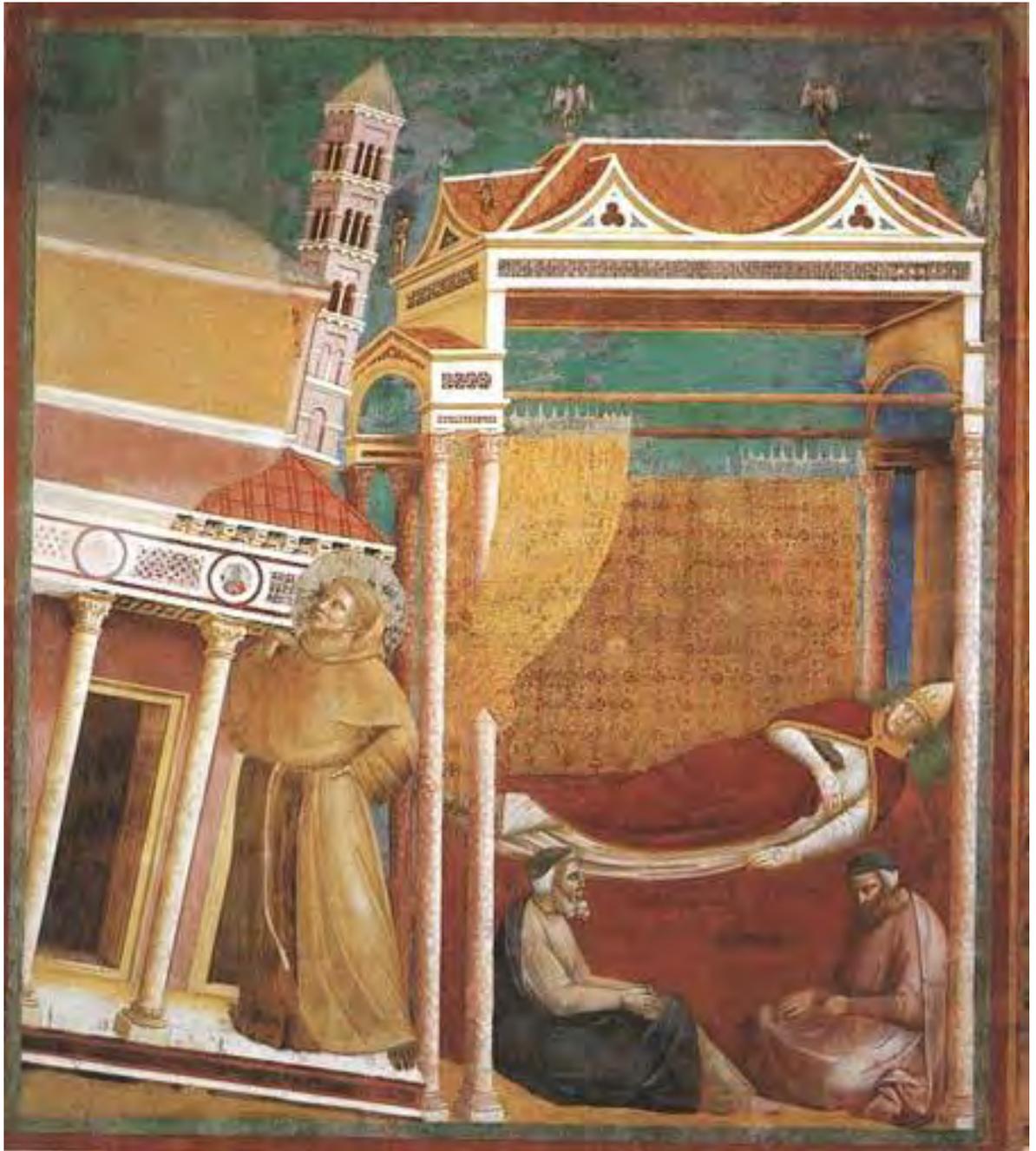


Le rêve de Jacob et l'onction de la pierre de Béthel (© Bibliothèque nationale de France, Ms. Lat. 10525, f. 13v).

Sur le tableau ci-dessus, nous pouvons observer sur la partie gauche Jacob, le dormeur habillé d'une tunique bleue. Son rêve de l'échelle et de son ascension avec les anges est représenté comme extérieur à lui. On peut noter qu'une particularité de ce tableau est le fait que l'échelle transcende le cadre, cela ayant probablement pour but de figurer l'accès au monde transcendantal céleste. Sur la partie droite, dans la suite chronologique, Jacob est réveillé. Il ne s'agit plus d'un rêve. Arrivant à la conclusion que l'endroit où il a dormi est l'entrée de la maison de dieu, celui-ci procède à l'onction de la pierre dorénavant sacralisée de Béthel

---

<sup>22</sup>Schmitt J-C. *Récits et images de rêves au Moyen Âge. Toute la partie sur les iconographies vient de cet article remarquable.*



REVE DU PAPE INNOCENT III, NEF NORD DE LA BASILIQUE D'ASSISE EN ITALIE. GIOTTO (VERS 1290 APRES J.C)

Un autre exemple. Il s'agit ici du rêve du pape innocent III représentant sur la gauche, Saint François soutenant l'église qui menace de s'effondrer et sur la droite le pape innocent III avec deux hommes éveillés à ses côtés. Le rideau tiré à la limite de ces deux espaces contribue à manifester le caractère onirique de la scène : il symbolise l'ouverture des yeux intérieurs du pontife sur la réalité surnaturelle qui lui est révélée, mais aussi l'ouverture de la peinture murale

sur cette réalité. Deux personnages, assis au pied du lit, marquent toute la distance entre l'espace extérieur de la veille et l'espace intérieur du songe.



CAUCHEMAR DE 1525 D'ALBRECHT DÜRER (© KUNSTHISTORISCHES MUSEUM, VIENNE).

Il faudra attendre le début du XVIème siècle avant de trouver des iconographies de rêve qui font l'économie du rêveur. Une aquarelle peinte par Albrecht Dürer montre ainsi une rupture par rapport à l'iconographie médiévale du rêve. Bien que celui-ci ait fait d'autres toiles en rapport avec le modèle du songe médiéval, celle-ci se distingue nettement. En effet, le dormeur n'est pas présent. Cette image montre une vision subjective, plaçant ainsi le rêveur au centre.

Dürer explique avoir fait un terrible cauchemar (le monde se noyant sous l'eau, cela n'est pas sans faire penser à un état mélancolique) et avoir voulu le représenter tel qu'il l'a vu. C'est une révolution subjective.

Nous avons vu dans cette brève partie historique que le rêve a été longtemps perçu comme extérieur au sujet et appartenant au domaine du transcendantal. Ce qui échappe au rationnel est pour l'humain de l'ordre du magico-religieux. Le rêve est parfois perçu comme une injonction divine, une vision de l'avenir, et dans le pire des cas comme une tentative de corruption de l'esprit par des forces obscures. Bien que la thématique du rêve soit présente de manière répétée dans l'ancien testament, les rêves ont été longtemps combattus et rejetés. La raison et l'esprit humain demeurent intouchables et leurs errances sont expliquées par des manipulations de forces extérieures souvent hostiles. De plus les rêves d'un sujet concernent bien plus que son seul vécu. Il faut attendre le XVIème siècle pour que l'hypothèse de l'appartenance subjective du rêve n'émerge. Cette méfiance historique n'a toutefois pas endigué les auteurs qui ont pu prêter un intérêt aux rêves et de nos jours nous avons du recul sur les nombreuses tentatives de classifications et de compréhension qui ont été tentées. Qu'il s'agisse d'Artémidore au IIème siècle ou de Saint augustin au XIIème siècle, ces auteurs nous ont légué un héritage précieux tant sur le plan anthropologique que sémiologique.

La progression des découvertes et de la pensée scientifique va faire basculer la question du rêve de l'ontologique vers le rationnel cartésien. D'abord avec Freud et la psychanalyse puis avec les neurosciences. Malgré ces avancées, la méfiance face aux rêves reste récente. En effet l'ancien code pénal dont l'article de loi R34-7 a été abrogé par décret le 1 mars 1994 stipulait la chose suivante :

*« Les gens qui font métier de deviner et pronostiquer, ou d'expliquer les songes s'exposent à une peine de 600 à 1300 FF. »<sup>23</sup>*

---

<sup>23</sup><https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006490544&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>

## II Début de l'approche scientifique du rêve et intrications avec la psychanalyse :

### II.1 L'interprétation des rêves de Freud

Difficile aujourd'hui de parler du rêve et de son interprétation sans penser à l'ouvrage que nous a légué le père fondateur de la psychanalyse Sigmund Freud. Son livre « Traumdeutung »<sup>24</sup> publié en 1900 et réédité huit fois par son auteur jusqu'en 1930 constitue encore aujourd'hui une référence. C'est une révolution à l'époque, tant sur le plan scientifique que philosophique. Dans cette œuvre, qui ne répond pourtant pas aux critères de scientificité actuels, l'auteur amène les principales grandes questions épistémologiques liées à l'étude des rêves

La théorie psychanalytique Freudienne est la suivante, l'homme possède un inconscient. Le « Moi » n'est pas seul maître à bord Il doit composer avec une partie inconsciente de la psyché sur laquelle le contrôle n'est pas possible. Cet inconscient est alimenté par des éléments qui sont refoulés hors de la conscience. Il se manifeste de manière fugace autour de phénomènes comme le transfert<sup>25</sup> ou le contre transfert en thérapie, mais également par les lapsus ou les actes manqués. Toutefois d'après Freud, la voie royale pour accéder au contenu de cet inconscient est le rêve.

Freud bien que possédant une base de données relativement importante de récits de rêves fera le choix de faire une autoanalyse. Il amène plusieurs raisons à ce choix. Premièrement, le fait que ces récits de rêves sont ceux de sujets malades et qu'ils ne permettent donc pas de tirer des conclusions sur les rêves normaux. Deuxièmement, si l'on suit sa méthode d'interprétation du rêve, le rêve ne peut être interprété en dehors de l'histoire du sujet qui le rapporte. Ceci est un point capital de la théorie psychanalytique de l'interprétation du rêve, qui existait déjà du temps d'Artémidore<sup>26</sup>. Freud se prend donc lui-même comme cas d'étude, induisant un biais d'objectivité majeur sur son travail. Une autre difficulté épistémologique que

---

<sup>24</sup>Traduit dans une première édition française « Pour une approche scientifique des rêves » puis dans un deuxième temps « l'interprétation des rêves »

<sup>25</sup>Mouvements affectifs inconscients du patient vers le thérapeute.

<sup>26</sup>Confère la première partie historique

l'auteur mentionne est l'autocensure. Difficile en effet de relater ses rêves au grand public dans les moindres détails. Cela amène bien sur la problématique complexe de l'intime dans la question de l'étude des rêves.

L'hypothèse initiale sur la fonction du rêve qu'émet Freud est que celle-ci a pour but la réalisation de l'accomplissement hallucinatoire d'un désir inconscient. Le fait de réaliser celui-ci de manière hallucinatoire nous permettrait alors de continuer à fonctionner selon une certaine cohérence psychique, d'être capables de lutter contre une dépression ou de supporter le manque de l'objet. Freud décline toute son argumentation sur cette hypothèse. Il se heurtera bien sûr à des difficultés majeures, notamment la question des rêves traumatiques. Ces difficultés le conduiront à assouplir son hypothèse initiale.

Mais alors qu'en est-il des cauchemars ? Comment des rêves si angoissants, si terrifiants peuvent-ils être l'accomplissement d'un désir ? Les enfants eux-mêmes dont les rêves sont censés être plus lisibles rapportent des cauchemars, allant même parfois jusqu'aux terreurs nocturnes. La question du travestissement du désir dans le rêve est bien complexe. Freud utilise la comparaison avec un journaliste qui devrait publier ses écrits dans une dictature. Plus le message à faire passer est compromettant pour le gouvernement (le moi), plus l'article devra être censuré, déguisé afin qu'il puisse paraître à la lumière. Il dira d'ailleurs que les cauchemars sont l'échec de cette fameuse censure. Cet échec amènerait une décharge d'angoisse importante créant ainsi le cauchemar. Le cauchemar advient lorsque la quantité d'affects amenés par le rêve dépasse les capacités de représentation du rêveur.

On distingue trois hypothèses sur la mécanique du rêve dans la Traumdeutung: le déplacement, la condensation et la figurabilité. La figurabilité, pour l'évoquer rapidement est l'opération qui consiste à convertir des pensées en mots en images. Le déplacement consiste à déplacer une charge d'affects intenses d'une représentation significative pour le sujet sur une autre représentation originellement peu chargée d'affects. Il va être possible de retrouver la représentation initiale grâce à des chaînes associatives. La condensation enfin est un mécanisme par lequel un élément du contenu manifeste dans le récit du rêve va concentrer plusieurs

éléments du contenu latent. Vient ensuite le travail d'élaboration secondaire, travail conscient cette fois-ci ou le rêveur tente de donner de la cohésion et du sens à son rêve.<sup>27</sup>

Avec quelle matière sont fabriqués les rêves ? Avec des faits et objets connus issus de notre mémoire nous répond l'auteur. Récents ou anciens, parfois remontants à notre toute petite enfance. Cette théorie implique que plus nous vieillissons, plus nous aurions de la matière pour produire du rêve. En tenant compte de cette hypothèse, on peut supposer que le tout jeune enfant ayant moins de vécu disposerait de moins de matériel pour alimenter son rêve. A ces faits-là s'ajoutent les stimulations qui peuvent venir de notre environnement immédiat ou de notre corps. Le rêve peut assimiler des bruits extérieurs pour s'alimenter, il peut aussi essayer de les couvrir. C'est le cas par exemple de cet homme qui entend des cloches dans son rêve alors que des bruits de pas de chevaux sont présents à côté de chez lui. L'étudiant en médecine, qui ne s'étant pas levé pour aller à l'hôpital rêve qu'il y est déjà. « *Le rêve est le gardien du sommeil !* » nous dit Freud. Il peut intervenir pour aider le dormeur qui souhaite dormir à continuer son sommeil. Il s'agit d'un rêve de commodité. Le rêveur peut continuer à bénéficier des mécanismes réparateurs du sommeil.

Pour essayer de s'affranchir des difficultés d'interprétation de rêves, Freud rapporte dans son ouvrage des rêves qu'il considère comme typiques. Typiques dans le sens où il considère que ceux de son époque et de son entourage ont quasiment tous fait les mêmes à peu de chose près et donc qu'ils pourraient avoir des sources communes.

Le premier exemple amené est celui du « rêve de confusion à cause de la nudité ». Dans celui-ci, le sujet se rêve nu ou dans une tenue inadaptée par rapport à ceux qui est attendu au milieu d'étrangers et fini par éprouver une sensation de paralysie, d'impuissance, en même temps que de honte. Freud dira alors qu'il s'agit de l'accomplissement d'un désir d'exhibition. Le sujet s'exhibe, par sa différence tout en ressentant une gêne, censure nécessaire pour la réalisation hallucinatoire de son désir inconscient d'exhibition. Ce désir serait en lien selon Freud avec des souvenirs de la petite enfance, seul moment de la vie où l'on peut être nu sans s'en offusquer et sans choquer personne. Ce type de rêve viendrait donc marquer, un désir de retour en enfance, de s'exhiber, d'être vu et peut être d'attirer l'attention sur soi.

---

<sup>27</sup> METGE D, BABONNEAU M, BENSIDOUN B, XXVIIIème  
journée annuelle du groupe Toulousain de la société psychanalytique de  
Paris 2016:4-13.

Le deuxième exemple sont les rêves de la mort de personnes chères. Freud considère qu'ils ne sont typiques que s'ils sont associés à un sentiment de tristesse au réveil. Si un sujet rapporte un rêve de la mort d'un proche sans états d'âme, c'est qu'il s'agit probablement de la réalisation hallucinatoire d'un autre désir. Il serait possible donc, d'après l'auteur de souhaiter inconsciemment la mort de ses proches et de le refouler. L'auteur justifie cette hypothèse par sa théorie du complexe d'Œdipe.<sup>28</sup>

L'ultime exemple donné par l'auteur est celui des rêves d'examens. Il s'agirait du rêve de l'échec d'un examen antérieur qui a été réussi. C'est la contestation du rêveur dans le rêve qui en fait une sorte de rêve de consolation et de l'accomplissement hallucinatoire d'un désir. Le rêve amènerait un message cathartique : « Ne t'inquiète pas, tu as déjà réussi cette épreuve difficile donc ça va aller pour la prochaine. » Le rêveur serait épuré d'une partie de son anxiété.

La psychanalyse contemporaine explore d'autres pistes que l'hypothèse initiale de Freud et aujourd'hui les psychanalystes s'intéressent de plus en plus aux questions qui concernent les conditions même d'apparition des rêves et leurs fonctions dans l'économie psychique du sujet. Ils essaient également de comprendre la dialectique qui est en jeu entre le rêve et le processus analytique<sup>29</sup>

## II.2 Théorie de Bion sur le rêve

La théorie de Bion du rêve est différente de celle de Freud. Pour Freud, le rêve est la voie royale vers l'inconscient, alors que pour Bion, le rêve crée l'inconscient. Wilfried Bion, psychanalyste peu de temps après Freud élabore une toute autre théorie. Le rêve possède une fonction alpha. Cette fonction alpha a pour but de convertir les éléments Beta en éléments Alpha. Les éléments Béta sont des proto-sensations ou proto-émotions inconscientes que le rêve va retravailler pendant le sommeil. Le rêve va créer de multiples possibilités à partir de ses éléments Beta. Les éléments Beta sont des éléments psychiques non métabolisés, sorte de matériaux psychique brute. Par la suite, après le travail de la fonction Alpha du rêve, ces éléments transformés permettent au rêveur de maintenir une cohérence dans son intégrité

---

<sup>28</sup> Freud S. *L'interprétation Des Rêves*. Presse uni. ; 1971.

<sup>29</sup> CHERVET B, BABONNEAU M, BENSIDOUN B, METGE D. *XXVIIIème journée annuelle du groupe Toulousain de la société psychanalytique de Paris*. In : ; 2016.

psychique.<sup>30</sup>Cette théorie est intéressante pour l'établissement de liens entre la psychose et le rêve.

Mais qu'en est-il des rêves des patients psychotiques ? Ces derniers sont-ils dans l'incapacité de réaliser cette fonction Alpha du rêve, ce qui soutiendrait la réapparition sous forme d'éléments délirants des éléments Beta non métabolisés ?

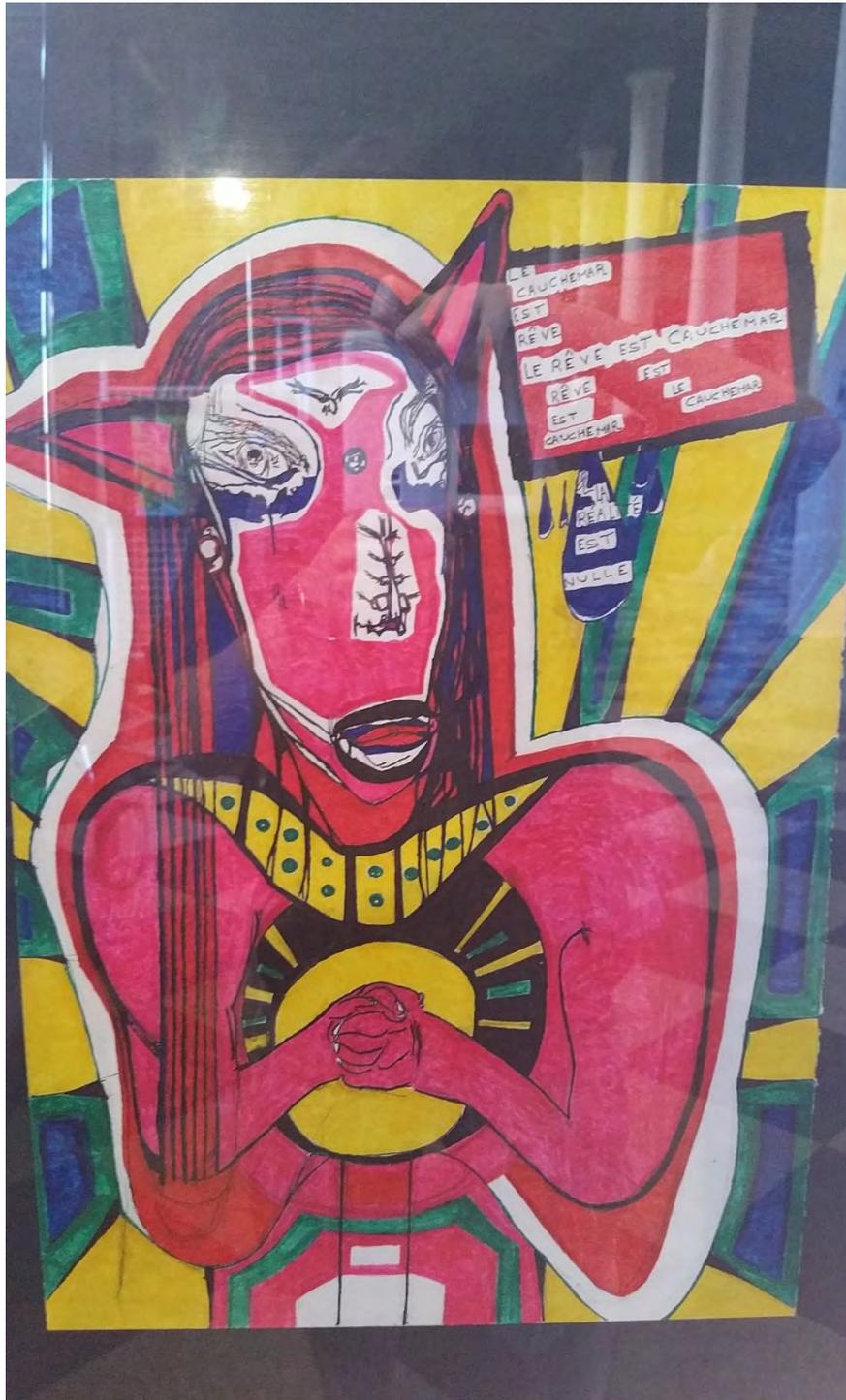
### II.3 Exposition d'art thérapie à l'hôtel dieu.

Pour répondre à cette question, je vais m'appuyer sur la visite que j'ai faite à l'hôtel dieu cette année. L'équipe psychiatrique de l'UF2 du nouvel hôpital de psychiatrie de Purpan a organisé une exposition d'art thérapie dont le thème était « rêver ». Le sujet a été choisi dans une dynamique groupale. Une boîte à idées a été proposée, puis le sujet a été validé lors d'une réunion soignante. « Ce sujet a pu être générateur d'angoisses pour certains patients du groupe d'art-thérapie. » relate le Dr Granier. Il s'agit principalement de patients psychotiques, schizophrènes et bipolaires hospitalisés sur le secteur du nouvel hôpital de psychiatrie de Purpan. D'après le Dr Granier, ces-derniers ne sont pas à l'aise avec le concept de rêver. On peut supposer que ce concept leur renvoie l'idée d'une perte de contrôle et plus largement de folie. Ces-derniers rapportent fréquemment des cauchemars, marqueurs probables d'une souffrance interne importante. Ils semblent plus en difficulté pour rapporter d'autres formes de rêves. Nous avons donc pu observer à cette exposition, des dessins plutôt réalistes s'apparentant à des cauchemars, mais aussi des productions en rapport avec la rêverie, les patients ayant pris le mot rêver au sens littéral. Le Dr Granier émet l'hypothèse que les patients psychotiques traités vont plutôt produire des dessins réalistes, pour se préserver d'un nouveau basculement dans la folie, tandis que les surréalistes par exemples tentent de la mimer. « Si l'artiste tente de mimer la folie dans son œuvre, le patient lui tente de s'en préserver par un certain réalisme. Toutefois quelques exceptions existent.»<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Civitarese G. *Le Rêve Nécessaire.*; 2015.

<sup>31</sup> Citation du Dr Granier, psychiatre et art-thérapeute au CHU de Toulouse.



*Figure 1 : Avec l'autorisation du Dr Granier. Œuvre sans titre à la journée d'exposition d'art thérapie de Juin 2017 à l'hôtel dieu de Toulouse*

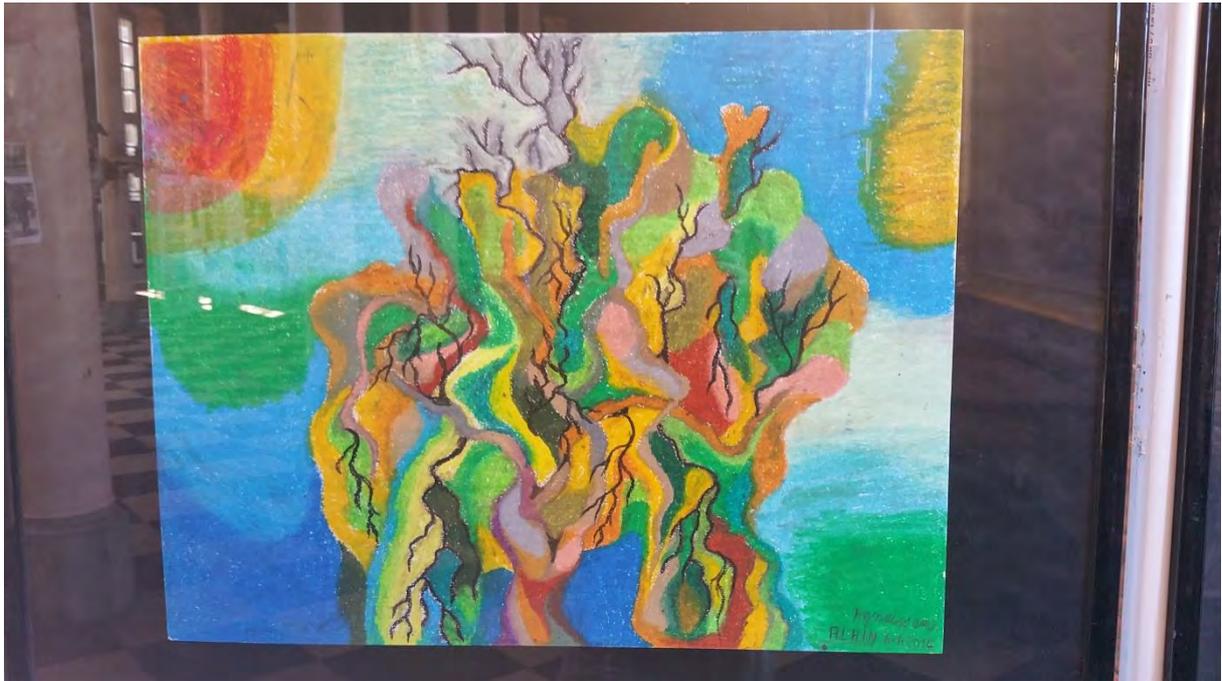
Sur la figure on peut observer une silhouette de créature avec une aspect humanoïde. A côté l'inscription, le rêve est cauchemar, le cauchemar est rêve. Puis en dessous la réalité est nulle. On a ici la représentation d'éléments oniriques angoissants, le cauchemar avec dans le même temps une réalité « nulle ». Est-elle nulle au sens d'inexistence ? Ou bien nulle au sens de décevante ? L'interprétation ici reste libre. Toutefois si le rêve permet de transformer, des

éléments Beta brut réels en éléments alpha appréhendables pour le sujet, on peut émettre l'hypothèse que la réalité n'est pas concevable pour ce sujet et donc nulle.



*Figure 2 Avec l'autorisation du Dr Granier. L'œuvre intitulée « j'aurais pu être Pilote un jour. » à l'exposition d'art thérapie de Juin 2017.*

Sur la figure 2, on voit une œuvre composée de différentes maquettes de bateaux et d'avions qui semblent échoués. Cela s'apparente plus à la rêverie, il s'agit ici de l'expression d'un désir conscient brisé, peut-être du fait de la maladie. On peut aussi entendre à un autre niveau peut être, l'impossibilité d'être maître à bord. Le soi étant perdu, introuvable comme un navire sans capitaine qui finit donc par s'échouer.



*Figure 3 Avec l'autorisation du Dr Granier. Œuvre d'Alain intitulée renaissance*

Sur la figure 3, nous pouvons observer une peinture avec des couleurs vives. Ce tableau dégage une puissance émotive, de joie, de luminosité qui n'est pas sans faire penser à la manie. Renaissance, nous dit l'artiste. On voit d'ailleurs ce qui laisse penser à des racines ou à une arborescence. Quoi qu'il en soit, c'est bien une explosion de vitalité que ce patient nous présente dans cette exposition sur la thématique du rêve. Cette œuvre diffère de la majorité des autres, elle n'est pas rêverie et elle n'est pas cauchemar.

Cette exposition fut intéressante dans le cadre de ma recherche pour plusieurs raisons. Premièrement cela démontre que les équipes soignantes s'intéressent toujours au rêve aujourd'hui et deuxièmement cela montre que les patients psychotiques ont la capacité de rêver, même si ce phénomène semble angoissant pour eux.

Il me paraît aussi important d'évoquer dans le cadre de notre sujet l'école psychosomatique de Pierre Marty. Cette école fondée dans les années 1960 introduit le concept de « pensée opératoire ». Il s'agit d'un mode de fonctionnement où le préconscient fait défaut. La vie fantasmatique et les affects sont absents du récit du sujet, l'intégralité du discours étant collé au plus près de l'action factuelle. Les sujets sont incapables de se représenter leurs mouvements pulsionnels et affectifs. Cela se traduit par l'apparition de troubles dits psychosomatiques. L'affect ne trouvant pas de voie de métabolisation psychique se reporte sur le corps donnant alors des maladies psychosomatiques (asthme, allergie, hypertension artérielle) Les sujets présentant ce mode de fonctionnement ont la particularité de ne faire que de rares récits de rêve ou alors il s'agit de récits extrêmement concrets et factuels, collés à la réalité et sans contenu émotionnel associé.

Giuseppe Civitarese, psychiatre psychanalyste Italien contemporain amène dans son livre « Le rêve nécessaire » une analogie intéressante entre le monde des rêves et le monde du cinéma. En effet, ces 2 mondes ont en commun d'avoir comme principal support le visuel et le visuel projeté sur un écran blanc. Car c'est d'images projetées dont il est question. Le mot image est d'ailleurs partie du mot imaginaire et imagination. Cette faculté qu'à l'esprit humain de convertir les éléments cognitifs, sensoriels et émotionnels en images. Pourquoi fait-on ce cinéma nocturne nous dit l'auteur ? Au travers de son livre il tente en synthétisant les différentes théories psychanalytiques d'apporter des réponses et nous montre la progression de la pensée psychanalytique sur le rêve depuis Freud. Le récit de rêve ne tient plus une place aussi centrale dans la psychanalyse mais tous les faits et événements rapportés dans le cadre de l'analyse sont traités comme du rêve. En ce sens le rêve tient toujours aujourd'hui une place centrale dans la psychanalyse.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Civitarese G. *Le Rêve Nécessaire* ; 2015.

La psychanalyse a évolué sur la question du rêve depuis Freud, tant sur l'hypothèse de la fonction du rêve que sur la manière de l'aborder. Elle ne travaille plus seulement sur l'interprétation du rêve, mais avec la logique du rêve, le cadre de la psychanalyse tentant de reproduire au maximum un espace onirique. En effet le patient sur son divan a devant lui un écran blanc sur lequel il peut projeter ses rêves en usant de l'association libre. Cette thématique du rêve est donc toujours centrale dans le développement de la théorie psychanalytique. Voie royale vers l'inconscient, machine à produire de l'inconscient, réalisation hallucinatoire du désir, machine à métaboliser les proto-sensations et proto-émotions, phénomène cathartique, les essais théoriques de la psychanalyse sur la fonction du rêve sont nombreux.

### III Les neurosciences et le rêve.

Le questionnement autour du rêve connaît un intérêt croissant dans le monde neuroscientifique depuis la fin du XXème siècle, notamment grâce à l'utilisation de nouveaux outils comme l'électroencéphalographie et l'imagerie cérébrale.<sup>33</sup> Le rêve comme objet d'étude est un véritable défi pour les neurosciences. Malgré les immenses progrès technologiques, il est toujours impossible de l'étudier de manière objective aujourd'hui. Seul le récit de rêve est accessible à la démarche scientifique. Pour produire ce récit, quatre opérations distinctes sont nécessaires : le rêve vécu subjectivement, le rappel du rêve, la reconstruction narrative et enfin la mise en récit que le sujet transmet au chercheur. Chacune de ces étapes comprend plusieurs biais, les biais de mémorisation et de traduction en étant les principaux. Je parle ici de biais de traduction, en faisant référence au fait que la mise en récit du rêve, nécessite de mettre des images en mots. En ce sens il s'agit bien d'une traduction, du passage d'une langue à l'autre.

Les liens entre rêve et mémoire sont un domaine exploré récemment par les neurosciences. De nombreuses hypothèses impliquant ces deux objets sont déjà anciennes. Les rêves sont-ils construits à partir d'éléments mnésiques vécus par le sujet ? Le fait de se rappeler de ses rêves améliore-t-il la mémoire épisodique ? Le rêve a-t-il un rôle dans l'organisation ou l'élimination des souvenirs ? Le rappel de rêve est-il lié au sommeil paradoxal ?

Une revue systématique et récente de la littérature scientifique a été faite sur le sujet rêve et mémoire<sup>34</sup> et nous apporte plusieurs éléments de réponse:

Tout d'abord les rapports entre onirisme et amnésie. L'onirisme est définie par les auteurs comme étant l'absence totale de rappel de rêve et donc de rapport de rêves y compris lors de l'éveil des sujets en phase de sommeil paradoxal. L'activité onirique n'est pas dépendante du seul sommeil paradoxal comme on le pensait dans les années 1970. Les sujets se rappellent

---

<sup>33</sup> Legrand N, Guérolé F, Eustache F, Rauchs G. Rêves et mémoire : revue de la littérature en neuropsychologie et neurosciences cognitives. *Rev Neuropsychol Neurosci Cogn Clin.* 2016;7(4)(December 2015). doi:10.1684/nrp.2015.0362.

<sup>34</sup> *Ibid.*

toutefois moins fréquemment de leurs rêves s'ils sont réveillés pendant une autre phase de sommeil. (8 à 10 fois moins) La zone anatomique en jeu lors du sommeil paradoxal est la région cérébello-pontique alors que les zones anatomiques en jeu dans le rappel de rêve sont le cortex préfrontal médian ainsi que la jonction temporo pariétale. Certaines études suggèrent qu'il y'aurait des éléments anatomiques communs avec le circuit par défaut (default network mode) qui seraient en jeu dans les processus de formation oniriques. Le circuit par défaut, pour l'évoquer rapidement est l'ensemble des structures cérébrales mobilisés lorsque l'on ne fait rien. En clair il s'agit de ce que l'on a pris pour « le bruit de fond » du cerveau pendant des années. On s'est rendu compte récemment que le cerveau consommait beaucoup d'énergie, y compris quand l'on est en train de rêvasser. Pour revenir sur la mémoire, des lésions bilatérales importantes de ses structures comme l'hippocampe ne compromettent pas la fréquence des récits de rêves. Les liens entre rêve et mémoire sont donc moins évidents qu'il n'y parait, du moins anatomiquement parlant. D'une manière générale, il n'existe pas de corrélation entre trouble de la mémoire antérograde ou rétrograde et la fréquence de rappel de rêve. Toutefois, quelques rares études s'intéressant à la qualité subjective des rêves vécus, notamment chez des sujets ayant des lésions hippocampiques bilatérales, mettent en évidence que si la fréquence de rappel de rêve n'est pas modifiée, le récit lui est plus court et plus stéréotypé par rapport aux sujets contrôles. Les auteurs concluent que ces données démontrent que le rêve ne peut être réductible au seul travail de la mémoire. Toutefois ceux-ci semblent bien se construire à partir d'éléments mnésiques.

Mais quels sont les souvenirs qui apparaissent le plus dans nos rêves ? En tout début de nuit, les résidus diurnes sont présents et il y'aurait une consolidation mnésique des derniers événements comme le suggèrent certaines études chez l'animal ou chez l'homme. Il s'agit de la phase de sommeil lent profond (stades 3 et 4). Toutefois, cela change rapidement lors des autres phases de sommeil, notamment lors du sommeil paradoxal où l'on assiste à des processus beaucoup plus créatifs associant des mélanges de souvenirs anciens et récents mais aussi de représentations, d'émotions intenses et de désirs du rêveur. La mémoire épisodique n'est jamais présente de manière fidèle dans le rêve, sauf dans le cadre pathologique des états de stress post traumatiques. Les contenus fragmentés de souvenirs épisodiques intégrés le plus fréquemment dans les rêves du sommeil paradoxal semblent être les éléments émotionnellement saillant que le rêveur a vécu sept à huit jours avant. Ce phénomène encore mal compris est nommé « dream lag effect. ». Il ne concerne que les rêves en sommeil paradoxal. Certaines équipes de recherche émettent l'hypothèse qu'il s'agit d'une latence pour que la réactivation du souvenir parvienne

au néocortex et réalise un processus de consolidation mnésique. En clair, le rêve aurait un rôle de sélection des informations et de passage de la mémoire à court à la mémoire à long terme. Le sommeil lent profond bénéficie à la mémoire épisodique alors que le sommeil paradoxal semble plus impliqué pour la mémoire procédurale, émotionnelle et à long terme. La « threat stimulation theory. » ou théorie de la menace suggère que le sommeil paradoxal serait non pas un processus de consolidation, mais plutôt une préparation offline au dangers à venir à l'aide d'éléments mnésiques. Ainsi, une étude démontre que les étudiants de première année de médecine ayant rêvé du concours la veille de celui-ci les jours justes avant avaient un taux de réussite plus élevé que ceux n'en ayant pas rêvé.<sup>35</sup>

Enfin, cette revue de la littérature conclue sur le fait qu'il existe une dynamique de la mémoire lors du rêve. En clair, les premières phases de sommeil, celles qui intègrent les souvenirs épisodiques récents, interviendraient dans la consolidation de la mémoire épisodique récente. Mais pour que ces souvenirs récents s'intègrent correctement, il ne faut pas qu'ils soient confondus avec d'anciens souvenirs ou avec des éléments contradictoires, il y'aurait, par le biais des émotions et du circuit de la récompense, une sélection et un tri de souvenirs anciens similaires ou associés aux récents. Puis, il y'a un travail de créativité, d'intégration de ces nouveaux souvenirs par rapports aux anciens.

Nous voyons par l'analyse de cette revue de la littérature que les neurosciences ont rapidement progressé sur la question du rêve depuis la fin du XXème siècle. Partant d'abord du postulat qu'il s'agit d'un éveil partiel lors du sommeil paradoxal avec perceptions d'évènements aléatoires dans les années 1970, les hypothèses neuroscientifiques sur la question du rêve se sont développés. Au regard des études récentes, on ne peut que constater que le rêve à probablement plusieurs fonctions importantes. Dans ces fonctions principales, on pourrait émettre l'hypothèse qu'il y'a au moins, un travail de consolidation de la mémoire épisodique, un travail d'intégration des souvenirs nouveaux aux anciens avec créations de nouvelles associations et élimination d'anciennes, un travail de préparation à la menace, sorte d'entraînement offline aux dangers et épreuves à venir. Les grands prochains défis à venir pour les neurosciences sur la question des rêves sont d'explorer de manière plus précise les rapports entre contenus qualitatif des récits rêves et lésions cérébrales. C'est dans cette perspective que

---

<sup>35</sup> Arnulf I, Grosliere L, Le T. Will students pass a competitive exam that they failed in their dreams ? *Conscious Cogn.* 2014;29:36-47. doi:10.1016/j.concog.2014.06.010.

l'étude des rêves dans le cadre des maladies neurodégénérative se développe. Il est tout à fait plausible que l'exploration des rêves fasse partie intégrante de l'examen neurologique standard dans les années à venir. Une autre énigme est de savoir si il faut effectivement se souvenir de ses rêves pour que le travail associé à ceux-ci soit plus efficace. En clair, y'a t-il un intérêt cognitif à vivre phénoménologiquement son rêve ?

## IV-Qu'en est-il de la place du rêve en psychiatrie aujourd'hui ?

### IV.1. Matériel et méthode :

Pour tenter de répondre à cette question, j'ai réalisé trois méthodes différentes et complémentaires. La première consistait à étudier les occurrences des mots « *dream* » et « *nightmare* » dans les Diagnostics and statistical Manuel of mental disorders IV (DSM) et DSM V. La deuxième méthode était un sondage en ligne envoyé auprès de plusieurs associations de psychiatres. La troisième était une revue critique de la littérature sur Pubmed associant plusieurs combinaisons de mots clés.

#### IV.1.1 Etudes des occurrences des mots *dream* et *nightmare* dans les DSM IV ET V :

Concernant la première méthode, le DSM étant le principal « gold standard » avec la CIM10 en terme de diagnostic psychiatrique, son étude m'a parue importante pour évaluer la place sémiologique du rêve en clinique courante. De plus, la plupart des recherches en psychiatrie prennent le DSM comme outil de référence diagnostique. J'ai donc pris les DSM IV et V en format PDF et j'ai étudié la répétition et la position des mots « *dream* » et « *nightmare* ». J'ai choisi de travailler sur les DSM IV et V pour établir s'il existait une évolution entre ces deux volumes. A partir des résultats de ce premier travail, j'ai établi ma seconde méthode, le questionnaire en ligne.

#### IV.1.2 Enquête auprès de psychiatres avec un questionnaire en ligne :

J'ai réalisé un questionnaire en ligne de type Google Form. Ce questionnaire avait pour but de recueillir l'avis sur la question auprès d'un maximum de confrères venant de plusieurs milieux différents. Il fallait aussi qu'il soit court et aille droit au but. Ce court questionnaire anonyme comprenait onze questions. D'abord cinq questions pour identifier l'échantillon répondeur, le genre et l'âge, la région d'affectation, le niveau dans la carrière (interne par semestre, ph, praticien libéral) et la discipline (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte). Les résultats ont été stratifiés ensuite par rapport à la discipline et à quelques villes d'affectation.

Ensuite venaient les questions sur le sujet. Ces questions étaient à choix multiples et à choix unique. Il était toujours possible d'ajouter des réponses alternatives si le répondeur ne se

retrouvait pas dans les réponses proposées. Il y'avait également la possibilité d'ajouter des commentaires libres. Ces questions se déclinaient de la manière suivante :

1)En pratique clinique, vous arrive-t-il de demander si votre patient fait des rêves et/ou des cauchemars ?

Oui systématiquement//Oui fréquemment//Oui mais rarement//Jamais

L'objectif de cette question était d'établir l'importance qu'accordent les psychiatres à la fréquence de l'activité onirique de leurs patients dans l'entretien clinique.

2)Dans quelle(s) situation(s) clinique posez-vous cette question ?

Syndrome de stress aigu ou de stress post traumatique(PTSD)

Schizophrénie ou trouble psychotique

Trouble bipolaire

Trouble dépressif

Trouble anxieux

Trouble obsessionnel compulsif

Troubles du comportement alimentaire

Troubles du sommeil

Trouble des conduites et des impulsions

Abus de substances

Troubles neurodevelopmentaux (autisme, TDHA)

Recherche d'effets secondaires médicamenteux

Recherche d'une alliance thérapeutique

Autre (précisez) :

Ici le but était d'être relativement exhaustif. La majorité des items du DSM 5 sont présents dans cette liste. De plus la rubrique autre permettait d'envisager d'autres situations. J'ai volontairement mis le PTSD en premier car je m'attendais à avoir le plus de réponses pour cet item.

3) Vous arrive-t-il de faire préciser au patient le contenu de son rêve/cauchemar?

Oui

Non

Avec cette question, je m'attendais à avoir beaucoup de réponses négatives, en effet il me semble que la clinique psychiatrique aujourd'hui ne laisse que peu place au matériel onirique qualitatif.

4) Si oui dans quelle situation(s) clinique(s) le faite vous?

Pour l'exploration plus précise d'un syndrome de stress post traumatique

Pour l'exploration d'un syndrome de sevrage

Pour l'évaluation du risque suicidaire

Pour l'évaluation de l'humeur

Pour voir si les troubles de l'état éveillé sont présents dans les rêves (délires, tocs)

Autre : (précisez)

Les deux premières réponses m'ont semblé découler de la clinique pragmatique. Pour les 3 autres, il s'agit d'hypothèses. La question qui m'est venue à l'esprit est la suivante, les symptômes intenses de l'état éveillé, tels que la mélancolie, les idées suicidaires, les délires, peuvent-ils être présents dans les thématiques oniriques ? La rubrique « autre » ici laissait bien sûr au psychiatre la possibilité d'ajouter une infinité d'hypothèses. Cette question était adressée à ceux qui ont répondu oui à la question précédente.

5) Si vous avez répondu non, pourquoi ?

Je n'y vois pas de pertinence clinique

Cette question risque d'entacher l'alliance thérapeutique

Je crains que l'on trouve cela intrusif

Sur cette question, j'ai mis les motifs qui me semblaient les plus probables quant au fait de ne pas explorer les rêves des patients. Il s'agit des principales réserves que j'ai pu émettre lors de l'entretien avec des patients.

6) Commentaire libre sur « Que pensez-vous de la place du rêve en psychiatrie aujourd'hui ? »

Ce questionnaire a été envoyé sur les boîtes mails des adhérents de l'association française des étudiants en psychiatrie, de la Coordipsy (association des internes psychiatres

toulousains), de l'association des jeunes psychiatres et addictologues, du syndicat des psychiatres français ainsi qu'à l'association des psychiatres de secteur infanto-juvénile. L'objectif était d'obtenir des données hétérogènes provenant de différents niveaux de carrière et de discipline.

#### IV.1.3 Revue critique de la littérature

J'ai réalisé une revue de la littérature sur le moteur de recherche PUBMED. En effet ce moteur de recherche est la référence pour les publications médicales. L'objectif était de faire un état des lieux sur les recherches en cours sur la question du rêve en clinique psychiatrique. Pour cela j'ai établi une série de mots clés basée sur mes hypothèses et sur le DSM 5. J'ai paramétré le filtre pour avoir des résultats en français et en anglais. Les dates étaient comprises entre le 01/01/1998 et le 31/12/2018.

J'ai fait mes recherches en associant des mots clés par paire de la manière suivante :

- 1) *Dream psychiatry*
- 2) *Dream schizophrenia*
- 3) *Dream bipolar*
- 4) *Dream depression*
- 5) *Dream suicide*
- 6) *Dream semiology*
- 7) *Nightmare psychiatry*
- 8) *Nightmare schizophrenia*
- 9) *Nightmare bipolar*
- 10) *Nightmare depression*
- 11) *Nightmare suicide*
- 12) *Nightmare semiology*

Ces pathologies ont été choisies car elles sont les plus fréquentes et les plus graves.

## IV.2.Résultats :

### IV.2.1 Résultats des recherches des occurrences des mots *dream* et *nightmare* dans les DSM IV et V.

Le mot « *dream* » apparaît 68 fois et le mot « *nightmare* » apparaît 78 fois dans le DSM 4. En comparaison, le mot « *anxiety* » apparaît 877 fois et le mot « *depressive* » apparaît plus de 1000 fois. Le mot *delusion* apparaît 598 fois. Hormis les troubles du sommeil, plus précisément dans le *nightmare disorder* (NM) et dans les états de stress aigu (ESA) et post traumatiques (PTSD), la place de ces mots est anecdotique.

#### **Pour le DSM 4 :**

Dans les troubles anxieux, le mot *nightmare* apparaît dans la liste diagnostique de l'anxiété de séparation si ce rêve implique une thématique de séparation (Critère A7)<sup>36</sup> Le fait d'explorer le rêve du patient pour rechercher une anxiété de séparation est validé. Le mot *dream* apparaît dans les critères diagnostiques C et B2 respectivement pour l'ESA et le PTSD. Pour être validé comme critère diagnostique de l'ESA ou du PTSD, il faut que le rêve contienne l'événement à l'origine du traumatisme. Toutefois, il est admis que chez les enfants, les cauchemars traumatiques peuvent se métamorphoser et perdre le traumatisme initial tout en gardant la composante émotionnelle désagréable. Il semble donc qu'il soit également validé d'explorer le contenu des cauchemars des patients pour le diagnostic de PTSD. Pour les abus de substance, le mot *dream* apparaît une fois dans la liste des critères diagnostiques concernant le sevrage à la cocaïne et du sevrage aux amphétamines (Critère B2, rêve réalistes et angoissants). Il est cité de manière anecdotique pour le sevrage en alcool faire des réveils plus fréquents avec des rêves terrifiants et réalistes mais ne rentre pas dans les critères diagnostiques. Dans les troubles dissociatifs, le mot *dream* apparaît une fois dans le diagnostic de trouble de la dépersonnalisation. (Critère A) Toutefois il s'agit d'un état d'oniroïde « *fell like in a dream* » et non d'un rêve à proprement parler.

---

<sup>36</sup> Association A psychiatric. *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders IV edition.*; 1994.

Le chapitre sur les troubles du sommeil est celui qui contient le plus d'occurrences. En particuliers le NM que voici :

*Nightmare Disorder :*

*A. Repeated awakenings from the major sleep period or naps with detailed recall of extended and extremely frightening dreams, usually involving threats to survival, security, or self-esteem. The awakenings generally occur during the second half of the sleep period.*

*B. On awakening from the frightening dreams, the person rapidly becomes oriented and alert (in contrast to the confusion and disorientation seen in Sleep Terror Disorder and some forms of epilepsy).*

*C. The dream experience, or the sleep disturbance resulting from the awakening, causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.*

*D. The nightmares do not occur exclusively during the course of another mental disorder (e.g., a delirium, Posttraumatic Stress Disorder) and are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition<sup>37</sup>*

Nous apprenons donc que les cauchemars surviennent plutôt dans la deuxième moitié de la nuit. au cours du sommeil paradoxal, qu'ils se distinguent des terreurs nocturnes par leur temporalité d'apparition (début de nuit pour les terreurs nocturnes, fin de nuit pour les cauchemars) qu'ils n'induisent pas de confusion au réveil contrairement aux terreurs nocturnes et crises d'épilepsies. Bien sûr il faut qu'il y'ait une souffrance pour parler de trouble, et enfin il faut que ce cauchemar ne soit pas lié à un traumatisme. Le NM peut aussi être un PTSD non découvert. Nous avons en effet vu précédemment que les traumatismes initiaux pouvaient se métamorphoser chez les enfants. C'est moins le cas chez les adultes. Note intéressante, dans le DSM 3, le NM s'appelait *Dream anxiety disorder*. Le rêve anxieux est donc devenu cauchemar, et le cauchemar est un PTSD potentiel.

---

<sup>37</sup> IBID

Pour le DSM 5<sup>38</sup>, les mots *dream* et *nightmare* apparaissent respectivement 72 et 89 fois, un peu plus donc que dans le DSM4. En comparaison les mots « *anxiety* » et « *depressive* » apparaissent tous les deux plus de 1000 fois. Au niveau de l'utilisation diagnostique :

#### **Pour le DSM 5 :**

Dans la catégorie des troubles liés au stress et aux traumatismes, (les troubles anxieux sont une autre catégorie), le mot rêve apparaît 2 fois dans les critères diagnostiques de l'ESA et du PTSD, exactement comme dans le DSM 4 (Critère C et critère 2B). L'anxiété de séparation n'existe plus. Il n'y a donc plus de critères diagnostics concernant cet item. Dans la catégorie abus de substances, le rêve apparaît en plus dans la catégorie du sevrage au cannabis. La cocaïne et les amphétamines sont regroupées dans la catégorie stimulants. Les troubles du sommeil ont été scindé en 2 catégories, avec ceux apparaissant lors du sommeil paradoxal nommées rapid eye movement sleep behavior disorder (RBD) et ceux qui apparaissent lors des autres stades de sommeil. (Non rapid eye movement sleep behavior disorder(NREM) Dans la catégorie des RBD, nous retrouvons le NM identique au DSM 4.

#### **Pour conclure sur les résultats de la place du rêve dans les DSM4 et 5 :**

La place du rêve/cauchemar dans les DSM 4 et 5 est quasiment identique.

La clinique du traumatisme et la clinique du sevrage sont actuellement les seules où la recherche et l'exploration de cauchemars est validée

Le nightmare disorder est une entité isolée et passe au second plan en cas d'autre trouble mental associé

L'exploration du rêve est absente dans tous les autres troubles.

---

<sup>38</sup> Association A psychiatric. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition; 2012.

#### IV.2.2 Résultats de l'enquête en ligne auprès des psychiatres :

Sur tous les mails envoyés j'ai obtenu 513 réponses en ligne pour le questionnaire. Il ne m'est malheureusement pas possible de savoir combien de personnes l'ont reçu. Je n'ai donc pas le pourcentage de non répondants. Voici dans un premier temps les résultats concernant les genres, l'âge, les villes, le niveau de carrière et la discipline des psychiatres sondés.

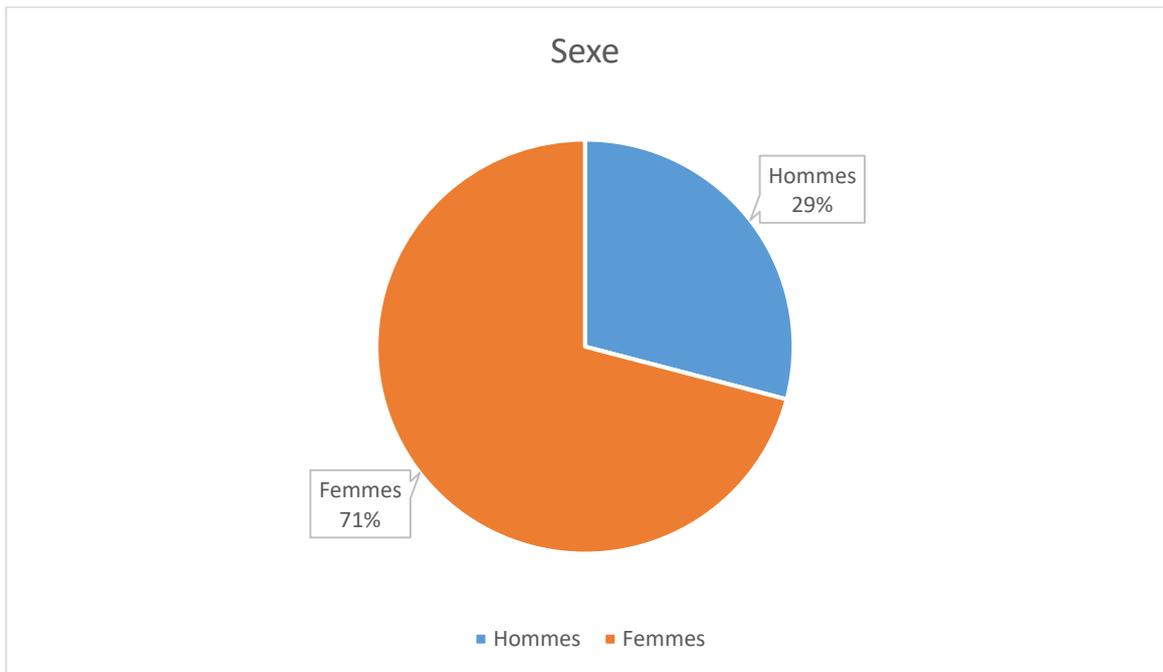


Figure 1 Proportion des genres.

J'ai eu plus de réponses féminines que masculines. La profession s'est beaucoup féminisée récemment. Toutefois il est aussi rapporté par des études que les femmes rapportent plus de récits de rêves que les hommes.<sup>39</sup>

---

1. Schredl M, Reinhard I. Gender differences in dream recall: A meta-analysis. *J Sleep Res.* 2008;17(2):125-131. doi:10.1111/j.1365-2869.2008.00626.x.<sup>39</sup>

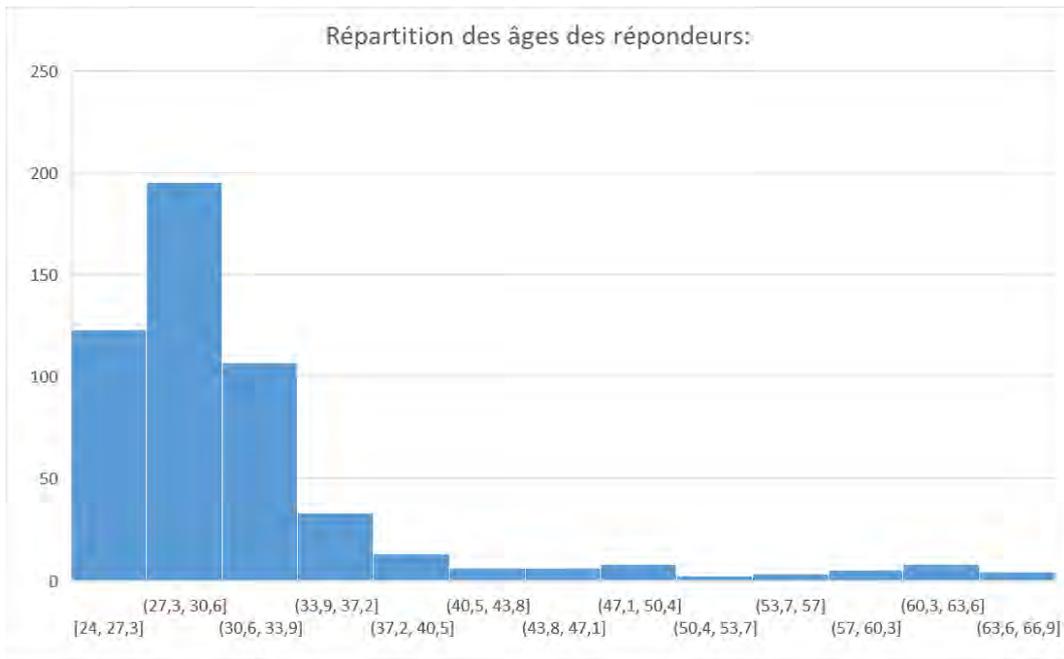
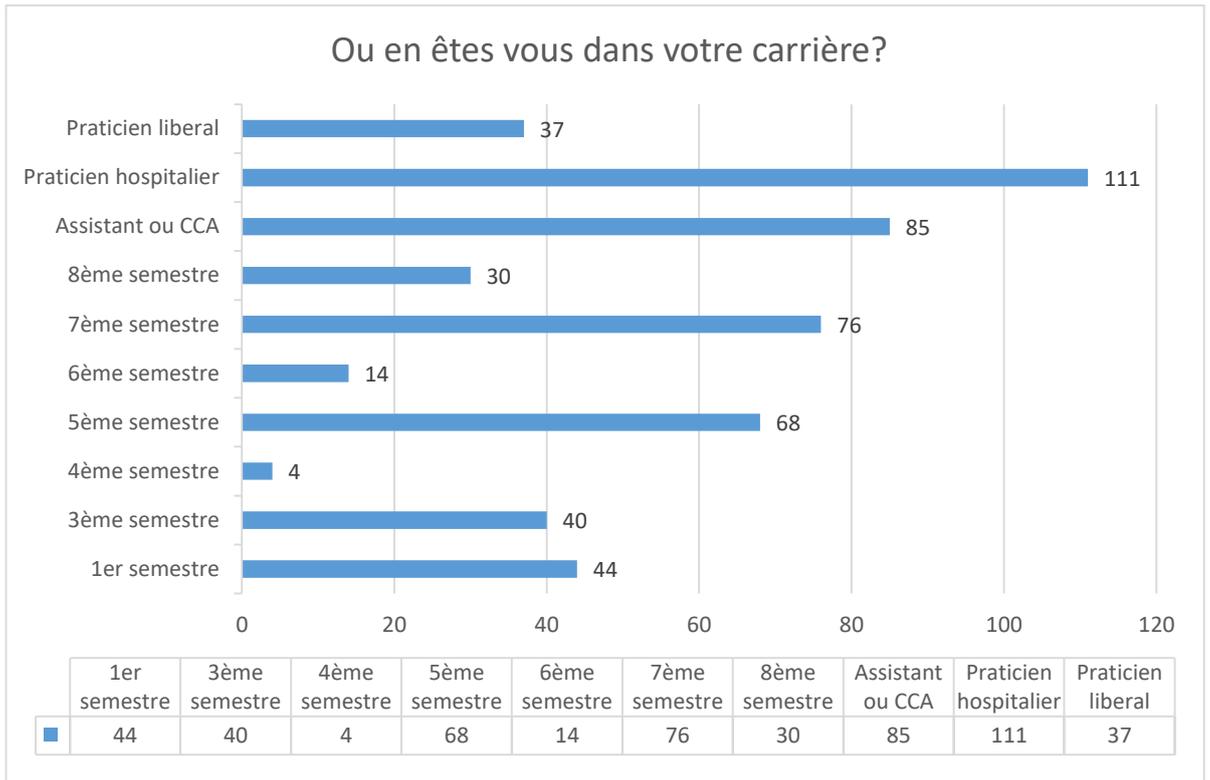


Figure 2 Répartition des Age des psychiatres sondés en fonction de leur nombre.

La fourchette s'étend de 24 ans à 66 ans avec un net pic entre 27 et 31 ans. Ceci est lié au fait que la majorité des répondants sont probablement des internes, des chefs de cliniques et de jeunes praticiens hospitaliers. Cette population est aussi plus facile à contacter par mail par le biais de l'associatif. En tout cas l'échantillon sondé est plutôt représentatif des psychiatres en début de carrière.



*Figure 3 Niveau de carrière des psychiatres répondants.*

Sur cette figure nous voyons que la majorité des réponses provient des internes, chef de cliniques et praticiens hospitaliers.

Villes	Effectifs
Amiens	12
Angers	11
Antilles/guyane	9
besançon	7
Bordeaux	12
Brest	7
Caen	8
Clermont-Ferrand	18
Dijon	6
Grenoble	12
Lille	32
Limoges	5
Lyon	28
Marseille	14
Montpellier	13
Nancy	15
Nantes	17
Nice	50
Océan Indien	7
Paris	97
Poitiers	16
Reims	2
Rennes	12
Rouen	9
Saint Etienne	5
Strasbourg	10
Toulouse	42
Tours	13

Figure 4 Tableau représentant les effectifs par ville

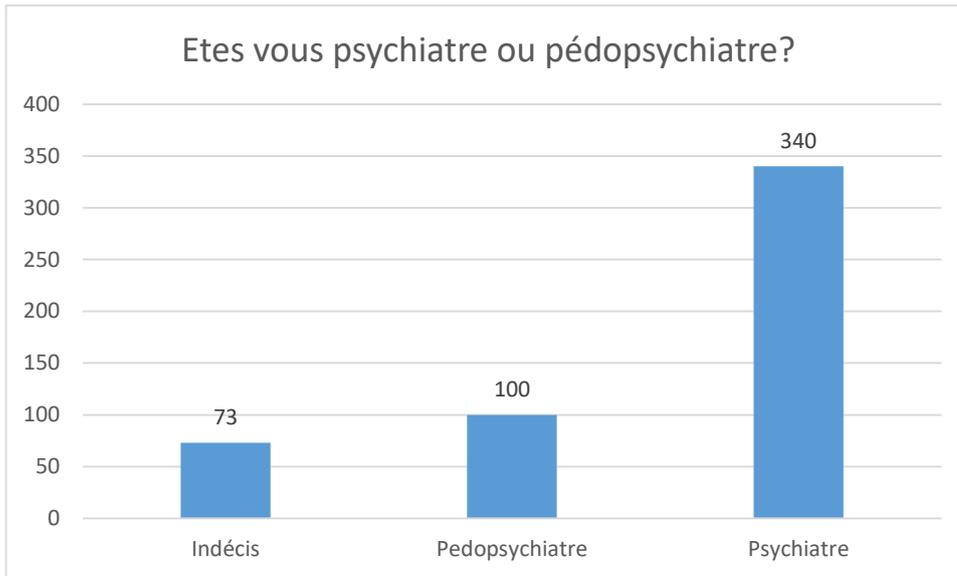


Figure 5 Discipline

La majorité des répondeurs à ce questionnaire travaillent ou envisagent de travailler avec des patients adultes.

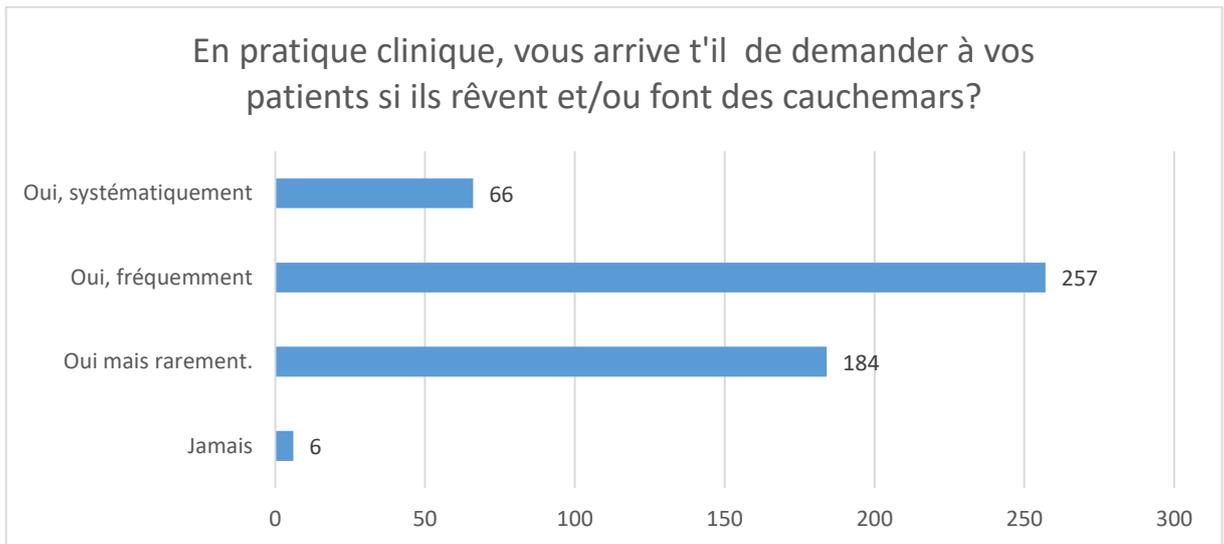
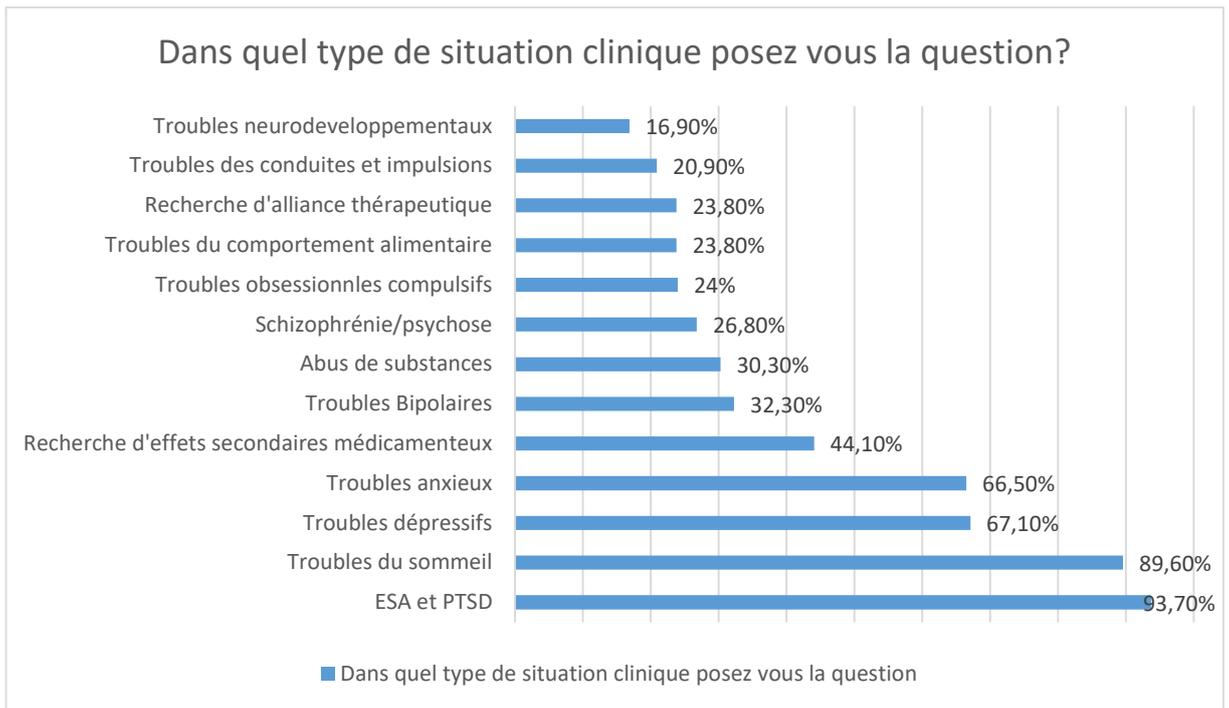


Figure 6 Question concernant la pratique clinique, sur la fréquence de recherche de rêves et de cauchemars chez les patients.

Sur les psychiatres répondeurs, la moitié d'entre eux recherchent fréquemment la présence de rêves ou de cauchemars chez leurs patients. Un bon tiers ne la recherche que rarement. Seul une toute petite proportion ne recherche jamais la présence de rêve ou de cauchemars.



*Figure 7 Situation clinique dans laquelle la présence de rêve ou cauchemars est recherchée*

Sans surprise, le dépistage de l'état de stress aigu (ESA) et du PTSD sont les situations clinique les plus fréquentes de recherche de présence cauchemars. Viennent ensuite les troubles du sommeil, les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Les recherches par rapport aux autres troubles semblent plus rares, en particulier pour les troubles psychotiques, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles du comportement alimentaire et les troubles neurodéveloppementaux.

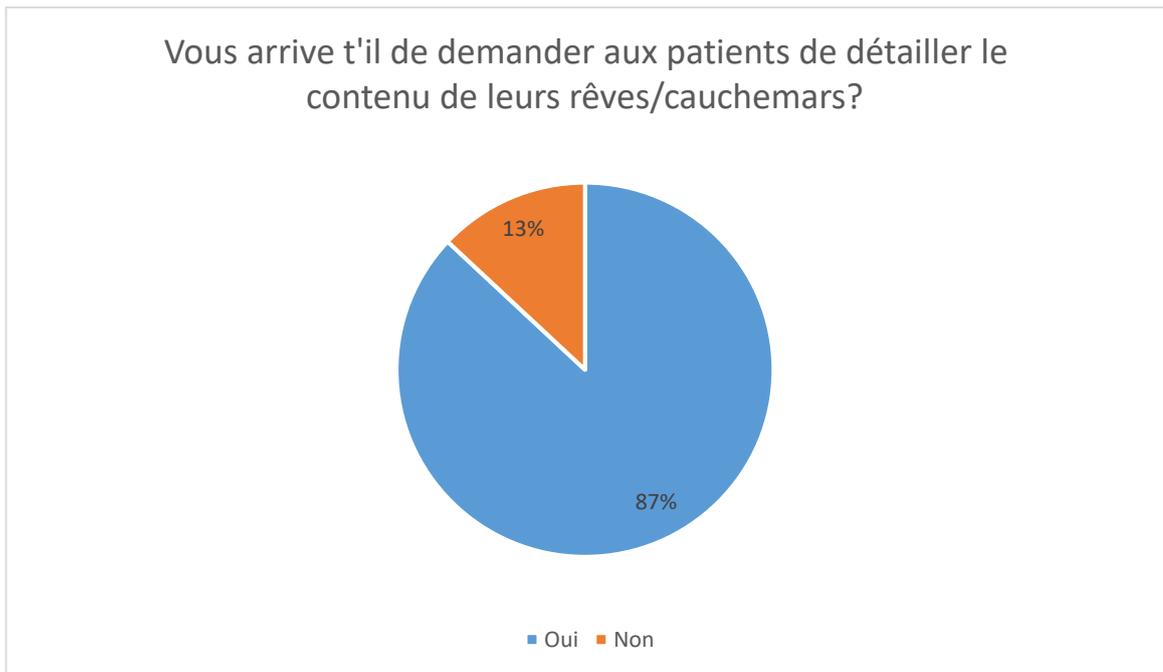


Figure 8 Les psychiatres et l'exploration du contenu qualitatif des rêves.

La majorité des psychiatres explorant la fréquence des rêves/cauchemars chez leurs patients s'intéressent aussi à leurs contenus.

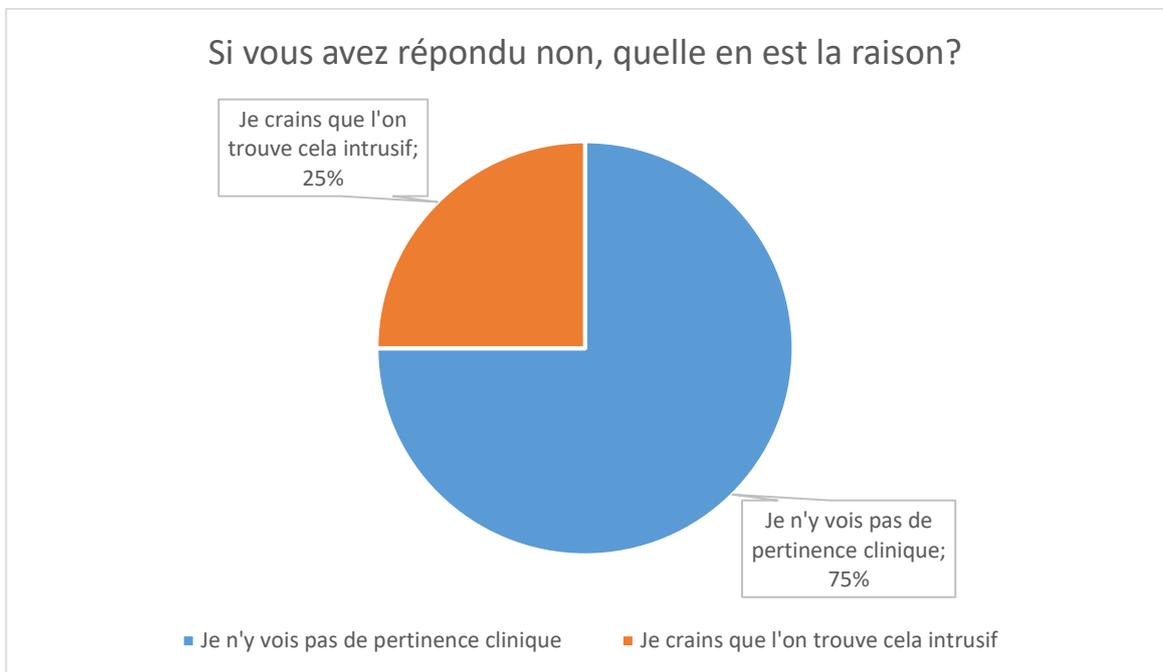
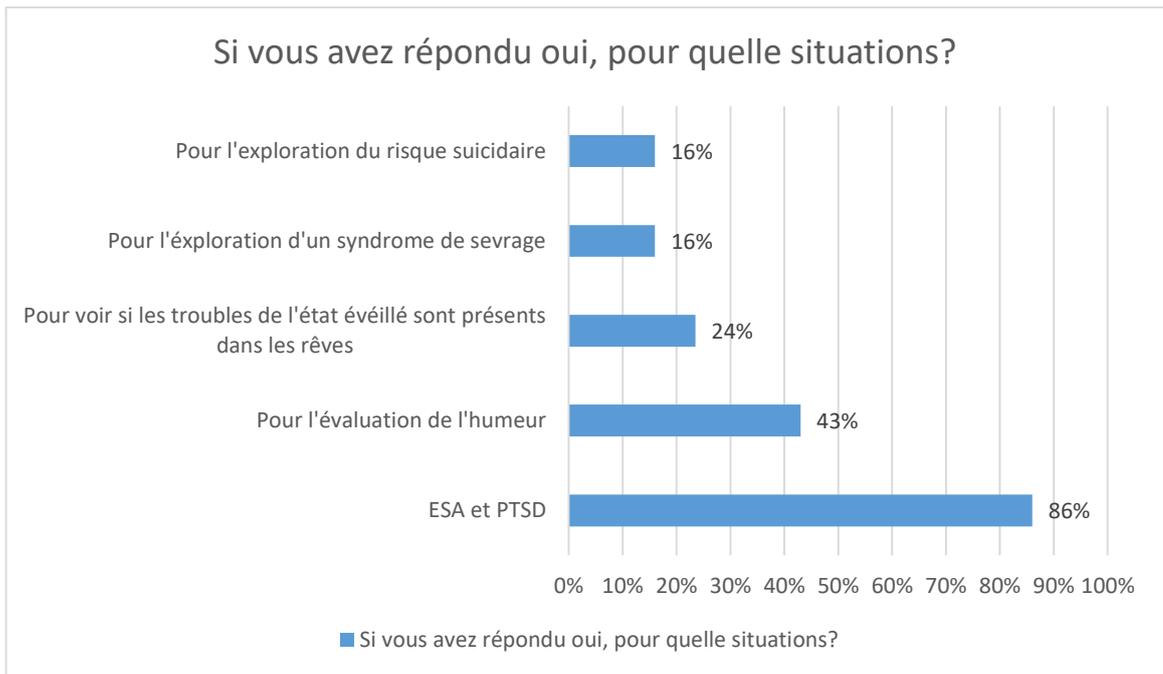


Figure 9 Raisons expliquant la non exploration du contenu qualitatif des rêves.

Les trois quarts des psychiatres sondés n'explorant pas le contenu des rêves ne le font pas par manque d'intérêt clinique. L'autre quart craint d'être intrusif.



*Figure 9 Situations cliniques pour l'exploration du contenu des rêves*

De nouveau les états de stress aigus et le PTSD sont les situations les plus fréquentes. L'évaluation de l'humeur au travers de l'exploration des rêves est aussi importante 43%. Curieusement, l'évaluation onirique du syndrome de sevrage est assez peu explorée alors qu'elle est citée dans le DSM. L'évaluation du risque suicidaire est l'une de mes hypothèses pour l'intérêt supplémentaire que pourrait présenter l'exploration du rêve en psychiatrie, à savoir si les patients suicidaires rêvent qu'ils se suicident.

A noter que beaucoup de répondeurs ont proposé d'autres situations qui n'ont pas été recensées dans ce graphique. Ces situations étaient principalement en rapport avec des psychothérapies d'inspiration psychanalytique. (association libre, évaluer les capacités de symbolisation, interprétation, recherche de l'inconscient, évaluation des mouvements transférentiels).

Pour la question finale, sur les commentaires libres, les principaux thèmes qui semblaient se dégager étaient le fait que la place du rêve en psychiatrie aujourd'hui est probablement sous-estimée, qu'il n'existe pas de sémiologie et qu'il n'existe que peu d'applications pratiques. Enfin les internes soulignent que la clinique du rêve n'est pas enseignée en dehors du PTSD et des ESA et qu'il n'y a pas de corpus théorique exploitable. D'autres évoquent que le rêve appartient aux neurosciences et à la psychanalyse.

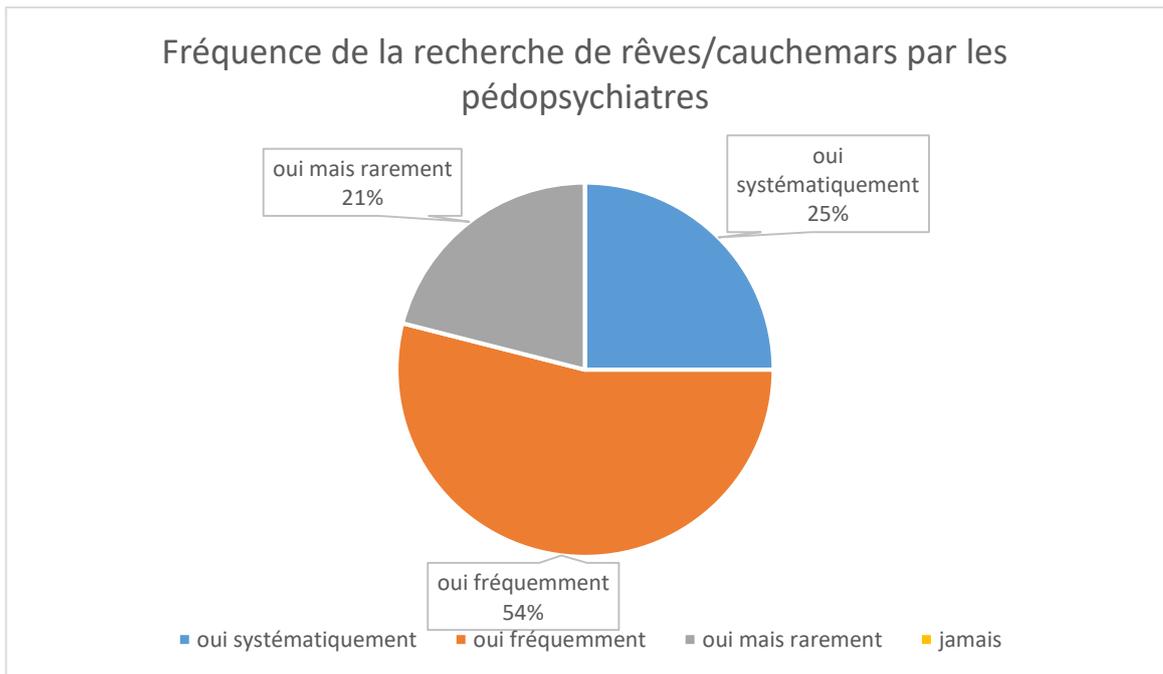


Figure 10 Stratification pour les pédopsychiatres sur la question de la fréquence de recherche de rêve en pratique clinique.

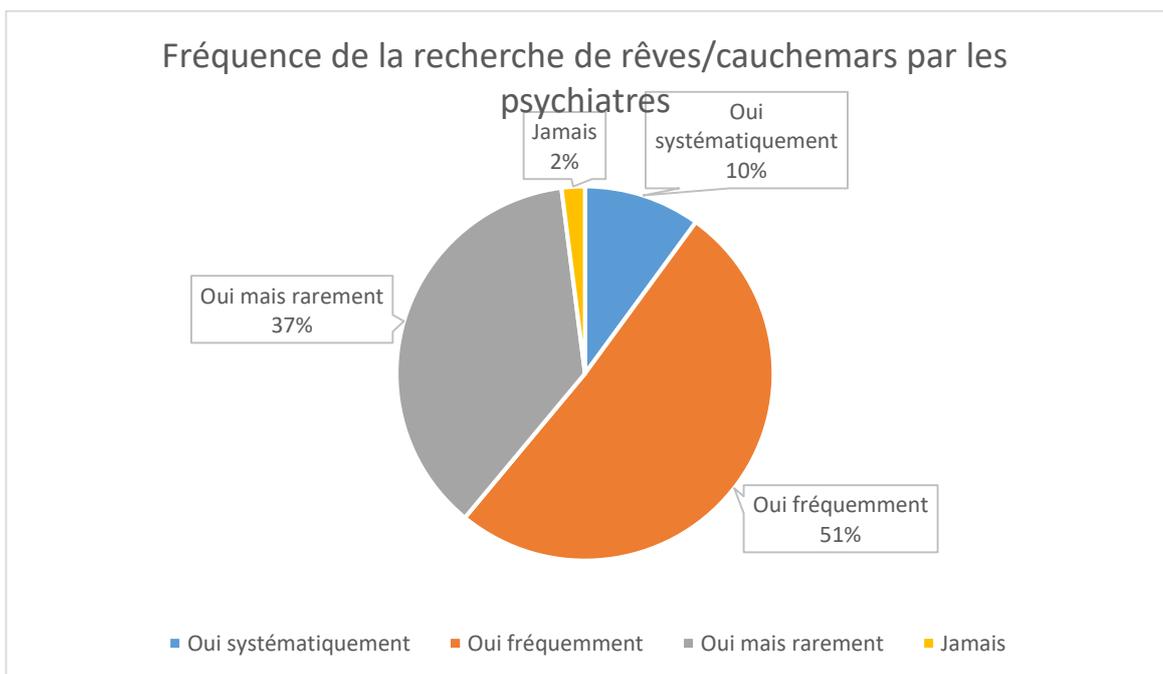


Figure 11 Stratification pour les psychiatres sur la fréquence de recherche de rêve en pratique clinique

On peut voir sur ces 2 graphiques que la fréquence de recherche des rêves en pratique clinique est plus élevée chez les pédopsychiatres que chez les psychiatres.

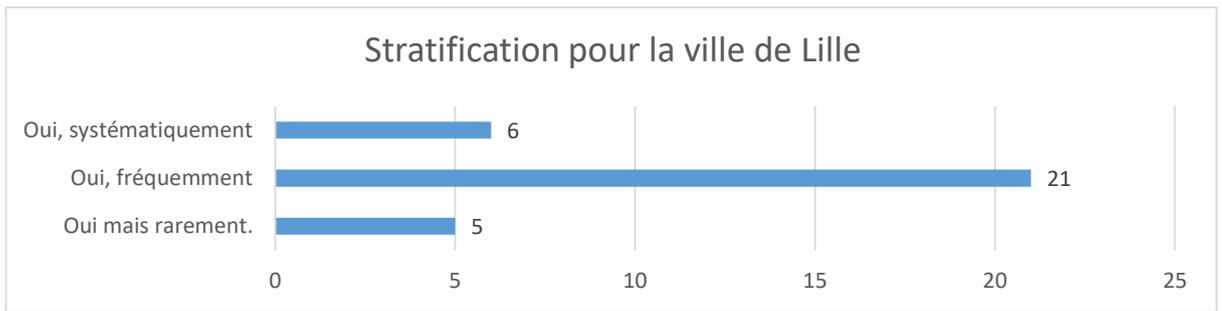


Figure 11 Stratification pour Lille

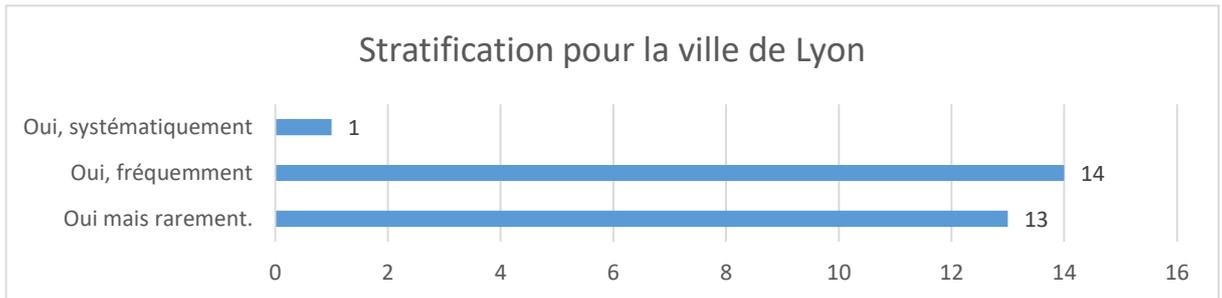


Figure 12 Stratification pour Lyon

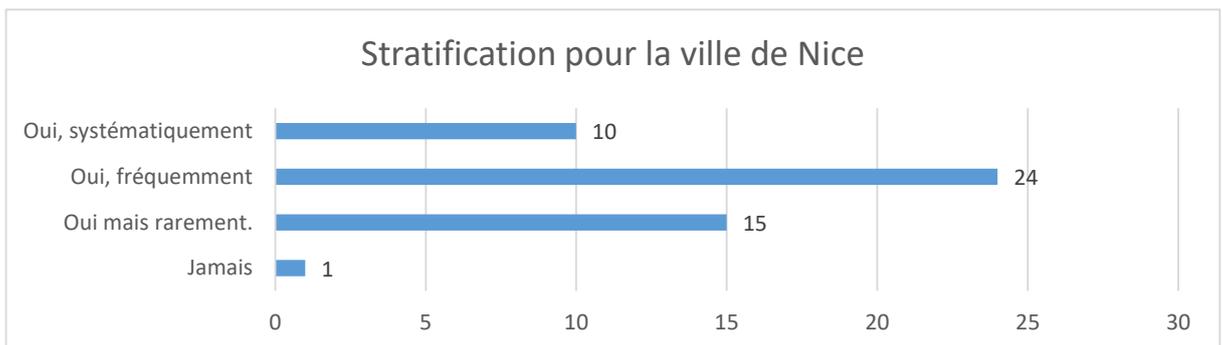


Figure 13 Stratification pour Nice

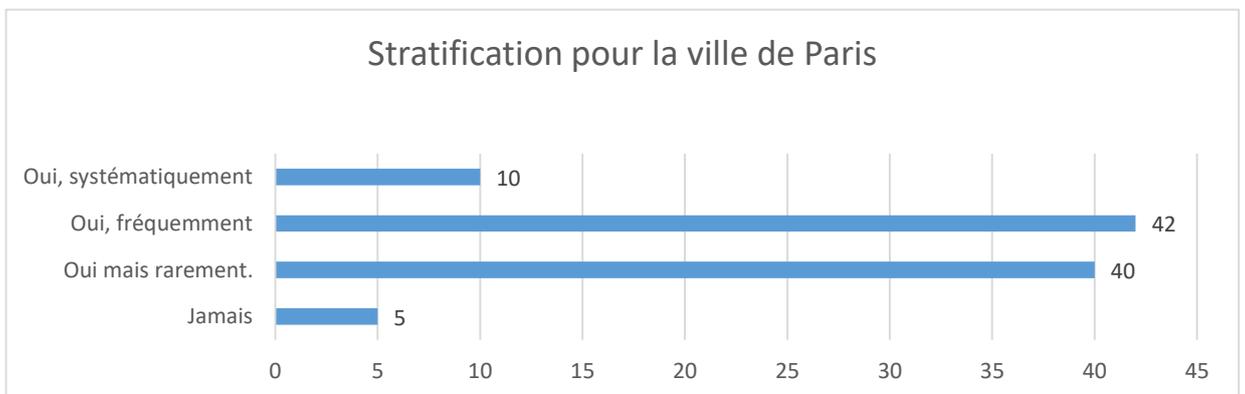


Figure 14 Stratification pour Paris

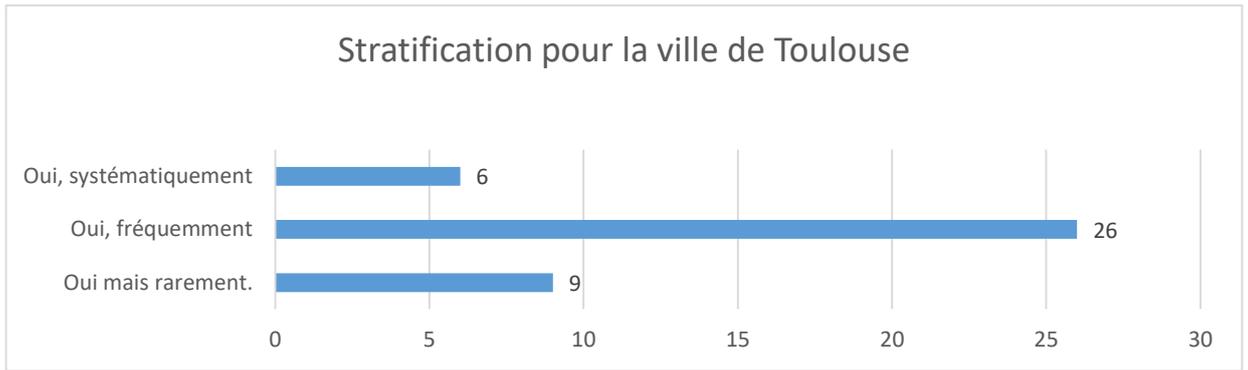
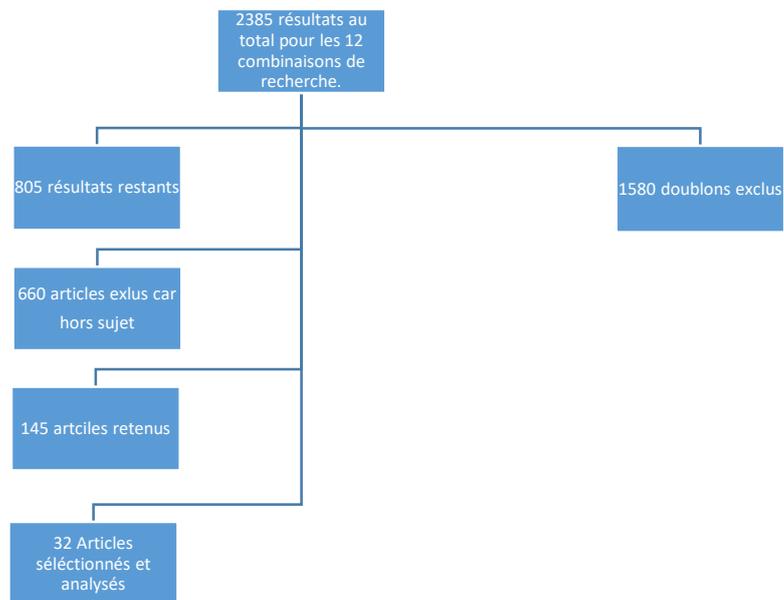


Figure 15 Stratification pour Toulouse

On observe quelques disparités entre les villes. Par exemple, à Paris ou à Lyon, près de la moitié des effectifs ne recherchent que rarement les rêves alors qu'à Lille ou Toulouse les trois quarts des effectifs recherchent fréquemment ou systématiquement les rêves.

Pour conclure sur les résultats de cette enquête, nous avons majoritairement un échantillon de femmes psychiatres âgés entre 27 et 32 ans venant de toutes les villes de France. La recherche de rêve ou de cauchemar fait encore partie de la pratique courante puisque les deux tiers de l'échantillon posent systématiquement ou fréquemment la question. L'évaluation des états de stress aigus et post-traumatiques sont les raisons principales de la recherche des rêves. Les pédopsychiatres posent plus fréquemment la question que les psychiatres. Il existe un léger décalage entre la recherche de la fréquence de rêve et l'exploration du contenu de ceux-ci.

#### IV.2.3 Résultats de la revue critique de la littérature :



*Figure 15 Résultats de la revue de la littérature*

Pour la revue de la littérature, la totalité des 22 combinaisons de mots clés évoqués dans la méthode a donné un total de 2385 résultats.

#### Critères d'exclusion :

Les doublons et récurrences de résultats.

Les articles hors sujet (rêverie des autres disciplines, acronymes Dream...)

Les articles neuroscientifiques

Les articles de psychanalyse.

Les articles hors revue scientifique reconnue.

Les articles de psychologie

Les articles traitant de neurologie (maladies neurodégénératives//épilepsie) car ne relevant pas directement de la clinique psychiatrique

Les articles concernant le rêve et le PTSD car ce domaine-là est déjà connu dans la pratique courante. L'objectif ici était d'explorer d'autres pistes.

Les articles sur les rêves et cauchemars induits par les drogues et les psychotropes

Les articles de psychiatrie transculturelle

Les articles traitant des rêves durant la grossesse

Les articles traitant des rêves dans les troubles de la personnalité

Les articles traitant des rêves et des problèmes somatiques

Les articles traitant des rêves et du TDHA

Les articles traitant des rêves et des troubles obsessionnels compulsifs.

Les articles traitant des rêves chez le sujet âgé

Critères d'inclusion :

32 articles ont été lus et analysés. Il s'agit d'articles :

Publiés dans des revues de psychiatrie, traitant de thématiques directement en lien avec les associations de mots clés de la méthode. Pertinents pour répondre aux questions posées dans l'introduction.

L'article le plus en rapport avec mon sujet m'a paru être celui intitulé « *The dream in contemporary psychiatry* »<sup>40</sup> Cet article est une courte revue de la littérature sur la réflexion d'un psychiatre américain sur la place du rêve en psychiatrie en 2001. L'auteur y relate que dans les années 1950, la clinique psychiatrique était fortement imprégnée de la culture freudienne et qu'un psychiatre à qui l'on aurait posé la question vous aurait répondu « It's obviously central. *Why do u ask ?* ». Les choses semblent avoir changé aujourd'hui comme nous l'avons vu avec mon enquête auprès d'un échantillon de professionnels de santé mentale. Dans les années 1970, avec les progrès des neurosciences et de l'imagerie, les chercheurs ont voulu déterminer une cartographie anatomique du rêve. Les neuroscientifiques avec la découverte du sommeil paradoxal ont tenté d'expliquer le rêve par « *des décharges neuronales pontiques aléatoires créant des images anarchiques accessibles dans un état de pré-éveil.* » et ont voulu invalider la théorie Freudienne en réduisant le rêve à ce simple phénomène. L'auteur ayant examiné ces recherches conclut qu'il n'est pas une bonne idée d'essayer de confirmer ou d'infirmer les théories freudiennes par les neurosciences, de la même manière qu'il ne semble pas pertinent de prendre la théorie Freudienne comme postulat de base pour les recherches neuroscientifiques. Les paradigmes semblent bien trop différents et incompatibles La neuropsychanalyse relèverait plutôt de la rêverie épistémologique. Pour l'auteur, les neurosciences et la psychanalyse doivent dialoguer mais sans chercher à s'exclure ou à s'intégrer. Dans cet article, la psychiatrie semble prise en plein dans ce conflit.

Avec les articles restants, j'ai dégagé 5 grandes catégories.

#### *Rêves et schizophrénie:*

11 articles sur les 32 sélectionnés rentrent dans cette catégorie.

Une étude épidémiologique analytique prospective sur une grosse cohorte britannique de 4720 enfants met en évidence un risque statistiquement significatif (odd ratio=1.62) avec C.I [1.19-2.20] de développer un épisode psychotique aigu à l'âge de 18 ans si les cauchemars sont fréquents avant l'âge de 12 ans. Cette étude laisse entrevoir que l'observation de la fréquence des cauchemars dans l'enfance pourrait permettre d'établir s'il s'agit un prodrome de troubles

---

<sup>40</sup> Reiser MF. *Reviews and Overviews The Dream in Contemporary Psychiatry. American Journal of Psychiatry. 2001;(6):351-359.*

psychotiques à l'âge adulte.<sup>41</sup> Dans le même sens, une description d'un cas clinique d'une patiente schizophrène montre des similitudes surprenantes entre les rêves et le délire de la patiente. L'anamnèse de la patiente révèle également qu'elle a eu une recrudescence des rêves angoissants avant sa décompensation psychotique aigüe.<sup>42</sup>

Plusieurs études ont tenté de comparer les rêves de patients schizophrènes avec ceux de sujets contrôles. Ainsi une étude montre que des examinateurs aveugles ne font pas la différence entre 5 journaux de rêve de schizophrènes et ceux de 5 sujets sains.<sup>43</sup> A contrario, une autre étude avec un peu plus de puissance (19 patients et 19 sujet contrôle) semble trouver des différences dans les thématiques. Les patients schizophrènes rêvent plus de menaces hostiles venant de l'extérieur avec des niveaux d'angoisse subjectifs plus importants. Les patients schizophrènes rapportent moins de rêve contenant des thématiques de culpabilité et de séparation.<sup>44</sup>

Une étude conclue à la stabilité des thématiques entre les symptômes de la veille et le contenu des rêves chez 11 souffrant de troubles schizo-affectifs.<sup>45</sup> Dans la même lignée, une étude comparant 40 patients schizophrènes avec 40 sujet sains montre que les thématiques de contenus bizarres sont bien plus élevés dans les récits de rêve de patients schizophrènes. Cette étude utilise un questionnaire TAT (thematic aperception test)<sup>46</sup>

---

<sup>41</sup> Thompson A, Lereya ST, Lewis G, Zammit S, Fisher HL, Wolke D. Childhood sleep disturbance and risk of psychotic experiences at 18 : UK birth cohort. *Br J psychiatry*. 2015;23-29. doi:10.1192/bjp.bp.113.144089.

<sup>42</sup> Guénolé.F. L ' activité onirique dans les psychoses débutantes : à propos des rêves d ' une patiente schizophrène Oniric activity in the onset of psychosis. In: *L'encéphale*. ; 2010. doi:10.1016/j.encep.2009.10.010.

<sup>43</sup> Noreika V, Valli K, Markkula J, Seppälä K, Revonsuo A. Dream bizarreness and waking thought in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2010;178(3):562-564. doi:10.1016/j.psychres.2010.04.034.

<sup>44</sup> Stompe T, Ritter K, Ortwein-swoboda G. Anxiety and Hostility in the Manifest Dreams of schizophrenics patients. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(12):806-812. doi:10.1097/01.nmd.0000100924.73596.b8.

<sup>45</sup> Cavallotti S, Castelnovo A, Ranieri R, Agostino AD. Stability of cognition across wakefulness and dreams in psychotic major depression. *Psychiatry Res*. 2014;216(1):31-36. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.033.

<sup>46</sup> Limosani I, Agostino AD, Laura M, Scarone S. Bizarreness in dream reports and waking fantasies of psychotic schizophrenic and manic

Une étude démontre l'incidence élevée des cauchemars chez les patients psychotiques et conclue à la nécessité de traiter les cauchemars chez ces patients pour améliorer leur qualité de vie.<sup>47</sup>

Une étude mathématico-graphique comparant les discours classiques et les discours de récits de rêve chez différents patients montre une différence significative entre ceux-ci. Il s'agit de créer des fonctions graphiques à partir des récits de patient grâce à un logiciel qui représente graphiquement le discours. On observe que les sujets bipolaires stabilisés et les sujets sains ont des discours graphiquement semblables et sont différents des sujets schizophrènes. Par contre lors des récits de rêves, les graphiques verbaux des patients bipolaires diffèrent significativement des graphiques des sujets sains. Les graphiques verbaux des sujets schizophrènes lors de conversation classique et lors de récits de rêves étaient identiques.<sup>48</sup> L'étude conclut en disant que la psychanalyse fait une hypothèse crédible quand elle compare la psychose à l'inconscient à ciel ouvert.

---

*patients : Empirical evidences and theoretical consequences. Psychiatry Res. 2011;189(2):195-199. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.023.*

<sup>47</sup> *Sheaves B, Onwumere J, Keen N, Stahl D, Kuipers E. Nightmares in Patients With Psychosis: The Relation With Sleep, Psychotic, Affective, and Cognitive Symptoms. Can J psychiatry. 2015;60(8):354-361.*

<sup>48</sup> *Mota B, Furtado R, Maia PPC, Copelli M, Ribeiro S. graph analysis report is especially informative about psychosis. Sci Rep. 2014:1-7. doi:10.1038/srep03691.*

### *Rêves et troubles de l'humeur :*

Nous avons vu précédemment que les graphiques verbaux des récits de rêves des patients bipolaires différaient notablement des sujets contrôles. Il n'y avait en tout cas que très peu de résultats pour les associations Dream + bipolar et nightmare + bipolar sur pubmed. (23 et 22 respectivement) Seuls 2 articles faisaient référence à cette association.

Le premier est une étude démontrant le fait que les sujets enfants et adolescents bipolaires de type 1 avec un nightmare disorder associé ont un risque suicidaire plus élevé que les autres. Ils concluent que les cauchemars récurrents chez les enfants et adolescents bipolaires de Type 1 augmentent le risque suicidaire.<sup>49</sup>

L'autre article s'intéresse au fait de savoir si les patients bipolaires de type 1 qui font un sevrage à la cocaïne diffèrent de ceux qui ne sont pas bipolaires de type 1. La réponse est négative, les rêves sont similaires entre les 2 groupes.<sup>50</sup>

En ce qui concerne la dépression et les rêves, les résultats sont plus nombreux. 7 articles ont été sélectionnés

Par rapport à la mélancolie, une étude démontre de manière statistiquement significative que les cauchemars sont plus fréquents dans les épisodes dépressifs majeurs contenant une composante mélancolique. Les auteurs concluent que l'humeur dépressive du début de journée pour être en partie en lien avec des résidus affectifs de rêves anxigènes.<sup>51</sup> Une deuxième étude par les mêmes auteurs 2 ans plus tard va dans le même sens et émet l'hypothèse que les rêves effrayants répétés peuvent être à l'origine de tentative de suicide.<sup>52</sup> Ces mêmes auteurs

---

<sup>49</sup> Stanley IH, Hom MA, Luby JL, et al. Comorbid sleep disorders and suicide risk among children and adolescents with bipolar disorder. *J Psychiatr Res.* 2017;95:54-59. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.07.027.

<sup>50</sup> Yee T, Perantie DC, Dhanani N, Brown ES. Drug Dreams in Outpatients With Bipolar Disorder and Cocaine Dependence. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(3):238-242. doi:10.1097/01.nmd.0000116466.31133.fl.

<sup>51</sup> Besiroglu L, Agargun MY, Inci R. Nightmares and terminal insomnia in depressed patients with and without melancholic features. *2005;133:285-287.* doi:10.1016/j.psychres.2004.12.001.

<sup>52</sup> Agargun MY, Besiroglu L, Cilli AS, et al. Nightmares, suicide attempts, and melancholic features in patients with unipolar major

émettaient déjà l'hypothèse que les cauchemars associés à la dépression étaient un facteur de risque suicidaire supplémentaire.<sup>53</sup>

Une étude plus récente conclue que les dépressions récurrentes unipolaires associés à des cauchemars fréquents sont à risque suicidaire plus élevé que celles ne le sont pas. Par contre cette étude n'a pas été concluante pour les patients adultes souffrant de trouble bipolaire de type 1. En effet ces derniers rapportaient moins de cauchemars que les patients souffrant de dépressions récurrentes unipolaires.<sup>54</sup>

Enfin, plusieurs études s'intéressent à l'hypothèse du rêve en sommeil paradoxal comme processus de régulation émotionnel et facteur prédictif de rémission d'une dépression. Une étude prospective de 1 an compare la temporalité d'apparition des cauchemars au cours des nuits chez des patients dépressifs. Il s'avère que les patients qui rapportaient des cauchemars en début de nuit avaient plus de rémissions au bout d'un an que les patients qui rapportaient des cauchemars en fin de nuit. Les auteurs concluent que des cauchemars en fin de nuit traduiraient un échec de régulation thymique par le sommeil paradoxal.<sup>55</sup>

Toujours sur la même hypothèse, une étude comparant les récits de rêve des patients souffrant d'épisode dépressif majeur à la suite d'une séparation et ceux ayant une rémission, il s'avère que les patient en rémission rapportaient des récits de rêve plus en lien avec leurs préoccupations du moment ainsi qu'avec une participation affective intense. Les patients qui

---

*depression. psychiatry Res. 2007;98:267-270.  
doi:10.1016/j.jad.2006.08.005.*

<sup>53</sup> I. Agargun MY, Cilli AS, Hayretin K, Et.al. *Repetitive and Frightening Dreams and Suicidal Behavior in Patients With Major Depression. 1998;39(4):198-202.*

<sup>54</sup> I. Marinova P, Koychev I, Laleva L, et al. *NIGHTMARES AND SUICIDE : PREDICTING RISK IN DEPRESSION. Psychiatria Danubina. 2014;26(2):159-164.*

<sup>55</sup> I. Cartwright R, Young MA, Mercer P, Bears M. *Role of REM sleep and dream variables in the prediction of remission from depression. psychiatry Res. 1998;80:249-255.*

restaient déprimés eux faisaient moins de liens et semblaient présenter des rêves ou les affects étaient absents.<sup>56</sup>

#### *Rêve et blessures auto infligés non suicidaire :*

3 études récentes et importantes mettent en évidence ce fait.

Une étude épidémiologique analytique Chinoise de forte puissance met en évidence de manière indépendante un Odd.Ratio égal à 2.88 avec un IC [1.45-5.77] de risque supplémentaire d'automutilation chez les sujets qui rapportaient fréquemment des cauchemars.<sup>57</sup>

Une autre étude épidémiologique récente arrive au même résultat et conclue que les cauchemars fréquents viennent d'un échec du processus de régulation des émotions par les rêves. Cette étude émet donc l'hypothèse que les automutilations viennent tenter de palier à l'échec de contrôle émotionnel par les rêves.<sup>58</sup>

Enfin, une dernière étude essaye de déterminer si le contenu qualitatif des cauchemars peut être un facteur de risque d'automutilation. Toutefois ces résultats ne sont pas concluants.<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup> 1. Cartwright R, Agargun MY, Kirkby J, Friedman JK. Relation of dreams to waking concerns. *psychiatry Res.* 2006;141:261-270. doi:10.1016/j.psychres.2005.05.013.

<sup>57</sup> 1. Liu X, Chen H, Gui Q, Fang B, Cun F, Jia X. Poor sleep quality and nightmares are associated with non - suicidal self - injury in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016. doi:10.1007/s00787-016-0885-7.

<sup>58</sup> 1. Ennis CR, Short NA, Moltisanti AJ, Smith CE, Joiner TE, Taylor J. Nightmare and non suicidal self injury: The mediating role of emotional dysregulation. *Compr Psychiatry.* 2017. doi:10.1016/j.comppsy.2017.04.003.

<sup>59</sup> 1. Carrol.J Aschrof.S H. et. a. Exploring Thematic Nightmare Content and Associated Self-Harm Risk. *Américan Assoc Suicidol.* 2017. doi:10.1111/sltb.12402.

### *Rêves et suicide :*

Nous avons vu précédemment que la récurrence des cauchemars associés à la dépression est un facteur de risque supplémentaire de suicide.

Une étude a démontré que plus la fréquence des cauchemars durait, plus le risque suicidaire augmentait et cela de manière indépendante par rapport aux<sup>60</sup> symptômes anxieux, de PTSD et de dépression. Cette étude suggère que la durée des perturbations du sommeil, y compris par des cauchemars doit être prise en compte en pratique clinique pour l'évaluation du risque suicidaire.

Une revue systématique de la littérature trouve 8 études concluant de manière statistiquement significative que les cauchemars récurrents sont un facteur de risque suicidaire indépendant. De plus ces 8 études ont des échantillons et des méthodes très variées. Cette convergence des données permet de supposer que les cauchemars récurrents sont un facteur de risque de suicide à part entière.<sup>61</sup>

Enfin, comme pour les automutilations, une étude qualitative sur des récits de cauchemars essaie de déterminer s'il y'a des contenus manifeste des cauchemars qui pourraient être des facteurs de risque à part entière. L'auteur qui étudie les rêves de 3 patients déprimés suicidaires et 3 patients déprimés non suicidaire constate que les thèmes de désespoir et d'incurabilité sont communs aux 2 groupes. Par contre le 1<sup>er</sup> groupe présente plus de thèmes de blessures active, d'agressions et de violence que le second qui présente des idées de perte, de vulnérabilité, de mort. Les thématiques cauchemardesques associant des blessures corporelles pourraient être plus à risque de suicide. C'est en tout cas l'hypothèse que fait l'auteur.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> 1. Nadorff, Et.al. *Insomnia symptoms, nightmare and suicide risk duration of leep distubance matters. suicide life Threat Behav.* 2014;43(2):139-149. doi:10.1111/sltb.12003.*Insomnia.*

<sup>61</sup> 1. Bernert RA, Kim JS, Iwata NG, Perlis ML. *Sleep Disturbances as an Evidence-Based Suicide Risk Factor. sleep Disord.* 2015;17:15. doi:10.1007/s11920-015-0554-4.

<sup>62</sup> 1. Glucksman ML. *Manifest Dream Content as a Possible Predictor of Suicidality. Psychodyn Psychiatry.* 2014;42(4):657-670.

*Rêve et sémiologie :*

Aucun article n'est apparu avec cette association de mots clés sur PUBMED. Il semble que la recherche clinique psychiatrique dans ce domaine n'est pas d'actualité.

### IV.3 Discussion :

#### IV.3.1 Sur les limites et les difficultés méthodologiques rencontrées :

L'étude des occurrences des mots *dream* et *nightmare* dans les DSM IV et V ne m'a pas posé de problème particulier. Il est vrai que j'aurais peut-être pu constater plus d'évolution par rapport à ces occurrences en étudiant aussi le DSM III qui date d'avant les années 1980.

Par rapport à mon enquête, l'échantillon sondé est important mais le nombre de répondants n'est pas connu. Il ne permet donc pas d'extrapoler les résultats. On ne peut pas évaluer un éventuel désintérêt de la question. Les 28-32 ans étaient nettement surreprésentés dans cette enquête. De la même manière, il est tout à fait possible qu'il y ait un biais d'auto-sélection et que les professionnels ayant répondu au questionnaire soient des gens plus intéressés par la question de la clinique du rêve en psychiatrie que la moyenne des psychiatres Français. Il est donc tout à fait possible que les résultats soient surestimés. Les résultats de ce questionnaire doivent être interprétés avec réserve. Il serait en tout cas intéressant de le faire sur un échantillon plus élevé de psychiatres et par un autre média que le mail. Il s'agit également de résultats déclaratifs et qualitatifs, une exploration quantitative sur le terrain révélerait peut-être d'autres résultats.

Par rapport à la revue de la littérature, celle-ci n'est pas systématique et seules quelques thématiques ont été abordées. Il aurait peut-être été plus judicieux d'associer les mots clés par 3 plutôt que par 2 en associant à chaque fois dream+nightmare+mots clés. Cela m'aurait sans doute évité un travail fastidieux d'élimination des récurrences. Je n'ai pas fait d'analyse statistique, ce n'était pas mon objectif. Le but était juste de voir quels étaient les champs de recherche en cours sur la question de la clinique du rêve en psychiatrie. Les recherches Dream + semiology et nightmare + semiology n'ont donné aucun résultat.

Enfin, d'autres champs d'investigation important en rapport avec la clinique psychiatrique du rêve n'ont pas été abordés. On peut citer tout ce qui relève de la clinique des états de conscience modifiés, avec l'oniroïdie, les états dissociatifs mais aussi les différentes thérapeutiques induisant des états de consciences modifiés comme l'hypnose ou l'EMDR.

La question de l'influence des psychotropes sur les rêves paraît également importante à explorer.

#### IV.3.2 Discussion sur les résultats :

Par rapport à la première partie, je dirai qu'il n'y a pas eu d'évolution significative sur la place clinique du rêve dans les DSM IV et V, c'est-à-dire de 1984 à 2012. En 28 ans, presque rien n'a bougé. Le rêve est principalement associé à l'ESA et au PTSD. Le « nightmare disorder » est intéressant mais il est isolé. Pourtant les recherches récentes que nous avons vues dans la revue de la littérature tendent à montrer les conséquences majeures qui découlent de ce trouble de manière indépendante. Il n'y a que très peu d'informations sur une sémiologie qualitative des rêves hormis peut-être que ceux-ci doivent ressembler au traumatisme initial pour rentrer dans les critères diagnostics du PTSD et de l'ESA. Il n'y a rien sur le rêve dans la schizophrénie ou les troubles de l'humeur. Bref cette place clinique du rêve en psychiatrie est bien marginale dans le DSM.

Toutefois, les résultats obtenus sur l'enquête semblent montrer que les jeunes psychiatres d'aujourd'hui ne se désintéressent pas de la question. En effet, plus de la moitié d'entre eux exploreraient fréquemment les rêves de leurs patients lors des entretiens. Ces explorations sont presque toujours réalisées dans le cadre du PTSD mais également dans les troubles du sommeil, les troubles anxieux et dépressifs. La recherche dans d'autres situations, notamment dans le cadre des psychoses et des troubles neurodéveloppementaux semble bien plus rare. L'exploration des rêves reste marginale dans l'évaluation du risque suicidaire également.

On remarque que les pédopsychiatres explorent un peu plus le domaine que les psychiatres. Cela est probablement dû à plusieurs facteurs. On peut faire l'hypothèse que la culture psychanalytique imprègne plus la pédopsychiatrie que la psychiatrie adulte. Les enfants font plus de récits de rêves que les adultes.

Enfin, au niveau des commentaires, les principales idées qui reviennent sont que la place du rêve dans la clinique psychiatrique est sous-estimée, qu'il n'existe aucune formation spécifique sur le sujet, que la clinique du rêve a été abandonnée avec la psychanalyse et qu'il n'existe aucun consensus aujourd'hui.

Dans l'article *the dream in contemporary psychiatry*<sup>63</sup>, l'auteur écrit dans son introduction que n'importe quel psychiatre des années 50 à qui vous auriez posé la question de l'importance clinique du rêve dans sa pratique aurait répondu « Its obviously central. Why do u ask ? » Il semble en tout cas que la situation soit bien différente en France aujourd'hui.

Mais pourquoi ? Dans les années 1950, la psychanalyse imprégnait fortement la culture psychiatrique. Le rêve étant central dans la psychanalyse, la place clinique du rêve en psychiatrie était importante. Dans les années 1980, avec l'arrivée du DSM IV, la psychiatrie s'est alignée comme les autres spécialités médicales sur l'evidence based medecine, c'est-à-dire la médecine fondée sur les preuves scientifiques. La psychiatrie s'est donc progressivement éloigné de la psychanalyse et de son apport sur la clinique du rêve. Les neurosciences n'ont toujours pas apporté des preuves scientifiques rendant exploitable le rêve en clinique psychiatrique.

Entre l'approche sémantique et subjective du rêve en psychanalyse et la « cartographie anatomique et fonctionnelle » du rêve promise par les neurosciences, que reste-t-il à la psychiatrie pour tenter de se réapproprié une sémiologie des rêves aujourd'hui? La valence émotionnelle associée aux rêves. En effet c'est bien en partie un travail de régulation émotionnelle que nous faisons en psychiatrie. Les recherches récentes et l'hypothèse du rêve comme processus régulateur émotionnel auront peut-être de l'avenir dans notre discipline.

Par rapport aux résultats de la revue de la littérature, il semblerait qu'il soit important d'intégrer la recherche de cauchemars ainsi que leur fréquence dans l'entretien clinique systématique. En effet, la récurrence de cauchemars semble être un facteur de risque suicidaire, d'automutilation statistiquement indépendant des autres troubles mentaux. L'évaluation de l'humeur par le biais des rêves paraît également être intéressante comme le montre les études qui s'intéresse à la théorie du rêve comme processus de régulation émotionnel. Enfin la recherche de la fréquence des cauchemars chez les patients psychotiques pourrait être intéressante en vue d'évaluer un risque de décompensation.

---

<sup>63</sup> 1. Reiser M. Reviews and Overviews The Dream in Contemporary Psychiatry. Am J Psychiatry. 2001;(6):351-359.

La psychiatrie doit continuer de développer ses propres recherches et sa propre sémiologie de la clinique des rêves si elle veut continuer à progresser dans la compréhension et la thérapeutique des pathologies mentales.

## V Conclusion :

Nous avons vu dans cette thèse que le rêve a appartenu pendant plusieurs siècles à l'ordre du magico-religieux. Il faut en effet attendre la fin du XVIème siècle en occident pour qu'émerge l'idée que le rêve bien qu'irrationnel est le propre de l'homme. Les différentes approches scientifiques du XXème siècle ont tenté d'apporter des réponses rationnelles au fonctionnement du rêve. D'un côté, Freud élabore une nouvelle théorie de la psyché humaine basée sur l'idée d'un inconscient qui nous échappe et dont l'accès royal se ferait à partir des rêves. De l'autre, les neurosciences à l'aide des technologies modernes comme l'imagerie et l'électroencéphalographie tentent de découvrir la cartographie anatomique du rêve ainsi que ses implications dans le fonctionnement cognitif. Ces deux disciplines ont progressé sur la question au cours des vingt dernières années. La psychanalyse a toujours placé le rêve au centre de sa théorie et de sa pratique, d'abord en analysant son contenu puis en essayant de repérer et de favoriser les conditions de sa survenue. Les neurosciences sont passées de l'hypothèse de décharges neuronales aléatoires perçues accidentellement par la conscience à l'hypothèse que le rêve tient possiblement une place centrale dans l'organisation de nos souvenirs et la résolution de problèmes complexes. La place clinique du rêve en psychiatrie semble s'être marginalisée depuis la fin des années 1990.

Cela est probablement dû à plusieurs facteurs, avec d'un côté l'abandon progressif de la psychanalyse et de l'autre l'absence de découverte scientifique majeure sur cette question permettant l'établissement d'un nouveau corpus théorique consensuel. Il n'existe toujours aucune sémiologie psychiatrique du rêve et la clinique du rêve n'est pas abordée dans la formation des internes en dehors du PTSD. Contre toute attente, les jeunes psychiatres continuent pourtant d'explorer ce terrain bien au-delà du PTSD. Hors les recherches récentes tendent à confirmer qu'il y'a bien un intérêt à l'étude psychiatrique des rêves. Ainsi les cauchemars répétés seraient un facteur de risque suicidaire et d'automutilation indépendant d'autres maladies mentales. La fréquence élevée de cauchemars pendant l'enfance pourrait être un prodrome de décompensation psychotique à l'âge adulte. La teinte émotionnelle des rêves pourrait être un facteur prédictif de rémission dans la dépression. Il semble donc possible que la psychiatrie se réapproprie une clinique du rêve et que la place de celle-ci soit grande bien qu'occupée marginalement à ce jour.

## VI Références :

1. Schredl M, Reinhard I. Gender differences in dream recall: A meta-analysis. *J Sleep Res.* 2008;17(2):125-131. doi:10.1111/j.1365-2869.2008.00626.x.
2. Sineux P. Les récits de rêve dans les sanctuaires guérisseurs du monde grec : des textes sous contrôle. *Sociétés & Représentations.* 2007;23(1):45-65. doi:10.3917/sr.023.0045.
3. Schmitt J-C. Récits et images de rêves au Moyen Âge. *Ethnol française.* 2003;33(4):553-563. doi:10.3917/ethn.034.0553.
4. Schmitt J-C. *Le Corps, Les Rites, Les Rêves, Le Temps. Essais D'anthropologie Médiévale.* Gallimard. Paris; 2001.
5. Tuan.c. <http://lespierresquiparlent.free.fr/Eleusis-Apellas.html>.
6. Macrobe *Les Saturnales, Livre premier, Commentaire Du Songe de Scipion Tiré de La République de Cicéron.* classiques.; 1953.
7. Legoff J. *L'imaginaire Médiéval. Essais.* Gallimard.; 2013.
8. Berriot F. A PROPOS DES CHAPITRES XIII ET XIV DU TIERS LIVRE : NOTES SUR QUELQUES MANUSCRITS D'INTERPRÉTATION. *Persée.* 1986;23:5-14. [http://www.persee.fr/docAsPDF/rhren\\_0181-6799\\_1986\\_num\\_23\\_1\\_1534.pdf](http://www.persee.fr/docAsPDF/rhren_0181-6799_1986_num_23_1_1534.pdf). Accessed May 25, 2017.
9. Parrenin C. La clé des songes d'Artémidore et les notions d'espaces public et privé. *Persée.* 2001;27 n 1:235-247.
10. Chaurand J. La conception de l'histoire de Guibert de Nogent (1053-1124). *Cah Civilis médiévale.* 1965;8(31):381-395. doi:10.3406/ccmed.1965.1351.
11. Freud S. *L'interprétation Des Rêves.* seuil.; 2010.
12. METGE D, BABONNEAU M, BENSIDOUN B, METGE D. XXVIIIème journée annuelle du groupe Toulousain de la société psychanalytique de Paris. In: ; 2016:4-13.
13. Civitarese G. *Le Rêve Nécessaire.* Ithaque.; 2015.

14. Arnulf I, Grosliere L, Le T. Will students pass a competitive exam that they failed in their dreams ? *Conscious Cogn.* 2014;29:36-47. doi:10.1016/j.concog.2014.06.010.
15. Association A psychiatrc. *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders IV.*; 1994.
16. Association A psychiatric. *DSM-5.*; 2012.
17. Reiser M. Reviews and Overviews The Dream in Contemporary Psychiatry. *Am J Psychiatry.* 2001;(6):351-359.
18. Gottesman.C. rêve et schizophrénie un même support neurobiologique? *medecine/sciences.* 2006;22:201-205.
19. Stompe T, Ritter K, Ortwein-swoboda G. Anxiety and Hostility in the Manifest Dreams of schizophrenics patients. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(12):806-812. doi:10.1097/01.nmd.0000100924.73596.b8.
20. Guérolé.F. L ' activité onirique dans les psychoses débutantes : à propos des rêves d ' une patiente schizophrène Oniric activity in the onset of psychosis. In: *L'encéphale.* ; 2010. doi:10.1016/j.encep.2009.10.010.
21. Schredl M. Dream research in schizophrenia : Methodological issues and a dimensional approach q. *Conscious Cogn.* 2011;20(4):1036-1041. doi:10.1016/j.concog.2010.05.004.
22. Stanley IH, Hom MA, Luby JL, et al. Comorbid sleep disorders and suicide risk among children and adolescents with bipolar disorder. *J Psychiatr Res.* 2017;95:54-59. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.07.027.
23. Yee T, Perantie DC, Dhanani N, Brown ES. Drug Dreams in Outpatients With Bipolar Disorder and Cocaine Dependence. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(3):238-242. doi:10.1097/01.nmd.0000116466.31133.fl.
24. Agargun MY, Besiroglu L, Cilli AS, et al. Nightmares , suicide attempts , and melancholic features in patients with unipolar major depression. *psychiatry Res.* 2007;98:267-270. doi:10.1016/j.jad.2006.08.005.

25. Thompson A, Lereya ST, Lewis G, Zammit S, Fisher HL, Wolke D. Childhood sleep disturbance and risk of psychotic experiences at 18 : UK birth cohort. *Br J psychiatry*. 2015;23-29. doi:10.1192/bjp.bp.113.144089.
26. Cartwright R, Agargun MY, Kirkby J, Friedman JK. Relation of dreams to waking concerns. *psychiatry Res*. 2006;141:261-270. doi:10.1016/j.psychres.2005.05.013.
27. Agargun MY, Cilli AS, Hayretin K, Et.al. Repetitive and Frightening Dreams and Suicidal Behavior in Patients With Major Depression. 1998;39(4):198-202.
28. Marinova P, Koychev I, Laleva L, et al. NIGHTMARES AND SUICIDE : PREDICTING RISK IN DEPRESSION. *Psychiatra Danubina*. 2014;26(2):159-164.
29. Cartwright R, Young MA, Mercer P, Bears M. Role of REM sleep and dream variables in the prediction of remission from depression. *psychiatry Res*. 1998;80:249-255.
30. Lee HG, Choi JW, Lee YJ, Jeong D. Depressed REM Sleep Behavior Disorder Patients Are Less Likely to Recall Enacted Dreams than Non-Depressed Ones. *psychiatry Investig*. 2016;13(2):227-231.
31. Carrol.J Aschrof.S H. et. a. Exploring Thematic Nightmare Content and Associated Self-Harm Risk. *Américan Assoc Suicidol*. 2017. doi:10.1111/sltb.12402.
32. Ennis CR, Short NA, Moltisanti AJ, Smith CE, Joiner TE, Taylor J. Nightmare and non suicidal self injury: The mediating role of emotional dysregulation. *Compr Psychiatry*. 2017. doi:10.1016/j.comppsy.2017.04.003.
33. Liu X, Chen H, Gui Q, Fang B, Cun F, Jia X. Poor sleep quality and nightmares are associated with non - suicidal self - injury in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016. doi:10.1007/s00787-016-0885-7.
34. Sjöström N, Hetta J, Waern M. Persistent nightmares are associated with repeat suicide attempt A prospective study. *Psychiatry Res*. 2009;170(2-3):208-211. doi:10.1016/j.psychres.2008.09.006.
35. Sandman N, Valli K, Kronholm E, Vartiainen E, Laatikainen T. Nightmares as predictors of suicide : an extension study including war veterans. *Nat Publ Gr*. 2017;(February):1-7. doi:10.1038/srep44756.

36. Joshi I, Derreberry T, Mcdonough A, Farris SR. Nightmares and Dysfunctional Beliefs about Sleep Mediate the Effect of Insomnia Symptoms on Suicidal Ideation. 2013;9(2).
37. Glucksman ML. Manifest Dream Content as a Possible Predictor of Suicidality. *Psychodyn Psychiatry*. 2014;42(4):657-670.
38. Nadorff, Et.al. Insomnia symptoms, nightmare and suicide risk duration of leep disturbance matters. suicide life Threat Behav. 2014;43(2):139-149. doi:10.1111/sltb.12003.Insomnia.
39. Nardoff M, Nazem S, Fiske A. Insomnia Symptoms , Nightmares , and Suicidal Ideation in a College Student sample. *Sleep*. 2011;34(1):93-98.
40. Nadorff MR, Pearson MD, Golding S. Explaining the Relation between Nightmares and Suicide. 2016;12(3):2-3.
41. Noreika V, Valli K, Markkula J, Seppälä K, Revonsuo A. Dream bizarreness and waking thought in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2010;178(3):562-564. doi:10.1016/j.psychres.2010.04.034.
42. Cavallotti S, Castelnovo A, Ranieri R, Agostino AD. Stability of cognition across wakefulness and dreams in psychotic major depression. *Psychiatry Res*. 2014;216(1):31-36. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.033.
43. Sheaves B, Onwumere J, Keen N, Stahl D, Kuipers E. Nightmares in Patients With Psychosis: The Relation With Sleep, Psychotic, Affective, and Cognitive Symptoms. *Can J psychiatry*. 2015;60(8):354-361.
44. Limosani I, Agostino AD, Laura M, Scarone S. Bizarreness in dream reports and waking fantasies of psychotic schizophrenic and manic patients : Empirical evidences and theoretical consequences. *Psychiatry Res*. 2011;189(2):195-199. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.023.
45. Mota B, Furtado R, Maia PPC, Copelli M, Ribeiro S. graph analysis report is especially informative about psychosis. *Sci Rep*. 2014:1-7. doi:10.1038/srep03691.

46. Besiroglu L, Agargun MY, Inci R. Nightmares and terminal insomnia in depressed patients with and without melancholic features. 2005;133:285-287. doi:10.1016/j.psychres.2004.12.001.

47. Bernert RA, Kim JS, Iwata NG, Perlis ML. Sleep Disturbances as an Evidence-Based Suicide Risk Factor. *sleep Disord.* 2015;17:15. doi:10.1007/s11920-015-0554-4.

48. Legrand N, Guénolé F, Eustache F, Rauchs G. : Rêves et mémoire : revue de la littérature en neuropsychologie et neurosciences cognitives. *Rev Neuropsychol Neurosci Cogn Clin.* 2016;7(4)(December 2015). doi:10.1684/nrp.2015.0362.

---

## **Qu'en est-il de la place du rêve en psychiatrie aujourd'hui ?**

---

### **RESUME EN FRANÇAIS :**

L'objectif de cette thèse est d'évaluer la place actuelle du rêve dans la psychiatrie clinique et théorique. Pour répondre à cet objectif, deux méthodes ont été utilisées. D'abord une revue de la littérature sur PUBMED en Anglais associée à une étude des occurrences des mots dream et nightmare dans les DSM IV et V. Ensuite un sondage en ligne auprès de 513 confrères et consœurs sur leurs pratiques par rapport à cette question. Les résultats de l'étude des occurrences des mots Dream et Nightmare dans le DSM montrent que la sémiologie diagnostique du rêve est cantonnée à la clinique du traumatisme. Les résultats de la revue de la littérature semblent montrer qu'il y'aurait un intérêt clinique dans d'autres domaines comme l'évaluation du risque suicidaire, le dépistage précoce de décompensations psychotiques ou encore l'évaluation de l'humeur. L'enquête en ligne montre qu'environ deux tiers des psychiatres sondés explorent fréquemment la question du rêve et qu'un tiers ne l'explorent que rarement. Enfin, les jeunes psychiatres font remonter qu'il n'existe aucune formation spécifique sur la question ni aucune sémiologie en dehors du traumatisme. Les situations cliniques dans lesquelles cette question est fréquemment explorée sont celles du traumatisme, des troubles anxieux et dépressifs et des troubles du sommeil. Au vu de ces résultats, il semble que la clinique du rêve ait toujours sa place en psychiatrie mais que celle-ci pourrait possiblement être étendue à d'autres domaines que le traumatisme.

---

**TITRE EN ANGLAIS : What's about dream place in contemporary psychiatry ?**

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique**

---

**MOTS-CLÉS : rêve, cauchemar, psychiatrie, actuelle, clinique, revue de la littérature, sondage,**

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

**Directeur de thèse : Jean-Jacques Layani**