

Le trouble comportemental en *sommeil paradoxal*

Quand on agit ses rêves — un signal à ne pas ignorer.

Le trouble comportemental en sommeil paradoxal (TCSP, *REM Behavior Disorder* ou RBD) se manifeste par des **mouvements ou paroles parfois violents pendant les rêves**. Au-delà de l'inconfort immédiat, c'est aujourd'hui reconnu comme un **marqueur précoce** de certaines maladies neurodégénératives, qu'il est utile de repérer tôt pour organiser un suivi adapté.

AU SOMMAIRE

- 01 Reconnaître un TCSP
- 02 Pourquoi c'est important
- 03 Le diagnostic
- 04 Le traitement et le suivi
- 05 Sécuriser la chambre
- 06 Questions fréquentes

CHAPITRE 01

Reconnaître un TCSP

Le sommeil paradoxal devient « actif » alors qu'il devrait être totalement atone.

Normalement, pendant le sommeil paradoxal (la phase des rêves), tous les muscles du corps sont **complètement relâchés** — c'est une protection physiologique qui empêche d'agir nos rêves. Dans le TCSP, ce verrou disparaît partiellement.

Les manifestations typiques

- **Mouvements vifs** pendant les rêves : coups de poing, coups de pied, gestes amples.
- **Vocalisations** : cris, paroles, insultes, parfois rires.
- **Rêves vivants et souvent désagréables** (poursuite, agression, bagarre) — vous vous en souvenez en partie au réveil.
- **Surviennent en seconde partie de nuit** (le sommeil paradoxal est plus abondant entre 3 h et 7 h).
- Vous pouvez **vous blesser** en tombant du lit ou en heurtant les meubles, ou blesser votre conjoint(e).
- Cohérence avec le contenu du rêve : si vous donnez un coup, c'est typiquement contre un agresseur dans le rêve.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

À distinguer du somnambulisme

Le **somnambulisme** survient en sommeil lent profond (début de nuit), les yeux semblent ouverts, la personne marche, ne se souvient de rien. Le **TCSP** survient en sommeil paradoxal (fin de nuit), reste au lit ou tombe, est lié à un rêve dont la personne se souvient.

CHAPITRE 02

Pourquoi c'est important

Au-delà de la sécurité immédiate, le TCSP est un marqueur neurologique précoce.

L'enjeu à court terme

- Risque de **blessures** pour vous-même et votre conjoint(e).
- Sommeil **fragmenté** pour le couple.
- Conséquences sur l'humeur et la fatigue diurne.

L'enjeu à long terme

Le TCSP est aujourd'hui reconnu comme un **marqueur précoce** de certaines maladies neurodégénératives, en particulier de la **maladie de Parkinson** et de la **démence à corps de Lewy**. Les études de cohorte montrent qu'**environ 50 à 80 %** des personnes ayant un TCSP isolé développent une de ces maladies après 10 à 15 ans d'évolution.

À comprendre — sans dramatiser

Le TCSP **ne signifie pas** que vous allez forcément développer un Parkinson. Mais il justifie un **suivi neurologique régulier** (1 fois par an) pour dépister précocement d'éventuels signes — et permettre une prise en charge optimale si elle devient nécessaire. C'est un **avantage diagnostique**, pas une fatalité.

CHAPITRE 03

Le diagnostic

L'interrogatoire est très évocateur — la polysomnographie le confirme.

L'interrogatoire

Vous-même et votre conjoint(e) êtes les meilleurs témoins. Quelques questions clés permettent de soupçonner un TCSP :

- Avez-vous déjà l'impression d'agir vos rêves ?
- Votre conjoint(e) vous a-t-il/elle déjà vu(e) donner des coups, parler fort, vous lever brutalement pendant la nuit ?
- Vous êtes-vous déjà blessé(e) ou avez-vous blessé votre conjoint(e) la nuit ?
- Cela se produit-il en fin de nuit ?

La polysomnographie

Examen **indispensable** pour confirmer le diagnostic. Elle montre la **persistance du tonus musculaire pendant le sommeil paradoxal** (absence d'atonie REM), souvent associée à des manifestations motrices captées par les caméras vidéo de l'enregistrement. Elle permet aussi d'éliminer d'autres diagnostics (épilepsie nocturne, parasomnies du sommeil lent).

CHAPITRE 04

Le traitement et le suivi

Deux objectifs : protéger immédiatement, surveiller dans la durée.

Les traitements médicamenteux

- **Mélatonine LP 2 à 6 mg** au coucher — souvent efficace, bien tolérée, sans risque significatif. **1^{re} intention**.
- **Clonazépam 0,25 à 1 mg** au coucher — efficace mais avec des effets indésirables possibles (sommolence diurne, chutes, troubles de mémoire chez le sujet âgé). **2^e intention**.
- Identifier et corriger des médicaments aggravants (certains antidépresseurs sérotoninergiques, neuroleptiques).

Le suivi

- **Consultation neurologique annuelle** avec examen ciblé (tremblement, raideur, équilibre, marche, olfaction, troubles végétatifs).
 - Surveillance des éventuels signes annonciateurs : **perte de l'odorat** (souvent très précoce), **constipation chronique, troubles cognitifs débutants**.
 - Information sur la possibilité de participer à des cohortes de recherche (utile pour la science et permet un suivi spécialisé).
-

CHAPITRE 05

Sécuriser la chambre

Pendant que vous mettez en place le traitement, quelques mesures pratiques réduisent le risque de blessure.

- 01 **Éloigner les objets dangereux** : table de chevet sans lampe à pied, pas de verre d'eau en verre, pas d'objets durs à proximité.
- 02 **Matelas posé au sol** si les épisodes sont fréquents — supprime le risque de chute.
- 03 **Barrières de lit rembourrées** ou couvre-matelas épais sur les côtés.
- 04 **Coussins sur les angles** de mobilier proches du lit.
- 05 **Dormir séparément** du conjoint(e) temporairement si les épisodes sont violents — c'est souvent un soulagement pour les deux, et c'est temporaire.
- 06 **Pas d'animal de compagnie** dans le lit (risque mutuel).

CHAPITRE 06

Questions fréquentes

Les interrogations qui reviennent en consultation.

— Vais-je forcément développer un Parkinson ?

Non, pas forcément. Le risque est important (50-80 % après 10-15 ans dans les études), mais individuellement, certaines personnes restent indemnes toute leur vie. Surtout, un **diagnostic précoce** permet une prise en charge optimale si la maladie se déclare.

— Le traitement par mélatonine est-il efficace ?

Oui, dans 60 à 80 % des cas. La réduction des épisodes peut prendre 2-3 semaines. La dose se titre progressivement (2 mg, puis 4 mg, parfois 6 mg). Si insuffisante, on passe au clonazépam.

— Mon conjoint(e) doit-il dormir ailleurs ?

Pas obligatoirement, surtout si les épisodes sont rares ou peu violents. Si épisodes fréquents avec risque de blessure, le séparé temporaire peut être préférable. Vous reprendrez après stabilisation sous traitement.

— Puis-je continuer à conduire ?

Oui, le TCSP en lui-même ne contre-indique pas la conduite (les épisodes sont nocturnes). Si une somnolence diurne s'installe ou si des signes neurologiques apparaissent, cela peut changer — à réévaluer au cas par cas.

Notes personnelles

Observations, questions à poser, événements particuliers à signaler en consultation.

Le TCSP est moins une maladie qu'un signal — un signal qui ouvre la porte à un suivi attentif. Bien repéré et accompagné, il est compatible avec une vie normale.