

# SOMNOPHOBIE Peur du sommeil

*Phobie non officielle, non reconnue, non spécifique,  
non classifiée en tant que trouble anxieux défini dans le DSM-5 et la CIM-11  
DSM-5 Phobie spécifique de type maladie/blessure ou trouble anxieux  
CIM-11 6B03 — Phobie spécifique, ou 6B23 — Anxiété liée à la santé*

## Tout sur la somnophobie : quand le sommeil devient une source d'angoisse

Il y a ce moment précis où la lumière s'éteint, où le silence tombe... et où votre cœur, lui, s'emballe. Vous savez que votre corps a besoin de dormir, mais une autre partie de vous se met en alerte maximale, comme si fermer les yeux était dangereux, presque menaçant. Cette tension-là porte un nom : **la somnophobie**, ou anxiété du sommeil, une peur intense d'aller se coucher ou de s'endormir, qui peut ruiner des nuits entières et contaminer les journées qui suivent.

Ce trouble est encore méconnu, parfois minimisé, souvent confondu avec une "simple" insomnie, alors qu'il relève avant tout d'un **trouble anxieux centré sur le sommeil** et non d'un dysfonctionnement du sommeil lui-même. Pourtant, il affecte la santé mentale, le fonctionnement cognitif, les relations et, à force, l'estime de soi. La bonne nouvelle, c'est qu'on comprend de mieux en mieux ses mécanismes et qu'il existe aujourd'hui des prises en charge efficaces, issues des thérapies cognitivo-comportementales et de la recherche sur l'insomnie et les phobies spécifiques.

## En bref : somnophobie, ce qu'il faut savoir

- **La somnophobie** est une peur irrationnelle et persistante du fait de dormir ou de s'endormir, classée parmi les troubles anxieux, distincte de l'insomnie classique.
- Elle se manifeste par une *anticipation anxieuse* du coucher, des pensées catastrophistes ("je vais mourir pendant mon sommeil", "je vais refaire ce cauchemar"), des symptômes physiques (palpitations, sueurs, tremblements) et des stratégies d'évitement du sommeil.
- Elle est fréquemment associée à des expériences nocturnes négatives : cauchemars récurrents, terreurs nocturnes, paralysie du sommeil, apnées ou autres parasomnies.
- Sur le long terme, la privation de sommeil augmente les risques de dépression, troubles anxieux généralisés, problèmes cardiovasculaires et accidents du quotidien.
- Les approches les mieux étudiées sont les **thérapies cognitivo-comportementales**, le *CBT-i* (TCC de l'insomnie), l'exposition graduée, la psycho-éducation au sommeil et l'apprentissage de techniques de régulation émotionnelle.
- La prise en charge numérique (programmes en ligne de TCC pour l'insomnie) montre des réductions significatives de l'anxiété et des troubles de sommeil, avec des effets maintenus plusieurs mois.

**Message clé** : si vous redoutez le moment de dormir, que vous luttez pour rester éveillé ou que vos nuits sont dominées par la peur, il ne s'agit pas d'un "caprice du cerveau" mais d'un trouble anxieux *traitable* qui mérite une attention sérieuse et bienveillante.

**Comprendre la somnophobie : bien plus qu'une "peur du noir"**

### **Une phobie centrée sur le sommeil, pas sur le lit**

La somnophobie (ou **somniphobie**) se définit comme une **peur extrême, irrationnelle et persistante du sommeil** lui-même : dormir, s'endormir, "lâcher prise". La personne ne craint pas uniquement le noir, ni seulement la solitude, mais le fait d'entrer dans l'état de sommeil, avec tout ce qu'il représente symboliquement : perte de contrôle, vulnérabilité, risque de mort, possibilité de cauchemars ou d'événements corporels inquiétants.

Les spécialistes la rangent du côté des **troubles anxieux** et non parmi les simples troubles du sommeil : ce sont les pensées, les émotions et les comportements d'évitement qui posent problème, même si leurs conséquences se traduisent par un sommeil très dégradé. C'est une distinction majeure, car elle oriente vers des traitements centrés sur l'anxiété et les croyances, plutôt que sur une "panne" biologique du sommeil.

### **Une anxiété anticipatoire qui commence bien avant d'éteindre la lumière**

Dans la somnophobie, la panique ne surgit pas seulement au moment de poser la tête sur l'oreiller. Elle commence souvent des heures avant, sous la forme d'une **anxiété anticipatoire** : le cerveau "prévoit" déjà la nuit difficile, rejoue les pires scénarios, se souvient de la dernière attaque de panique au moment où vous glissiez dans le sommeil.

Cette anticipation active le système de stress : montée du cortisol, accélération du rythme cardiaque, respiration plus courte. Progressivement, le lit devient un stimulus de menace et non plus de repos. Le corps apprend alors à se mettre en alarme dès qu'il s'en approche, ce qui alimente un cercle vicieux : plus je redoute la nuit, plus je dors mal ; plus je dors mal, plus je redoute la nuit.

### **Somnophobie, insomnie, cauchemars : comment faire la différence ?**

Il est fréquent de confondre tout problème de sommeil avec une "insomnie", alors que la dynamique n'est pas la même. Dans l'insomnie chronique, la personne veut dormir mais n'y parvient pas, même si elle n'a pas forcément peur de dormir : la crainte porte plutôt sur l'idée de ne pas réussir à s'endormir et sur les conséquences de la fatigue le lendemain.

Dans la somnophobie, le cœur du problème est la **peur du sommeil en tant qu'expérience**. Cette peur peut certes provoquer des insomnies, mais le ressenti est différent : "je ne veux pas m'endormir" ou "je dois éviter de dormir" plutôt que "je voudrais dormir mais je n'y arrive pas". Les cauchemars récurrents, les terreurs nocturnes et la paralysie du sommeil jouent souvent le rôle de "déclencheurs" qui cristallisent cette peur.

ASPECT	SOMNOPHOBIE	INSOMNIE « CLASSIQUE »	CRISES DE CAUCHEMARS RECURRENTS
Phénomène central	Peur intense de dormir ou de s'endormir.	Difficulté à initier ou maintenir le sommeil, sans peur systématique du sommeil lui-même.	Rêves effrayants entraînant des réveils en sursaut.
Pensées typiques	“Je risque de mourir”, “je vais perdre le contrôle”, “je vais revivre l’horreur”.	“Je vais être épuisé demain”, “je ne tiendrai pas au travail”.	“Je ne veux pas refaire ce cauchemar”.
Comportement	Évitement du coucher, usage de stimulants, distractions à l’excès pour rester éveillé.	Temps passé au lit très long, ruminations dans le lit.	Réveils brutaux, peur de se rendormir juste après.
Catégorie clinique	Trouble anxieux (phobie spécifique centrée sur le sommeil).	Trouble du sommeil (insomnie).	Parasomnie (trouble lié au sommeil).

## Signes que votre rapport au sommeil n'est plus serein

### Symptômes émotionnels et cognitifs : quand la nuit se prépare dans la tête

Les personnes concernées parlent souvent d'un *compte à rebours* intérieur : plus l'heure tourne, plus la tension monte. On voit apparaître des pensées intrusives : “et si je ne me réveillais pas ?”, “et si je faisais un arrêt cardiaque dans la nuit ?”, “et si je refaisais cette paralysie du sommeil où je ne pouvais plus bouger ?”.

Ces pensées s'accompagnent souvent de ruminations sur les expériences passées : on rejoue mentalement le cauchemar, l'attaque de panique au moment de s'endormir, la sensation d'étouffement, la nuit blanche passée à surveiller sa respiration. À force, le lit devient un **lieu de menace symbolique** : un endroit où “il peut arriver quelque chose de grave”.

### Symptômes physiques : le corps en mode alarme au moment du coucher

Cette peur ne reste pas dans la tête : le corps se met à parler très fort. Parmi les manifestations fréquentes, on retrouve : palpitations, sensation d'oppression thoracique, respiration courte, sueurs, tremblements, nausées, vertiges, parfois impression de bouffées de chaleur ou de frissons.

Certains décrivent des **attaques de panique** déclenchées par le simple fait de s'allonger dans l'obscurité. Le paradoxe est cruel : plus on veut se calmer pour “bien dormir”, plus l'observation anxieuse de ses sensations physiques intensifie l'alerte interne, ce qui éloigne encore le sommeil.

## **Stratégies d'évitement : l'art de ne surtout pas dormir**

Face à cette peur, beaucoup développent tout un arsenal de stratégies : garder la lumière ou la télévision allumée, scroller sur le téléphone jusqu'à l'épuisement, multiplier les siestes diurnes pour réduire le temps de sommeil nocturne, consommer caféine ou autres stimulants pour rester éveillé.

Sur le moment, ces comportements donnent une impression de contrôle : "si je reste éveillé, il ne m'arrivera rien". À long terme, ils **désorganisent encore davantage le sommeil**, ce qui entretient la fatigue, la vulnérabilité émotionnelle et l'anxiété globale, créant un cercle auto-entretenu.

## **Pourquoi a-t-on peur de dormir ? Les racines psychologiques de la somnophobie**

### **Peurs existentielles : la mort, l'inconscience, la perte de contrôle**

La somnophobie est souvent liée à des **peurs existentielles** profondes. Le sommeil, parfois appelé "petite mort", confronte à l'idée de disparaître temporairement, de ne plus maîtriser ce qui se passe, de ne plus pouvoir surveiller son environnement ou ses sensations physiques.

Pour certaines personnes, la peur principale est : "je pourrais mourir dans mon sommeil". Pour d'autres, c'est la perspective de perdre totalement le contrôle : dire ou faire des choses inconscientes, faire des mouvements involontaires, ne pas pouvoir se défendre. Chez ceux qui ont déjà vécu un trouble cardiaque, respiratoire ou neurologique, cette peur peut se greffer sur une expérience bien réelle, amplifiée par l'anxiété.

### **Traumas nocturnes : cauchemars, paralysie du sommeil, événements médicaux**

La somnophobie apparaît fréquemment après un événement nocturne vécu comme traumatique : un cauchemar particulièrement violent, une série de terreurs nocturnes, une paralysie du sommeil avec hallucinations, une crise d'asthme ou d'apnée, un épisode de panique dans le lit.

Le cerveau associe alors **le moment de s'endormir** à ce souvenir traumatique. Par conditionnement, tout ce qui rappelle ce contexte (la chambre, l'obscurité, la position allongée, même une certaine heure sur le réveil) devient un déclencheur anxiogène. C'est ce qu'on observe aussi dans d'autres phobies spécifiques : par exemple, une seule attaque de panique dans un ascenseur peut suffire à déclencher une peur durable des ascenseurs.

### **Anxiété généralisée et perfectionnisme : quand la nuit devient le miroir de la journée**

Dans beaucoup de cas, la somnophobie ne surgit pas dans un vide psychique : elle s'inscrit sur un terrain d'**anxiété généralisée**, de ruminations, de perfectionnisme ou de stress chronique. Le coucher devient alors le moment où tout ce qui a été mis de côté dans la journée vient frapper à la porte de la conscience.

On observe aussi un phénomène très moderne : la performance du sommeil. Bien dormir est présenté comme une obligation de santé, un indicateur de "bonne gestion de soi". Pour une

personnalité très exigeante, l'incapacité à dormir "correctement" peut devenir une source d'auto-critique féroce, ce qui renforce la tension émotionnelle au moment du coucher.

## **Ce que le manque de sommeil fait au cerveau anxieux**

### **Un cercle vicieux bien documenté par la recherche**

Les études récentes sur les thérapies cognitivo-comportementales numériques pour l'insomnie montrent un lien fort : **améliorer le sommeil réduit aussi l'anxiété**, et une grande partie de la diminution des symptômes anxieux est médiée par la qualité du sommeil retrouvée. Dans de larges essais contrôlés, des programmes de TCC en ligne ont permis des réductions significatives des troubles d'insomnie, accompagnées de baisses modérées à importantes des symptômes anxieux, avec des effets maintenus plusieurs semaines après l'intervention.

Autrement dit, le manque de sommeil n'est pas seulement une conséquence de l'anxiété : il la nourrit. Moins on dort, plus l'amygdale (la zone cérébrale impliquée dans la détection de la menace) devient réactive, plus les circuits de régulation émotionnelle ont du mal à faire leur travail. Le cerveau privé de sommeil interprète davantage les événements comme menaçants, ce qui renforce les troubles anxieux, dont la somnophobie fait partie.

### **Fonctionnement quotidien : quand la nuit abîme le jour**

La fatigue chronique qui accompagne la somnophobie a un coût : difficultés de concentration, mémoire moins fiable, irritabilité, baisse de motivation, retrait social, accidents domestiques ou de la route plus fréquents. Les relations personnelles peuvent en souffrir : on se couche à des heures décalées, on évite les voyages ou les nuits chez d'autres, on devient plus susceptible ou émotionnellement fragile.

Sur le plan physique, une privation de sommeil durable est associée à une augmentation du risque de troubles métaboliques, d'hypertension, de problèmes immunitaires et de douleurs chroniques, ce qui peut lui-même entretenir un vécu d'alarme corporelle la nuit. On se retrouve alors dans un **réseau de rétroactions** où le corps fatigué renforce l'angoisse, et l'angoisse dégrade encore le sommeil.

### **Se reconnaître dans la somnophobie : scènes de vie typiques**

#### **Le scénario du "je rallume la lumière"**

Imaginez : il est 1h42. Vous avez éteint la lumière depuis à peine cinq minutes. D'un coup, votre cœur s'emballe, une sensation de chute interne, la pensée "ça recommence" qui surgit. Vous rallumez la lumière d'un geste brusque, comme si ce simple geste pouvait vous ramener à la surface. Vous restez assis sur le bord du lit, à fixer la pièce, en vous promettant : "la prochaine fois, je ne me laisserai pas surprendre". Ce schéma, répété nuit après nuit, est typique de l'anxiété du sommeil.

## **L'ado qui a peur de ne pas se réveiller**

Chez les adolescents, on rencontre souvent cette scène : un jeune qui multiplie les rituels avant de dormir, vérifie plusieurs fois son pouls, sa respiration, voire son téléphone "au cas où". Il confie parfois avoir lu sur internet l'histoire d'une personne morte dans son sommeil, et depuis, cette image s'est incrustée. Il tarde l'heure du coucher, regarde des vidéos jusqu'à l'épuisement, puis dort par petites tranches, peu récupératrices.

## **L'adulte qui a vécu un épisode nocturne traumatisant**

Une personne ayant fait une paralysie du sommeil avec hallucinations effrayantes peut développer une peur massive de s'endormir : revivre la sensation d'être conscient, mais incapable de bouger, avec la perception d'une présence dans la chambre, peut marquer durablement. Par peur de revivre l'expérience, elle va lutter contre le sommeil, parfois pendant des années.

## **Comment les cliniciens abordent la somnophobie aujourd'hui**

### **Une évaluation fine : sommeil, anxiété et événements déclencheurs**

En consultation, on commence par démêler plusieurs fils : **histoire de la peur du sommeil**, vécu actuel des nuits, contexte de vie, antécédents de troubles anxieux ou dépressifs, événements médicaux nocturnes, usage de substances (caféine, alcool, médicaments). L'objectif est de comprendre comment la peur s'est installée, quels sont les déclencheurs, les pensées dominantes, les comportements d'évitement et les tentatives de contrôle.

Les professionnels utilisent souvent des questionnaires validés sur l'insomnie, l'anxiété et la dépression, ainsi que des agendas de sommeil sur plusieurs semaines. Cela permet de distinguer une somnophobie d'une insomnie isolée, d'un trouble respiratoire du sommeil ou d'une parasomnie, qui peuvent demander des prises en charge complémentaires (comme un enregistrement du sommeil en centre spécialisé).

### **Le rôle des TCC : travailler sur les pensées, les émotions et les habitudes**

Les **thérapies cognitivo-comportementales (TCC)** occupent aujourd'hui une place centrale dans le traitement de la somnophobie et des troubles de sommeil anxieux. Elles visent à identifier les pensées anxieuses liées au sommeil, à les questionner, à les reformuler de manière plus réaliste, tout en modifiant progressivement les comportements qui entretiennent la peur (évitement, rituels de sécurité, horaires irréguliers).

Dans le cas de l'insomnie, la variante **CBT-i** (TCC de l'insomnie) intègre des techniques comme la restriction du temps passé au lit, l'éducation au rythme veille-sommeil, la consolidation du sommeil et des exercices de relaxation. Plusieurs essais cliniques montrent que ces approches réduisent significativement les symptômes d'insomnie, avec un impact positif simultané sur les symptômes d'anxiété et de dépression.

### **Stratégies thérapeutiques clés pour apaiser la peur du sommeil**

#### **L'exposition graduée : apprivoiser le coucher, étape par étape**

Pour une phobie, le cœur du travail est souvent l'**exposition graduée**. Avec un thérapeute, la personne construit une hiérarchie des situations liées au sommeil, du moins anxiogène au plus effrayant : rester quelques minutes dans la chambre en journée, s'allonger dans le lit avec la lumière allumée, éteindre la lumière quelques minutes, rester dans le noir plus longtemps, etc.

Chaque étape est répétée jusqu'à ce que l'anxiété baisse, tout en utilisant des techniques de régulation comme la respiration lente, l'ancrage sensoriel ou l'auto-parole apaisante. L'objectif n'est pas de forcer le sommeil, mais de **désapprendre l'association "lit = danger"** et de reconstruire la confiance dans la capacité du corps à plonger dans le sommeil sans catastrophe.

### **Reprogrammer les pensées catastrophistes**

Un travail spécifique vise les pensées du type : "si je dors, je vais mourir", "si je m'endors, je vais refaire exactement le même cauchemar", "si je ne contrôle pas tout, il va arriver quelque chose". Le thérapeute aide à repérer ces pensées, à les mettre noir sur blanc, puis à les confronter à la réalité : quelles preuves les soutiennent ? quelles expériences les contestent ? quels scénarios alternatifs existent ?

Petit à petit, la personne apprend à **répondre autrement** à ces pensées : non pas en les croyant d'emblée, ni en cherchant frénétiquement à les chasser, mais en les considérant comme des hypothèses du cerveau anxieux. Cette attitude plus souple diminue le pouvoir de ces pensées sur le système nerveux, ce qui facilite l'endormissement.

### **Les approches numériques et les programmes en ligne**

Les dernières années ont vu émerger des programmes de TCC pour l'insomnie et l'anxiété en format numérique, accessibles à distance et parfois auto-guidés. De grands essais randomisés montrent que ces programmes en ligne peuvent produire des effets comparables aux TCC traditionnelles sur l'insomnie, avec des améliorations significatives de l'anxiété et du fonctionnement quotidien.

Pour une personne souffrant de somnophobie, ces outils peuvent constituer une **porte d'entrée** rassurante pour commencer à travailler sur son sommeil, surtout lorsque la démarche de consulter en présentiel semble intimidante. Ils ne remplacent pas toujours un suivi personnalisé, mais offrent un premier cadre structuré pour comprendre ses nuits et expérimenter de nouvelles stratégies.

### **Somnophobie et médicaments : quelle place pour les traitements pharmacologiques ?**

#### **Anxiolytiques et somnifères : soulagement ponctuel, prudence nécessaire**

Les médicaments hypnotiques ou anxiolytiques peuvent apporter un soulagement ponctuel : ils réduisent l'intensité de l'angoisse ou facilitent l'endormissement, ce qui peut sembler précieux lorsque l'on est épuisé. Toutefois, les recommandations actuelles encouragent une utilisation prudente, limitée dans le temps, en raison des risques de dépendance, de tolérance et d'effets secondaires, notamment chez les benzodiazépines.

Du point de vue psychologique, s'appuyer uniquement sur un comprimé peut renforcer l'idée que "je ne peux pas dormir sans aide externe", ce qui entretient le sentiment d'incapacité personnelle. D'où l'intérêt de combiner, quand ils sont utilisés, ces médicaments avec un **travail psychothérapeutique** visant l'autonomie à moyen terme.

### **Autres pistes étudiées**

La recherche explore également la modulation pharmacologique de l'anxiété dans le cadre de thérapies d'exposition : certains travaux suggèrent que des molécules agissant sur le système de la peur peuvent, dans des protocoles précis, augmenter l'efficacité de l'exposition pour certaines phobies. Ces approches restent cependant spécialisées et ne constituent pas l'axe principal de traitement de la somnophobie.

Dans la pratique clinique courante, la priorité reste d'identifier d'éventuelles comorbidités (dépression, trouble panique, stress post-traumatique) et d'adapter le traitement à l'ensemble du tableau, plutôt que de viser uniquement le symptôme "peur de dormir".

### **Reprendre du pouvoir sur la nuit : pistes concrètes pour l'internaute**

#### **Ce que vous pouvez commencer à observer**

Avant même d'entamer un suivi, il peut être précieux de tenir un **journal de nuit** sur deux ou trois semaines : heures approximatives de coucher et de lever, moments où l'angoisse monte, pensées dominantes, comportements d'évitement, événements marquants (cauchemar, réveil paniqué, etc.).

Cette observation n'a pas vocation à contrôler le sommeil, mais à mieux comprendre le scénario qui se rejoue. Elle permet souvent de repérer des constantes : certaines heures déclenchent plus la peur, certaines images reviennent, certaines habitudes (comme rester sur les réseaux jusqu'au lit) amplifient l'état d'alerte.

#### **Quelques gestes qui peuvent aider à court terme**

Trois axes simples peuvent être explorés, sans se substituer à un accompagnement thérapeutique :

- **Réduire les signaux d'alerte artificiels** : limiter les écrans stimulants juste avant le coucher, la consommation de caféine et de nicotine en soirée, les contenus anxiogènes qui nourrissent la peur.
- **Créer un rituel de transition** : associer le moment du soir à des activités apaisantes répétitives (lecture douce, étirements, musique calme), pour envoyer un message de sécurité au système nerveux.
- **Travailler sur le rapport aux sensations** : plutôt que de surveiller son cœur avec panique, apprendre à sentir le corps dans sa globalité (contact du matelas, poids du corps, température), en se parlant de manière plus tendre : "je peux sentir que j'ai peur, et je peux rester là avec ça".

L'objectif n'est pas d'obtenir immédiatement "une bonne nuit", mais de changer progressivement de posture face au sommeil : passer d'un combat contre le sommeil à une tentative de rencontre plus respectueuse, pas à pas.

### **Quand et pourquoi demander de l'aide**

Il est temps de consulter un professionnel lorsque la peur de dormir dure depuis plusieurs semaines ou mois, qu'elle affecte le fonctionnement quotidien (travail, études, vie familiale), qu'elle vous conduit à des stratégies d'évitement risquées (conduire en étant très fatigué, multiplier les substances pour tenir) ou qu'elle réactive des pensées de désespoir.

Demander de l'aide n'est pas un aveu d'échec, mais un geste de **protection** envers soi-même. La somnophobie n'est pas une fatalité identitaire, ni une faiblesse de caractère : c'est un trouble anxieux installé autour d'une fonction vitale, que la psychologie contemporaine sait aujourd'hui traiter avec des approches structurées, nuancées et respectueuses de l'expérience de chacun.

© <https://psychologie-positive.com/tout-sur-la-somnophobie-anxiete-du-sommeil/>