



Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème

La qualité du sommeil chez les personnes âgées placées au foyer

**Etude clinique 05 cas au niveau du foyer des personnes âgées de
Bejaia**

Réalisé par :

BENOUARI Aicha

GUELMANI Bahdja

Encadré par :

GHOUS. Y

Juin 2019

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier le bon dieu le tout puissant de nous avoir donné courage et volonté pour achever ce travail.

Surtout un grand merci pour notre tuteur de mémoire Mr Ghouas de nous avoir accompagné tout au long de ce travail, avec un regard stimulant, rigoureux et avisé.

Nous remercions bien entendu les membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer ce modeste travail.

Nos vifs remerciements et nos gratitude pour le directeur du foyer d'accueil pour personnes âgées et/ ou handicapées de Bejaia.

Nos remerciements de même vont aussi à la psychologue clinicienne du foyer d'accueil des personnes âgées de Bejaia, qui nous a encadrés tout au long de notre pratique Mme Khelfane Djouhar.

Nos remerciements tout le personnel du foyer sans exception.

Sans oublier les personnes âgées du foyer d'accueil de Bejaia, qui ont acceptées de répondre à nos sollicitations.

Merci à tous ceux qui nous ont enseignées, durant notre cursus, sachez que nous vous serons reconnaissantes pour toujours.

Que tous ceux qui nous ont aidés, de près ou de loin, à mener à bout ce travail, trouvent ici l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

Dédicaces

La mémoire de ma mère, qui je ne pourrais jamais remercier assez et qui a gardé toujours une place dans mon cœur que Dieu l'accueille dans son vaste paradis.

Mon très cher affectueux père « vavayno » pour ses sacrifices et soutiens tout au long de ma vie.

Mes chères sœurs Razika, Nabila, Nassima, Fairouz, Hanane, selia et leurs familles.

Mes chers frères Fahem, Nadir et sa femme.

Ma belle-mère Fatima.

Mes neveux : Abid, Idir, Mahdi, Mohamed amine, et mohamed Islem.

Mes nièces : Biba, leticia, Aya, Sora, Noorel-hoda, Fareh, Ilina, yasmine, Romaissa, Melina, Sara et Céline.

Mon cher fiancé ; Amine pour son soutien.

Mon cher beau père, ma chère belle-mère, mes beaux-frères et mes belles sœurs.

Mes tantes, mes oncles, mes cousins, cousines ainsi que toutes leurs familles.

Ma collègue Aicha et à toute sa famille, pour toutes les épreuves et moments partagés ensemble je te remercie pour ta grande simplicité.

Toute la promotion psychologie clinique 2018-2019.

Tous ceux que j'aime.



Dédicaces

*Je dédie ce modeste travail à : À mes parents et mes beaux-parents,
Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont ils ne cessent de
me combler. Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon
éducation et mon*

Bien être.

*Ce travail est le fruit de vos sacrifices que vous avez consentis pour mon
éducation et ma Formation*

Que dieu vos procure bonne santé et longue vie.

*À celui que j'aime beaucoup et qui m'a soutenu tout au long de cette recherche :
mon mari Allal Seddik.*

*Et bien sûr À mes très chères sœurs et frères : Younes, Soufiane, Elyamine,
Zineb, Zakia, et Meryama, sans oublier mes belles-sœurs : Kahina, Nesrine, et
Yasmina.*

*Evidement à tous mes amies sans exception : Chahra, Ryma, Badria, Zakia. Et
ma binôme : Bahdja.*

*Et je le dédie surtout aux personnes âgées du foyer de Bejaia. Ainsi à tous mes
amie (s) de psychologie clinique.*

Aicha.



Sommaire

Introduction	1
---------------------------	---

Partie théorique

Problématique et hypothèses	4
------------------------------------------	---

Opérationnalisation des concepts	11
-----------------------------------------------	----

Chapitre I : le vieillissement

Préambule	15
-----------------	----

1. Définitions des concepts	15
-----------------------------------	----

1.1 Le vieillissement	15
-----------------------------	----

1.2 La vieillesse	15
-------------------------	----

1.3 La sénescence	16
-------------------------	----

1.4 La sénilité	16
-----------------------	----

2. Disciplines relatives aux sujets âgés	17
------------------------------------------------	----

2.1 La gérontologie	17
---------------------------	----

2.2 La gériatrie	17
------------------------	----

2.3 La psychologie du vieillissement	17
--------------------------------------------	----

2.4 La psychogérontologie	17
---------------------------------	----

2.5 La psycho-gériatrie	17
-------------------------------	----

2.6 La psychiatrie gérontologique	17
-----------------------------------------	----

2.7 La psychiatrie gériatrique	18
--------------------------------------	----

3. Les trois âges de la vieillesse	18
------------------------------------------	----

3.1 Troisième âge	18
-------------------------	----

3.2 Quatrième âge	18
-------------------------	----

3.3 Cinquième âge	18
-------------------------	----

4. Les types de vieillissement	18
--------------------------------------	----

4.1 Le vieillissement primaire	18
--------------------------------------	----

4.2 Le vieillissement secondaire	19
----------------------------------------	----

5. Les théories du vieillissement	19
-----------------------------------------	----

5.1 Les théories du vieillissement programmé	19
----------------------------------------------------	----

5.2 Les théories du vieillissement variable	20
---------------------------------------------------	----

6. Les formes de vieillissement psychologique	21
6.1 La sénescence de l'appareil nerveux central	21
6.2 La sénescence de la perception	23
6.3 La sénescence de la cognition	25
6.4 Le vieillissement psychoaffectif	26
6.5 Le vieillissement conatif	28
Conclusion du chapitre	29

Chapitre II : La qualité du sommeil

Préambule	31
1. Définition du sommeil	31
2. Physiologie du sommeil	32
2.1 Architecture du sommeil	32
2.2 Le cycle veille-sommeil	32
2.3 Le mécanisme d'endormissement	33
2.4 Modification physiologiques	33
3. Les formes du sommeil	33
3.1 Le sommeil lent	34
3.2 Le paradoxal	35
4. Le rôle du sommeil	35
5. Les troubles du sommeil	36
5.1 Insomnie	36
5.2 Les hypersomnies	52
5.3 Les troubles respiratoires au cours du sommeil	52
5.4 Narcolepsie	55
5.5 Parasomnie	57
5.6 Troubles du rythme circadien du sommeil	58
5.7 Les troubles moteurs liés au sommeil	58
6. Le sommeil chez la personne âgée	59
Conclusion du chapitre	60

Partie pratique

Chapitre III : la méthodologie de recherche

Préambule	63
1. Les raisons du choix du thème	63
2. La pré-enquête	63
3. L'enquête	64
4. Présentation de lieu de recherche	65
5. Présentation du groupe de recherche	66
6. La méthode clinique	67
6.1 L'étude de cas	67
7. Les outils d'investigations	68
7.1 L'entretien clinique de recherche	68
7.2 L'échelle de Pittsburgh (PSQI)	70
Conclusion du chapitre	71

Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule	73
1. Présentation et analyse des résultats	73
2. Discussion des hypothèses	91
Conclusion du chapitre	96
Conclusion	97

Liste bibliographique

Annexes

Liste des abréviations

- CIF : Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé
- DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- EEG : Electroencéphalogramme
- FPHA : Foyer des personnes âgées et/ou handicapées
- ICSD : International classification of sleep disorders
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Office national des statistiques
- PPC : Pression positive continue
- PSQI : Index du sommeil de Pittsburgh
- QDS : Qualité du sommeil
- SL : Sommeil lent
- SP : Sommeil paradoxal
- TCC : Théorie cognitive et comportementale

Liste des tableaux

Numéro du tableau	Le titre	Page
Tableau n°1	Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche	66
Tableau n°2	Les résultats de Rabah obtenu dans PSQI.	75
Tableau n°3	Récapitulatif du cas de Rabah.	76
Tableau n°4	Les résultats de Boualem obtenu dans PSQI	79
Tableau n°5	Récapitulatif du cas de Boualem.	79
Tableau n°6	Les résultats de Karim obtenu dans PSQI	82
Tableau n°7	Récapitulatif du cas de Karim.	83
Tableau n°8	Les résultats de Salah obtenu dans PSQI	86
Tableau n°9	Récapitulatif du cas de Salah.	86
Tableau n°10	Les résultats d'Omar obtenu dans PSQI	90
Tableau n°11	Récapitulatif du cas d'Omar.	90
Tableau n°12	Récapitulatif des résultats des cinq cas	95

Introduction générale

Introduction

La vie entraîne une succession de pertes : perte de l'enfance, perte de la jeunesse, etc. Avec l'avancée en âge, ces pertes sont plus nombreuses : perte du travail (retraite), perte du rôle familial, perte d'autonomie, perte de l'image de soi, perte d'idéaux non réalisés, perte de sommeil, etc.

Il faut d'emblée noter que le vieillissement n'est pas un mécanisme spécifique de la dernière partie de la vie. C'est une suite programmée et continue, qui débute dès la fécondation et qui va suivre plusieurs phases : le développement, la maturité et la sénescence.

Le vieillissement est un phénomène naturel et la résultante des effets, de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auquel est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la définition du vieillissement est la suivante : « processus de changement progressif dans les structures biologiques, psychologiques et sociales de l'individu ».

De nature, la vieillesse n'est pas exemptée des problèmes qui survenaient pendant les phases précédentes de la vie.

La vieillesse état physiologique, est en fait subjective et variable d'un individu à l'autre. La vieillesse n'est en aucun cas une maladie, mais représente un terrain propice pour le développement des maladies. La répercussion de ces maladies est plus importante chez le sujet âgé car leurs effets se surajoutent aux altérations dues au vieillissement.

La vieillesse reste encore à ce jour un fait inévitable qui fait partie de la vie et que la société doit apprendre à accepter.

Les personnes âgées peuvent être touchées par divers troubles mentaux qui peuvent affectés leurs développements tels que les troubles de l'humeur, troubles de sommeil, qui peuvent entraver le fonctionnement psychique de ces personnes.

Un tiers de notre vie est consacré au sommeil, qui fait partie des fonctions vitales de l'organisme, c'est un état naturel de suspension des activités conscientes, qui survient à intervalles réguliers. Il s'agit d'un comportement spontané, réversible, caractérisé par des périodes de diminution de l'activité motrice, de facilitation de la mémorisation et de discontinuité de l'activité mentale, et même c'est un besoin exprimé par tous les mammifères et presque tous les vertébrés. Il constitue un état physiologique qui se manifeste par une posture propice au repos du corps et du cerveau.

Le sommeil du sujet âgé évolue physiologiquement de manière qualitative et quantitative. En effet, il existe des modifications caractéristiques au niveau du cycle veille sommeil. Le sujet âgé se couche plus tôt et se lève également plus tôt. Cette avance de phase est physiologique et parfois aggravée par les conditions environnementales comme le mode de vie en institution. A ces modifications de cycles s'ajoute une transformation de la microarchitecture du sommeil qui tend à devenir moins profond. Ces modifications ne sont pas les seules explications de la plainte de sommeil du sujet âgé. En effet, la prévalence des pathologies du sommeil augmente avec l'âge. Leur diagnostic est d'autant plus complexe que les signes et symptômes sont modifier ou atténuer.

De jour en jour les personnes âgées sont confrontées à des situations dans lesquelles elles se trouvent délaissées par les membres de leurs familles, elles finissent parfois par quitter le seuil familial en envisageant l'entrer aux foyers d'accueil. Donc à domicile ou en institution les individus sont dans la nécessité de garantir un climat de vie agréable pour les personnes âgées, car ils leur permet de mieux vivre leurs dépendances.

Dans notre étude portée sur le thème « La qualité du sommeil chez les personnes âgées placées en institution », nous avons choisi comme terrain d'étude, le foyer pour personnes âgées et/ou handicapées (F.P.H.A) de Bejaia, qui répond aux objectifs de notre recherche. On a opté pour l'entretien semi-directif et l'échelle de Pittsburgh (Index de la qualité du sommeil de Pittsburgh PSQI), pour l'évaluation de la qualité du sommeil des personnes âgées.

Pour atteindre notre objectif, nous avons instauré un plan de travail qu'on a divisé en deux parties ; **la partie théorique** qui est subdivisée en deux chapitres : **le premier chapitre concerne le vieillissement** dans lequel on aborde des définitions sur le concept du vieillissement, les disciplines relatives aux sujets âgés, les trois âges de la vieillesse, les types du vieillissement, les théories du vieillissement, les formes du vieillissement psychologiques et enfin une petite conclusion de chapitre. **Le deuxième chapitre** qui est **la qualité du sommeil** dans lequel on aborde les définitions sur le concept du sommeil, la physiologie du sommeil, les formes du sommeil, le rôle du sommeil, les troubles du sommeil et le sommeil chez la personne âgée.

La partie pratique qui est composé de deux chapitres ; **méthodologique** où on donne les raisons du choix du thème, la pré-enquête, l'enquête, présentation de lieu et de groupe de recherche puis on expose nos outils de recherche utilisés. Ensuite dans **le deuxième chapitre** intitulé **présentation, analyse et discussion des hypothèses**, on présente les résultats obtenus, leurs analyses et la discussion des hypothèses enfin une conclusion de ce mémoire.

Problématique et hypothèses

L'être humain, avant même sa naissance et jusqu'au terme de sa vie, ne cesse de se développer, en passant par une succession de phases essentielles pendant lesquelles l'individu traverse différentes situations durant la période de vie, l'enfance, l'adolescence, l'adulte et la vieillesse.

La vieillesse est la dernière étape de la vie humaine, elle est désormais devenue une étape normale de l'existence. Cette dernière y était globalement valorisée, le fait même d'avoir atteint cet âge étant considéré comme «une chance» sinon un privilège. Ce que nous admirons chez ces vieillards, ce n'est pas la vieillesse, mais la sagesse, la beauté qu'ils conservent en dépit de leur grand âge.

L'entrée dans la vieillesse n'est pas corrélée à l'âge d'état civil et, de même que la prise de conscience du vieillissement, elle reste individuelle, subjective, brutale.

Henry et Comings décrivent la vieillesse comme « l'âge où l'individu prend de plus en plus de distance par rapport à une époque révolue et plus désirable de vie, soit la force de l'âge ou les années productrices » (Elizabeth, Hurlock, 1978).

Le sentiment de la vieillesse se définit par le mélange indiscernable d'une appréciation sociale et culturelle et d'une conscience de soi.

La vieillesse n'est en aucun cas une maladie, mais représente un terrain propice pour le développement des maladies, Au cœur de la vieillesse, la personne constate la lenteur progressive des gestes et des mouvements, la vulnérabilité aux maladies, l'altération de certaines parties et fonctions du corps. La répercussion de ces maladies est plus importante chez le sujet âgé car leurs effets se surajoutent aux altérations dues au vieillissement.

Le vieillissement est un processus hétérogène variable d'un individu à l'autre et d'un organe à l'autre. Chez la plupart des personnes, le vieillissement se traduit par une diminution des capacités maximales liée à la réduction des réserves fonctionnelles, responsable d'un état de fragilité. D'autres personnes même dans le grand âge, des capacités fonctionnelles optimales.

La question du vieillissement nécessite une perspective développementale de la « vie entière », puisque le vieillissement décrit l'avancée dans l'âge de la naissance à la mort. Il s'agit d'un processus qui renvoie à la fois à la décroissance et à la croissance.

Partout dans le monde, les gens vivent plus longtemps. Aujourd'hui pour la première fois dans l'histoire, la plupart des gens ont une espérance de vie supérieure à 60 ans. D'ici à 2050, on s'attend à ce que la population mondiale âgée de 60 ans et plus atteigne 2 milliards de personnes, contre 900 milliards en 2015. (OMS, 2017)

Selon les statistiques de l'Office national des statistiques (ONS, 2016), La part des personnes âgées dans la population de l'Algérie (60 ans et plus) a enregistré une légère progression, passant ainsi de 8,5% en 2014 à 8,7% en 2015 par rapport à 2014, avec un effectif de 3 484 000 personnes, dont plus de 511 000 sont âgés de 80 ans et plus. (Enquête d'O.N.S, 2016)

Vieillesse, vaste sujet tellement variable d'un individu à l'autre, la perception de sa vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle. Il suffit de regarder autour de nous pour constater aussi les grandes différences dans la façon dont les personnes âgées profitent de ces années. Evidemment l'âge chronologique ne veut rien dire car on sait que certaines personnes avancent en âge plus rapidement que d'autres.

Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive de capacités physiques et mentales et enfin le décès. Mais ces changements ne sont pas linéaires, ne répondent pas à une logique claire et n'ont que peu de rapport avec l'âge de la personne en années. Alors qu'à 70 ans, certaines personnes jouissent encore d'une très bonne santé et de solides capacités fonctionnelles et en besoin de beaucoup d'aide.

Le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du partenaire.

Selon Ploton (2005), « la prise de décision d'entrer en institution se fait souvent dans un contexte de crise », de problèmes familiaux, de séparation, une négligence ou un abandon à domicile.

L'entrée en « institution », représente, *a minima*, un tournant dans la vie de la personne âgée, souvent un véritable bouleversement, parfois un traumatisme. Et pour la famille, c'est une transformation des rapports au conjoint ou au parent, avec, le plus souvent, de nombreuses répercussions dans les relations pour et entre les membres du système familial (Donnio, 2005).

Paradoxalement, le premier espace familial en institution est la chambre de la personne âgée. Il s'agit bien sûr d'un espace personnel, mais tout autant d'une « création familiale » (Mallon, 2000).

Il y'a certes ceux qui vivent ce passage comme une expérience douloureuse, mais aussi ceux pour qui cette décision est perçue comme raisonnable et qui vivent la transition de manière beaucoup plus sereine.

Isabelle Mallon (2007); propose de comprendre l'entrée en institution comme un tournant biographique : ce serait un passage permettant d'établir une continuité entre son lieu de vie dans son domicile et une vie dans un cadre institutionnel : « ces continuités, matérielles, relationnelles, et symboliques, visent à réduire l'écart entre les deux univers et manifestent une anticipation, stratégique ou tactique, du vieillissement ».

L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets de vieillissement, qui s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des troubles tel que l'anxiété, la dépression, Alzheimer, la mémoire, et trouble du sommeil.

D'après la description de la vieillesse, le sommeil reste un trouble primordial qui touche la personne âgée vue qu'il représente plus d'un tiers de notre vie, il est déterminant pour la croissance, la maturation cérébrale, le développement et la préservation de nos capacités cognitives. Il est essentiel pour l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales et pour le maintien de notre température interne. Les besoins de sommeil diffèrent d'une personne à l'autre et d'un âge à l'autre.

Dans l'aube de l'humanité, le sommeil est considéré comme un état mystérieux, qui s'apparente à la mort, le dormeur étant immobile, apparemment inactif. Cependant, le mal moderne des pays industrialisés est le manque de sommeil nous savons que le manque répété de sommeil ou l'altération de sa qualité peut avoir des conséquences néfastes sur la santé.

Au fil de la vie, le sommeil se modifie, vieillir s'accompagne d'une évolution physiologique qui change l'organisation temporelle et la qualité de sommeil. Un des troubles les plus gênants est certainement les longues phases de réveil interrompant les cycles de sommeil et donnant l'impression d'une moindre qualité de sommeil.

Les caractéristiques du sommeil des personnes âgées sont statistiquement différentes de celles des sujets plus jeunes. Il existe une avance de phase, se traduisant par un coucher plus précoce (le coucher avant 21h et 2 fois plus fréquent chez les 65-74ans que chez les 45-64 ans) et un réveil lui aussi plus précoce.

Le sommeil des personnes âgées semble également plus fractionné, en raison de plus fréquents éveils nocturnes qui toucheraient 59% des plus de 75 ans et 48% des 65-74 ans.

L'insomnie est le trouble du sommeil le plus fréquent, c'est une plainte de santé et qui augmente avec l'âge.

L'insomnie des personnes âgées, s'accompagne moins fréquemment de retentissement diurne. Et pourtant elle peut constituer une véritable souffrance, surtout les personnes âgées souffrant de difficultés à se mobiliser ou d'isolement, ont souvent trop de temps libre à occuper, majorent donc leur sentiment d'ennui et d'inutilité. La

diminution du temps du sommeil peut donc être une source d'inquiétudes non négligeable chez les personnes âgées qui peuvent croire qu'elle est un signe de pathologie masquée.

La sieste est plus fréquente avec l'âge et s'accompagne d'une diminution du temps de sommeil nocturne avec un temps de sommeil total sur 24h qui reste stable.

De plus, une étude comparant la réaction à des éveils provoqués toutes les heures montre que les personnes âgées ont plus de difficultés que les sujets jeunes à enclencher un nouveau cycle de sommeil après un éveil brutal, d'où une plus grande vulnérabilité aux stimuli extérieurs pouvant causer des éveils nocturnes (Giraud, 2005).

La prise de médicaments chez certains sujets âgés rendent plus confuse la distinction entre rêve et réalité, majorant l'angoisse créée par les cauchemars. Le sommeil est parfois recherché par les personnes âgées pour s'échapper dans le monde onirique et éventuellement y retrouver des personnes décédés. Mais les rêves peuvent aussi devenir des cauchemars. La personne se réveille alors angoissé, épuisé, et ne peut se rendormir.

Selon Mellinger, Balter et Uhlenhuth 1985 ; au cours du processus de sénescence, plusieurs modifications sur le plan physiologique ont lieu. En effet, il est maintenant bien connu que la quantité et la qualité de sommeil diminuent avec l'âge. En ce sens de 12% à 25% des gens âgés de 65ans et plus rapportent des difficultés de sommeil sur une base régulière et chronique.

Selon Goldenberg 1991 ; chez les personnes âgées, le pourcentage de sommeil lent profond diminue et le sommeil paradoxal est plus court et plus fragmenté.

Selon Czeisler 1999 ; le sommeil est surtout sa structure, se modifie avec l'âge. Ce changement chez les personnes âgées s'accompagne de transformations au plan des rythmes circadiens. Plus précisément la phase circadienne de la température du corps.

Selon Floyd 2002 ; une relation négative entre vieillissement et l'efficacité du sommeil a été observée. Egalement, les personnes âgées ont des réveils plus fréquents et plus long pendant la nuit, et passent plus souvent d'un stade de sommeil à un autre, ce qui se traduit par une efficacité de sommeil réduite.

Selon Arbus et Cochen 2010 ; malgré le fait que les personnes âgées se couchent plus tôt, il est rapporté qu'elles prennent plus de temps à s'endormir, surtout après les réveils nocturnes.

Dans notre recherche, on a adapté l'approche cognitive et comportementale car elle repose sur les cognitions, comportements et émotions qui vont nous permettre de mieux comprendre le ressenti des personnes âgées vis-à-vis leur sommeil, et les facteurs pouvant favoriser une insatisfaction vis-à-vis de celui-ci, puisque notre étude portant sur la qualité de sommeil des personnes âgées placées en institution.

Pour effectuer notre recherche nous avons estimé d'utiliser un guide d'entretien et une échelle qui mesurent la qualité de sommeil des personnes âgées, pour répondre à nos questionnements et à vérifier nos hypothèses afin d'atteindre l'objectif principal de notre étude de recherche. En parallèle avec la revue de la littérature, nous avons réalisé une pré- enquête qui s'est effectué au foyer d'accueil des personnes âgées « Sidi-Ouali » à Bejaia, afin de mesurer la qualité et la quantité de sommeil, en essayant de décrire leurs états psychologique et émotionnel et leurs réactions vis-à-vis leurs admission au foyer.

A partir de ce nous avons énoncé ci-dessous, notre but de répondre à nos questions qui seront formulés de la manière suivante :

Question principale:

-Quelle est la nature de la qualité du sommeil chez la personne âgée placée en institution ?

Questions partielles :

1/ Est ce que la nature de la qualité du sommeil des personnes âgées placées en institution est mauvaise ?

2/ Est ce que le mauvais état psychologique a un effetsur la qualité du sommeil de la personne âgée placée en institution?

3 / Est ce que la mauvaise qualité du sommeil affecte-t-elle l'état psychologique de la personne âgée placée en institution ?

Les hypothèses : notre réflexion nous permet de supposer que :

Hypothèse principale

- La nature de la qualité du sommeil des personnes âgées placées en institution est bonne ou mauvaise.

Hypothèses partielles

1/ Oui, la nature de la qualité du sommeil des personnes âgées placées en institution est mauvaise.

2/ Le mauvais état psychologique influence négativement sur la qualité du sommeil de la personne âgée placée en institution.

3/ La mauvaise qualité du sommeil influence négativement sur l'état psychologique de la personne âgée placée en institution.

Définition et opérationnalisation des concepts

1. Définition et opérationnalisation de la personne âgée :

Une personne concéder âgée à partir de l'âge légal de départ de la retraite, soit 65ans. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, cette limitation devient aberrante et une grande hétérogénéité apparait. (Ph, Foulon. 2016).

Dans notre recherche de la personne âgée est :

- L'âge avancé plus de 65ans
- Les rides
- La dépendance
- La fragilité
- Tremblements

2. Définition et opérationnalisation du sommeil :

Etat physiologique périodique de l'organisme pendant lequel la vigilance est abolie et la réactivité aux stimulations amoindrie. (P, Maire 2014).

- Besoin vital
- Envie de dormir
- Aller se coucher
- Se mettre au lit
- Repos.

3. Définition et opérationnalisation de la qualité du sommeil :

Fonctions mentales qui produisent le sommeil naturel donnant lieu au repos physique et mentale optimal et à la relaxation. (CIF, 2001, p.53)

La qualité du sommeil peut être bonne qualité du sommeil ou mauvaise qualité du sommeil :

Bonne qualité de sommeil :

- Heures suffisantes du sommeil
- Une personne bien reposée
- Avoir une bonne mine
- Etre actif vigilant
- Prendre soin de sa santé.

Mauvaise qualité du sommeil :

- Dette du sommeil
- Difficulté à s'endormir
- Fatigue et faiblesse
- Maux de tête
- Difficulté à se concentrer.

Partie théorique

Chapitre I
Le vieillissement

Préambule

Il faut d'emblée noter que le vieillissement n'est pas un mécanisme spécifique de la dernière partie de la vie. C'est une suite programmée et continue, qui débute dès la fécondation et qui va suivre plusieurs phases : le développement, la maturité et la sénescence.

Dans ce chapitre, on va voir le vieillissement, la vieillesse, les types qui caractérisent la personne âgée et aussi les différentes disciplines relatives aux sujets âgés, les modifications qui peuvent toucher la personne âgée, ainsi que les théories et les formes du vieillissement.

1. Définitions

1.1 Le vieillissement

Selon le dictionnaire de la psychologie, le vieillissement est un effet normal de l'âge sur les différentes fonctions psychologiques et organiques tendant, quoique d'une manière fort inégale selon les sujets et les fonctions, à une baisse des performances et capacités. Ce déclin peut commencer après la seconde décennie de la vie. On a suggéré un effet de l'âge sur les organes des sens et les organes locomoteurs, mais ces effets, dits périphériques, semblent moins importants que les effets sur le système nerveux central. (Moal, 2005.)

Selon l'OMS c'est un phénomène planétaire. La population des soixante ans ou plus est celle qui augmente le plus vite. Il reflète une amélioration de la santé et des conditions socio-économiques mais il s'accompagne aussi de difficultés particulières auxquelles tous les pays devront faire face. Il est essentiel de préparer les soignants et les sociétés à répondre aux besoins des personnes âgées. (Selon l'Organisation Mondiale de la Santé).

1.2 La vieillesse

Selon le Grand Dictionnaire de la Psychologie, Dernière période de la vie, correspondant à l'aboutissement normal de la sénescence. Le terme s'oppose parfois à

celui de sénilité, qui en serait l'aspect pathologique. Mais il fait bien reconnaître que l'extrême vieillesse apparaît et va s'aggraver plus ou moins vite selon les individus.

L'OMS retient le critère d'âge de 65 ans et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, ce qui revient à entrer dans la vieillesse à 55-60 ans. Pour le calcul des taux d'équipements des services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans est pertinent. Enfin, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans. La perception de sa vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle.

D'après les deux définitions le vieillissement est un ensemble de transformation qui touche la dernière période de la vie. Celui-ci se marque par des changements physiologique et psychologique sur la personne.

1.3 La sénescence

Est un état qui commence chez l'homme à la fin de l'âge adulte, à l'issue de la maturation, avec l'involution des fonctions physiologique conduisant au vieillissement.

C'est un processus biologique normal qui se produit en fait dès la fin de la période de croissance, mais que ne devient perceptible que lorsque les diverses fonction et la plupart des aptitudes ont subi un certain déclin.

1.4 La sénilité

C'est l'affaiblissement simultané des capacités psychique et mentales dû à la vieillesse.

La sénilité est l'exagération des processus normaux du vieillissement. Elle n'a pas d'âge précis, variant d'un individu à un autre sous l'influence de facteurs héréditaires et personnels, elle se manifeste sur le plan psychique, par une inertie intellectuelle, des difficultés typiques à fixer durablement des souvenirs et des acquisitions nouvelles.(Bloch, 2011, p.834-834)

2. Disciplines relatives aux sujets âgés

2.1 La gérontologie :

C'est l'étude de la vieillesse et du vieillissement, elle regroupe l'ensemble des disciplines qui intéressent le vieillissement. Ainsi on retrouve la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, la biologie, et la démographie.

2.2 La gériatrie :

« La branche de la médecine concernée par le vieillissement, soulignent la nécessité de mettre en place des services répondant aux besoins particuliers de cette population qui augmente d'année en année. » (Papadlia, 2009, p. 389).

2.3 La psychologie du vieillissement:

C'est une branche de la psychologie du développement, son objectif est de comprendre les changements survenus avec l'âge au niveau de la cognition et de nos capacités intellectuelles. La psychologie du vieillissement ne s'attache pas à étudier la cognition dans une tranche d'âge particulière, elle examine le développement de la cognition au cours de la vie adulte (Lopez, 2008.p8)

2.4 La psychogérontologie:

La psychogérontologie ou la psychologie gérontologique est la science qui cherche à décrire, à expliquer, à comprendre et à modifier les comportements et conduites du sujet qui vieillit et /ou qui est vieux (Richard, 2004, p.03).

2.5. La psycho- gériatrie

La psycho-gériatrie est la discipline qui s'intéresse essentiellement à la psychologie du patient âgée et de la pratique soignante de l'âge avancé. C'est un chapitre non seulement de la psychogérontologie, et donc de la psychologie de l'âge avancé, mais aussi de la psychologie médicale (Richard, 2004, p.03).

2.6. La psychiatrie gérontologique :

C'est une unité de diagnostic et de traitement de personnes âgées présentant des troubles psychiques, admises pour un séjour de durée illimitée. C'est un service spécialisé situé de préférence à l'hôpital psychiatrique général et qui garantit des soins

psychiatriques multidisciplinaires 24h/24. Ce service peut également être reconnu en hôpital général s'il s'inscrit dans la programmation des services gériatrique (Godderis, 1992, p. 557).

2.7. La psychiatrie gériatrique :

C'est la discipline qui vise à élaborer et à utiliser dans un but thérapeutique un corps de connaissance, celui de la pathologie mentale de l'âgé, s'appliquant aux affections psychiques, qui apparaissent, se prolongent ou réapparaissent dans la vieillesse. Elle s'appuie essentiellement sur le concept de maladie mentale (Tison, 2003, p.06)

3. les trois âges de la vieillesse

3.1 Troisième âge : ou les « séniors », terme utilisé par de nombreux gérontologues pour désigner les personnes âgées de 60 et 75ans (Bee, 2003, p. 413)

3.2 Quatrième âge : ou les « aînés », terme utilisé par de nombreux gérontologues pour désigner les personnes âgées de 75 et 85ans, ou un déclin plus rapide des fonctions cognitives et physique (Bee, 2003, p. 413)

3.3 Cinquième âge : ou « grand âge », terme utilisé par de nombreux gérontologues pour désigner les personnes âgées de 85ans et plus. Marqué par des processus souvent accélérés de perte d'autonomie et de grande fragilité (Bee, 2003, p. 413)

4. Les types de vieillissement

4.1 Le vieillissement primaire :

Concerne les modifications qui rendent le fonctionnement des organismes moins performant au fil des années et qui les conduisent naturellement à la mort. (Rouzo, 2008, p. 19).

Le vieillissement primaire désigne un processus graduel et inévitable de détérioration du corps qui commence tôt dans la vie et poursuit au cours des années, indépendamment de ce que fait la personne. (Papalia, 2010, p. 389)

4.2 Le vieillissement secondaire

Résulte, par contre, de maladies, de mauvais traitements ou encore d'autres facteurs qui sont plus ou moins sous le contrôle de la personne. Si certains facteurs, comme la classe sociale des parents ou la longévité des grands-parents, échappent à ce contrôle, d'autres facteurs, tels que la consommation d'alcool ou de tabac, la pratique d'exercices physiques ou l'indice de masse corporelle, sont davantage sous la responsabilité de la personne elle-même. (Papalia, 2010, p. 389)

5. Les théories du vieillissement

Deux courants théoriques tentent d'expliquer pourquoi les fonctions vitales se détériorent lors du processus de sénescence : les théories du vieillissement programmé et les théories du vieillissement variable.

5.1 Les théories du vieillissement programmé

Les théories du vieillissement programmé soutiennent que le processus de sénescence est génétiquement programmé, c'est-à-dire que des gènes particuliers « s'éteignent » avant que les pertes dues à l'âge (telles que la diminution de la vision, de l'audition ou du contrôle moteur) ne deviennent évidentes. Minime avant 60 ans, cette influence génétique augmenterait avec l'âge et serait probablement due à plusieurs variantes de gènes rares, chacune ayant de menus effets. On sait maintenant qu'une de ces variantes génétiques, l'APOE2, dont nous reparlerons plus loin ; protège contre les troubles cardiovasculaires et la maladie d'Alzheimer, alors que d'autres variantes augmentent le risque de développer ces maladies.

Selon **la théorie endocrinienne**, l'horloge biologique agirait grâce aux gènes qui contrôlent les changements hormonaux. Avec l'âge, cette activité hormonale déclinerait, entraînant alors la perte de la force musculaire et l'atrophie des organes. Une autre théorie soutient enfin que certains gènes seraient impliqués dans l'affaiblissement du système immunitaire, qui déclinerait avec l'âge ce qui rendrait le corps vulnérable aux maladies infectieuses. (Charlotte, 2010)

5.2 Les théories du vieillissement variable

Les théories du vieillissement variable voient le vieillissement comme étant le résultat de processus aléatoires qui varient d'une personne à une autre. Ainsi la plupart de ces théories attribuent le vieillissement à des dommages causés par des erreurs dues au hasard dans les systèmes biologiques ou par des attaques environnementales contre ces systèmes.

Selon **la théorie du vieillissement par l'usure** ; les cellules perdraient au fur et à mesure du vieillissement leur capacité de se reproduire et de réparer ou remplacer les parties endommagées. Les agents stresseurs internes et externes pourraient aussi aggraver ce processus.

Pour sa part **la théorie des radicaux libres** mettent l'accent sur le rôle néfaste des radicaux libres, c'est-à-dire des agents oxydants non métabolisés. Ceux-ci s'accumuleraient naturellement avec l'âge, mais également à la suite de l'exposition à des oxydants contenus, par exemple dans certains aliments ou dans la population atmosphérique, et causeraient des dommages aux cellules. L'action des radicaux libres a ainsi été associée, entre autres, à l'arthrite, à la cataracte, au cancer et aux troubles neurologiques comme la maladie de Parkinson.

De son côté, **la théorie de l'auto-immunité** avance que le système immunitaire peut devenir « confus » avec l'âge et libérer alors des anticorps s'attaquant aux cellules de son propre organisme. Ce dysfonctionnement serait responsable de certaines maladies associées au vieillissement. Enfin, **la théorie du taux de vie** suggère que le corps ne peut travailler indéfiniment, plus il travaille vite, plus il utilise de l'énergie et plus vite il s'use. Selon elle, ce serait donc la vitesse du métabolisme ou de l'utilisation de l'énergie qui déterminerait la durée de la vie.

Toutes ces théories ont des implications pratiques. En effet, si l'être humain est génétiquement programmé pour vieillir à un certain rythme, il n'y a pas grand-chose à faire pour retarder ce processus, sauf essayer de modifier les gènes en question. Par contre, si le vieillissement est variable, il peut être influencé par des facteurs externes

tels qu'un mode de vie sain. Le vieillissement n'est pas une maladie : c'est un processus naturel propre à tous les êtres vivants.

Par ailleurs, ces différentes théories contiennent certainement une part de vérité, les facteurs environnementaux et ceux liés au mode de vie peuvent interagir avec les facteurs génétiques et déterminer combien de temps une personne va vivre et dans quel état. Leonard Hayflick(1974) a constaté que des cellules humaines conservées en laboratoire ne se renouvellent qu'une cinquantaine de fois. Ce phénomène, qui porte le nom de **Limite d'Hayflick** (1981), serait contrôlé génétiquement et impliquerait que la durée de la vie humaine est biologiquement limitée elle aussi. Hayflick a ainsi estimé cette limite à environ 110 ans.

Pourtant, une série de recherches prometteuses inspirées de la théorie du taux de vie montrent qu'une réduction radicale de l'apport en calories (incluant cependant tous les nutriments nécessaire) permettrait de prolonger la vie de presque toutes les espèces animales sur lesquelles on l'a testée. De plus, une recension de quinze années de recherches suggère que la restriction calorique peut avoir des effets bénéfiques sur le vieillissement humain et l'espérance de vie. (Papalia, 2010)

6. Les formes de vieillissement psychologique

6.1 La sénescence de l'appareil nerveux central

Les modifications du système nerveux consécutives au vieillissement sont identifiées de façon variable en fonction des chercheurs, tant en ce qui concerne leur prise en compte que l'importance qui leur est accordée.

6.1.1 Des modifications morphologiques

Les différentes structures cérébrales changent d'aspect, les méninges devenant par exemple plus opaques et les ventricules cérébraux modifiant leur volume en se dilatant. On observe un élargissement des sillons du cortex cérébral et une altération des vaisseaux cérébraux. Celle-ci entraîne une réduction de la capacité des vaisseaux à se dilater et donc à s'adapter aux besoins de l'organisme. (Charlotte, 2010)

6.1.2 Une dépopulation neuronale

On observe une diminution significative du nombre de neurones avec l'âge. Cela ne touche pas tous les types de neurones et affecte davantage certaines zones que d'autres. L'aire du cortex la plus touchée est le lobe temporal (plus de 15 % de perte entre 25 et 80 ans) qui joue notamment un rôle capital dans le rappel des souvenirs.

6.1.3 Une raréfaction dendritique

En parallèle à la perte neuronale, on observe une atrophie des corps cellulaires et une raréfaction des dendrites touchant certaines zones. Ces modifications altèrent le fonctionnement du réseau neuronal, et tout particulièrement la neurotransmission chimique au niveau de la synapse. Ces altérations ont un lien avec les troubles dysthymiques, c'est-à-dire les modifications à connotation de perte ne doivent pas faire oublier que des processus de compensation semblent se mettre en place jusqu'à environ 90 ans. L'absence de compensation s'apparenterait au passage de la sénescence à la sénilité. La sénilité caractérise l'affaiblissement du corps et de l'esprit et elle est considérée comme une conséquence fréquente du vieillissement.

6.1.4 Une modification du nombre de cellules non nerveuses

Des cellules non nerveuses, appelées « glies », se développent de façon significative. Cet accroissement peut être assimilé à une recherche de compensation de la dépopulation neuronale.

6.1.5 Une dégénérescence neurofibrillaire

On appelle « dégénérescence neurofibrillaire » la dégénérescence interne du corps cellulaire du neurone. Ce type de dégénérescence très variable est identifié chez plus de 60% des sujets de plus de 70 ans, et correspond le plus souvent à un envahissement du corps cellulaire par des filaments anormaux, qui pourront avoir une expression pathologique dans la maladie d'Alzheimer. (Charlotte, 2010)

6.1.6 Une apparition de plaques séniles

Les plaques séniles sont des accumulations qui apparaissent entre les corps cellulaires et possèdent une structure sphérique. Leur diamètre va de 30 à 300 microns (un micron correspond à un millième de millimètre. Ce type de dégénérescence est identifié chez plus de 70 % des sujets de plus de 70 ans.

6.1.7 Une diminution de la neuroplasticité

Le terme de neuroplasticité désigne la possibilité inhérente à un neurone d'opérer un renforcement dendritique. C'est-à-dire de renforcer l'efficacité de son fonctionnement. Ce phénomène a été qualifié de « croissance de l'arborisation dendritique ». La diminution des capacités d'apprentissage.

6.2 La sénescence de la perception

La perception se définit comme la « prise de conscience sensorielle d'objets ou d'événements extérieurs qui ont donné naissance à des sensations plus ou moins nombreuses et complexes ». On constate, au fil des années, un vieillissement général des capacités sensorielles. Mais la sénescence ne touche pas nécessairement tous les sens et ne les affecte pas de la même manière.

6.2.1 Les cinq sens

- **La vision** : plusieurs modifications physiologiques entraînent des troubles de la vision, dont les plus fréquents sont la diminution ou la perte de l'acuité visuelle, des modifications dans la perception des couleurs, une baisse dans la capacité d'adaptation aux stimuli visuels et la perception d'éléments parasites.
- **L'audition** : il s'agit d'un des sens les plus touchés par la sénescence. Au niveau des troubles de l'audition, on constate le plus souvent une presbycusie, c'est-à-dire une atteinte dans la perception des sons aigus, un gêne dans un environnement bruyant et une atteinte dans la perception des consonnes. (Charlotte, 2010)

On voit également apparaître des acouphènes, qui correspondent à la perception de sifflements ou de bourdonnements dans l'oreille. Des vertiges peuvent se manifester en lien avec le vieillissement des systèmes labyrinthique et vestibulaire.

- **L'olfaction**

Ce sens est assez peu touché par la sénescence et il fait rarement l'objet de plaintes chez le sujet âgé. Certains troubles physiques se manifestent néanmoins au niveau du conduit nasal, avec des sensations de sécheresse ou d'écoulements.

- **Le gout**

On constate souvent une hypoguesie, c'est-à-dire une diminution de la sensibilité au salé et au sucré (tandis que l'amer et l'acide demeurent bien nuancés). Il n'est pas rare de rencontrer une sécheresse ou une acidité buccale, ainsi qu'un trouble de la déglutition, pouvant entraîner des « fausses routes » (salives ou aliments avalés dans le conduit respiratoire).

- **Le toucher**

Ce sens est de loin le moins affecté par la sénescence jusqu'à un âge très avancé. Généralement on constate une simple baisse de sensibilité à la pression au niveau de la main.

6.2.2 Autres facteurs de perception touchés

- **Le nociception**

Le nociception correspond à la perception de la douleur et possède donc une grande importance adaptative (ne pas laisser sa main sur quelque chose de brûlant, etc.). On rencontre parfois chez le sujet âgé une forte baisse de la perception de la douleur, qui se présente sous la forme d'un retard ou d'une diminution. Celle-ci ne touche pas tous les individus et demeure bien indépendante de la tolérance psychique à la douleur.

- **La thermo-régulation**

C'est un aspect important de la sénescence : on observe un abaissement de la température corporelle de la personne âgée d'environ 1° à 5° c par rapport à un

adulte d'âge moyen. il y a une baisse dans la production et la conservation de la chaleur, qui explique à la fois la fréquence des plaintes relatives à la sensation de froid chez les personnes âgées et le risque important de mortalité en cas de déshydratation dans des périodes de très fortes hausses de la température ambiante.

- **L'équilibre**

L'équilibre connaît également d'importantes perturbations dont l'origine est très liée aux troubles auditifs et visuels. Une sensation d'inconfort dans les mouvements et les vertiges peuvent se rencontrer dès 40ans. Le risque de chute augmente après 60ans, du fait d'une accentuation des oscillations.

6.3La sénescence de la cognition

On désigne généralement par le terme « cognitif » tout ce qui relève des processus permettant à un organisme d'acquérir des informations sur lui-même et sur son environnement, afin d'établir des attitudes et des comportements.

Lorsqu'on évoque la notion de vieillissement cognitif, on se réfère principalement à l'évolution de la capacité de l'individu à produire des opérations logiques, notamment réalisées sur des représentations symboliques.

6.3.1La mémoire

On observe précocement (dès 30 à 50ans) une altération sur le plan verbal de la mémoire explicite (qui permet le stockage et le rappel de données à travers un effort de concentration), et sur le plan non verbal de la mémoire implicite (qui ne relève pas de l'intention).

C'est la mémoire épisodique qui est la plus touchée, celle qui sert au rappel d'événements biographiques, notamment dans leurs coordonnées temporelles-spatiales.

La mémoire sémantique, qui sert à la connaissance du monde, est relativement protégée. Le déclin mnésique ne touche pas ou peu la mémoire de travail, qui sert à la mémorisation d'actions en cours. (Charlotte, 2010)

6.3.2Le raisonnement

Les performances globales diminuent de manière continue en matière de raisonnement déductif. Cette baisse est d'autant plus frappante lorsque le sujet est confronté à la résolution de problèmes complexes, le raisonnement inductif étant particulièrement affecté par la sénescence.

6.3.3Le langage

On observe une diminution des performances dans l'utilisation active du lexique. L'essentiel des modifications ne survient généralement qu'après 70 ans et se caractérise, entre autres : par une baisse des capacités de dénomination et l'altération de la fluence du langage.

6.3.4L'attention

L'attention divisée, qui désigne la capacité à sélectionner des informations significatives au sein d'un flux de messages sensoriels, apparaît nettement touchée par le vieillissement. L'attention concentrée, elle est plus préservée. Les stratégies valorisent alors davantage la précision, aux dépens de la rapidité et de la souplesse.

6.3.5Les apprentissages

On observe une chute généralisée des capacités d'apprentissage dans la sénescence. Celle -ci est due au ralentissement des processus du traitement de l'information qui résulte de la baisse des performances de l'attention et du travail de la mémoire.

6.4Le vieillissement psychoaffectif

On qualifie de « psychoaffectif » tout processus mental faisant intervenir l'affect. C'est -à-dire ce qui relève des sentiments et des émotions.

Le vieillissement place la personne en situation de remaniements psychoaffectifs, puisqu'il la confronte à la réalité de la perte d'une manière qui engage pleinement le rapport à soi et au monde. (Charlotte, 2010)

6.4.1 Les deuils

- **Le deuil d'objet**

Le deuil d'objet correspond au travail qui s'effectue après la perte d'un être cher. Il ne possède pas chez la personne âgée de caractéristique propres par rapport au deuil d'un sujet plus jeune. Mais du fait de l'avancée de son vieillissement, la personne âgée est plus directement confrontée à la représentation de sa propre mort et possède moins de possibilités d'effectuer des réinvestissements affectifs.

- **Le deuil de l'identité sociale**

Le deuil de l'identité sociale se pose de façon cruciale lors d'étapes clés comme l'accès à la retraite ou une maladie entraînant une soudaine dépendance. Alors que le sujet occupait une place et des activités qui le valorisaient socialement et faisaient partie intégrante de son identité, il se retrouve dépossédé. Découvrant que l'on n'a plus le même besoin de lui, il doit faire évoluer sa position sociale, ce qui s'avère souvent difficile.

- **Le deuil du moi**

Il correspond à la prise en compte de la mort. Il se fait progressivement, afin que le sujet intègre la réalité de sa prochaine disparition, tout en gardant des investissements qui maintiennent son intérêt dans la vie. Ce deuil s'effectue généralement en deux temps : un détachement puis un réinvestissement, qui passera par l'autre, si cela est possible.

6.4.2 L' « agism »

L' « agism », ou « agisme » (ou encore « agéisme ») désigne toute forme de discrimination fondée sur l'âge. Il se résume aisément dans des phrases du quotidien, souvent adressées aux personnes vieillissantes quand elles se plaignent : « Vous avez mal quelque part ? C'est normal, c'est l'âge ! » (Charlotte, 2010)

6.4.3L'infantilisation

Cette attitude se manifeste dans des paroles ou des comportements qui retirent à la personne âgée son statut d'adulte et la ramène de fait à celui d'enfant. Cela passe par des aspects très subtils, comme la façon simplifiée, bêtifiante, de s'adresser au sujet, ou la restriction de ses activités.

6.4.4La gérontophobie

C'est la peur irrationnelle de tout ce qui se rapporte au vieillissement ou à la vieillesse. Cette attitude entraîne des comportements négatifs qui vont de l'indifférence ou mépris, voire au rejet. Il peut s'agir d'un refus de prendre en compte les spécificités de la personne âgée ou de conduites défensives de surprotection.

6.5Le vieillissement conatif

La conation s'apparente à la notion de motivation et désigne le besoin de faire et l'impulsion déterminant un acte. Les troubles de la conation sont une donnée fréquente en gérontologie, au point que l'on assiste parfois à une banalisation de l'image du vieillard absorbé dans ses pensées et différant son activité.

Il est possible de distinguer une série de traits caractérisant la démotivation, comme le désintérêt, la fatigue ou la perte de l'anticipation et de l'initiative. Il faut également relever la perte de la capacité à réinvestir, la négligence de soi et/ou d'autrui, le manque d'envies, le repli sur soi et la sidération affective.

On reconnaît une grande part psychosociale et familiale à l'origine des troubles de la conation. Une prise en charge psychothérapeutique de la personne âgée peut rapidement conduire à des améliorations. (Charlotte, 2010, p.188-194)

Conclusion

La notion de vieillissement décrit une ou plusieurs modifications fonctionnelles diminuant progressivement l'aptitude d'un objet, d'une information ou d'un organisme à assurer ses fonctions

Sans oublier la situation mentale dans laquelle ces personnes âgées vivent qui est en état de perturbation à cause des conflits de génération et des troubles psychiques qui touchent cette tranche d'âge, une personne âgée a tout à fait besoin de soutien familial afin de ressentir qu'il est en toute sécurité dans le but de pouvoir vivre en bon état morale et physique.

Chapitre II

La qualité du sommeil

Préambule

L'état de veille alterne régulièrement avec l'état de sommeil. L'homme éveillé entretient des rapports sensoriels avec son environnement qui sont partiellement suspendus pendant son sommeil.

Ce dernier est généralement perçu comme un état de repos pour le corps et pour l'esprit. On dit couramment que l'on a sommeil pour exprimer sa fatigue et le besoin d'aller se coucher.

Dans ce chapitre, on va se focaliser sur le sommeil qui a été de nombreuses fois étudiés; dans cette présente recherche on va voir les différentes formes de sommeil, le rôle du sommeil dans la vie de l'être humain ainsi que les principaux troubles du sommeil.

1. Définition du sommeil

Etat physiologique, périodique et réversible, caractérisé essentiellement par la réduction de l'activité, le relâchement du tonus musculaire et la suspension temporaire de la conscience éveillée. Le sommeil s'accompagne d'une récupération physiologique et psychique. Il dure, en moyenne, de six à neuf heures et est rythmé par le « synchroniseur » « jour et nuit ». (Sillamy, 1980)

Selon Michel Jouvét, le sommeil est une « diminution réversible naturelle et périodique de la perceptivité du milieu extérieur avec conservation d'une réactivité et conservation des fonctions végétatives ».

Le sommeil est un comportement qui occupe le tiers de notre temps et qui s'inscrit dans un rythme, le rythme veille sommeil. Ce rythme est mis en place au cours de l'enfance par l'intermédiaire de la relation parents /enfant et doit être préservé au cours du vieillissement. Les modifications de notre rythme de vie rendent en partie compte de la très nette augmentation de la plainte sommeil en médecine générale, pédiatrie et gérontologie. (Tranchant, Azulay, 2012).

2. Physiologie du sommeil

2.1 Architecture du sommeil : Le sommeil de l'adulte est découpé en cinq phases qui constituent un cycle de quatre-vingt-dix minutes en moyenne. Chaque cycle se répète, plus ou moins à l'identique, quatre à six fois par nuit. Les quatre premiers stades de chaque cycle correspondent au sommeil lent (SL) et le dernier au sommeil paradoxal (SP).

2.2 Le cycle veille-sommeil : L'alternance de la veille et du sommeil est possible grâce à deux processus : le processus circadien et le processus homéostatique.

- **Le processus circadien :** Il dépend de l'horloge biologique qui se base sur notre processus circadien (c'est-à-dire un rythme biologique de vingt-quatre heures). Cette horloge se situe dans le noyau suprachiasmatique de l'hypothalamus et est régulée par cette partie du cerveau. Elle possède deux propriétés fondamentales :

- son activité suit une rythmicité endogène proche de 24 heures,
- des synchronisateurs externes permettent de la remettre à l'heure. Le principal est la lumière.

Elle contrôle de nombreuses fonctions de l'organisme dont l'activation du sommeil et la sécrétion de mélatonine. Cette dernière est synthétisée par la glande pinéale et est appelée hormone du sommeil. Sa sécrétion commence une à deux heures avant le coucher et ses niveaux sont presque nuls une à deux heures après le réveil.

- **Le processus homéostatique :** Le système homéostatique du sommeil correspond au besoin de sommeil (ou pression de sommeil). Ce dernier augmente au cours de la journée et disparaît après une nuit de sommeil. Il permet l'endormissement. Le principal acteur responsable de ce phénomène est l'adénosine, molécule provenant du métabolisme cérébral. Elle s'accumule pendant la journée et inhibe alors les structures d'éveil au

moment où son taux devient suffisant. Son taux diminue ensuite au cours du sommeil pour atteindre un seuil bas au moment du réveil.

2.3 Le mécanisme d'endormissement : Le sommeil est régulé grâce à deux bascules principales : la bascule veille/sommeil qui contrôle l'endormissement et la bascule sommeil lent/sommeil paradoxal. Ces deux processus induisent alors une activation du cortex cérébral et déclenchent l'éveil.

2.4 Modifications physiologiques : L'architecture du sommeil évolue durant la vie d'une personne.

Chez le nourrisson, le cycle est constitué de deux phases qui se répètent : le sommeil calme et le sommeil agité. Le rythme circadien n'est pas mis en place et le rapprochement vers l'architecture d'un sommeil adulte se fait progressivement. Les besoins en sommeil évoluent aussi au fur et à mesure : 16 heures chez le nouveau-né, 15 heures chez le bébé de quatre mois et 14 heures à huit mois.

La progression vers le sommeil adulte a lieu jusqu'à l'âge de cinq ans. La diminution des siestes se met en place et le sommeil paradoxal est plus présent que chez l'adulte.

Vers dix ans, on note une diminution du besoin de sommeil et un abandon des siestes.

Chez l'adolescent, le besoin de sommeil est important, mais en période scolaire il ne dort pas assez. Cette perte de sommeil est alors récupérée pendant les périodes de vacances grâce au lever plus tardif.

Enfin chez la personne âgée, la qualité du sommeil diminue et la fragmentation du sommeil est plus importante avec des réveils fréquents et des changements rapides de stades. (Hucher, 2017)

3. Les formes du sommeil

Ils sont distingués grâce à la polysomnographie. Le sommeil est ainsi divisé en sommeil paradoxal et sommeil lent, lui-même formé de 4 stades : le stade 1 et 2 qui

composent le sommeil lent léger, et les stades 3 et 4 qui correspondent au sommeil lent profond.

3.1 Le sommeil lent (sommeil à ondes lentes) : apparait essentiellement dans la première moitié de la nuit. Il semble avoir pour fonction primordiale la restauration active des fonctions métaboliques. Des activités très importantes se réalisent durant le sommeil à ondes lentes, telles que la libération de l'hormone de croissance, qui va stimuler la synthèse des protéines. (Bloch, 2002).

L'endormissement et le sommeil lent sont caractérisés par la fermeture des paupières, l'absence de mouvements corporels et une respiration calme et régulière. La fréquence cardiaque, le tonus musculaire et la température centrale diminuent progressivement. Les enregistrements EEG permettent de distinguer plusieurs stades de sommeil lent associés au niveau de plus en plus élevé du seuil d'éveil. (Billiard, Dauvilliers, 2005).

3.1.1 Le sommeil lent léger : caractérisé par un ralentissement de l'activité électrique cérébrale associé à des fuseaux de fréquence 12 à 18 Hz et à quelques ondes lentes.

3.1.2 Le sommeil lent profond : pendant lequel les ondes lentes (0,5-4,5Hz) de haut voltage (300 μ V) ou ondes delta sont majoritaires ; d'où les différentes appellations de sommeil à ondes lentes, sommeil lent (SL) ou sommeil synchronisé. (Billiard, Dauvilliers, 2005).

Le stade 1 : se caractérise à l'électroencéphalogramme par des ondes thêta de bas voltage de 2 à 7 cycles par seconde qui se diffusent à tout le scalp. Il correspond à l'endormissement, et s'accompagne de mouvements oculaires lents et d'un tonus musculaire légèrement plus faible que lors de la veille.

Le stade 2 : se caractérise par un rythme thêta s'accompagnant de bouffées d'activités de 12 à 14 Hertz, durant au moins une demi-seconde, appelées fuseaux de sommeil ou spindles. On y trouve aussi des complexes K, qui sont des éléments discontinus formés d'une onde négative aiguë suivie d'une onde positive lente, durant aussi une demi-

seconde au moins. Il représente 50% du sommeil total, et correspond à un sommeil léger.

Le stade 3 : comprend 20 à 50% d'ondes lentes delta de fréquence inférieure ou égale à 2 par seconde, et mesurant au moins 75 μ V pic à pic. Il représente 10% de la durée totale de sommeil.

Le stade 4 : se définit comme contenant plus de 50% d'ondes lentes delta de haut voltage. Durant ce stade, comme durant le stade 3, le tonus musculaire est plus faible que lors de la veille, et s'accompagne de mouvements oculaires rares et lents. Le sommeil lent participe à la récupération, et est augmenté après un effort physique. (Giraud, 2005).

3.2 Le sommeil paradoxal : à l'état de sommeil lent succède un autre état très différent, associant des activités toniques, c'est-à-dire persistant pendant toute la durée de cet état, et des activités phasiques, isolées ou groupées, survenu de manière aléatoire. C'est un sommeil profond car les seuils auditifs d'éveil sont très élevés. (Billiard, Dauvilliers, 2005, p19).

Phase de sommeil survenant périodiquement et caractérisé par une activité électroencéphalographique désynchronisé, rapide et d'amplitude faible, par une hypotonie musculaire, avec vasoconstriction généralisée du territoire vasculaire correspondant, et la présence de mouvements oculaires rapides. (Bloch, 2002).

4. Le rôle du sommeil

La durée de sommeil optimale recommandée par l'American Academy of Sleep Medicine est de 7 à 8 heures chez le sujet âgé de 18 à 60 ans. Diverses études ont constaté qu'une restriction de la durée de sommeil, qu'elle soit liée au mode de vie (volontaire ou imposé, par exemple un travail de nuit) ou due à une pathologie (syndrome d'apnée du sommeil, insomnie etc.) peut avoir un impact sur la santé. Les effets sont divers selon les études : augmentation du risque de diabète, d'obésité, d'hypertension artérielle, de maladies cardiovasculaires, baisse des taux circulants de testostérone et d'hormones thyroïdiennes, altération de la sécrétion pulsatile de

l'hormone de croissance. La privation prolongée de sommeil peut également entraîner la survenue d'hallucinations, de convulsions, une instabilité émotionnelle, voire l'apparition de troubles psychotiques.

Le sommeil joue un rôle important dans la mémorisation et l'apprentissage. Les souvenirs mémorisés sont consolidés par une période de sommeil. C'est même l'alternance du sommeil paradoxal avec le sommeil à onde lente qui semble important. Il joue également un rôle dans la plasticité cérébrale. Il permet d'optimiser les performances cérébrales en jouant sur le nombre et le renforcement de certaines connexions synaptiques. Ceci permettrait de consolider la mémoire à long terme.

Enfin le sommeil a également un rôle de clairance en favorisant l'élimination de déchets neurotoxiques produits par l'activité neuronale lors de la veille et qui s'accumulent dans le tissu interstitiel cérébral. (Damien Vassalo, 2004).

5. Les troubles du sommeil

5.1 Insomnie

L'insomnie est une plainte pouvant prendre différents aspects – trouble de l'initiation du sommeil, trouble du maintien du sommeil, réveil précoce ou sommeil non réparateur -, auxquels sont associées les conséquences diverses rapportées à ce mauvais sommeil, fatigue, troubles de la vigilance et de la concentration, atteinte des performances, nervosité, maladresse, etc. L'insomnie est extrêmement fréquente mais paradoxalement mal connue, mal investiguée et souvent mal traitée. (Billiard, Dauvilliers 2005).

5.1.1 Définition de l'insomnie :

Etymologiquement, le terme « insomnie » signifie absence de sommeil. Mais il n'existe pas d'insomnie à proprement parler. En moyenne, les « insomniaques » ont un temps total de sommeil et une stabilité de sommeil moindres que les « les bons dormeurs », mais avec un très large recouvrement entre les deux groupes, de telle sorte qu'individuellement la structure du sommeil ne permet pas de différencier un « insomniaque » d'un « bon dormeur ».

La définition est donc purement subjective. Il y a insomnie quand le sujet ressent son sommeil comme difficile à obtenir, insuffisant ou non récupérateur.

Il n'y a par conséquent aucun examen complémentaire de confirmation diagnostique : les examens complémentaires et, notamment, les enregistrements polygraphiques au cours du sommeil n'ont d'intérêt que pour la recherche d'une étiologie particulière.

On différencie deux types d'insomnie : les insomnies transitoires ou occasionnelles et les insomnies chroniques qui posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques très différents. (Behin, Blond, Broussolle, 2005, p207)

Selon les critères diagnostiques du DSM-5 pour l'insomnie :

- A. Une plainte prédominante d'insatisfaction par rapport à la quantité ou la qualité du sommeil, associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants :
 1. Difficulté à initier le sommeil. (Chez les enfants, sans l'intervention de la personne qui en prend soin.)
 2. Difficulté à maintenir le sommeil, caractérisée par des réveils fréquents ou des problèmes à se rendormir après des réveils. (Chez les enfants, sans intervention.)
 3. Réveil matinal avec incapacité de se rendormir.
- B. La perturbation du sommeil est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération dans les domaines social, professionnel, scolaire, universitaire, comportemental, ou un autre domaine important du fonctionnement.
- C. La difficulté de sommeil se produit au moins 3 nuits par semaine.
- D. La difficulté de sommeil est présente depuis au moins 3 mois.

- E. La difficulté de sommeil se produit en dépit de la possibilité adéquate de sommeil.
- F. L'insomnie n'est pas mieux expliquée par, et ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble du sommeil (par exemple, la narcolepsie, un trouble du sommeil lié à la respiration, un trouble veille-sommeil du rythme circadien, une parasomnie).
- G. L'insomnie n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue, un médicament).
- H. Des troubles mentaux et des conditions médicales coexistants n'expliquent pas adéquatement la plainte prédominante d'insomnie.

Le « trouble d'insomnie » peut être :

- épisodique : les symptômes durent depuis au moins 1 mois, mais moins de 3 mois.
- persistant : les symptômes durent depuis 3 mois ou plus.
- récurrent : deux (ou plus) épisodes dans l'espace de 1 an.

L'insomnie aiguë et à court terme (symptômes qui durent depuis moins de 3 mois, mais autrement conformes à tous les critères à l'égard de la fréquence, de l'intensité, de la détresse, et/ou de l'incapacité) est diagnostiquée comme « autre trouble de l'insomnie spécifié ».

À titre illustratif, la difficulté à initier le sommeil est définie par une latence subjective du sommeil supérieure à 20-30 minutes, et la difficulté à maintenir le sommeil par un temps subjectif éveillé après endormissement supérieur à 20-30 minutes. Bien qu'il n'y ait pas de définition standard du réveil tôt le matin, ce symptôme implique l'éveil au moins 30 minutes avant l'heure prévue et avant que le temps de sommeil total ait atteint 6 1/2 heures.

Environ un tiers des adultes signalent des symptômes d'insomnie, 10 % à 15 % voient leurs capacités diminuées pendant la journée, et 6 % à 10 % ont des symptômes qui répondent aux critères du « trouble d'insomnie ». (DSM-5, 2013).

Différences avec le DSM-IV

Le DSM-5 apporte quelques modifications aux critères diagnostiques de l'insomnie par rapport à ceux du DSM-IV. Le concept de « sommeil non réparateur » a été retiré du critère A et le « réveil précoce matinal » a été ajouté. Le critère d'une fréquence minimale de 3 nuits par semaine a été ajouté et la durée minimale est passée de 1 mois à 3 mois. La distinction entre insomnie primaire et secondaire a été abolie.

5.1.2 Epidémiologie

Malgré l'hétérogénéité des méthodes de recueil utilisées, un certain nombre de résultats méritent d'être rapportés. D'après une enquête publiée en 1985, portant sur 3161 sujets des deux sexes, âgés de 18 à 79 ans, 35 % se disaient atteints d'insomnie, 17% le vivant comme un problème sérieux et 18% comme un problème mineur. D'après une enquête de la société Gallup publiée en 1991 et menée auprès de 1950 hommes et femmes âgés de plus de 18 ans, 36% souffraient d'insomnie, dont 27% de façon occasionnelle, et 9 % de façon chronique. Enfin dans une étude récemment réalisée en France par téléphone, à l'aide d'un système expert (Sleep-EVAL system), auprès de 5622 sujets âgés de 15 ans et plus, une insomnie était trouvée dans 18,6% de l'échantillon et 30% de ces sujets rapportaient avoir des difficultés d'endormissement, près de 75% un sommeil perturbé par des éveils et un réveil très précoce le matin, et environ 40% un sommeil non restaurateur. Entre 7 et 10% des sujets insomniaques ont recours à la prise de médicaments inducteurs de sommeil, le plus souvent sur base quotidienne. La fréquence de l'insomnie augmente avec l'âge, un tiers environ des sujets de plus de 65 ans ont une insomnie rapportée comme plus ou moins continue. La plainte d'insomnie est une fois et demie plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais le sommeil est de plus mauvaise qualité chez l'homme, sans doute en partie à cause de problèmes respiratoires liés au sommeil. Le trouble de l'initiation du sommeil est plus une caractéristique du sujet jeune, et le trouble du maintien du

sommeil du sujet d'âge moyen ou élevé. Un nombre élevé de sujets insomniaques ne s'en ouvrent jamais à leur médecin. Dans l'enquête de la société Gallup, 69% des sujets indiquant avoir des troubles du sommeil n'en avaient jamais parlé à leur médecin, 26% lui en avaient parlé à l'occasion d'une visite pour un autre motif et 5% seulement l'avaient consulté spécifiquement pour ce trouble. (Billiard, Dauvilliers, 2005, p.111).

5.1.3 Les types d'insomnie

Il existe 2 types d'insomnie, classées suivant leur durée d'évolution : l'insomnie transitoire et l'insomnie chronique.

5.1.3.1 L'insomnie transitoire :

L'insomnie transitoire fait partie de la vie normale : il est normal de voir son sommeil perturbé pendant quelques jours dans certaines circonstances. La difficulté tient au fait qu'une insomnie occasionnelle risque de se pérenniser ; l'intervention médicale doit surtout chercher à prévenir ce risque.

C'est une perturbation du sommeil en rapport avec des causes occasionnelle réversibles, telle que :

- une mauvaise hygiène de sommeil ;
- des facteurs environnementaux : niveau sonore, climat, altitude... ;
- un stress psychique : contrariété, deuil, contraintes... ;
- un stress physique : contrainte liée à une affection physique, douloureuse, par exemple;
- un phénomène de rebond à l'arrêt d'un traitement tranquillisant ou hypnotique ;
- une prise aiguë de toxiques.

A la disparition de la cause occasionnelle, le sujet retrouve un sommeil normal. Mais quelquefois, la situation peut se chroniciser, avec mise en place d'un cercle vicieux qui constitue ce qu'il est convenu d'appeler une insomnie persistante primaire. (Behin, Blond, Broussolle, 2005, p.207)

On distingue six sous- types :

- **Insomnie d'ajustement** : Il s'agit d'un épisode d'insomnie aiguë, transitoire, liée à un stress auquel le patient doit s'adapter. Elle peut s'étendre de quelques jours à trois mois. Elle disparaît généralement lorsque le facteur de stress déclencheur a disparu. Sauf si le patient a déjà mis en place des comportements inadaptés qui vont favoriser le passage à la chronicité. C'est pour cette raison qu'il est primordial de détecter et de prendre en charge rapidement ces insomnies aiguës. Le traitement repose généralement sur la gestion du facteur déclenchant, la réassurance du patient, l'application des mesures d'hygiène du sommeil qui favorisent le sommeil et le recours éventuel, sur la plus courte période possible et à la dose la plus faible d'un hypnotique. (Moreau, 2010, p. 13)
- **L'insomnie liée à une hygiène du sommeil inadéquate** : L'insomnie est liée à des habitudes incompatibles avec le maintien d'une bonne qualité de sommeil et d'un niveau d'éveil normal le jour. Le dénominateur commun de ce type d'insomnie est l'effet délétère sur le sommeil de comportements dépendant de l'individu. Ces comportements sont de deux types, ceux qui augmentent le niveau d'éveil et ceux interfèrent avec le maintien du sommeil. Parmi les premières on retient l'excès de café de tabac et d'alcool, l'activité physique et intellectuelle intense à l'approche du coucher, et parmi les seconds, un temps excessif passé au lit, des variations trop amples des horaires de veille et de sommeil, des siestes diminuant le besoin de sommeil. L'insomnie par mauvaise hygiène du sommeil est souvent un diagnostic secondaire dans d'autres formes d'insomnie. Elle est susceptible d'entraîner des troubles de l'humeur, des troubles de la

concentration et de la vigilance, de la fatigue et/ou de la somnolence. (Billiard, 2005, p.115)

- **Insomnie liée à des facteurs de l'environnement :** Il peut s'agir d'une modification de facteurs environnementaux (litterie, bruit, lumière, température), voir d'un changement d'environnement (nuit à l'hôtel ou hospitalisation). (Giraud, 2005)
- **Insomnie de rebond :** À l'arrêt d'un traitement hypnotique, peut entrer dans cette catégorie. Il se caractérise par la diminution de la durée du sommeil et une mauvaise qualité du sommeil (même pire qu'avant le traitement médicamenteux). (Tribolet et Shahidi, 2005)
- **Insomnie liée à un stress physique :** Elle se développe pour différentes raisons : répercussions sur le sommeil des symptômes propre à ces maladies; atteinte des mécanismes du sommeil dans certaines troubles neurologiques ; anxiété, voir humeur dépressive engendrées par ces maladies (Billiard, 2005, p. 115).
- **Insomnie d'altitude :** elle peut être liée à l'hypoxie, au froid, au stress ou à l'inconfort. L'insomnie s'associe souvent à d'autres symptômes (fatigue, anorexie, palpitations...) (Billiard, 2005, p. 115).

5.1.3.2 L'insomnie chronique :

L'insomnie chronique constitue un véritable problème, étiologique et surtout thérapeutique. On différencie les insomnies chroniques secondaires avec comorbidité d'origine physique, d'origine psychique et l'insomnie chronique primaire sans comorbidité (insomnie persistante primaire). (Behin, Blond, Broussolle, 2005)

A. Les insomnies chroniques secondaires avec comorbidité

- **L'insomnie chronique d'origine physique :** Certaines dyssomnies : mouvements périodiques du sommeil, impatience des membres inférieurs à

l'éveil, syndrome d'apnées du sommeil sont plus souvent responsables de somnolence diurne, d'autres étiologies sont le plus souvent facilement identifiées :

- pathologies douloureuses ou inflammatoires, notamment cancéreuses et rhumatismales ;

- maladies neurologiques (parkinson, démences, etc.) ;

- toxiques (alcool entre autres). (Behin, Blond, Broussolle, 2005, p.208).

- **L'insomnie chronique d'origine psychique** : On pourrait lister ici presque toutes les affections psychiatriques :

-les troubles thymiques :

- dépression : l'insomnie est une plainte précoce du dépressif, souvent associée à une clinophilie (il « se réfugie » dans son lit) ;
- état maniaque, avec une difficulté d'endormissement et une diminution du temps de sommeil dont le patient ne se plaint pas habituellement ;

-les troubles anxieux : une des causes les plus importantes de difficulté d'endormissement ;

-les psychoses : l'insomnie se voit surtout lors des épisodes féconds, dont elle est d'ailleurs un signe précoce ;

-les démences où il y a une « inversion du rythme nyctéméral » avec somnolence diurne et éveil nocturne. (Behin, Blond, Broussolle, 2005).

B. L'insomnie chronique primaire sans comorbidité

- **L'insomnie persistante primaire :**

C'est l'insomnie «maladie», appelée aussi insomnie « psychophysiologique ». C'est aussi la forme la plus fréquente. Le diagnostic de d'insomnie chronique primaire se fait après élimination d'une insomnie secondaire. Il s'agit d'une insomnie évoluant depuis plus d'un mois.

L'insomnie est souvent apparue à un moment précis dans l'histoire du patient à l'occasion d'un deuil, d'une séparation ou d'une autre circonstance pénible, mais le retour au sommeil normal ne se produit pas, même lorsque la cause occasionnelle a disparu. Elle comporte des difficultés d'endormissement et un trouble du maintien du sommeil, le sommeil devient une appréhension. Le sommeil est perçu comme non réparateur, mais paradoxalement, et malgré l'impression de fatigue, il n'ya pas de somnolence diurne ; les tentatives de sieste « réparatrice » échouent en raison de la même difficulté d'endormissement que pour le sommeil de nuit ; la présence d'une somnolence est un argument contre le diagnostic d'insomnie persistante primaire et doit faire rechercher une étiologie spécifique.

Il convient aussi de noter la discordance entre l'importance subjective du retentissement diurne et la discrétion du retentissement objective. Typiquement, ces patients se disent très handicapés par la fatigue, les troubles de la concentration, les troubles de la mémoire, etc. cependant, l'évaluation objective des fonctions cognitives démontre l'absence de perturbation.

- **Insomnie psychophysiologique**

Qui débute typiquement durant une période de stress. On identifie un facteur s'opposant à l'endormissement ou induisant un état d'hyperéveil, indépendamment d'une pathologie dépressive : angoisse de performance pour le sommeil, incapacité à s'endormir à une heure planifiée mais sans aucune difficulté au cours de situations monotones. L'environnement du lit est associé à une frustration de

ne pas dormir, des craintes et des efforts d'endormissement plutôt que de relaxation. La qualité du sommeil est améliorée en dehors de la maison. L'insomnie est perçue comme la source de stress, les circonstances sont minimisées. (Billet, 2016, p.7)

- **L'insomnie paradoxale (trouble de la perception du sommeil)**

Retrouve un vrai décalage entre la perception subjective de l'insomnie relatée par le patient et l'examen du sommeil. Le patient dort plus d'heures qu'il ne le perçoit. L'agenda du sommeil met en évidence une insomnie sévère avec des nuits sans sommeil et paradoxalement une absence de sieste. Le patient rapporte un éveil le plus fréquemment induit par des stimuli environnementaux, des pensées intrusives... On peut noter un retentissement diurne plus modéré que ne le voudrait l'importance de la privation de sommeil. (Billet O'Mahony, 2016, p.7).

- **L'insomnie idiopathique**

Il s'agit d'une insomnie chronique remontant à l'enfance, en l'absence de causes organiques ou psychiatriques avérée. La nature du trouble, difficulté d'endormissement, éveils répétés, durée total de sommeil abrégée est variable. Le trouble est durable avec peu de périodes de rémission. Il est responsable d'un malaise de fond et de gêne fonctionnelle à type de fatigue, de somnolence, de trouble de l'humeur, trouble de la vigilance et de la concentration. Il n'y a en général pas d'antécédent à type de déficit attentionnel avec hyperactivité ou dyslexie. (Billiard, Dauvilliers, 2005, p.115).

5.1.4 Les causes d'insomnie

- **Vie quotidienne :** Le sommeil peut être modifié selon deux types de contraintes :

-La vie professionnelle : heures de début et de fin de travail, trajet, stress (première expérience professionnelle, surcharge de travail, pression hiérarchique), travail de nuit.

-La vie familiale : jeunes enfants, difficultés sociales.

- **Pathologies chroniques :**

-Maladies organiques :

Les pathologies chroniques sont à prendre en compte dans la durée du sommeil. Certaines maladies peuvent être à l'origine de douleurs (arthrose, polyarthrite rhumatoïde, fibromyalgie, cancer) occasionnant des troubles de l'endormissement ou des réveils nocturnes.

Des changements physiologiques (diabète, hyperthyroïdie) peuvent aussi altérer le sommeil.

Les maladies cardiovasculaires telles que l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, l'angor perturbent le sommeil.

Des troubles uréthro-prostatiques entraînent souvent des réveils nocturnes pour uriner.

Les maladies du système nerveux (démences, Alzheimer, Parkinson) sont aussi à l'origine de troubles du sommeil.

Sur le plan digestif, les reflux gastro-oesophagiens et les ulcères gastroduodénaux peuvent occasionner des gênes pendant la nuit : brûlures, remontées acides, douleur dans la poitrine.

Les pathologies respiratoires ou broncho-pulmonaires perturbent le sommeil, Le syndrome d'apnée du sommeil.

Syndrome des jambes sans repos. L'individu ressent des picotements dans ses jambes et doit les bouger sans arrêt pour ne plus ressentir cette gêne.

Enfin, toutes les maladies chroniques, de par les conséquences qu'elles entraînent sur la vie du patient vont occasionner un stress pouvant être aussi à l'origine de troubles du sommeil.

-Maladies psychiatriques :

Les troubles psychologiques tels que l'anxiété généralisée, les états phobiques, la dépression, les psychoses et l'alcoolisme sont responsables d'insomnies. L'insomnie fait partie des éléments du diagnostic de certaines pathologies psychiatriques. Il a même été établi que le risque de développer une dépression est 4 fois plus important chez les personnes souffrant d'insomnies que chez ceux au sommeil réparateur. L'anxiété entraîne des difficultés d'endormissement mais aussi des réveils ou une impression de somnoler à partir de 4 ou 5 heures du matin (deuxième moitié de nuit). Quant à la dépression, elle se manifeste par des réveils précoces en milieu et fin de nuit. L'insomnie constitue ainsi un symptôme caractéristique de cette maladie.

- **Les facteurs environnementaux :**

Le bruit (voisinage, transports, autres membres de la famille, appareils ménagers) est le principal facteur de réveil. Viennent ensuite la luminosité (éclairage public ou appareil électronique) et la température. Cette dernière peut jouer sur le sommeil, on estime qu'au-delà de 21°C l'endormissement peut être modifié. Ne pas dormir seul peut aussi modifier le sommeil (ronflements, chaleur, mouvements de l'autre).

- **Substances excitantes :**

La consommation de certaines substances va altérer le sommeil de par leurs propriétés excitantes : alcool, café, thé mais aussi certains médicaments comme les glucocorticoïdes, mais les benzodiazépines, et même hypnotiques, peuvent chez certains patients entraîner l'effet contraire à celui attendu limitant le sommeil au lieu de le favoriser. (Glomot, 2017).

5.1.5 Diagnostic de l'insomnie

Le diagnostic de l'insomnie est un diagnostic clinique, il est basé sur un interrogatoire exhaustif, et peut faire appel à la réalisation d'un agenda du sommeil ou à des questionnaires. On peut différencier en fonction de la durée les insomnies de court terme (moins de 3 mois) et les insomnies chroniques (plus de 3 mois et plus de 3 fois par semaine).

On le rappelle, la définition de l'insomnie repose sur des plaintes subjectives sur la qualité ou la quantité du sommeil, associées à des troubles du fonctionnement diurne, ceci dans de bonnes conditions générales de sommeil. En théorie, le diagnostic ne peut donc être posé qu'une fois tout comportement délétère supprimé. En pratique, modifier certains comportements est difficile chez un sujet qui présente une insomnie chronique.

On prendra garde de différencier l'insomnie du retard de phase chez le sujet jeune ainsi que de l'avance de phase chez le sujet âgé. Dans les deux cas, même si le rythme endogène ne convient pas au patient, le sommeil reste satisfaisant. On la différenciera également des autres troubles spécifiques du sommeil associés à l'insomnie, comme ceux décrits précédemment, qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Une fois le diagnostic d'insomnie posé (plainte concernant le sommeil associée à un retentissement diurne), le médecin doit alors rechercher une comorbidité. La prise en charge de la comorbidité est essentielle. (Damien Vassalo, 2017, 45)

5.1.6 Le traitement de l'insomnie

Il existe deux traitements : le traitement pharmacologique et la thérapie cognitivo-comportementale.

A / Le traitement pharmacologique

- **Hypnosédatifs** : Ils comprennent les benzodiazépines, les hypnotiques non benzodiazépiniques (zopiclone, zolpidem, zaleplon)

-**Les Benzodiazépines** : améliorent la continuité du sommeil (diminution de la latence d'endormissement, du nombre et de la durée des éveils, allongement de la durée totale de sommeil, amélioration de l'efficacité du sommeil) au prix de modifications variables de son architecture (augmentation de stade 2 du sommeil lent, diminution des stades 3 et 4, réduction modérée et transitoire du sommeil paradoxale).

-**hypnotiques non benzodiazépiniques** : la zopiclone et le zolpidem entraînent une réduction du délai d'endormissement et du nombre des éveils, une augmentation de la durée totale du sommeil et du stade 2. Le zolpidem n'entraîne pas de modification des stades 3 et 4 du sommeil lent et du sommeil paradoxale tandis que la zopiclone peut entraîner ou non une diminution des stades 3 et 4 du sommeil lent et du sommeil paradoxale. Le zeleplon a pour seule action une réduction de la latence d'endormissement.

- **Les antidépresseurs** : Certains antidépresseurs, tricycliques et autres, sont utilisés dans l'insomnie pour leur activité hypnosédative et parce qu'ils sont réputés n'entraîner ni tolérance, ni dépendance. Les effets sur le sommeil sont en partie dus à l'inhibition de la recapture de la sérotonine et /ou de la noradrénaline, et en partie dus aux effets de blocage qu'ils peuvent avoir sur différents types de récepteurs postsynaptiques.
- **Les neuroleptiques** : Ils sont actifs sur l'insomnie par leurs propriétés antihistaminiques, mais leur utilisation doit être aussi parcimonieuse que possible étant donné les risques de ralentissement des gestes volontaires et automatiques, de mouvements involontaires. Ils doivent impérativement être réservés aux patients psychotiques. (Billiard, 2005)

B/la thérapie cognitivo-comportementale

Les référentiels nationaux et internationaux s'accordent sur la place des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans la prise en charge des insomnies chroniques, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont pratiquées

uniquement par des praticiens spécialisés, par exemple les psychiatres ou les psychologues, qui ont été formés à leur pratique.

Leur utilisation dans la prise en charge des insomnies a montré son efficacité dans plusieurs études. Il a été démontré une amélioration au moins modérée du délai d'endormissement, du maintien du sommeil, des performances diurnes et de la qualité de vie. Elles n'entraînent pas de changement notable du temps total de sommeil sur l'insomnie chronique ni d'aide à la diminution de la consommation de psychotropes, en particulier chez les personnes âgées. Sous réserve de confirmation, elles permettent un meilleur ratio coûts/bénéfices que la pharmacothérapie sur le long terme. Elles nécessitent un entraînement progressif. L'efficacité des TCC est comparable à celle des hypnotiques. Elles ont une durée d'action plus longue puisqu'elles se maintiennent jusqu'à 6 à 12 mois après leur interruption. (Billet O'Mahony, 2016)

Elles reposent sur plusieurs axes :

- **Technique de relaxation** : elles sont fondées sur le fait que les insomniaques ont souvent un niveau d'éveil physiologique et cognitif anormalement élevé, la nuit et le jour. Il en existe plusieurs types :

-relaxation progressive : qui consiste à contracter puis relâcher différents muscles du corps. Ainsi le patient apprend à reconnaître l'état de tension d'un muscle, par comparaison avec la sensation que procure un muscle détendu. Il peut donc contrôler cet état musculaire, il se détend au moment de coucher.

-biofeedback : fournit au patient un retour visuel ou auditif sur un paramètre physiologique prédéterminé, par exemple à l'aide d'un électromyogramme ou d'un électrocardiogramme. Le patient apprend ainsi à connaître et à contrôler son état de tension physique et psychique.

-training autogène de Shultz : on demande au patient de se concentrer sur une image plaisante ou neutre et les contractions ou détentes musculaires sont

remplacées par des images (chaleur, lourdeur), permettant d'atteindre un état de relaxation psychique mais aussi physique.

- **Contrôle des stimuli :** il vise à renforcer un conditionnement associant chambre à coucher et sommeil. Il est fondé sur cinq règles :
 - couchez-vous seulement lorsque vous avez envie de dormir.
 - n'utilisez le lit et la chambre que pour le sommeil et l'activité sexuelle.
 - levez-vous et allez dans une autre pièce si vous ne vous êtes pas endormi ou rendormi en 15 à 20 minutes, et ne retournez-vous coucher que lorsque vous avez à nouveau envie de dormir.
 - levez-vous à la même heure tous les jours quelle qu'ait été votre durée de sommeil les nuits précédentes.
 - évitez de faire la sieste dans la journée.
- **Restriction du temps passé au lit :** il est de constatation fréquente que l'insomniaque passe trop de temps au lit éveillé. Or ce temps passé au lit sans dormir nuit à l'efficacité du sommeil. D'où l'idée d'augmenter l'efficacité du sommeil en limitant le temps passé au lit au temps pendant lequel le sujet estime dormir d'habitude. La restriction du temps passé au lit engendre un état de privation relative de sommeil, qui facilite ensuite l'endormissement et une meilleure efficacité du sommeil. De façon à prévenir une somnolence diurne, le temps passé au lit ne doit pas être inférieur à 5 heures.
- **La thérapie cognitive :** Elle a pour objet de modifier les croyances et attitudes erronées vis-à-vis du sommeil elle commence par une évaluation de ces croyances et ces attitudes, puis une remise en question de celle-ci, et enfin à leur remplacement par des substituts plus adaptés au moyen de techniques de restructuration. (Billiard, Dauvilliers, 2005)

- **Intention paradoxale :** il s'agit d'une technique visant à adapter le comportement opposé à celui qui permettrait d'atteindre le but choisi, c'est-à-dire ici de demander au patient, une fois couchés, de lutter contre le sommeil. Les résultats sont très variables, et cette méthode peut être mal acceptée par un patient qui souffre de ne pas trouver le sommeil. L'objectif de la méthode est donc de détourner l'attention du sujet en lui demandant de faire des efforts pour ne pas s'endormir. (Giraud, 2005).

5.2 Les hypersomnies

L'hypersomnie se définit comme une moindre capacité à demeurer éveillé pendant le jour, avec pour conséquences une somnolence et des épisodes de sommeil inappropriés. Cette somnolence et ces épisodes de sommeil sont de sévérité variable. Ils surviennent volontiers dans des situations monotones ne requérant pas de participation active, mais peuvent aussi surprendre un sujet en pleine activité.

5.2.1 Les types d'hypersomnie

5.2.1.1 Hypersomnie idiopathique : est caractérisée par des accès de sommeil irrésistible au cours de la journée associés à un sommeil nocturne plus long ou non en terme de durée et des difficultés de réveil matin. Ces hypersomnies débutent généralement chez l'adulte jeune.

5.2.1.2 Hypersomnie récurrentes : elles constituent un groupe de maladies rares caractérisées par des épisodes de sommeil plus ou moins continu, d'une durée moyenne d'une semaine, se produisant à intervalles variables d'un à plusieurs mois. Le tableau le plus typique est celui du syndrome de Kleine-Levin dans lequel les épisodes de sommeil sont associés à d'autres symptômes. (Billiard, 2005)

5.3 Les troubles respiratoires au cours du sommeil

Englobe deux syndromes : syndrome d'apnées obstructives du sommeil, et le syndrome d'apnées centrales du sommeil.

5.3.1 Syndrome d'apnées obstructives du sommeil : bien que les troubles respiratoires au cours du sommeil regroupent un grand nombre de pathologies aux mécanismes physiopathologiques variés, ce terme est attribué avant tout à la présence de pauses respiratoires au cours du sommeil, encore appelées « syndrome d'apnées du sommeil ». Il s'agissait plus particulièrement d'une pathologie à type d'obésité avec hypoventilation alvéolaire dont l'obésité était associée à un ronflement et hypersomnie. Le syndrome d'apnées du sommeil définie par l'association de signes cliniques diurnes et nocturnes et la répétition de ces anomalies respiratoires plus de cinq fois par heure de sommeil. Depuis, cette pathologie a fait l'objet d'un nombre important de publication scientifique visant à mieux préciser les mécanismes complexes à l'origine de ces troubles respiratoires au cours du sommeil dont la connaissance est encore incomplète. Elles ont eu l'intérêt de souligner l'importance des complications de cette pathologie au premier rang desquelles figurent les complications cardiovasculaires. Par ailleurs, la multiplicité des manifestations cliniques de cette maladie et son retentissement polyviscéral en font désormais une réelle « maladie systémique » pouvant atteindre des cibles aussi distinctes que la sphère respiratoire, le système endocrinien et métabolique, l'appareil cardiovasculaire, le système nerveux... représentant un véritable problème de santé publique.

Les critères polysomnographiques utilisés pour la définition du syndrome d'apnées du sommeil sont variables d'une étude à l'autre. Une des études les plus rigoureuses, réalisée en 1993, faisait état d'une prévalence de 2% des femmes et de 4% des hommes issus de la population générale entre 18 et 65 ans.

Le traitement le plus efficace est actuellement représenté par la ventilation nocturne en pression positive continue au masque nasal (PPC) par Sullivan en 1981. Le but de cette ventilation est d'agir comme une véritable attelle pneumatique sur les parois des voies aériennes supérieures. Ainsi une intervention chirurgicale permet parfois de traiter ce trouble. (Billiard, 2005)

5.3.2 Syndrome d'apnées centrales du sommeil : en opposition aux apnées et hypopnées de type obstructif, il est possible de mettre en évidence des phénomènes

apnéiques centraux dont les mécanismes et l'origine sont totalement différents et multifactoriels. Le caractère central de ces anomalies se déduit de l'absence de mouvements thoraciques et abdominaux au cours des apnées et des hypopnées, contrairement à la persistance des efforts respiratoires qui témoignent d'une lutte de ces muscles contre l'obstacle des voies aériennes supérieures au cours du syndrome d'apnées obstructives du sommeil. Bien que les deux types de phénomènes, obstructifs et centraux, puissent coexister au cours de la nuit, la présence de plus de 70% d'événements centraux est nécessaire pour affirmer le diagnostic de syndrome d'apnées centrales du sommeil. L'absence de mouvements thoracoabdominaux peut être mise en évidence à l'aide de sangles de pléthysmographie. Cependant, c'est la disparition des efforts respiratoires lors de l'enregistrement de la pression œsophagienne, qui permet d'affirmer avec certitude le caractère central de ces événements.

Elles sont observées chez environ 40% des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique, et se présentent généralement sous la forme d'une respiration périodique encore appelée respiration de Cheyne-Stokes. Sur le plan polysomnographique, elles sont caractérisées par une succession de phases d'hyperventilation dont l'amplitude croît crescendo pour aboutir à une valeur maximal, et pour diminuer secondairement jusqu'à une disparition complète du flux, selon un aspect superposable d'un épisode à un autre. Chacune de ces phases d'hyperventilation est séparée par une pause respiratoire brève, rarement supérieure à 10 secondes, qui s'accompagne d'une totale disparition de tout mouvement thoracoabdominal et de tout effort respiratoire.

L'oxygénothérapie a longtemps été proposée comme seul traitement efficace de cette pathologie dans l'attente de la greffe cardiaque. Depuis l'avènement de la ventilation non invasive au masque nasal, celle-ci a été utilisée chez ces patients, avec une efficacité plus marquée de la ventilation à double niveau de pression positive par rapport à la PPC conventionnelle. Cependant, l'effet le plus remarquable a été apporté par la mise au point d'une ventilation en aide inspiratoire variable dont l'efficacité est telle qu'elle permet généralement une régression complète de cette pathologie associée

à une disparition des microéveil qui l'accompagnent et une amélioration de la qualité de vie et des performances myocardique permettant de repousser l'échéance de la greffe cardiaque. (Billiard, 2005 p. 146-147)

5.4 Narcolepsie

5.4.1 Définition

Découverte par Wesphal (1877) et Gélineau (1880), elle est caractérisée par la survenue inopinée d'accès de sommeil en ondes lentes ou d'accès de sommeil paradoxal dont les composantes sont plus ou moins dissociées et une désorganisation du sommeil nocturne.

Les accès narcoleptique surviennent soit lorsque l'environnement est fastidieux, soit parfois dans des ambiances à l'opposé éveillantes. Ils surviennent dans la période postprandiale, mais aussi en fin de matinée, d'après-midi ou en début de soirée. Les patients font régulièrement la sieste. Elles peuvent ne durer que quelques dizaines de minutes. Elles reposent le malade qui peut alors se concentrer pour effectuer ses activités mais les accès se répètent quelque temps plus tard.

Les cataplexies sont des suspensions brutales du tonus musculaire qui affectent plutôt les membres inférieurs, entraînant un accroupissement et parfois une chute, mais aussi les membres supérieurs, le tronc, le cou, les paupières et les cordes vocales. Elles varient largement en intensité et en diffusion d'un sujet à l'autre. Elles durent quelques secondes.

Les hallucinations hypnagogiques sont vécues comme des éveillés et surviennent lors des transitions veille-sommeil. Elles comportent des hallucinations de tous les modes qui mettent en jeu des objets, des personnages ou des situations parfois terrifiantes. Elles sont habituellement critiquées par le patient. Les paralysies du sommeil sont l'équivalent en position allongée des cataplexies, elles entraînent une impossibilité angoissante de bouger.

À ces troubles s'associe un mauvais sommeil, caractérisé par des réveils fréquents. On peut rencontrer des symptômes plus inhabituels : diplopie paroxystique, cataplexie localisée et automatismes qui correspondent à des troubles du comportement alors que le sujet tente de lutter contre des accès de sommeil.

La narcolepsie débute dans la deuxième décennie par des accès narcoleptique, la symptomatologie s'aggrave et se complète progressivement, passe par un maximum à l'âge adulte et devient moins gênante après la soixantaine.

5.4.2Le diagnostic :

Peut être évoqué et affirmé cliniquement. Les enregistrements polygraphiques montrent une diminution très importante des latences d'endormissement et d'apparition du sommeil paradoxal, une fragmentation et une perturbation de l'organisation cyclique du sommeil nocturne. Les tests des multiples latences d'endormissement (durant lesquels on enregistre les endormissements spontanés toutes les deux heures dans la journée) montrent un raccourcissement des latences avec typiquement deux endormissements en sommeil paradoxal. De telles symptomatologies aussi caractéristiques et établies depuis plusieurs années permettent de se dispenser d'investigations complémentaires. (Serratrice et Autret, 1996 p.660)

5.4.3Traitement :

-Les accès narcoleptiques bénéficient des médicaments éveillants.

Le modafinil améliore près de deux tiers des patients. Les amphétamines sont souvent efficaces, mais difficiles à obtenir et risquent d'induire une utilisation toxicomaniaque. Les cataplexies sont améliorées par les antidépresseurs tricycliques dont l'effet le plus gênant est une diminution des capacités sexuelles.

-Les narcoleptiques doivent aménager leur vie afin de se donner la possibilité de dormir en cas d'accès. Il est important qu'ils puissent faire la sieste et qu'ils aient un bon sommeil nocturne, éventuellement aidé par un hypnotique à faible dose et à brève demi-vie. (Serratrice, 1996, p.661)

5.5 Parasomnie

Étymologiquement, le terme de « parasomnie » signifie à côté du sommeil. Les parasomnies regroupent donc toutes les manifestations qui accompagnent le sommeil.

Leur situation nosologique n'est pas claire : beaucoup de parasomnies sont des manifestations physiologiques, survenant occasionnellement dans plus de 50 % de la population générale ; c'est leur répétition qui devient problématique. Certaines se situent cependant d'emblée dans le domaine de la pathologie.

- **Somnambulisme** : il survient chez l'enfant entre 8 et 12 ans, le plus souvent le garçon. Il se traduit par un comportement éveillé, quasi volontaire. Cependant, le somnambule n'est pas réactif aux stimulations extéroceptives et ne garde aucun souvenir. Il importe d'empêcher le somnambule de se placer dans des situations dangereuses et de calmer de façon extrêmement douce afin d'éviter les réactions agressives.

Le traitement consiste surtout à protéger l'accès des endroits à risque : fenêtres, escaliers ... si les épisodes sont fréquents et entraînent un risque de blessure, on peut proposer un traitement par benzodiazépines qui sont utiles et très efficaces dans les formes inquiétantes.

- **Les terreurs nocturnes** : elles consistent en réveils brutaux, incomplets en sommeil lent et paradoxal. Associés à des réactions de frayeur et d'intenses réactions végétatives. Elles durent plusieurs dizaines de minutes et ne laissent aucun souvenir. Elles surviennent dans leur forme complète chez l'enfant chez qui elles n'ont pas de signification psychologique inquiétante. On les rencontre sous forme mineure chez l'adulte. Elles doivent être différenciées d'un cauchemar qui survient en sommeil paradoxale. Plus rarement, elles font discuter des crises d'épilepsie partielles avec manifestations psycho-affectives. Elles sont sensibles aux benzodiazépines. (Serratrice, 1996, p.661).
- **Cauchemars** : ils existent à tout âge. Ils surviennent lors du sommeil paradoxal, donc surtout en fin de nuit ; ce sont des rêves menaçants, désagréables et effrayants qui réveillent le dormeur. (Behin, 2005).

- **Troubles du comportement du sommeil paradoxal** : c'est une parasomnie de description récente qui touche surtout le sujet d'âge mur (plus de 40 ans), avec une prédominance masculine. Les épisodes se produisent pendant le sommeil paradoxale ; préférentiellement en fin de nuit, sous la forme de comportements généralement agressifs ou défensifs, avec un risque de blessure de l'entourage. Si l'on réveille le patient durant un épisode, il raconte un rêve qui correspond bien à un comportement observé : il « agit » son rêve qui « explique » son comportement. Ces troubles de comportement sont fréquemment associés à une maladie dégénérative du système nerveux central avec syndrome extrapyramidal (maladie de Parkinson ...). (Behin, 2005).

5.6 Troubles du rythme circadien du sommeil

Les troubles du rythme circadien du sommeil désignent un ensemble de troubles ayant en commun une perte de l'alignement des horaires de veille et de sommeil par rapport aux heures conventionnelles de veille et de sommeil. Le rythme circadien est sous l'influence d'un certain nombre de synchronisateurs à la fois environnementaux et intrinsèques qui s'altère avec l'âge. Le traitement repose sur la chronothérapie, consistant en un « rephasage » au cours d'une hospitalisation en centre du sommeil, sur la mélatonine ou la photothérapie. (Crawford, 2013).

5.7 Les troubles moteurs liés au sommeil

5.7.1 Le syndrome du mouvement périodique des membres inférieurs : se caractérise par des mouvements brutaux des membres inférieurs, survenant par périodes, toutes les 20 à 40 secondes, à l'origine de micro-éveils souvent non ressentis par le patient, mais qui entraînent une sensation de sommeil non réparateur et une somnolence diurne. Le diagnostic est suspecté selon le témoignage du conjoint. Un enregistrement polysomnographique est indispensable pour le confirmer. Ce syndrome toucherait 20 à 30 % des plus de 65 ans (45% des plus de 65 ans présenteraient au moins 5 épisodes par heure, ce qui correspond au seuil pathologique), mais seuls ceux qui se plaignent de troubles du sommeil ou de somnolence diurne nécessitent une prise

en charge. Le traitement reste controversé, à base de levodopa, d'hypnotiques ou de clonazépam.

5.7.2 Le syndrome des jambes sans repos : est une pathologie dont la prévalence varie de 2 à 15 % selon les études, et serait plus fréquente chez les personnes âgées. Son diagnostic se fait à l'interrogatoire, lorsque les patients décrivent un besoin irrésistible de bouger les membres inférieurs, et parfois les membres supérieurs, en raisons de sensations désagréables qui s'aggravent au repos. Il peut être idiopathique, et dans ce cas une origine génétique est suspectée en raison de la fréquence des cas familiaux, ou secondaire à une carence martiale, à des lésions neurologiques, un diabète, une grossesse, une insuffisance rénale ou favorisé par certains médicaments : antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de recapture de la sérotonine, lithium, antagonistes dopaminergiques. La caféine pourrait en aggraver la symptomatologie. Le traitement dépendra de la tolérance aux symptômes, et repose essentiellement sur les agonistes dopaminergiques, les opiacés, les hypnotiques, certaines benzodiazépines (clonazépam) ou anti-épileptiques (carbamazépine). (Giraud, 2005).

6. Sommeil chez la personne âgée

Avec le vieillissement apparaissent des modifications majeures du sommeil. Pourtant d'une façon générale, par rapport à l'adulte jeune, chez le sujet âgé la durée de sommeil sur 24 heures ne semble pas diminuer de façon importante. En Europe pour 90% des sujets âgés le temps de sommeil total sur 24 heures (c'est-à-dire l'addition du sommeil nocturne et des siestes diurnes) se situe entre 5 et 9 heures. C'est la durée du sommeil nocturne qui diminue avec l'âge. Son organisation est modifiée avec une fragmentation, des micro-éveils et des altérations qualitatives du sommeil paradoxal. Jusqu'à 30% des plus de 65 ans sont concernés par une somnolence diurne excessive et environ 40% des personnes de plus de 75 ans se plaignent de leur sommeil. Avec ce morcellement du sommeil, une sieste peut faire son apparition. Mais, si l'on ne constate pas de somnolence diurne, cela signifie que le sommeil reste efficace et on peut donc rassurer le patient. Il est évident que ces modifications physiologiques peuvent être inconfortables mais mieux les connaître et

savoir les expliquer à une personne âgée peut lui permettre de mieux accepter ces changements liés à l'âge. (Giraud, 2005).

Conclusion

Comme toute autre fonction physiologique, le sommeil est un état naturel réversible. Il se modifie avec le temps mais a la particularité d'être une des fonctions les plus perturbées par l'avancée de l'âge. En effet, le sommeil est inévitable mais peut être réduit en fonction de la personne.

Cependant, les perturbations du sommeil peuvent causer de graves problèmes cognitifs et émotionnels. Lors des privations de sommeil, les mémoires procédurales, déclaratives et émotionnelles sont affectées.

Partie pratique

Chapitre III
La méthodologie de recherche

Préambule

Ce chapitre concerne la méthodologie de recherche qui est nécessaire pour tout travail de recherche afin d'expliquer le déroulement de la recherche et d'illustrer toutes les méthodes et outils que le chercheur à utiliser sur le terrain.

Pour l'élaboration de notre travail de recherche, nous avons commencé d'abord à exposer les raisons du choix du thème, puis à définir la méthode utilisée, ensuite présenter le lieu de recherche et le groupe de notre recherche, enfin nous mettrons en avant les outils de recherche qu'on a employés.

1. Les raisons du choix du thème

- Une catégorie d'âge qui nous touche particulièrement
- Une tranche d'âge négligé, ce qui nous a poussés à l'étudier
- Peu de recherches en psychologie clinique qui portent sur la personne âgée placée en institution en Algérie.

2. La pré-enquête

C'est une étape indispensable pour toute notre recherche, elle nous a permis de collecter les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre population d'étude, d'apporter des enrichissements pour notre guide d'entretien et choisir nos outils de recherche, ainsi l'élaboration de nos hypothèses.

La pré-enquête est l'une des étapes les plus impotente dans toute les recherches scientifiques, elle est une phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposent un déplacement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique autour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente. (Cario, 2000)

Pour réaliser notre thème de recherche intitulé « la qualité de sommeil chez les personnes âgées placées en institution » nous nous sommes dirigés vers le foyer pour personnes âgées de Bejaia « Sidi Ouali ».

Nous avons réalisé notre pré-enquête, après avoir eu l'accord du directeur du foyer, le 25 décembre 2018. On s'est déplacé à l'institution le lendemain afin d'avoir un contact et se familiarisé avec le terrain de notre recherche, et aussi de vérifié la disponibilité de notre groupe de recherche.

Nous nous sommes présentés en tant que étudiantes en master II psychologie clinique, nous avons été accueillies par le chef de service qui est la psychologue, à laquelle nous avons exposé notre thème de recherche, ou elle nous a mis en contact auprès de 2 femmes et un homme, après avoir eu leur accord, on leur assurant l'anonymat, on leur promettant que toutes informations donné seront dans le but de la recherche scientifique. On les a abordés et on a effectué un entretien libre en langue maternelle (Kabyle) dans lequel on a posé des questions concernant leur mode de vie, leur intégration dans l'institution, et sur leur état psychologique dans le foyer.

Après avoir accompli notre pré-enquête, nous avons pu préciser nos questions de recherche et nos hypothèses, nous avons aussi constaté qu'on devrait reformuler quelques questions de notre guide d'entretien.

3. L'enquête

L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui est doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (Blanchet, 2014, p.35).

Pour ce qu'est de l'enquête que nous avons mené au foyer d'accueil des personnes âgées de Bejaia du 6 janvier au 6 avril 2019, deux fois par semaine, ou nous avons travaillé avec sujets différents de ceux de la pré-enquête, bien sûr après avoir leur consentement, nous avons évidemment en premier lieu passer le même guide d'entretien pour tous les cas, après avoir terminé on a appliqué l'échelle de Pittsburgh (PSQI).

4. Présentation de lieu de recherche

La psychologue nous a donné une copie de l'organigramme de l'établissement ou on a effectué notre stage, comprenant toutes les informations sur notre lieu de recherche que nous allons illustrer ci-dessous.

Nous avons effectué notre travail de recherche au FPAH (foyer pour personnes âgées et /ou handicapés) de la wilaya de Bejaia, qui se situe à sidi ouali. Il a été ouvert le 27 avril 2003 à l'occasion de la journée nationale des personnes âgées. Il a pour mission d'accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans, sans soutien ni ressources, accueille également les handicapés moteurs âgés de plus de 15 ans sans soutien familial ni ressource, est reconnus inaptes au travail et à une rééducation fonctionnelle.

L'établissement occupe une assiette d'une superficie totale de 2374 M² bâtie et 5722 M² non bâtie (espace vert), d'une capacité théorique d'accueil est arrêtée à 100 pensionnaires (mixte), l'effectif total des pensionnaires résidant au foyer pour personnes âgées et/ou handicapés était de 51 pensionnaires dont 37 hommes et 14 femmes.

Ce foyer est composé d'un sous-sol, d'un bloc d'accueil, d'un bloc administratif, d'un bloc d'hébergement dont 30 chambres à un lit, 26 chambres à deux lits, quatre sanitaires, deux douches, une salle de séjour, buanderie, salle de prière, salle de sport, cafétéria, cuisine, réfectoire et une terrasse qui domine la ville de Bejaia. Aussi composé d'un bloc réservé pour l'équipe médico-psycho-pédagogique qui constitue d'un bureau de l'assistante, d'une salle de consultation, d'une infirmerie, d'un bureau du psychologue clinicien et d'un bureau des éducateurs et veilleurs de nuit.

Les objectifs de la prise en charge du pensionnaire au sein du foyer sont tracés par l'équipe pluridisciplinaire et se résument comme suit :

- Aider la personne âgée à vivre sa vieillesse
- Aider la personne âgée et handicapée à accéder à un minimum d'autonomie
- Aider la personne âgée et handicapée à participer à la vie institutionnelle

Donner à la personne âgée toutes les possibilités pour prendre en main l'organisation de sa vie.

5. Présentation du groupe de recherche

Notre recherche a concerné 5 personnes âgées à partir de 60ans, il est composé de 6 hommes. Ils partagent presque les mêmes souffrances.

- **Critères d'homogénéité retenus**

- **L'âge** : Le groupe de recherche dépasse 60ans
- **Sexe** : Tous les sujets sont de sexe masculin
- **Personne âgée** : doit être placée en institution
- **L'état de santé mentale** : de personnes équilibrées mentalement
- **La langue** : le groupe de recherche ne présente pas de trouble de langage
- **Consentement** : on n'a pris que les sujets qui ont donnés leur accord

- **Les critères d'exclusion non retenus**

-**L'âge** : inférieur à 60 ans

-**La durée du placement en institution** : n'est pas prise en considération

-**L'état de santé** : des personnes qui présentent des troubles mentaux

Le cas	Age	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	La période dans l'institution
Rabah	69 ans	Primaire	divorcé	3 ans
Boualem	65 ans	Analphabète	célibataire	3ans
Karim	70 ans	Analphabète	Veuf	1 an
Salah	66 ans	Analphabète	Veuf	2 ans
Omar	72 ans	Secondaire	Divorcé	6 ans

Tableau n°1 : Récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.

6. La méthode clinique

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer.

La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. (Fernandez, Pedinielli, 2014)

Selon Lagache, La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (Chahraoui, Bénony, 2003)

On a choisi la méthode clinique dans notre recherche, car elle convient à notre thématique, par ses outils : l'entretien, les échelles d'évaluation, l'observation... pour développer l'étude de cas unique, aussi obtenir un nombre d'informations sur le sujet.

6.1L'étude de cas

L'étude de cas est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes. Il s'agit, pour le psychologue, de comprendre une personne de sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et de problème, l'émergence de relations entre les faits, des événements passés et présents, etc. (Chahraoui, Bénony, 2003)

L'étude de cas est donc permet de comprendre et d'aider le sujet, mais elle ne permet pas la généralisation des connaissances. Cette dernière vise à élaborer des hypothèses sur notre thématique de recherche, afin de les vérifier.

7. Les outils d'investigations

Parmi les techniques de recueil des données, on a choisi d'utiliser l'entretien de recherche où on a appliqué l'entretien semi-directif et le deuxième outil qui est l'échelle de Pittsburgh(PSQI).

7.1 L'entretien clinique de recherche

L'entretien est un moyen et une méthode pour accéder à des informations sur les troubles actuels (et éventuellement passés) d'un individu, sur sa personnalité, sur son mode de fonctionnement psychique, mais aussi sur ses aptitudes ou ses difficultés à appréhender le changement. (Chahraoui, Bénony, 2013)

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, évènements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (Chahraoui, Bénony, 2003)

Selon A. Blanchet, l'entretien permet d'étudier les faits dans la parole et vecteur principal (étude d'actions passés, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes, etc.) ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, implication).

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information. (Chahraoui, Bénony, 2013)

L'entretien clinique s'inscrit à ce moment, c'est-à-dire qu'il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir les données au cours de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles cliniques ou à l'observation directe avec des méthodes vidéo.

L'entretien clinique a globalement pour but de permettre d'appréhender, de comprendre et, le cas échéant, de modifier le fonctionnement psychique du sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

Alors l'entretien clinique apparaît comme un outil irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité.

Dans notre travail de recherche nous avons opté l'entretien semi-directif

7.1.1 L'entretien semi-directif : ou le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (Chahraoui, Bénony, 2013)

Notre entretien semi-directif, on l'a réalisé avec la langue maternelle du sujet « Kabyle » en suivant un guide d'entretien que nous avons préalablement élaboré dans un but bien précis, qui consiste à recueillir des informations fiables sur nos sujets, afin de vérifier nos hypothèses.

7.1.2 Guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'interventions de l'interviewer ».

Le guide d'entretien comprend les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celle-ci ne sont pas

posées de manière directive ; il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui, Bénony, 2003)

Nous avons établi un guide d'entretien constitué de 4 axes :

-Axe I : la qualité de vie.

-Axe II : la relation au foyer.

-Axe III : l'état psychologique.

-Axe IV : la qualité du sommeil.

7.2 L'échelle de Pittsburgh(PSQI)

C'est le deuxième outil de recherche utilisée dans notre travail.

Cette échelle a été mise au point par Buysse et Al en 1989. Les questions posées doivent prendre en compte le sommeil sur le mois précédent l'évaluation.

Le PSQI comprends 19 questions d'auto-évaluation et 5 questions posées au conjoint ou compagnon de chambre (s'il en est un) sur les habitudes du sommeil ainsi les causes des réveils nocturnes. Par contre, seules les questions d'auto-évaluation sont incluses dans le score, les 5 réponses données par le conjoint n'étant pas analysables. Les 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner 7 « composantes » du score global, chaque composante recevant un score de 0 à 3. Ces 7 composantes sont : « qualité du sommeil », « latence du sommeil », « durée du sommeil », « efficacité habituelle du sommeil », « trouble du sommeil nocturne », « utilisation d'un médicament du sommeil », « mauvaise forme et somnolence durant a journée ».

Les propriétés de l'échelle confirment son utilité pour la pratique clinique et de recherche, en population générale ou psychiatrique. Son utilité a également été démontrée pour la population gériatrique.

7.2.1 La consigne

« Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil pendant le dernier mois seulement. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois. Répondez à toutes les questions ».

A partir de la question 5, il y en a une deuxième consigne qui est :

« Pour chacune des questions suivantes, indiquez la meilleure réponse. Répondez à toutes les questions ».

7.2.2 La cotation

Dans tous les cas, un score de chaque composante est obtenu en additionnant les scores des questions, allant de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères. Les 7 composantes du score s'additionnent pour donner un score global allant de 0 à 21 points, 0 voulant dire qu'il n'y a aucune difficulté et 21 indiquant au contraire des difficultés majeures. Les propriétés psychométriques avec les tests de validité, homogénéité, consistance sont bons. Le cut-off pour distinguer les « bons » et les mauvais dormeurs est à 5. Les sujets avec un PSQI supérieur à 5 sont considérés des dormeurs avec une mauvaise qualité du sommeil (un indicateur de troubles du sommeil).

Conclusion

Nous avons pu, dans ce chapitre, organiser notre travail de recherche en suivant une méthodologie qui nous a servi comme guide, en cernant la méthode ainsi les outils utilisés à savoir l'entretien de recherche et l'échelle de PSQI afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche formulés au début de notre recherche.

Chapitre IV

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule

Après avoir exposé nos outils de recherche, nous allons présenter et analyser les résultats que nous avons obtenus dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle de Pittsburgh (Index de Qualité du Sommeil de PSQI). Pour pouvoir discuter et vérifier nos hypothèses.

1. Présentation et analyse des résultats**Cas 1 : Mr Rabah****Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif**

Rabah âgé de 69 ans, blond avec yeux verts, grand de taille, originaire de Bejaia, il est le deuxième d'une fratrie de 5 membres, de 3 sœurs et 2 frères, il s'est marié avec une marocaine en Lybie, son mariage n'a duré que 7 ans, sans enfants, il a travaillé en Lybie comme observateur dans une entreprise d'électricité sans assurances. Sa fait 3 ans qu'il était hébergé au foyer des personnes âgées de Bejaia.

L'entretien avec monsieur Rabah, s'est déroulé en une séance le matin celui-ci avait l'air très fatigué, n'arrêtait pas de bayer, on voyait par les expressions de son visage un mal être.

AXE I : La qualité de vie

Avant son placement dans le centre, monsieur Rabah est aller en Lybie pour travailler vivait en Lybie où y a eu un déclenchement de la guerre, il était obligé de quitter le pays, en revenant en Algérie, Rabah croyait que l'état va l'aider en lui offrant une maison pour s'installé, finalement il s'est retrouvé dans le foyer de Sidi Mousa à Alger, après une période, ils l'ont affecté au foyer de sa wilaya (Bejaia). En arrivant au foyer des personnes âgées de Bejaia, notre sujet nous a informé qu'il s'est senti triste et malheureux, en disant « oyi3jiv ara lhal du tout, dalhevs » en rajoutant « foyer Sidi Mousa akhir y a des moyes de sortir ». On voit qu'il n'est pas satisfait de son lieu de vie actuelle, il considère le foyer comme une prison, qu'on interprète comme un sentiment d'enfermement et absence de liberté.

On lui posant la question sur les visites, au début il veut ignorer notre question après il nous répond avec une baisse voix « ovghigh ara adhe3lem hed dayi iligh, je ne veux pas devenir un poids », on s'est rend compte que sa famille ne savent pas qu'il est toujours en vie.

Rabah nous a dit à propos de son avenir qu'il souhaite sortir et avoir une maison propre à lui et rejoindre sa famille qui a abandonné depuis 40 ans en disant « ndamegh mémé igrohan sayi, mais okan aydafken akham, adrohagh ghorsen ahnazreggh », on constate que notre sujet manifeste un sentiment d'infériorité vu qu'il ne veut pas que sa famille le voit dans cette situation actuelle en disant « ovghigh ara après 40 ans!» Un silence « ayazren g lhala ayi ».

AXE II : La relation au foyer

Lorsqu'on lui a demandé quelles s'étaient ses relations avec autres pensionnaires, Rabah nous répond directement par « bonjour, bonsoir, je n'ai pas d'amis », donc il s'isole et ne fréquente personne, il est désintéressé par tous les gens même son camarade de chambre, ce qui explique la diminution de la communication avec les résidents.

AXE III : L'état psychologique

Suite à sa maladie d'arthropathie qu'il lui empêche de se déplacé ce qui détermine que sa santé s'est dégradé, il nous a confié qu'il se sent incapable et souffre d'un stress et d'un ralentissement psychomoteur.

Lorsqu'on a évoqué la question de la peur, on a remarqué que ses traits du visage ont connu un certain changement, en disant « kimeneyi g karoyiw ossan nni n la guerre g la Lybie, rzan koulech, idhamen, rsas » un souffle « l3ivadh mouthen ». On a remarqué que Rabah n'a pas pu débarrasser du passé.

En lui posant la question sur la nervosité, il nous répond clairement et brièvement « je suis calme, je me contrôle ».

Concernant ses rapports avec le personnel, Rabah nous a avoué « khadmen bien l khadhmanen, t3awanagh, surtout la psychologue, elle est appréciable, gentille, tassen atahdher », notre sujet s'étend bien avec le personnel, on remarque qu'il présente d'après ses dires une bonne relation avec eux.

AXE IV : La qualité du sommeil

Pour ce qui est de ses horaires du sommeil, presque il ne dort pas même avec l'aide des médicaments, il ne réussit pas à avoir un sommeil équilibré, en disant « oyditas ara nodam, yo3reyi nodam », il rajoute « ayen i tdas3adagh d wayen i 3achegh iyijan oganagh ara », il nous a déclaré que ses horaires du sommeil sont vraiment décalés, même il se réveille la nuit à cause des douleurs répétées et les cauchemars qu'il lui empêche de dormir correctement, en disant « khadmegh bazaf les cauchemars, oytajan ara adhaynegh », en ajoutant « tmakthayghed imawlaniw, osnahdhiregh ara i lmouth nsen », on déduit à travers ses dires qu'il a eu un regret et que cela ne l'a pas aidé à surmonter la mort de ses parents car il était loin d'eux.

En évoquant la sieste, d'après ce qu'il nous a signalé « je fais rarement la sieste », d'après ses expressions, nous avons inclus par rapport à son visage pâle une souffrance d'endormissement.

Présentation et analyse de l'échelle Pittsburgh (Index de Qualité du Sommeil de PSQI)

En pratique, ils s'agit d'une échelle de 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner 7 composantes du score global, chaque composante recevant un score de 0 à 3, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères.

composante	score
Composante 1 : Qualité subjective du sommeil	3

Composante 2 : latence du sommeil	3
Composante 3 : durée du sommeil	2
Composante 4 : efficacité habituelle du sommeil	2
Composante 5 : troubles du sommeil	3
Composante 6 : utilisation d'un médicament du sommeil	3
Composante 7 : mauvaise forme durant la journée	3
	Totale : 19

Tableau n° 2: les résultats de Rabah obtenu dans PSQI.

Notre sujet a obtenu lors de la passation de l'échelle de PSQI un score de 19/21 qui indique que Rabah a des difficultés majeures, qui illustre bien que notre cas a une mauvaise qualité de sommeil.

Sujet	Age	Score	QDS
Rabah	69 ans	19 /21	Mauvaise

Tableau n° 3 : Récapitulatif du cas de Rabah.

- **Résumé du cas**

Après la passation du l'entretien semi-directif avec monsieur Rabah, on a constaté qu'il n'est pas sociable, il manifeste un sentiment de honte ainsi un manque affectif. Par là on observe que son sommeil perturbé est lié directement à sa mauvaise qualité de vie physique et psychique.

Selon l'échelle de Pittsburgh, Mr Rabah a obtenu un score élevé dans tous les composantes, ce qui indique une mauvaise qualité du sommeil.

Cas 2 : Mr Boualem**Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif**

Boualem âgé de 65 ans, brin et petit de taille, il ne s'était jamais marié dans sa vie, est le benjamin de sa fratrie composé de deux frères et deux sœurs, analphabète, il a travaillé comme manœuvre dans une entreprise des bâtiments.

Boualem ne parle pas beaucoup et ses réponses étaient directes et limités, ce qui a fait que notre entretien avec lui n'a duré qu'un quart d'heure.

AXE I : la qualité de vie

Boualem a été hébergé dans le centre des personnes âgées depuis 3ans, avant il vivait avec sa mère et ses frères, après la mort de sa mère, ses frères ont pris la maison, et lui comme il s'est pas marié, il s'est retrouvé seul et abandonner par ses frères il nous a dit que c'est la DAS qui m'a emmené ici, parce que selon lui, il n'y a pas de place pour lui dans la maison, en disant « oulach litsa3 g kham ».

En lui demandant, quel était son ressenti concernant son premier jour dans de foyer, il répond « ogadagh oye3adjebera lhal, mais finalement bien ». On constate qu'il a accepté et satisfait de son emplacement au foyer.

Boualem disait qu'il reçoit des visites de temps à l'autre de la part de ses frères et ses sœurs.

Concernant de sa vision sur son avenir, il dit « tmenigh adafegh akham w'adzewdjegh ».La recherche d'un toit et d'un conjoint est synonyme d'une souffrance de solitude et d'un besoin de sentiment de sécurité externe.

AXE II : la relation au foyer

De côté relationnel, Boualem ne trouve pas des difficultés à s'intégrer dans cet endroit, il a de bonnes relations avec les résidents en disant « tmissfamegh yidsan », il nous a confié qu'il n'a pas de confiance en personne, pour éviter les problèmes, il a dit qu'il ne fréquente pas beaucoup « ntghima lwahi mais othibigh ara adkhaltagh bezaf ».

AXE III : l'état psychologique

Concernant ses relations avec le personnels, il nous a dit « cava t3awanegh, tkadarnagh, ayen nahwadj aghithedkhadmen ». Des fois il répond brièvement à nos questions comme la question est ce que il est sans pression il répond directe par « non ». Il ne nous donne pas beaucoup de détails.

AXE IV : la qualité du sommeil

Lorsqu'il parle de son sommeil, il présente quelque signes de fatigue et de dépression ainsi le manque du sommeil, il n'est jamais satisfait de son sommeil en disant « orthofit nodam iganegh ».

A propos des heures du sommeil notre sujet nous a avoué que ses horaires du sommeil décalés il dit « tiswi3in ganegh f 1h, tiswi3in f 2h », à plusieurs reprises, il n'arrive pas a passé une nuit sans se réveillé et depuis il reste éveillé dans son lit.

Alors notre sujet durant la journée souffre d'une grande fatigue et manque d'énergie et du plaisir en disant « shosayagh s fachal, a3yigh g koulech ».

Boualem fait souvent des cauchemars, des réveils effrayant ce qui lui empêche de se rendormir en disant« asma adhargogh ayen n diri yo3riyi lhal adaklegh gh nodam ». Notre sujet nous a informés qu'il ne fait jamais la sieste.

On constate d'après ses paroles qu'il a des difficultés d'endormissement malgré la prise des médicaments pour dormir.

Présentation et analyse de l'échelle Pittsburgh (Index de Qualité du Sommeil de PSQI)

En pratique, ils s'agit d'une échelle de 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner 7 composantes du score global, chaque composante recevant un score de 0 à 3, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères.

composante	Score
Composante 1 : Qualité subjective du sommeil	3
Composante 2 : latence du sommeil	3
Composante 3 : durée du sommeil	2
Composante 4 : efficacité habituelle du sommeil	2
Composante 5 : troubles du sommeil	2
Composante 6 : utilisation d'un médicament du sommeil	3
Composante 7 : mauvaise forme durant la journée	2
	Totale : 17

Tableau n° 4: les résultats de Boualem obtenu dans PSQI.

Notre sujet a obtenu lors de la passation de l'échelle de PSQI un score de 17/21 qui indique que Boualem a des difficultés majeures, qui illustre bien que notre cas a une mauvaise qualité du sommeil.

Sujet	Age	Score	QDS
Boualem	65 ans	17 /21	Mauvaise

Tableau n°5 : Récapitulatif du cas de Boualem

- **Résumé du cas**

D'après la passation de l'entretien semi-directif avec monsieur Boualem, on a constaté que c'est une personne qui ne parle pas beaucoup, qui essaye de privé ses sentiments.

Selon l'échelle de Pittsburgh, Mr Rabah a obtenu un score élevé dans tous les composantes, ce qui indique une mauvaise qualité du sommeil.

Cas 3 : Mr Karim

Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Karim âgé de 70ans, originaire de Bejaia, il est brin et grand de taille, veuf il a une fille qui est mariée. C'est le benjamin de sa fratrie de deux frères et une sœur, c'est un homme analphabète, retraité ou il a déjà travaillé comme un chauffeur dans un laboratoire des travaux public, il a rejoignait le foyer depuis un an.

L'entretien s'est passé au bureau de la psychologue, il s'est montré coopérative et très communicatif avec nous.

AXE I : la qualité de vie

Karim vivait seul après la mort de sa femme, sa fille unique lui proposé de venir vivre chez elle où il est resté pendant 5 mois. En évoquant la raison valable de son admission au foyer, Karim répond avec un visage triste « msafka3agh dh wargaz yelli, ivgha hacha idhrimniw », Karim décide de quitter la maison de sa fille, il a vécu pour un moment donné dans la rue, il nous a avoué que c'est lui qui a demandé à la police de lui placé au foyer.

En lui demandant comment c'était son premier jour au foyer et ce qu'il a senti il nous répond «mohem dayi akhir n berra, dacho yellan g berra ?».On voit qu'il est satisfait et convaincu de son placement au foyer.

Depuis son intégration au foyer, Karim n'a aucun contact avec sa famille ou quelqu'un de l'entourage en disant «jamais tasend ayazren », on remarque un certain désespoir et inquiétude chez notre sujet.

Concernant son avenir, il veut se remarié et fondé une nouvelle famille il nous a déclaré «ilaq ad3alagh tawil il3amriw otghimaghara akayi », on a constaté d'après ses paroles qu'il a un espoir meilleur et une vue positive envers son avenir.

AXE II : la relation au foyer

Il accorde beaucoup d'importance au côté relationnel, il essaye de comblé le vide que sa famille à laisser en tissant des liens d'amitié avec les autres pensionnaires du foyer, en disant « tmesfhamagh yidhsen ikel, tkasiregh yidhen ».Karim est très sociable, sympathique et il a de bons rapports avec eux.

AXE III : l'état psychologique

Karim est un homme autonome, il ne manifeste aucune peur dans le foyer en disant «je me sens très aise». Des fois il se stresse à cause de sa situation actuelle « amek ligh » un silence « amek klegh ».

La relation de Karim avec le personnel du foyer est caractérisée par le respect, en la retrouve dans ses dires « cava l3alithen khadmen bien lkhadmansen ».

AXE IV : la qualité de sommeil

Notre sujet, ne manifeste aucune difficulté pour initier son sommeil, il nous a dit « ganegh bien, f 21h almi 6h ». Karim n'a pas d'heures décalés en disant «hamdollah, os3igh ara problème g swaye3 n nodam ».

Concernant le changement qu'il a constaté depuis son placement nous a informés qu'il se réveille la nuit pour 2 à 3 fois à cause de sa maladie qui est la

prostate, mais il n’a pas des difficultés ou problèmes à se rendormir après des réveils en disant « takalagh gh nodam direct ». Le côté onirique chez Karim n’est pas particulier « otargoghar ara bazef ».

A propos de la sieste, Karim ne fait pas de sieste d’après ses dires « jamais khadmegh la sieste, thebigh adafghegh gh berra ».

Présentation et analyse de l’échelle Pittsburgh (Index de Qualité du Sommeil de PSQI)

En pratique, ils s’agit d’une échelle de 19 questions d’auto-évaluation se combinent pour donner 7 composantes du score global, chaque composante recevant un score de 0 à 3, un score de 0 indique qu’il n’y a aucune difficulté tandis qu’un score de 3 indique l’existence de difficultés sévères.

composante	score
Composante 1 : Qualité subjective du sommeil	0
Composante 2 : latence du sommeil	0
Composante 3 : durée du sommeil	2
Composante 4 : efficacité habituelle du sommeil	1
Composante 5 : troubles du sommeil	0
Composante 6 : utilisation d’un médicament du sommeil	0
Composante 7 : mauvaise forme durant la journée	1

Totale : 4

Tableau n° 6: les résultats de Karim obtenu dans PSQI.

Notre sujet a obtenu lors de la passation de l'échelle de PSQI un score de 4/21 qui indique que Karim a des difficultés majeures, qui illustre bien que notre cas a une mauvaise qualité du sommeil.

Sujet	Age	Score	QDS
Karim	70 ans	4/21	Bonne

Tableau n° 7: Récapitulatif du cas de Karim

- **Résumé du cas**

On se référant aux informations citées précédemment dans le guide d'entretien, on conclut que notre sujet malgré ses soucis il arrive à accepté sa nouvelle vie, il espère sortir de cette institution et de se remarier un jour pour remplir son manque affectif.

Après la cotation des résultats de l'échelle de Pittsburgh, dont le score est de 4 qui correspond à une bonne qualité de sommeil.

Cas 4 : Mr Salah

Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Il s'agit de Salah âgé de 66 ans, originaire de Bejaia, moyen de taille, il est chauve, veuf, père de trois filles, il a un frère et une sœur, il a travaillé comme un boulanger pendant 20 ans sans assurance, il a été placé au foyer depuis 2017(2ans)

AXE I : La qualité de vie

Concernant son placement, il nous dit qu'il été intégré volontairement, emmené par la police. D'après lui, la mort de sa femme, l'abondant de ses filles ainsi son

chômage, sont les principales causes de son placement au centre, il manifeste une profonde tristesse exprimé par son visage, il avait les larmes aux yeux, quand il nous a dit « segmi thamouth tmatothiw, ur shosagh i l vena n dounith, gomagh akk atashough ». Quant à ses filles « khadmaghasant lkhir s watas, mais olawnsent d nehas, d avlat ».

A propos de son premier jour au foyer et sa vision sur cet endroit, il nous a dit « isiw sanzanteyi akhamiw » un silence et rajoute « yarrayi lhal adasegh gher dhayi, l'3akliyaw d l3akliya n dayi machi kifkif ». D'après ses formulations, on comprend qu'il n'est pas satisfait de son placement au foyer.

Au moment où on lui a posé la question concernant les visites, on a remarqué des signes de dégoût sur son visage, ainsi un sentiment d'abandon exprimé par des larmes quand il parle de ses trois filles, il dit après un souffle profond « ozrigh ara iwacho odsaksayant ara felli ». Ce qui est positif, il reçoit des visites occasionnelles de la part de ses amis de différentes wilayas, Constantine, Alger, Sétif, Skikda, il dit « farhegh ma adasen, ushan ara lkhir isankhadhmegh ».

Notre sujet manifeste des difficultés à s'intégrer dans le foyer, d'après ses dires « oyi3jiv kra dayi », il souhaite sortir de cet endroit et de chercher un travail malgré son grand âge. D'après ses dires, on s'est rendu compte qu'il a un espoir malgré les contraintes qu'il rencontre actuellement.

AXE II : La relation au foyer

Au sein de l'institution Salah préfère de resté tout seul, c'est un homme qui aime la solitude, qui s'isole des autres pensionnaires, il a quelques problèmes avec certains résidents d'après ses dires « oya3jiven ara, ohnhamlegh ara », ce qui se traduit par une mauvaise relation et fréquentation avec les résidents.

AXE III : l'état psychologique

A propos de l'état psychique de notre sujet, il a des peurs intenses de ne pas sortir du foyer avec ses propres mots « ogadhegh adhkimegh dayi ». Salah est une

personne très nerveuse, il s'énerve rapidement surtout quand il ne trouve pas son portable, il commence à crier avec une haute voix en disant de gros mots. Psychiquement Salah souffre d'une agitation et manifeste une anxiété.

Ses relations avec le personnel sont brèves et limitées vu son caractère peu sociable sauf avec la psychologue, en disant « tamatouth l3ali, takalagh g chour mlih ». Salah n'a pas tissé de bonnes relations avec le personnel vu son nouveauté dans le foyer, il évite les autres en disant « ur thebigh ad derongigh hed, ur ur thebigh ayiderongi hed ».

AXE IV : la qualité du sommeil

On continue notre discussion, Salah aborde le sujet du sommeil avant même de lui poser la question sur le sommeil en disant « oganagh ara, inghayi takhmam ayelis n tmourth, lan ossan oganagh ara ».

On lui a posé la question à ce qu'il se réveille la nuit, il nous a répondu après un petit silence « dounith to3er, nodam yo3er takarghed tkayifegh jusqu'à 5 cigarettes ».

Ce qui concerne les cauchemars et rêves, la plupart de ses cauchemars survient quand il se rappelle de l'événement douloureux qui est la mort de sa femme en disant « ahya dounith ». ce qui signifie que Salah a des difficultés de faire le deuil et d'accepter la mort de sa femme.

On parlant de la sieste, notre sujet nous a dit qu'il ne fait pas toujours la sieste « asma oganegh ara la3cha, gzal ganagh chweya », son rythme du sommeil n'est pas stable.

Présentation et analyse de l'échelle Pittsburgh (Index de Qualité du Sommeil de PSQI)

En pratique, ils s'agit d'une échelle de 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner 7 composantes du score global, chaque composante recevant un score de 0 à 3, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères.

composante	Score
Composante 1 : Qualité subjective du sommeil	3
Composante 2 : latence du sommeil	3
Composante 3 : durée du sommeil	3
Composante 4 : efficacité habituelle du sommeil	0
Composante 5 : troubles du sommeil	2
Composante 6 : utilisation d'un médicament du sommeil	3
Composante 7 : mauvaise forme durant la journée	3
	Totale : 17

Tableau n°8 : les résultats de Salah obtenu dans PSQI.

Notre sujet a obtenu lors de la passation de l'échelle de PSQI un score de 17/21 qui indique que salah a des difficultés majeures, qui illustre bien que notre cas a une mauvaise qualité du sommeil.

Sujet	Age	Score	QDS
Salah	66 ans	17/21	Mauvaise

Tableau n° 9: Récapitulatif du cas de Salah

- **Résumé du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien semi-directif, Mr Salah est une personne qui ne fait aucune activité vu son caractère peu sociable, strict et nerveux. Salah n'a pas pu faire le deuil de la mort de sa femme ce qui lui a causé une grande tristesse et même une mauvaise qualité du sommeil.

Après la cotation des résultats de l'échelle de Pittsburgh, dont le score est de 17 qui correspond à une mauvaise qualité de sommeil.

Cas 5 : Mr Omar

Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Il s'agit de Omar, il est âgé de 72 ans, moyen de taille aux yeux bleus, maigre de corpulence, assez propre, il s'est marié trois fois, mais ses mariages ont tous abouti au divorce, il n'a pas d'enfants, issu d'une fratrie de 8 frères et sœurs, demeuré à Blida. Il a un niveau d'instruction secondaire, il a exercé le métier du préparateur en pharmacie, il a travaillé aussi comme un musicien dans des boîtes de nuit.

Omar s'exprime très bien en français, donc on n'a pas eu recours à la traduction du guide d'entretien avec lui. Tout au long de l'entretien le sujet était très à l'aise, souriant, dynamique et il a démontré sa bonne humeur ce qui nous a facilité le déroulement de l'entretien.

AXE I : La qualité de vie

Avant son intégration au foyer, il vivait dans une forêt à Bejaia. Cela fait 6 ans que Omar est hébergé dans l'institution, il nous a dit que c'est un boulanger qui l'a emmené au centre, où il déclare qu'il ne savait pas qu'il existe un foyer pour les personnes âgées à Bejaia, la raison de son placement est claire car il n'avait pas de maison où vivre.

Concernant son placement en institution, il nous a dit qu'il était satisfait et heureux à travers ses mots : « Oh ! j'étais très heureux, car j'habitais d'hors, qui sort la

nuit !? Y en a que les voleurs, les homosexuels et les gens infréquentables », il rajoute : « le premier jour où je me suis arrivé, je me suis dit ou je vais dormir ?, Oh j'ai une chambre, un lit, une douche ». On a compris qu'il vivait bien son placement et que celui-ci a un effet positif sur sa vie.

Omar disait qu'il ne reçoit pas des visites de la part de sa famille, il nous a avoué : « on est une famille dispersé, on n'a pas de contacts, on est élevé comme ça, on est une famille extraordinaire puisque on ne croit pas à la religion ».

A propos de sa vision sur son avenir il nous a dit clairement : « je veux sortir d'ici et acheté une maison entourer d'arbres et des plantes, j'aime bien la nature ». On a constaté que monsieur Omar estime mieux vivre et il a une vision positif sur la vie en se référant à ses dires « on a qu'une seule vie, il faut bien vivre et profité de la vie ».

AXE II : La relation au foyer

Du côté relationnel avec les pinsonnières, notre sujet nous a confié : « je n'ai aucun ami, bonjour, bonjour, je suis devenu très sélectif, mes amis se sont mes canards ». On a discerné que Omar est quelqu'un de solitaire, limité dans ses relations avec autrui, il nous a dit : « je tien à ma liberté ».

AXE III : L'état psychologique

Au moment en lui posant la question sur son caractère, il nous répond brièvement : « je suis une personne très calme et stable ». Il ne manifeste aucune peur, avec ses propres mots : « je n'ai peur de rien car j'ai vécu des années dans la foret ».

Notre sujet se conduit bien avec le personnel du foyer en disant : « je n'ai jamais eu du mal entendu avec eux » il rajoute : « Ils m'ont tout fait, ma retraite, mes papiers et c'est déjà énorme ! Ils m'ont sauvé ! Bref rien ne me manque ». On comprend ici que Omar semble accord un respect à l'égard du personnel.

AXE IV : la qualité du sommeil

En lui demandant de nous parler sur son cycle du sommeil au foyer, il nous répond avec certitude : « je dors bien, je n'ai jamais de problème du sommeil, je dors comme un roi, de 22h jusqu'à 6h du matin », il déclare aussi qu'il n'a pas des heures du sommeil décalés sauf si y a un match a regardé.

En lui posant la question à ce qu'il se réveille la nuit, il nous répond : « je me réveille pour uriner, je fume une cigarette et je rendorme facilement », concernant les perturbations du sommeil comme les cauchemars, notre sujet ignore la question sur les cauchemars ou il nous dit « ça n'existe pas les cauchemars ». En revanche, il insiste sur la notion du « rêve » qui est très importante pour lui en se référant à ses dires : « je suis guider par mes rêves, je suis mes rêves et le hasard n'existe pas ». On nous questionnant sur la sieste, il nous répond avec un visage souriant : « ah !, je fais toujours la sieste, tji wahadha »,

Son état physique est paradoxalement bon, il ne prend aucun médicament en nous disant : « les médicaments se sont des produits chimiques, il faut prendre des tisanes et de l'ail, l'ail c'est la longévité », donc son sommeil ne semble pas être perturbé.

Présentation et analyse de l'échelle Pittsburgh (Index de Qualité du Sommeil de PSQI)

En pratique, ils s'agit d'une échelle de 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner 7 composantes du score global, chaque composante recevant un score de 0 à 3, un score de 0 indique qu'il n'y a aucune difficulté tandis qu'un score de 3 indique l'existence de difficultés sévères.

composante	Score
Composante 1 : Qualité subjective du sommeil	0
Composante 2 : latence du sommeil	1
Composante 3 : durée du sommeil	0
Composante 4 : efficacité habituelle du sommeil	0
Composante 5 : troubles du sommeil	1
Composante 6 : utilisation d'un médicament du sommeil	0
Composante 7 : mauvaise forme durant la journée	0
	Totale : 2

Tableau n°10: les résultats de Omar obtenu dans PSQI.

Notre sujet a obtenu lors de la passation de l'échelle de PSQI un score de 2/21 qui indique qu'Omar a des difficultés majeures, qui illustre bien que notre cas a une mauvaise qualité du sommeil.

Sujet	Age	Score	QDS
Omar	72 ans	2/21	Bonne

Tableau n° 11: Récapitulatif du cas d'Omar.

- **Résumé du cas**

Omar n'a pas perdu le goût de la vie malgré les échecs qu'il a subit dans sa vie conjugale et professionnel, il continu à se battre pour mieux vivre ainsi il est envisagé de pensées positives qui lui permettra d'avoir une qualité du sommeil satisfaisante.

D'après la cotation des résultats de l'échelle de la qualité du sommeil de Pittsburgh qui est 2 qui correspond à une bonne qualité du sommeil.

2. Discussion des hypothèses

Dans cette partie de notre quatrième chapitre, on a tenté de savoir la nature de la qualité du sommeil des personnes âgées placées en institution, afin d'affirmer ou d'infirmer les trois hypothèses partielles que nous avons citées précédemment pour pouvoir les discuter.

Nous avons utilisés deux outils qui sont l'entretien de recherche et l'échelle de Pittsburgh sur 5 cas parmi les 51 pensionnaires du foyer des personnes âgées de Bejaia, pour répondre et vérifier nos hypothèses.

La première Hypothèse : on a prédit que

« La nature de la qualité du sommeil chez la personne âgée placée en institution est mauvaise ».

Pour vérifier notre 1ère hypothèse, on a choisi comme outil d'évaluation, l'entretien semi-directif et le PSQI.

Mr Rabah : selon les informations recueillies dans l'entretien semi-directif, notre sujet présente une mauvaise qualité du sommeil malgré la prise des médicaments, des horaires décalés, des cauchemars répétés qui l'empêche à réussir son sommeil, les cauchemars. On a constaté à travers son discours « khadmegh bazzaf les cauchemars, oytajan ara adhaynegh tranquille ».

Dans l'échelle de Pittsburgh, Rabah a obtenu un score de 19 /21, qui présente une mauvaise qualité du sommeil ainsi un indicateur de troubles du sommeil, en s'appuyant sur les scores des sous-totaux des 7 composantes, où il a eu un score de 3 /3 dans la première composante **qualité subjective du sommeil** , la deuxième composante **latence du sommeil**, la cinquième composante **troubles du sommeil** insomnie du sujet âgé qui se définit selon ICSD, par une « *expérience subjective de troubles de l'initiation ou du maintien du sommeil, réveil précoce, auxquels sont*

associés des conséquences diurnes(fatigue, somnolence, troubles de la concentration, diminution des performances », la sixième composante **utilisation d'un médicament du sommeil** ainsi la septième composante **mauvaise forme durant la journée**, ce qui indique l'existence des difficultés sévères.

D'après l'entretien semi-directif et dans l'échelle de PSQI, on affirme que notre première hypothèse pour ce premier cas, à savoir que le sujet présente une mauvaise qualité du sommeil.

Mr Boualem : en nous référant aux résultats de l'entretien de recherche, notre sujet présent plein des habitudes négatives, il n'arrive pas à passer une journée sans se réveiller au milieu de la nuit, des cauchemars inséparables qui sont défini comme :

« *Des rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liées à l'évènement* » (Rousseau, 2017), des bayements fréquents et un manque du sommeil qui l'interrompt à chaque fois de se concentré, fatigue intense et manque d'énergie en disant « a3yigh ».

Dans l'échelle de PSQI, Boualem a obtenu un score de 17/21, dont il a eu un score supérieur 3 /3 dans les composantes suivantes : la composante 1 « qualité subjective du sommeil », la composante 2 « latence du sommeil » et la composante 6 « utilisation du médicament du sommeil », qui signifie que Boualem a une mauvaise qualité du sommeil.

D'après l'entretien semi-directif et dans l'échelle de PSQI, on affirme que notre première hypothèse pour ce deuxième cas, à savoir que le sujet présente une mauvaise qualité du sommeil.

Mr Salah : à la suite des données récoltés dans l'entretien de recherche, on inclut que monsieur Salah manifeste des réveils fréquents, une consommation excessive de tabac qui le maintien éveiller, en disant « dunith to3er, nodam yo3er, takarghed la3cha tkayifegh jusqu'à 5 cigarettes », un manque d'activité physique ainsi un rythme du sommeil décalé.

A partir de l'échelle de PSQI, notre sujet a eu des sous-totaux élevés presque dans tous les composantes on cite la composante 1 « qualité subjective du sommeil », la composante 2 « latence du sommeil », composante 3 « durée du sommeil », la composante 6 « utilisation du médicament du sommeil » et la composante 7 « mauvaise forme durant la journée », ce qui nous donne un score global de 17/21 qui indique la présence d'une mauvaise qualité du sommeil chez Salah.

On se référant à l'entretien semi-directif ainsi l'échelle de Pittsburgh, notre première hypothèse est affirmé par rapport aux résultats de Monsieur Salah.

Nous constatons, notre hypothèse, à savoir la qualité du sommeil des personnes âgées placées en institution est mauvaise, est confirmée pour trois de nos cas, Mr Rabah, Mr Boualem et Mr Salah. En revanche, nous l'avons infirmée pour Mr Karim et Omar qui présente une bonne qualité du sommeil.

On passe à la discussion de notre deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse : on a dévoilé que

« Le mauvais état psychologique influence négativement sur la qualité du sommeil de la personne âgée placée en institution »

Pour vérifier notre 2ème hypothèse, on a choisi comme outil d'évaluation, l'entretien semi-directif.

Mr Rabah :

En nous référant aux résultats de l'entretien de recherche, notre sujet présent une fatigue mentale qui se définit selon le DSM-5 : « *comme un état généralement associé à un affaiblissement ou l'épuisement des ressources physiques et /ou mentales d'un individu* » et un sentiment de regret, en disant « ndamegh même igrohan sayi » ainsi sentiment de culpabilité et d'infériorité en disant « ovghigh ara après 40 ans ! ayazren g lhalayi », et même il manifeste un traumatisme psychique qui se définit comme: « *un dommage de la structure ou du fonctionnement du corps ou du psychisme. Il peut être dû à un agent ou à une force extérieure, nature physique ou*

chimique. Le traumatisme peut être la cause de souffrance humaine la plus ignorée, sous-évalué, niée, incomprise et laissée sans soins ». (Rousseau, 2017), en disant « kimeneyi g karoyiw ossan nni n la guerre g la Lybie, rzan koulech, idhamen, rsas » un souffle « l3ivadh mouthen », sans oublié qu'on déjà perçu, que Rabah n'a pu à s'adapter au climat du foyer, ce qui a marqué chez notre sujet un mauvais état psychologique qui est caractérisé par la reviviscence du passé d'après ses dires « ayen i das3adagh d wayen i 3achegh iyijan oganagh ara », ce qui a affecté négativement sur sa qualité du sommeil.

A travers la discussion qu'on a menée avec Rabah, son mauvais état psychologique influence négativement sur sa qualité du sommeil. Donc on affirme notre deuxième hypothèse.

Mr Salah :

En nous basant sur les données récoltés dans l'entretien de recherche, monsieur Salah possède un caractère nerveux, il aime rester tout seul dans le foyer, ce qui a touché vraiment c'est la mort de sa femme, où il tient vraiment à elle, ce qui explique que notre sujet n'a pas pu résoudre son deuil, en disant, « segmi thamouth tmatothi, ur shosagh i l vena n dounith, gomagh akk atashough », il éprouve un sentiment d'abondant, en disant : « ozrigh ara iwacho odsaksayant ara felli », ainsi on a souligné chez Salah une peur de son avenir, la peur se définit comme : « une réponse émotionnelle à la perception d'une menace ou d'un danger imminents (DSM-5, 2005, p. 974).

D'après les données précédentes du l'entretien semi-directif, on affirme notre deuxième hypothèse pour le cas de Salah, que son mauvais état psychologique a influencé négativement sur la qualité du sommeil.

Nous constatons, que notre hypothèse, à savoir le mauvais état psychologique influence négativement sur la qualité du sommeil des personnes âgées placées en institution, est confirmée pour deux cas, Mr Rabah et Mr Salah. En revanche, nous l'avons infirmée pour les quatre cas Mr Boualem, Mr Karim et Omar.

Pour la **troisième hypothèse**, on a prédit que :

« La mauvaise qualité du sommeil affecte l'état psychologique de la personne âgée placée en institution ».

Pour vérifier notre 3^{ème} hypothèse, on a utilisé comme moyen d'évaluation, l'entretien semi-directif.

Mr Boualem :

En fonction des résultats de l'entretien clinique, on a constaté que notre sujet souffre d'un manque répété du sommeil, perturbation de rythme du sommeil et ses horaires, en disant « Tiswi3in ganegh f 1h, tiswi3in f 2h », des cauchemars répétés, ce qui a engendré un déséquilibre sur le plan psychologique comme manque d'énergie en disant « shosayagh s fachal », fatigue, perte d'intérêt et de plaisir, en disant « A3yigh g koulech », ainsi manque de concentration, ce qui fait que le manque du sommeil génère des effets secondaires néfastes et indésirables sur l'état psychologique.

D'après les données récoltés dans l'entretien, on affirme que notre troisième hypothèse pour le cas de Boualem, sa mauvaise qualité du sommeil influence négativement sur son état psychologique.

Cas	Rabah	Boualem	Karim	Salah	Omar
Score	19 /21	17/21	04/21	17/21	02/21
La nature de QDS	Mauvaise	Mauvaise	Bonne	Mauvaise	Bonne

Tableau n°12 : tableau récapitulatif des résultats des cinq cas

Synthèse sur l'hypothèse générale

Notre hypothèse générale stipule que « **la nature de la qualité du sommeil des personnes âgées placées en institution est bonne ou mauvaise** », d'après l'analyse et

la discussion de nos cas sur les hypothèses partielles, on constate que l'hypothèse générale est confirmée, c'est-à-dire que la qualité du sommeil est bonne pour les deux cas; Karim et Omar car d'après leurs dires nous avons constaté que leurs sommeil est équilibré et stable, ce qui fait qu'ils ont une qualité du sommeil satisfaisante, et d'après la cotation de l'échelle de Pittsburgh, ils ont obtenu un score inférieur à 5 qui indique une bonne qualité du sommeil. En revanche une mauvaise qualité du sommeil pour le reste des cas ; Rabah, Boualem et Salah parce que d'après leurs témoignages, on a déduit qu'ils souffrent d'un manque du sommeil, ils ont un sommeil fragmenté, ainsi d'après leurs score obtenus dans l'échelle de Pittsburgh, ils ont eu un score élevé qui s'étaye entre 17 et 19 sur 21 qui indiquent une mauvaise qualité du sommeil. Donc on a constaté que ces 3 derniers cas ont affirmés nos hypothèses.

A la fin, on peut répondre à la question de départ qui porte sur la nature de la qualité du sommeil pour les personnes âgées placées en institution, par la réponse suivante : la nature de la qualité du sommeil est mauvaise.

On s'appuyant sur l'étude de Middel Koop et al, ils ont démontré que les sujets âgés vivant en institution avaient une moins bonne qualité du sommeil, un endormissement plus difficile, une avance de phases plus importantes.

Conclusion

Cette partie ne nous a pas permis seulement de vérifier nos hypothèses mais aussi de faire la connaissance des nouveaux outils comme l'échelle de Pittsburgh pour mesurer la qualité du sommeil.

Conclusion générale

Conclusion

La personne âgée est caractérisée par une grande hétérogénéité. En effet, les conséquences d'ordre physique et/ou psychique du vieillissement peuvent être très importantes chez certains sujets âgés et être minimales voire absentes chez d'autres individus du même âge.

Il faut souligner que le vieillissement s'accompagne d'une réduction des capacités fonctionnelles de l'organisme, des perturbations qui aggravent l'état physique et surtout psychique du sujet âgé. Ce dernier s'accompagne ainsi d'une évolution physiologique qui change d'organisation temporelle et la qualité du sommeil.

En Algérie la question de la population âgée n'est pas d'actualité et ne constitue pas une préoccupation sociale majeure dans un pays constitué en majorité de jeunes.

On espère qu'il y aura des centres bien instruits pour accueillir ces personnes âgées et les prendre en charge de tous les côtés afin de pouvoir vivre cette période sans difficultés et surtout sans problèmes psychiques.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « la qualité du sommeil chez les personnes âgées placées en institution », on a tenté d'évaluer la qualité du sommeil chez la personne âgée, en démontrant chez cette dernière, ses disciplines, ses types ainsi que ses théories.

Afin d'arriver aux objectifs retracés dans notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique qui nous permet la compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas. Dans notre travail de recherche, on a utilisé l'entretien clinique semi-directif qui nous a fourni des renseignements concernant nos cas d'étude, ensuite nous avons appliqué l'échelle de Pittsburgh afin d'évaluer la qualité du sommeil de chaque cas. Enfin ces outils d'investigations, nous ont servi pour la confirmation de nos hypothèses.

Tout au long de notre enquête sur le terrain, nous avons constaté que le sommeil est fragmenté chez les personnes âgées placées en institution. Suite aux scores obtenus

dans l'échelle de Pittsburgh, parmi nos cinq cas, trois cas ont obtenu des scores élevés varie entre 17 et 19 sur 21 ce qui signifie qu'ils éprouvent une mauvaise qualité du sommeil.

Il reste à signaler que malgré que nos hypothèses, à propos de la qualité du sommeil chez les personnes âgées placées en institution, soient confirmés, elles restent réfutables ; cependant les résultats de n'importe qu'elle recherche scientifique reste relatifs, non statiques et non absolus, ceci est dû à notre population d'étude qui ne représente pas la population mère.

Enfin, cette recherche reste bonne et unique expérience en terme d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris pas mal de choses et d'informations sur le plan personnel, humain et en particulier sur le plan pédagogique, comme elle est d'un apport positif sur le plan méthodologique. Cette recherche a été une occasion de nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

Cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études concernant ce même sujet sous un autre angle, ou plus approfondie et de mettre l'accent sur le côté relationnel au sein du foyer avec les pensionnaires et le personnel.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, qui sont comme suit :

- Etude comparative entre la qualité du sommeil des personnes âgées placées en institution et les personnes âgées vivant à domicile.

- Le lien entre la qualité du sommeil et les performances cognitives.

Références bibliographiques

Ouvrages

1. Bee, H et Denise, b. (2003) *psychologie du développement : Les âges de la vie* (2). Canada : Boeck.
2. Behin, A, Blond, et S, Broussolle, E. (2005). *Neurologie*. Paris : Masson.
3. Billiard, M et Dauvilliers, Y. (2005). *Les troubles du sommeil*. Paris : Masson.
4. Chahraoui, Kh et Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris :Dunod.
5. Chahraoui, Kh et Bénony, H. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
6. CIF. (2001). *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
7. Donnio, I. (2005). *L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. *Gérontologie et société*, (112), 73-92.
8. DSM-5. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* : Masson
9. Fernandez, L. (2006). *La recherche en psychologie clinique*. *Psychologie*, (84), 43.
10. Foulon, Ph. (2016). *Les personnes âgées au domicile*. Thèse doctorat. Université de Picardie Jules Verne.
11. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (11). Paris : dalloz.
12. Hurlock, E. (1978). *La psychologie du développement*. Montréal : MC Graw-Hill.
13. Leader-knipper, G. (2003). *L'accompagnement des personnes âgées en institution*. Bretagne : Remes
14. Mallon, I. (2005). *Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux*. *Espaces et sociétés*, (120-121), 163- 178.
15. Papadlia, E, Olds, w et Feldman, D. (2009). *Psychologie de développement humain* (7). Québec : ChenelièreMcGraw-Hill.
16. Richard, J, et Mateev-Dirkx, E. (2004). *Psychogérontologie*. Paris :Masson.
17. Rouzo, M. (2008). *La personne âgées, psychologie du vieillissement*. Saint-Denis : Bréal.

18. Serratrice, G, et Autret, A. (1996). *Neurologie*. Paris : Elipses.
19. Timotin, L. (2012). *Impact des comorbidités, de la qualité du sommeil et de la fragilité psycho-sociale sur la qualité de vie des personnes âgées*. Thèse de doctorat. Université de Joseph Fourier, Grenoble.
20. Tranchant, Ch et Azulay, J-Ph. (2012). *Neurologie*. Paris : Lavoisier.
21. Tribollet, S et shahidi, M. (2005). *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*. France : Vendôme

Dictionnaires

1. Bloch. H et al. (2011). *Gand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
2. Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Bordas.

Thèses

3. A .Giraud, A. (2005). *Le sommeil des personnes âgées en médecine générale* :
4. Bill, A. (2016). *Déterminants de la prise en charge des insomnies chroniques de l'adulte. Une étude qualitative auprès des médecins généraliste*. Thèse de doctoraten médecine. Université Descartes, France.
5. Courcy, F. (2018). *Sommeil et performances cognitives chez les personnes âgées*. Thèse de doctorat. Université de Sherbrooke.
6. Crawford-Achour, E. (2013). *Le sommeil physiologique et pathologique du sujet âgé : impact sur la qualité du vieillissement et le vieillissement cognitif*. Thèse. Université Jean Monnet, France.
7. Damien Vassalo, M. (2017). *Prescription des benzodiazépines hypnotiques et apparentées chez la personne âgée, enquête dans 10 EHPAD Prise en charge de l'insomnie chronique*. Thèse de doctorat en médecine et pharmacie. Université de Poitiers.
8. Faculté de médecine et de pharmacie, France.
9. Glomot, S. (2017). *L'insomnie, ses traitements et les alternatives aux médicaments hypnotiques*. Thèse. Université de limoges faculté de pharmacie, France.

10. Huchet, C. (2017). *Troubles du sommeil et médicaments hypnotiques : place et rôle du pharmacien*. Thèse de doctorat en pharmacie. Université de Limoges, France.
11. *Insatisfaction et attentes des patients*. Thèse de doctorat. Université de Poitiers
12. Rousseau, A. (2017). *Les mécanismes d'action dans le traitement psychologique des cauchemars post- traumatiques*. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Laval, Canada.

Site internet

tpe-elimapo.e-monsite.com/pages/conclusion.htm consulté le 04/06/2019

ONS. www.tsa-Algérie.com consulté le 20/04/2019.

Annexe N°1 : Guide d'entretien clinique semi-directif

Caractéristiques personnelles

Nom

Prénom

Sexe

Age

Niveau d'instruction

Situation familiale

Nombre d'enfants

Nombre de frères et sœurs

Date d'admission

Axe I : la qualité de vie

Qui vous a ramenez ici (au foyer) ? Pour quelle raison ?

Comment c'était votre premier jour ici ? Comment vous avez sentez ?

Avez-vous des contacts avec votre famille ? Ou quelqu'un de l'entourage ?

Recevez-vous des visites au foyer ? Comment vous sentez ?

Ace que vous êtes adapté au climat du foyer ?

Est-ce que vous souhaitez sortir d'ici ? Pour quoi ?

Le foyer a-t-il modifié vos projets ?

Axe II : la relation au foyer

Avez-vous des amis ?

Comment sont-elles vos relations avec vos amis ?

Avez-vous un ami intime ou préféré par rapport aux autres ? Pourquoi ?

Axe III : l'état psychologique

Est-ce que vous n'êtes pas sous pressions ?

Est-ce que vous avez une peur ici ?

Êtes-vous nerveux ?

Aimez-vous être seul ou en contact avec les autres ?

Est-ce que vous partagez les mêmes idées ?

Les personnels vous aident à dépasser vos problèmes ?

Quels sont les moyens utilisés pour vous aider ?

Est-ce que vous êtes à l'aise à la présence du personnel ?

Est-ce que vous encouragez à sortir d'ici ?

Axe IV : la qualité du sommeil

Vous dormez à quel heure ?

Avant à quel heure ?

Avez-vous des difficultés à initier le sommeil ?

Avez-vous des horaires de sommeil précisés ou décalés ?

Est-ce que vous réveillez la nuit ? Pourquoi ?

Votre sommeil est-il perturbé ?

Avez-vous des difficultés ou problèmes à se rendormir après des réveils ? Pourquoi ?

Combien d'heures vous dormez ?

Fait-vous des rêves ou des cauchemars ? (si oui) sont-ils fréquents ?

Est-ce que vous faites la sieste ? Combien d'heures ?

Fait-vous la sieste chaque jour ?

Annexe N°2 : Echelle de Pittsburgh

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS



Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)

Test effectué le :/...../..... (Jour/mois/année)

1/ Au cours du mois dernier, quand êtes-vous habituellement allé vous coucher le soir ?

➤ Heure habituelle du coucher :

2/ Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de temps (en minutes) pour vous endormir chaque soir ?

➤ Nombre de minutes :

3/ Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ?

➤ Heure habituelle du lever :

4/ Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ?

(Ce nombre peut être différent du nombre d'heures que vous avez passé au lit)

➤ Heures de sommeil par nuit :

5/ Au cours du mois dernier, avec quelle fréquence avez-vous eu des troubles du sommeil car ...

	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine
a) vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 mn				
b) vous vous êtes réveillé au milieu de la nuit ou précocement le matin				
c) vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes				
d) vous n'avez pas pu respirer correctement				
e) vous avez toussé ou				

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

ronflé bruyamment				
f) vous avez eu trop froid				
g) vous avez eu trop chaud				
h) vous avez eu de mauvais rêves				
i) vous avez eu des douleurs				
j) pour d'autre(s) raison(s). Donnez une description :				
Indiquez la fréquence des troubles du sommeil pour ces raisons	Pas au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois ou quatre fois par semaine

6/ Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?

- Très bonne Assez bonne Assez mauvaise Très mauvaise

7/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?

- Pas au cours du dernier mois Moins d'une fois par semaine Une ou deux fois par semaine Trois ou quatre fois par semaine

8/ Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?

- Pas au cours du dernier mois Moins d'une fois par semaine Une ou deux fois par semaine Trois ou quatre fois par semaine

9/ Au cours du mois dernier, à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

- Pas du tout un problème Seulement un tout petit problème Un certain problème Un très gros problème

10/ Avez-vous un conjoint ou un camarade de chambre ?

- Ni l'un, ni l'autre.
 Oui, mais dans une chambre différente.
 Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit.
 Oui, dans le même lit.

11/ Si vous avez un camarade de chambre ou un conjoint, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté :

	Pas au cours	Moins d'une	Une ou deux	Trois ou quatre
--	--------------	-------------	-------------	-----------------

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

	du dernier mois	fois par semaine	fois par semaine	fois par semaine
a) un ronflement fort				
b) de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil				
c) des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez				
d) des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil				
e) d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil				

Score global au PSQI :

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

Calcul du score global au PSQI

Composante 1 : Qualité subjective du sommeil

- Examinez la **question 6**, et attribuez un score :
- Très bonne = 0 Assez bonne = 1 Assez mauvaise = 2 Très mauvaise = 3
- Score de la composante 1 =**

Composante 2 : Latence du sommeil

- Examinez la **question 2**, et attribuez un score :
- ≤15 mn = 0 16-30 mn = 1 31-60 mn = 2 >60 mn = 3
- Score de la question 2 =**
- Examinez la **question 5a**, et attribuez un score :
- Pas au cours du dernier mois = 0 Moins d'une fois par semaine = 1 Une ou deux fois par semaine = 2 Trois ou quatre fois par semaine = 3
- Score de la question 5a =**
- Additionnez les scores des questions 2 et 5a, et attribuez le score de la composante 2 :
- Somme de 0 = 0 Somme de 1-2 = 1 Somme de 3-4 = 2 Somme de 5-6 = 3
- Score de la composante 2 =**

Composante 3 : Durée du sommeil

- Examinez la **question 4**, et attribuez un score :
- >7 h = 0 6-7 h = 1 5-6 h = 2 <5 h = 3
- Score de la composante 3 =**

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

Composante 4 : Efficacité habituelle du sommeil

- Indiquez le nombre d'heures de sommeil (**question 4**) :
- Calculez le nombre d'heures passées au lit :
 Heure du lever (**question 3**) :
 Heure du coucher (**question 1**) :
 Nombre d'heures passées au lit :
- Calculez l'efficacité du sommeil : (Nb heures sommeil/Nb heures au lit)×100 = Efficacité habituelle (en %) ⇒ (...../.....)×100 = %
- Attribuez le score de la composante 4 :
 >85% = **0** 75-84% = **1** 65-74% = **2** <65% = **3**
Score de la composante 4 =

Composante 5 : Troubles du sommeil

- Examinez les **questions 5b à 5j**, et attribuez des scores à chaque question :

Pas au cours	Moins d'une fois	Une ou deux fois	Trois ou quatre fois
du dernier mois = 0	par semaine = 1	par semaine = 2	par semaine = 3

Score de la question 5b = 5c = 5d = 5e = 5f =
5g = 5h = 5i = 5j =
- Additionnez les scores des questions 5b à 5j, et attribuez le score de la composante 5 :
 Somme de 0 = **0** Somme de 1-9 = **1** Somme de 10-18 = **2** Somme de 19-27 = **3**
Score de la composante 5 =

Composante 6 : Utilisation d'un médicament du sommeil

- Examinez la **question 7**, et attribuez un score :

Pas au cours	Moins d'une fois	Une ou deux fois	Trois ou quatre fois
du dernier mois = 0	par semaine = 1	par semaine = 2	par semaine = 3

Score de la composante 6 =

Composante 7 : Mauvaise forme durant la journée

- Examinez la **question 8**, et attribuez un score :

Pas au cours	Moins d'une fois	Une ou deux fois	Trois ou quatre fois
--------------	------------------	------------------	----------------------

CENTRE DU SOMMEIL ET DE LA VIGILANCE HÔTEL-DIEU, PARIS

du dernier mois = 0	par semaine = 1	par semaine = 2	par semaine = 3
Score de la question 8 =			
➤ Examinez la question 9 , et attribuez un score :			
Pas du tout un problème = 0	Seulement un tout petit problème = 1	Un certain problème = 2	Un très gros problème = 3
Score de la question 9 =			
➤ Additionnez les scores des questions 8 et 9, et attribuez le score de la composante 7 :			
Somme de 0 = 0	Somme de 1-2 = 1	Somme de 3-4 = 2	Somme de 5-6 = 3
Score de la composante 7 =			

Score global au PSQI

➤ Additionnez les scores des 7 composantes :

Résumé

Cette recherche porte sur la qualité du sommeil chez les personnes âgées placées en institution. Nous avons réalisé notre étude dans le foyer pour personnes âgées et/ou Handicapés de Bejaia. Notre objectif principal à travers cette recherche, est de décrire et d'expliquer la qualité du sommeil chez les personnes âgées placées en institution, la vieillesse n'est pas seulement réduite pour tous à affronter des difficultés. Elle est perçue par plusieurs personnes âgées comme étant une période qui offre la possibilité de se reposer d'une vie professionnelle fatigante et aussi de s'épanouir, de développer ses talents, de faire enfin ce qui leur tentait de faire quand le temps leur manquait, de prendre le temps de s'ouvrir aux autres, pour changer le regard de la société sur les personnes âgées. La qualité du sommeil des personnes âgées se trouve principalement déterminé par leur situation de vie. En institution, la qualité du sommeil des personnes âgées est apparait fortement influencé par l'état psychique.

Pour réaliser notre travail de recherche, nous avons utilisé l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de la qualité du sommeil de Pittsburgh. Cette étude a révélé une nature de qualité du sommeil mauvaise chez trois de nos sujets de recherche. Dont, Mr Rabah, Mr Boualem et Mr Salah avec un score élevé qui indique une mauvaise qualité du sommeil. Quant aux deux autres cas, qui est Mr Karim et Mr Omar, qui ont obtenu un score inférieur à 5 qui indique une bonne qualité du sommeil.

Mots clés : Personne âgée, vieillesse, vieillissement, sommeil, qualité du sommeil.