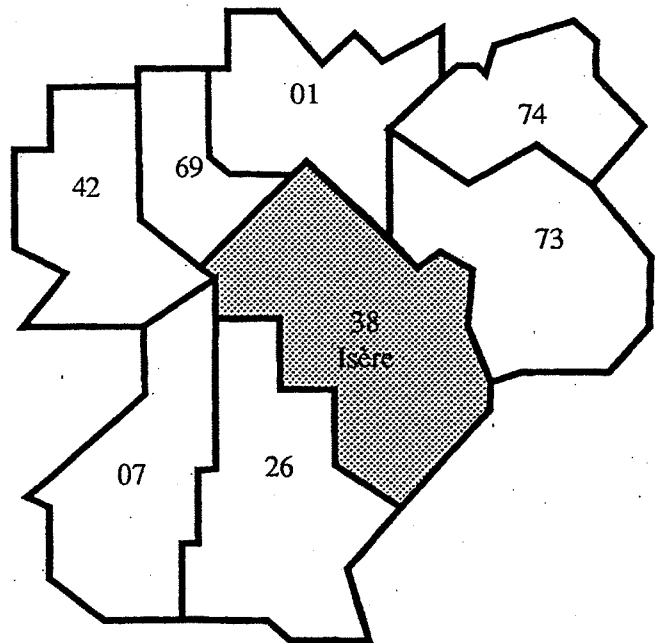


64^{ème}

JOURNEE REGIONALE DE GERONTOLOGIE

"NUIT ET VIEILLISSEMENT"
*LA NUIT DES MALADES AGÉS
AU DOMICILE ET EN INSTITUTION*



Société Rhône-Alpes de Gériologie

Siège social
UDIAGE 1 place de Metz
38000 GRENOBLE

Alpes Congrès
GRENOBLE

Mardi 24 octobre 2000

64^{ème} journée régionale de Gériologie

NUIT ET VIEILLISSEMENT

**LA NUIT DES MALADES AGES
AU DOMICILE ET EN INSTITUTION**

**MARDI 24 OCTOBRE 2000
GRENOBLE**

SOMMAIRE

- **Ouverture de la journée** par Mme SAVIOZ, présidente de la Société Rhône Alpes de Gérontologie, par M.DESTOT, maire de Grenoble et député de l'Isère, et par M. BERIOT, vice-président du Conseil Général de l'Isère. p. 3
- **« Les vieux rêvent-ils ?
Et de quoi rêvent ceux qui veillent sur la nuit des vieux ? »**
 - Dr Gérard DUBOS – CHR de Grenoble. p. 9
- **« Il était une fois... La nuit »
Quelles angoisses, la nuit, dans notre culture ?**
 - Dr Mireille HOUARD – Psycho-gérontologue
Conseil Général du Val de Marne p. 13
- **Modifications normales et pathologiques du sommeil avec l'âge :
conséquences pratiques sur l'organisation de la nuit du sujet âgé.**
 - Professeur Patrick LEVY
Laboratoire de Neurophysiopathologie du sommeil
Hôpital de La Tronche – Grenoble p.25
- **Les « bons » et les « moins bons » médicaments de la nuit et leurs
alternatives...**
 - Dr Patrick LEMOINE
Service UCPB – Hôpital du Vinatier – Lyon Bron p.35
- **Discussion** p. 43
- **Incontinence nocturne, changes et qualité du sommeil : conduites pratiques**
 - Dr Marie Ange BLANCHON et Catherine TARIOL (cadre de nuit)
CHU de St Etienne – Service de gériatrie p. 52
- **Evolution de la vision, notamment nocturne, avec l'âge,
ses conséquences sur la nuit de la personne âgée.**
 - Professeur Michel MOUILLON
Ophtalmologie – CHU – Grenoble p. 58
- **Aménager l'environnement pour diminuer les risques de chutes des personnes
âgées – lumières de jour, lumières de nuit.**
 - M. Uriel MOCH – architecte et l'Atelier Lumière p. 65
- **Enquête sur les problèmes de la nuit dans les populations âgées malades à
domicile et auprès des familles adhérentes à l'association Isère Alzheimer.**
 - Dr Françoise PAUMIER DESBRIERES – Médecin gérontologue p. 65
- **Pour un projet de nuit en institution, comment concilier le soin de nuit avec un
sommeil de qualité.**
 - Marie Ange GALLET – Surveillante Hôtel Dieu La Bajatière p. 68
- **Discussion** p. 74
- **Conclusion** p. 81
 - Professeur Robert HUGONOT

LA NUIT et L'AGE

La séance est ouverte à 9 heures 45 sous la présidence de Mme SAVIOZ, présidente de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie.

Mme SAVIOZ, présidente– Mesdames, Messieurs, nous allons ouvrir cette journée en donnant la parole à M. le député maire de Grenoble, M. DESTOT, qui doit partir en voyage. Monsieur le député maire a le plaisir de vous saluer.

M. le député maire DESTOT – Merci Mme la présidente.

A mon tour de vous saluer, ainsi que mon collègue, M. BERIOT, vice-président du Conseil Général, mais aussi, Mme Cécile SAVIOZ, présidente de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie, celui qui nous est cher ici, le Professeur Robert HUGONOT, président du Centre de Prévention des Alpes, le Docteur Gérard DUBOS, chef du service de médecine gériatrique du CHU de Grenoble, que j'ai l'honneur de présider en tant que maire de la ville centre, et M. WEERS, secrétaire général de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie.

Je veux associer aussi mes deux collègues, Michel VANNIER adjoint à la santé de Grenoble et Maïté JOUVE, déléguée aux personnes âgées.

Merci à vous tous d'être venus aussi nombreux, c'est assez spectaculaire ! Et merci d'avoir choisi Grenoble pour cette 64^{ème} journée de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie, sur le thème « **Nuit et Vieillesse** » que vous consacrez à la fois à l'analyse des troubles et pathologies de la nuit et du sommeil, à la qualité des soins, des relations et de la prévention des risques.

Je veux rappeler qu'il y a 32 ans, à Grenoble, Michel PHILIBERT et le Professeur Robert HUGONOT avaient pris l'initiative de ces rencontres. Depuis, nous savons tous qu'elles ont connu un succès très brillant.

Si vous me permettez très rapidement, je situerai mon propos introductif sur la seule question globale de la dépendance, car c'est en effet l'un des enjeux sociaux majeurs de ce nouveau millénaire. C'est devenu une banalité de dire que notre société est marquée par l'élévation continue de l'espérance de vie.

A Grenoble, sur 153 000 habitants, 11 000 ont aujourd'hui plus de 75 ans et ils seront plus de 15 000 dans 20 ans.

Pouvoir vivre plus longtemps dans de bonnes conditions de santé et d'autonomie est et sera une chance pour la majorité d'entre nous mais ce mouvement s'accompagne d'un accroissement des situations de dépendance dues à des maladies invalidantes mais aussi à des facteurs sociaux : isolement affectif, géographique.

Notre jeu éthique et politique est de promouvoir l'organisation de la solidarité entre les générations, de prévenir les risques de dépendance et de prendre en charge le mieux possible les personnes qui perdent leur autonomie. Pour se faire le maintien à domicile est et restera l'axe fondamental de la politique grenobloise. La réflexion sur la personne âgée est d'ailleurs l'expression de la solidarité entre générations. La dépendance ne doit pas être synonyme de placement. C'est l'environnement qui doit s'adapter au vieillissement.

Et de ce point de vue, avec son CCAS, (le deuxième de France, le premier après Paris), Grenoble a un engagement historique très fort : 380 agents au service des personnes âgées, un service social spécialisé, (je crois unique en France, avec 15 assistantes sociales au service de 7 à 8 000 personnes aujourd'hui), qui joue un rôle majeur dans la prévention des risques en convention avec le Centre de Prévention des Alpes présidé par le Professeur HUGONOT.

Ces services polyvalents de maintien à domicile représentent un engagement de plus de 30 millions de francs auprès des familles et des autres institutions. Effort que Grenoble entend maintenir, même si elle n'y est pas obligée au terme des répartitions des compétences issues de la décentralisation de 1992.

Grenoble a aussi une politique systématique d'offres de logements adaptés avec mise en œuvre des bailleurs. Parallèlement, la création de places en établissements anciens ou nouveaux est devenue indispensable. Quand toutes les ressources du maintien à domicile ne peuvent plus suffire, Grenoble compte là aussi innover dans des établissements de qualité, dans des conditions de dignité et de sécurité, dans un environnement non déshumanisé, avec la construction de quatre unités de vie d'une vingtaine de lits à Vigny Musset dans les mois qui viennent, ainsi que d'une unité de vie à Vaucanson dans un autre quartier de Grenoble.

Etant donné l'ampleur du défi à relever, le système existant peut et doit être amélioré en empruntant me semble-t-il les voies suivantes : tout d'abord, la coordination de toutes les interventions auprès des personnes âgées pour gagner en efficacité mais aussi en simplicité. Le groupe des propositions majeures du rapport de Mme GUINCHARD KUNSTLER, qui n'a d'ailleurs malheureusement pas pu confirmer sa présence aujourd'hui, se concrétise dans l'expérimentation, l'éthique des Centres Locaux d'Information et de Coordination. Grenoble s'engagera dans cette voie en présentant un projet de CLIC en début 2001, projet qui devrait impliquer bien des professionnels parmi vous.

Dans le même esprit, je veux insister sur le travail en réseau qui offre un gisement de progrès dans la prévention et la prise en charge à domicile, réseau entre services de soutien, services de médecine gériatrique et toutes les professions médicales. Et quand on parle de réseau, on pense bien évidemment aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, au réseau Internet en particulier, et vous ne serez pas étonnés de savoir qu'à Grenoble, qui réunit aujourd'hui de nombreuses compétences dans la recherche et l'industrie, nous avons, peut-être plus que d'autres, vocation en tant qu'agglomération française à innover dans l'application des NTIC, comme on dit, pour le renforcement de l'autonomie et de l'intimité des personnes âgées, pour leur communication avec les services médicaux et sociaux, pour la communication entre ces services.

Les réseaux de Téléalarme en sont une première traduction connue. Mais dès aujourd'hui, des Grenoblois et des entreprises grenobloises travaillent sur un concept plus global d'assistance, d'hospitalisation à domicile utilisant les nouveaux moyens de communication.

Le renforcement des liens entre générations et la place des personnes âgées dans la cité font partie également des voies à mieux explorer. Il s'agit là de soutenir les formidables actions des associations, de faire émerger de nouvelles initiatives avec une université inter-âge bien connue, mais aussi avec le sport, la culture, les loisirs. Dans ce sens, la mise en place l'année dernière du comité consultatif des personnes âgées avec le mouvement associatif grenoblois répond à cette nécessité d'un nouveau dynamisme, d'un nouvel élan à donner à l'expression de solidarité concrète vers les personnes âgées.

Enfin et peut-être surtout, nous devons mobiliser les moyens financiers importants en partenariat étroit avec les collectivités, le Conseil Général bien sûr, mais aussi avec la communauté d'agglomération. Il nous faut enfin faire évoluer la PSD vers une véritable prestation d'autonomie, mieux reconnaître, mieux valoriser encore l'ensemble des métiers de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées. Les réseaux nationaux d'aide à domicile viennent d'ailleurs d'exprimer leurs attentes légitimes en manifestant ce samedi 21 octobre à Paris.

Voilà, Mesdames, Messieurs ce que très brièvement je voulais vous dire ce matin en introduction à vos travaux, avant de regagner l'Assemblée Nationale à Paris pour discuter du budget 2001 et de la politique sociale et sanitaire des personnes âgées, qui est un point extrêmement sensible et important.

Bonne journée. Merci de votre attention.

(Applaudissements).

Mme la présidente – Merci M. le député maire, nous vous souhaitons bon voyage et bon travail.

Nous continuerons par M. le vice-président du Conseil Général. M. SAUGEY, président, étant retenu par ses obligations a demandé à M. BERIOT de le remplacer. M. BERIOT est président de la commission sociale du Conseil Général.

M. BERIOT – Mme la présidente, M. le député maire, M. le Professeur HUGONOT, Mesdames, Messieurs, bonjour à tous.

Après l'accueil du maire de la ville de Grenoble qui vous reçoit aujourd'hui, je vous accueille en tant que délégué du Conseil Général de l'Isère. Il m'est particulièrement agréable d'assister à l'ouverture des travaux de cette rencontre qui rassemble de nombreux acteurs du domaine gérontologique.

C'est un sujet qui me tient à cœur puisque dans ma vie professionnelle, j'ai eu à connaître ce secteur et je continue à œuvrer aux côtés du Professeur HUGONOT, soit à l'UDIAGE, soit au CESPAS et dans une série de structures iséroises.

Aujourd'hui en charge du secteur solidarité du Conseil Général, je dois rappeler qu'avec un budget social de 1,5 milliards sur un budget total de 4 milliards, nous consacrons 300 millions de francs aux personnes âgées. C'est à côté des personnes handicapées, une deuxième priorité pour notre département.

L'enjeu est d'autant plus fondamental compte tenu des perspectives démographiques européennes, nationales ou même de notre département qui est plutôt plus jeune mais qui vieillit aussi. Si l'on peut se réjouir de l'augmentation de l'espérance de vie, ce gain n'a de sens que si l'on gagne aussi en qualité de vie.

C'est le sens du schéma gérontologique que nous venons de mettre au point entre le Conseil Général et l'Etat parce que la prise en charge de la personne âgée ne doit pas souffrir de la répartition des compétences sanitaires d'une part, et médico-sociales d'autre part. Plusieurs maîtres-mots guident ce document, prévention, formation, qualité. Un comité de suivi a été installé pour étudier la mise en œuvre opérationnelle des multiples actions prévues par son schéma. Parmi ces mesures, vous me permettrez de m'attarder sur quelques points particuliers qui méritent d'être soulignés.

J'évoquais tout d'abord la mise en place d'une étude longitudinale, (terme un peu barbare), il s'agit de s'intéresser aux causes d'entrée dans la dépendance. Aujourd'hui tous les spécialistes s'accordent à reconnaître que la réflexion sur les causes de la dépendance est quasi inexistante.

En effet, la dépendance est assimilée à une fatalité due à l'âge afin d'ignorer que la dépendance est liée à la maladie ou à une pluralité de pathologies. Or à âge égal, vous le savez, certaines personnes âgées sont dépendantes et d'autres ne le sont pas.

L'étude longitudinale répond à ce souci de réflexion prospective ou scientifique pour essayer d'anticiper l'évolution de la demande future et vise à l'adéquation la plus satisfaisante possible aux moyens. Il convient par cette démarche originale de mettre au jour la chaîne de causalités qui a conduit à la situation de dépendance.

Le coût de cette étude pluriannuelle est élevée mais il est à la hauteur du défi de la prise en charge du vieillissement. Ce souci d'adaptation de notre politique gérontologique me conduit à évoquer la réflexion qui va être menée sous la houlette du centre pluridisciplinaire gérontologique dirigé par Michel FROSSARD sur les attentes des nouvelles générations de retraités.

Les points examinés concernent les caractéristiques des nouvelles générations de retraités. Il s'agira de définir les différents modèles de vie à la retraite et ce qui les différencie des générations antérieures :

- conception de la citoyenneté (en général ils y participent pleinement)
- conception de l'identité des retraités
- conception de la reconnaissance de la place et du rôle des retraités
- les pratiques sociales futures notamment lors des ruptures dans la trajectoire de vie

- les mutations technologiques aux facteurs favorables ou au contraire obstacles à l'insertion sociale des retraités
- les attentes vis à vis de la société et des collectivités locales.

Je soulignerai aussi la nécessaire coordination des interventions autour de la personne âgée. Même si ce terme apparaît aujourd'hui presque galvaudé, c'est évident pour beaucoup mais pour la personne âgée, ce n'est pas encore parfait car elle rencontre de nombreuses difficultés.

Le Conseil Général de l'Isère, avant même l'apparition des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique) s'était déjà engagé préalablement sur cette voie. Notre capacité à coordonner les réponses apportées aux besoins de la personne âgée isolée et ou dépendante pour continuer à vivre chez elle, déterminera l'efficacité du maintien à domicile de demain. La coordination apparaît donc comme un enjeu majeur pour offrir aux personnes âgées un véritable foyer.

La prise en charge du vieillissement des personnes âgées est un véritable défi pour notre société. Or, les systèmes d'assurance et d'assistance instaurés par la société industrialisée après la deuxième Guerre Mondiale pour garantir la protection de certains groupes contre un ensemble de risques sociaux, sont en crise, vous le savez aussi, du fait même des transformations que connaît notre société.

Actuellement l'absence de débat de fond autour de la prise en compte de ce risque, qu'il s'agisse de la dépendance ou du financement des retraites, a amené à se situer dans une logique instrumentale peu cohérente. Espérons que la prochaine modification de la PSD, toujours en gestation au niveau national (longue gestation), sera l'occasion concrète de définir des principes clairs à la hauteur d'évolutions inévitables.

Voilà, Mesdames et Messieurs, je souhaite que vous fassiez durant cette journée de bons travaux pour votre jeune association, puisque vous n'avez que 32 ans d'existence ! Mais nous comptons sur vous pour nous faire part de vos résultats et de vos travaux de manière à enrichir nos propres travaux.

Merci.

(Applaudissements)

Mme la présidente – Merci M. le vice-président, nous vous donnons congé si cela est nécessaire.

M. le Professeur HUGONOT – J'ai à vous présenter les excuses du Professeur Michel FROSSARD qui est un des administrateurs de la Société et qui est le directeur du Centre pluridisciplinaire de gérontologie de Grenoble. Michel FROSSARD a eu un deuil dans sa famille et s'excuse de ne pouvoir être là.

Je vous présente également les excuses du Professeur Alain FRANCO, chef du service hospitalo-universitaire du Pavillon Elisée Chatin, il a été convoqué à Paris.

Je vous signale quand même qu'il vient d'être élu président de la Société Française de Gérontologie il y a quelques jours. Nous regrettons également son absence.

Dr DUBOS – Je vous présente les excuses de M. BASTARD, directeur du CHU, absent de Grenoble aujourd'hui.

Mme la présidente – Mesdames, Messieurs, chers amis, c'est toujours avec une grande satisfaction que nous vous rencontrons lors de ces journées dans une salle bien garnie.

Aujourd'hui, c'est la 64^{ème} journée et vous êtes 990 participants, le maximum autorisé ! Merci de répondre à notre appel et un chaleureux merci à M. WEERS, notre secrétaire général et au Docteur DUBOS, qui depuis des mois en assument la charge avec un grand dévouement.

Le thème de la journée : « Nuit et Vieillesse ».

Le sommeil, élément important de la qualité de vie, le sommeil reste un état fragile, sujet à de nombreux troubles et interrogations. Le sommeil est une activité très énigmatique. Le sommeil est un bien précieux. Beaucoup se plaignent de l'avoir perdu.

La nuit, on croit se reposer, mais surgissent d'autres agressions plus pernicieuses : bruits de la rue, du train, soucis, ennuis, difficultés d'endormissement, coupures du sommeil par de fréquents éveils, réveil matinal précoce. Des troubles organiques de plus en plus nombreux avec l'âge perturbent aussi le sommeil. On ignore aussi les raisons de l'insomnie qui le troublent. Peut-on arrêter la spirale infernale qui conduit à la dépendance aux tranquillisants ? C'est en France, dit-on, que la consommation de somnifères est la plus élevée. Chacun expérimente ces petites pilules avec plus ou moins de bonheur.

Les infirmières et gardes de nuit sont nombreuses dans cette salle. Vous êtes venues chercher conseils et réconfort. Vos malades ont besoin d'attention particulière et vous savez que le plus important est l'écoute. Etre là au moment où la vieille dame vous parle de son ennui ou d'une préoccupation anodine, fondamentale pour elle, être sur le même terrain qu'elle, avec son problème et si vous êtes trop occupée, un mot par-ci, un sourire par-là, c'est bien là l'essentiel.

Nos intervenants spécialistes de cette journée vous apporteront des réponses à vos interrogations : troubles du sommeil chroniques et invalidants, organisation de la nuit, le sommeil, le soin, l'incontinence, l'aménagement de l'environnement, l'évolution de la vision nocturne.

Je souhaite, que selon un chercheur américain, vous ayez entendu ce soir les 19 secrets pour une bonne nuit de sommeil.

Je ne puis passer sous silence les aides qui nous ont été apportées par la Caisse régionale et toutes les caisses qui ont bien voulu s'associer à notre projet. Vous en lirez la liste sur diapositive.

Partenaires financiers :

- Conseil Régional Rhône-Alpes
- Mairie de Grenoble
- Caisse de retraite AG2R
- CAPICAF
- CIPRA
- Laboratoire NOVARTIS
- Laboratoire ESAI
- Laboratoire ROCHE
- Laboratoire SYNTHELABO
- Laboratoire AVENTIS

Le premier programme élaboré que vous avez tous reçu, indiquait l'intervention du Docteur Monique FERRY sur « les bons et moins bons médicaments ». Mme FERRY est malade, elle est remplacée par M. le Docteur Patrick LEMOINE qui est inscrit dans le programme inséré dans le dossier que vous avez reçu ce matin. Je vous souhaite une très bonne journée. (Applaudissements)

M. le Professeur HUGONOT – Eh bien nous attaquons avec 15 minutes de retard seulement. Finalement ce n'est pas trop mal, mais cela nous obligera à réduire la discussion. Moi aussi, je voudrais parler du travail colossal qu'André WEERS et Gérard DUBOS ont fait pour l'organisation de cette réunion, parce qu'à la suite de la défaillance de nos organisateurs habituels, ils ont dû relever le gant. Ce travail, pour arriver à la salle qui est maintenant devant nous, est véritablement extraordinaire. Alors, il est normal que Gérard DUBOS, qui a eu l'idée de ce sujet « la nuit », commence.

➤ « Les vieux rêvent-ils ? Et de quoi rêvent ceux qui veillent sur la nuit des vieux ? »
projection de diapositives

Dr DUBOS – Il peut sembler à première vue assez paradoxal de demander à un médecin d'introduire le thème d'une journée sur la nuit. Car la nuit, chacun le sait, est le moment où justement les médecins ne sont pas là !

En poursuivant la réflexion, on peut même se demander s'il existe une nuit en gériatrie ? Quand on fait la revue d'une dizaine de journaux nationaux ou internationaux consacrés aux soins de la personne âgée, on s'aperçoit que moins de 5 % des publications concernent la nuit et encore la plupart n'ont-elles pour objet que l'insomnie et les moyens médicamenteux de la traiter...

Quand, d'aventure, le travail des soignants de nuit est évoqué, il est opposé avec un temps diurne qui serait un temps technique valorisant alors que le temps nocturne serait, lui, un temps beaucoup plus passif et, à la limite, de moindre importance. Ne parle-t-on pas d'ailleurs de la « garde » à propos du travail des équipes soignantes de nuit dans nos institutions.

Il n'y a pas non plus, me semble-t-il, de volonté de prendre plus en considération ou d'améliorer le travail de nuit puisque dans le référentiel de l'ANAES on constate que la nuit est curieusement absente des exigences de qualité auxquelles les institutions devront se référer pour être agréées.

C'est pourquoi je vous invite à suivre les conseils de BACHELARD à sortir sur notre terrasse - ce sera une terrasse virtuelle, cet amphithéâtre – et à **regarder travailler la nuit**.

La nuit bien sûr c'est d'abord le sommeil, comme vient de l'évoquer Mme SAVIOZ, et on se trouve à nouveau en plein paradoxe puisque vous êtes tous et toutes ici assez âgés pour vous être aperçus par vous-mêmes combien le vieillissement réduit notre nombre d'heures de sommeil et le fragilise.

Il est surprenant de constater que si les heures de sommeil diminuent, **le désir de sommeil** reste lui toujours aussi important. Et Mme PAUMIER DESBRIERES nous montrera que les habitudes de nuit de 150 personnes âgées malades à domicile ne changent pas beaucoup, malgré leur âge, de ce qu'elles étaient probablement au cours de leur jeunesse.

Nous avons demandé au Professeur LEVY de bien vouloir venir nous expliquer en quoi les modifications des rythmes physiologiques avec l'avance en âge (un spécialiste du sommeil avait parlé à ce propos des « rythmes rompus de la personne âgée ») viennent modifier le sommeil à la fois physiologique et aussi dans quelques grandes maladies chroniques auxquelles sont exposées les personnes âgées. Le Professeur LEVY nous dira ensuite si on peut en retirer des conseils ou des conduites pratiques pour une nouvelle hygiène de nuit.

Ce sommeil qui nous fuit, nous essayons de le rattraper en prenant des pilules, mais ne peut-on poser la question à l'envers : n'y a-t-il pas des médicaments à **ne pas prendre la nuit** pour bien dormir ? En feuilletant le Vidal, j'ai trouvé 322 médicaments mentionnant la possibilité d'insomnie dans leurs effets secondaires !

J'en ai peut-être oublié quelques uns...

C'est pourquoi nous avons demandé au Docteur LEMOINE de bien vouloir nous parler des alternatives thérapeutiques aux traitements médicamenteux de l'insomnie.

Les vieux rêvent-ils ?

Cette drôle de question m'avait été posée, il y a quelques années, par une très jeune femme. On voyait bien ce qu'elle avait derrière la tête (car les jeunes sont souvent très « castrateurs » vis-à-vis de leurs aînés). Dans son esprit, un vieux ça ne bougeait plus, ça dormait peu et mal, alors probablement ça ne rêvait plus !

Monsieur LEVY viendra nous rassurer : les vieux rêvent encore, mais quand on étudie **la mémorisation des rêves**, on s'aperçoit qu'elle diminue de façon considérable avec l'avance en âge, ce phénomène n'est pas lié uniquement à la vieillesse puisque c'est entre 20 et 40 ans que les hommes en sont frappés de façon élective. **Les hommes sont plus oublieux de leurs rêves que les femmes !**

Les femmes se souviennent plus longtemps de leurs rêves mais cependant à partir de 60 – 65 ans, il y a dans les deux sexes un très mauvais rappel des rêves.

Et ceci nous entraîne vers le domaine que nous avons demandé à Mme HOUARD de nous expliciter : celui de toutes les angoisses qui peuvent être en relation avec la nuit. Mme HOUARD a d'illustres prédécesseurs dans ce domaine puisque SHAKESPEARE, avait déjà évoqué ces problèmes : « *Dormir, rien de plus, dormir, rêver peut-être : là est la question !* ».

Pourquoi voulons-nous donc à tout prix vaincre notre insomnie ? Michèle MOREL-NUGUES, dans un de ses articles sur les projets de nuit en institution, nous rappelle qu'*apprivoiser le sommeil pour l'âgé* c'est peut-être aussi apprivoiser sa propre image nocturne, son ombre, sa mort en perspective...

Et quand on examine toutes les conceptions que nous avons eues de la nuit à travers les temps historiques, il me semble que curieusement, malgré la nuit illuminée du monde moderne, et peut-être parce que, nous disent certains historiens, nous avons perdu en cours de route la possibilité de sublimation de la nuit qui existait à d'autres époques, la nuit moderne redevient ainsi parfois cette nuit primitive et primordiale : obscure et angoissante...

Lumières du jour, lumières de nuit :

Nous avons choisi de consacrer toute la seconde partie de cette journée à discuter des conséquences de l'environnement sur la qualité du sommeil. Nous avons demandé à Mme BLANCHON et à Mme TARIOL, qui travaillent au C.H.U. de St Etienne, de bien vouloir nous dire ce qu'il faut penser de ces soins dogmatiques, peut-être un peu trop facilement admis, qui consistent à réveiller systématiquement les personnes âgées afin qu'elles soient changées en cours de nuit. Certaines études montrent en effet que seuls 10 % des éveils seraient en relation directe avec l'incontinence, les autres – tous les autres – étant bien plus en relation avec le bruit et la lumière !

Que la nuit soit potentiellement dangereuse pour les personnes âgées est une constatation bien banale : on sait le grand risque de chute de nos pensionnaires pendant la nuit et ces chutes, comme on le verra dans l'enquête de Mme PAUMIER DESBRIERES, ont des conséquences graves.

C'est pourquoi nous avons demandé au Professeur MOUILLON de nous parler des modifications physiologiques de la vue avec l'âge puis ensuite à M. Uriel MOCH et à son équipe d'architectes de nous dire quel pourrait être l'aménagement lumineux des structures de soin recevant des personnes âgées ou même tout simplement de l'appartement ou de la chambre afin de réduire ces dangers.

Enfin, il nous faudra terminer en accordant beaucoup de place à ceux qui, sans doute exceptionnellement, sont dans la salle aujourd'hui, à ceux qui demain quand il fera jour dormiront après avoir assuré les soins et la sécurité de nos personnes âgées pendant les heures où nous nous reposons.

C'est toujours BACHELARD dans « *le droit de rêver* » qui nous rappelle que l'espace nocturne est par nature différent de celui des heures diurnes : « *il n'a pas le même lointain, il est tout proche, il est synthèse des choses qui nous entourent et synthèse de nous-mêmes* ».

Dominique FRIARD rejoint BACHELARD dans son expérience de soignant de nuit dans un service de psychiatrie : *La nuit, nous dit ce soignant, enveloppe soignants et soignés dans un même cocon. La nuit c'est notre isolement qui est au cœur de notre activité. Si le poids de l'institution est plus fort le jour, il est aussi plus rassurant. La nuit le sentiment d'insécurité est plus présent, l'équipe doit être soudée...*

Tout un monde de perceptions différentes : de sons, d'odeurs peuplent la nuit, Mme HOUARD nous parlait de ce curieux affinage des sens, car au fur et à mesure que la lumière baisse, c'est comme si l'on s'intégrait à la nuit en développant des antennes qui réagissent aux bruits, aux odeurs, à d'autres signaux d'alarme.

C'est pourquoi nous avons demandé à Mme GALLET de nous dire pour conclure à quelle **nouvelle démarche de soins l'équipe de nuit devrait se référer**, car s'il est vrai que le jour prépare la nuit nous pensons, et c'est pour cette raison que nous avons voulu cette journée, que la qualité de la nuit prépare aussi le succès thérapeutique du jour à venir.

Voici quelques-unes des questions que nous nous sommes posées, sans doute rejoindront-elles les vôtres. Vous espérez des réponses, vous en aurez certainement beaucoup, vous ne les aurez probablement pas toutes. Mais peut-être faut-il, là aussi, conclure avec le poète et se rappeler « **qu'aucune nuit jamais ne sera assez longue pour compter toutes les étoiles** ».

(Applaudissements).

Cette intervention était illustrée par un diaporama de peintures et de résultats d'études en rapport avec la nuit – le sommeil et le rêve.

Quelques ressources bibliographiques :

- Bachelard : le droit de rêver – PUF collection
- Relation entre insomnie et mortalité – M.D.Althuis et Coll – Journal of the American Geriatric Society – octobre 98 Vol 46 N° 10
- Les angoisses de la nuit – Isabelle Margue Psychologue - Grenoble
- Conséquences de l'environnement et de l'incontinence sur la qualité de la nuit en institution – P.A. Cruise et Coll – Journal of the American Geriatric Society février 98 – N°2 Vol 46
- L'isolement la nuit – Dominique Friard - source Internet texte présenté au colloque «le service de nuit dans tous ses états» (colloque organisé par ERAP Formation : « Le service de nuit dans tous ses états » 12-14 mai 1998 à Paris).
- Le rythme veille sommeil du sujet âgé – J Taillard et J Mouret – Revue Gériatrie tome 18 N° 5 mai 95
- Les aléas de la protection – G.Crespy Concours médical – 02 10 99 – 121 – 30
- Sommeil et démence (approche chrono biologique) – Z Barrou , C Lidy – Revue de Gériatrie Tome 24 N° 3 mars 99
- Nuit et projet de vie en institution Michèle Morel-Nugues Soins Gérontologie 1998 N° 13
- La nuit en institution et au grand âge – Mireille Houard – Gérontologie et société N° 77 juin 96
- La nuit dans deux cultures différentes : La nuit de Tang Ke Yang et Martine Laffon – Desclée de Brouwer – Presses littéraires et artistiques de Shangai

- La nuit au moyen âge – Jean Verdon - Perrin Editeur
- Et bien sûr : Skakespeare – Hamlet

M. le Professeur HUGONOT – Gérard DUBOS, merci de cette introduction complète, poétique, passionnante.

Nous avons maintenant le plaisir de donner la parole pour 45 minutes à Mireille HOUARD. Le Docteur Mireille HOUARD est psychogérontologue et travaille actuellement dans le cadre du Conseil Général du Val de Marne.

Mais si nous lui avons demandé de venir, c'est parce que déjà antérieurement, elle avait publié ses travaux sur la nuit et les angoisses de la nuit.

- « Il était une fois... La nuit »
Quelles angoisses, la nuit, dans notre culture ?
Projection de diapositives

Dr Mireille HOUARD – Bonsoir. J'ai envie de vous dire bonsoir parce que nous allons entrer dans la nuit.

DIAPO 1 *Plan de l'intervention*

Je vais essayer de planter le décor, pour que nous gardions tous bien présent à l'esprit, dans les heures qui viennent, le contexte dans lequel se vit la nuit : car il faut bien être conscient qu'entre le **coucher** et le **lever** du soleil, on ne pense pas, on ne vit pas de la même manière que durant l'autre partie du nyctémère (« *unité physiologique de temps* » rythmée par le cycle d'un jour et une nuit).

Pourquoi avons-nous davantage d'angoisses la nuit que le jour ?

Pourquoi appréhendons-nous le crépuscule (et certains d'entre vous l'ont sûrement remarqué : les patients âgés qui souffrent de démence y sont particulièrement sensibles) ?

Quelles relations pouvons-nous faire entre ces éprouvés pénibles et notre monde occidental actuel, notre culture ?

Notre culture, entendue comme « **organisation symbolique d'un groupe, dont la cohérence fait sens** », c'est l'héritage dans lequel nous baignons depuis notre plus tendre enfance : nous en sommes porteurs, chacun de nous y contribue, et nous la transmettons à notre tour, même si nous n'en sommes pas toujours conscients.

Voici l'hypothèse qui a fini par s'imposer à ma réflexion, en lien avec mon expérience du travail de nuit :

« Est-ce que le recours à une approche culturelle dans la relation soignante avec des personnes âgées pourrait être de nature à les aider, mais aussi à aider leur entourage et les soignants qui veillent sur eux, à apprivoiser leurs angoisses ressenties surtout la nuit (mais aussi, à des degrés moindres peut-être, le jour) ? »

En d'autres termes, le fond du problème ne serait-il pas que l'approche médicale ne peut à elle seule prétendre répondre à des questions qui sont finalement d'ordre existentiel ? Et n'aurions-nous pas tout à gagner à ce que la **culture**, en tant que **régulateur symbolique de la vie sociale**, soit réintroduite dans ces lieux qui accueillent des malades (âgés ou non d'ailleurs) ?

En effet, ne serait-ce pas **d'une insuffisance à symboliser dont nous souffrons**, **d'un manque à trouver du sens** à ce que nous vivons, qui nous amène à éprouver des angoisses, surtout dans l'obscurité de la nuit... ?
C'est la piste que je vous propose de suivre.

Pour avancer dans notre réflexion, nous ferons appel à d'autres champs de connaissance que médical (**gérontologie oblige !**) : le recours à l'helléniste, au psychanalyste, à l'historien, à l'anthropologue, au philosophe, nous seront nécessaires pour étayer notre hypothèse. Je leur donnerai largement la parole dans ce texte.

En parallèle, afin d'illustrer le registre des représentations dont nous allons parler, nous prendrons appui, à titre d'exemple, sur des figurations picturales qui ont servi l'expression culturelle à travers les siècles : les diapositives qui vont soutenir mon propos seront, selon les moments, en prise directe, mais parfois indirecte, avec lui...

Venons-en à notre première partie :

« Il était une fois, la nuit ... »

La nuit a-t-elle une histoire que l'on peut raconter ? J'ai bien envie de dire oui, à condition de remonter justement à ... « *la nuit des temps* »...

C'est l'expression utilisée pour désigner l'origine, les débuts de l'histoire de l'humanité : chaque culture en donne des versions à travers ses mythologies.

En tant qu'héritiers de la culture grecque, dont les représentations infiltrent toujours les nôtres, nous devons nous y arrêter un instant. Le sens de la vie et de la mort y est inscrit, nos conscients, nos inconscients sont collectivement et individuellement structurés par cette histoire mythique.

DIAPO 2 *L'héritage de la mythologie grecque (1)*

L'helléniste J.P. VERNANT¹ nous en fait un récit passionnant, que je vais schématiser pour vous brièvement :

Intéressons-nous d'abord à ce **CHAOS**, point de départ de toute chose : il est seul, neutre, représente le vide obscur, la béance, l'espace indifférencié, illimité, aveugle. Nous laisserons de côté **GAÏA**, **EROS**, **OURANOS** et leur nombreuse descendance, à gauche du schéma, pour nous tourner tout de suite vers **NYX** (la Nuit), celle qui appelle le jour, et vers **ERÊBE**, son frère également issu de **CHAOS**, qui, lui, représente le noir absolu.

NYX est de l'ordre du féminin. Elle enfante **ÊMERA** (la lumière du jour), et **ETHER** (la luminosité à l'état pur, qui est le pendant d'Erêbe).

¹ J.P. VERNANT, « *L'Univers, les Dieux, les Hommes* », Le Seuil, 1999.

Mais ce qui nous intéresse surtout, c'est que NYX, s'unissant avec son frère ERÊBE, donne naissance à deux autres divinités :

DIAPO 3 *L'héritage de la mythologie grecque (2)*

Il s'agit de deux frères jumeaux : **HYPNOS** (Le sommeil) et **THANATOS** (La mort), « *Enfants de la nuit* » selon l'expression d'Hésiode (poète fameux de la fin du VIII^e s. av. JC) : une gémellité qui en dit long sur l'étroitesse du lien entre ces deux représentations.

Mais ce n'est pas tout, car il se trouve que NYX s'unit aussi avec HYPNOS pour enfanter un troisième « larron » : **MORPHÉE**, divinité régnant sur ONEÏRON (le cortège des Songes). MORPHÉE, c'est le dieu des rêves.

DIAPO 4 *Illustration :*

La scène que nous avons sous les yeux représente Hypnos et Thanatos portant le cadavre de Sarpédon, un fils de Zeus allié des Troyens, pour aller l'enterrer dans sa terre natale, la Lycie. Elle a été peinte sur un vase, ce qui peut nous surprendre aujourd'hui : il était pourtant courant, dans l'Antiquité, de décrire des scènes très sérieuses sur des objets utilitaires. En effet, en l'absence de littérature universelle et de communication rapide, les images jouaient un rôle majeur pour véhiculer et perpétuer d'importantes histoires, traditions et toutes sortes d'informations sous forme narrative. « L'Illiade et l'Odyssée » d'Homère était au centre de la culture de la Grèce et source principale de ces récits où se mêlaient étroitement histoires réelles et imaginaires.

Notre culture du XXI^e siècle reste très imprégnée de cette mythologie grecque, ce que nous avons tendance à oublier. [Au fait, saviez-vous qu'OUBLI est également une figure de la mythologie grecque ? C'est l'un des derniers descendants de NYX !] La culture scientifique médicale actuelle en laisse apparaître les traces : il n'est qu'à évoquer les morphiniques, les hypnotiques, la thanatologie ou l'hypnose, les variations nyctémérales des rythmes biologiques... ces termes si quotidiennement utilisés rappellent constamment les racines grecques, hippocratiques, auxquelles puise notre pratique actuelle.

Tournons-nous à présent vers la métapsychologie, la psychanalyse :

Le psychanalyste J.P. VALLABREGA² fait cette remarque, dans un article sur les « *Représentations de mort* » : « *Là où se trouve Hypnos, le jumeau Thanatos n'est jamais bien loin.* » Une parenté nous dit-il, qui n'existe nulle part avant la civilisation grecque, et qui, « *recèle une vérité transcendante, métaphysique au sens littéral du mot.* » C'est en effet la nouveauté de la mythologie grecque, que d'avoir instauré un lien entre le sommeil et la mort, et d'y avoir posé un tiers, le rêve, comme pour instaurer un espace de médiation entre les deux.

Ces relations entre nuit, sommeil-mort et rêve, nous éclairent sur le type d'angoisse ressentie la nuit. Une angoisse qui va nous empêcher de nous endormir, ou nous réveiller brutalement, lorsque nos rêves deviennent cauchemars.

² J.P. VALLABREGA, « Représentations de mort », in *Topique Freudienne*, n°48, Dunod, 1991.

DIAPO 5 **Ferdinand HODLER, La Nuit, 1890**

Mais peut-être est-il temps de préciser ce qu'est l'angoisse ?

Pour FREUD³ (1916) il s'agit d'un « *état affectif... subjectif... irrationnel... fait de sensations de déplaisir...* » [...] « *... une énigme dont la solution devrait projeter des flots de lumière sur notre vie psychique* », et à laquelle « *... la psychanalyse s'attaquera [...] par des moyens différents de ceux dont se sert la médecine traditionnelle. Celle-ci porte son principal intérêt sur le point de savoir quel est le déterminant anatomique de l'angoisse.* »

Les moyens différents utilisés par la psychanalyse, vont être principalement l'exploration de l'inconscient, ce continent obscur de la vie psychique.

F. ROUSTANG⁴, un de nos psychanalystes contemporains, insiste sur le fait qu'il s'agit d'une « *... hypothèse nécessaire pour rendre compte de certains faits psychiques qui échappent à la conscience [...] ... si l'on ne veut pas se contenter de voir dans ces faits de pures absurdités ou de purs mystères.* »

On pourrait donc dire de l'inconscient qu'il concerne, outre le jeu des pulsions et des affects, une mémoire enfouie : mémoire d'expériences vécues, accumulées et transmises à travers les âges de l'humanité (sorte de mémoire phylogénétique ?), mais également mémoire des expériences propres à l'histoire de la personne (donc mémoire ontogénétique ?). Le rêve (entre autres) va permettre à ces 2 types de mémoires « enfouies » de revenir à la surface et de « s'exprimer » par le biais de la symbolisation. En tant que « *gardien du sommeil* », il nous permet d'élaborer, tout en dormant, ce que nous vivons.

[Quand on dit que « *La nuit porte conseil* », c'est sans doute de cela qu'il s'agit.]

Sur cet **état affectif qu'est l'angoisse**, FREUD apporte des précisions : à la différence de la peur, elle « *fait abstraction de l'objet* », et peut être suscitée par « *toutes les excitations affectives dont la représentation de contenu est éliminée, donc ont été refoulées* » ; il faut y ajouter les excitations affectives qui n'ont jamais eu de représentation...

La source de l'angoisse remonterait à la naissance, moment de la « *séparation de corps* » entre la mère et l'enfant, qui en constituerait le prototype : naître, « *voir le jour* », est un passage vers un monde inconnu, angoissant, qui devient ensuite peu à peu « *familier* ». Le dernier passage, celui qui va vers la mort, conduit vers un autre monde, inconnu lui aussi... Mourir, qui reviendrait à « *voir la nuit* », est tout autant angoissant.

Quant aux **terreurs** (nocturnes ou non), elles résulteraient de « *l'action d'un danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable.* » : ceci permet de souligner un **aspect positif de l'angoisse** auquel on ne pense généralement pas, et qui nous protège d'un éprouvé bien plus pénible.

Eprouver de l'angoisse est inhérent à la vie : n'oublions pas qu'elle est aussi l'incontournable et irréfutable preuve que l'on est bien vivant. Elle est « *utile* » et il s'agit davantage de la reconnaître, de la gérer, de l'apprivoiser, que de l'effacer.

³ S. FREUD, « L'angoisse », in Introduction à la psychanalyse (chap. 25), PUF.

⁴ F. ROUSTANG, « Comment faire rire un paranoïaque », Ed. Odile Jacob, 1996.

Comme nous pouvons le voir, **de la mythologie à la métapsychologie, c'est-à-dire, de l'Antiquité à la Modernité, il n'y a qu'un pas à franchir**, puisque la psychanalyse freudienne utilise la culture classique et s'appuie sur les mythes, à commencer par celui d'Œdipe, pour construire sa théorie.

F. ROUSTANG, déjà évoqué tout à l'heure, va jusqu'à affirmer que « ... **la théorie psychanalytique est une mythologie** ». On ne peut dénier qu'elle fasse « ...**partie intégrante de notre culture occidentale moderne... parce que [Freud comme Lacan] ont su inventer des mythes correspondant aux besoins de notre époque... Tout mythe cherche à répondre à l'attente angoissée de l'homme qui se trouve livré à un destin dont il n'est pas le maître.** »⁵

Nous voilà soudain très proches des antiques grecs, 25 siècles plus tard, contraints, comme eux, à inventer de nouvelles histoires, à construire des systèmes de pensée, des représentations, pour ne pas rester dans le chaos absolument noir d'un néant qui nous laisserait en proie à des angoisses sans nom...

DIAPO 6 **Paul DELVAUX, Ecce Homo, 1949**

C'est ainsi que la culture, « ce **reste** [quand on a tout oublié], et ce **manque** [quand on a tout appris] » selon la formule célèbre (je ne sais plus de qui ?...), apparaît légitimement présente et nécessaire à convoquer si l'on questionne les angoisses, le mystère des éprouvés nocturnes, celui de la mort, celui de la vie.

Croire que les formidables découvertes de la génétique humaine et celles encore à venir, vont suffire à nous permettre d'é luder ces questions, est un leurre, une illusion, qui présentent comme inconvenient de nous laisser désespérément seuls pour trouver un sens à ce qui n'en a pas...

Pour en revenir aux **angoisses nocturnes**, celles que nous avons identifiées comme **angoisses de mort** (parce qu'il y en a d'autres), nous pouvons à présent nous demander si les insomnies consistent à ne pas dormir pour ne pas risquer de mourir pendant son sommeil, si le noctambulisme signifie ne pas se coucher et faire la fête, pour ne s'endormir qu'à l'aube, une fois le jour levé ? Des manières possibles de fuir la confrontation à ces angoisses, et qui soulignent encore l'étroite parenté des représentations entre la nuit, le sommeil et la mort.

Par contre, travailler la nuit avec des vieillards proches de leur fin, devoir faire face à la réalité et à la fréquence des décès de ces personnes de grand âge, veiller sur elles, ne permet pas d'échapper à cette confrontation. Faute de pouvoir fuir, comme devant un danger, nous éprouvons une angoisse accrue, et pouvons tenter de nous en défendre par la dénégation ou le déni...

Mais de quoi s'agit-il ?

Là encore, la psychanalyse nous vient en aide : Freud⁶ nous dit que si « **nous étions naturellement prêts à soutenir que la mort est l'issue nécessaire de toute vie [...] notre propre mort ne nous est pas représentable [...] dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité [...] Quand elle se produit, [...] nous mettons régulièrement l'accent sur la cause occasionnelle de la mort,**

⁵ F. ROUSTANG, *ibidem*

⁶ S. FREUD, « *Considérations actuelles sur la guerre et la mort* »(1915), in *Essais de psychanalyse*, Payot, 1981.

*accident, maladie, infection, grand âge, et ainsi trahissons notre aspiration à rabaisser la **nécessité de la mort** au rang d'un **accident fortuit**.* »

Autrement dit, ce que nous tentons d'oublier (notre propre mortalité), ce qui n'est pas concevable pour nous (que nous aussi nous allons mourir), nous est sans cesse rappelé... et nous manquons de sens à donner à ce qui, impensable, ne peut être formulé.

Mais notre fonds culturel ne s'arrête pas là, et l'héritage judéo-chrétien vient ajouter ses représentations à celles qui précèdent : elles infiltrent plus largement notre culture populaire.

L'historien J. DELUMEAU⁷, dans « *La peur en Occident* » (14^e-18^e s.) nous en retrace les étapes :

DIAPO 7 **MICHELANGELO BUONARROTI**
La séparation du Jour et de la Nuit, 1508-1512
(détail du plafond de la chapelle Sixtine)

Il est écrit dans la Bible que Dieu sépara la lumière des ténèbres ... Ainsi s'installe une dichotomie entre la lumière et l'obscurité, la vie et la mort.

Elle persiste encore aujourd'hui : ne dit-on pas « *C'est le jour et la nuit !* » pour exprimer cet aspect « janusien », avec ses deux faces regardant dans des directions radicalement opposées et semblant s'ignorer ?

(Janus était chez les anciens romains, le gardien des portes, le dieu des transitions et des passages.)

DIAPO 8 **MICHELANGELO BUONARROTI**
Tombeau de Julien de Médicis, (Florence) 1530-1534

« *Dans le nouveau testament, le Christ doit traverser la nuit de sa passion, se livrer aux embûches de l'obscurité, affronter le règne des ténèbres. Le chrétien, dit St Paul, se trouve encore dans la nuit et doit entendre l'appel du Christ à devenir fils de la lumière.* » Ainsi, pour la culture occidentale, la nuit c'est le mal, le jour c'est le bien, le salut.

DIAPO 9 **Andrea MANTEGNA, 1431-1506,**
Le Christ mort (Milan)

L'historien nous rappelle aussi que « *la crainte de voir le soleil disparaître à jamais à l'horizon a hanté l'humanité* ». Ainsi, la **peur dans l'obscurité**, celle de dangers objectifs (notamment les attaques de bêtes féroces) « *auxquels les premiers hommes étaient exposés la nuit sans pouvoir deviner leur approche dans les ténèbres, ont sans doute sensibilisé l'humanité et lui ont appris à redouter les pièges de la nuit.* » De là découlerait cette **peur** (ancestrale ?) **de la nuit** chez les enfants, et qui persiste plus ou moins, tout au long de la vie ... A quoi il faut ajouter l'**angoisse de l'obscurité et de la solitude** du fait de l'absence de la mère rassurante : à ce propos, FREUD cite cette parole d'un enfant qui avait peur de rester seul dans le noir : « *Il fait plus clair lorsque quelqu'un me parle* ».

⁷ J. DELUMEAU, « *La peur en Occident* » (1978), Hachette Littératures, 1999.

DIAPO 10 *Aotus Oedipus, singes douroucoulis*

Je vous présente le seul primate supérieur qui vit la nuit... et qui porte le nom étonnant d'Oedipus... Ceci pour en venir à une autre raison de la peur de l'obscurité : chez, l'homme, « animal » diurne, la vision est plus aiguë que chez beaucoup d'animaux. Dans la mesure où « *c'est le sens dominant sur lequel l'humain s'appuie pour maîtriser les dangers de son environnement, l'obscurité le laisse plus démuni que bien d'autres mammifères.* »

Ainsi, la diminution dans la nuit des stimuli extérieurs visuels et le silence nous conduisent à **entendre** davantage que le jour ce qui vient de notre intériorité. C'est sans doute ce qui arrive aux vieillards comme aux soignants : le ressenti, l'irrationnel, les émotions, l'imagination, les fantasmes prennent alors le pas sur la pensée logique, rationnelle.

Il semble donc important de comprendre que tout au long de la veille, les soignants ont à **se mettre à l'écoute** d'eux-mêmes, afin de mieux entendre ces vieillards en détresse qui éprouvent des angoisses analogues aux leurs.

Les écouter, leur permettre de dire ce qui les habite et de trouver les mots pour se raconter, avoir la capacité d'être là, disponible, c'est leur donner la possibilité de s'arrimer à nouveau dans la réalité extérieure (la présence réelle du soignant), atténuer les angoisses, voire les terreurs qui les agitent : car les vieillards rêvent parfois tout éveillés, souvent sans le savoir, puisqu'ils prennent à certaines heures leurs cauchemars pour la réalité. QUOIQUE ...

DIAPO 11 *Michael WOLGEMUT, La danse des squelettes, gravure sur bois tirée du Liber Chronicum (Chronique du monde) de Hartmann Schedel, paru en 1493.*

QUOIQUE cette réalité qui les environne puisse prendre, certaines nuits, des allures de véritable cauchemar : des cris, des râles d'agonies, des morts, des vraies morts, juste à côté, c'est la voisine de chambre, c'est la première, la 3^e, la 4^e... qui meurt... « *La prochaine fois sera mon tour...* ». Rien ne lui est dit, mais les lumières s'allument, les blouses blanches, tels des fantômes, parlent fort, s'agitent autour d'un lit pour des soins d'urgence ou une toilette mortuaire, sans égards pour celui ou celle qui, à un mètre à peine de là, paraît dormir...

« *Ne t'en fais pas, elle dort... De toutes façons, elle n'a pas sa tête, elle ne se rend pas compte !* ».

Et quand revient le calme, dans la chambre, « elle » se retrouve seule, en tête-à-tête, avec un cadavre ! On la perdrait pour moins que ça, la tête ! Vous ne trouvez pas ?

Retournons à notre historien, qui écrit : « *Même pour bon nombre d'adultes, le malaise que développent en eux les ténèbres, s'il existe, est fait de ce sentiment que quelque chose de redoutable va fondre sur eux, sortant de l'ombre ou les guette, invisible.* » Il va s'agir de revenants, lousps-garous, spectres, fantômes etc.

L'iconographie témoigne de ces représentations. Dans l'exemple que nous avons sous les yeux :

« Il s'agit d'une "**danse des morts**" ou "**danse des squelettes**", basée sur une superstition folklorique médiévale, qui ne représente que des morts entre eux : on croyait alors que certaines nuits, les morts sortaient de leurs tombes pour danser dans les cimetières avant de partir à la recherche de victimes... Cette représentation inhabituelle exprime l'angoisse liée à l'idée de la fin des temps et du monde. Une autre représentation, plus courante de la leçon chrétienne du réveil des morts au jugement dernier, est la « **danse macabre** » où la Mort est toujours couplée à un vivant (dans une relation parfois érotisée) : elle illustre au contraire de celle-ci, une leçon sociale et spirituelle. »

Les agitations du crépuscule, celles qui surviennent au cours de la veille chez des personnes de grand âge, [a fortiori dépendantes et en institution] peuvent être comprises, on l'a vu, comme des angoisses de mort : ce sont les pires que l'on puisse vivre, si l'on reste livré à soi-même, dans un état semi-onirique, n'y voyant rien, entendant mal... dans un lieu qui peut ne devenir jamais familier...

DIAPO 12 **Johann Heinrich Füssli, Lady Macbeth somnambule, 1784**

Pour le Pr Y. PELICIER, parmi les particularités propres à la nuit, on peut retenir la suspension des activités volontaires, tant motrices que psychiques en liaison avec le repos ; la diminution ou l'absence d'informations venant de l'extérieur ; mais surtout « *le vide de la présence des autres* », avec aggravation des signes de souffrance et de détresse, un vécu d'absence, de solitude, de peur.

Chez le sujet âgé, dont la mémoire immédiate est souvent précaire, qui supporte mal l'obscurité faute de disposer d'un bon schéma lui permettant d'organiser mentalement l'espace, la désorientation est majorée la nuit. D'autant que dans la journée, il ne dispose que rarement de « balises » de repérage temporo-spatial efficaces, lui permettant de s'amarrer solidement lorsque le soir tombe : est-ce que l'environnement institutionnel a été suffisamment pensé pour offrir cet ancrage sécurisant sur l'ensemble du nyctémère ?

DIAPO 13 **Georges de la Tour, La Madeleine à la veilleuse, vers 1640-1645**

Rappelons toutefois, que si le temps nocturne évoque la tristesse chez les déprimés ou les insomniaques, il donne aussi accès à la profondeur individuelle, à l'inconscient, au rêve. Des sentiments d'intimité, de calme, de sécurité y prennent naissance. C'est un moment privilégié pour des échanges authentiques, où l'on peut prendre tout son temps, même celui de ne rien « faire » pour mieux « être ».

DIAPO 14 **Hans BALDUNG GRIEN, Les Trois Âges de la femme et la Mort, vers 1510**

Chez le vieillard, l'obscurité et le silence de la nuit viennent renforcer la tendance à l'isolation sensorielle liée à d'éventuelles, mais fréquentes, déficiences auditives et visuelles. Ses difficultés de repérage par rapport à la réalité extérieure vont se majorer : sa réalité psychique interne risque alors de le submerger, et amener une confusion dans son appréciation des limites entre dedans et dehors. Il peut alors donner à penser qu'il se dégrade, « perd la tête », se démentifie ...

Parce qu'il n'est pas dans la rationalité, mais dans un ressenti face auquel le soignant n'a pas forcément, dans sa « trousse à outils professionnels », de clés... qui lui ouvrent les portes de la conduite à tenir.

DIAPO 15 **Michelangelo MERISI dit LE CARAVAGE ,
La Mort de la Vierge, vers 1605/1606**

Une forte émergence de l'intériorité du sujet âgé, qui, parfois projetée dans la réalité extérieure et confondue avec elle, appelle une écoute sans a priori pathologique, puisque à ce moment-là, c'est de lui qu'il parle comme dans un rêve éveillé : un moment qui peut être fécond si à l'écoute de sa réalité de sujet, ne lui sont pas opposés le déni et le rappel trop insistant du réel.

Car ses fantasmes, ses souvenirs, les affects qu'il exprime, peuvent prendre le chemin d'une élaboration, s'ils sont accueillis par un soignant qui accepte de l'entendre : est-ce que la formation des soignants pourrait s'enrichir de l'acquisition des compétences nécessaires ? Et est-ce souhaitable ?

Après avoir tenté dans cette première partie, de définir, d'identifier et de créer des liens entre nuit, angoisse et culture, j'en arrive à la deuxième partie intitulée :

LES TEMPS MODERNES : XXI^{ème} siècle et cult(ur)e du CORPS

Cette fois, c'est un anthropologue que nous allons suivre :

L'approche de David LE BRETON m'a parue intéressante pour approfondir l'hypothèse que je vous ai proposée au départ et que je vous rappelle : celle d'un manque à symboliser dans notre monde occidental et dans la culture médicale moderne, qui pourrait expliquer nos difficultés à gérer les angoisses qui se manifestent en particulier la nuit dans les institutions pour personnes âgées.

Avant de laisser la parole à l'anthropologue, il est temps de préciser ce qu'est un symbole, puisque c'est l'objet propre de l'étude anthropologique :

Le **symbole**, étymologiquement parlant, est « *un objet partagé en deux, dont chacune des parties est détenue par deux individus différents, leur permettant de se rejoindre et de se reconnaître.* » Il se situe donc au niveau du sens, agit comme représentation, il montre en rendant sensible ce qui ne l'est pas, et par-là, possède une valeur collective, et un pouvoir de rassemblement consensuel ; il réunit et signale une appartenance ; il a une fonction socialisante [et structurante...] ; il enjoint et prescrit, c'est-à-dire fixe des limites.

Le symbole peut s'exprimer par le langage, le mythe, l'art.

David LE BRETON propose donc dans son livre⁸ une « *mise en perspective anthropologique et sociologique [du] monde moderne en prenant le corps comme fil conducteur.* »

⁸ LE BRETON, D. « *Anthropologie du corps et modernité* », PUF, 1990 (3^è édition, 1995).

DIAPO 16 *REMBRANDT, La leçon d'anatomie du Dr Nicolaes Tulp, 1632*

Comme vous le savez, l'histoire de la médecine repose sur la connaissance de l'intérieur des corps humains, et passe par des représentations où artistes et médecins travaillaient en étroite collaboration.

« ...angoisse [et] culpabilité entourent ces dissections et suscitent nombre d'objections à l'endroit de cette violation de l'intégrité humaine. »⁹

DIAPO 17 *Traité d'anatomie (16^e-18^e siècles)*

Les traités d'anatomie, entre les 16^e et 19^e siècles vont témoigner d'un « souci d'exactitude, de fidélité à l'objet, [*enchevêtré*] au jeu confus du désir, de la mort, de l'angoisse ». Les attitudes, les postures, les expressions sont « loin d'être affectivement neutres à ce moment encore... ». Ce sont les planches de la Fabrica de Vésale (Bâle - 1543) qui inspirèrent la plupart des représentations ultérieures de : « corps suppliciés où alternent des images chargées d'angoisse ou d'horreur tranquille. »

Peu à peu va s'amorcer une nouvelle vision de l'homme, qui donnera son essor à la médecine scientifique moderne : celle-ci va incarner dans nos sociétés occidentales, un savoir en quelque sorte officiel sur le corps.

On constate jusqu'au 19^e siècle, que « la nécessité de reproductions artistiques des schémas anatomiques dans les traités, permettait une projection inconsciente », mais par la suite, « le cliché photographique [rayons X] ferme l'écluse par où passait ce surcroît de sens. » En quelques siècles « les images sont peu à peu épurées de toute trace de symbole » et « l'imaginaire du dedans évincé, il ne reste que le signe, le réel, sans distance ».

A la différence du symbole que nous avons défini précédemment, le signe, lui, reste unilatéral et sans vie, arbitraire.

L'imagerie médicale moderne n'a fait qu'amplifier le processus...

**DIAPO 18 *The visible human project de la US National Library of Medicine*
(http://www.nlm.nih.gov/research/visible/visible_human.html)
= traité d'anatomie du XXI^e s.**

... comme l'illustre cette diapositive : l'objectif du projet est de rendre visible l'intérieur des corps en utilisant les technologies modernes les plus avancées. C'est la forme que prend le traité d'anatomie au XXI^e siècle.

Dans notre société, l'individualisme, l'émergence d'une pensée rationnelle et laïque sur la nature, vont contribuer au « dualisme contemporain qui oppose l'homme et son corps ». Aujourd'hui, on « a » un corps, on ne l'« est » pas : le corps est considéré comme alter ego.

⁹ LE BRETON, *ibidem*

On voit apparaître de nouveaux mythes. Nous avons déjà évoqué la **mythologie psychanalytique**, mais il y en a d'autres, parmi lesquels :

➤ **LE MYTHE DE LA TRANSPARENCE : VOIR = SAVOIR (SCIENCE)**

où le corps, supposé porter un mystère, celui de la complexité de nos ressentis, « *devient à travers l'imaginaire social, le lieu possible de la transparence, de la positivité... lieu où se dénie l'inconscient, là où l'identité du sujet se forge sur une nouvelle affirmation du cogito.* »

➤ **LE MYTHE DU CORPS = MERVEILLEUSE MACHINE**

dont on peut remplacer les parties défaillantes et ainsi échapper au vieillissement et à la mort qui est déniée. C'est ici la représentation d'un HOMME BIONIQUE (homme artificiel), « *étanche au vieillissement, à la mort, à la souffrance, à la maladie. Le souci de la bonne santé et de la forme deviennent les clés de voûte des valeurs de la modernité.* » Le body-building est une traduction en termes de pratiques sociales de cette nouvelle « *injonction à devenir des héros (immortels ?) aux muscles d'acier.* » Il s'agit de « *changer son corps pour changer sa vie* » (son destin ?) par une maîtrise retrouvée...

Dans ces deux mythes, nos affects, nos angoisses de mort, diurnes comme nocturnes ne trouvent aucune place pour s'exprimer : elles vont déranger, être déniées, rejetées. On va tenter de s'en débarrasser (demande d'anxiolytiques)...

En corollaire de ces mythes modernes, « *parce qu'elle refuse de voir la mort les yeux ouverts, la médecine est hantée par elle* » : et la nuit n'est-elle pas le meilleur moment pour voir resurgir ces angoisses ?

Une médecine moderne qui : « *... déracine les usagers de leur relation intime au mourir en faisant de ce processus un échec impensable de son entreprise.* » ... qui « *... veut se situer hors du cadre social et culturel comme parole de vérité, seule « scientifique » et par-là même intouchable.* » Au total, pointe l'anthropologue, « *Si l'on s'attarde non sur ses réussites, [au demeurant, indéniables], mais sur ses failles anthropologiques, on s'aperçoit qu'elle a négligé le sujet et son histoire, son milieu social, son rapport au désir, à l'angoisse, à la mort, le sens de la maladie, pour ne considérer que le mécanisme corporel.* »

Concernant la vieille personne, ces valeurs centrales de la modernité que sont la jeunesse, la séduction, la vitalité, le travail, la font donc lentement glisser « *hors du champ symbolique* » puisqu'elle « *déroge à ces valeurs... elle incarne le refoulé, rappel de la précarité et de la fragilité de la condition humaine... elle représente l'altérité absolue* ».

Notre société occidentale avec son culte et sa culture d'un « **corps autre et toujours jeune** », ne sait plus symboliser le fait de vieillir ou de mourir. Le **vieillissement et la mort** étant deux « *innommables de la modernité* ». Non pas « *tabous* » (car ils auraient alors valeur d'interdits qui font sens, et joueraient par-là un rôle structurant), mais « *anomalies* » échappant au symbolique, et, allons jusque-là, « *insensés* » ?

[Parenthèse : nous pourrions continuer dans cette direction (comme l'a fait J. MAISONDIEU) pour poser la question du sens des démences séniles - Alzheimer et apparentées -, et de leur prolifération dans nos sociétés modernes... Mais le temps nous est compté, et je dois donc refermer cette parenthèse à peine entr'ouverte...]

DIAPO 19 **Jean-Baptiste GREUZE , Le Fils puni, 1778**

Le philosophe V. JANKÉLÉVITCH¹⁰ définissait en 1977 la vieillesse comme « ... *la maladie de la temporalité, ... par conséquent elle est à la fois normale et pathologique. La vieillesse est l'anomalie normale au sens même où la mort est la maladie des bien-portants ! Or cette maladie métaphysique et non localisée, précisément en raison de son caractère diffus, est une maladie incurable : on peut la retarder ou la ralentir, en freiner apparemment l'évolution, mais on ne peut renverser un processus qui demeure dans tous les cas inexorablement progressif.* »

Si dans la perception sociale, aujourd'hui et demain, le vieillard est condamné à se réduire « toujours plus à son corps qui le lâchera peu à peu », dans les institutions qui accueillent des personnes de grand âge, il « n'est plus sujet, il est un corps défait dont il faut entretenir l'hygiène et la survie. » (LE BRETON)

Alors, que va t'il faire de ses angoisses, et nous des nôtres, quand seuls, nous sommes livrés à nous-mêmes, au cœur de la nuit ? Soignant, vieillard ou proche de lui ? En quels termes penser notre devenir ? Comment faire face à la réalité du temps qui passe ?

« Le symbolisme social est la médiation par quoi le monde s'humanise, se nourrit de sens, de valeurs »... (LE BRETON)

Nous sommes des êtres de langage et de relation, donc de symboles et de culture, autant que des réalités corporelles. Deux niveaux à ne jamais confondre, mais qui se complètent, et ne peuvent exister l'un sans l'autre, **comme la nuit et le jour**. Car, disait KANT, « *Si le jour est beau, la nuit, elle, est sublime.* »

Comment clore un tel sujet?

J'ai tenté, sans certitude d'y être parvenue, de tracer un pont entre différentes disciplines, dans une **approche gérontologique des problèmes** : mon objectif était essentiellement de commencer à prendre conscience, repérer, nommer, dire, bref, mettre à jour un manque : manque à symboliser la vieillesse, la mort, ce que la nuit nous oblige à regarder, ou plutôt à entendre. Peut-on parler d'un « défaut culturel » dans notre société, et dans nos institutions soignantes ? Mais surtout, peut-on en parler ?

Pour terminer, en guise de conclusion, j'ai finalement opté pour le silence afin de vous laisser tranquillement regarder ces 5 dernières images...

DIAPO 20 **Vincent Van GOGH, Le café de nuit (1888), La nuit étoilée (1889)**

¹⁰ JANKÉLÉVITCH, V., « La Mort », Flammarion, 1977.

DIAPO 21 **Joan MIRÓ (1893-1983), La nuit**

DIAPO 22 **E. HOPPER, Nighthawks, 1942**

DIAPO 23 **Paul DELVAUX, Solitude, 1955**

DIAPO 24 **Bonne journée !**

Je vous remercie et vous souhaite une bonne journée.

(Applaudissements).

M. le Professeur HUGONOT – Je vous remercie Mme HOUARD pour cette introduction. Vous nous avez emmenés très haut dans la nuit. Je laisse la parole à M. LEVY.

➤ Modifications normales et pathologiques du sommeil avec l'âge : conséquences pratiques sur l'organisation de la nuit du sujet âgé.

M. le Professeur LEVY – Nous allons changer radicalement de sujet. Enfin pas vraiment de sujet, mais la façon de l'aborder. On m'a demandé de parler de sommeil normal et de sommeil pathologique. Tout en résistant à la tentation d'expliquer la complexité du sommeil, je vais essayer d'aborder tous les aspects de physiologie et de pathologie du sommeil. Je ne suis pas tout à fait sûr de pouvoir respecter ce qui m'a été demandé dans le titre, sur les indications pratiques, pour la simple et bonne raison qu'en fait je ne suis pas sûr d'avoir de recette à donner de ce côté-là.

Ce que je voudrais surtout arriver à vous faire percevoir, c'est la complexité de ce qui est en face de nous, la complexité du sommeil dans son ensemble, de sa physiologie et des modifications que l'on peut observer. Je vais essayer de vous permettre de comprendre que dans le sommeil du sujet âgé, en particulier dans le sommeil du sujet âgé en institution, il y a des places pour des interventions multiples.

Vous aurez l'occasion de voir aujourd'hui que beaucoup d'intervenants peuvent apporter quelque chose, mais il y a une place pour l'écoute de ce que décrivent les personnes. Et dans notre discipline, l'exploration du sommeil, c'est tout à fait capital puisque au fond c'est à partir de ce que les gens vont raconter de leur sommeil ou de ce qui se passe le lendemain, que l'on va pouvoir soit considérer qu'effectivement il y a une anomalie, soit considérer qu'il y a des aménagements à faire dans le sommeil mais qu'il ne s'agit pas véritablement d'une pathologie en tant que telle. Cela est extrêmement important et précède tout ce que l'on va voir maintenant.

De tous les aspects très sophistiqués de l'exploration du sommeil, c'est d'abord dans l'écoute des personnes que se situe la solution.