



Université d'État d'Haïti



UNIVERSITÉ D'ÉTAT D'HAÏTI
Campus Henry Christophe de Limonade
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie

Lien entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez 130 étudiants
du Campus Henry Christophe de Limonade résidant à Quartier Créole

Mémoire de Fin d'Études réalisé par **Robinson ACHILLE** pour l'obtention
du grade de licencié en **psychologie**

Sous la direction du professeur **James CICERON**

2023

UNIVERSITÉ D'ÉTAT D'HAÏTI
Campus Henry Christophe de Limonade
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie

Mémoire de licence

Lien entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez 130 étudiants
du Campus Henry Christophe de Limonade résidant à Quartier Créole

Soutenu publiquement le 11 janvier 2024 par :

Robinson ACHILLE

Devant le jury composé des professeurs :

Daniel DORIVAL, Président

Hector JACQUES, Lecteur critique

Sadrack ORDENA, Lecteur critique

James CICERON, Directeur

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Listes des tableaux et figures | i |
| Liste des sigles | ii |
| Résumé..... | iii |
| Abstract | iv |
| Rezime | v |
| Remerciements..... | vi |
| CHAPITRE I : Introduction générale | 1 |
| 1 Introduction..... | 2 |
| 1.1 Généralité..... | 2 |
| 1.2 État de la question..... | 3 |
| 1.3 Question de recherche, objectifs et hypothèse..... | 7 |
| 1.3.1 Question de recherche..... | 7 |
| 1.3.2 Objectif général..... | 7 |
| 1.3.3 Objectifs spécifiques..... | 7 |
| 1.3.4 Hypothèse | 7 |
| 1.3.5 Opérationnalisation des variables | 7 |
| 1.4 Intérêt et justification | 8 |
| CHAPITRE II : Cadre théorique et conceptuel | 9 |
| 2 Cadre théorique et conceptuel..... | 10 |
| 2.1 Le stress | 10 |
| 2.1.1 Approche biologique..... | 12 |
| 2.1.1.1 Phase d'alarme | 13 |
| 2.1.1.2 Phase de résistance | 14 |
| 2.1.1.3 Phase d'épuisement | 14 |
| 2.1.1.4 Eustress et dystress | 15 |
| 2.1.2 Approche psychologique | 16 |
| 2.1.2.1 Le modèle transactionnel du stress..... | 16 |
| 2.1.2.2 Le stress perçu et le coping | 16 |
| 2.1.3 Approche psychosociale | 18 |
| 2.1.3.1 Évènements de vie majeurs ou changements de vie..... | 18 |
| 2.1.4 Critiques des théories sur le stress | 20 |

| | | |
|--|---|----|
| 2.2 | Le sommeil : Définition et structure | 22 |
| 2.2.1 | Structure du sommeil | 22 |
| 2.2.1.1 | L'état de veille | 23 |
| 2.2.1.2 | Le sommeil lent ou NMOR | 23 |
| 2.2.1.3 | Le sommeil paradoxal ou MOR | 24 |
| 2.2.2 | Approches théoriques sur les fonctions du sommeil | 26 |
| 2.2.2.1 | La théorie évolutive du rythme circadien | 26 |
| 2.2.2.2 | La théorie de la restauration | 27 |
| 2.2.3 | Critiques sur les approches théoriques..... | 27 |
| 2.2.4 | Les troubles du sommeil | 28 |
| 2.2.4.1 | L'insomnie..... | 28 |
| 2.2.4.2 | Troubles du sommeil liés à la respiration..... | 28 |
| 2.2.4.3 | Les terreurs nocturnes et les cauchemars | 29 |
| 2.2.5 | Lien entre le stress et la qualité du sommeil..... | 29 |
| CHAPITRE III : Cadre méthodologique | | 31 |
| 3 | Cadre méthodologique | 32 |
| 3.1 | Type d'étude | 32 |
| 3.2 | Présentation du terrain de l'étude | 32 |
| 3.3 | Population | 34 |
| 3.3.1 | Technique d'échantillonnage..... | 34 |
| 3.4 | Description des matériels de l'étude | 35 |
| 3.4.1 | Identification | 35 |
| 3.4.2 | Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh | 35 |
| 3.4.3 | Échelle de Stress Perçu | 36 |
| 3.5 | Traduction et pré-test du questionnaire | 37 |
| 3.6 | Procédure | 37 |
| 3.7 | Analyse des données | 38 |
| CHAPITRE IV : Résultats, interprétations et discussions..... | | 39 |
| 4 | Résultats, interprétations et discussions..... | 40 |
| 4.1 | Présentation et interprétations des résultats | 40 |
| 4.1.1 | Présentation des participants de l'étude..... | 40 |
| 4.1.2 | Résultats de l'Échelle de Stress Perçu | 41 |

| | | |
|---------|--|----|
| 4.1.3 | Résultats de l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh | 42 |
| 4.1.3.1 | Composante 1 : Qualité subjective du sommeil | 42 |
| 4.1.3.2 | Composante 2 : Latence du sommeil..... | 43 |
| 4.1.3.3 | Composante 3 : Durée du sommeil | 44 |
| 4.1.3.4 | Composante 4 : Efficacité habituelle du sommeil | 44 |
| 4.1.3.5 | Composante 5 : Troubles du sommeil | 45 |
| 4.1.3.6 | Composante 6 : Utilisation d'un médicament du sommeil | 45 |
| 4.1.3.7 | Composante 7 : Mauvaise forme durant la journée..... | 46 |
| 4.1.3.8 | Score global de la qualité du sommeil..... | 46 |
| 4.1.4 | Relations entre les variables de l'étude..... | 47 |
| 4.1.4.1 | Lien entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil | 47 |
| 4.1.4.2 | Association entre le niveau de stress perçu et les variables sociodémographiques..... | 48 |
| 4.1.4.3 | Association entre la qualité du sommeil et les variables sociodémographiques..... | 51 |
| 4.2 | Discussions | 53 |
| 4.2.1 | Vérifications des objectifs, hypothèses et comparaison avec la littérature..... | 53 |
| 4.2.1.1 | Le niveau de stress perçu..... | 53 |
| 4.2.1.2 | La qualité du sommeil | 54 |
| 4.2.1.3 | Liens entre les variables de l'étude | 56 |
| 4.2.2 | Recommandations..... | 57 |
| | Conclusion | 58 |
| | Références..... | 60 |
| | Annexe | 65 |
| | A. Echelle de Stress Perçu (PSS)..... | 66 |
| | B. Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI) | 69 |
| | C. Kesyonè sou estrès ak kalite somèy | 76 |

Listes des tableaux et figures

Tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 4.1 : Répartition des étudiants en fonction de l'âge, de la faculté et du niveau d'étude | 40 |
| Tableau 4.2 : Répartition des étudiants en fonction de la fréquence d'utilisation de médicament pour s'endormir | 46 |
| Tableau 4.3 : Association entre le niveau de stress perçu et les variables sociodémographiques des étudiants | 50 |
| Tableau 4.4 : Association entre la qualité du sommeil et les variables sociodémographiques des étudiants | 52 |

Figures

| | |
|--|----|
| Figure 2.1 : Hypnogramme représentant le déroulement d'une nuit de sommeil normal (Adaptation de EVA-Sommeil, 2022) | 25 |
| Figure 4.1 : Prévalence du niveau de stress perçu des étudiants | 42 |
| Figure 4.2 : Qualité subjective du sommeil des étudiants | 42 |
| Figure 4.3 : Latence du sommeil des étudiants..... | 43 |
| Figure 4.4 : Durée du sommeil des étudiants..... | 44 |
| Figure 4.5 : Trouble du sommeil chez les étudiants | 45 |
| Figure 4.6 : Prévalence de la qualité du sommeil des étudiants | 47 |
| Figure 4.7 : Nuage de points représentant la corrélation entre le niveau stress perçu et la qualité du sommeil des étudiants | 48 |

Liste des sigles

AASM : American Academy of Sleep Medicine

APA : American Psychiatric Association

BVU : Bureau de la Vie Universitaire

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

CESH : Centre d'Étude sur le Stress Humain

CHCL : Campus Henry Christophe de Limonade

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

EEG : Électro-encéphalogramme

EPPLS : Entreprise Publique de Promotion de Logements Sociaux

FASAHL : Faculté des Sciences Agronomiques, Halieutiques et Agro-alimentaire

FASE : Faculté des Arts et des Sciences de l'éducation

FSG : Faculté des Sciences et de Génie

FSHS : Faculté des Sciences Humaines et Sociales

FSS : Faculté des Science de la Santé

FSTEAT : Faculté des Sciences de la Terre, de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire

IUSMD : Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas

LMDE : La Mutuelle Des Étudiants

MOR : Mouvement Oculaire Rapide

NMOR : Non-Mouvement Oculaire Rapide

OVE : Observatoire National de la Vie Étudiante

PSQI : Pittsburgh Sleep Quality Index

PSS : Perceived Stress Scale

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

UCV : Unité de Changement de Vie

UEH : Université d'État d'Haïti

USAID : US Agency for International Development

Résumé

Plusieurs études réalisées à travers le monde constatent que beaucoup d'étudiants souffrent de stress, de dépression, d'anxiété, d'insomnie et de tant d'autres problèmes mentaux. En Haïti, nous n'avons connaissance d'aucune étude se penchant sur la santé mentale des étudiants. Ainsi, la présente étude avait pour but d'attirer l'attention sur la santé mentale des étudiants haïtiens en nous concentrant particulièrement sur le stress et la qualité du sommeil. Plus précisément, notre objectif principal était d'étudier le lien existant entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez les étudiants à travers une étude quantitative. Ainsi, un échantillon représentatif de 130 étudiants du Campus Henry Christophe de Limonade résidant à Quartier Créole a répondu à un questionnaire divisé en trois parties et traduit en créole haïtien. Une partie du questionnaire portait sur certaines caractéristiques sociodémographiques ; une deuxième partie, l'Échelle de Stress Perçu qui mesurait le niveau de stress ; et une dernière partie, l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh qui évaluait la qualité du sommeil.

Comme résultats, nous constatons que 87,7% des étudiants de notre population d'étude sont stressés, dont 21,5% avec un niveau de stress perçu élevé et 66,2% avec un niveau de stress perçu moyen. Nous constatons aussi que 68,4% des étudiants dorment moins de sept (7) heures par nuit et que 83% d'entre eux présentent une mauvaise qualité de sommeil liés à des problèmes de cauchemars, d'apnée, d'insomnie, etc. En outre, notre étude démontre qu'il existe une corrélation positive ($r = 0,47$) entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez les étudiants. Selon notre étude, le sexe et l'âge ne sont pas associés au niveau de stress perçu et à la qualité du sommeil. En revanche, la faculté et le niveau d'étude semblent être associés au niveau de stress perçu et à la qualité du sommeil des étudiants. Enfin, Les résultats de cette étude sont cohérents avec d'autres études antérieures. Alors, ces résultats sont venus augmenter et combler un peu l'absence de données sur la santé mentale des étudiants haïtiens dans la littérature scientifique. Cependant, cette étude n'est pas sans limites, en utilisant bien les résultats obtenus, nous avons fait quelques recommandations aux acteurs du système universitaire et aux décideurs politiques. Par ailleurs, nous espérons qu'à travers ses limites, de nouvelles études verront le jour et pencheront en profondeur sur le stress et la qualité du sommeil des étudiants et pourquoi pas sur leur santé mentale en général.

Mots-clés : stress perçu, sommeil, qualité du sommeil, étudiants universitaires

Abstract

Several studies carried out around the world show that many students are affected by stress, depression, anxiety, insomnia, and many other mental problems. We are not aware of any studies looking at the mental health of students in Haiti. Therefore, the present study aims to draw attention to the mental health of Haitian students, focusing particularly on stress and sleep quality. More specifically, our main objective is to investigate the relationship between perceived stress level and sleep quality among students through a quantitative study. A representative sample of 130 students from the Campus Henry Christophe de Limonade, living in Quartier Créole, completed a three-part questionnaire translated into Haitian Creole. One part of the questionnaire provided with certain socio-demographic characteristics; a second part, the Perceived Stress Scale, which measured stress level; and a final part, the Pittsburgh Sleep Quality Index, which assessed sleep quality.

The results show that 87,7% of students in our study population are stressed, of which 21,5% with a high level of perceived stress and 66,2% with a medium level of perceived stress. We also found that 68,4% of students sleep less than seven (7) hours a night, and that 83% of them have poor sleep quality, caused by nightmares, apnea, insomnia, etc. Furthermore, our study shows that there is a positive correlation ($r = 0,47$) between perceived stress level and sleep quality in students. According to our study, gender and age are not associated with perceived stress and sleep quality, however faculty and level of study appear to be associated with perceived stress and sleep quality in students. Finally, the results of this study are consistent with other previous studies. Thus, these results augment and fill in some of the gaps in the scientific literature on the mental health of Haitian students. However, this study is not without some limitations, and by making good use of the results obtained, we have made recommendations to those involved in the university system and to political decision-makers. Furthermore, we hope that through its limitations, new studies will emerge that will look in depth at the stress and sleep quality of students, and why not at their mental health in general.

Keywords: perceived stress, sleep, sleep quality, university students

Rezime

Bon valè etid ki mennen toupatou nan monn lan montre anpil etidyan ap souffri ak estrès, depresyon, gwo laperèz, ensomni ak anpil lòt pwoblèm mantal. Pou Ayiti, nou pa vrèman konnen etid ki fèt sou sante mantal etidyan yo. Se pou sa, etid sa a vize atire atansyon sou sante mantal etidyan ayisyen yo pandan n ap konsidere aspè estrès ak kalite somèy. Pou n pi klè, objèktif prensipal nou se te etidye relasyon ki genyen ant nivo estrès ak kalite somèy lakay etidyan yo pandan n ap itilize yon metòd kantitatif. Se pou tèt sa, yon echantyon reprezantatif ki genyen ladan li 130 etidyan nan Campus Henry Christophe de Limonade ki abite Quartier Créole te reponn yon kesyonè ki divize an twa pati epi ki tradui nan lang kreyòl ayisyen. Yon pati nan kesyonè a baze sou kèk karakteristik sosyodemografik ; yon dezyèm pati, Echèl Estrès ki mezire nivo estrès ; epi yon dènye pati, Endèks kalite Somèy Pittsburgh ki evalye kalite somèy.

Rezilta yo bay 87,7% etidyan nan popilasyon etid nou ki souffri estrès, kote 21,5% nan yo gen yon nivo estrès ki wo epi 66,2% gen yon nivo estrès mwayen. Nou konstate tou, 68,4% etidyan yo dòmi mwens pase sèt (7) èdtan chak lannuit epi 83% nan yo gen move kalite somèy ak pwoblèm kochma, pa ka respire, pèd somèy, elatriye. Mete sou sa, etid nou an demontre gen yon korelasyon pozitif ($r = 0,47$) ant nivo estrès ak kalite somèy lakay etidyan yo. Daprè etid nou an, sèks ak laj etidyan yo pa asosye ak nivo estrès ni ak kalite somèy. Poutan, fakilte ak nivo etid sanble asosye ak nivo estrès epi ak kalite somèy etidyan yo. Finalman, rezilta etid sa a kore lòt etid ki fèt anvan yo. Alòs, rezilta sa yo vin ogmante epi konble absans done sou sante mantal etidyan ayisyen yo nan literati syantifik la. Malgre tout sa yo, etid la gen limit ; men lè nou byen itilize rezilta nou jwenn yo, nou rive fè kèk rekòmandasyon bay aktè ki nan sistèm inivèsite a ak moun k ap pran desizyon politik yo. Yon lòt kote, nou espere limit sa yo pral motive lòt rechèch fèt, epi ki pral ale pi lwen nan etid sou estrès ak kalite somèy etidyan yo, oubyen menm sou sante mantal yo an jeneral.

Mo kle : estrès, somèy, kalite somèy, etidyan inivèsite

Remerciements

Rédiger un Travail de Fin d'Études universitaires en Haïti, surtout à l'UEH, demande beaucoup de sacrifices. On doit confronter à bon nombre de difficultés tant au niveau personnel qu'au niveau du système universitaire haïtien tout entier. C'est pourquoi, un tel travail de recherche ne serait pas possible sans le soutien inestimable de quelques personnes à qui nous devons exprimer notre plus profonde gratitude.

Avant quiconque, nous devons remercier Dieu pour sa bonté et sa grâce infinie envers nous. Ensuite, nous remercions nos très chers parents, Micheline ALEXIS et Roblin ACHILLE, qui ont consenti beaucoup d'efforts pour nous permettre d'arriver aujourd'hui à ce niveau. Nous adressons aussi nos sincères remerciements à tous nos professeurs au Campus Henry Christophe de l'Université d'État d'Haïti à Limonade, spécialement à notre directeur de mémoire, le professeur James CICERON, car son enthousiasme, sa disponibilité, son écoute, ses conseils scientifiques et surtout son professionnalisme nous ont précieusement aidés tout au long de notre étude et nous ont permis aussi de réaliser ce travail de recherche.

Nous remercions également tous les membres de notre famille, nos camarades et amis pour leur soutien tout au cours de notre parcours universitaire et surtout dans la réalisation de ce travail. Nous remercions d'une façon spéciale Maxime ANTOINE, Ariel Lucardi LOUIS, Angelet TILUS, Vladimir SERGILLES, Dr Stevens AZIMA, Martine VILIS, Thamara PIERRE, Darline SÉVÈRE, Edens HENRISSE, Berckson Jonhsly JEAN-LOUIS, Rose-Dorlie CHAVANNES, Johnson SÉVÈRE, Lovinsky FILS-AIMÉ et Odner MÉLIANTUS pour nous avoir grandement apporté leur contribution dans la réalisation de ce travail, soit par leurs conseils, leurs mots d'encouragement, leurs accompagnements sur le terrain durant l'enquête, les relectures, les remarques, les corrections, les partages de documents, etc.

Finalement, nous remercions d'une façon générale toute personne ayant contribué d'une façon ou d'une autre dans la réalisation de ce travail. Merci à tous les étudiants résidant à Quartier Créole qui ont accepté de remplir le questionnaire d'enquête et merci à l'État haïtien qui, à travers l'Université d'État d'Haïti, a rendu possible la poursuite de nos études universitaires et aussi pour avoir subventionné de façon modeste ce travail de recherche.

CHAPITRE I :
Introduction générale

1 Introduction

1.1 Généralité

La santé mentale des étudiants devient depuis quelque temps un problème majeur à travers le monde. Les différentes études scientifiques sur le sujet considèrent les étudiants comme une population à risque et ne cessent pas de faire état d'une mauvaise santé mentale chez eux : Dépression, anxiété, stress, troubles alimentaires, troubles du sommeil, conduites addictives, traumatismes, etc. (Verger et al., 2010 ; Morvan et al., 2019 ; Asif et al., 2020 ; Morvan & Frajerman, 2021 ; Hamel et al., 2021 ; Shankland et al., 2022). Alors, Les étudiants universitaires font partie d'une population vulnérable face aux troubles mentaux, surtout en raison de leur tranche d'âge, car une grande partie de cette population est âgée entre 15 et 25 ans, la période de l'adolescence, une tranche d'âge où le risque de développer un trouble mental est le plus élevé (Paus et al., 2008).

La vie étudiante paraît donc difficile ; les étudiants doivent en permanence s'adapter aux situations tant académiques que personnelles. Le stress fait partie de leur quotidien, ceci à cause de multiples tâches qu'ils doivent accomplir au jour le jour, ainsi que les contraintes socio-économiques et pédagogiques qu'ils doivent affronter (Lassarre et al., 2003). Leur sommeil semble tout aussi affecter à cause des nuits blanches pour répondre à de nombreuses exigences telles que les devoirs, exposés, examens ou évaluations, etc. Par ailleurs, à côté de la vie étudiante, il y a aussi une vie personnelle à mener et souvent une vie professionnelle (emplois) et aussi une vie sociale avec des responsabilités de familles, d'église, de groupes d'amis, d'associations et autres (Observatoire National de la Vie Étudiante (OVE), 2018 ; La Mutuelle Des Étudiants (LMDE), 2019).

En outre, il faut souligner que la vie estudiantine coïncide avec le passage de l'adolescence à l'âge adulte. C'est l'une des périodes les plus importantes dans le développement psychosocial d'un individu, au cours de laquelle de multiples et profondes transformations s'opèrent, tant sur le plan individuel que sur le plan social (Faurie & Giacometti, 2017). Tout d'abord, au niveau individuel, c'est une période de vie où l'individu est amené à construire sa personnalité, choisir une profession et décider de l'orientation qu'il souhaite donner à sa vie. Sur le plan social, c'est une période où l'individu est souvent obligé de se séparer de sa

famille, de laisser sa ville, d'abandonner son cercle d'amis, etc., c'est alors une période pour l'individu de créer de nouveaux liens sociaux, des relations académiques et professionnelles. Tous ces changements nécessitent une adaptation chez l'individu en question. Si pour certains cette période est enrichissante, pour d'autres, elle est une source de stress et le moment d'apparition de troubles mentaux (Shankland et al., 2022).

Les étudiants universitaires sont aussi affectés par des problèmes psychologiques en raison de leur statut même d'étudiant. En effet, ils sont à un stade de leur vie où ils exercent beaucoup de responsabilités, où ils sont obligés de composer entre plusieurs activités (personnelles, familiales et professionnelles), de gérer les soucis du quotidien, de s'adapter au nouvel environnement universitaire, notamment la méthode d'enseignement, etc. Ainsi constate-t-on lors d'une étude que la population des étudiants est beaucoup plus affectée par des problèmes de santé mentale que la population non-étudiante du même âge (Adalf et al., 2005), c'est-à-dire certains problèmes psychologiques, comme la détresse émotionnelle, sont plus fréquents chez des étudiants que des non-étudiants. Selon l'étude, menée auprès de 6 282 étudiants canadiens et ayant été comparée avec un échantillon de jeunes adultes du même âge ne fréquentant pas de milieux scolaires, les étudiants sont deux fois plus susceptibles de vivre de la détresse psychologique (Adalf et al., 2005).

Donc, force est de constater que les étudiants sont beaucoup affectés par les problèmes de santé mentale et la littérature scientifique sur le sujet est riche. Beaucoup de recherches, comme les enquêtes annuelles de l'Observatoire Nationale de la Vie Étudiante en France, ont été réalisées à travers le monde pour évaluer l'ampleur du problème de la santé mentale chez les étudiants en fonction de leurs sexes, leurs niveaux d'étude, leurs domaines d'étude, leurs zones de provenance, leurs caractéristiques socio-économiques, etc. Parmi les problèmes de santé mentale, le stress et les troubles du sommeil sont classés parmi les plus fréquents, c'est surtout sur ces problèmes que nous allons nous concentrer dans le cadre de ce travail.

1.2 État de la question

Selon une étude assez récente (Almojali et al., 2017) visant à déterminer la prévalence et l'association entre le stress et la qualité du sommeil chez des étudiants en médecine en Arabie saoudite, on a constaté que 53% des étudiants sont stressés et que 76% ont une mauvaise

qualité de sommeil. Ensuite, les auteurs ont trouvé, chez les étudiants, une association significative entre le stress et la mauvaise qualité du sommeil. Les étudiants en médecine sont considérés, selon l'étude, comme une population très touchée par les problèmes du sommeil et du stress. Mais, l'étude présente bien des limites ; elle s'est limitée uniquement aux étudiants en médecine. Donc, il paraît difficile de généraliser les résultats à l'ensemble des étudiants qui sont dans d'autres domaines d'études et aussi dans d'autres pays.

Ensuite, d'autres recherches ont été menées sur d'autres populations d'étudiants et d'adolescents et prouvent réellement la présence de stress et des troubles du sommeil ; les étudiants en première année sont identifiés parmi les plus affectés (Faurie et al., 2016 ; Yan et al., 2018 ; Haag et al., 2018). Une étude menée dans six universités en France, auprès de plus de 2000 étudiants de première année (Verger et al., 2010), a montré qu'environ la moitié des étudiants rencontrent des difficultés à s'adapter aux méthodes d'enseignement universitaire. Cette étude révèle que ces difficultés sont associées à une plus grande prévalence de troubles anxieux et dépressifs, ainsi que de conduites addictives. D'autres populations d'étudiants sont aussi parmi les plus affectés, c'est le cas d'une étude sur le stress chez les étudiants en soins infirmiers qui arrive à la conclusion que ces étudiants sont extrêmement affectés par le stress et sont considérés comme l'une des populations les plus à risque (Dugué et al., 2018). En outre, certains facteurs comme la personnalité, les stratégies de coping ou stratégies d'adaptation, le chronotype (habitude du sommeil et de veille) semblent influencer grandement l'apparition du stress chez ces étudiants.

D'après une étude menée par l'Observatoire Nationale de la Vie Étudiante (OVE) sur un échantillon de 18 875 étudiants en France (OVE, 2018), on a constaté que 20% des étudiants présentent les signes d'une détresse psychologique ; 37% se sont sentis tristes, déprimés, sans espoir et ces symptômes sont présents chaque jour ou presque et toute la journée pour 22 % de ces étudiants. Enfin, 15 % des étudiants présentent les différents critères cliniques d'un épisode dépressif caractérisé avec un retentissement sur les activités habituelles, ce qui engendre des problèmes de sommeil. Une autre étude menée en France (Vast et al., 2020) sur un échantillon de 323 étudiants, a obtenu comme résultat que 42% des étudiants se plaignaient d'un sommeil de mauvaise qualité ; 95,59% rapportaient un manque de sommeil et 92,65% affirmaient avoir de cauchemars, un trouble du sommeil grave.

Selon une autre étude, menée par La Mutuelle des Étudiants sur un échantillon de 5 861 étudiants français (LMDE, 2019), seul 1 étudiant sur 2 (la moitié) juge sa qualité de sommeil satisfaisante et 25% des étudiants interrogés souffrent d'insomnies chroniques. Les principales causes des problèmes de sommeil, selon l'enquête, sont le stress pour 75% des étudiants et les problèmes personnels (45% d'entre eux). Les étudiants rapportent aussi que la quantité de temps passé devant les écrans a un impact sur leur qualité de sommeil, car trois étudiants sur cinq affirment qu'il leur arrive de manquer de sommeil parce qu'ils sont restés trop tard devant les écrans ; 72% d'entre eux ayant passé 4 heures ou plus (devant les écrans) ont des difficultés à s'endormir. Selon la même étude (LMDE, 2019), 77% des étudiants se sentent stressés au moins de temps en temps. L'enquête a été approfondie pour découvrir certaines des causes liées au stress chez les étudiants. Les principales causes du stress chez les étudiants sont les études dans 86% des cas, le travail (34%), le fait de se sentir seul/isolé (30%) et des problèmes économiques dans 29% des cas (LMDE, 2019). On découvre qu'à ces causes s'ajoutent aussi les échéances et le manque de temps, la peur des examens, l'insertion professionnelle et la peur du chômage, la dépendance matérielle et financière, la fatigue et les problèmes de santé (Boujut et al., 2009 ; Romo et al., 2019).

Plus près de nous en Amérique, la situation est aussi alarmante. Au Canada, une enquête menée dans 41 établissements d'enseignement post-secondaire (American College Health Association, 2016, cité dans Shankland et al., 2022) montre qu'un grand nombre d'étudiants ont ressenti une surcharge importante (90%), de l'épuisement (88%), un haut degré d'anxiété (65%), du désespoir (60%) ou une humeur dépressive (44 %). D'autres études ont été menées dans des contextes bien particuliers, comme la pandémie du Covid-19 par exemple où les étudiants ont été confrontés à bon nombre de problèmes psychologiques durant les périodes de confinement. Ils présentaient des symptômes d'anxiété, des signes de dépression sévère, des signes d'une détresse psychologique et beaucoup déclaraient avoir souffert de solitude ou d'isolement pendant le confinement (OVE, 2020 ; Roux et al., 2021 ; Ribeiro et al., 2021 ; Vast et al., 2022).

Enfin, une autre étude très récente, réalisée sur un échantillon de 196 étudiants en master de Travail Social dans une université aux États-Unis (Lee et al., 2021), cherchait à déterminer la relation existante entre le stress perçu et la qualité du sommeil des étudiants. L'étude a

révélé que la majorité des étudiants (70,4%) avait une mauvaise qualité de sommeil, ce qui était significativement en lien avec un haut niveau de stress perçu, à de mauvais environnements et habitudes de sommeil et une plus grande quantité d'évènements traumatiques au cours de la vie. Toutefois, ces résultats ne peuvent pas être généralisés à tous les étudiants du monde. La taille de l'échantillon et la population d'étude (étudiants en master de Travail Social aux États-Unis) sont parmi les principales raisons.

Malgré toutes ces recherches, une revue de littérature sur la santé mentale des étudiants (Morvan et al., 2019) constate que la santé psychique des étudiants est un problème qui semble sous-considéré dans le monde, en raison de l'hétérogénéité des résultats obtenus dans les différentes études. Cela est causé, entre autres, par l'imprécision dans les termes utilisés (les études n'ont pas les mêmes cadres de référence théoriques et conceptuels), confusion dans les périodes de temps étudiées (certaines études s'intéressent uniquement aux étudiants en première année) ; variabilité des questionnaires utilisés ne mesurant pas les mêmes symptômes, etc. Mais, les faits montrent qu'il existe bel et bien des problèmes de santé mentale dans les universités, d'ailleurs les auteurs insistent pour qu'on apprécie toutes ces études en les considérant avec leurs limites et leurs contextes de réalisation.

Après cette recension des écrits, nous nous posons cette question : qu'en est-il des étudiants haïtiens ? À notre connaissance, il n'existe qu'une enquête réalisée par un professeur de l'UEH, le sociologue Illionor Louis, sur les conditions de vie des étudiants en Haïti ; mais le rapport de l'enquête n'a pas été publié, selon l'auteur que nous avons contacté. Toutefois, le journal haïtien AlterPress a cité dans un article quelques détails très maigres à propos de cette enquête. Cette dernière a été réalisée dans 4 villes : Port-au-Prince, Gonaïves, Port-de-Paix et Limonade. Elle révèle que les étudiants haïtiens font face à un manque d'accès à l'alimentation, au logement, aux bibliothèques, aux transports, aux soins sanitaires et aux loisirs. Les étudiants font face aussi à de graves problèmes financiers, jusqu'à être en difficulté pour photocopier des documents, pour rédiger et imprimer des devoirs, indique l'étude. Cependant, il n'est mentionné dans l'article aucune information sur la santé mentale des étudiants (AlterPress, 2017).

En somme, toutes les études présentées dans l'état de la question ont été réalisées sur d'autres populations étrangères. Alors, notre étude entre dans une perspective de combler un peu les lacunes, en ciblant une population d'étudiants bien spécifique, celle des étudiants du Campus Henry Christophe de Limonade résidant à Quartier Créole et en nous intéressant particulièrement au niveau de stress perçu et à la qualité du sommeil chez ces derniers.

1.3 Question de recherche, objectifs et hypothèse

1.3.1 Question de recherche

- Quel lien existe-t-il entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez les étudiants du CHCL résidant à Quartier Créole ?

1.3.2 Objectif général

- Déterminer la relation existante entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez les étudiants du CHCL résidant à Quartier Créole

1.3.3 Objectifs spécifiques

- Mesurer le niveau de stress perçu chez un échantillon de 130 étudiants du CHCL résidant à Quartier Créole ;
- Évaluer la qualité du sommeil de ces étudiants ;
- Calculer le coefficient de corrélation linéaire entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez ces étudiants ;
- Déterminer l'association entre les variables sociodémographiques et le niveau de stress perçu, puis la qualité du sommeil des étudiants.

1.3.4 Hypothèse

- Il existe une corrélation positive entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez les étudiants du CHCL résidant à Quartier Créole.

1.3.5 Opérationnalisation des variables

Notre étude comporte 3 variables principales : les variables sociodémographiques (sexe, tranche d'âge, niveau et faculté d'étude), le stress perçu et la qualité du sommeil. Pour mesurer ces variables, nous avons utilisé un questionnaire comportant 3 parties. Une partie mesurant le niveau de stress perçu, à savoir l'Échelle de Stress Perçu (PSS) ; une autre évaluant la qualité du sommeil, à savoir l'Index de Qualité du sommeil de Pittsburgh (IQSP) ; et une autre partie au tout début du questionnaire pour les variables sociodémographiques.

Le questionnaire utilisé est composé d'instruments de mesure standards, alors les items reflètent les dimensions et indicateurs de toutes les variables de l'étude (consultez le chapitre méthodologie et la section des annexes).

1.4 Intérêt et justification

Tout d'abord, ce travail de recherche répond à une exigence académique pour l'obtention du grade de licencié en psychologie ; ensuite c'est un travail réalisé sur des thèmes qui nous passionnent particulièrement depuis le tout début de notre étude universitaire, à savoir le stress et le sommeil. Prendre les étudiants comme population cible rend le travail encore plus intéressant, au sens qu'il permettra de mettre en pratique les savoirs théoriques et méthodologiques appris au service de nous-mêmes, au service de la communauté universitaire d'abord.

En outre, notre travail a un intérêt d'ordre scientifique, il vise à collecter des données et produire des connaissances sur les conditions de vie des étudiants universitaires haïtiens, surtout sur le plan mental, en vue de combler un peu l'absence de connaissances sur le sujet. Enfin, notre travail a un intérêt d'ordre social et politique ; il va contribuer à informer l'opinion publique et les autorités sur l'état de la santé mentale des étudiants universitaires haïtiens et aussi à orienter des décisions éclairées chez les décideurs politiques, les responsables d'universités, particulièrement les responsables du Bureau de la Vie Universitaire du Campus Henry Christophe de l'Université d'État d'Haïti à Limonade.

CHAPITRE II :
Cadre théorique et conceptuel

2 Cadre théorique et conceptuel

2.1 *Le stress*

Étymologiquement, le mot stress vient du latin *stringere* qui signifie « tendre de façon raide » ou « serré » (Cox, 1978, cité dans Rivolier, 1989), mais le sens qu'on connaît aujourd'hui vient de l'anglais *stress*, qui lui-même vient en partie du moyen français *destresse* (contrainte, affliction, détresse) et en partie de l'ancien français *estrece* (« étroitesse, oppression »). C'est un concept très courant et il est même devenu depuis quelque temps un problème majeur à travers le monde. Depuis 1993, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) l'avait considéré dans un rapport, comme « l'un des plus graves problèmes de notre temps, non seulement pour les individus dont il met en péril la santé physique et mentale, mais aussi pour les entreprises et les gouvernements » (cité dans Dumont & Plancherel, 2001).

Le concept de stress a une longue histoire ; Rivolier (1989) écrit que son utilisation remonte au Moyen-Âge chez un poète appelé Robert Mannyng, et de façon plus sérieuse, on retrouve au XVIIe siècle l'utilisation du mot stress en Angleterre, avec pour signification un état de détresse, en rapport avec l'oppression ou la dureté de la vie, les privations, la fatigue et, d'une façon plus générale, l'adversité. Enfin, le sens classiquement admis dans la littérature et dans le langage courant n'apparaît qu'après le XVIIIe siècle (surtout avec les travaux de Hans Selye), qui est celui d'une force ou d'une pression, ou encore d'une forte influence, agissant sur un objet physique ou une personne (Rivolier, 1989). La définition du stress est aussi une affaire de conception, chaque auteur le voit d'une manière différente, Rivolier (1989) identifie trois sens qu'a pu revêtir ce mot.

Le premier sens, c'est celui de l'anglais qui est cité plus haut, le stress a habituellement le sens de contrainte, de force d'impulsion, qui s'exerce sur quelque chose. Dans ce cas, on considère le stress comme un agent (stresseur), comme lorsqu'on dit avoir subi du stress de telle situation, de tels événements ou de tels objets (travail, école, embouteillage, deuil, etc.), on envisage alors le stress comme un agent psychosocial ou psychologique (qui engendre de stress). Le stress a aussi un deuxième sens, souligne Rivolier (1989), une autre façon de voir le stress consiste à le considérer non plus comme agent mais comme résultat de l'action de l'agent. C'est surtout ce sens que prend le mot dans le langage populaire avec l'expression «

je me sens stressé par cette affaire ». L'auteur identifie aussi un troisième sens du mot stress, on l'entend alors par l'ensemble correspondant à l'agent et au résultat de son action, donc une combinaison des deux premiers sens, autrement dit la combinaison du stimulus et de la réponse. Ces deux derniers sens ont été surtout adoptés par Selye, une figure de proue dans les études sur le stress que nous verrons plus loin.

Enfin, Rivolier (1989) ajoute une autre conception du stress, celle de la psychologie, qui va au-delà des définitions précédentes et qui considère le stress comme un processus interactif et dynamique comprenant la totalité des facteurs intervenant : stimulus, réponse et les processus de perception et d'évaluation de la situation (appréciation de la menace, façon de faire face, organisation des défenses et milieu social). Cette conception est actuellement la plus adoptée dans les recherches scientifiques, surtout avec les travaux de Lazarus et Folkman que nous verrons plus bas. Cependant, il faut souligner que le concept de stress n'est pas exclusivement une notion de la psychologie, il est utilisé dans plusieurs autres disciplines telles que la métallurgie, la biologie, la neurochimie, la neurophysiologie, la psychiatrie, etc. (Stora, 2010). C'est la raison pour laquelle, il est difficile de définir le stress, les définitions sont nombreuses et variées en fonction de la discipline.

Alors, pour aborder le stress de façon générale, Doron et Parot (1991) dans le *dictionnaire de psychologie* fournissent plusieurs définitions selon le domaine d'appartenance ; la physique désigne le stress comme une contrainte excessive subie par un matériau ; quant à la biologie, elle le conçoit comme toute agression s'exerçant sur l'organisme (les agents stressants) et la réaction de l'organisme face à ces agressions ; et pour la psychologie, le terme de stress fait référence aux multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face (les événements stressants de la vie, encore appelés événements vitaux) et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes (les stratégies d'ajustement). En somme, le stress a fait l'objet des centaines de milliers de publications, et dans de nombreuses disciplines scientifiques, mais aucune définition n'a encore fait l'unanimité.

Comme nous venons de le voir, le stress a diversement été défini et abordé de différentes manières par des chercheurs de différentes disciplines. Ils ont, chacun de leur côté, réalisé des recherches pour comprendre et expliquer ce qu'est réellement le stress, ses différents

composants, ses causes, ces conséquences, etc. Alors, dans les lignes qui suivent nous exposerons quelques approches faites par les scientifiques sur le stress, celles qui sont les plus courantes, notamment les approches biologique, psychologique et psychosociale.

2.1.1 Approche biologique

Hans Selye, un médecin canadien d'origine autrichienne, est considéré comme étant le père moderne et scientifique du concept de stress, c'est à lui qu'on doit les premières recherches sur cette notion et c'est lui qui l'a autant vulgarisée jusqu'à ce qu'elle (la notion de stress) devienne aussi populaire. Mais bien avant Selye, il y a eu certains chercheurs qui ont posé les bases de cette notion, ce sont comme des précurseurs de la découverte du stress, il s'agit des chercheurs comme William James, Claude Bernard et Walter Canon (Rivolier, 1989). Ces deux derniers sont surtout connus pour leurs travaux sur le concept d'*homéostasie* qui est défini comme la « tendance générale de l'organisme qui vise à maintenir constantes les conditions d'équilibre de son milieu » (Sillamy, 2019). Le stress est alors considéré comme une contrainte qui perturbe le bon fonctionnement ou l'équilibre de l'organisme, Hans Selye en a donc élaboré un modèle explicatif biologique en suivant les travaux de ces principaux prédécesseurs.

Pour Selye (1974, p. 29), le stress est « la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. » Réponse non spécifique du corps signifie qu'elle ne dépend pas de l'agent agresseur ou stresseur (Doron & Parot, 1991). Autrement dit, il y a une réaction commune, appelée stress, qui apparaît à chaque fois que le corps est soumis à n'importe quel agent stresseur. Cette définition fut, de son époque, une grande découverte dans la compréhension du stress ; Selye n'était pas arrivé à cette découverte par hasard, ce fut de longues années de recherche et d'édification d'un modèle explicatif du stress qu'il raconte dans ces œuvres, notamment dans *stress sans détresse*, ouvrage publié en 1974.

L'histoire de Selye avec le stress débute vers les années 1920, lorsqu'il était encore étudiant en médecine. Selye observa que les malades, bien qu'ils souffrent des maux les plus divers, présentaient plusieurs signes et symptômes similaires. Des années plus tard, en faisant des expériences scientifiques sur des rats pour une recherche sur les hormones sexuelles, Selye constata que lorsqu'il injecta des substances organiques, comme certains agents infectieux

ou des hormones toxiques chez les cobayes (et ceci, peu importe la composition de la substance), ils présentaient des réactions identiques et que ces réactions étaient les mêmes que celles causées par le froid, la chaleur, les infections, les traumatismes, les hémorragies, etc. Alors, Selye (1936, 1974) conclut que toutes les formes d'agents agresseurs ou stressseurs, qu'elles soient physiques ou psychologiques, provoquent des réactions similaires dans le corps ; et l'ensemble de ces réactions est connu sous le nom du Syndrome Général d'Adaptation (S.G.A). Cela comprend une libération d'hormones de stress, comme l'adrénaline et le cortisol, ainsi qu'une activation du système nerveux sympathique. Le Syndrome Général d'Adaptation est donc cette réponse unique et non spécifique que produit le corps à la suite d'un stress dans le but de retrouver l'équilibre (ou homéostasie). Il se déroule en trois temps : la phase d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement (Selye, 1936, 1974).

2.1.1.1 Phase d'alarme

Il s'agit de la première phase après le stress et elle constitue le signal évident de la présence d'un agent stressseur, le corps est alors en état d'alerte. Selye (1936, 1974) la décrit comme une phase « de mobilisation des ressources hormonales », car le corps commence par produire certaines hormones comme l'adrénaline et le cortisol pour combattre l'agent stressseur. Durant cette phase, le niveau de stress reste à un niveau normal, tout simplement parce que l'organisme réagit à l'agent stressseur et va préparer une réponse psychomotrice comme la fuite, le combat ou la sidération (c'est-à-dire que l'organisme ne réagit pas).

Durant la phase d'alarme, on nomme *stress aigu* le type ou le niveau de stress observé (Parent & Cloutier, 2017). C'est un stress qui n'a pas une intensité stable, il varie plus ou moins selon la situation. Par exemple, le footballeur qui s'apprête à tirer un pénalty décisif pour assurer la victoire de son équipe vit un stress aigu, tout comme l'étudiant perfectionniste qui se prépare à passer un examen de fin session. Le stress aigu se résorbe si l'organisme réussit à s'adapter adéquatement au stressseur ou si ce dernier disparaît (Centre d'Études Sur Le Stress Humain, 2016). Si toutefois ce n'est pas le cas, on passe alors à la deuxième phase dite de résistance.

2.1.1.2 Phase de résistance

Appelée aussi phase d'adaptation, durant cette phase on constate une augmentation du niveau des réactions biologiques (hormonales surtout) qui va permettre à l'organisme de s'adapter à la situation et d'y résister. Toutefois, cela implique souvent un coût élevé à l'organisme, ce dernier consomme une bonne partie de ces ressources énergétiques qu'il avait accumulées. Par exemple, une personne qui reste dans cette phase maîtrise la situation, mais elle perd progressivement de l'énergie, ce qui contribue donc à la détérioration de son organisme (Selye, 1936, 1974).

Pour cette phase, le type ou le niveau de stress observé est nommé *stress chronique* (Parent & Cloutier, 2017) ; c'est donc le stress qui résulte d'une exposition prolongée et répétée à des agents stressants, et qui perdure au-delà de la première phase, donc qui est présent au cours de la phase de résistance. Sur le long terme, ce type de stress est susceptible d'avoir des effets nocifs sur l'organisme, tant biologiques que psychologiques (CESH, 2016). Comme exemple pour cette phase, on peut citer le footballeur qui craint continuellement les critiques de ses supporters et de son entraîneur, ou encore l'étudiant qui redoute pendant plusieurs mois de ne pas réussir à obtenir son diplôme de fin d'études.

Lorsque l'organisme réussit à s'adapter et à résister adéquatement à la situation, il laissera la phase de résistance et ses ressources énergétiques redeviennent à la normale. Si au contraire le stress perdure, l'organisme s'affaiblit et passe à la phase d'épuisement.

2.1.1.3 Phase d'épuisement

C'est la dernière phase du syndrome général d'adaptation, c'est le moment à partir duquel les ressources de l'organisme deviennent insuffisantes, il a tout dépensé durant la phase précédente pour répondre à l'agent stressant. Des maladies vont donc apparaître et peuvent arriver jusqu'à la mort, à partir du moment où toutes les réserves sont épuisées. Durant cette phase, une personne qui s'y trouve risque fortement de faire face à des troubles tant physiques que psychologiques (Parent & Cloutier, 2017).

Par analogie, cette phase peut être considérée comme le fameux trouble du *syndrome d'épuisement professionnel* ou *burnout* qui hante le monde du travail. Utilisé en anglais (*burnout*) pour la première fois en 1969, ce terme est défini par l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas (IUSMD) comme « un état de fatigue ou une incapacité à fonctionner

normalement dans le milieu de travail quand les demandes dépassent la capacité d'un individu à les recevoir » (IUSMD, 2013). Donc, le *burnout* survient lorsque l'employé n'arrive pas à s'adapter dans le milieu du travail ; il y a trop d'agents stresseurs contre qui il doit combattre (par exemple un nouveau patron, une surcharge de travail et même une promotion). En somme, la phase d'épuisement est la phase de l'échec, la phase où l'organisme perd et le stress gagne.

2.1.1.4 Eustress et dystress

En plus des trois phases présentées par Hans Selye pour décrire les réactions face au stress, il a aussi précisé dans ses écrits que le stress n'est pas quelque chose uniquement de négatif, il a aussi des côtés positifs. Ainsi, il distingue deux types de stress : *eustress*, qui a des effets bénéfiques pour l'organisme et *dystress* qui a des effets nocifs (Selye, 1975).

L'eustress (ou stress positif) est pour Selye, le bon stress, la bonne réponse qui permet à l'organisme de survivre ou de s'adapter. Ce type de stress permet donc à un individu d'avoir le contrôle sur la situation, l'individu la perçoit comme un défi qu'il peut surmonter, car il estime avoir les ressources nécessaires à cet effet (Huffman et al., 2019). Par exemple, passer un examen peut pousser l'individu à agir s'il est perçu positivement, alors il devient une occasion pour l'individu de se mettre à l'épreuve et de montrer de quoi il est capable.

À l'opposé, le stress négatif ou dystress est la mauvaise réaction de l'organisme. C'est le type de stress survenu lorsque l'individu pense ne plus avoir de ressources pour surmonter la situation, il n'arrive pas à la contrôler et il se sent dépassé. Le dystress a donc pour effet d'empêcher l'organisme de réagir à la situation (Huffman et al., 2019). Par exemple, la perte d'un proche peut être considérée comme dystress, car c'est un événement désagréable qui peut causer des dommages à l'organisme. Parent et Cloutier (2017) identifient alors dans la littérature scientifique différents problèmes à la fois physiques et psychologiques liés aux effets nocifs du stress (le dystress). Parmi eux, on peut citer sur le plan physique l'affaiblissement du système immunitaire, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, les maux de tête, etc. Sur le plan psychologique, le stress négatif peut causer des difficultés au niveau de la mémoire, de la concentration, sur les émotions, l'humeur (avec la dépression) et sur la santé mentale en général.

2.1.2 Approche psychologique

Les premières tentatives pour décrire le stress de façon psychologique commencent depuis Selye (1936) avec l'explication qui se rapproche du modèle stimulus/réponse. Mais, c'est surtout avec le développement de la psychologie de la santé et du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman en 1984 que l'approche psychologique du stress commence vraiment à s'imposer. Pour cette approche, le stress ne se résume pas à la libération d'hormone et de l'activation du système nerveux, c'est aussi une expérience que vit chaque personne de façon différente. Les deux auteurs les plus connus de l'approche psychologique du stress sont Lazarus et Folkman, nous présenterons plus bas leur approche appelée *modèle transactionnel du stress et du coping*.

2.1.2.1 Le modèle transactionnel du stress

Lazarus (1966) et Lazarus & Folkman (1984) sont les deux principaux tenants de cette approche psychologique et particulièrement cognitive du stress. Ils conçoivent le stress comme un ensemble de processus, de transactions cognitives qui s'effectuent entre l'organisme et l'environnement, autrement dit le stress résulte de l'interaction entre des événements stressants de l'environnement et des réactions subjectives. Ces composants, à savoir l'environnement et l'individu, possèdent tous deux des caractéristiques particulières qui vont déterminer l'intensité du stress.

Selon cette approche, le stress psychologique est « une relation particulière entre la personne et l'environnement et qui est évaluée par la personne comme éprouvant ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être¹ » (Lazarus & Folkman, 1984, p. 19). Le mot le plus important dans cette définition est le verbe « évaluer » (appraise, en anglais), cela consiste à démontrer que le stress n'est pas seulement un phénomène objectif, mais que l'individu stressé apporte sa part de subjectivité en faisant une évaluation de la situation et considère si elle (la situation) est stressante ou pas, d'où le concept de « stress perçu ».

2.1.2.2 Le stress perçu et le coping

Le modèle transactionnel ne s'arrête pas à la limite de l'évaluation du stress par l'individu (stress perçu), il va plus loin en étudiant les ressources ou stratégies que met en œuvre

¹ Traduction libre

l'individu pour faire face à la situation, d'où l'apparition du concept de *coping* (to cope, faire face en anglais). Ce dernier est défini comme « des efforts cognitifs et comportementaux en constante évolution (déployés) pour gérer des demandes externes et/ou internes spécifiques qui sont évaluées (par la personne) comme éprouvant ou excédant ses ressources² » (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). En d'autres mots, on parle de coping pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. Ce terme, d'abord traduit par « stratégie d'ajustement » est admis dans le vocabulaire français depuis 1999 (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Alors, selon le modèle transactionnel du stress et du coping, la perception du stress se fait en deux moments : la première évaluation où le sujet évalue le danger du stressor (stress perçu) et la deuxième, où il évalue ses ressources et sa capacité à surmonter la situation stressante (Dumont & Plancherel, 2001). On appelle couramment ces deux moments ou phases : évaluation primaire et secondaire.

Durant l'évaluation primaire ou le stress perçu, l'individu évalue la situation stressante et il se demande quels sont la nature et le sens de la situation stressante et quel impact elle peut avoir sur lui. L'individu peut percevoir la situation comme neutre et donc sans impact sur lui ; ou il peut estimer si la situation revêt un caractère de *perte* (affective, matérielle, corporelle, etc.), qui s'accompagne de tristesse, de honte ou de colère ; ou de *menace* qui peut être associée à de l'anxiété et de la peur ; ou bien de *défi* qui peut être source d'excitation, de fierté et de joie (Bruchon-Schweitzer, 2001). Durant cette phase, chaque individu peut percevoir de façon différente une même situation, certains la voient comme stressante, d'autres non ; c'est ici même que l'approche transactionnelle du stress prend tout son sens.

Lors de l'évaluation secondaire, l'individu dresse un inventaire des ressources disponibles permettant d'affronter le stressor (coping). Il se demande quels moyens il peut utiliser pour surmonter cette situation, l'individu se demande de quelles ressources et de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives. L'individu peut envisager de nombreuses réponses potentielles qu'il comparera et sélectionnera (recherche d'informations pertinentes, établissement d'un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, expression

² Traduction libre

des émotions, évitement du problème, distraction, sous-estimation de la situation, etc.). De manière globale, le sujet s'estimant disposé de ressources suffisantes pour contrôler la situation utilisera des stratégies visant à affronter celle-ci ; alors que l'individu pensant ne pas pouvoir maîtriser la situation tentera de se modifier lui-même pour mieux la supporter (la situation stressante) (Bruchon-Schweitzer, 2001). Dans ces deux cas, l'individu ne fait qu'évaluer ses ressources pour répondre à la situation, ce qu'on appelle dans la littérature « les stratégies de coping » ou « coping » tout simplement.

En ce qui concerne le coping, selon Lazarus et Folkman (1984), cette notion a deux fonctions principales. D'une part, il vise à contrôler ou modifier directement la situation stressante (esprit combatif, confrontation, mise en œuvre de plan d'action) et, d'autre part, il vise à diminuer la tension émotionnelle induite par la situation (évitement, réévaluation positive). Ces deux fonctions sont respectivement appelées : coping centré sur le problème et coping centré sur l'émotion. Il faut souligner qu'on parle parfois d'une troisième forme de coping : le coping centré sur la recherche de soutien social. Toutefois, les deux premiers sont les plus décrits dans la littérature scientifique.

2.1.3 Approche psychosociale

À côté de l'approche psychologique du stress, il existe d'autres auteurs qui ont effectué des travaux que l'on peut classer dans la catégorie d'approche psychosociale. Cette approche se concentre sur la compréhension des interactions entre les facteurs individuels (les croyances, les attitudes, les comportements) et les facteurs environnementaux (travail, études ou autres situations stressantes) dans l'apparition du stress ; elle se concentre aussi sur les stratégies utilisées par un individu pour gérer le stress, comme une sorte de stratégie de coping pour nous référer à l'approche transactionnelle et du coping de Lazarus et Folkman. Ainsi, on entend par stress psychosocial « l'ensemble des processus psychologiques dérivés, conditionnés ou situés socialement qui déclenchent les manifestations liées au stress » (Lassarre, 2005, p.23).

2.1.3.1 Évènements de vie majeurs ou changements de vie

Plusieurs auteurs ont effectué des travaux sur le stress et qui se sont penchés vers l'approche psychosociale, mais nous avons décidé de nous concentrer uniquement sur les travaux de

deux chercheurs et psychiatres américains, Thomas H. Holmes et Richard H. Rahe. Ces derniers sont très connus pour avoir élaboré en 1967 l'un des premiers et plus populaires des outils d'évaluation du stress : « échelle d'évaluation de l'ajustement social ». Cette échelle permet de mesurer, au cours d'une année, le niveau de stress causé par les changements ou évènements de vie vécus par une personne ; et elle permet aussi d'évaluer le risque encouru par une personne de subir les effets nocifs du stress, notamment sur sa santé physique (Holmes et Rahe, 1967).

Pour Holmes et Rahe (1967), leur conception du stress se fonde sur l'idée que les changements ou évènements importants de la vie, nécessitant une adaptation, peuvent être des sources de stress ; ces changements peuvent être tant positifs (anniversaire de naissance, promotion, mariage) que négatifs (maladie, échec, accidents, séparation). Alors, leur échelle d'évaluation du stress sélectionne un ensemble d'évènements de la vie et accorde à chacun une cote appelée Unité de Changement de Vie (UCV) ; les cotes des évènements ont été données par 394 sujets participant à une recherche réalisée exprès pour l'échelle. Ils devraient coter chaque évènement sur une échelle de 0 à 100, en prenant comme évènements de référence le mariage qui a une cote (note) arbitraire de 50 Unités de Changement de Vie. Ainsi, les évènements, comme la mort d'un conjoint reçut la note maximale de 100, le divorce eut une note de 73, la période de Noël, une note de 12, etc.

Étant donné que les temps changent et le monde évolue, Miller et Rahe (1997) ont repris la même étude à l'aide de l'échelle publiée par Holmes et Rahe en 1967 dans le but d'étudier dans quelle mesure le nombre moyen de UCV attribué à chaque événement avait varié avec le temps. Ainsi, on remarque que l'évènement *la mort d'un conjoint* passe à une note maximale de 119, le divorce 98, la période de Noël 30, etc. Donc, les évènements sont devenus plus stressants comparés aux résultats de la première étude il y a 30 ans.

En somme, le plus important dans cette échelle est qu'elle permet d'évaluer le niveau de stress de l'individu en additionnant les notes pondérées de chaque évènement que le sujet rapporte avoir vécu au cours de l'année. Ainsi, Holmes et Rahe (1967) ont permis d'établir des corrélations entre évènements de vie et diverses pathologies, spécifiquement, ils ont

constaté que les individus obtenant une note de 300 Unités de Changement de vie ou plus au cours d'une année présentaient un risque plus élevé de développer une maladie.

2.1.4 Critiques des théories sur le stress

il y a beaucoup d'approches sur le stress ; et à l'intérieur de chaque approche, il existe plusieurs théories ou modèles. Dans notre cadre théorique pour ce travail, nous avons seulement tenu compte de trois approches que nous jugeons importantes à présenter. Dans cette partie, nous allons présenter brièvement les critiques et limites des théories présentées et ensuite indiquer l'approche théorique que nous adoptons dans ce travail, à travers bien sûr les outils de collecte de données que nous présenterons dans le chapitre méthodologie.

Hans Selye est considéré comme le premier chercheur à effectuer des études biologiques sur le stress ; et il reste jusqu'à présent une référence dans ce domaine. Toutefois, l'œuvre de Selye compte des imperfections et sa théorie du stress comporte certaines limites que des chercheurs postérieurs comme Lazarus et Folkman ont pu relever.

Le point faible de la théorie de Selye est la place prépondérante qu'occupe la biologie dans ses explications. Le stress du point de vue de Selye, médecin de son état, est soit un agent stresser soit une réaction ou réponse à l'agent stresser. C'est donc un modèle unidimensionnel et mécanique, basé soit sur le stimulus, soit sur la réponse, il ne tient pas compte de l'évaluation et de l'interaction de l'individu par rapport à la situation. L'aspect psychologique et particulièrement l'aspect cognitif est peu présent dans les explications. En outre, la distinction des deux types de stress faite par Selye ne fait pas l'unanimité dans le monde scientifique, surtout en ce qui concerne le stress dit positif, l'*eustress*. Selon certains chercheurs, ce type de stress « demeure vague et sujet à controverse et, malgré son intérêt largement répandu, n'a pas encore été adéquatement soutenu ou réfuté par la recherche empirique » (Lazarus, 1999, p. 32, cité dans Parent & Cloutier, 2017).

Malgré toutes ces critiques et limites, la théorie de Selye a joué un rôle important dans l'histoire de la compréhension du stress, et ses idées ont continué d'influencer les recherches ultérieures effectuées sur ce sujet. C'est un pionnier dans ce domaine et ses contributions ont fourni une base solide pour les études futures sur le stress et ses conséquences sur la santé physique et mentale.

Quant à l'approche psychologique du stress, notamment le modèle transactionnel et du coping de Lazarus et Folkman, c'est un regard différent sur le stress qui intègre la perception de l'individu. On accorde dans cette approche une place importante à la subjectivité du sujet. Toutefois, elle a reçu des critiques et nous exposeront quelques-unes ci-dessous.

Les principales critiques adressées à l'encontre du modèle transactionnel du stress et du coping sont : d'abord, sa complexité dans les explications du stress, ce qui peut rendre difficile son application dans la pratique de la recherche ; ensuite, on souligne la grande importance que le modèle accorde à la cognition dans la régulation du stress, en négligeant d'autres facteurs tels que les facteurs biologiques et sociaux qui peuvent également jouer un rôle important ; et enfin, on critique à Lazarus et Folkman de n'avoir pas pris suffisamment en compte les émotions pour leurs impacts dans les réactions aux stress ; la cognition à elle seule ne peut pas intervenir. Malgré toutes ces critiques, le modèle transactionnel du stress et du coping reste l'un des modèles théoriques sur le stress les plus influents et il est largement utilisé dans le champ de la psychologie et d'autres disciplines scientifiques connexes.

Quant à l'approche psychosociale, avec surtout les travaux de Holmes, Miller et Rahe, on la reproche pour manque de preuve pouvant démontrer la causalité entre les événements de vie majeurs et les problèmes de santé découverts dans les recherches. C'est pourquoi la communauté scientifique parle plutôt de corrélation que de causalité en ce qui concerne les recherches fondées sur cette approche. Autre critique sur les travaux de Holmes, Miller et Rahe, c'est le manque de prise en compte des variations individuelles, culturelles et sociales dans l'évaluation des événements de vie qui génèrent du stress. Toutefois, cette approche est très influente dans l'explication du stress et surtout avoir parmi les pionniers ayant démontré la corrélation existante entre le stress et la santé physique ou mentale.

En somme, toutes ces approches méritent leurs raisons d'être ; elles apportent chacune une vision dans la compréhension du concept aussi complexe qu'est le stress. Elles peuvent être complémentaires ou utilisées de façon unique selon la situation présentée, selon la recherche ou la discipline scientifique abordée. En ce qui concerne notre travail, l'approche la plus appropriée est celle de la psychologie et plus particulièrement le modèle transactionnel du stress et du coping. Ce qui justifie ce choix, c'est l'utilisation de l'Échelle de Stress Perçu

comme outil d'évaluation du stress des étudiants ; un outil qui a été évidemment élaboré sur le modèle de Lazarus et Folkman. Nous attarderons plus sur la présentation de l'Échelle de Stress Perçu dans le chapitre portant sur le cadre méthodologique de la recherche.

2.2 Le sommeil : Définition et structure

Le sommeil est « un état physiologique, survenu périodiquement, caractérisé par la réduction de l'activité, le relâchement du tonus musculaire et la suspension de la conscience » (Doron & Parot, 1991, p. 264). Le sommeil est donc un état normal, un besoin fondamental pour l'homme où l'organisme profite d'une période de repos généralement la nuit. Ainsi, chaque jour, l'individu passe en moyenne un tiers de son temps en sommeil. On reconnaît à l'unanimité que le sommeil pourrait jouer un rôle, non seulement dans la régulation des fonctions corporelles, mais aussi dans les fonctions cognitives et émotionnelles. Malgré ce constat, le rôle du sommeil est encore aujourd'hui peu connu (Delannoy, 2016).

Contrairement à la croyance populaire, le sommeil n'est pas un état homogène ou global ; et le cerveau n'est pas totalement en repos pendant les heures de sommeil. En effet, il y a plusieurs types de sommeil qui se succèdent en cycle durant une nuit normale de sommeil ; et sur la base de recherches scientifiques, on a dressé une classification des différents stades du sommeil. Rechtschaffen et Kales (1968) sont connus pour être les premiers à avoir fait cette classification qui a été la plus utilisée jusqu'en 2007 ; puis elle a été modifiée et remplacée par une nouvelle classification proposée par l'American Academy of Sleep Medicine (AASM) en 2007. Nous nous basons sur cette dernière pour présenter la classification des différents stades du sommeil dans notre travail (Iber et al., 2007).

2.2.1 Structure du sommeil

Selon l'American Academy of Sleep Medicine (AASM), chez l'homme, le sommeil est divisé en deux grandes phases : le *sommeil lent* ou *NMOR (Non-Mouvement Oculaire Rapide)*, qui sera par ailleurs subdivisé en 3 stades différents, et le *sommeil paradoxal* ou *MOR (Mouvement Oculaire Rapide)*. Tous ces stades alternent tout le long de la nuit et peuvent être explorés par le biais de l'enregistrement d'un polysomnogramme (PSG). Ce dernier permet l'analyse détaillée du sommeil, il se compose d'un enregistrement de l'électroencéphalogramme (EEG) pour enregistrer l'activité électrique du cerveau, de

l'électrooculogramme (EOG) pour enregistrer les mouvements oculaires, et d'un électromyogramme (EMG) pour la mesure du tonus musculaire (Iber et al., 2007 ; Rechtschaffen & Kales, 1968). Cependant, l'EEG reste l'outil majeur dans l'étude des différents stades du sommeil, avec surtout les signaux électriques du cerveau mesurés à chaque stade. Nous présentons ci-dessous les différents stades alternant durant une nuit de sommeil, selon la classification de l'AASM (Iber et al., 2007).

2.2.1.1 L'état de veille

Avant d'être endormi, l'individu est donc conscient, il est, comme le nom du stade l'indique, éveillé. C'est le premier stade que mesurent les différents outils composant la polysomnographie, surtout l'électroencéphalographie (EEG). Les caractéristiques de ce stade dépendent de deux profils : avec les yeux ouverts ou avec les yeux fermés. Pour le premier (yeux ouverts), ce stade est caractérisé par une activité généralement rapide de l'EEG, avec de faibles amplitudes et des mouvements oculaires visibles, le tracé de l'EEG affiche des ondes bêta dont la fréquence varie de 13 à 50 hertz (Hz). Cependant, dans l'éveil calme, avec yeux fermés, ce stade est caractérisé par une activité ralentie de l'EEG affichant des ondes alpha dont la fréquence varie de 8 à 12 Hz. De plus, pendant l'éveil, le tonus musculaire est élevé et les mouvements oculaires sont rapides.

2.2.1.2 Le sommeil lent ou NMOR

Selon l'American Academy of Sleep Medicine (AASM), Le *sommeil lent* ou *NMOR* (*Non-Mouvement Oculaire Rapide*) est subdivisé en 3 stades différents qui se succèdent au cours d'une nuit de sommeil normal (Iber et al., 2007) :

- Stade NMOR 1 : c'est le stade d'entrée en sommeil ou d'endormissement. Il s'agit d'un état de transition entre l'éveil et le sommeil qui apparaît quand on s'allonge et qu'on ferme les yeux ; et il peut parfois s'accompagner d'hallucinations légères, des sensations visuelles, auditives et kinesthésiques étranges, d'où l'appellation d'état hypnagogique attribué à ce stade (en raison des hallucinations). Ce stade correspond à une activité EEG qui va ralentir par rapport à l'éveil calme et affichant des ondes nommées thêta qui varient de 4 à 8 Hz. En plus, dans ce stade le tonus musculaire diminue et les mouvements oculaires sont lents.

- Stade NMOR 2 : C'est le stade du sommeil lent léger, il occupe la moitié de la durée totale du sommeil et pendant lequel le tonus musculaire diminue par rapport au stade précédent et les mouvements des yeux s'arrêtent. C'est le stade où l'adulte (en sommeil normal) passe le plus de temps, soit près de 50% du temps du sommeil pendant une nuit. En termes d'activité EEG, ce stade est caractérisé par des ondes thêta avec l'apparition des *fuseaux de sommeil*, c'est-à-dire de brèves périodes (1 ou 2 secondes) durant lesquelles la fréquence est plus rapide que le reste du tracé (environ de 8 à 12 Hz), ainsi que des *complexes K*, c'est-à-dire des oscillations dont l'amplitude est plus grande que le reste du tracé (Parent & Cloutier, 2017). Durant ces deux premiers stades, l'individu reste facilement à réveiller.
- Stade NMOR 3 : Ce stade représente le sommeil profond et c'est aussi le stade où le sommeil est le plus réparateur pour le corps et où il est plus difficile de réveiller le dormeur. Il correspond à un tonus musculaire faible et à une activité EEG ralentie affichant des ondes delta de 1 à 3 Hz. Parent et Cloutier (2017) relatent dans leur manuel d'*initiation à la psychologie* que le métabolisme se met « en mode détente » (réduction des fréquences cardiaque et respiratoire, de la pression artérielle, du métabolisme et de la température) durant ce stade. Et après avoir passé environ une trentaine de minutes dans ce stade, le dormeur se met à régresser lentement vers les premiers stades.

2.2.1.3 Le sommeil paradoxal ou MOR

C'est le dernier stade du sommeil, on le qualifie de paradoxal parce qu'on observe une activité EEG qui ressemble à celle d'un sujet en état de veille, tandis que le sujet est profondément endormi. Donc, c'est un stade qui ressemble à la fois à celui du stade NMOR 1 à celui typique d'un état de veille détendu (avec les yeux fermés). En plus, ce stade s'accompagne d'une perte quasi complète du tonus musculaire, ce qui entraîne une paralysie presque totale de l'ensemble des muscles ; et lorsqu'un sujet est réveillé à ce moment, il rapporte, dans 80 à 95 % des cas, qu'il était en train de rêver (Arnulf, 2016 ; cité dans Parent & Cloutier, 2017). Par ailleurs, le sommeil paradoxal est très important ; sur la base des recherches scientifiques, Huffman et al. (2019) concluent que ce stade est nécessaire à la

rétention et à la consolidation des connaissances captées à l'état de veille. En d'autres termes, une personne qui ne dort pas assez et qui a une dette de sommeil paradoxal pourrait constater que ses capacités cognitives sont affectées.

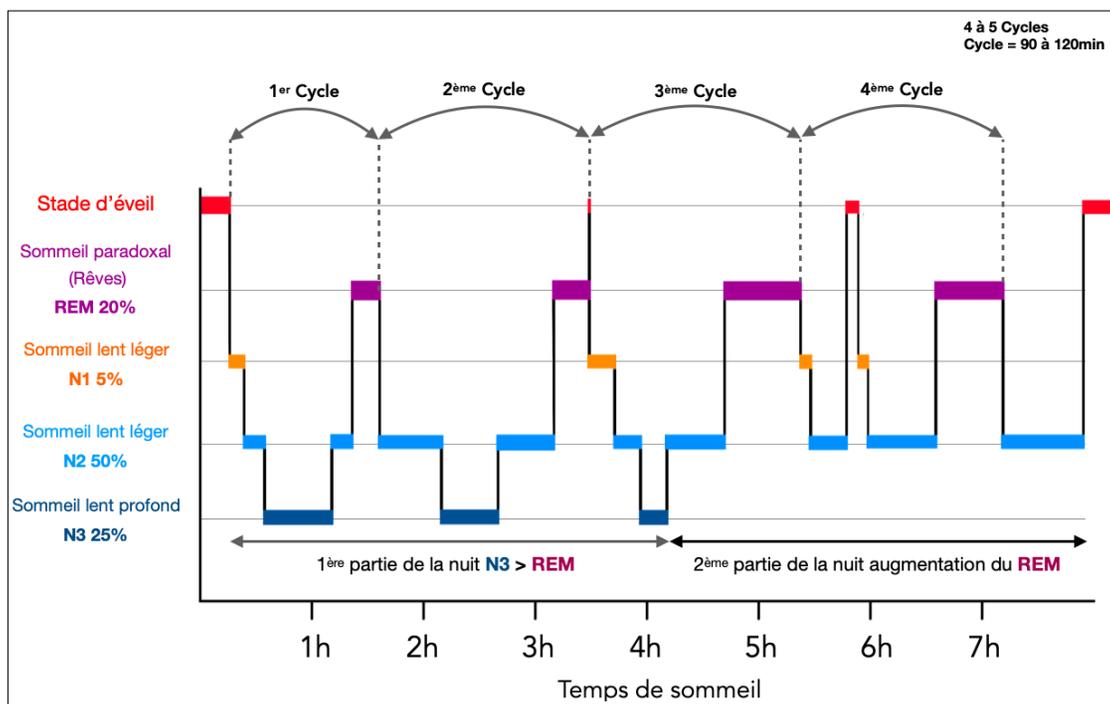


Figure 2.1 : Hypnogramme représentant le déroulement d'une nuit de sommeil normal (Adaptation de EVA-Sommeil, 2022)

La succession de ces différents stades (les trois stades du sommeil NMOR et le sommeil MOR) définit un cycle de sommeil dont la durée approximative est de 90 minutes. À ce stade, le dormeur a accompli donc un premier cycle de sommeil ; et lui reste encore trois à quatre autres cycles qui doivent se succéder pour accomplir une nuit de sommeil normal (5 cycles en moyenne). Toutefois, la répartition du temps alloué à chaque stade n'est pas équivalente. La première partie de la nuit (durant les deux premiers cycles surtout) est plus riche en sommeil lent profond et les cycles durant la fin de la nuit sont riches en sommeil paradoxal.

En ce qui concerne le nombre d'heures de sommeil par nuit, il est recommandé environ 12 à 17 heures de temps de sommeil pour les enfants (0-12 ans) ; pour les adolescents (13-18 ans), il est recommandé 8 à 10 heures de temps ; pour les adultes de 18 à 60 ans, 7 heures ou plus ; et pour les plus âgés, il est recommandé entre 7 jusqu'à 9 heures de sommeil par nuit (Centers

for Disease Control and Prevention (CDC), 2022). Donc, en ce qui concerne notre travail, les étudiants du CHCL résidant à Quartier Créole devraient dormir 7 heures ou plus par nuit.

2.2.2 Approches théoriques sur les fonctions du sommeil

Il n'y a aucun doute à affirmer que le sommeil joue un rôle important, l'un des indices majeurs est l'effet que sa privation entraîne sur l'organisme. Des études expérimentales menées sur des rats montrent que la privation du sommeil entraîne chez ces derniers des pertes de poils, l'ulcère, un stress élevé indiqué par de hauts taux de noradrénaline et même la mort après 11 à 32 jours de privation (Rechtschaffen et al., 1989).

Pour des raisons éthiques, de telles expériences ne peuvent pas être réalisées sur des humains. Toutefois, il est rapporté qu'un sujet du nom de Randy Gardner resta éveillé pendant 264 heures (11 jours) ; et comme conséquences, ce dernier présentait des troubles attentionnels caractérisés par une difficulté à focaliser son regard, des signes d'astérognosie (incapacité à nommer les objets), irritabilité, des hallucinations visuelles et auditives, des troubles de la mémoire, voire une incapacité à se remémorer des événements très récents, etc. (Coren, 1998). Donc, c'est évident que le sommeil est indispensable, mais quelles sont ses fonctions au juste ? Huffman et al. (2019) présentent deux théories qui répondent à cette question ; nous les présentons brièvement dans les lignes qui suivent.

2.2.2.1 La théorie évolutive du rythme circadien

Le mot « circadien » vient du latin *circa diem*, qui signifie « environ un jour ». Selon cette théorie, les humains ont développé un rythme circadien en réponse à l'environnement et aux exigences de l'évolution des espèces. Le rythme circadien est régulé par une horloge biologique interne (sensible aux signaux de lumière et d'obscurité) se trouvant dans le cerveau et poussant les humains à rechercher le sommeil de manière cyclique approximativement toutes les 24 heures. Pour cette théorie, le sommeil a donc permis aux premiers humains et aux animaux de conserver leur énergie lorsqu'ils n'étaient pas en activité durant le jour, et aussi de se protéger, en cachant et restant immobiles, contre certains prédateurs nocturnes.

Cependant, il existe certaines différences entre les espèces animales au niveau du sommeil exposées par cette théorie. Selon les explications de Huffman et al. (2019, p. 129), des animaux comme « les opossums peuvent dormir beaucoup parce qu'ils trouvent facilement de la nourriture et un abri, tout en étant en mesure de repousser assez aisément les prédateurs

par leur odeur désagréable. Cependant, les chevaux et les moutons dorment très peu parce qu'ils doivent brouter longtemps pour combler leur faim. De plus, leurs seules défenses devant les prédateurs sont la vigilance et la fuite. »

2.2.2.2 La théorie de la restauration

Selon cette théorie, le sommeil a comme fonctions de restaurer et de réparer les tissus corporels ainsi que de réapprovisionner les énergies dépensées durant les activités de la journée ; c'est une vaste récupération pour l'individu sur le plan physique, émotionnel et cognitif. Alors, durant une le sommeil, le corps dépense moins d'énergie et ait donc la capacité de se restaurer. Cependant, selon l'aspect en question chez l'individu, un stade particulier durant le sommeil est impliqué dans la restauration. Le sommeil à ondes lentes s'occupe de l'aspect physiologique et le sommeil paradoxal de l'aspect psychologique.

D'après cette théorie, sur le plan physiologique, notre corps travaille à réparer les tissus endommagés, renforcer notre système immunitaire, réguler notre métabolisme et régénérer nos muscles pendant le sommeil. Sur le plan psychologique, le sommeil est crucial pour le fonctionnement optimal de nos fonctions cognitives, telles que l'attention, la créativité, la résolution de problèmes, etc. Le sommeil aide aussi à la consolidation de la mémoire en permettant de trier et d'organiser les informations à stocker dans la mémoire à long terme.

2.2.3 Critiques sur les approches théoriques

On retrouve bon nombre de critiques concernant ces théories (Delannoy, 2016). Pour la théorie évolutive du rythme circadien, elle est reprochée par son caractère trop général, il ne prend pas en compte la variabilité interindividuelle, car le nombre d'heures de sommeil peut varier d'un individu à un autre et ne dépend pas uniquement des facteurs environnementaux, il y a aussi des facteurs individuels comme la génétique. En outre, cette théorie est basée sur des études menées en milieu naturel (forêt par exemple) et donc elles ne peuvent pas être vraiment généralisées à la vie moderne que vivent les humains actuellement.

Pour la théorie de la restauration, elle est aussi critiquée pour son caractère général parce qu'elle ne tient pas compte des facteurs individuels. Selon d'autres critiques, il n'y a pas que le sommeil qui peut permettre la récupération des fonctions biologiques et cognitives. Certains états comme des moments de détente ou repos, la méditation et l'hibernation

peuvent aussi permettre la récupération, la concentration, la résolution de problème, la consolidation de la mémoire, etc. Malgré toutes ces critiques, ces théories ont chacune apporté leur contribution dans la compréhension de ce phénomène complexe et qui reste encore un mystère pour la science, le sommeil. Chacune peut être mobilisée en tenant compte du contexte et en définissant bien ses limites par rapport au contexte.

2.2.4 Les troubles du sommeil

Le sommeil n'est pas toujours facile pour tout le monde, il existe bon nombre d'individus qui souffrent de divers troubles en lien avec le sommeil. En effet, il existe plusieurs troubles du sommeil et ils sont nommés en fonction de la classification adoptée. Dans le cadre de notre travail, nous allons présenter brièvement quelques troubles du sommeil (ceux qui nous intéressent) et nous utiliserons la classification du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5)* qui décrit les troubles du sommeil dans la catégorie des « troubles de l'alternance veille-sommeil ».

2.2.4.1 L'insomnie

C'est le trouble du sommeil le plus courant. Selon le DSM-5 (APA, 2015), l'insomnie est caractérisée par des difficultés à s'endormir, des difficultés à rester endormi à cause des réveils fréquents et des réveils matinaux précoces assortis d'une incapacité de se rendormir. Ces symptômes doivent survenir au moins trois fois par semaine pendant au moins trois mois et causer une détresse marquée ou d'une altération du fonctionnement dans les domaines social, professionnel, éducatif, scolaire ou dans d'autres domaines importants. On peut dire qu'il existe plusieurs formes d'insomnie : l'insomnie d'endormissement (ou insomnie initiale) qui est caractérisée par des difficultés d'initiation du sommeil au moment de l'endormissement ; l'insomnie de maintien (ou insomnie du milieu de nuit) qui se caractérise par des éveils fréquents ou prolongés pendant la nuit ; et l'insomnie de fin de nuit qui se caractérise par un éveil matinal précoce avec incapacité à se rendormir.

2.2.4.2 Troubles du sommeil liés à la respiration

Les troubles du sommeil liés à la respiration incluent trois troubles distincts : l'apnée/hypopnée obstructive du sommeil, l'apnée centrale du sommeil et l'hypoventilation liée au sommeil (APA, 2015). Pour le premier, il se caractérise par des épisodes répétés d'obstruction (apnées et hypopnées) des voies respiratoires supérieures (pharyngées)

survenant pendant le sommeil. L'apnée est une interruption complète de la respiration qui est souvent causée par une obstruction des voies respiratoires supérieures, tandis que l'hypopnée est un type de trouble respiratoire qui se produit lorsque la respiration devient superficielle ou peu profonde, entraînant une diminution du débit d'air et de l'apport en oxygène.

Ensuite, l'apnée centrale du sommeil est un type de trouble respiratoire qui se produit lorsque le cerveau ne parvient pas à envoyer les signaux appropriés aux muscles qui contrôlent la respiration pendant le sommeil. Cette perturbation peut être due à une maladie neurologique, une insuffisance cardiaque ou l'utilisation de certains médicaments. Et enfin, l'hypoventilation liée au sommeil est un trouble respiratoire du sommeil dans lequel une personne ne parvient pas à respirer suffisamment pendant le sommeil, entraînant une accumulation excessive de dioxyde de carbone dans le sang.

2.2.4.3 Les terreurs nocturnes et les cauchemars

Selon le DSM-5 (APA, 2015), les terreurs nocturnes et les cauchemars sont des troubles du sommeil classés dans la catégorie des parasomnies, c'est-à-dire des troubles caractérisés par des comportements, des vécus ou des phénomènes physiologiques anormaux survenant au cours du sommeil, à des stades spécifiques du sommeil ou durant des transitions veille-sommeil. Spécifiquement, les terreurs nocturnes se caractérisent par des épisodes récurrents de réveils brutaux et terrifiants, débutant habituellement par un cri d'effroi et qui survient généralement pendant un stade de sommeil non paradoxal. Et les cauchemars, ce sont des rêves très vivants (paraissant réels) et désagréables qui peuvent provoquer de l'anxiété, de la peur, de la tristesse ou d'autres émotions négatives. Les cauchemars peuvent survenir généralement après des expériences traumatiques et leur contenu se concentre habituellement sur des tentatives visant à échapper ou à faire face à un danger imminent.

2.2.5 Lien entre le stress et la qualité du sommeil

Une exploration des études sur le stress et le sommeil nous montre que les chercheurs prennent généralement trois orientations. Une première orientation soutient des recherches sur les effets du stress sur le sommeil (Kim & Dimsdale, 2007 ; Sadeh et al., 2004) ; la deuxième orientation étudie l'inverse, c'est-à-dire les effets de la qualité du sommeil sur le stress (Bassett et al., 2015 ; Schwarz et al., 2018) et une troisième orientation qui soutient des études sur la relation entre le stress et le sommeil (Trousselard, 2022 ; Nollet et al., 2020).

Les deux premières orientations sont généralement des études de types expérimentales ; et la troisième orientation concerne plutôt des recherches de types corrélacionnels ou des études évaluant la relation entre le niveau de stress et la qualité de sommeil.

Toutes ces recherches, peu importe leurs orientations, ont leur raison d'être. Elles apportent chacune leur contribution dans la compréhension du stress et du sommeil. Cependant, nous ne pouvons pas tous les adopter dans le cadre de ce travail ; nous comptons nous concentrer uniquement sur une étude corrélacionnelle évaluant la relation existante entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil, particulièrement chez les étudiants du Campus Henry Christophe de Limonade résidant à Quartier Créole.

CHAPITRE III :
Cadre méthodologique

3 Cadre méthodologique

3.1 Type d'étude

La présente étude est quantitative, descriptive et corrélative. Elle vise à déterminer le lien existant entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez un échantillon de 130 étudiants du CHCL résidant à Quartier Créole. C'est aussi une étude transversale, car elle étudie la population dans un moment précis et non sur une longue durée.

3.2 Présentation du terrain de l'étude

Quartier Créole est une partie du village La Différence (anciennement appelé Village EKAM), se situant dans la commune de Caracol, département du Nord-Est d'Haïti, plus précisément à la route nationale #6. Le village La Différence a été fondé en 2013 avec l'appui financier de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), en partenariat avec l'Entreprise Publique de Promotion de Logements Sociaux (EPPLS). C'est un projet mis en œuvre par l'État haïtien et le gouvernement américain pour venir en aide à la population haïtienne à la suite du tremblement de terre dévastateur du 12 janvier 2010 (Le Nouvelliste, 2014). Le village, composé de 750 logements à sa fondation, est généralement divisé en deux grandes parties : Quartier Créole où sont logés les étudiants du Campus Henry Christophe de Limonade et l'autre partie qui loge toutes catégories de personnes (notamment des ouvriers du Parc Industriel de Caracol) ainsi que des infrastructures comme des établissements scolaires de tous les niveaux, des églises, des maisons commerciales, etc.

Pour gérer le village dans son ensemble, cela revient à la mairie de la commune de Caracol sur le plan administratif et au commissariat de Caracol sur le plan sécuritaire. Toutefois, selon des habitants du village que nous avons interrogés, il est créé un comité central avec les habitants du village qui est composé de sept membres : Président, Vice-président, Secrétaire, Sous-secrétaire, Trésorier, Délégué et Conseiller. Ces membres sont choisis par les habitants au cours des élections qui se réalisent chaque deux (2) ans. Il y a encore un autre conseil plus large qui représente chaque groupe de maison (plateforme), il est composé de 45 membres et ces derniers sont désignés par les habitants du village entre eux.

Sur le plan sécuritaire, le village possède également des agents de sécurité positionnés à chaque entrée, mais il existe certaines entrées qui n'en ont plus au moment de la réalisation

de ce travail. En outre, il faut souligner que le village proposait la location des logements avec option d'achat (surtout pour les premiers habitants), un système d'eau potable et un service d'électricité 24h/24. En raison de sa situation géographique, le village La Différence offre aux habitants des possibilités d'emploi soit au Parc Industriel de Caracol, soit à la compagnie responsable de l'électricité, soit à LEKÒL S&H (une école financée par le gouvernement américain et une compagnie sud-coréenne), soit dans d'autres institutions et entreprises aux environs du village (Limonade, Trou-du-Nord, Cap-Haitien, etc.).

En ce qui concerne Quartier Créole particulièrement, il est considéré comme un système de dortoirs, jusqu'à présent gratuits, mis à la disposition des étudiants du CHCL. Il est géré directement par le Bureau de la Vie Universitaire (BVU) du Campus qui délègue un responsable pour habiter avec les étudiants. Quartier Créole est composé de 63 logements au total, dont 58 sont destinés aux étudiants et les autres pour quelques personnels du Campus. Pour les étudiants, ils sont répartis en 4 personnes par logement. Selon les responsables que nous avons interrogés, les critères pour bénéficier d'un logement sont respectivement l'excellence académique, la zone de provenance (les étudiants venant des zones éloignées sont en priorité) et la situation économique (les étudiants en situations économiques difficiles sont privilégiés). L'étudiant désirant bénéficier d'un logement doit adresser une lettre aux responsables du Bureau de la Vie Universitaire (BVU) et attendre les suivis.

Enfin, il faut souligner qu'au sein du village en général, il n'y a pas de marché public ni d'hôpital ni de commissariat ni de banques. Beaucoup de services restent encore non disponibles à Village la Différence, les habitants sont souvent obligés de se rendre ailleurs comme Trou-du-Nord ou Limonade. Pour Quartier Créole, les responsables de l'université donnent aux étudiants uniquement les logements, ils doivent eux-mêmes payer les factures d'électricité, d'eau potable et autres. La première cohorte d'étudiants avait bénéficié des meubles comme une chaise, un lit et une étagère ; mais il n'existe encore plus ces genres de dons pour les actuels étudiants. Donc, hormis le logement, on n'apporte actuellement aucune autre assistance aux étudiants. Malgré tout, les étudiants sont nombreux à vouloir bénéficier d'un logement à Quartier Créole ; et il faut souligner qu'il y a beaucoup d'autres étudiants qui louent des maisons au village, dans la partie qui n'est pas exclusivement réservée aux étudiants du Campus Henry Christophe de Limonade ; des loyers qui sont très chers.

3.3 Population

Notre population cible pour cette étude est l'ensemble des étudiants du Campus Henry Christophe de Limonade résidant à Quartier Créole. Selon les registres du Bureau de la Vie Universitaire (BVU), il y avait un effectif de 198 étudiants habitant à Quartier Créole durant le mois de juin 2022 ; mais les responsables avaient souligné qu'il y en a beaucoup plus, en raison de certaines irrégularités (comme certains anciens étudiants qui ne libèrent pas encore les maisons ou d'autres étudiants qui y habitent sans autorisation). Les responsables nous confient que l'effectif réel des étudiants est d'environ 232 (58 maisons avec 4 étudiants chacune), car il n'y a aucune maison inhabitée à Quartier créole.

3.3.1 Technique d'échantillonnage

Étant donné qu'on ne pourrait pas couvrir toute la population des étudiants du Campus Henry Christophe de Limonade résidant à Quartier Créole, nous avons décidé de sélectionner un échantillon représentatif de notre population. Nous avons donc utilisé une technique d'échantillonnage par convenance pour recruter les participants à l'étude, c'est-à-dire que les participants ont été choisis en fonction de leur disponibilité, de la volonté ou de la facilité d'accès. Ainsi, un échantillon représentatif de 132 étudiants du CHCL résidant à Quartier Créole (dans l'ensemble des 58 logements) a été prélevé, avec un niveau de confiance de 90% et une marge d'erreur de 5%. La représentativité de l'échantillon a été déterminée à l'aide d'un calculateur automatique de taille d'échantillon fiable (en ligne) appelé *Qualtrics* (Qualtrics, 2022). Il faut souligner que nous avons sélectionné un peu plus d'échantillons au cas où certains questionnaires ne seraient pas remplis ou pour d'autres raisons. Le calculateur avait proposé 125 et nous avons sélectionné 132 étudiants, soit 7 de plus.

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage par convenance, c'est parce que les étudiants n'étaient pas faciles à trouver au moment de la réalisation de l'enquête, ils étaient soit en cours, soit en période d'examens ou soit en déplacement académique ou personnel. Alors, nous avons consulté les étudiants trouvés sur place et qui acceptaient de participer à l'étude, en nous assurant qu'ils étaient effectivement des étudiants du CHCL résidant à Quartier créole. Cependant, les étudiants ayant bouclé le cycle d'études et ceux étant de passage n'ont pas été sélectionnés dans l'échantillon. Des détails précis seront présentés sur les caractéristiques de l'échantillon dans la section *résultats, interprétations et discussions*.

3.4 Description des matériels de l'étude

Pour collecter les données, un questionnaire divisé en trois parties a été utilisé. Une première partie portant sur les données sociodémographiques ; et deux autres parties qui mesurent le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil des participants, ce sont respectivement l'Échelle de Stress Perçu et l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburg.

3.4.1 Identification

Cette première partie du questionnaire est composée d'un ensemble de questions visant à déterminer certaines caractéristiques sociodémographiques des participants. Cette partie comporte des questions sur la tranche d'âge, le sexe, le niveau et le domaine d'étude de chaque participant. Un code a été aussi attribué à chaque enquêté ou plutôt chaque questionnaire dans le but de permettre la saisie des données avec méthode.

3.4.2 Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh

Élaboré en 1988 par Buysse et ses collègues, l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburg est un outil très répandu dans la recherche scientifique, il est utilisé pour évaluer la qualité du sommeil chez un individu sur l'intervalle d'un mois. Le PSQI comprend 19 questions d'auto-évaluation et 5 questions posées au conjoint ou compagnon de chambre (s'il y en a), mais seules les questions d'auto-évaluation sont incluses dans le score global. Les 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner 7 composantes qui sont :

- a) *La qualité subjective du sommeil*, évaluée par l'individu lui-même ;
- b) *La latence du sommeil*, qui fait référence au temps qu'il faut pour s'endormir ;
- c) *La durée du sommeil*, c'est-à-dire le nombre d'heures de sommeil par nuit ;
- d) *L'efficacité habituelle du sommeil*, calculé par le rapport du nombre d'heures de sommeil par le nombre d'heures passé au lit, exprimé en pourcentage : **(Nombre heures de sommeil ÷ Nombre heures au lit) × 100** ;
- e) *La mauvaise forme durant la journée ou dysfonctionnement diurne*, faisant référence aux difficultés à rester éveillé pour conduire, prendre des repas ou participer à une activité sociale en raison de la somnolence durant la journée ;
- f) *L'utilisation d'un médicament pour sommeil*, comme les somnifères ;
- g) *Les troubles du sommeil*, comprenant tous les facteurs qui entravent le bon déroulement du sommeil.

Selon le protocole du test, chacune de ces 7 composantes offre un score allant de 0 à 3 points, ce qui peut offrir un score de 0 à 21 points au total. Selon la norme, un score total inférieur à 5 (PSQI < 5) indique une bonne qualité du sommeil et un score total supérieur ou égal à 5 (PSQI \geq 5) indique une mauvaise qualité de sommeil. Le PSQI est un instrument traduit et validé en plus de 56 langues, mais il n'y a pas à ce jour de version créole. Toutefois, il existe une version validée du test en français (Blais et al., 1997) que nous avons traduit en créole pour l'étude. Il faut souligner que c'était une traduction libre, cependant nous avons effectué des pré-tests avant la collecte des données pour nous assurer de la clarté des questions.

3.4.3 Échelle de Stress Perçu

L'Échelle de Stress Perçu (*PSS ou Perceived Stress Scale*, en anglais) est un questionnaire élaboré par le psychologue Sheldon Cohen et ses collègues en 1983, il est utilisé pour évaluer à quel point une personne perçoit les différentes situations de sa vie comme étant stressantes ; c'est une mesure globale du stress perçu non spécifique à une situation en particulier (Cohen et al., 1983). Cet outil est élaboré en 3 versions : une version de 14 items, une autre de 10 items et une autre de 4 items. Dans notre étude, nous avons opté pour la version de 10 items. Ce choix est motivé par le souci du travail bien fait, mais surtout pour gérer le temps dans la collecte et la saisie des données. Pour la version qui nous intéresse, celle composant de 10 items, elle a subi des études de validation en français notamment en milieu professionnel (Bellinghausen et al., 2009 ; Dupret & Bocéréan, 2013).

Dans l'échelle de Stress Perçu, pour chaque item, le répondant estime sa fréquence sur une période d'un mois. Par exemple, l'item 1 stipule : « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été bouleversé à cause d'un événement inattendu ? ». Pour chaque item, il y a comme choix de réponse une échelle de fréquence en 5 points (de « jamais » à « très souvent »). Ils sont ainsi cotés : très souvent (4 points), assez souvent (3 points), parfois (2 points), presque jamais (1 point) et jamais (0 point) point. Il faut souligner que les items 4, 5, 7 et 8 sont inversés, c'est-à-dire très souvent (0 point), assez souvent (1 point), etc.

L'échelle de Stress Perçu peut donner un score total de 0 à 40 points. Un score allant de 0 à 13 points est considéré comme un niveau de stress perçu faible, un score de 14 à 26 points est considéré comme un niveau de stress perçu modéré, et un score de 27 à 40 points comme

un niveau de stress perçu élevé. Comme toujours, nous avons traduit une version française du test (Dupret & Bocéréan, 2013) en créole pour notre étude.

3.5 Traduction et pré-test du questionnaire

Bien que nous travaillions avec un échantillon qui maîtrise à un certain niveau la langue française, pour rendre notre étude plus efficace, nous avons traduit notre questionnaire en créole haïtien. Nous avons fait une traduction libre des deux outils mesurant les variables clés de l'étude : l'échelle de stress Perçu et l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh. Pour effectuer les traductions, nous avons d'abord nous-mêmes effectué un premier travail de traduction, ensuite nous l'avons soumis à certains collègues étudiants qui ont apporté des remarques pertinentes, puis nous en avons fait part à notre encadreur qui les évaluait (les traductions) et nous faisait des recommandations ; et enfin, nous avons testé le questionnaire sur un groupe d'étudiants avant de l'utiliser pour la collecte des données de notre recherche.

Le pré-test du questionnaire a été réalisé sur un petit groupe de 6 étudiants (2 filles et 4 garçons) en psychologie du Campus Henry Christophe de Limonade qui ne sont pas tous des étudiants résidant à Quartier Créole. Ce pré-test nous a permis d'évaluer le niveau de compréhension des questions, de réviser la formulation et la traduction des questions, le choix des réponses et l'arrangement des questions sur la feuille. À la suite du pré-test, des modifications ont été apportées dans le questionnaire, notamment d'ajouter des consignes à chaque étape, d'enlever des numéros devant certaines réponses et de revoir certaines traductions. Sur ce dernier point, nous étions obligés de retraduire la réponse de l'item 6 du PSQI « ase byen » (assez bonne) par simplement « bon », parce que certains participants le confondent avec « très bonne ». La même chose a été faite pour la réponse « ase mal » (assez-mauvaise) qui devient simplement « mal ». Il faut noter que les choix de réponses (version française) dans cet item sont : « Très bonne, assez-bonne, assez-mauvaise et très mauvaise », donc il n'y a pas eu trop d'inconvénients d'un point de vue psychométrique à soumettre les traductions « bon » et « mal », elles ont les mêmes cotations avec la version française.

3.6 Procédure

La collecte des données a eu lieu du 4 juillet au 7 juillet 2022. Pour réaliser l'enquête, nous étions quatre (4) enquêteurs : moi, deux autres collègues étudiants en psychologie et un autre

en médecine qui ont accepté de nous aider volontairement. Tous les enquêteurs ont été bien imbus de l'étude et ils connaissaient bien le questionnaire. Durant l'enquête, nous avons fourni aux enquêtés des informations sur la recherche, son objectif, le contexte, etc. Nous avons aussi garanti aux enquêtés la confidentialité des données et leur fait part sur les avantages et inconvénients potentiels de l'étude. Le seul inconvénient était la quantité de temps qu'il fallait pour remplir le questionnaire, environ 10 minutes. Cela est considéré comme inconvénient parce que les étudiants étaient toujours occupés (cours, études, devoirs, sommeil, etc.), nous n'avons pas pu trouver le bon moment pour les interroger.

En outre, les participants ont été informés qu'ils doivent être des étudiants actuels du Campus Henry Christophe de Limonade habitant à Quartier Créole, qu'ils n'ont aucune obligation à participer et qu'ils avaient le droit de se retirer de la recherche à tout moment s'ils décidaient de mettre fin à leur participation et.

3.7 Analyse des données

Pour analyser les données, nous avons utilisé d'abord Excel pour saisir les données et faire la cotation du questionnaire. Ensuite, nous avons utilisé le logiciel SPSS (version 26) pour les analyses statistiques comme le coefficient de corrélation de Pearson et le test chi-carré. Le logiciel a été aussi utilisé pour générer des tableaux et des graphiques que nous avons corrigés à travers Excel dans la forme pour plus de beauté.

CHAPITRE IV :
Résultats, interprétations et discussions

4 Résultats, interprétations et discussions

4.1 Présentation et interprétations des résultats

Dans cette partie, nous présenterons d'abord certaines caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon ; ensuite, nous présenterons les résultats du niveau de stress perçu et de la qualité du sommeil des répondants ; enfin, nous procéderons à l'étude des relations entre le niveau de stress perçu et la qualité de sommeil chez les étudiants, ainsi que des études sur l'association entre les variables sociodémographiques et les autres variables de la recherche.

4.1.1 Présentation des participants de l'étude

Tableau 4.1 : Répartition des étudiants en fonction de l'âge, de la faculté et du niveau d'étude

| Variables | Modalités | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Sexe | Féminin | 66 | 50,8% |
| | Masculin | 64 | 49,2% |
| | Total | 130 | 100% |
| Âge | Moins de 20 | 4 | 3,1% |
| | Entre 20 et 22 | 41 | 31,5% |
| | Entre 23 et 25 | 61 | 46,9% |
| | Plus de 25 | 24 | 18,5% |
| | Total | 130 | 100% |
| Faculté | FASE | 28 | 21,5% |
| | FSAHAL | 23 | 17,7% |
| | FSG | 11 | 8,5% |
| | FSHS | 20 | 15,4% |
| | FSS | 30 | 23,1% |
| | FSTEAT | 18 | 13,8% |
| | Total | 130 | 100% |
| Niveau d'étude | 1 ^e | 27 | 20,8% |
| | 2 ^e | 19 | 14,6% |
| | 3 ^e | 46 | 35,4% |
| | 4 ^e | 28 | 21,5% |
| | 5 ^e | 10 | 7,7% |
| | Total | 130 | 100% |

Après la réalisation de l'enquête, 132 questionnaires au total ont été remplis ; mais durant la saisie des données, 2 questionnaires ont été exclus de l'étude. L'un des questionnaires a été rempli par un étudiant ayant bouclé ses années d'étude (mémoire) et l'autre a été rempli à moitié, une bonne partie du questionnaire évaluant la qualité du sommeil n'a pas été rempli par le participant. Finalement, 130 questionnaires ont été analysés pour fournir les résultats de l'étude ; donc notre échantillon est de 130 étudiants au total.

Dans cet échantillon (de 130 participants), 50,8% étaient de sexe féminin et 49,2% de sexe masculin. La majorité des participants, soit 46,9% étaient dans la tranche d'âge « entre 23 et 25 ans » ; ensuite 31,5% « entre 20 et 22 ans » ; puis 18,5% étaient âgés de « plus de 25 ans » et enfin, 3,1% étaient âgés de « moins de 20 ans ». Pour le niveau d'étude, 35,4% des étudiants étaient en 3^{ème} année ; 21,5% en 4^{ème} année ; 20,8% en 1^{ère} année ; 14,6% en 2^{ème} année et enfin ; 7,7% des étudiants étaient en 5^e année (Tableau 1).

En ce qui concerne le domaine ou la faculté d'étude ; le plus grand nombre des étudiants de notre échantillon (23,1%) étaient de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) ; 21,5% de la Faculté des Arts et des Sciences de l'éducation (FASE) ; 17,7% de la Faculté des Sciences Agronomiques, Halieutiques et Agro-alimentaire (FASAH) ; 15,4% de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FSHS) ; 13,8% de la Faculté des Sciences de la Terre, de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire (FSTEAT) et 8,5% de la Faculté des Sciences et de Génie (FSG).

4.1.2 Résultats de l'Échelle de Stress Perçu

Nous avons utilisé l'Échelle de Stress Perçu pour évaluer le niveau de stress perçu des étudiants. Après l'analyse des données, nous avons obtenu les résultats suivants :

La moyenne du niveau de stress perçu des étudiants était de 20,8 ; avec un écart-type de 6,42. Les valeurs vont de 8 (minimum) à 36 (maximum). Plus précisément, selon l'Échelle de Stress Perçu, le pourcentage des étudiants stressés était de 87,7%, dont 66,2% avec un niveau de stress perçu moyen et 21,5% avec un niveau de stress perçu élevé. Toutefois, on constate que 12,3% des étudiants ont un niveau de stress perçu faible (Figure 2). On constate donc que globalement le niveau de stress perçu des étudiants était modéré, car environ $\frac{2}{3}$ (66,2%) ont un score situé entre 14 et 26 (niveau de stress modéré pour l'Échelle de Stress Perçu) et la moyenne générale était de 20,8 ; donc toujours dans le même intervalle.

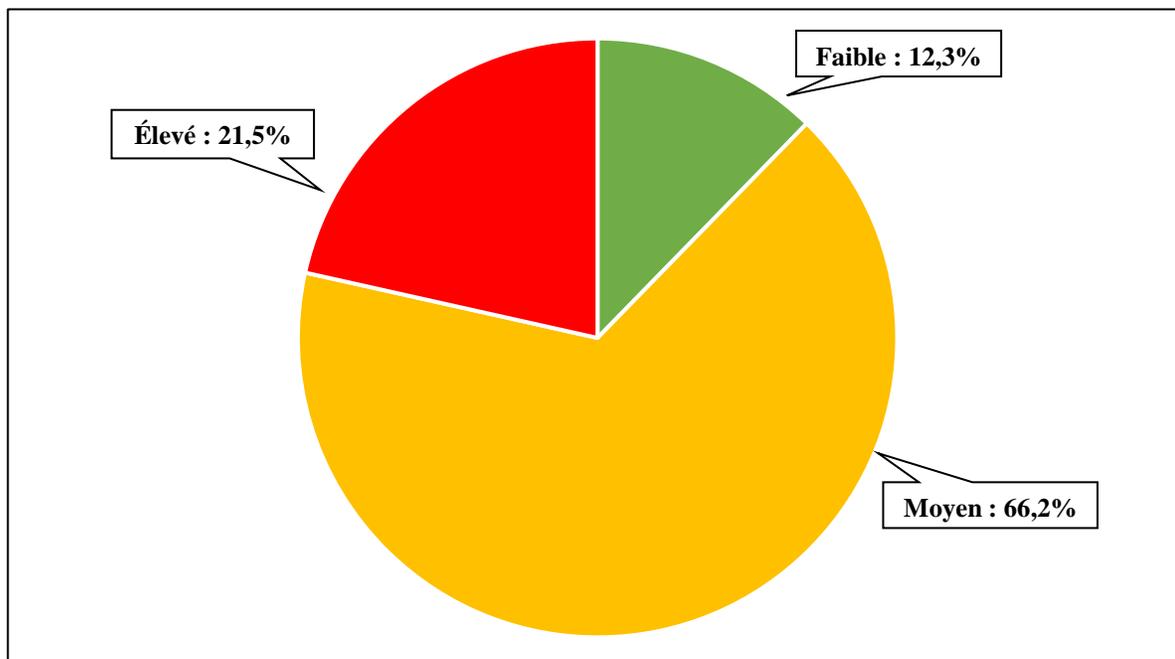


Figure 4.1 : Prévalence du niveau de stress perçu des étudiants

4.1.3 Résultats de l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh

Ces résultats seront présentés en 8 parties. D'abord, une présentation des résultats pour les 7 composantes de l'Index de Qualité du Sommeil (PSQI), puis le score global.

4.1.3.1 Composante 1 : Qualité subjective du sommeil

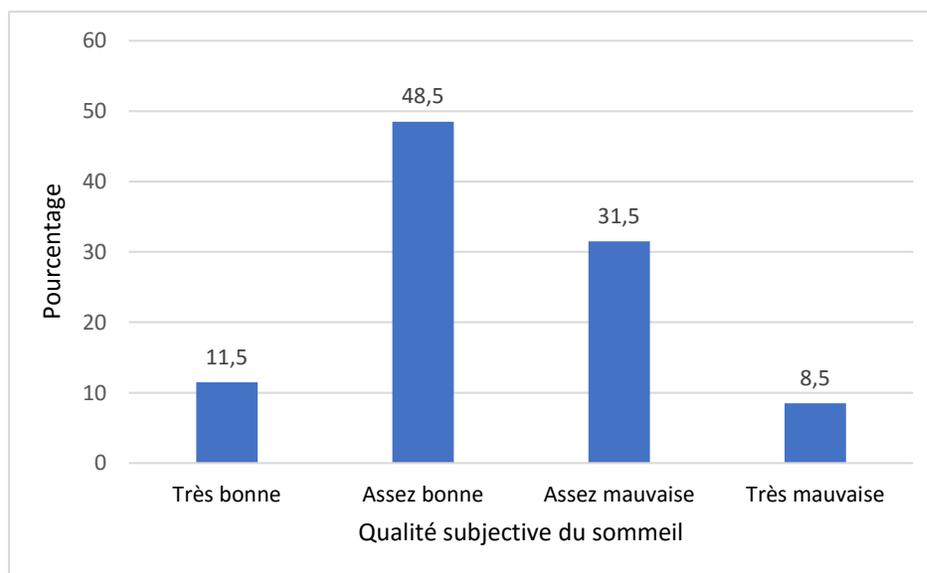


Figure 4.2 : Qualité subjective du sommeil des étudiants

Les étudiants ont été menés à évaluer subjectivement leur qualité de sommeil ; ainsi, 8,5% des étudiants (11 d'entre eux) ont jugé « très mauvaise » leur qualité de sommeil et 31,5% d'entre eux ont évalué leur qualité de sommeil comme étant « assez mauvaise ». Toutefois, plus de la moitié des étudiants, soit un pourcentage de 60%, ont estimé avoir une qualité de sommeil « assez bonne » ou « très bonne », leur pourcentage est respectivement 48,5% et 11,5% (Figure 3). Donc, on constate que $\frac{3}{4}$ des étudiants, soit 80% d'entre eux, se situent au milieu pour évaluer leur qualité de sommeil, soit 48,5% pour « assez bonne » et 31,5% pour « assez mauvaise ».

4.1.3.2 Composante 2 : Latence du sommeil

La durée moyenne de la latence du sommeil de notre population, c'est-à-dire la quantité de temps moyen pour s'endormir est de 25 minutes, avec un écart-type de 26. La quantité de temps minimale est de 1 minute ; et la quantité de temps maximale, 120 minutes. En effet, presque la moitié de notre échantillon, soit 49,2% des étudiants, estimait s'endormir en moins de 15 minutes ; 27,7% des étudiants considéraient s'endormir entre 16 à 30 minutes ; 17,7% d'entre eux s'endormaient entre 31 et 60 minutes et 5,4% des étudiants estimaient avoir besoin plus de 60 minutes pour s'endormir (figure 4).

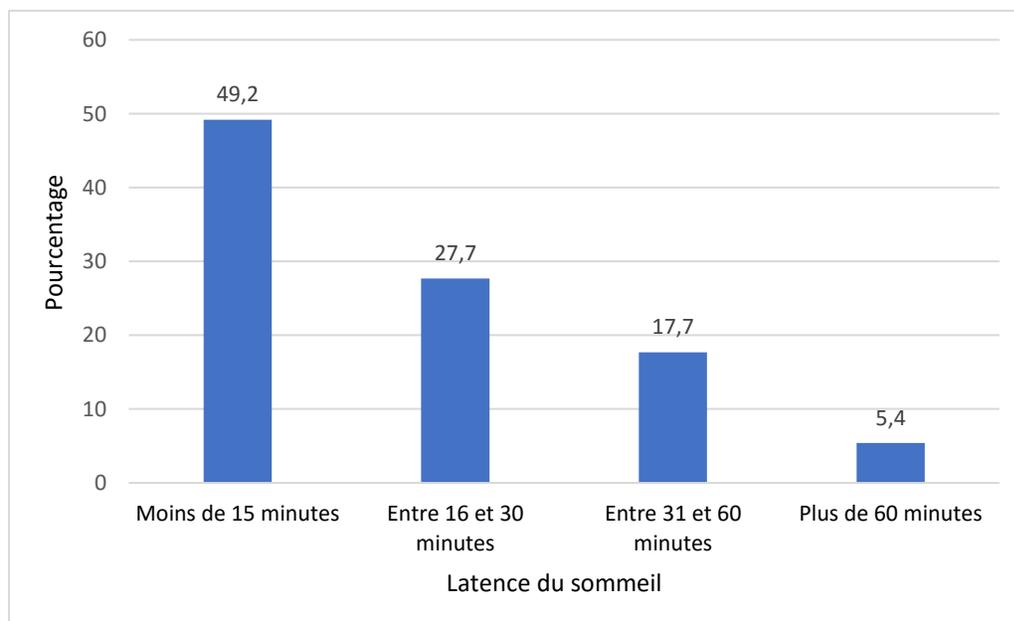


Figure 4.3 : Latence du sommeil des étudiants

4.1.3.3 Composante 3 : Durée du sommeil

Notre échantillon d'étudiants du CHCL à Quartier créole dort en moyenne 5,78 heures (sensiblement égale à 6 heures) par nuit. La durée du sommeil minimale est de 2 heures par nuit ; et la durée maximale de 10 heures par nuit. En fait, la majorité des étudiants (64,6%) dorment entre 4 et 6 heures de temps par nuit ; 31,6% dorment 7 heures et plus ; et 5 d'entre eux (3,8%), dorment moins de 4 heures par nuit. Au total, plus de la moitié des étudiants de notre échantillon, soit plus de $\frac{2}{3}$ (68,4%) dorment moins de 7 heures par nuit (figure 5).

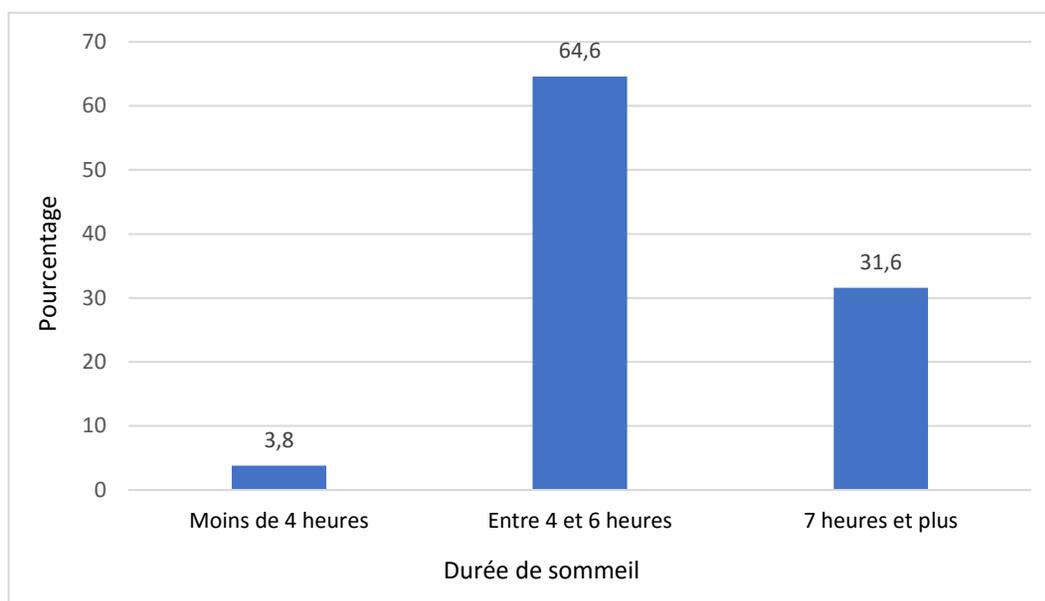


Figure 4.4 : Durée du sommeil des étudiants

4.1.3.4 Composante 4 : Efficacité habituelle du sommeil

Il faut noter que l'efficacité du sommeil se calcule par le rapport du nombre d'heures du sommeil sur le nombre d'heures passées au lit, puis multiplié par 100 [**(Nombre heures de sommeil ÷ Nombre heures au lit) × 100**]. Pour notre échantillon, l'efficacité calculée pour chacun des sujets allait de 51% à plus de 100%, et la moyenne était de 92,25%. Ce résultat sera abordé de manière plus approfondie dans la section discussion.

4.1.3.5 Composante 5 : Troubles du sommeil

L'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh évalue la fréquence de quelques perturbateurs du sommeil comme les cauchemars, problèmes de respiration et autres. Alors, dans notre échantillon, presque la moitié des étudiants (49,2%) dit s'être réveillée au milieu de la nuit ou précocement le matin ; ensuite, 34,6% des étudiants affirment s'être réveillés pour se rendre aux toilettes ; puis, 26,2% d'entre eux rapportaient n'avoir pas pu respirer correctement ; 28,5% ont toussé ou ronflé bruyamment ; 27,7% ont eu trop froid ; 70% ont eu trop chaud ; 45,4% ont eu de mauvais rêves ; 52,3% ont ressenti des douleurs ; et enfin, 32,3% des étudiants affirment avoir eu des troubles de sommeil pour d'autres raisons, comme des nuits blanches pour travailler, pour rédiger des devoirs, pour préparer des examens, penser aux soucis de la vie, etc. (Figure 6).

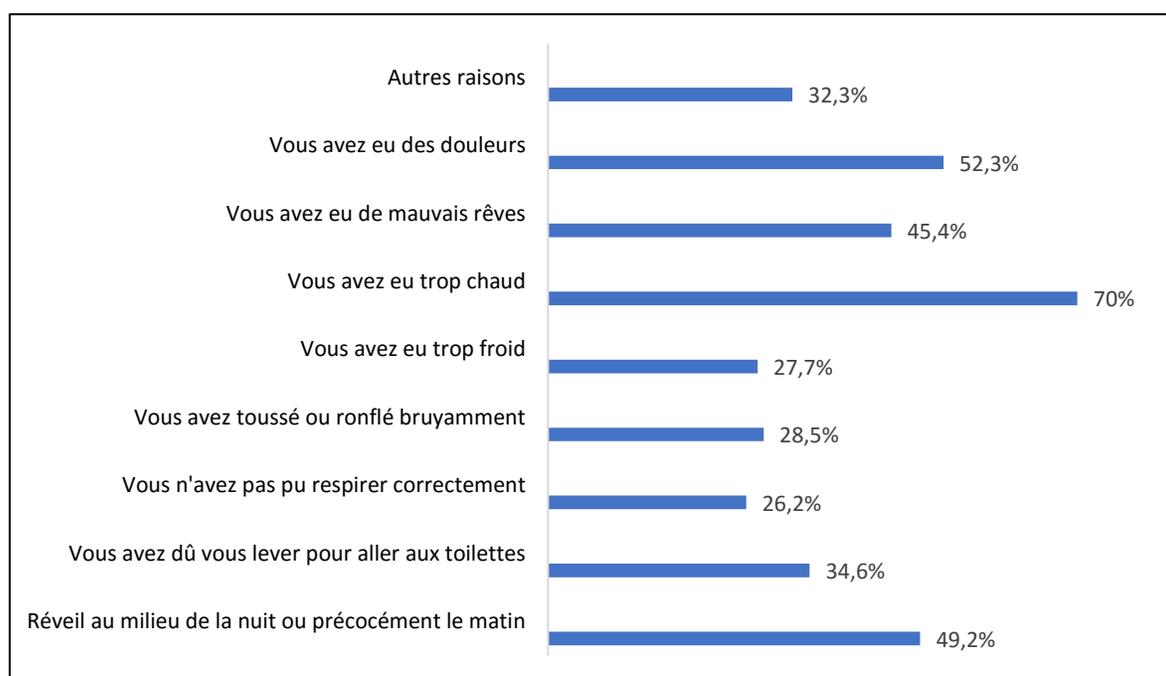


Figure 4.5 : Trouble du sommeil chez les étudiants

4.1.3.6 Composante 6 : Utilisation d'un médicament du sommeil

Plus de $\frac{3}{4}$ de notre population (84,6%) n'utilise pas de médicaments pour s'endormir ; donc seulement 15,4% des étudiants en utilisent, soit 8,5% pour « moins d'une fois par semaine » ; 6,2% « une ou deux fois par semaine » et un seul étudiant prend des médicaments trois ou quatre fois par semaine (Tableau 2).

Tableau 4.2 : Répartition des étudiants en fonction de la fréquence d'utilisation de médicament pour s'endormir

| | Nombre | Pourcentage |
|----------------------------------|--------|-------------|
| Pas au cours du dernier mois | 110 | 84,6% |
| Moins d'une fois par semaine | 11 | 8,5% |
| Une ou deux fois par semaine | 8 | 6,2% |
| Trois ou quatre fois par semaine | 1 | 0,8% |
| Total | 130 | 100% |

4.1.3.7 Composante 7 : Mauvaise forme durant la journée

La composante 7 est la combinaison de deux items du questionnaire. Le premier évalue combien de fois les participants ont rencontré des difficultés à rester éveillés pendant des activités dans la journée (repas, conduire, suivre des cours, etc.) et le second item évalue à quel degré cela a-t-il représenté un problème pour un participant d'avoir assez d'enthousiasme pour vaquer à ses occupations. En effet, plus de la moitié des étudiants, soit 66,2%, indiquaient avoir rencontré des difficultés (dans la journée) pour demeurer éveillés pendant une activité sociale comme conduire, suivre des cours ou autres. En outre ; 88,4% des étudiants affirment que cela représente un problème pour eux d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce qu'ils ont à faire ; dont 13,8% parmi eux estiment que cela représente un très gros problème.

4.1.3.8 Score global de la qualité du sommeil

Pour calculer le score total de l'Index de Qualité du sommeil de Pittsburgh, un score allant de 0 à 3 a été attribué à chacune des 7 composantes, puis nous additionnons tous les composantes pour donner le score final ; ce score peut aller de 0 à 21. Il faut signaler qu'un score supérieur ou égal à 5 (IQSP \geq 5) indique, par convention, une mauvaise qualité du sommeil (Blais et al., 1997).

Pour notre échantillon, le score moyen pour la qualité du sommeil est de 7,61 ; avec un écart-type de 2,96. Le plus petit score est de 1 et le plus grand score 15. En effet, environ 4 étudiants sur 5 de notre échantillon, soit un pourcentage de 83%, présentent une mauvaise qualité du sommeil ; et 17% présentent une bonne qualité du sommeil (Figure 7).

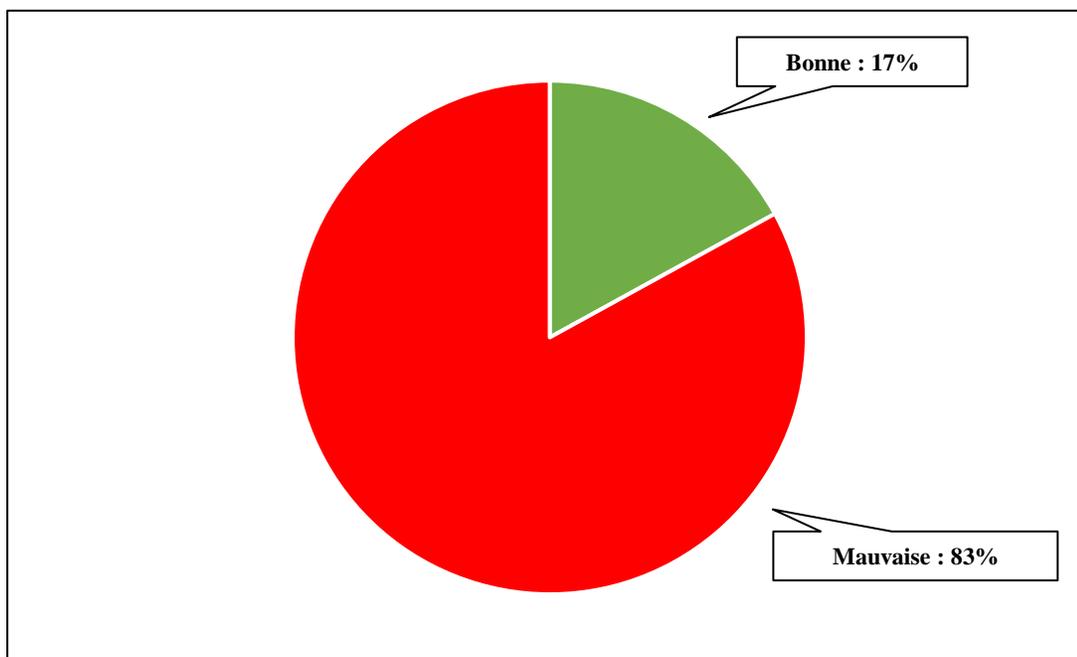


Figure 4.6 : Prévalence de la qualité du sommeil des étudiants

4.1.4 Relations entre les variables de l'étude

Dans cette partie, nous présentons les relations entre les différentes variables de l'étude. Dans un premier temps, nous présentons la corrélation entre le stress et la qualité du sommeil ; ensuite le lien entre le stress et les variables sociodémographiques de notre échantillon (sexe, tranche d'âge, filière et niveau d'étude) ; enfin le lien entre la qualité du sommeil et les variables sociodémographiques de notre échantillon. Comme analyses ou tests statistiques, nous avons utilisé le coefficient de corrélation linéaire (coefficient de corrélation de Pearson) et le test de khi-deux. Pour rendre possible ce dernier test (khi-deux), nous avons converti les variables niveau de stress perçu et qualité du sommeil en variables nominales. Le niveau de stress perçu a été divisé en trois niveaux : faible, moyen et élevé ; et la qualité du sommeil en deux niveaux : mauvaise et bonne. Pour ces analyses un seuil de signification de 5% ($p < 0,05$) a été retenu.

4.1.4.1 Lien entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil

Les analyses statistiques révèlent qu'il existe un lien significatif entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez les étudiants du CHCL résidant à Quartier créole. Comme on peut le constater dans la figure ci-dessous (Figure 8), le nuage de point est un peu étiré

(du bas vers le haut), ce qui suppose une corrélation positive entre le niveau stress et la qualité du sommeil chez les étudiants. C'est-à-dire plus le niveau de stress perçu des étudiants est élevé, plus leur qualité de sommeil devient mauvaise. En effet, le calcul du coefficient de corrélation linéaire confirme qu'il existe bien une corrélation positive entre les deux variables de l'étude ($r = 0,47$) avec une valeur-p statistiquement significative ($p=0,000 < 0,05$).

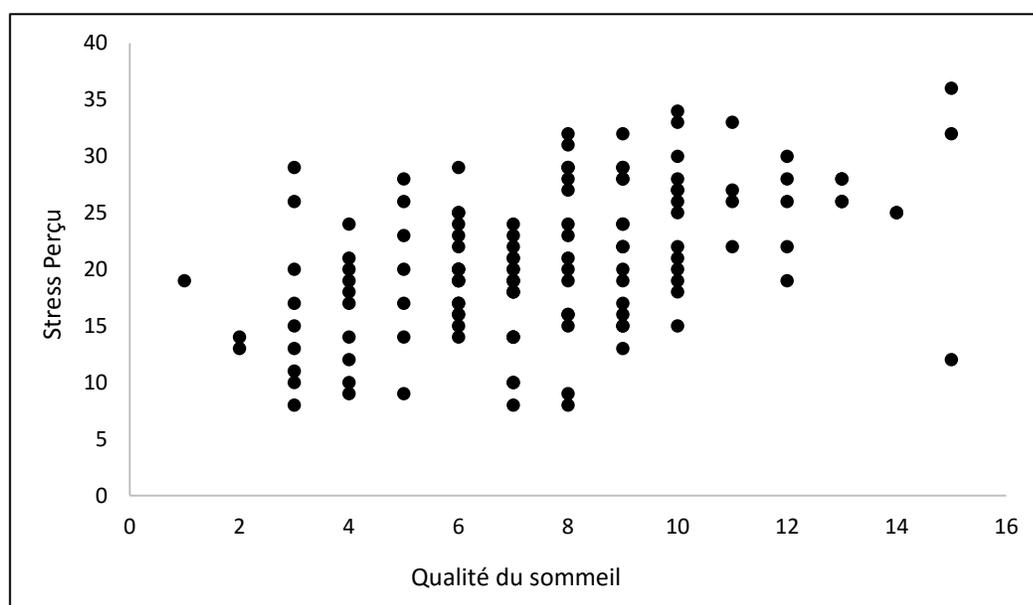


Figure 4.7 : Nuage de points représentant la corrélation entre le niveau stress perçu et la qualité du sommeil des étudiants

4.1.4.2 Association entre le niveau de stress perçu et les variables sociodémographiques

Selon les analyses statistiques, le sexe et la tranche d'âge ne sont pas associés au niveau de stress perçu (Tableau 3). Bien qu'il y ait un peu plus de filles avec un niveau de stress perçu élevé (27,3%) comparé au garçon (15,6%), le test de khi-deux révèle qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes ($p = 0,192 > 0,05$). C'est-à-dire le fait d'être de sexe masculin ou de sexe féminin, n'influe pas sur le niveau de stress perçu des étudiants du Campus Henry Christophe de Limonade résidant à Quartier Créole. Ensuite, les tests révèlent également que la tranche d'âge des étudiants n'est pas associée à leur niveau de stress perçu ($p = 0,137 > 0,05$).

Néanmoins, la faculté et le niveau d'étude semblent être associés au niveau du stress perçu (Tableau 3). Pour la variable faculté d'étude, le test de khi-deux révèle qu'elle est

significativement associée au niveau de stress perçu des étudiants ($p = 0,003 < 0,05$). Les deux facultés avec le plus d'étudiants présentant un niveau de stress perçu élevé sont : la Faculté des Sciences de la Terre, de l'Environnement et de l'Aménagement du Territoire (FSTEAT) avec 55,6% et la Faculté des Sciences et de Génie (FSG) avec 45,5%. Toutefois, nous n'avons pas cherché dans le cadre de cette étude quels facteurs influençant ces résultats.

Pour le niveau d'étude, il est aussi associé au niveau de stress perçu. Le test de khi-deux montre une association entre les deux variables à un seuil de signification $p = 0,037 < 0,05$. Pour être plus précis, le test révèle que les étudiants de 1^e, 2^e et de 4^e années sont beaucoup plus stressés (niveau de stress perçu élevé) ; leurs pourcentages sont respectivement : 33,3% ; 31,6% et 21,4%. Donc, à en croire les résultats, les étudiants qui sont surtout en première et deuxième année sont beaucoup plus stressés (Tableau 3).

Tableau 4.3 : Association entre le niveau de stress perçu et les variables sociodémographiques des étudiants

| | | | Niveau de stress perçu (N = 130) | | | |
|-----------------------|-------------|-------------|----------------------------------|--------|-------|--------------|
| | | | Élevé | Faible | Moyen | Valeur-p* |
| Sexe | Féminin | Effectif | 18 | 6 | 42 | 0,192 |
| | | Pourcentage | 27,3% | 9,1% | 63,6% | |
| | Masculin | Effectif | 10 | 10 | 44 | |
| | | Pourcentage | 15,6% | 15,6% | 68,8% | |
| Âge | Moins de 20 | Effectif | 2 | 0 | 2 | 0,137 |
| | | Pourcentage | 50,0% | 0,0% | 50,0% | |
| | 20-22 | Effectif | 14 | 3 | 24 | |
| | | Pourcentage | 34,1% | 7,3% | 58,5% | |
| | 23-25 | Effectif | 8 | 10 | 43 | |
| | | Pourcentage | 13,1% | 16,4% | 70,5% | |
| | Plus de 25 | Effectif | 4 | 3 | 17 | |
| | | Pourcentage | 16,7% | 12,5% | 70,8% | |
| Faculté | FASE | Effectif | 4 | 3 | 21 | 0,003 |
| | | Pourcentage | 14,3% | 10,7% | 75,0% | |
| | FSAHAL | Effectif | 3 | 1 | 19 | |
| | | Pourcentage | 13,0% | 4,3% | 82,6% | |
| | FSG | Effectif | 5 | 1 | 5 | |
| | | Pourcentage | 45,5% | 9,1% | 45,5% | |
| | FSHS | Effectif | 3 | 4 | 13 | |
| | | Pourcentage | 15,0% | 20,0% | 65,0% | |
| | FSS | Effectif | 3 | 7 | 20 | |
| | | Pourcentage | 10,0% | 23,3% | 66,7% | |
| | FSTEAT | Effectif | 10 | 0 | 8 | |
| | | Pourcentage | 55,6% | 0,0% | 44,4% | |
| Niveau d'étude | 1e | Effectif | 9 | 1 | 17 | 0,037 |
| | | Pourcentage | 33,3% | 3,7% | 63,0% | |
| | 2e | Effectif | 6 | 1 | 12 | |
| | | Pourcentage | 31,6% | 5,3% | 63,2% | |
| | 3e | Effectif | 6 | 4 | 36 | |
| | | Pourcentage | 13,0% | 8,7% | 78,3% | |
| | 4e | Effectif | 6 | 8 | 14 | |
| | | Pourcentage | 21,4% | 28,6% | 50,0% | |
| | 5e | Effectif | 1 | 2 | 7 | |
| | | Pourcentage | 10,0% | 20,0% | 70,0% | |

4.1.4.3 Association entre la qualité du sommeil et les variables sociodémographiques

Tout comme pour le niveau de stress perçu, le test de khi-deux montre qu'il n'y a pas d'association entre le sexe et la qualité du sommeil des étudiants (Tableau 4) ; la différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,195 > 0,05$), idem pour la tranche d'âge des étudiants ; elle n'est pas associée à la qualité du sommeil ($p = 0,185 > 0,05$).

Cependant, la faculté et le niveau d'étude sont tous deux associés à la qualité du sommeil. Pour la faculté, le seuil de signification est de $p = 0,008 < 0,05$; les facultés les plus affectées dans notre population sont la FASE (96,4%), la FSTEAT (94,4%) et la FSG (90,9%). Pour le niveau d'étude, le seuil de signification ($p = 0,02 < 0,05$) ; les niveaux de 1^e, 2^e et de 4^e années sont plus concernés par la mauvaise qualité du sommeil. Leurs pourcentages sont respectivement : 100%, 94,7% et 78,6%. Donc, dans la limite de notre étude, être étudiant de ces trois facultés précitées ou être à ces niveaux (1^e, 2^e et 4^e années) est des facteurs de risques pour avoir une mauvaise qualité du sommeil (Tableau 4).

Tableau 4.4 : Association entre la qualité du sommeil et les variables sociodémographiques des étudiants

| | | | Qualité du sommeil (N = 130) | | |
|----------------|-------------|-------------|------------------------------|----------|-----------|
| | | | Bonne | Mauvaise | Valeur-p* |
| Sexe | Féminin | Effectif | 14 | 52 | 0,185 |
| | | Pourcentage | 21,2% | 78,8% | |
| | Masculin | Effectif | 8 | 56 | |
| | | Pourcentage | 12,5% | 87,5% | |
| Âge | Moins de 20 | Effectif | 0 | 4 | 0,158 |
| | | Pourcentage | 0,0% | 100,0% | |
| | 20-22 | Effectif | 4 | 37 | |
| | | Pourcentage | 9,8% | 90,2% | |
| | 23-25 | Effectif | 15 | 46 | |
| | | Pourcentage | 24,6% | 75,4% | |
| | Plus de 25 | Effectif | 3 | 21 | |
| | | Pourcentage | 12,5% | 87,5% | |
| Faculté | FASE | Effectif | 1 | 27 | 0,008 |
| | | Pourcentage | 3,6% | 96,4% | |
| | FSAHAL | Effectif | 3 | 20 | |
| | | Pourcentage | 13,0% | 87,0% | |
| | FSG | Effectif | 1 | 10 | |
| | | Pourcentage | 9,1% | 90,9% | |
| | FSHS | Effectif | 8 | 12 | |
| | | Pourcentage | 40,0% | 60,0% | |
| | FSS | Effectif | 8 | 22 | |
| | | Pourcentage | 26,7% | 73,3% | |
| FSTEAT | Effectif | 1 | 17 | | |
| | Pourcentage | 5,6% | 94,4% | | |
| Niveau d'étude | 1e | Effectif | 0 | 27 | 0,02 |
| | | Pourcentage | 0,0% | 100,0% | |
| | 2e | Effectif | 1 | 18 | |
| | | Pourcentage | 5,3% | 94,7% | |
| | 3e | Effectif | 12 | 34 | |
| | | Pourcentage | 26,1% | 73,9% | |
| | 4e | Effectif | 6 | 22 | |
| | | Pourcentage | 21,4% | 78,6% | |
| | 5e | Effectif | 3 | 7 | |
| | | Pourcentage | 30,0% | 70,0% | |

4.2 Discussions

Cette étude avait pour objectif principal de déterminer la relation existante entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez les étudiants du Campus Henry Christophe de Limonade résidant à Quartier Créole. Pour atteindre cet objectif principal, 4 objectifs spécifiques ont été définis : mesurer le niveau de stress perçu chez un échantillon de 130 étudiants du CHCL résidant à Quartier Créole ; évaluer leur qualité de sommeil ; calculer le coefficient de corrélation linéaire entre le niveau stress perçu et la qualité du sommeil chez ces étudiants ; enfin, examiner l'effet des variables sociodémographiques de l'échantillon sur le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil. Comme hypothèse, il a été supposé qu'il existe une corrélation positive entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez ces étudiants, c'est-à-dire plus leur niveau de stress perçu est élevé, plus leur qualité du sommeil devient mauvaise et inversement. Dans cette section, nous présentons les résultats de la recherche, leurs similitudes, différences et relations avec les recherches antérieures, ainsi que leurs limites en fonction des objectifs poursuivis et des recherches antérieures.

4.2.1 Vérifications des objectifs, hypothèses et comparaison avec la littérature

4.2.1.1 Le niveau de stress perçu

En ce qui concerne notre premier objectif spécifique, les analyses de données ont révélé que 87,7% des étudiants du CHCL résidant à Quartier créole sont stressés, dont 66,2% avec un niveau de stress perçu moyen et 21,5% avec un niveau de stress perçu élevé. Dans la littérature scientifique, les résultats de notre recherche sont plutôt similaires à quelques autres recherches antérieures citées plus haut, notamment l'étude de Almojali et al. (2017) qui a constaté que 53% des étudiants sont stressés, ainsi que la recherche de La Mutuelle des Étudiants (LMDE, 2019) qui a découvert un pourcentage de 77% étudiants stressés et aussi l'étude de Lee et al. (2021) qui a présenté un total de 48% d'étudiants avec des niveaux de stress plus élevé que le score moyen de stress perçu ; à noter que notre étude n'a montré que 21,5% d'étudiants avec des niveaux de stress plus élevé. On peut aussi comparer nos résultats avec d'autres études (Faurie et al., 2016 ; Yan et al., 2018 ; Haag et al., 2018) qui prouvent aussi un nombre considérable d'étudiants stressés.

Toutes ces études présentent des pourcentages moyens ou élevés d'étudiants stressés, mais comme nous pouvons le constater, les résultats sont variés et sont éloignés selon les études.

Les raisons sont que les populations sont différentes, elles sont tirées de différents pays et cultures ; les méthodologies ne sont pas les mêmes. Pour évaluer le niveau de stress, certaines études utilisent *l'Échelle de Stress Perçu à 14 ou 10 items*, d'autres utilisent *le questionnaire de stress académique* ou encore *l'échelle de détresse psychologique de Kessler (K-10)*, etc. Mais, l'important c'est que toutes ces études mettent en lumière la souffrance des centaines d'étudiants à travers le monde et nous montrent clairement que nous devons prendre en considération ces résultats pour venir en aide à la population estudiantine.

4.2.1.2 La qualité du sommeil

Après l'évaluation du stress, nous avons aussi évalué la qualité du sommeil des étudiants. Dans l'analyse des données, nous avons découvert que 83% des étudiants du CHCL résidant à Quartier créole ont une mauvaise qualité de sommeil. C'est un résultat étonnant. En confrontant ces résultats aux recherches antérieures menées sur d'autres populations d'étudiants, nous avons découvert qu'ils ne sont pas différents à plusieurs niveaux. Dans l'étude de Almojali et al. (2017), la prévalence d'une mauvaise qualité de sommeil parmi les étudiants était de 76% ; et selon l'enquête de La Mutuelle des Étudiants (LMDE, 2019), seul 1 étudiant sur 2 juge sa qualité de sommeil satisfaisante ; et une autre étude a obtenu comme résultat que 70,4% des étudiants se plaignaient d'un sommeil de mauvaise qualité (Lee et al., 2021). Donc, ces études s'accordent avec la nôtre en prouvant que la qualité du sommeil des étudiants est mauvaise, et ceci de façon significative.

En plus d'un résultat global sur la qualité du sommeil, notre outil de collecte de données nous a permis de faire ressortir certains aspects précis sur l'état du sommeil de notre population. Ainsi, dans notre étude, nous avons constaté qu'environ deux tiers de notre population (68,4%) dormait moins de 7 heures par nuit, soit 5,78 heures en moyenne. Cette quantité de temps est inférieure au nombre d'heures de sommeil recommandé dans la littérature scientifique pour leur catégorie d'âge, soit un intervalle de 7 à 9 heures par nuit (CDC, 2022). Quoique la qualité du sommeil de notre population soit mauvaise, les résultats ne sont pas si différents des autres études antérieures. Dans l'étude de Lee et al. (2021), nous avons constaté que les étudiants dormaient en moyenne 6,59 heures par nuit et la majorité dormaient moins de 7 heures ; et pour Almojali et al. (2017), la durée moyenne du sommeil des étudiants était de 5,8 heures ; et 73,4% des étudiants dormaient moins de 7 heures par nuit.

D'autres points marquants dans la comparaison des résultats, nous avons constaté que les troubles du sommeil sont aussi très présents chez notre population d'étudiants que d'autres populations d'étudiants de certaines études antérieures. Dans notre étude, les troubles du sommeil présentés dans le questionnaire ont tous des prévalences situées entre 26% et 70%, c'est aussi le même constat pour certaines études (Almojali et al., 2017 ; Lee et al., 2021 ; LMDE, 2019). Dans l'étude de Vast et al. (2020) menée au cours de la période du confinement liée au Covid-19, les résultats étaient beaucoup plus inquiétants : 92,65% des étudiants affirmaient avoir eu de cauchemars et des troubles de sommeil graves. Les causes de ces troubles ou problèmes liés au sommeil sont beaucoup et sont similaires tant dans notre étude que dans les études citées plus haut. Ces causes sont : le stress, des problèmes économiques, les travaux académiques, le téléphone portable, le manque de temps, la peur des examens, le chômage, l'isolement ou la solitude, etc.

Alors, pour les résultats de notre recherche en rapport avec la qualité du sommeil chez les étudiants, ils sont presque tous cohérents avec les études déjà réalisées sur le sujet, sauf pour quelques composantes comme l'efficacité du sommeil et la prise de médicaments du sommeil pour lesquelles nous n'avons pas pu trouver des éléments de comparaison, car les études consultées ont omis ces résultats dans leurs présentations. Toutefois, nous devons discuter sur la composante « efficacité du sommeil » de notre étude pour des raisons de clarté.

En effet, la composante « efficacité du sommeil³ » de notre étude semble biaisée, les répondants ont répondu de façon erronée à deux items de la troisième partie du questionnaire (Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh). Il s'agit du 3^{ème} item qui se lit : « Au cours du mois dernier, quand vous êtes-vous habituellement levé le matin ? » (Pandan mwa ki sot pase a, chak ki lè ou abitye leve nan matin ?) et du 4^{ème} item qui se lit : « Au cours du mois dernier, combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eu chaque nuit ? » (Pandan mwa ki sot pase a, konbyen èdtan ou dòmi chak lannuit ?). En fait, en soustrayant l'heure du lever (item 3) par l'heure du coucher (item 1), nous obtenons le nombre d'heures passées au lit, qui est différent du nombre d'heures de sommeil par nuit. Ce qui signifie que l'heure du lever (item 3) correspond à l'heure où le répondant sort du lit, mais pas de l'heure où il s'est réveillé.

³ Formule de calcul : (Nombre heures de sommeil ÷ Nombre heures au lit) × 100

Alors, le nombre d'heures passées au lit doit être toujours supérieur au nombre d'heures de sommeil par nuit. Malheureusement une grande majorité de notre population a mal répondu, ce qui offre pour plusieurs répondants des efficacités supérieures à 100%. Toutefois, une seule composante à elle-seule ne suffit pas pour biaiser de façon totale le résultat global de la qualité du sommeil selon l'Index de Qualité du Sommeil de Pittsburg. Une composante est erronée, certes, mais nous avons obtenu dans l'ensemble des résultats corrects.

4.2.1.3 Liens entre les variables de l'étude

Notre objectif principal dans cette étude était de déterminer la relation existante entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil. Ainsi, après les analyses statistiques, notamment le calcul du coefficient de corrélation linéaire, il a été démontré qu'il existe bel et bien une corrélation positive et significative entre le niveau de stress perçu et la qualité du sommeil chez les étudiants du CHCL résidant à Quartier créole ($r = 0,47$). Donc, notre hypothèse de recherche est confirmée. En outre, en confrontant notre résultat, nous constatons qu'il est cohérent avec d'autres études antérieures qui ont montré que le niveau de stress et la qualité du sommeil des étudiants étaient corrélés. Plus précisément, dans une étude antérieure menée sur des étudiants aux USA, la force de corrélation a été proche de la nôtre, soit de $0,39$ avec une valeur-p égale à $0,000$ (Lee et al., 2021). Dans l'étude de Almojali et al. (2017), il a été aussi constaté, par l'analyse de khi-deux, une association significative entre la qualité du sommeil et le stress chez des étudiants en médecine ($p = 0,001$).

Enfin, nous avons fixé un dernier objectif spécifique qui était de déterminer l'association entre les variables sociodémographiques (le sexe, la tranche d'âge, la faculté et le niveau d'étude) et le niveau de stress perçu, puis la qualité du sommeil des étudiants. Les analyses statistiques ont révélé que le sexe et la tranche d'âge ne sont pas associés ni au niveau de stress perçu ni à la qualité du sommeil. En revanche, la faculté et le niveau d'étude sont tous deux associés au niveau de stress perçu et à la qualité du sommeil dans notre étude. Pour cette partie de l'étude, nos résultats sont similaires avec d'autres études antérieures sur certains points et différents sur d'autres. Plus précisément, le sexe et l'âge ne sont pas non plus associés au stress et à la qualité du sommeil dans certaines études (Almojali et al., 2017 ; Lee et al., 2021), mais des résultats de l'enquête de l'OVE (2018) constatent une plus grande quantité d'étudiantes (25%) en détresse psychologique par rapport aux étudiants hommes

(13%). Toutefois, le plus important c'est que toutes ces études présentent un tableau sombre sur la santé mentale des étudiants un peu partout à travers le monde, spécifiquement sur le stress et la qualité de sommeil. Notre étude ne vient que compléter les données déjà existantes sur le sujet, en s'intéressant particulièrement à un groupe d'étudiants haïtiens, les étudiants du CHCL résidant à Quartier créole. C'est donc une étude qui a toute son importance, mais comportant comme toutes études certaines limites que nous devons présenter.

4.2.2 Recommandations

D'après les résultats de notre étude, il semble que la santé mentale des étudiants du CHCL résidant à Quartier Créole devient un problème important, ceci nécessite donc l'attention des acteurs concernés. Alors, en nous limitant aux résultats de cette étude, nous pouvons faire certaines recommandations :

1. Fournir des services de soutien psychosocial : les universités devraient fournir des services de soutien psychosocial accessibles et gratuits pour tous les étudiants ;
2. Sensibiliser les étudiants au stress et à la gestion du temps : les universités devraient organiser des séances de sensibilisation sur la gestion du stress et du temps pour aider les étudiants à mieux comprendre leur propre stress et à apprendre à gérer leur temps ;
3. Éduquer les étudiants sur la qualité du sommeil : les universités devraient éduquer les étudiants sur le sommeil, son importance et les moyens de l'améliorer ;
4. Créer des espaces de détente : les universités devraient créer des espaces pouvant permettre aux étudiants de se détendre et de se ressourcer pendant les pauses entre les cours, les week-ends, les jours fériés ou pendant toute autre occasion propice ;
5. Réaliser des études : les universités doivent financer et orienter des recherches sur la santé mentale des étudiants et sur leurs conditions de vie en général, etc.

Ces recommandations sont loin de représenter une liste exhaustive. Chaque université ou chaque lieu de résidence a ses propres caractéristiques et ses propres ressources, ce qui nécessiterait une adaptation des recommandations pour chacune. Alors, nos recommandations n'ont pas la prétention d'être universelles, nous les proposons pour servir de guide et commencer par identifier des pistes de solution.

Conclusion

Ce travail de recherche s'inscrit dans un contexte où la santé mentale des étudiants à travers le monde est très affectée, surtout en Haïti qui connaît depuis un certain temps des crises sur le plan économique, social et politique. Nous nous sommes particulièrement intéressés au stress et à la qualité du sommeil chez les étudiants du Campus Henry Christophe de Limonade résidant à Quartier Créole, ainsi que la relation existante entre ces deux variables. En somme, nous constatons que notre population d'étudiants est très affectée ; la majorité des étudiants est stressée et a une mauvaise qualité de sommeil. Nous constatons aussi qu'il existe un lien significatif entre le niveau stress et la qualité du sommeil chez les étudiants, plus précisément il existe une corrélation positive entre les deux variables : plus le niveau de stress perçu des étudiants est élevé, plus leur qualité de sommeil obtient un haut score, donc devient mauvaise. Dans le cadre de cette recherche, le sexe et l'âge ne semblent pas associés au niveau de stress perçu ni à la qualité du sommeil des étudiants. En revanche, la faculté et le niveau d'étude au Campus Henry Christophe de Limonade sont associés au niveau de stress perçu et à la qualité du sommeil chez les étudiants résidant à Quartier Créole.

Les résultats de cette recherche, confrontés à d'autres recherches antérieures, montrent que les étudiants universitaires haïtiens ne sont pas différents des autres étudiants à travers le monde. Les résultats sont similaires en plusieurs points, tant pour le niveau de stress perçu que pour la qualité du sommeil. Nos résultats ont donc une validité scientifique, parce qu'ils sont cohérents avec les résultats d'autres études menées jusqu'à ce jour et aussi parce que notre méthodologie a été décrite de manière précise et peut être reproduite par d'autres chercheurs. En outre, cette recherche contribue à augmenter les données de la littérature scientifique sur le sujet, sans oublier qu'elle s'est penchée sur une population tout à fait nouvelle, les étudiants universitaires haïtiens.

Il faut souligner que ce travail de recherche n'a pas été réalisé sans difficultés, nous avons fait beaucoup d'efforts et surmonté bon nombre d'obstacles pour y arriver. Notre première grande difficulté était le contexte socio-politique et économique du pays qui nous a beaucoup retardés (grèves, rareté de carburant, coupure d'électricité, fermeture des établissements scolaires et universitaires, etc.). Ensuite, nous avons fait face à des difficultés qui concerne les ressources bibliographiques, la bibliothèque de l'université est pauvre et beaucoup de

documents sur le web sont payants. En dépit de tout, nous avons fait des sacrifices et avons trouvé des moyens, comme consulter les bibliothèques personnelles de certains professeurs et amis, pour surmonter ces obstacles.

Comme tout travail de recherche, le nôtre comporte bien certaines limites. Les résultats doivent être pris avec prudence. D'abord, la recherche a utilisé des données transversales sur une population d'étudiants et ne dispose d'aucune donnée sur le stress perçu et la qualité du sommeil des étudiants avant qu'ils entrent à l'université ou à un autre moment durant leurs parcours universitaires. Ensuite, il faut souligner qu'un aspect dans l'étude de la qualité du sommeil a été biaisé. De plus, il faut souligner que c'est une recherche corrélacionnelle, mais non une recherche expérimentale (causalité), c'est-à-dire, la recherche nous montre uniquement que le stress et la qualité du sommeil des étudiants sont liés, mais ne nous montre pas si c'est le stress qui cause une mauvaise qualité de sommeil ou si c'est l'inverse.

Il convient aussi de souligner que notre étude a utilisé la méthode d'enquête, donc nous n'avons pas collecté des données sur toute la population, en plus les questionnaires ont été remplis par les enquêtés eux-mêmes, ce qui entraîne des réponses subjectives. Et de plus, même si le niveau de confiance de notre étude est de 90%, les résultats doivent être interprétés avec prudence et ne doivent pas être généralisés de façon abusive. Toutefois, sur la base de ces limites, de nouvelles perspectives de recherches peuvent être dégagées sur le même sujet, sur des sujets connexes, comme la dépression et l'anxiété chez les étudiants ; dans la même discipline et dans d'autres disciplines comme la médecine, le travail social, la sociologie, etc.

Enfin, nous espérons vivement approfondir cette recherche au cours des études futures en maîtrise. Nous pensons mener une étude de nature mixte ou seulement qualitative qui permettra d'avoir une compréhension beaucoup plus approfondie sur la santé mentale des étudiants, particulièrement sur le stress et la qualité du sommeil ; et qui permettra aussi d'identifier les facteurs influençant ces problèmes mentaux et de trouver des solutions adaptées pouvant aider les étudiants du monde entier et les étudiants haïtiens en particulier.

Références

- Almojali, A. I., Almalki, S. A., Alothman, A. S., Masuadi, E. M., & Alaqeel, M. K. (2017). The prevalence and association of stress with sleep quality among medical students. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 7(3), 169.
- AlterPress (2017). *Les conditions d'études se dégradent inexorablement en Haïti*. Consulté le 24 février 2023, à l'adresse <https://www.alterpresse.org/spip.php?article22472>
- American Psychiatric Association (APA) (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier-Masson.
- Asif, S., Muddassar, A., Shahzad, T. Z., Raouf, M., & Pervaiz, T. (2020). Frequency of depression, anxiety and stress among university students. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(5). <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.1873>
- Bassett, S. M., Lupis, S. B., Gianferante, D., Rohleder, N., & Wolf, J. M. (2015). Sleep quality but not sleep quantity effects on cortisol responses to acute psychosocial stress. *Stress*, 18(6), 638-644. <https://doi.org/10.3109/10253890.2015.1087503>
- Bellinghausen, L., Collange, J., Botella, M., Emery, J.-L., & Albert, É. (2009). Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique, Vol. 21*(4), 365-373. <https://doi.org/10.3917/spub.094.0365>
- Blais, F. C., Gendron, L., Mimeault, V., & Morin, C. M. (1997). Évaluation de l'insomnie : Validation de 3 questionnaires. *L'Encéphale*, 23(6), 447-453.
- Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M.-L. (2009). La santé mentale chez les étudiants : Suivi d'une cohorte en première année d'université. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(9), 662-668. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.05.020>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress: *Recherche en soins infirmiers*, N° 67(4), 68-83. <https://doi.org/10.3917/rsi.067.0068>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2022). *How much sleep do I need ?* National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Consulté le 8 février à l'adresse https://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/how_much_sleep.html
- Centre d'Études Sur Le Stress Humain (CESH) (2019). Hormones du stress et mémoire. Consulté le 2 février 2023 à l'adresse <https://www.stresshumain.ca/le-stress/effets-sur-la-memoire/hormones-de-stress-et-memoire/>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>

- Coren, S. (1998). Sleep deprivation, psychosis and mental efficiency. *Psychiatric Times*, 15(3). <https://www.psychiatrictimes.com/view/sleep-deprivation-psychosis-and-mental-efficiency>
- Delannoy, J. (2016). *ÉMOTIONS ET SOMMEIL : Effets d'une induction émotionnelle diurne sur le sommeil et la réactivité émotionnelle au réveil* [Thèse de Doctorat, Université de Lille : École Doctorale Biologie Santé]. <https://theses.hal.science/tel-01391432/document>
- Doron, R., & Parot, F. (Éds.). (1991). *Dictionnaire de psychologie*. PUF
- Dugué, M., Garnarczyk, C., & Dosseville, F. (2018). Déterminants psychologiques du stress chez les étudiants en soins infirmiers. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(6), 347-354. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.09.004>
- Dumont, M., & Plancherel, B. (Éds.). (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Presses de l'Université du Québec.
- Dupret, E., & Bocéréan, C. (2013). La mesure du stress en milieu professionnel avec l'échelle de stress perçu (Perceived stress scale) : Pertinence des versions en dix et quatre items. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 19(4), 362-384. [https://doi.org/10.1016/S1420-2530\(16\)30049-8](https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30049-8)
- EVA Sommeil. (2023). *La structure de notre sommeil*. EVA Sommeil – Encéphale Ventilation Analyse. Consulté 12 février 2023, à l'adresse <https://www.evasommeil.com/6-la-structure-de-notre-sommeil/>
- Faurie, I., Thouin, C., & Sauvezon, C. (2016). Étude longitudinale du stress perçu chez les étudiants. E. S : Effets modérateurs de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 45/1. <https://doi.org/10.4000/osp.4700>
- Faurie, I., & Giacometti, N. (2017). Effets de l'indécision de carrière et du sentiment d'efficacité personnelle sur le vécu de la transition lycée-université. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 46/2. <https://doi.org/10.4000/osp.5378>
- Haag, P., Shankland, R., Osin, E., Boujut, É., Cazalis, F., Bruno, A.-S., Vrignaud, P., & Gay, M.-C. (2018). Stress perçu et santé physique des doctorants dans les universités françaises. *Pratiques Psychologiques*, 24(1), 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.04.005>
- Hamel, S., Lavoie, A.-M., Morneau-Sévigny, F., & Belleville, G. (2021). Détresse psychologique chez les étudiants universitaires : Recension systématique et méta-analyse. *Revue québécoise de psychologie*, 42(3), 197. <https://doi.org/10.7202/1084585ar>

- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Huffman, K., Dowdell, K., Sanderson, C. A., Huot, A., Marinier, L., Benny, M., & Bureau, S. (2019). *Psychologie en direct* (5e édition). Modulo.
- Iber, C., Ancoli-Israel, S., Chesson, A. L. & Quan S. F. (2007). *The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, terminology and technical specifications*. American Academy of Sleep Medicine.
- Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas (IUSMD) (2013). *Dépression ou épuisement professionnel ?* Consulté le 2 février 2023, à l'adresse <http://www.douglas.qc.ca/info/depression-ou-burn-out>
- Kim, E.-J., & Dimsdale, J. E. (2007). The effect of psychosocial stress on sleep : A review of polysomnographic evidence. *Behavioral Sleep Medicine*, 5(4), 256-278. <https://doi.org/10.1080/15402000701557383>
- Lassarre, D. (2005). Vers un modèle psychosocial de l'épisode de stress. In G. Chasseigne, & D. Lassarre, *Stress et société*, vol. 2 (pp. 17-40). Presses universitaires de Reims.
- Lassarre, D., Giron, C., & Paty, B. (2003). Stress des étudiants et réussite universitaire : Les conditions économiques, pédagogiques et psychologiques du succès1. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 32/4, 669-691. <https://doi.org/10.4000/osp.2642>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Le Nouvelliste (2014). *Caracol : Village Ti Koulin, village des ouvriers*. Consulté le 29 juin 2022, à l'adresse <https://lenouvelliste.com/article/127951/caracol-village-ti-koulin-village-des-ouvriers>
- Lee, H., Rauktis, M. E., & Fusco, R. A. (2022). Perceived stress and sleep quality among master's students in social work. *Social Work Education*, 41(5), 1018-1034. <https://doi.org/10.1080/02615479.2021.1910231>
- Miller, M. A., & Rahe, R. H. (1997). Life changes scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(3), 279-292. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00118-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00118-9)
- Morvan, Y., & Frajerman, A. (2021). La santé mentale des étudiants : Mieux prendre la mesure et considérer les enjeux. *L'Encéphale*, 47(6), 620-629. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.10.009>

- Morvan, Y., Frajerman, A., Kern, L., & Chaumette, B. (2019). Santé psychique, mal-être, dépression et anxiété des étudiants : Des chiffres et des humains ? *Revue québécoise de psychologie*, 40(2), 5-24. <https://doi.org/10.7202/1065901ar>
- Observatoire National de la Vie Étudiante (2018). *Repères sur la santé des étudiants*. OVE.
- Observatoire National de la Vie Étudiante (2020). *La vie d'étudiant confiné - Résultats de l'enquête sur les conditions de vie des étudiants pendant la crise sanitaire*. OVE.
- Parent, G., & Cloutier, P. (2017). *Initiation à la psychologie* (3e édition). Chenelière Éducation.
- Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957. <https://doi.org/10.1038/nrn2513>
- Qualtrics (2022). *Calculateur de taille d'échantillon et guide complet*. Consulté le 25 juin à l'adresse <https://www.qualtrics.com/blog/calculating-sample-size/>
- Rechtschaffen, A. & Kales, A. (1968). *A manual standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects*. U.S. Department of Health.
- Rechtschaffen, A., Bergmann, B. M., Everson, C. A., Kushida, C. A., & Gilliland, M. A. (1989). Sleep deprivation in the rat : X. Integration and discussion of the findings. *Sleep*, 15(1), 68-87.
- Ribeiro, N., Vast, D., Gounden, Y., & Quaglino, V. (2021). Influence du confinement sur la qualité et la quantité subjective de sommeil chez des étudiants français. *Médecine du Sommeil*, 18(1), 45-46. <https://doi.org/10.1016/j.msom.2020.11.083>
- Rivolier, J. (1989). *L'homme stressé*. Presses universitaires de France.
- Romo, L., Nann, S., Scanferla, E., Esteban, J., Riazuelo, H., & Kern, L. (2019). La santé des étudiants à l'université comme déterminant de la réussite académique. *Revue québécoise de psychologie*, 40(2), 187-202. <https://doi.org/10.7202/1065909ar>
- Roux, J., Lefort, M., Bertin, M., Padilla, C., Mueller, J., Garlantézec, R., Pivette, M., Le Tertre, A., & Crepey, P. (2021). *Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale des étudiants à Rennes, France*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03172226>
- Sadeh, A., Keinan, G., & Daon, K. (2004). Effects of stress on sleep : The moderating role of coping style. *Health Psychology*, 23(5), 542-545. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.5.542>

- Schwarz, J., Gerhardsson, A., Van Leeuwen, W., Lekander, M., Ericson, M., Fischer, H., Kecklund, G., & Åkerstedt, T. (2018). Does sleep deprivation increase the vulnerability to acute psychosocial stress in young and older adults? *Psychoneuroendocrinology*, 96, 155-165. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.06.003>
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32-32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- Selye, H. (1974). *Stress sans détresse*. La Presse.
- Selye, H. (1975). *Le stress de la vie*. Les éditions Lacombe
- Shankland, R., Gayet, C., & Richeux, N. (2022). *La Santé mentale des étudiants : Approches innovantes en prévention et dans l'accompagnement*. France : Elsevier-Masson.
- Sillamy, N. (2019). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
- Stora, J. B. (2010). *Le stress*. Presses universitaires de France.
- Trousselard, M. (2022). Sommeil et stress : *Revue Défense Nationale, N° Hors-série (HS1)*, 36-42. <https://doi.org/10.3917/rdna.hs07.0036>
- Vast, D., Ribeiro, N., Gounden, Y., & Quaglino, V. (2020). Qualité subjective de sommeil chez les étudiants : Investigation des horaires et des parasomnies. *Médecine du Sommeil*, 17(1), 63. <https://doi.org/10.1016/j.msom.2019.12.084>
- Vast, D., Ribeiro, N., Gounden, Y., & Quaglino, V. (2022). Le sommeil des étudiants français en période de COVID-19 : Influence des deux premiers confinements sur la quantité et la qualité de sommeil. *Psychologie Française*, S0033298422000498. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2022.05.002>
- Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., & Kovess-Masfety, V. (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities : 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 189-199. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0055-z>
- Yan, Y.-W., Lin, R.-M., Su, Y.-K., & Liu, M.-Y. (2018). The relationship between adolescent academic stress and sleep quality : A multiple mediation model. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 46(1), 63-77. <https://doi.org/10.2224/sbp.6530>

Annexe

A. Echelle de Stress Perçu (PSS)

L'Échelle de stress perçu

Une mesure plus précise du stress personnel peut être déterminée en utilisant une variété d'instruments qui ont été conçus pour aider à mesurer les niveaux de stress individuels. Le premier d'entre eux est appelé l'échelle de stress perçu.

L'échelle de stress perçu (PSS) est un instrument classique d'évaluation du stress. L'outil, bien que développé à l'origine en 1983, reste un choix populaire pour nous aider à comprendre comment différentes situations affectent nos sentiments et notre stress perçu. Les questions de cette échelle portent sur vos sentiments et vos pensées au

cours du dernier mois. Dans chaque cas, il vous sera demandé d'indiquer à quelle fréquence vous avez ressenti ou pensé d'une certaine manière. Bien que certaines des questions soient similaires, il existe des différences entre elles et vous devez les traiter chacune comme une question distincte.

La meilleure approche consiste à répondre assez rapidement. Autrement dit, n'essayez pas de compter le nombre de fois où vous vous êtes senti d'une manière particulière ; indiquer plutôt l'alternative qui semble être une estimation raisonnable.

Pour chaque question, choisissez parmi les alternatives suivantes :

0 - jamais 1 - presque jamais 2 - parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent

1. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été bouleversé à cause d'un événement inattendu ?
 2. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir contrôler les choses importantes de votre vie ?
 3. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?
 4. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti confiant quant à votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?
 5. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que les choses allaient dans votre sens ?
 6. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous constaté que vous ne pouviez pas faire face à toutes les choses que vous deviez faire ?
 7. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pu contrôler les irritations dans votre vie ?
 8. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que vous étiez au courant des choses ?
 9. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été irrité à cause de choses qui se sont déroulées hors de votre contrôle ?
 10. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que les difficultés s'accumulaient si haut que vous ne pouviez pas les surmonter ?
-

Calcul de votre score PSS

Vous pouvez déterminer votre score PSS en suivant ces instructions :

- Commencez par inverser vos scores pour les questions 4, 5, 7 et 8. Sur ces 4 questions, modifiez les scores comme ceci : 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1, 4 = 0.
 - Maintenant, additionnez vos scores pour chaque élément pour obtenir un total. Mon score total est de _____.
-

Les scores individuels sur le PSS peuvent varier de 0 à 40, des scores plus élevés indiquant un stress perçu plus élevé.

- Les scores allant de 0 à 13 seraient considérés comme un stress faible.
- Les scores allant de 14 à 26 seraient considérés comme un stress modéré.
- Les scores allant de 27 à 40 seraient considérés comme un stress perçu élevé.

L'échelle de stress perçu est intéressante et importante parce que votre perception de ce qui se passe dans votre vie est la plus importante. Songez à l'idée que deux personnes pourraient vivre exactement les mêmes événements et expériences dans leur vie au cours du dernier mois. Selon leur perception, le score total pourrait placer l'une de ces personnes dans la catégorie de stress faible et le score total pourrait placer la deuxième personne dans la catégorie de stress élevé.

Avis de non-responsabilité : Les scores de l'auto-évaluation suivante ne reflètent aucun diagnostic ou cours de traitement particulier. Ils sont conçus comme un outil pour aider à évaluer votre niveau de stress. Si vous avez d'autres préoccupations concernant votre bien-être actuel, vous pouvez contacter et parler en toute confidentialité à une ressource ou un spécialiste en santé mentale.

Références

The PSS Scale is reprinted with permission of the American Sociological Association, from Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.

Cohen, S. and Williamson, G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. Spacapan, S. and Oskamp, S. (Eds.) *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA: Sage, 1988.

B. Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)



Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh (PSQI)

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

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.

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 :

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

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 :

Calcul du score global au PSQI

Le **PSQI** comprend **19 questions d'auto-évaluation** et **5 questions posées au conjoint ou compagnon de chambre** (s'il en est un). Seules les questions d'auto-évaluation sont incluses dans le score.

Les 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner **7 "composantes" du score global**, chaque composante recevant un score de 0 à 3.

Dans tous les cas, un score 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**.

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 =**

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 Seulement un Un certain Un très gros
un problème = **0** tout petit problème = **1** problème = **2** 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 :

C. Kesyonè sou estrès ak kalite somèy

UNIVERSITÉ D'ÉTAT D'HAÏTI
Campus Henry Christophe de Limonade
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie/Travail de Fin d'Études (TFE)

Kesyonè sou estrès (stress) ak kalite somèy

Bonjou,

Mwen se Robinson ACHILLE, etidyan 4^e ane sikoloji nan Kanpis Anri Kristòf Limonad la. Kesyonè sa gen rapò ak Travay pou finisman etid mwen (memwa m) kote m ap etidye nivo estrès (stress) ak kalite somèy etidyan ki rete Katye Kreyòl. Pran yon ti tan pou w reponn kesyon sa yo, non w pap parèt nan kesyonè a. Tanpri rèspèkte konsiy yo, epi reponn tout kesyon yo. Mèsi !

Identification (Idantifikasyon)

Nimewo kòd : _____ (kite espas sa vid)

Dat :

• **Ki sèks ou ye ?**

Fanm

Gason

• **Ki laj ou ?**

Mwens pase 20 lane

Sòti 20 pou rive 22 lane

Sòti 23 pou rive 25 lane

Plis pase 25 lane

• **Kisa w ap etidye nan Kanpis la ? (egzanp : Sikoloji)**

• **Nan ki nivo ou ye ? (egzanp : Premye ane)**

Echelle de Stress Percu (Echèl Estrès)

Konsiy : *Kesyon sa yo konsène fason ou te santi w ak fason ou te panse pandan mwa ki sot pase a. Malgre kèk nan kesyon yo sanble, yo tout diferan. Pi bon fason an se reponn byen vit, sa vle di pa reflechi twòp, di pito fason ou panse ki pi pwòch eta ou te ye a.*

1- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te deranje akòz yon bagay ki te rive sanzatann?

Jamè

Prèske jamè

Pafwa

Souvan

Trè souvan

2- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te santi li difisil pou w kontwole bagay ki enpòtan nan lavi w ?

Jamè

Prèske jamè

Pafwa

Souvan

Trè souvan

3- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te santi w toumante oubyen estrese ?

Jamè

Prèske jamè

Pafwa

Souvan

Trè souvan

- 4- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te santi w gen konfyans nan tèt ou pou w jere pwoblèm pèsonèl ou yo ?
- Jamè Prèske jamè Pafwa Souvan Trè souvan
- 5- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te santi bagay yo t ap mache nan fason ou te vle a ?
- Jamè Prèske jamè Pafwa Souvan Trè souvan
- 6- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te panse w pa t kapab jere tout bagay ou te gen pou w fè yo ?
- Jamè Prèske jamè Pafwa Souvan Trè souvan
- 7- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te kapab jere kòlè w ?
- Jamè Prèske jamè Pafwa Souvan Trè souvan
- 8- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te santi w gen kontwòl sitiyou yo ?
- Jamè Prèske jamè Pafwa Souvan Trè souvan
- 9- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te fache paske ou te pèdi kontwòl sitiyou yo?
- Jamè Prèske jamè Pafwa Souvan Trè souvan
- 10- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te santi w pa t ka kontwole pwoblèm yo tèlman yo te vin anpil ?
- Jamè Prèske jamè Pafwa Souvan Trè souvan

Index de Qualité du Sommeil de Pittsburgh
(Endèks Kalite Somèy Pittsburgh)

Konsiy : *Kesyon sa yo konsène abitye somèy ou pou mwa ki sot pase a sèlman. Repons ou yo dwe koresponn ak eksperyans ou te fè pandan majorite lajounen ak lannuit nan mwa ki sot pase a. Tanpri reponn tout kesyon.*

- 1- Pandan mwa ki sot pase a, chak ki lè ou abitye al dòmi ?
Lè ou abitye dòmi:
- 2- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen tan (minit) ki konn pase avan pou dòmi pran w chak aswè ?
Kantite minit :
- 3- Pandan mwa ki sot pase a, chak ki lè ou abitye leve nan maten ?
Lè ou abitye leve :
- 4- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen èdtan ou dòmi chak lannuit ?
(Kantite tan sa a kapab diferan ak kantite tan ou fè nan kabann)
Kantite tan ou dòmi chak lannuit :

Konsiy : Pou chak kesyon sa yo ki anba a, chwazi pi bon repons lan. Tanpri reponn tout kesyon.

5- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te gen pwoblèm pou dòmi paske...

| | | Pa pandan dènye mwa a | Mwens pase yon fwa chak semèn | Yonn oubyen 2 fwa chak semèn | 3 oubyen 4 fwa chak semèn |
|----|---|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| a) | Dòmi pa te ka pran w nan mwens pase 30 minit | | | | |
| b) | Ou leve nan mitan lannuit oubyen twò bonè nan maten | | | | |
| c) | Ou te oblije leve ale nan twalèt la | | | | |
| d) | Ou pa te kapab respire byen | | | | |
| e) | Ou touse oubyen wonfle byen fò | | | | |
| f) | Ou te santi twòp fredri | | | | |
| g) | Ou te santi twòp chalè | | | | |
| h) | Ou te fè move rèv | | | | |
| i) | Ou te konn santi doulè | | | | |
| j) | Pou kèk lòt rezon ankò. Di ki rezon yo ye : | | | | |
| | Di konbyen fwa pwoblèm sa (yo) anpeche w dòmi | | | | |

6- Pandan mwa ki sot pase a, jeneralman kòman ou ka evalye kalite somèy ou ?

- Bon anpil
 Bon
 Mal
 Mal anpil

7- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te pran medikaman (doktè te bay ou oubyen ou te achte san prèskripsyon) pou w kapab dòmi ?

- Pa pandan dènye mwa a
 Mwens pase yon fwa chak semèn
 Yonn oubyen 2 fwa chak semèn
 3 oubyen 4 fwa chak semèn

8- Pandan mwa ki sot pase a, konbyen fwa ou te gen difikilte pou w rete je klè (san kabicha) pandan w ap kondui, pandan w ap manje oswa pandan w ap fè lòt aktivite sosyal ?

- Pa pandan dènye mwa a
 Mwens pase yon fwa chak semèn
 Yonn oubyen 2 fwa chak semèn
 3 oubyen 4 fwa chak semèn

9- Pandan mwa ki sot pase a, nan ki nivo sa te poze pwoblèm pou w te gen kè kontan nan aktivite w ap mennen yo ?

- Pa yon pwoblèm ditou
 Yon ti pwoblèm tou piti
 Kèk pwoblèm
 Yon gwo pwoblèm

Mèsi anpil pou patisipasyon w !