

Université Abderrahmane MIRA de Béjaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Option : psychologie clinique

**Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du
diplôme de Master**

Thème

**La qualité de vie et la qualité du sommeil
chez les étudiants universitaires**

Préparé par :

KADRI Amel

MAZOUZI Fouzia

Encadré par :

Dr BENKERROU Fiadh

Juin 2014

Remerciement

*Tout d'abord, nous remercions DIEU le tout puissant, de nous avoir
donné le courage, la patience et la volonté afin
d'aboutir à l'accomplissement
de ce travail.*

*Nos vifs remerciements à notre encadreur Mr. BENKERROU pour son
encadrement efficace et soutenant, de nous avoir communiqué ses savoirs
et sa réflexion critique en douceur et avec beaucoup de diplomatie, ses
conseils stratégiques précieux, pour sa disponibilité permanente et
pour ses encouragements ainsi que sa compréhension dans les
moments les plus difficiles de notre recherche.*

*Nous remercions également tous les membres de jury qui nous feront l'honneur
de juger ce travail.*

*Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du
département des sciences sociales qui ont contribué à notre
formation.*

*On tient également à exprimer un grand remerciement pour tous les étudiants
d'avoir accepté de répondre à nos échelles.*

*Au terme de cette étude, il nous est agréable de remercier vivement tous ceux
qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation
de cette recherche.*

Dédicaces

*Avec un cœur plein d'amour et de fierté je dédie ce modeste travail qui est
achevé avec l'aide du BON DIEU le tout puissant, à ma chère mère
affable, honorable, aimable qui s'est sacrifiée pour mon bonheur
et ma réussite, qui n'a pas cessé de m'encourager
et de prier pour moi.*

*Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu
mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner
depuis ma naissance.*

*A mon cher père qui as fait plus qu'un père puisse faire pour que ses filles
suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour, car ce travail est le
fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation.*

*Puisse DIEU le tout puissant, préserve pour vous deux et vous accorde
santé, langue vie et bonheur.*

*A mes deux chères sœurs qui m'ont toujours aidée, soutenues et encouragée.
Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.*

A tout les membres de ma famille paternelle et maternelle.

*Sans oublier toutes mes adorables amies et ceux qui me connaissent de près ou
de loin.*

Amel

DEDICACE

Tout d'abord je remercie ALLAH le tout puissant de m'avoir donné la foi et m'avoir permis d'en arriver là.

Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents, ma source de tendresse et le symbole de bonté par excellence, qui ont toujours été là pour moi, et qui m'ont donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance.

A mon cher mari, la lumière de mon chemin, tes sacrifices, ton soutien moral et matériel, ta générosité qui m'a aidé et encouragé aux moments opportuns.

A mes adorables sœurs et chers frères et sans oublier ma grand-mère paternelle qui a tant sacrifié pour nous, qui par leur prières et leurs encouragements, j'ai pu surmonter tous les obstacles.

A mes beaux parents, vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille, merci pour vos conseils et encouragements.

A mes beaux frères, mes belles sœurs, à tous les membres de ma belle famille, petits et grands.

A toute ma famille maternelle et paternelle, cousins et cousines qui n'ont jamais cessés de m'encourager tout au long de mes années d'étude.

A mes très chères amies, je ne trouve pas les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs et des amies sur qui je peux compter.

A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin pour la réalisation de ce travail.

FOUZIA

SOMMAIRE

Liste des abréviations	I
Liste des tableaux	II
Introduction	01
Partie théorique	
Chapitre I : Le cadre méthodologique de la recherche	
1-Problématique	06
2-Hypothèses	12
3-La pertinence de l'étude.....	12
4-Les objectifs de l'étude	13
5-Les raisons du choix du thème.....	13
6-Définition et opérationnalisations des concepts clés	13
Chapitre II : La qualité de vie	
Préambule	
1-Historique et évolution du concept de qualité de vie.....	17
1-1L'approche philosophique	18
1-2 L'approches psychosociologiques	18
1-3L'approche politologue	18
1-4L'approche économiste.....	19
1-5L'approche géographique	19
1-6L'approche médicale (santé).....	20
2-Conceptions et définitions de la qualité de vie	20
3-Les grands domaines de la qualité de vie	25
4-Les composantes de la qualité de vie.....	28

5-La qualité de vie et ses mesures	30
5-1Le paradoxe de la mesure de la qualité de vie	30
5-2Les instruments de mesure de la qualité de vie	31
5-3Les quatre composantes constituées de tout instrument	32
5-4La typologie des instruments utilisés.....	32
5-5Validité de l'instrument	33
5-6Illustration de quelques instruments de mesure de la qualité de vie	34
5-7Objectif de la mesure de la qualité de vie	46
Conclusion.....	46

Chapitre III : La qualité du sommeil

Préambule

1-Définition du sommeil	48
2-La physiologie du sommeil.....	48
3-Les types du sommeil.....	50
3-1Le sommeil à ondes lentes	50
3-2Le sommeil paradoxal.....	52
5-Les troubles du sommeil	54
6-LA Classification internationale des troubles du sommeil	71
6-1Comparaison des trois classifications internationales	71
Conclusion.....	78

Partie pratique

Chapitre IV : méthode et techniques utilisées

1-Présentation du lieu de l'étude.....	81
2-L'échantillon de l'étude et ses caractéristiques	81

3-Le déroulement de l'enquête.....	82
4-La méthode utilisée	82
5-Les techniques utilisées.....	82
6-Les limites de l'étude	85

Chapitre V :analyse, discussion et interprétation des résultats

1-Présentation des résultats descriptifs	87
2-Présentation des résultats selon les hypothèses	89
3-Discussion et interprétation des résultats descriptifs	91
4-Discussion et interprétation des résultats selon les hypothèses	93

Conclusion générale

Liste bibliographique

Annexes

Liste des abréviations :

1	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
2	DSM-IV	Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux
3	ICSD	International Classification of Sleep Disorders
4	EEG	Electro-encéphalographie
5	EMG	Electro-myographie
6	INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
7	USEM	Union nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes
8	ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
9	HAS	Haute Autorité de Santé
10	SP	Sommeil Paradoxal
11	SL	Sommeil Lent
12	CIM-10	Classification Internationale des Maladies
13	MOR	Mouvement Oculaire Rapide

Liste des tableaux :

Numéro	Titre du tableau	Page
1	Liste des questionnaires génériques sur la qualité de vie traduits et validés en français.	38
2	Avantages et inconvénients des mesures génériques et spécifiques.	45
3	Les besoins du sommeil avec l'âge.	53
4	Troubles du sommeil selon la CIM10.	72
5	Troubles du sommeil selon le DSMIV.	75
6	Troubles du sommeil selon l'ICSD.	76
7	La répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge.	87
8	La description de la qualité du sommeil et la qualité de vie chez les étudiants.	87
9	La répartition de l'échantillon selon le degré obtenu dans l'échelle de la qualité de vie.	88
10	La répartition de l'échantillon selon le degré obtenu dans l'échelle de la qualité du sommeil.	89
11	Relation entre la qualité du sommeil et la qualité de vie et ses dimensions.	89
12	Différence dans la qualité de vie selon le sexe.	90
13	Différence dans la qualité du sommeil selon le sexe.	91

*« La vie est une pièce de théâtre, ce qui compte ce n'est pas
qu'elle dure longtemps mais qu'elle soit bien jouée. »*

Sénèque

« L'essentiel n'est pas de vivre mais de bien vivre. »

Platon

Introduction

Introduction

La " vie " fait référence à tout un contexte, intra- et interpersonnel, à une situation psychique et physique. Evaluer sa qualité, c'est donc évaluer les capacités, physiques et psychologiques du sujet pris dans ses interactions avec le monde qui l'entoure (famille, travail, études, relation à soi.etc).

La qualité de vie d'un individu est donc un concept complexe, multidimensionnel et subjectif dont l'évaluation est exprimée de façon optimale par l'individu lui même.

Ce concept est très fortement lié à des éléments objectifs et cognitifs, mais aussi à des éléments subjectifs. Seule une personne peut évaluer son niveau de qualité de vie en regard de ce qui est important pour elle, de ses valeurs et de ses croyances. Au fil des années, pour une même personne, en fonction de son âge, de sa maturité, de son état de santé, la perception de la qualité de vie peut varier (FORMARIER, 2007).

Notre vie quotidienne est rythmée par les états de veille et de sommeil. Un sommeil de bonne qualité est essentiel à notre santé mentale et un bien-être physique. Une mauvaise qualité du sommeil peut conduire à une concentration réduite et un dysfonctionnement de la mémoire, des altérations de l'humeur, de la dépression et une grande fatigue.

De tout temps, l'homme a essayé de comprendre ce moment étrange de notre vie où notre corps s'endort. Le sommeil reste encore aujourd'hui un grand mystère.

Selon Bachellier et Flickr (2001), le sommeil assure plusieurs fonctions vitales. Il permet à l'organisme de reprendre des forces et est également indispensable

au développement cérébral et à certaines fonctions métaboliques. Il est donc primordial de maximiser son temps de sommeil pour préserver sa santé.

Le moment des études est un moment particulier dans la vie de l'étudiant. En effet, être étudiant, c'est vivre le passage progressif vers une vie d'adulte et donc une vie plus autonome.

Le monde étudiantin présente donc des caractéristiques qui lui sont propres et bien particulières.

En effet, le passage dans le monde étudiant peut vraiment constituer une transition importante avec des conséquences psychologiques non négligeables sur leur santé mentale et leur qualité de vie (LAFAY et al, 2003). Intégrant dans un nouvel environnement, ces jeunes adultes peuvent éprouver de réelles difficultés d'adaptation à leur nouvelle vie étudiante. Cependant, les conditions de vie étudiante, avec les nombreux changements occasionnés, peuvent constituer des sources des répercussions non négligeables sur leur santé et leur qualité du sommeil (STRENNNA, 2011).

Dans ce cas, on peut dire que les étudiants universitaires, en raison de leur rythme de vie et des nombreuses exigences qui en font partie, peuvent être prédisposés aux difficultés de sommeil. Pas surprenant que plusieurs d'entre eux en souffrent, à un moment ou à un autre de leurs études. Il est normal d'éprouver des difficultés de sommeil occasionnellement ou pendant de courtes périodes et la majorité des étudiants n'y voient pas de trop grands inconvénients. Cependant, si les nuits blanches se font plus persistantes, ils peuvent graduellement glisser vers le cercle vicieux d'une mauvaise qualité du sommeil (MORIN, 1997).

Dans notre thème porté sur « la qualité de vie et la qualité du sommeil chez les étudiants universitaires », nous avons choisi comme terrain d'étude l'université

A.MIRA de Bejaia qui répond aux objectifs de notre recherche. Cette dernière est réalisée auprès d'une population d'étude de 129 étudiants, et pour les moyens d'investigations, nous avons utilisés une échelle de qualité du sommeil de « Spiegel », et une échelle de qualité de vie que nous avons élaborés en s'inspirant de quatre échelles de la qualité de vie : SF-36, SIP, SEP-59, et l'échelle de bien-être général.

Pour enrichir et éclairer les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons élaborés un plan de travail qui comporte les étapes suivantes :

Première partie : théorique subdivisée en trois chapitres qui sont comme suit :

Chapitre 1 : le cadre méthodologique de la recherche.

Chapitre 2 : la qualité de vie.

Chapitre 3 : la qualité du sommeil.

La deuxième partie : pratique subdivisée en deux chapitres :

Chapitre 4 : les méthodes et les techniques utilisées.

Chapitre 5 : analyse, discussion et interprétation des résultats.

Et enfin, nous avons terminés notre étude par une conclusion englobant tous les objectifs tracés au long de notre recherche suivie d'une liste bibliographique et des annexes.

Partie théorique

Chapitre I
Le cadre
méthodologique
de la
recherche

1. Problématique :

Un adulte passe près d'un tiers de sa vie dans un état différent de l'état de veille, appelé sommeil (TRIBOLET et SHAHIDI, 2005). Celui-ci correspond à un « état physiologique normal et périodique caractérisé essentiellement par la suspension de la vigilance, la résolution musculaire, le ralentissement de la circulation et de la respiration, et par l'activité onirique » (Le Robert, 1967). Ainsi donc, le sommeil est indispensable à la récupération de nos forces physiques et psychiques, et essentiel à une bonne qualité de vie (DESROCHERS et LANDRY-PAQUET, 2014).

Chaque individu a sa typologie du sommeil, c'est-à-dire il a besoin d'un temps de sommeil qui lui est propre. La durée moyenne de sommeil est de 8 heures mais il y a de grands dormeurs et de petits dormeurs, cette durée diminue avec l'âge et dans des situations particulières : deuil, période d'examen, etc. (ASK, 2012).

Notre rythme biologique nous impose des périodes de veille et de sommeil qui alternent au cours des 24 heures ; le besoin naturel de sommeil est maximale la nuit et surtout entre 1h et 5h du matin, le jour, le besoin naturel de sieste est présent en début d'après-midi entre 13h et 17h, qui correspond à un besoin naturel de repos en milieu de journée, permettant de couper la journée pour rester en forme et vigilant, ce besoin est présent à des degrés plus ou moins importants à tous les âges ; il se traduit par un court moment de repos de 10 à 20 minutes. Il est plus marqué si la nuit précédente a été courte ou mauvaise, si ce rythme est respecté, la vigilance sera normale le matin et dans l'après-midi et elle sera même excellente en fin de journée (DESROCHERS et LANDRY-PAQUET, 2014).

La fonction du sommeil fait encore débat, trois grandes théories ont été proposées. Selon la théorie « restauratrice », le sommeil permet de récupérer des

dépenses corporelles et cérébrales causées par les activités de la veille. En effet, c'est principalement pendant les premières phases du sommeil dit à « ondes lentes » qu'est produite l'hormone de croissance. Pour les partisans d'une autre théorie, dite « économique », le sommeil permet surtout à l'organisme d'économiser de l'énergie en diminuant la chaleur corporelle, cela expliquerait la baisse, pendant le sommeil à ondes lentes, de la consommation en glucose et en oxygène, en particulier au niveau du cerveau. Enfin, la théorie de la « plasticité cérébrale » affirme que le sommeil est indispensable au développement du cerveau. Des expériences ont, par exemple, montré que la privation de sommeil paradoxal chez le chaton provoquait une altération des voies visuelles et que la suppression du sommeil lent bloquait certaines formes de plasticité du système nerveux. Ces trois théories sont chacune contredites par des exceptions, même si elles comportent toutes une part de vérité, aucune d'entre elles n'est donc satisfaisante à elle seule (ABADIE et al, 2008).

Bien que la qualité du sommeil soit un concept difficile à définir, l'expérience clinique suggère que trois composantes principales entrent dans un sommeil de bonne qualité. Tout d'abord, il y a l'association de la qualité du sommeil à l'idée de « suffisance » pour la journée qui s'annonce. Cela veut dire que les sujets attendent de leur sommeil qu'il ait des vertus réparatrices ; ils désirent être « frais et dispos » et « satisfaits » d'avoir dormi « assez ». En deuxième lieu, le sommeil de bonne qualité peut être associé à l'expérience du sommeil en elle-même : les sujets attendent du sommeil qu'il soit « agréable », qu'il constitue une expérience plutôt positive que négative. L'« agitation » est souvent associée à un sommeil de mauvaise qualité, tandis qu'un sommeil « profond » (ou que l'expression « bien dormi ») indique une expérience positive. En troisième lieu, pour certains sujets, « qualité du sommeil » et « sommeil normal », c'est la même chose. De nouveau, il s'agit là de quelque chose de très subjectif, et les individus vont énoncer des critères différents afin de définir ce qui, pour eux,

constitue un sommeil « satisfaisant » ; toutefois, ces distinctions catégorielles sont faites par des sujets qui ont une mauvaise qualité du sommeil, et la qualité qu'elles désirent est souvent en rapport avec un « retour à la normale ». En résumé, le concept de sommeil de bonne qualité semble être en rapport avec la perception que l'individu a de son sommeil : est-il agréable, réparateur, non pathologique ? (COLIN, 1990).

Donc, si la qualité du sommeil est perturbée dans différentes phases de son déroulement (TRIBOLET et SHAHIDI, 2005), ses problèmes peuvent entraîner de la fatigue et des difficultés de fonctionnement le jour (ex, manque d'attention, difficultés de concentration), réduisant ainsi la qualité de vie (MORIN, et al, 2000). Dans ce cas, le sommeil mérite d'être mieux connu pour nous permettre d'en obtenir la quantité et la qualité nécessaire à une bonne qualité de vie (DESROCHERS et LANDRY-PAQUET, 2014).

La notion de qualité de vie apparaît pour la première fois dans quelques textes à la fin des années cinquante et plus officiellement dans les Annales de Médecine Interne en 1966. La qualité de vie est un concept à la mode depuis une quinzaine d'année et qui a réussi à supplanter, tout en les intégrant, les notions concurrentes (bien-être, santé, satisfaction de la vie, bonheur...). En effet, il peut y avoir des conceptions très différentes de la qualité de vie selon que l'on en privilégie les aspects objectifs comme les conditions de vie ou subjectifs comme le bonheur ou la satisfaction ou encore les composantes physiques (santé organique) et mentales (santé psychique) (STRENNNA, 2011).

Le terme qualité de vie est un vaste concept dont chaque individu a sa propre définition. Cette définition varie en fonction de l'importance qu'un sujet apporte aux différents aspects de sa vie.

Pour Kowac (1996), la qualité de vie est un phénomène réellement vécu par les êtres humains durant leur développement, il précise également que les aspects psychologiques de la qualité de vie sont souvent absents. Selon Campbell, Converse et Rodgers (1976), la qualité de vie est un phénomène psychologique basé sur l'expérience individuelle de la vie. En effet, la qualité de vie fait partie des termes que l'on qualifie de « pluridisciplinaires » (BONARDI et al, 2002).

La qualité de vie se définit selon l'OMS, (1993), comme «la perception qu'a un individu de la position qu'il occupe dans la vie, dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lequel il vit et par rapport à ses objectifs, ses attentes, son niveau de vie et ses inquiétudes. Il s'agit d'un vaste concept qui dépend de façon complexe de la santé physique, de l'état psychologique, du niveau d'indépendance, des relations sociales et de l'environnement de chaque personne».

Ce concept renvoie à de multiples dimensions, tant objectives que subjectives :

- l'état de santé physique de la personne, ses capacités fonctionnelles ;
- ses sensations de bien-être physique ;
- son état de santé psychologique ;
- son statut social, et son environnement relationnel.

Le concept a pour point central la notion de perception, de « satisfaction globale du sujet vis-à-vis du sens général qu'il donne au bien-être » (KOP, 1993). Cette importance conférée au point de vue de la personne ajoute à la complexité du concept : la qualité de vie est un critère d'appréciation censé revêtir un caractère objectif alors même qu'elle est l'objet d'une interprétation subjective (LEPLEGE, 1999). Il convient par ailleurs de ne pas se limiter à la sensation ou à la perception, mais aussi de prendre en considération la réalité que la perception recouvre. Par exemple, le sentiment de solitude peut être lié à une

solitude réelle par insuffisance des liens sociaux, mais aussi à la perception négative qu'a la personne de ses relations avec des personnes pourtant bien présentes. Enfin, si la qualité de vie varie selon l'appréciation de chaque personne en fonction de ses propres normes et valeurs, elle évolue également dans le temps, aux différents âges de la vie: elle renvoie donc à une situation à un moment donné susceptible d'évoluer et de se modifier (ANESM, 2010).

La définition de la qualité de vie permet donc de comprendre :

1/ que le niveau de qualité de vie ressenti n'est pas seulement lié au niveau de condition de vie (une personne vivant dans un pays riche et une autre personne vivant dans un pays pauvre peuvent avoir un ressenti de qualité de vie équivalent pour des conditions de vie très différentes).

2/ que le niveau de qualité de vie est tout à fait personnel et très en lien avec les attentes personnelles (deux personnes confrontées exactement aux mêmes conditions de vie peuvent avoir un ressenti très différent de niveau de qualité de vie, l'une parce que ces conditions répondent à ses attentes et l'autre parce qu'il se sent éloigné de ses attentes). Il existe plusieurs instruments pour mesurer la qualité de vie, parmi ces instruments on trouve les échelles, certaines de ces échelles concernent la qualité de vie globale, d'autres la qualité de vie associée à la santé. La très grande majorité de ces mesures de la qualité de vie sont auto-évaluatives et concernent la qualité de vie subjective.

Le concept de « qualité de vie » est donc plus large que le niveau de vie ou que les conditions de vie matérielles, il prend également en compte les conditions de travail, le degré d'insertion sociale, la santé et l'éducation (ALBOUY et al, 2010).

L'entrée dans une université peut être marquée par de nombreux changements et constitue très souvent pour les étudiants une période de transition. Cette période de transition confronte les étudiants à des situations nouvelles comme la

séparation avec le statut passé, la gestion d'une certaine autonomie... Ils sont en effet contraints d'assumer par eux-mêmes de nouvelles tâches domestiques et administratives. La relation au savoir devient également de plus en plus autogérée. Ces principaux changements correspondent aux aspirations d'indépendance propres à l'entrée dans la vie adulte. Néanmoins, ce nouveau cycle de vie comporte des contraintes qui peuvent être source de stress et des répercussions pour les étudiants. Ces répercussions témoignent d'une difficulté à assumer leurs nouveaux rôles et à maîtriser leurs préoccupations. Ils peuvent donc nuire à leur état de santé mentale et physique ainsi qu'à leur qualité de vie.

Le sommeil des étudiants fait l'objet d'un intérêt grandissant depuis les dix dernières années. De nombreuses études rapportent en effet que ceux-ci présentent un sommeil d'une mauvaise qualité incluant des difficultés à s'endormir, de multiples éveils durant la nuit et un sommeil non réparateur au lever. Il est en outre bien établi qu'une majorité d'étudiants est en privation partielle de sommeil, et ce de manière chronique, conséquemment à une durée insuffisante de sommeil nocturne (MARTIN, 2013).

Selon une étude menée par une mutuelle étudiante, la question de la qualité du sommeil des étudiants est devenue une « problématique grandissante ». Plus d'un tiers d'entre eux éprouvent des difficultés à gérer leur stress, ce qui entraîne des répercussions sur le sommeil. Le sommeil des jeunes adultes devient dès lors un sujet problématique de la santé des étudiants (VOUGE, 2009).

Selon une enquête de l'Usem, le sommeil serait la seconde préoccupation des étudiants en ce qui concerne la santé, « *Tous les étudiants sont en dette de sommeil* » c'est le constat dressé par le Professeur Paquereau, président de l'Institut national du Sommeil. Selon cette enquête en 2009, près de 75 % des étudiants ressentent de la somnolence durant la journée, et pour cause, leur sommeil est soit insuffisant soit de mauvaise qualité ! (studyrana, 2014).

Dans notre recherche nous nous sommes intéressés à la qualité de vie et la qualité du sommeil des étudiants universitaires à fin de voir qu'elle est la relation entre leur qualité de vie et leur qualité du sommeil et comment ils s'adaptent dans les quatre dimensions (physique, psychologique, sociale et pédagogique). Autrement dit : notre problème de recherche sera formulé de la manière suivante :

-Y'a-t-il une relation entre la qualité de vie et la qualité du sommeil chez les étudiants universitaires?

-Qu'elle est la dimension de la qualité de vie qui est en grande relation avec la qualité du sommeil des étudiants ?

-Y'a-t-il une différence dans la qualité vie ainsi que dans la qualité du sommeil selon le sexe ?

2. Les hypothèses :

-Il y a une relation entre la qualité de vie des étudiants universitaires et leur qualité du sommeil.

-Les dimensions psychologique et sociale ont une grande relation avec la qualité du sommeil des étudiants universitaires.

-Il y a une différence dans la qualité de vie ainsi que dans la qualité du sommeil selon le sexe.

3. La pertinence de l'étude :

L'importance de notre recherche c'est qu'elle permet d'évaluer et d'analyser la qualité de vie et de sommeil dans le but de démontrer aux étudiants universitaires la relation qui existe entre la qualité de vie et leur qualité du sommeil et surtout de mettre à leur connaissance la gravité du manque du sommeil et son altération sur la qualité de vie.

4. Les objectifs de l'étude :

Cette recherche a pour objectif d'évaluer la qualité de vie et du sommeil chez les étudiants universitaires afin de décrire leur qualité de vie et leur qualité du sommeil, de déterminer s'il existe une relation entre ces deux qualités et de voir qu'elle est la dimension qui est en grande relation avec la qualité du sommeil, sans oublier la différence dans la qualité de vie et la qualité du sommeil selon le sexe.

5. Les raisons du choix du thème :

Le choix de notre thème est porté sur la qualité de vie et la qualité du sommeil chez les étudiants universitaires, découle du fait qu'il demeure un sérieux problème de santé. Le manque d'étude sur ce thème dans notre université est le motif de choix de ce dernier, ce qui va nous donner des motivations à la recherche au tant que psychologues cliniciennes.

6. Définition et opérationnalisations des concepts clés:**6.1. Définition du concept de la qualité de vie :**

La qualité de vie est un concept large lié au bien-être général au sein d'une société. Ce concept dépasse la notion de conditions de vie, qui a tendance à se concentrer essentiellement sur les ressources matérielles disponibles pour les individus (argent, accès aux biens et services) et prend en considération des indicateurs tels que le bonheur, la liberté de choisir son mode de vie et le bien-être subjectif. Le concept est par conséquent multidimensionnel et se mesure à l'aide d'indicateurs à la fois objectifs et subjectifs. (LAUNOIS, 2007).

6.1.1. L'opérationnalisation du concept :

La qualité de vie à deux pôles ; l'une est bonne et l'autre est mauvaise.

❖ Bonne qualité de vie :

- Sensation du bonheur ;
- Sensation du plaisir ;
- Bonnes relations avec les autres (famille, amis,...) ;
- Bien-être physique et psychique ;
- Performance aux études ;
- Satisfaction ;
- Avoir un goût à la vie, aux activités sociales, etc. ;

❖ Mauvaise qualité de vie :

- Sensation de la tristesse ;
- Sensation de désespoir ;
- Sensation de malaise ;
- Perte de relations avec les autres ;
- Souffrance physique et psychique ;
- Limitation des activités physiques ;
- Abandon de loisirs ;
- Stress et dépression ;

6.2. Définition du concept de la qualité du sommeil :

Le sommeil est l'état physiologique, périodique et réversible caractérisé essentiellement par la réduction de l'activité, le relâchement du tonus musculaire et la suspension temporaire de la conscience éveillée. Le sommeil s'accompagne d'une récupération physiologique et psychique (SILLAMY, 1980, p.1128).

6.2.1. L'opérationnalisation du concept :

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

❖ Bonne qualité du sommeil :

- Avoir le sommeil ;
- Etre en bonne état le matin ;
- Etre en excellente forme pendant la journée ;
- Avoir une bonne concentration ;
- Sensation de bien dormir ;
- Avoir une bonne attention ;
- Facilité d'endormissement ;
- Sensation d'avoir bien reposé ;
- Etre bien éveillé dans la journée.

❖ Mauvaise qualité du sommeil :

- Manque du sommeil ;
- Réveils nocturnes au cours de la nuit ;
- Diminution de la vigilance pendant la journée ;
- Somnolence au cours de la journée ;
- Fatigue au réveil ;
- Difficulté à se concentrer ;
- Trouble de l'attention et de la mémoire ;
- Période plus stressante au moment des études (dans la salle et l'amphi) ;
- Irritabilité ;
- Absentéisme ou présentéisme au moment du cours ou TD, c'est-à-dire être présent de corps et non d'esprit ;
- Difficulté à s'endormir.

Chapitre II

La qualité de vie

Préambule :

La qualité de vie est un concept très vaste qui peut être défini de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de relations, que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé. Il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liés à la santé, sociaux, environnementaux, économiques, politiques, etc. (RIZZO et SPITZ,2002).

La qualité de vie est une notion de plus en plus importante à l'heure actuelle, et surtout de plus en plus utilisée. Chacun lui attribue le sens qu'il veut mais tout le monde s'accorde qu'il faut la préserver, voir même l'améliorer.

En effet, la qualité de vie est un concept clé dans diverses disciplines notamment en politique, en économie, en sociologie, en géographie et plus récemment en psychologie (BONARDI et al, 2002).

Tout au long de ce chapitre, nous allons préciser le concept de qualité de vie. Et pour cela il est nécessaire de définir et d'expliquer cette notion.

1. Historique et évolution du concept de qualité de vie :

Le terme de la qualité de vie a été initialement introduit aux Etats-Unis dans les années 50 comme slogan politique, puis étendu à un niveau social et individuel dans les années 70. La notion de la qualité de vie apparaît pour la première fois dans les Annales de médecine Interne en 1966 (TAZOPOULOU, 2008).

Le concept de qualité de vie n'est pas nouveau, historiquement quatre approches sont envisagées qui peuvent être décomposées en périodes d'intérêts en fonction du domaine de ceux qui l'abordent : philosophes, psychosociologues, politologues et médecins.

1.1. L'approche philosophique :

Dans cette approche les notions de bonheur, plaisir, désir et de bien-être font partie de la notion de qualité de vie. Pour Aristote, le bonheur est le désir suprême de chaque être humain.

La notion de plaisir est plus accessible et se différencie de celle de bonheur. Ces notions ont progressivement conduit à celle de bien être. Pour Kant le bien-être est indissociable du bonheur.

1.2. L'approche psychosociologique :

Ce qui intéresse les psychosociologues, c'est l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population. Les sociologues ont défini les notions de bonheur, de bien-être psychologique, de satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie. Pour eux le bien-être affecté par deux facteurs à savoir des facteurs externes (sociodémographique, intégration sociale, etc.) et internes (estime de soi, besoins et désir, etc.). Ce n'est que tardivement, en 1976, qu'apparaît le terme de qualité de vie avec les travaux de Bradburn sur la structure psychologique du bien-être. Ce terme tel qu'il est étudié par les psychologues et les sociologues reste lié à la santé. Aussi, il permet une exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociales et familiales.

1.3. L'approche politologue :

Selon cette approche, la notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Dans les années 1960, aux Etats-Unis, nous pouvons observer un intérêt et une préoccupation grandissants et quasiment omniprésents pour l'amélioration de la qualité de vie.

1.4. L'approche économiste :

La qualité de vie est également un concept économique, elle pose, d'une part, la question de l'état de santé d'un pays. Les économistes se basent essentiellement sur des variables quantitatives pour mesurer la qualité de vie afin de percevoir objectivement la réalité sociale. D'autre part, les études économiques identifient la qualité de vie comme un facteur important du développement économique (Wong, 2001). Elle a un impact non négligeable sur la croissance économique des villes. En d'autres termes, selon Wong (2001), il existerait un lien causal entre la qualité de vie et le processus de développement économique local.

1.5. L'approche géographique :

Depuis plusieurs années, les géographes accordent une place importante à l'observation des phénomènes sociaux et s'attachent davantage à étudier la manière dont le groupe social évolue dans son milieu de vie et comment il le perçoit. L'approche du concept de qualité de vie s'est effectuée à travers le déséquilibre des rapports entre l'homme et son cadre de vie (pollution, bruit, dégradation du paysage urbain, stress...). Pour définir ce concept Tobelem-Zanin (1995) considère trois types d'éléments : les éléments du milieu ou de l'environnement physique (cadre de vie), les éléments économiques (niveaux de vie et modes de vie) et les éléments socio-culturels (mode de vie et bien-être). Elle précise également que l'évaluation de la qualité de vie dans les villes passe par le choix de critères objectifs. Les indicateurs sélectionnés permettent de déterminer les disparités de la qualité des cadres de vie, des niveaux de vie et des modes de vie, afin d'établir un classement des villes. Elle met ainsi en évidence l'état qualitatif des villes en termes géographiques, économiques et socio-culturels.

1.6. L'approche médicale (santé) :

Dans le domaine de la santé le concept de qualité de vie est fréquemment utilisé pour évaluer l'état de santé tout en incluant la dimension de satisfaction. La recherche en santé s'intéresse à l'implication de la maladie dans la qualité de vie du patient. Ce peut être notamment le cas des interventions chirurgicales présentant des effets secondaires importants, les chercheurs examinent alors l'impact des traitements d'une maladie sur la qualité de vie du patient. Par exemple, les conséquences et les effets plus ou moins bénéfiques des traitements contre le cancer ont amené les équipes médicales à s'interroger sur la pertinence de certaines actions médicales. A travers cette approche, il y a un réel souci d'identification des effets indésirables pour préserver au mieux la qualité de vie quotidienne des patients.

2. Conceptions et définitions de la qualité de vie :

2.1. Définitions de la qualité de vie :

La qualité de vie est un concept abstrait, subjectif, mais aussi évolutif et relatif. Sa perception évolue dans le temps et l'espace, elle varie selon les groupes sociaux. Il est, de part ce fait, difficilement envisageable de pouvoir trouver une définition de la qualité de vie universelle. C'est une conceptualisation complexe dont il n'existe à ce jour aucune définition consensuelle. Cette notion devient, cependant, une nouvelle préoccupation majeure intéressant chacun d'entre nous (HILTBRAND, 2008).

Comme le souligne Spitz(1999), le concept de qualité de vie ne recouvre pas les mêmes champs selon les auteurs.

La " vie " fait référence à tout un contexte, intra- et interpersonnel, à une situation psychique et physique. Evaluer sa qualité, c'est donc évaluer les

capacités, physiques et psychologiques du sujet pris dans ses interactions avec le monde qui l'entoure (famille, travail, relation à soi).

La qualité de vie d'un individu est donc un concept complexe, multidimensionnel et subjectif dont l'évaluation est exprimée de façon optimale par l'individu lui-même.

La sociologue Anne Fagot-Largeault nous dit : « La qualité de vie, sous l'angle individuel, c'est ce qu'on souhaite au nouvel an : non pas la simple survie, mais ce qui fait la vie : bonne santé, amour, succès, confort, jouissance bref, le bonheur... ».

Dans cette définition la sociologue pointe déjà la bonne santé comme le premier facteur qui fait la vie. En médecine, définir la qualité de vie est encore plus compliqué. L'OMS ne définit elle pas la santé comme un état de bien être physique, social et psychologique mais quelle vaste définition !

Selon les articles conceptuels de (Patrick et al, 1973), elle peut se résumer comme étant « le degré de satisfaction d'un sujet dans des différents domaines de sa vie que sont la santé, la vie relationnelle, les conditions matérielles, la vie psychique et affective » (CUPA, 2002, p.126).

Et selon Ripon (1983), la qualité de vie est un phénomène psychologique complexe qui serait inclus dans le phénomène de bien-être psychologique et elle serait fondée sur une appréciation subjective (BONARDI et al, 2002).

Ainsi, en fonction des différentes approches, nous pouvons trouver de nombreuses définitions de la qualité de vie. Pour notre part, nous retiendrons celle de l'OMS (1993) qui décrit la Qualité de vie comme "la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel,

englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement"(TERRA, 2009).

La qualité de vie concerne aussi l'ajustement à la maladie dans la vie quotidienne. Il est capital de ne pas limiter la qualité de vie à la santé. Les évaluations du niveau de santé et de la qualité de vie sont deux évaluations complémentaires, mais de nature et de méthodologie fondamentalement différentes (CHWALOW, 1996).

Il est donc important de distinguer la qualité de vie liée à la santé de la qualité de vie globale ou générale. A la différence de la qualité de vie générale, la qualité de vie liée à la santé renvoie aux aspects de la qualité de vie ou du fonctionnement qui sont tributaire de l'état de santé de la personne. Selon la définition de la santé par l'OMS, à savoir qu'il s'agit d'un état de bien-être physique, mental et social, et non pas de la simple absence de maladie ou d'infirmité (Mapper et Zembatu, 1986), la qualité de vie est indéniablement un vaste concept, surtout en ce qu'il a trait à la santé et à la maladie mentale. La notion de qualité de vie liée à la santé distingue les déterminants de la qualité de vie propre à la santé des autres déterminants de la qualité de vie (le revenu, la sécurité d'emploi, les conditions de vie). L'évaluation spécifique de la qualité de vie liée à la santé accorde une part importante aux soins et aux traitements, sans toutefois éliminer les facteurs qui ne sont pas directement rattachés à la santé. A la fin des années 1970 la prise en compte de la qualité de vie dans les recherches cliniques est centrée sur l'évaluation par le patient de son vécu (RIZZO et SPITZ, 2002).

2.2. Conceptions de la qualité de vie :

Selon Nordenfelt (1994), la notion de qualité de vie est le plus souvent confondue avec celles de qualité de vie associée à la santé, d'état de santé et de bien-être subjectif. En réalité, c'est la qualité de vie qui est le concept le plus large de tous et le plus intégratif. La qualité de vie est une « collection de dimensions » (LAWTON, 1997).

2.2.1 Conception objective :

Il s'agit de l'ensemble des conditions qui contribuent à rendre la vie agréable et/ou facile et/ou confortable. Ces conditions comprennent pour un individu donné, la qualité de l'environnement naturel, la qualité du logement, les ressources matérielles, la qualité de l'environnement familial, les relations sociales, le niveau d'études, ainsi d'autres facteurs, mais aussi et surtout, l'état de santé. La qualité de vie objective renvoie aux items ou aux échelles qui visent à déterminer le nombre ou l'intensité d'expérience observables dans la vie d'une personne. Elle correspond aux conditions de vie du sujet telles qu'elles apparaissent à un observateur extérieur.

Les mesures de qualité de vie ne doivent pas être confondues avec des niveaux d'aspiration ou de désir personnel, elles se réfèrent plus clairement et plus fondamentalement à la situation actuelle réelle des individus : physique, psychologique et sociale (JENKINS, 1992, p.369).

2.2.2 Conception subjective :

Le concept de qualité de vie subjective, opposé à celui de qualité de vie objective, s'est ainsi développé et a donné lieu à diverses tentatives de quantification par le biais d'auto-questionnaires.

De nombreuses définitions ont été proposées pour ce concept difficile à saisir, car éminemment subjectif, soumis aux normes culturelles et comprenant de très

nombreux paramètres : conditions de vie, bien-être psychologique, écart par rapport à un idéal de vie, satisfaction des besoins perçus et des désirs...Les mesures subjectives ou évaluatives de la qualité de vie renvoient aux items ou aux échelles qui ont pour objet de déterminer comment un individu évalue les répercussions de la maladie sur son fonctionnement physique, social et/ou affectif, ou dans quelle mesure il est satisfait de ces différentes expériences de vie (RIZZO et SPITZ, 2002).

2.2.3 Conception intégrative :

Une définition intégrative souvent trouvée dans la littérature est celle de l'OMS (1993). La qualité de vie comprend au moins trois dimensions : physique, psychologique et sociale. De plus en plus, les dimensions économiques/matérielles et spirituelles sont aussi prises en compte. Toutes des dimensions sont le plus souvent évaluées à deux niveaux : le niveau de fonctionnement du sujet sur ces dimensions, ainsi que sa satisfaction par rapport à ce niveau de fonctionnement (LELORAIN, 2009, p.25).

Il existe deux sortes de conceptions intégratives, les unes simplement additives, d'autres plus dynamiques impliquant à la fois certaines conditions de vie objectives et la façon dont chaque individu perçoit et utilise ses ressources pour se réaliser.

Parmi les définitions intégratives simplement additives, on trouve par exemple celle-ci :

La qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement (OMS, 1994).

Si cette définition est complète et se réfère bien à toutes les composantes de la qualité de vie, elle est quelque peu statique. Certaines définitions en soulignent les aspects processuels (ce que l'individu fait compte tenu de ce qu'il a), comme celle-ci : la qualité de vie, c'est « l'ensemble des ressources (sociales, personnelles et physiques) nécessaires à une personne pour réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins ».

D'autres définitions intégratives prennent en compte les interactions entre personne et environnement et considèrent la qualité de vie comme un véritable système :

La qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction de critères sociaux normatif et de critères individuels, du système « personne-environnement » de chaque individu (LAWTON, 1997).

Les définitions de la qualité de vie en termes à la fois intégratifs et dynamiques ont plusieurs avantages :

- prendre en compte à la fois les composantes « externes » (par exemple l'état de santé, les conditions de vie, etc.) et les composantes « internes » (par exemple la satisfaction, le bien-être subjectif, etc.) de cet ensemble complexe ;
- évaluer la qualité de vie selon plusieurs points de vue (hétéro-évaluation et auto-évaluation) ;
- considérer les interactions dynamiques entre les composantes de la qualité de vie.

3. Les grands domaines de la qualité de vie :

Les auteurs s'accordent aujourd'hui, même dans le milieu médical, à reconnaître que la qualité de vie est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines : physique, mental et social notamment.

Ces domaines doivent être évalués selon plusieurs points de vue et critères (mesures « objectives », hétéro-évaluation par un observateur, auto-évaluation). Ainsi par exemple l'état fonctionnel d'un malade peut être décrit selon divers points de vue : diagnostic global du médecin, enregistrements fournis par certaines techniques (radiographie, scanner, électroencéphalogramme, etc.), compte rendu du patient (santé perçue). Pour discordants qu'ils puissent être, tous ces témoignages sont intéressants à considérer car ils constituent les divers facettes de la qualité de vie.

3.1. Le domaine psychologique de la qualité de vie :

Pour la plus part des auteurs la composante psychologique de la qualité de vie comprend les émotions et les états affectifs positifs. Pour d'autres, elle inclut en outre une absence d'affects négatifs (anxiété, dépression). De même, quelques auteurs situent dans ce domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamique processuelles comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi (créativité sens donné à la vie, morale, vie spirituelle, compréhension du monde, etc.). Pour d'autres auteurs les « valeurs » de l'individu sont à classer dans une catégorie supplémentaire. Seules des analyses structurelles permettront de savoir comment se regroupe ces divers composante de la qualité de vie.

Enfin, si les techniques auto-évaluatives sont considérées comme le meilleur moyen pour explorer la dimension psychologique de la qualité de vie, d'autres méthodes peuvent s'avérer tout à fait utiles comme les tests qui peuvent être utilisés pour évaluer la détérioration ou l'efficacité relative des capacités mentales.

3.2. Le domaine physique de la qualité de vie :

Ce domaine comprend plusieurs aspects de santé, dont les principaux sont la santé physique et les capacités fonctionnelles, qui se subdivisent à leur tour en

composantes plus fines. Ainsi la santé physique comprend-elle : l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes et divers indicateurs biologiques. Les capacités fonctionnelles incluent : le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes qu'il peut accomplir et sa relative autonomie (ou dépendance). Il peut sembler assez artificiel de séparer les dysfonctionnements psychologiques, physiques et sociaux, en étroite interdépendance chez un individu donné.

L'évaluation de ces deux aspects de la qualité de vie physique (santé physique, capacités fonctionnelles) selon deux points de vue : un point de vue « externe » (médical par exemple), qui va consister à évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles individus et un point de vue « interne », seulement accessible par auto-évaluation, qui permettra d'atteindre les représentations, perceptions et le vécu subjectif de sa santé par le patient lui-même.

3.3. Le domaine social de la qualité de vie :

Ce domaine intègre les relations et les activités sociales des individus. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations quantitativement suffisant (c'est l'intégration sociale effective) et qualitativement satisfaisant (c'est le soutien social perçu, en termes de disponibilité et de satisfaction).

Ainsi, il existe de nombreuses échelles de qualité de vie qui évaluent la santé sociale, définie comme la participation à des activités sociales (famille, amis, loisirs, vie professionnelle, vie amoureuse, vie civique). C'est le cas d'échelles larges comme le WHOQOL, existe en version longue à 100 items qui permet d'explorer six domaines de la qualité de vie (santé physique, santé psychique, autonomie, relation sociale, environnement et spiritualité) et la version courte à 26 items qui explore seulement quatre domaines (santé physique, santé psychologique, relation sociale, environnement).

Certains auteurs comme Griffin (1988), accorde plus d'importance à la qualité plus que à la quantité des relations sociales des individus (comme, par exemple, l'authenticité de ces relations). Pour d'autres comme Flanagan (1982), la façon dont l'individu évalue ses activités sociales (estime de soi sociale, sentiment de réalisation de soi, échecs et réussites, etc.) est aussi un indicateur d'un bon fonctionnement social (BRUCHON-SCHWITZER, 2002).

4. Les composantes de la qualité de vie :

4.1. La satisfaction de la vie :

La satisfaction de la vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre la vie d'une personne et ses normes de référence (valeurs, etc.). C'est « l'évaluation globale que le sujet fait de sa vie » (Pavot et al, 1991). Pour Diener (1994), la satisfaction de la vie renvoie à un jugement conscient et global sur sa propre vie. Elle peut être à son tour décomposée, en vingt domaines plus spécifiques (profession, famille, loisir, santé, finances, soi, groupe d'appartenance, etc.). La satisfaction de la vie est définie comme « une appréciation subjective de la personne de sa situation actuelle par rapport à ses propres espérances » (CORRIGAN et al, 2001).

4.2. Le bonheur :

Le bonheur est une notion issue de la philosophie et qui désigne un état dans lequel les affects positifs l'emportent, sur les affects négatifs. Ce terme est remplacé peu à peu par les composantes du bien-être subjectif (absence d'affectivité négative, présence d'affectivité positive, satisfaction globale).

Quelques chercheurs en psychologie ont réhabilité la notion de « bonheur » depuis les années quatre-vingt-dix (Argyle et al, 1989 ; Buss, 2000 ; Eysenck,

1990 ; Myers, 1993). Pour eux, le bonheur est une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver fréquemment des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté, etc.), à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité, etc.).

Pour Musschenga (1997), le bonheur est une notion « pluraliste », il comprend trois composantes : une composante émotionnelle positive, une composante cognitive-évaluative (la satisfaction : estimer que l'on a réussi à réaliser ses aspirations), une composante comportementale (l'excellence : réussite auto-évaluée dans ses activités).

Le terme de « bonheur » est resté marqué longtemps par son origine philosophique, malgré les précisions et opérationnalisations apportées par les psychologues, cette notion est considérée comme un équivalent de la notion de bien-être. En outre, le bonheur est considéré aujourd'hui comme un trait plutôt que comme un état.

4.3. Le bien-être subjectif :

Le bien-être subjectif se définit selon trois critères essentiels (Rolland, 2000) :

- Il est subjectif, c'est bien une auto-évaluation, qui n'a rien à voir avec les conditions de vie objectives (bien-être matériel) ;
- Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de la vie) ;

- Il ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives (telles que les explorent les échelles d'anxiété, de dépression ou d'hostilité), car il correspond à la présence d'affects agréables (affectivité positive).

L'intérêt de ce modèle est d'intégrer des processus cognitifs (évaluation, jugement, comparaison) et des processus émotionnels. Il prend en compte, à la fois, l'affectivité négative et l'affectivité positive. Le bien-être subjectif ne correspond pas seulement à l'absence de symptômes psychologiques, c'est aussi la présence d'émotions et d'états agréables (plaisir, joie, satisfaction, bonheur), auxquels on ajoute la satisfaction de la vie qui n'est cependant pas toujours évaluée dans les échelles de bien être.

Le bien-être subjectif est l'un des sous-ensembles les plus importants de la qualité de vie. S'il inclut ce qu'on a appelé le bonheur et la satisfaction de vie, il ne se confond pas avec le bien-être matériel (Welfare) ni avec ce qu'on appelle la santé aujourd'hui (BRUCHON-SCHWITZER, 2002).

5. La qualité de vie et ses mesures :

La qualité de vie est un concept complexe, véritable constellation de domaines et de dimensions, parfois confondus à tort avec cet ensemble. Une description de quelques outils de mesure de la qualité de vie permettra d'illustrer ce à quoi renvoie cette notion.

5.1. Le paradoxe de la mesure de la qualité de vie :

Il y a bien entendu un paradoxe à penser que l'on puisse quantifier du qualitatif et mesurer des états tels que la santé ou la qualité de vie en se basant sur des éléments d'informations aussi subjectif que les opinions des malades. La plus

part des controverses sur la possibilité de mesurer la qualité de vie semble dues à une reconnaissance des limites que revêt cette entreprise.

Néanmoins, la différence que l'on observe entre ce qui semble relever de l'ordre du quantitatif et ce qui semble relever de l'ordre du qualitatif, peut être considéré comme un artefact dont la cause se trouve dans notre système d'observation.

L'approche quantitative conduirait à des nombres, quant à l'approche qualitative conduirait à des concepts et donc à des mots (les modalités verbales). Il s'agit en fait de deux systèmes de représentation.

Il n'est donc pas impossible de réinterpréter en termes quantitatifs des attributs initialement pensés en termes qualitatifs. Les questions dont seront constitués les instruments, sont proposés à partir d'une analyse quantitative. La valeur de mesure dépend donc de celle de l'analyse qualitative (AUQUIER, IORDANOVA, 2004).

5.2. Les instruments de mesure de la qualité de vie :

La plus part des instruments de mesure sont des ensembles de questions standardisées qui sont regroupées en dimensions ou concept « mesurés ». On interroge successivement par exemple l'activité physique, l'état psychologique, l'activité sociale et le sentiment de bien-être. Des scores seront attribués aux différentes réponses possible, un algorithme permet de calculer les scores qui correspond à chaque dimension (et éventuellement le score globale).

5.3. Les quatre composantes constituées de tout instrument sont :

Premièrement le questionnaire comprend un ensemble de descripteurs qui vont permettre de définir les différents états de santé du sujet. Ses questions regroupées en dimensions mesurée dont on pense liées à la qualité de vie.

Deuxième élément, un ensemble de valeurs subjectif qui sont associées à chacun des états possibles et les situent quantitativement les uns par rapport aux autres.

Troisième élément, la fonction d'attribution des valeurs à chacun des états possible, c'est-à-dire la formule « algorithme » qui permet de calculer chaque score et qui fixe les relations entre les réponses du sujet aux questions et la mesure des concepts interrogés.

Quatrième élément, la littérature de référence qui permet de comprendre et d'interpréter la signification des mesures obtenues (AUQUIER, IORDANOVA, 2004, p.30).

5.4. La typologie des instruments utilisés : peuvent être classé en fonction de :

- L'origine des questions : les questions peuvent avoir plusieurs sources (des experts, des groupes de patients, des médecins, d'autres travailleurs sociaux ou médicaux).
- Des méthodes de pondération : les pondérations sont parfois obtenues par technique statistique. Dans tous les cas, les méthodes utilisées et la compensation de la population de référence doivent être précisées car elles peuvent influencer les pondérations résultantes.

- Mesures obtenues : suivant les scores que l'on peut obtenir, en distinguant deux types d'instruments : les index qui permettent de calculer un score global et les profils qui fournissent un score pour chacune des différentes dimensions de la qualité de vie, sans les combinée en score unique.
- Population concernée : les échelles de qualité de vie peuvent être généralistes, c'est-à-dire applicables à tous les domaines médicaux et permettant des comparaisons par pathologie ou bien spécifiques c'est-à-dire construites pour une pathologie spécifique.

Pour certains instruments, c'est le médecin qui répond au questionnaire : le principal avantage est de diminuer le taux de réponses manquantes. Dans d'autres cas c'est le sujet lui-même qui répond : il s'agit de questionnaires auto-administrés, dont l'intérêt est d'avoir la perception directe du sujet sur sa qualité de vie (ALAIN, 1999, p.32-33).

5.5. Validité de l'instrument :

L'instrument doit répondre à quatre critères :

- Validité : c'est la capacité à bien mesurer la qualité de vie, avec une distinction entre validité interne (cohérence de l'agencement interne de l'échelle) et validité externe (corrélation de la mesure avec une autre échelle de la qualité de vie faisant référence).
- Fidélité ou précision, appréciée sur la cohérence interne et la reproductibilité.

- Sensibilité : c'est la capacité à mettre en évidence une variation jugée pertinente selon les sujets, et chez un même sujet au cours du temps.
- Faisabilité, applicabilité : conditions d'utilisation faciles, bonne acceptabilité (GRAS, 2009, p.19).

5.6. Illustration de quelques instruments de mesure de la qualité de vie :

Il existe deux sortes d'échelles de la qualité de vie : génériques et spécifiques. Les mesures génériques ont été élaborées pour convenir à une très grande variété d'individus et de groupes ; elles couvrent des aspects très vastes de l'existence, concernent à la fois les ressources physiques, mentales et sociales des individus et la façon dont ceux-ci évaluent globalement leur vie. Les mesures spécifiques sont adaptées aux problèmes particuliers d'une population donnée (atteinte d'une maladie, d'un handicap, ou subissant un traitement particulier). Elles explorent de façon précise les domaines de vie pouvant être affectés par cette maladie ou ce traitement. Elles sont en général plus courtes et plus sensibles au changement que les mesures génériques, mais ne permettent pas de comparaison entre des groupes différents.

5.6.1 Les instruments génériques :

En réalité, il ne faut pas se fier au nom des outils mais aux dimensions et domaines qu'ils explorent. Certains concernent la qualité de vie globale, d'autres la qualité de vie associée à la santé. Bien que plus spécifiques, car ils concernent les conséquences de l'état de santé sur la qualité de vie (et non la qualité de vie en général), ces outils sont génériques dans la mesure où les items sont formulés en termes assez généraux pour convenir à des groupes très différents. La très

grande majorité de ces mesures de la qualité de vie sont auto-évaluatives et concernent donc la qualité de vie subjective.

- **Le MOS SF-36 (medical Outcome Study Short Form 36 items) :**

Il est issu d'une étude transversale menée sur 20 000 patients et d'une étude longitudinale menée pendant quatre ans sur 2 546 patients souffrant de pathologies divers (diabète, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, etc.) par Ware et Sherbourne (1992). Au départ la qualité de vie était évaluée par 149 items. Les échelles qui en sont dérivées sont beaucoup plus courtes, auto-évaluatives, concernent plusieurs domaines et dimensions de qualité de vie. Le SF-36 doit sa notoriété à un projet international (le projet IQOLA : international Quality of Life Assessment) qui a consisté à adapter et valider cette technique dans 15 pays différents.

Il s'agit bien d'une échelle de qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale. Il n'y a pas de prise en compte du bien-être matériel, ni valeurs, ni de la satisfaction de la vie globale.

Tout le monde s'accorde à évaluer le SF-36 très favorablement, car il est d'une validité et d'une fidélité satisfaisantes compte tenu de son petit nombre d'items, de sa bonne acceptabilité et de sa sensibilité au changement. De plus, on dispose de normes établies dans de nombreux pays et sur de nombreux groupes cliniques (BRUCHON-SCHWEITZER, 2002).

- **Le WHOQOL-100 et le WHOQOL-26 (World Health Organization Quality of Life) :**

Le WHOQOL est un instrument destiné à être utilisé dans le monde entier, il est développé durant les années 1980 aux Etats-Unis, dans le cadre d'une étude plus large. Il correspond à un ambitieux projet de l'OMS : élaborer un outil qui respecte les différences culturelles (aspects éventuellement spécifiques de la qualité de vie), tout en permettant des comparaisons internationales. Le WHOQOL à 100 items (WHOQOL-100) et une version plus courte à 26 items (WHOQOL-26) ont été élaborés et adaptés dans 15 pays différents par l'OMS (Caria et Quemada, 1995 ; Leplège, 1999 ; OMS, 1997). La version longue permet d'explorer six domaines de la qualité de vie (santé physique, santé psychique, autonomie, relations sociales, environnement et spiritualité).

La version courte à 26 items n'explore que quatre domaines (santé physique, santé psychologique, relations sociales, environnement). Elle a des qualités psychométriques satisfaisantes. C'est sans doute l'instrument le plus intéressant actuellement, car il est sensible, fidèle, homogène, économique et que de nombreuses normes existent (dans différents pays et sur divers sous-groupes). Il a déjà été traduit dans vingt langues différentes. Les domaines de l'utilisation de WHOQOL-26 sont nombreux : la pratique médicale, la recherche, l'évaluation des soins, le choix de certains traitements, etc. En psychologie de la santé, on l'utilise surtout pour évaluer la qualité de vie comme critère à prédire (BRUCHON-SCHWEITZER, 2002).

- **Le MOS-20 :**

Cette échelle qui dérive du SF-36, est une abrégée, comportant 20 items qui explorent six domaines de la qualité de vie liée à la santé. Ces domaines sont :

activité physique, vie relationnelle, vie sociale, santé psychique, perception de l'état de santé et douleur physique. Il s'agit d'un questionnaire qui peut être administré par enquêteur, ou auto-administré, dont l'un des avantages les plus évidents est la brièveté, puisque son administration ne nécessite en général que cinq minutes. A l'instar du SF-36 ? Le SF-20 donne lieu à l'établissement de score par domaine ; il n'existe pas de score global. Les propriétés psychométriques établies dans la publication originale de 1988 sont bonnes avec une fiabilité et une validité satisfaisante.

- **Le SIP (Sickness Impact Profile) :**

Il s'agit de l'un des plus anciens questionnaires de qualité de vie générique, mis au point dans les années 1970, dans le but de mesurer les répercussions de pathologie dans douze domaines de l'état de santé , qui sont : sommeil et repos, alimentation, loisirs, travail, taches ménagères, déplacement, mobilité, soins du corps, vie sociale, comportement émotionnel, vivacité et communication. Il comporte 136 items, peut être auto-administré ou administré par enquêteur. Chaque item nécessite une réponse binaire, et est pondéré pour établir un score par domaine, ou pour établir le score global. Les catégories : déplacement, mobilité, soins du corps peuvent être regroupés pour donner un score « physique », tandis que les dimensions : comportement émotionnel, vie sociale, communication et vivacité dans un score « psychosocial ». Plus le score est élevé, plus l'état de santé est altéré (ou perçu comme tel par le patient). Ce questionnaire anglo-saxon est surtout axé sur l'aspect comportementaliste du retentissement des pathologies. Les avantages du SIP sont surtout le fait de l'existence d'une riche expérience clinique de son utilisation dans différents domaines de la pratique médicale, mais également sa disponibilité dans plusieurs langues.

Ses inconvénients sont de deux ordres : d'une part, ce test est relativement long à mettre en œuvre (nécessite entre 20 à 30 minutes) qui demande une importante concentration de la part du patient. D'autre part, le SIP présente un « effet plafond », qui se manifeste par l'impossibilité d'établir une distinction parmi les patients ayant le meilleur état de santé, avec peu d'altération de la qualité de vie (GENTILE et al, 2003).

Tableau n°1. Liste des questionnaires génériques sur la qualité de vie traduits et validés en français

Thème	Questionnaire/ Utilisation	Objectif/patients	Nombre d'items	Référence/Bibliogra- phique
Générique	EuroQol-5D (EQ 5D) Auto- administré	Simple et rapide d'utilisation Mobilité, prendre soin de soi, activités quotidiennes, douleur/gêne et angoisse/dépression	5	Ellis et al, 2005
Générique	Profil de santé de Duke Auto- administré	Qualité de vie en rapport avec la santé, notamment en cas de maladie chronique 10 dimensions : physique, mentale, sociale, générale, santé perçue, estime de soi, anxiété, dépression, douleur,	17	Guillemin et al, 1997

Générique	SF 36 SF 36 V2 Auto-administré	Évalue la santé physique et mentale d'un individu. 8 dimensions de la santé (activités physiques, activités sociales, résistance morale, physique et émotionnelle pour accomplir les tâches quotidiennes, douleur physique, santé mentale générale, vitalité, perception de l'état de santé en général). Indice pour la santé physique et mentale (0-100).	36	Aaronson et al, 1992 Leplège et al, 1995 Leplège et al, 2001
Générique	SF12 Auto-administré	Réalisé à partir du SF-36 Score de qualité de vie mental et social et score de qualité de vie physique Enquêtes en population générale et auprès des patients	12	Gandek et al, 1998
Générique	SF 8	Réalisé à partir du SF-36 Ultime évolution avec 1 question par	8	Medical Outcomes Trust http://www.sf-36.org/tools/sf8.shtml

		domaine du SF-36 Enquêtes en population générale		
Générique	SIP Auto- adminstré	12 rubriques, 136 items, impact de la maladie sur différents aspects de la vie au quotidien (interaction sociale, communication, sommeil, locomotion...) Réponse vrai/faux Score Long	29	Gilson et al, 1975 Chwalow et al, 1992
Générique	ISPN	Perception de la santé physique, psychique et émotionnelle. 6 dimensions : le sommeil (5 questions), la mobilité physique (8 questions), l'énergie (3 questions), la douleur (8 questions), les réactions émotionnelles (9 questions), l'isolement social (5 questions). Très simple à	38	Bucquet et al, 1990

		utiliser (oui/non) Utilisé dans le cadre du travail		
Générique	Echelle d'autonomie de Katz pour les activités de base de la vie quotidienne Interrogatoire du patient et de son entourage	6 questions sur l'autonomie vis-à- vis des activités de base (se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer, continence) Permet une quantification approximative du niveau de dépendance et une estimation des besoins (notamment en gériatrie) Simple et rapide à utiliser (oui/non)	6	Katz et al, 1963 Katz et al, 1992
Générique	WHODAS 2 Hétéro- administré Auto- administré	Difficultés causées par l'état de santé : une maladie ou un malaise, ou tout autre problème de santé qui peut être de courte durée ou chronique, une blessure, des problèmes mentaux ou émotionnels et	36 12	World Health Organization http://www.who.int/ classifications /icf/whodasii/en/ index.html

		des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues. 30 derniers jours		
Générique	MFI Auto-administré	Explore 5 dimensions de la fatigue	20	Fillon et al, 2003 Smets et al, 1995 Casillas et al, 2006

(HAS, 2013).

5.6.2 Les instruments spécifiques :

Des échelles de qualité de vie spécifiques ont été construites pour décrire de façon fine et sensible des populations cliniques particulières (patients douloureux, cancéreux, cardiaques, insomniaques, arthritiques, etc.). Elles sont utilisées le plus souvent pour évaluer de façon précise l'impact d'une pathologie (ou celui de certains protocoles thérapeutiques) sur les divers domaines de la vie.

Si de telles mesures sont discriminatives (au sein d'un même groupe), elles ne permettent pas, en général, de comparer des groupes différents.

- **L'AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales) :**

Cet outil a été élaboré pour évaluer la qualité de vie des patients atteints d'arthrite rhumatoïde (AR) dans un centre de recherche de l'université de Boston (Meenan et al, 1982). L'AIMS comprenait au départ 57 items et 9 échelles (mobilité, activité physique, activités quotidiennes, symptômes, santé perçue globale, gêne fonctionnelle, sévérité de l'arthrite, etc.). La validation de cet outil sur un échantillon de 625 patients a conduit les auteurs à l'améliorer et à en proposer une seconde version, L'AIMS-2, qui est encore bien longue (78

items, 12 domaines). Une version à 26 items abrégée, L'AIMS-2-R, a été élaborée en 1995.

Des auteurs français adaptent et valident cette version sur des patients polyarthritiques (Guillemim et al, 1997) et élaborent l'EMIR (échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïdes), qui comprend 26 items et permet d'évaluer 5 dimensions valides et fidèles (physique, psychique, sociale, professionnelle, symptômes). On a administré l'EMIR (évaluation de la qualité de vie subjective) et des mesures biomédicales et cliniques (évaluation de l'état fonctionnel « objectif ») à 60 polyarthritiques français masculins suivis pendant deux ans. Une analyse factorielle de ces critères (à la fin du suivi) a abouti à deux facteurs : l'un de qualité de vie « physique » (qui regroupe les indicateurs, objectifs et perçus, d'activité de la maladie), l'autre de qualité de vie « émotionnelle » (AGUERRE, 1999, p.234).

- **Le QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire for Cancer patients) :**

Cet outil a été élaboré par l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of cancer) pour évaluer la qualité de vie de patients atteints de cancer du poumon, puis a été adapté pour d'autres patients cancéreux. Il comprend 30 items et mesure 9 dimensions de la qualité de vie spécifique (état physique, limitation des activités, état cognitif, état émotionnel, relations sociales, nausées, fatigue, douleurs et état de santé général). Une analyse menée en 1994 sur plus de 500 patientes atteintes de cancers du sein confirmera la stabilité de cette structure factorielle et l'homogénéité et la stabilité des échelles.

Cet outil a été appliqué à 75 patientes françaises atteintes d'un cancer du sein métastatique et suivies pendant deux ans. On évaluait à la fin du suivi la qualité de vie des patientes (par divers indicateurs hétéro- et auto-évalués). Une analyse

factorielle de ces critères a permis d'isoler deux facteurs : l'un de la qualité de vie physique objective (critères biomédicaux), l'autre de la qualité de vie subjective (regroupant tous les critères auto-évalués) (BRUCHON-SCHWEITZER, 2002, p.81).

Tableau 2. Avantages et inconvénients des mesures génériques et spécifiques

	Avantages	Inconvénients
Génériques	Validité établie	Pas toujours orienté vers le domaine adéquat
	Détecte des modifications dans des dimensions variées	Pas toujours sensible au changement
	Permet de comparer plusieurs maladies	Souvent long et coûteux
Spécifique	Proche du jugement clinique	Pas de comparaisons possibles avec d'autres maladies
	Plus sensible et spécifique	Application limitée à certaines populations ou à certains types d'intervention
	Plus sensible au changement	Ne mesure pas des effets inattendus

(LYHYAOUI, 2011).

5.7. Objectif de la mesure de la qualité de vie :

L'objectif de mesure de la qualité de vie peut être de décrire des personnes ou des groupes de personnes, notamment pour évaluer si elles sont à risque. Un autre but est de détecter des changements dans le temps, en particulier dans le cadre d'essais thérapeutiques. Enfin le troisième intérêt est de prédire une évolution future de santé, dans un cadre de prévention (GRAS, 2009, p.19).

Conclusion

La qualité de vie n'est pas une notion simple à appréhender. Son manque de définition et les confusions polysémiques qu'elle engendre, rendent parfois difficile le projet de mesure de la qualité de vie.

A travers l'analyse du concept de qualité de vie, nous pouvons identifier deux questions importantes : qu'est-ce que la vie ? Et qu'est-ce que la qualité de vie ? Il n'y a pas de réponses idéales à ces questions, du fait que le concept de la qualité de vie ne recouvre pas les mêmes dimensions selon les individus. Cependant, dans la littérature, nous pouvons relever un consensus : le concept de la qualité de vie pour ne pas être une expression d'exclusion, doit s'appliquer à tous les êtres humains, qu'ils aient ou non des problèmes.

Les études sur la qualité de vie ont permis la sensibilisation sur la perception des conditions de vie des personnes saines et des personnes atteintes de pathologie. La qualité de vie restera toujours l'expérience subjective que la personne a de sa propre vie.

Chapitre III

La qualité du sommeil

Préambule

L'état de veille est interrompu de façon cyclique par le sommeil. Le sommeil est un processus actif qui correspond à une suspension d'activité au niveau du système réticulé activateur ascendant et à son remplacement par une autre activité qui prend naissance dans des structures anatomiques différentes.

Le sommeil constitue un état modifié de conscience que l'on vit quotidiennement et naturellement, et qui occupe un tiers de la vie.

Notre organisme fonctionne, en moyenne, selon une alternance de 16 heures de veille et de 8 heures de sommeil. De plus, on sait que ce cycle, de plus ou moins 24 heures, est régi par un mécanisme interne de contrôle connu sous le nom d'horloge biologique. C'est cette dernière qui est responsable de la régulation des centres du sommeil et de l'éveil, situés dans le tronc cérébral, et la formation réticulaire (GODEFROID, 2001).

1. Définition du sommeil:

Etat physiologique, survenant périodiquement, caractérisé par la réduction de l'activité, le relâchement du tonus musculaire et la suspension de la conscience.

W.Dement et N.Kleitman ont décrit deux types de sommeil, objectivés par les tracés de l'EEG: le sommeil à ondes lentes ou « sommeil lent » et le sommeil à ondes rapides, encore appelé « sommeil paradoxal » ou phase de MOR (SILLAMY, 1991).

2. La physiologie du sommeil:

L'entrée dans le sommeil survient, la plupart du temps, de façon spontanée, au cours de la période d'inactivité du rythme circadien. Elle ne peut cependant se produire que si les récepteurs auditifs, olfactifs et visuels ne signalent la présence d'aucun danger immédiat, et que les besoins essentiels de l'organisme

sont satisfaits. Si c'est le cas, le système d'éveil, chargé du maintien de l'activité du cortex par l'action de l'acétylcholine, de la noradrénaline et de la sérotonine, Cesse de fonctionner suite à l'entrée en scène des mécanismes de l'endormissement et du sommeil à ondes lentes.

L'endormissement résulte, tout d'abord, de la libération par la région pré-optique ventro-latérale de l'hypothalamus, d'un neurotransmetteur (un facteur S non encore identifié activant les neurones « du sommeil », de forme triangulaire). Ce dernier est chargé de freiner la production de sérotonine et de noradrénaline, responsables de la libération de l'acétylcholine par les neurones « de l'éveil » des noyaux de la jonction ponto mésencéphalique. Ces noyaux constituent, en effet, une espèce de pacemaker endogène, qui joue un rôle important dans le maintien de l'état de veille, mais aussi, comme nous le verrons plus loin, dans celui du sommeil paradoxal en maintenant un taux suffisant de ces neurotransmetteurs. Le facteur S agit également sur le système parasympathique, en provoquant la dilatation des vaisseaux sanguins, ainsi que la diminution du métabolisme et de la température centrale.

Quant au sommeil paradoxal. On sait que son siège se situe dans la partie centrale du tronc cérébral. Jouvett a en effet montré qu'un animal. Chez lequel on supprime la plus grande partie du cerveau, à l'exception de la formation réticulaire de cette zone, continue à connaître des phases de SP.

L'entrée dans le sommeil paradoxal résulterait de l'arrêt de la production de sérotonine, entraînant le déclenchement du pacemaker endogène, que constituent les noyaux cholinergiques situés à la jonction ponto-mésencéphalique. L'action du pacemaker va se traduire par la production de pointes d'ondes lentes de haut voltage, telles que recueillies par l'EEG, qui portent le nom de pointes ponto-géniculo-occipitales, ou PGO. Le rôle de ce générateur d'activité PGO est celui de chef d'orchestre de l'activité onirique. Il est non seulement responsable de

l'activation de l'écorce cérébrale, de thalamus, et de la majorité des neurones de la formation réticulaire, mais il entraîne, de plus, l'excitation des noyaux oculomoteurs responsables des mouvements oculaires rapides, des systèmes sensoriels (surtout visuels), ainsi que des systèmes moteurs responsables des mouvements corporels. Le déclenchement des mouvements corporels est cependant immédiatement empêché par un neurotransmetteur encore inconnu, dont la production, par une partie du locus coeruleus (le locus coeruleus a). Va entraîner, par l'intermédiaire des voies descendantes, l'inhibition des neurones moteurs innervant la musculature striée. Seuls, les neurones responsables de l'activité oculaire, et les mécanismes régis par le système autonome, comme ceux de la respiration ou de l'érection, échappent à ce blocage. L'arrêt de la période de sommeil paradoxal serait provoqué par la production de noradrénaline, en provenance du locus coeruleus, chargée de mettre fin à l'activité du pacemaker (GODEFROID, 2001).

3. Les types du sommeil :

3.1 Le sommeil à ondes lentes:

Le sommeil à ondes lentes représente près de 80% de la durée totale de sommeil. A l'aide d'un électroencéphalographe (EEG), chargé d'enregistrer l'activité cérébrale du dormeur, les scientifiques ont détecté, à la suite de l'endormissement, quatre stades au cours desquels l'activité cérébrale se présente sous la forme d'ondes de plus en plus lentes jusqu'au stade 4, correspondant au sommeil profond.

L'endormissement lorsque l'individu s'étend, les yeux fermés, pour dormir, l'activité du cerveau se met au ralenti. Les ondes bêta, caractéristiques de l'état d'éveil, font alors place à des volées de plus en plus nombreuses d'ondes alpha, pendant que se développent des images fugaces, mais aussi précises que celles

d'un film sur un écran. C'est le stade hypnagogique, entre veille et sommeil, qui ne dure que quelques minutes.

Au fur et à mesure que s'accroît la profondeur du sommeil, les rythmes cardiaque et respiratoire deviennent plus réguliers et ralentissent, tandis que la température corporelle diminue progressivement.

Le stade 1 : L'accès au stade 1 est caractérisé par l'apparition d'ondes bêta qui remplacent peu à peu les ondes alpha. Ce stade correspond à un état de somnolence et de rêverie qui peut durer de une à neuf minutes. Il semble jouer un rôle important chez les créateurs qui lui attribuent certaines intuitions ou des idées ayant amené la solution à leur problème.

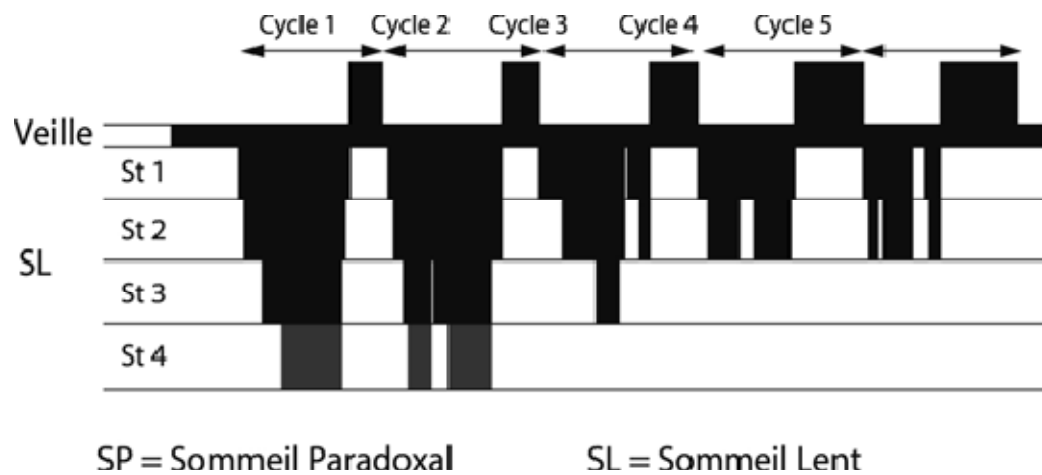
Le stade 2 : C'est au cours du stade 2 qu'apparaissent, durant des périodes de 1 à 2 secondes, des « fuseaux de sommeil » de fréquences plus élevées (12 à 14 HZ) que les ondes alpha. La durée de ce stade varie de 30 à 45 minutes.

Le stade 3 : Le stade 3 est une période de transition qui ne dure que quelques minutes. Pendant celle-ci, les « fuseaux de sommeil » disparaissent et des ondes de plus en plus lentes de type delta s'installent.

Le stade 4 : C'est le stade de sommeil profond (c'est au cours de celui-ci que la récupération est maximale pour l'organisme), réparateur, qui peut durer près d'une demi-heure, et duquel il est difficile de sortir le dormeur. Il se caractérise par une production accrue d'ondes delta. C'est au cours de ce stade, qui représente 20 à 25% du temps total de sommeil, que se produisent près de 80% des rêves à haute voix, les crises de somnambulisme et les terreurs nocturnes entraînant un réveil brutal. Le sujet n'en conserve cependant presque aucun souvenir au réveil (GODEFROID, 2001).

Représentation schématique de la répartition des stades de sommeil au cours d'une nuit. Noter l'organisation en cycles du sommeil.

Figure 1 : Représentation schématique de la répartition des stades de sommeil au cours d'une nuit.



3.1.1 Le rôle du sommeil à ondes lentes :

Il permet au corps de se reposer et de reconstituer ses forces. Il faut noter que chez le sportif, sa durée augmente après un entraînement intensif (FOUCHER, p.42).

3.2 Le sommeil paradoxal :

Environ 90 minutes se sont écoulées depuis l'endormissement lorsque, brusquement, l'activité du cerveau se modifie et que s'effectue une remontée à travers les différents stades. Les ondes delta sont bientôt remplacées par des ondes bêta ; le rythme cardiaque s'accélère, le sang afflue au cerveau et dans les corps caverneux du pénis, qui entre en érection, la respiration devient rapide, des hormones sont sécrétées comme si l'organisme devait faire face à un stress. Sous les paupières se produisent des mouvements oculaires rapides (MOR), absence lors du sommeil à ondes lentes et qui n'atteignent jamais cette rapidité à

l'état de veille. Et pourtant, le corps reste flasque et sans tonus : c'est le stade de sommeil paradoxal, comme l'a appelé le neurologue français Jouvet(1995). Ce stade va durer de 15 à 20 minutes.

A la fin de cette période, l'activité cérébrale ralentit à nouveau, et un deuxième cycle commence, qui amènera encore, et pour la dernière fois, le sujet au stade 4.

Au cours des cycles suivants, le sommeil ne dépassera en effet plus les stades 3 ou 2. Mais chaque fois, après 70 minutes environ, l'activité cérébrale s'accélèrera de nouveau, pour déboucher sur une autre période de sommeil paradoxal d'une durée moyenne de 20 minutes. Ainsi, le sommeil paradoxal couvre, pour sa part, 20 à 25% d'une nuit de sommeil (GODEFROID, 2001).

3.2.1 Le rôle du sommeil paradoxal :

Il permet de stocker les informations, de consolider la mémoire et il favorise la régulation du stress. Il permettrait au cerveau d'effectuer des « séances de révisions » (FOUCHER, p.42).

Tableau n°3 : Les besoins du sommeil avec l'âge :

Les besoins moyens du sommeil	
Groupes d'âge	Heures par jour
0 à 2 mois	16,5 à 18,5
2 à 12 mois	14 à 15
12 à 18 mois	13 à 15
18 mois à 3 ans	12 à 14

3 à 5 ans	11 à 13
5 à 12 ans	9 à 11
Adolescents	8,5 à 9,5
Adultes	7 à 9

(MORIN, 1997, p.240).

5. Les troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil sont une plainte subjective fréquente ; ils nécessitent néanmoins une écoute attentive, un examen clinique minutieux, parfois un interrogatoire de l'entourage (BONIN, 2013).

Les troubles du sommeil constituent un véritable problème de santé publique, tant par leur fréquence que par leurs répercussions humaines, sociales et économiques (RUBIO et al, 2013).

5.1 Les pathologies spécifiques du sommeil :

5.1.1 Le syndrome d'apnées du sommeil : se présente rarement sous forme d'une plainte d'insomnie, mais plutôt de somnolence diurne avec sensation de sommeil non récupérateur. Il s'agit d'une obstruction des voies aériennes supérieures, survenant lors des phases de sommeil paradoxal surtout, causée par l'hypotonie musculaire apparaissant à ce stade. Cela entraîne une apnée cause d'hypoxie, qui peut se répéter plusieurs fois par nuit. Cette pathologie est plus fréquente chez les sujets âgés, et son diagnostic se fait à l'aide d'un enregistrement polysomnographique. Ainsi, une étude américaine de 1991 trouvait que 24% des plus de 65 ans présentaient au moins 5 apnées par heure, et 11% au moins 10 épisodes par heure. Le syndrome d'apnées du sommeil entraîne une élévation des risques d'accident cardiovasculaire. Son traitement se base sur une perte de poids (il s'agit essentiellement de sujets obèses), l'élimination des facteurs favorisants tels que consommation d'alcool ou de

sédatifs, accompagnées d'une ventilation nocturne en pression positive. Une intervention chirurgicale permet parfois de traiter ce trouble. Ce diagnostic doit être éliminé avant toute prescription d'hypnotiques, car ceux-ci risquent d'aggraver l'apnée. Il est donc fortement recommandé d'interroger le patient, et surtout son conjoint, à la recherche de ronflements sonores suivis d'épisodes d'apnées, avant toute prescription d'hypnotique.

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

5.1.3 Le syndrome des jambes sans repos : est une pathologie dont la prévalence varie de 2 à 15% selon les études, et serait plus fréquente chez les personnes âgées. Son diagnostic se fait à l'interrogatoire, lorsque les patients décrivent un besoin irrésistible de bouger les membres inférieurs, et parfois les membres supérieurs, en raisons de sensations désagréables qui s'aggravent au repos. Il peut être idiopathique, et dans ce cas une origine génétique est suspectée en raison de la fréquence des cas familiaux, ou secondaire à une carence martiale, à des lésions neurologiques, un diabète, une grossesse, une insuffisance rénale ou favorisé par certains médicaments : antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de recapture de la sérotonine, lithium, antagonistes

dopaminergiques. La caféine pourrait en aggraver la symptomatologie. Le traitement dépendra de la tolérance aux symptômes, et repose essentiellement sur les agonistes dopaminergiques, les opiacés, les hypnotiques, certaines benzodiazépines (clonazépam) ou anti-épileptiques (carbamazépine).

5.1.4 Les troubles du rythme circadien : ne constituent pas une pathologie spécifique des personnes âgées, bien que l'avance de phase soit plus fréquente chez elles en raison des modifications physiologiques. Le retard de phase est une cause d'insomnie en raison des contraintes sociales, et l'on peut supposer que les patients porteurs de cette pathologie, une fois à la retraite, n'en souffrent plus, ou moins. Dans les deux cas, le traitement repose sur la chronothérapie, consistant en un « rephasage » au cours d'une hospitalisation en centre du sommeil, sur la mélatonine ou la photothérapie.

5.1.5 Les parasomnies : telles que les terreurs nocturnes ou le somnambulisme sont aussi des causes d'insomnie. Ce sont des pathologies rares chez l'adulte, devant faire suspecter une pathologie organique ou psychiatrique sous-jacente.

Les ivresses du sommeil correspondent à un éveil en stade III, avec un état confusionnel, souvent favorisé par la prise d'un hypnotique.

Les comportements anormaux du sommeil paradoxal se voient surtout après 50 ans. Ils se caractérisent par l'apparition d'un comportement moteur élaboré violent, tel que tentative de fuite ou de défense pouvant occasionner des blessures au sujet lui-même ou à son entourage. Il s'agit d'un passage à l'acte au cours d'un rêve, dans une phase de sommeil paradoxal où le tonus musculaire est conservé. Il peut être secondaire à des lésions pontomésencéphaliques ou se voir lors d'une sclérose en plaques, d'une maladie de parkinson, d'une narcolepsie, d'une polyradiculonévrite de Guillain-Barré, de certaines atteintes

vasculaires. La prise de tricycliques est parfois incriminée. Le traitement repose sur le clonazepam (GIRAUD, 2005).

5.2. L'insomnie :

De nos jours, une part importante de nos populations souffre de troubles du sommeil, en partie en réponse à l'augmentation des facteurs de stress socio-culturels, imposés par nos sociétés modernes.

Parmi les plaintes multiples de sommeil, la plus fréquente et la plus ancienne est sans doute l'insomnie (LEISETEDT, 2007).

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

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

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

On différencie deux types d'insomnie : les insomnies transitoires ou occasionnelles et les insomnies chroniques qui posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques très différents.

Et selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) l'insomnie est : une plainte de diminution subjective du sommeil, qui s'accompagne de plaintes au sujet des fonctions diurnes, telles que : fatigue, somnolence, irritabilité, vertiges, troubles de la concentration et diminution des prestations (Declercq, 2005).

5.2.1 Examen de l'insomniaque :

- **Interrogatoire** : il précise :

- **Nature de l'insomnie** : déficit de l'endormissement, réveil au milieu de la nuit, réveil précoce.
- **Quantité du sommeil** : heure et durée de l'endormissement, horaire et nombre et durée des éveils nocturnes, heure de réveil.
- **Qualité du sommeil** : valeur réparateur du sommeil (retentissement, difficulté de réveil).
- **Hygiène de vie** : rechercher la prise d'excitants (tabac, physique, stress, surmenage), notion de changement du cycle nycthémeral (voyage, travail d'équipe).
- **Antécédents somatiques.**

- **Examen somatique** :

Recherche un traumatisme crânien, une méningite, des traits de la personnalité névrotique...etc. et apprécie le degré de retentissement physique de l'insomnie.

- **Enregistrement polygraphique du sommeil** :

EEG, EMG dans les laboratoires du sommeil. (ASK, 2012).

5.2.2 Les types de l'insomnie :

- L'insomnie transitoire :

L'insomnie transitoire fait partie de la vie normale : il est normal de voir son sommeil perturbé pendant quelques jours dans certaines circonstances.

La difficulté tient au fait qu'une insomnie occasionnelle risque de se pérenniser ; l'intervention médicale doit surtout chercher à prévenir ce risque.

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

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

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

On distingue six sous-groupes :

- **Insomnie liée à une mauvaise hygiène du sommeil** : elle peut être due aux activités qui augmentent la durée de l'éveil telles que l'utilisation de substances stimulantes (caféine, alcool), au travail

intellectuel ou physique nocturne (insomnie de surmenage en rapport avec une hyperactivité et une restriction prolongée et volontaire du sommeil), ou aux activités qui entraînent une mauvaise organisation du sommeil : passer beaucoup de temps au lit (manger, regarder la télévision ou même travailler au lit), faire de longues siestes dans la journée avec des heures de coucher irrégulières.

- **Insomnie liée à des facteurs de l'environnement :** inconfort (température ambiante trop élevée ou trop basse, lit non confortable...), bruit, lumière maintenue allumée.
- **Insomnie liée à un stress physique :** elle est due aux affections organiques transitoires. Elle peut être consécutive à une douleur aiguë (maux de dent, fracture, migraine...), à une infection avec fièvre, toux, frissons, etc., à un prurit (affection dermatologique, allergie, infection...).
- **Insomnie d'ajustement :** il s'agit d'un éveil émotionnel en rapport avec un stress (crainte des investigations médicales et de leurs résultats, problèmes familiaux et/ou professionnels, examens, frustration, décès d'un proche, accident), un conflit (familial tel que divorce, au travail...) ou un changement de l'environnement (séparation, difficultés de l'adaptation à la nouvelle situation).
- **Insomnie d'altitude :** elle peut être liée à l'hypoxie, au froid, au stress ou à l'inconfort. L'insomnie s'associe souvent à d'autres symptômes (fatigue, céphalée, palpitations, anorexie...).

- **Insomnie de rebond** : suite à l'arrêt brutal des somnifères. Elle se caractérise par une diminution de la durée du sommeil et une mauvaise qualité du sommeil (même pire qu'avant le traitement médicamenteux) (TRIBOLET et SHAHIDI, 2005).

- L'insomnie chronique :

L'insomnie chronique constitue un véritable problème, étiologique et surtout thérapeutique. On différencie les insomnies chroniques d'origine physique, d'origine psychique et les insomnies persistantes primaires (les plus fréquentes) qui ne reconnaissent pas de cause spécifique.

A/ L'insomnie chronique d'origine physique :

Certaines dysomnies : mouvements périodiques du sommeil, impatience des membres inférieurs à l'éveil, syndrome d'apnées du sommeil sont plus souvent responsables de somnolence diurne, d'autres étiologies sont le plus souvent facilement identifiées :

- pathologies douloureuses ou inflammatoires, notamment cancéreuses et rhumatismales ;
- maladies neurologiques (parkinson, démences, etc.) ;
- toxiques (alcool entre autres).

B/L'insomnie chronique d'origine psychique :

On pourrait lister ici presque toutes les affections psychiatriques :

- les troubles thymiques :
 - dépression : l'insomnie est une plainte précoce du dépressif, souvent associée à une clinophilie (il « se réfugie » dans son lit) ; état maniaque,

avec une difficulté d'endormissement et une diminution du temps de sommeil dont le patient ne se plaint pas habituellement ;

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

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

-les démences où il y a une « inversion du rythme nyctéméral » avec somnolence diurne et éveil nocturne.

- L'insomnie persistante primaire :

C'est l'insomnie «maladie », appelée aussi insomnie « psychophysiologique ». C'est aussi la forme la plus fréquente, l'insomnie est souvent apparue à un moment précis dans l'histoire du patient à l'occasion d'un deuil, d'une séparation ou d'une autre circonstance pénible, mais le retour au sommeil normal ne se produit pas, même lorsque la cause occasionnelle a disparu. Elle comporte des difficultés d'endormissement, et un trouble du maintien du sommeil, le sommeil devient une appréhension.

Le sommeil est perçu comme non réparateur, mais paradoxalement, et malgré l'impression de fatigue, il n'ya pas de somnolence diurne ; les tentatives de sieste « réparatrice » échouent en raison de la même difficulté d'endormissement que pour le sommeil de nuit ; la présence d'une somnolence est un argument contre le diagnostic d'insomnie persistante primaire et doit faire rechercher une étiologie spécifique. Il convient aussi de noter la discordance entre l'importance subjective du retentissement diurne et la discrétion du retentissement objective. Typiquement, ces patients se disent très handicapés

par la fatigue, les troubles de la concentration, les troubles de la mémoire, etc. cependant, l'évaluation objective des fonctions cognitives démontre l'absence de perturbation (Godefroid, 2001).

5.2.3 Les principales causes de l'insomnie :

- **Facteurs environnementaux :**

Bruit ambiants, chariot de traitement, luminosité, ronflements d'un autre patient, va- et- vient du personnel ; discussions dans le corridor, système de cloches d'appel, talons bruyants, etc.

- **Habitudes de vie :**

Changement d'horaire, changement de saison, manque d'exercice, siestes diurnes trop longues, coucher trop tôt, boissons stimulantes (café, thé, cola), repas copieux avant de se coucher ou activités stimulantes.

- **Médicaments :**

-Effets secondaires : antidépresseurs, psychostimulants, diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, etc. ;

-Posologie des médicaments : dose et horaire de la prise ;

-Durée d'utilisation de somnifères sous ordonnance ou en vente libre ;

-Sevrage intentionnel ou non intentionnel des somnifères.

- **Usage chronique (plus de 1 an) des benzodiazépines et agonistes aux récepteurs benzodiazépines :**

-Sont les médicaments les plus souvent prescrits au Canada pour traiter l'insomnie ;

- Sont efficaces à court terme (pour diminuer le délai d'endormissement et augmenter la durée totale du sommeil) ;
- Diminuer également le sommeil profond (stades 3 et 4) et augmentent l'activité rapides des ondes cérébrales : donc augmentent la durée du sommeil, mais en diminuent la qualité ;
- Entraînent une tolérance et en perdent leur efficacité avec l'usage prolongé (plus de 2 semaines consécutives) ;
- Augmentent les risques d'effets indésirables sur les fonctions cognitives, les chutes, les interactions médicamenteuses et l'apnée du sommeil.

- **Problèmes de santé physique :**

- Syndrome d'apnée du sommeil (associé aux myopathies, myasthénies grave, AVC, etc.) ;
- Syndrome des jambes sans repos, impatiences musculaires ;
- Douleur rhumatismale et d'autre origine, ex : arthrose, neuropathie, etc. (douleur aigue et chronique) ;
- Diabète (polyurie nocturne), hyperthyroïdie, vessie hyperactive, nycturie ;
- Asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance cardiaque, tachycardie, angor ;
- Reflux gastro-œsophagien, désordres intestinaux, prurit, sueurs nocturnes ;
- Démence (avec inversion du cycle éveil-sommeil ou cycle irrégulier).

- **Problèmes de santé mentale ou psychologiques :**

- Dépression, trouble anxieux, maladie bipolaire ;

- Stress, deuils multiples, peur de mourir, anticipation d'une nuit sans sommeil.

- **Signes et symptômes de l'insomnie et des désordres du sommeil:**

- Retard à l'endormissement, réveils fréquents pendant la nuit, réveil prématuré ;
- Sensation de fatigue au réveil, fatigue, somnolence diurne, léthargie durant la journée ;
- Ronflements, réveils la nuit avec sensation d'étouffer ; apnées avec respiration de type Cheynes-stokes, activités motrices ou verbales durant le sommeil, chutes du lit ;
- Irritabilité, humeur dépressive, anxiété extrême, baisse de l'attention ;
- Hypersensibilité au froid, à l'inconfort physique et à la douleur ;
- Quantité totale de sommeil réduite/24 heures (à titre indicatif, une nuit normale se situe entre 6 et 8 heures). (Gouvernement du Québec, 2012).

5.2.4 Le traitement de l'insomnie :

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

- Les principaux agents pharmaceutiques utilisés dans le traitement pharmacologique sont les antidépresseurs, les benzodiazépines et les hypnotiques non benzodiazépines. Bien que les hypnotiques soient reconnus pour leur efficacité à court terme, leur utilisation demeure actuellement contro-versée, car peu d'études en ont vérifiés les répercussions à long terme. L'utilisation des benzodiazépines comme

hypnotiques est associée à de l'abus, de la tolérance, de la dépendance, à une mortalité plus élevée, à un nombre plus élevé de fractures de la hanche de même qu'une diminution du sommeil profond. Ainsi, avant de prescrire une benzodiazépine, il faut négocier avec le patient la durée du traitement. A l'heure actuelle, les hypnotiques autres que les benzodiazépines semblent avoir une marge d'innocuité plus intéressante.

- **Qu'est ce que la thérapie cognitive de l'insomnie ?**

La thérapie cognitive adaptée au traitement de l'insomnie vise à amener les patients à repérer leurs croyances erronées sur l'insomnie, à envisager d'autres hypothèses et à changer les attitudes qui nuisent au sommeil. Il est important de ne pas nier les troubles du sommeil, mais de les ramener à une perspective plus juste de court-circuiter le cercle vicieux de l'insomnie. Une personne qui souffre d'insomnie utilise ses croyances erronées comme filtre pour interpréter ses difficultés de sommeil. Elle nourrit ainsi des attentes irréalistes, des fausses attributions et des mauvaises conceptions des causes de son insomnie. Elle essaie alors de dormir à tout prix, blâme l'insomnie pour tous ses maux et modifie également son attitude envers le sommeil et le manque de sommeil (VALLIERES et al, 2004).

- **Qu'est ce qu'un traitement cognitivo-comportemental contre l'insomnie ?**

Le traitement cognitivo-comportemental a fait l'objet de nombreuses recherches scientifiques depuis plusieurs décennies, et ce pour plusieurs troubles psychologiques. Le cadre de cette approche ainsi que ses objectifs ont été bien décrits. La thérapie cognitivo-comportementale à également été

appliquée à l'insomnie. Son efficacité a été démontrée et confirmée par des études empiriques récentes. Elle demande la participation active de patient, mais lui procure à moyen terme un meilleur sommeil, une plus grande satisfaction et une meilleure maîtrise de sa vie.

Les principales composantes du traitement cognitivo-comportemental sont :

- La restriction du sommeil, qui consiste à limiter le temps passé au lit au nombre d'heures de sommeil réel ;
- Le contrôle par le stimulus qui comprend une série d'instructions permettant de diminuer les activités incompatibles avec le sommeil et de régulariser l'horaire de sommeil ;
- La thérapie cognitive qui vise à modifier les croyances dysfonctionnelles face à l'insomnie ;
- L'éducation sur l'hygiène du sommeil, qui comprend l'enseignement des bonnes habitudes de sommeil (éviter la consommation de café par exemple).

L'outil de base pour évaluer l'évolution du sommeil durant le traitement est le journal de sommeil. Le patient doit consigner chaque jour ses heures de coucher, de lever, et son temps d'éveils nocturnes. Le traitement s'effectue en six rencontres hebdomadaires. Pour bien évaluer l'efficacité des interventions, un minimum de deux journaux du sommeil est nécessaire avant de commencer le traitement.

5.3. Les hypersomnies :

5.3.1 Définition :

Selon les critères objectifs, il s'agit d'un sommeil nocturne de plus de douze heures ou d'une somnolence permanente de plus de huit jours, mais ces critères, de même que les critères d'insomnie excluent beaucoup de patients qui se plaignent d'un excès quantitatif ou qualitatif de leur sommeil entraînant une perturbation dans leur fonctionnement nocturne anormalement long et/ou une somnolence diurne excessive (il s'endort devant la télé, dans la salle de conférences), ou d'accès de sommeil durant la journée avec une durée normale du sommeil nocturne, ou encore une augmentation du temps de passage du sommeil à l'état de veille.

5.3.2 Différents sous-groupes :

- **Hypersomnie primaire ou idiopathique** : caractérisée par un sommeil nocturne anormalement prolongé, souvent entre dix et douze heures avec une qualité normale, survenant presque tous les jours. Le patient présente une difficulté majeure à se réveiller le matin, parfois une ivresse de sommeil : désorientation temporo-spatiale, ralentissement psychomoteur avec lenteur de l'idéation et de la parole et troubles de la mémoire sous forme d'amnésie. Ces troubles persistent pour une courte durée, une heure maximum.

Une somnolence diurne se manifeste par des siestes longues (une heure, une heure et demie) ou une somnolence involontaire (en regardant la télé, en lisant, dans les salles de conférences). Le patient ne peut résister au sommeil. Dans la journée il présente une baisse de l'attention et de la vitesse de l'idéation entraînant une baisse importante de la performance au travail. Cette hypersomnie est caractérisée par l'absence de facteur étiologique connu.

- **Hypersomnie liée à une affection psychiatrique** : il s'agit d'une hypersomnie de refuge rencontrée dans le syndrome dépressif, souvent accompagnée de troubles des conduites alimentaires (hyperphagie) et de troubles sexuels (impuissance, frigidité, anorgasmie, troubles de l'éjaculation). On peut également observer l'hypersomnie dans certains syndromes d'inhibition avec ou sans troubles de la personnalité.

- **Hypersomnie liée aux affections organiques** : se rencontre dans les lésions encéphaliques, les méningo-encéphalites, les encéphalopathies alcooliques (syndrome de Korsakoff), l'insuffisance hépatique et rénale (TRIBOLET et SHAHIDI, 2005).

5.3.3 Les types de l'hypersomnie :

- **Hypersomnie récurrente** : syndrome de KLEIN LEVIN : il est rare, dans 3/4 des cas il s'agit d'un adolescent : pendant un épisode d'une semaine il y a une hypersomnie de 18h, dysphorie, troubles alimentaires, irritabilité et parfois désinhibition sexuelle. L'évolution se fait par un ou plusieurs accès par an avec disparition progressive vers l'âge adulte.

- **Hypersomnie paroxystique** : c'est une affection familiale qui débute vers l'âge de 12 ans caractérisée par une survenue impérieuse d'accès du sommeil diurne d'une durée moyenne de 10 minutes plusieurs fois par jour. La catalepsie, brusque relâchement musculaire avec inhibition de la mobilité est souvent associée réalisant ainsi le syndrome de GELINEAU (catalepsie et narcolepsie). Ce syndrome est gênant dans la vie socioprofessionnelle : il y a diminution des performances, il est suivi d'amnésie avec apparition de comportement automatique.

5.4. Syndrome d'apnées du sommeil de PICK WICK :

Il atteint le sujet de plus de 40 ans, obèse, polyglobulique et hypertendu. Il est caractérisé par une somnolence diurne, céphalées matinales, irritabilité, dysphorie, sommeil agité non réparateur, ronflement pharyngé et des pauses respiratoires.

5.5. Les parasomnies :

- **Somnambulisme** : il débute dans la période du sommeil peu profond, il est caractérisé par un comportement moteur élaboré durant quelques minutes à 1/2 heure interrompu par le sommeil profond avec amnésie totale. Il touche l'enfant et disparaît avec la puberté, sa persistance chez l'adulte doit faire suspecter un trouble névrotique ou une épilepsie.
- **Terreurs nocturnes** : observées chez 2% des enfants, elles surviennent pendant le sommeil lent (premier cycle) et dure quelques minutes avec réveil brutal, angoisse, parfois cri, sueurs, tachycardie, polypnée, amnésie de la crise.
- **Cauchemars** : ils surviennent en fin de nuit pendant un long épisode de sommeil paradoxal avec un réveil anxieux où le sujet peut se rappeler en détails d'un rêve chargé d'émotions inquiétantes et pénibles (ASK, 2012).

5.6. Troubles du sommeil nocturne :

Il existe de multiples réveils dans la nuit avec des cauchemars (sommeil haché). Dans les cas sévères le patient se réveille et se rendort sans arrêt. Une paralysie du sommeil accompagnée d'une activité hallucinatoire intense survient à chaque réveil.

5.7. Comportement automatique :

Il s'agit d'épisodes d'amnésie survenant la plupart du temps lors des épisodes de somnolence (le patient est entre le sommeil et l'éveil). Le sujet se livre à des activités sans but précis parfois incohérentes ou tient un discours hermétique. S'il est au volant, il peut conduire vers des destinations inconnues.

5.8. Paralysie du sommeil :

il s'agit d'une paralysie temporaire, partielle ou totale d'une courte durée lors des transitions entre le sommeil et l'éveil (plus fréquente au réveil qu'à l'endormissement). Le patient est incapable de bouger, d'ouvrir les yeux, de parler, voire de respirer. Cette paralysie est très angoissante pour le patient, il pense qu'il est en train de mourir (il ne peut mobiliser les membres, la tête). Elle est souvent accompagnée de phénomènes hypnagogiques ou hypnopompiques. La paralysie disparaît spontanément après quelques secondes ou quelques minutes souvent lors d'un effort intense pour bouger. Parfois il faut stimuler le patient. Dans ce cas la paralysie disparaît lors qu'un observateur essaie de réveiller le patient (TRIBOLET et SHAHIDI, 2005).

6. LA Classification internationale des troubles du sommeil :**6.1 Comparaison des trois classifications internationales :**

A/La CIM 10 décrit quatre principales de troubles du sommeil, avec leurs subdivisions, issues de l'ICSD.

La complexité de cette classification est due aux différents types de critères utilisés : symptomatiques, étiologiques, organiques ou autres.

Tableau n°4 : Troubles du sommeil selon la CIM 10.

Dyssomnies	Intrinsèques (dépendantes de l'individu)	Primaires	Par défaut :
			-insomnie idiopathique -insomnie familiale -autres
			Par excès :
			-narcolepsie -hypersomnies
		Secondaires	Troubles respiratoires du sommeil
			Mouvements anormaux du sommeil
			Autres
	Extrinsèques (dépendantes de facteurs externes)		Par défaut :
			-insomnie psycho- physiologique -mauvaise perception du sommeil -insomnie par défaut d'ajustement -mauvaise hygiène du sommeil -autres
			Par excès :
			-syndrome de carence de sommeil -autres

			<p>Intrinsèques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -retard de phase, avance de phase -irrégularité des cycles éveil/sommeil -autres <p>Extrinsèques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -décalage trans-méridien (jet-lag) -liées au travail posté -autres
Parasomnies	D'activation (hyperéveil)		Eveils confus, somnambulisme, terreurs nocturnes
	Liées au sommeil paradoxal		Troubles comportementaux, paralysie récurrentes, cauchemars
	Liées aux transitions veille/sommeil		Troubles dissociatifs nocturnes, énurésie, autres
Troubles du Sommeil d'origine médico-	Dépendants d'une pathologie causale	Psychiatriques	
		Neurologiques	Epilepsies morphéiques, céphalées liées au sommeil

psychiatrique		Autres troubles liés au sommeil	Reflux gastro-œsophagien, ischémie coronaire, troubles de la déglutition, laryngospasme
Troubles « proposés »	Sans consensus sur leur définition		Gros dormeur, petit dormeur, ronchopathie, somniloquie, etc.

(MAGNIER, 2006, p.11).

B/DSM-IV :

Pour le DSM IV (1995), les troubles du sommeil sont répartis en sections :

- troubles primaires du sommeil ;
- troubles en rapport avec un autre trouble mental ;
- trouble du à une affection médicale générale ;
- trouble induit par une substance.

Les troubles primaires du sommeil sont à leur tour subdivisés en :

- dysomnies : caractérisées par des anomalies de la quantité, de la qualité ou de l'horaire du sommeil ; on peut présumer qu'elles résultent d'anomalies endogènes des mécanismes responsables de la genèse du sommeil ou de l'horaire veille-sommeil, souvent compliquées par des facteurs de conditionnement :
- Parasomnies : caractérisées par des comportements anormaux ou des phénomènes physiologiques associés au sommeil, à certains de ses stades ou aux transitions veille-sommeil, elles correspondent plutôt à l'activation de systèmes physiologiques à des moments inappropriés du cycle veille-sommeil.

Tableau n°5 : Troubles du sommeil selon le DSM IV.

Troubles primaires	Dysomnies	-Insomnie primaire -Hypersomnie primaire -Narcolepsie -Trouble du sommeil lié à la respiration -Trouble du sommeil lié au rythme circadien -Dysomnie non spécifiée
	Parasomnies	-Cauchemars -Terreurs nocturnes -Somnambulisme -Parasomnies non spécifiées. Etats dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux généralisés, attaques de panique, troubles compulsifs, etc.
Trouble du à une affection générale		Hyperthyroïdie, pathologies douloureuses, épilepsie, cardiopathies, troubles respiratoires, reflux gastro-œsophagien, neuropathies dégénératives, etc.
Trouble induit par une substance psychostimulante		Psycho-stimulants, alcool, hypnotiques, médicaments prescrits, etc.

(MAGNIER, 2006, p.12).

C/ ICSD :

Propose le classement suivant, selon une approche de type phénoménologique. Cette dernière classification révisée fait disparaître les notions de troubles intrinsèques ou extrinsèques, évite la notion de dyssomnie et traite à part les parasomnies et les troubles organiques du sommeil (apnées, mouvements anormaux). La notion d'« insomnie avec comorbidité » est préférée à celle d'« insomnie secondaire » ; de ce fait, la notion d'« insomnie primaire » disparaît également.

Malgré cela ; le terme apparaîtra souvent dans les chapitres ultérieurs de ce document, car il est largement utilisé dans les diverses études présentées.

Tableau n°6 : Troubles du sommeil selon l'ICSD.

Insomnies	Insomnie d'ajustement
	Insomnie psycho-physiologique
	Insomnie paradoxale
	Insomnie idiopathique
	Insomnie liée à une pathologie psychiatrique
	Hygiène du sommeil inadéquate
	Insomnie comportementale de l'enfant
	Insomnie due à une drogue ou à une substance
	Insomnie liée à une pathologie physique
	Insomnie non due à une substance ni à un désordre physiologique connu (insomnie non organique)

	Insomnie physiologique non spécifiée
Troubles du sommeil relatifs à la respiration	
Hypersomnies d'origine centrale	
Troubles du sommeil liés aux rythmes circadiens	
Parasomnies	
Troubles du sommeil liées à des mouvements anormaux	
Symptômes isolés, variantes apparemment normales, problèmes non résolus	
Autres troubles du sommeil	

(MAGNIER, 2006, p.13).

Parmi les divers troubles du sommeil, le présent travail s'attache aux insomnies proprement dites de l'adulte, telles que classées par l'ICSD et qui répondent aux critères généraux de l'insomnie, à l'exclusion des autres troubles du sommeil.

▪ **Critères généraux de l'insomnie selon l'ICSD-2 :**

A. Le patient rapporte un ou plusieurs des plaintes suivantes :

1. Difficulté à s'endormir
2. Difficulté à rester endormi
3. Réveil trop précoce
4. Sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité

B. Les difficultés ci-dessus surviennent en dépit d'opportunités et de circonstances adéquates pour dormir.

C. Au moins un des symptômes suivants relatif au problème du sommeil nocturne est rapporté par le patient :

1. Fatigue, méforme
2. Baisse d'attention, de concentration ou de mémoire
3. Dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire
4. Instabilité d'humeur, irritabilité
5. Somnolence diurne
6. Baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative
7. Tendance aux erreurs, accidents au travail ou lors de la conduite automobile
8. Maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au manque de sommeil (MAGNIER, 2006).

Conclusion :

Le sommeil a souvent été considéré comme un arrêt momentané de l'activité physique et cérébrale. Or certaines études nous ont montré que le sommeil, indispensable à l'homme car le manque du sommeil ou le sommeil d'une mauvaise qualité entraîne des troubles sur la santé physique et mentale.

Même si les fonctions physiologiques et mentales du sommeil ont été mises en évidence, grâce à de nombreuses recherches, le sommeil reste tout de même un grand mystère pour l'homme.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodes et techniques utilisées

Préambule

Pour mener une recherche, on doit se baser sur une méthodologie bien spécifique, cette méthodologie qui organise et oriente notre travail et le rend objectif, tout d'abord avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation.

Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthode que nous avons suivis pour effectuer notre recherche, les outils utilisés ainsi que le terrain et la population d'étude.

1. Présentation du lieu de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au sein de l'université de Béjaia de campus Aboudaou qui est ouvert en 2003, ce campus situé sur la route de Tichy-Béjaia, il regroupe cinq facultés : faculté des sciences humaines et sociales, faculté de droit, faculté des sciences économiques, faculté des sciences et de gestion et des sciences commerciales, faculté des lettres et des langues, et faculté de médecine.

2. L'échantillon de l'étude et ses caractéristiques :

Notre échantillon d'étude est composé de 129 étudiants universitaires de sexes différents (filles et garçons) dont l'âge varie entre 19 et 31 ans, et de différentes filières (sciences humaines et sociales, français, anglais, arabe, droit, économie, langue et culture amazigh et médecine).

Sexe	Fréquence	Pourcentage %
Garçon	44	34,1
Fille	85	65,9
Total	129	100

Dans ce tableau, nous constatons que la majorité des membres de notre échantillon d'étude sont de sexe féminin, avec un pourcentage de 65,9%, face à un pourcentage de 34,1% de sexe masculin.

3. Le déroulement de l'enquête :

Nous avons distribués une échelle de qualité de vie et une échelle de qualité du sommeil sur 140 étudiants universitaires, nous sommes arrivés à récupérer 137 exemplaires mais après la vérification nous avons atteint un total de 129.

4. La méthode utilisée :

Dans notre recherche nous avons utilisés la méthode descriptive qui est une méthode scientifique très utilisée en science sociale afin d'observer, d'explorer, de décrire et d'interpréter les données dans leurs aspects multidimensionnels.

5. Les techniques utilisées :

Dans notre pratique sur le terrain, les techniques mises en œuvre sont :

5.1. L'échelle de qualité de vie :

Nous avons analysé la fiabilité de cette échelle avec le coefficient alpha cronbach et nous avons obtenu 0,77, ce qui nous permet de juger que le test est fiable et être utilisé pour notre recherche.

Cette échelle de la qualité de vie se compose de 26 items et 4 dimensions (physique, psychologique, sociale et pédagogique). La dimension physique contient 6 questions, la dimension psychologique contient 7 questions, la dimension sociale contient 6 questions et la dimension pédagogique contient 7 questions.

Le sujet répond selon trois possibilités : jamais, parfois et souvent.

-si le score est inférieur à 21, le sujet présente une mauvaise qualité de vie.

-si le score est supérieur à 32, le sujet présente une bonne qualité de vie.

L'objectif de cette échelle est de mesurer la qualité de vie du sujet.

Nous avons élaborés cette échelle en s'inspirant de quatre échelles de la qualité de vie qui sont :

- **SF-36 (short-form 36 health survey) :**

Développé Durant les années 1980 aux Etats-Unis, dans le cadre d'une étude plus large, Medical Out come Study ou MOS, le SF-36 est une échelle générique de mesure de la qualité de vie axée sur la perception par le patient de son état de santé, intégrant à la fois des données sur la subjectivité des patients, mais intègre également des axes plus comportementalistes.

Ce questionnaire peut-être auto-administré ou administré par enquêteur, soit par entretiens, etc. cette échelles comporte 36 items, explorant 8 domaines différents, qui sont : activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physique, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique (ORHAN, 2009, pp.32-33).

- **SEP-59 :**

Le SEP-59 est un auto-questionnaire validé pour la mesure de la qualité de vie dans la sclérose en plaques. Elle comporte 59 items, ce qui inclut les items du SF-36 et du MSQOL-54 afin de permettre la comparaison internationale des données.

Les réponses à ce questionnaire peuvent être présentées sous forme de profils ou histogramme, permettant de déterminer visuellement les dimensions « qui vont bien » (valeurs proche de 100) et celles où les problèmes sont important (valeurs proche de 0) (VERNAY et al, 2000).

- **SIP (Sickness Impact Profile) :**

Est une mesure qui permet de calculer des scores par dimension (12 dimension) ainsi qu'un score global. Le SIP est un auto- questionnaire qui peut aussi être administré par un enquêteur ou rempli par un proche du patient, il est long, 136 items, auxquels on répond de manière binaire par vrai/faux. Les items sont regroupés en 12 rubriques pour lesquels on compte le nombre de V/F.

Ce questionnaire a été conçu pour analyser les impacts de toutes maladies sur le comportement et les activités de la vie quotidienne (LEPLEGE et COSTE, 2002, p.29).

- **Echelle de bien-être général :**

Est un questionnaire qui contient 18 items déterminant comment se sent le répondant. Les quatorze premières questions se répondent sur une échelle Likert de 6 point (0 à 5) et les quatre dernières, sur une échelle graduée en 10 points (0 à 10) pour donner un score maximum de 110 (BRAVO et al, 1996, p.112).

5.2. L'échelle de qualité du sommeil de Spiegel :

Nous avons analysé la fiabilité de cette échelle avec le coefficient alpha cronbach et nous avons obtenu 0,97, ce qui nous permet de juger que l'échelle est fiable et être utilisé pour notre recherche.

L'échelle de Spiegel est une échelle qui contient 6 questions où le sujet répond selon 5 possibilités. Il permet de calculer des scores :

-si le score est inférieur à 11, le sujet présente une mauvaise qualité du sommeil.

-si le score est supérieur à 20, le sujet présente une bonne qualité du sommeil

L'objectif de cette échelle est d'évaluer la qualité du sommeil du sujet.

6. Les limites de l'étude :

Certaines limites se retrouvent dans cette étude. Tout d'abord, les données utilisées ne représentent que les étudiants universitaires de l'université d'Aboudaou. Ainsi que l'échelle de la qualité de vie est utilisable que pour les étudiants.

Conclusion

Nous avons exposée les techniques choisies, la méthode ainsi que l'échantillon et le lieu de notre étude en vue d'atteindre le but de notre recherche. Les informations présentées dans ce chapitre nous ont servi une démarche ordonnée pour une bonne organisation de notre recherche et cela à travers le respect des règles et des étapes de déroulement de notre étude, ce chapitre va nous permettre de nous introduire dans le dernier chapitre de ce travail, qui est celui de l'analyse, discussion et interprétation des résultats.

Chapitre V

**Analyse, discussion et
interprétation des
résultats**

1. Présentation des résultats descriptifs:

Tableau n° 07 : la répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge :

Age	Fréquence	Pourcentage
[19-21]	16	12,4
[22-24]	69	53,6
[25-27]	38	29,5
[28-31]	6	4,7
Total	129	100

Ce tableau représente la répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge où nous avons constaté que le pourcentage le plus élevé qui est de 53, 6% est celui des étudiants âgés entre 22 ans et 24 ans.

Tableau n°8 : La description de la qualité de vie et la qualité du sommeil chez les étudiants.

	La qualité de vie	La qualité du sommeil
Nombre valide	129	129
Moyenne	26,63	15,60
Ecart-type	7,51	5,21
Minimum	7	5
Maximum	44	28
Ecart-tilles 25	21	11
50	26	15
75	32	20

Dans le tableau ci-dessus nous constatons que la fréquence minimum de la qualité de vie chez les étudiants est de 7 et la fréquence maximum est de 44, par

contre la fréquence minimum de la qualité du sommeil est de 5 et la fréquence maximum est de 28. Les étudiants qui ont un écart-tille 25 ont un score de qualité de vie ≤ 21 et un score de qualité du sommeil ≤ 11 , l'écart-tille 50 concerne les étudiants qui ont un score =26 de qualité de vie et un score =15 de qualité du sommeil, et les étudiants avec un écart-tille 75 ont un score ≥ 32 de qualité de vie et un score ≥ 20 de qualité du sommeil.

Tableau n°9 : la répartition de l'échantillon selon le degré obtenu dans l'échelle de la qualité de vie

La qualité de vie	fréquence	Pourcentage %
Mauvaise (7-21)	39	30,4
Moyenne (22-31)	49	37,7
Bonne (32-44)	41	31,90

Dans ce tableau nous constatons que le nombre des étudiants qui présentent une mauvaise qualité de vie est de 39 avec un pourcentage de 30,4 et le nombre des étudiants qui présentent une qualité de vie moyenne est de 49 avec un pourcentage de 37,7, par contre 41 étudiants présentent une bonne qualité de vie avec un pourcentage de 31,90.

Ces résultats montrent qu'il n'y a pas une grande différence entre le pourcentage des étudiants qui ont une bonne qualité de vie et le pourcentage des étudiants qui ont une mauvaise qualité.

Tableau n°10 : la répartition de l'échantillon selon le degré obtenu dans l'échelle de la qualité du sommeil

La qualité de sommeil	fréquence	Pourcentage
Mauvaise (5-11)	33	25,60
Moyenne (12-19)	61	47,2
Bonne (20-28)	35	27,2

Dans ce tableau nous constatons que le nombre des étudiants qui présente une mauvaise qualité du sommeil est de 33 avec un pourcentage de 25,60, et le nombre des étudiants qui présente une qualité du sommeil moyenne est de 61 par contre 35 étudiants présentent une bonne qualité du sommeil avec un pourcentage de 27,2.

Donc ces résultats montrent qu'il n'y a pas une grande différence entre le pourcentage des étudiants qui ont une bonne qualité du sommeil et le pourcentage des étudiants qui ont une mauvaise qualité.

2. Présentation des résultats selon les hypothèses :

Tableau n° 11 : relation entre la qualité du sommeil et la qualité de vie et ses dimensions

Variables	Qualité de sommeil	
	r	sig
Qualité de vie générale	0,79	0,01
Dimension physique	0,57	0,01
Dimension psychologique	0,68	0,01
Dimension sociale	0,64	0,01
Dimension pédagogique	0,52	0,01

A partir des résultats du tableau ci-dessus nous pouvons constater qu'il y a une relation forte et positive entre la qualité de vie générale et la qualité du sommeil ($r = 0,79$ $p < 0,01$), en ce qui concerne les dimensions, nous avons constatés qu'il y a une relation forte et positive entre la qualité du sommeil et la dimension psychologique ($r = 0,68$ $p < 0,01$), une relation forte et positive entre la qualité du sommeil et la dimension sociale ($r = 0,64$ $p < 0,01$), une relation moyenne et positive entre la qualité du sommeil et la dimension physique ($r = 0,57$ $p < 0,01$), et une relation moyenne et positive entre la qualité du sommeil et la dimension pédagogique ($r = 0,52$ $p < 0,01$).

Tableau n°12 : différence dans la qualité de vie selon le sexe :

Qualité de Vie SEXE	N	Moyenne	T	Df	Sig
Garçon	44	27,64	1,089	85,15	0,27
Fille	85	26,11			

Dans le tableau ci-dessus nous remarquons qu'il n'y a pas de différence significative entre les filles avec une moyenne de 26,11 et les garçons avec une moyenne de 27,64 en ce qui concerne les résultats obtenus sur l'échelle de la qualité de vie ($T = 1,089$ $P = 0,27$), sachant que ($F = 0,008$ $P = 0,92$).

A partir de ces résultats nous pouvons constater que les moyennes des deux sexes sont très proches (26,11 pour les filles contre 27,64 pour les garçons) et ce la nous permet de dire qu'il n'ya pas de différence dans la qualité de vie selon le sexe.

Tableau n°13 : différence dans la qualité du sommeil selon le sexe :

Qualité du sommeil SEXE	N	Moyenne	T	Df	Sig
Garçon	44	16,57	1,49	82,70	0,14
Fille	85	15,11			

Dans le tableau ci-dessus nous remarquons qu'il n'y a pas de différence significative entre les filles avec une moyenne de 15,11 et les garçons avec une moyenne de 16,57 en ce qui concerne les résultats obtenus sur l'échelle de la qualité du sommeil ($T = 1,49$ $P = 0,14$) sachant que ($F = 0,94$ $P = 0,33$).

A partir de ces résultats nous pouvons constater que les moyennes des deux sexes sont très proches (15,11 les filles contre 16,57 pour les garçons) et ce la nous permet de dire qu'il n'y a pas de différence dans la qualité du sommeil selon le sexe.

3. Discussion et interprétation des résultats descriptifs :

Nous reprenons dans ce passage nos résultats pour pouvoir les discuter.

Les résultats obtenus dans les tableaux n°8, n°9 et n°10 concernant la description de la qualité de vie et la qualité du sommeil montrent que 39 des étudiants présentent une mauvaise qualité de vie ont un score inférieur à 21 avec un pourcentage de 30,4%, par contre le nombre des étudiants qui ont une bonne qualité de vie est 41 ont un score supérieur à 32 avec un pourcentage de 31,90%. Pour la qualité du sommeil le nombre des étudiants qui ont une mauvaise qualité de sommeil est 33 ont un score inférieur à 11 avec un pourcentage de 25,60%, par contre le nombre des étudiants qui ont une bonne qualité du sommeil est 35 ont un score supérieur à 20 avec un pourcentage de 27,2%.

A cet effet, nous avons constaté que le pourcentage des étudiants qui présentent une mauvaise qualité de vie et du sommeil est trop proche à celui des étudiants qui ont une bonne qualité.

Selon (STRENNA, 2011), intégrant dans un nouvel environnement, ces jeunes adultes peuvent éprouver de réelles difficultés d'adaptation à leur nouvelle vie étudiante. Cependant, les conditions de vie étudiante, avec les nombreux changements occasionnés, peuvent constituer des sources des répercussions non négligeables sur leur santé et leur qualité du sommeil.

Pour (MORIN, 1997), les étudiants universitaires, en raison de leur rythme de vie et des nombreuses exigences qui en font partie, peuvent être prédisposés aux difficultés du sommeil.

En ce qui concerne les étudiants qui présentent une bonne qualité de vie et du sommeil (GUILHEM, 2013), affirme que les somnifications sont des donneurs de temps essentiels et complètement naturels favorisant le sommeil des étudiants:

- effort physique pendant la journée ;
- les contacts sociaux et le rire ;
- le réseau social ou l'environnement social qui permet d'éviter la solitude.

L'environnement socioculturel : la culture constitue une composante essentielle de la qualité de vie. L'environnement est un facteur majeur dans la qualité de vie des étudiants, il n'en reste pas moins que l'environnement socioculturel a aussi un rôle prépondérant pour l'intégration des étudiants à la vie universitaire et pour leur bon équilibre de vie. Cet environnement permet le contact entre les étudiants et le partage de connaissances et de compétences. L'environnement universitaire brise le cercle de la solitude.

Notre étude s'est déroulée au moment des examens, donc les étudiants se trouvent dans une situation de stress, et les étudiants qui ont une bonne qualité de vie et du sommeil sont les étudiants qui peuvent gérer leur stress, par contre les étudiants qui ont une mauvaise qualité de vie et du sommeil sont les étudiants qui ne peuvent pas le gérer.

Selon une étude menée par une mutuelle étudiante, la question de la qualité de vie et du sommeil des étudiants est devenue une « problématique grandissante ». Plus d'un tiers d'entre eux éprouvent des difficultés à gérer leur stress, ce qui entraîne des répercussions sur la qualité de vie et la qualité du sommeil (VOUGE, 2009).

4. Discussion et interprétation des résultats selon les hypothèses :

4.1. Discussion des résultats relatifs à la première hypothèse :

« Il y a une relation entre la qualité de vie et la qualité du sommeil chez les étudiants universitaires ».

Effectivement les résultats obtenus dans le tableau n°11 montrent que le T.test est de (0,79) ce qui nous permet de constater une relation forte et positive entre la qualité de vie et la qualité du sommeil chez les étudiants, et ces données confirment notre première hypothèse. Puisque les relations entre les dimensions de la qualité de vie et la qualité du sommeil sont proches (dimension psychologique 0,68, sociale 0,64, physique 0,57 et pédagogique 0,52).

Nous constatons également que la dimension psychologique ($r=0,68$) et sociale ($r=0,64$) ont une grande relation avec la qualité du sommeil des étudiants. Selon Ripon, la qualité de vie est un phénomène psychologique et social (BONARDI et al, 2002).

En effet, les résultats que nous avons obtenues, nous permet de constater qu'à chaque fois que la qualité de vie est bonne, la qualité du sommeil est aussi bonne

et qu'à chaque fois que la qualité de vie est mauvaise, la qualité du sommeil est aussi mauvaise.

Ainsi, les résultats de l'échelle de la qualité de vie montrent que les étudiants qui ont une mauvaise qualité de vie sont les étudiants qui présentent un manque d'attention, des difficultés de concentration, de la fatigue en début de journée, et des difficultés à se rappeler de certaines choses et ces étudiants présentent aussi une mauvaise qualité du sommeil.

(MORIN et al, 2000), quant la qualité du sommeil est perturbée dans différentes phases de son déroulement ses problèmes peuvent entraîner de la fatigue et des difficultés de fonctionnement le jour (exemple, manque d'attention, difficultés de concentration), réduisant ainsi la qualité de vie.

Selon (STRENNNA, 2011), une mauvaise qualité du sommeil peut conduire à une concentration réduite et un dysfonctionnement de la mémoire, d'une grande fatigue.

Pour (LAFAY, 2003), le passage dans le monde étudiant peut vraiment constituer une transition importante avec des conséquences psychologiques non négligeables sur leur santé mentale et leur qualité de vie.

4.2. Discussion des résultats relatifs à la deuxième hypothèse :

« Il y a une différence dans la qualité de vie et la qualité du sommeil selon le sexe ».

D'après les résultats obtenus dans le tableau n°12 nous pouvons constater qu'il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons en ce qui concerne la qualité de vie avec un T.test 0,27.

Nous pouvons constater également dans le tableau n°13 qu'il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons en ce qui concerne la

qualité du sommeil avec un T.test 0,14. Et cela nous permet d'infirmier notre hypothèse. Donc le sexe n'intervient pas dans la relation.

Une étude menée entre 1997 et 2008 à l'université de Montréal, révèle que les jeunes filles comme les jeunes garçons peuvent se plaindre d'un sommeil perturbé d'une mauvaise qualité et d'un mauvais rythme de vie.

En revanche, les jeunes filles et les jeunes garçons qui sont satisfaits de leur sommeil, ont un bon rythme de vie. En effet cette étude indique notamment qu'il n'y a pas de différence entre les deux sexes. Les données de Toré NIELSON, professeur au département de psychiatrie dans l'université de Montréal, qui a supervisé l'étude, montrent ainsi qu'il n'y a pas de différence dans le sommeil entre les jeunes filles et les jeunes garçons, ces jeunes adultes sont tous âgés dans les vingtaines, c'est-à-dire qu'ils ont le même âge, c'est dans cette tranche d'âge que l'indice de bonheur est à son plus haut qui est une notion d'une bonne qualité de vie (FERARD, 2012).

Les filles et les garçons se trouvent dans le même environnement qui est l'environnement socio-culturel donc ils peuvent avoir la même qualité de vie. Comme ils peuvent aussi avoir la même qualité du sommeil car tous les étudiants se trouvent dans la même période qui est la période des examens sans oublier que presque tous les étudiants âgés dans les vingtaines.

Selon l'approche géographique, la qualité de vie dépend de l'environnement socio-culturel (Zanin, 1995).

La qualité du sommeil dépend de l'âge et des situations particulières, période d'examen, deuil, etc. (ASK, 2012).

CONSEILS D'HYGIENE DU SOMMEIL :

▪ A FAIRE :

-Se coucher à heure régulière.

-Se lever à heure régulière.

-Mettre le réveil toujours à la même heure le matin, se lever et exercer une activité stimulante si possible à la lumière (promenade, etc.)

-Dormir dans une chambre fraîche, sombre, calme.

-Se relaxer avant l'heure de coucher (lecture, bain tiède).

-Faire de l'exercice en journée mais pas trop tard en soirée.

-Douche chaude le matin, fraîche le soir (pour accompagner l'évolution physiologique de la température).

-Cacher toute horloge ou repère temporel dans la chambre à coucher.

-Si on ne peut s'endormir après environ 15-20 minutes, sortir du lit et faire une autre activité apaisante (lecture...) hors du lit.

▪ A EVITER :

-Le lever tardif.

-La sieste l'après midi (en cas de difficulté d'endormissement le soir).

-L'alcool.

-Un diner lourd.

-Le café, le thé, certains sodas à partir de 16 heures.

-Aller au lit trop tôt.

- Ne pas lire, regarder la télévision ou manger au lit.
- Eviter toute activité physique intense ou effort intellectuel avant de se coucher.

QUELQUES ASTUCES POUR FACILITER LE SOMMEIL :

▪ Alimentation :

Faire un repas plus léger le soir (éviter par exemple la fondue au fromage). Eviter de boire du café, du thé. L'alcool perturbe le rythme du sommeil et le tabac maintient éveillé les gros fumeurs.

▪ Ambiance :

Ambiance agréable, lumière douce, lit confortable, du calme, quelques mouvements de relaxation.

▪ Déroulement de journée :

Vérifier précisément la durée totale du sommeil et l'abréger éventuellement. Après une petite sieste, il peut arriver que l'on s'endorme plus difficilement le soir. Se coucher et se lever toujours à la même heure afin de respecter son rythme biologique.

▪ Activité physique :

Une pratique d'un exercice physique régulier pendant la journée permet de favoriser l'endormissement. Il vaut mieux éviter de le pratiquer en soirée, notamment avant d'aller dormir. L'activité physique accroît la fatigue mais peut énerver en fin de journée.

▪ Fin de journée :

Les travaux intellectuels doivent être évités juste avant le sommeil. La lumière vive, les jeux ou le travail sur ordinateur provoquent des problèmes

d'endormissement. Se réserver une période calme et de relaxation environ 30 minutes avant de s'endormir. Avoir son propre rituel d'endormissement favorise un endormissement naturel, en douceur.

- **Se coucher dès les premiers signaux de sommeil :**

Bâillements, yeux qui piquent, paupières lourdes et clignements des yeux sont signes montrant qu'il est temps d'aller dormir. Il est inutile d'essayer de les anticiper, mais lorsque ces signaux ressentis, il faut penser à aller se coucher. Dans le cas contraire, l'envie de dormir passera après une quinzaine de minutes et ne sera de retour que lors de cycle suivant, environ 90 minutes plus tard.

- **Rythme de réveil :**

Le réveil doit être dynamique pour bien éveiller son corps : lumière forte, exercices d'étirement, petit déjeuner complet.

(Foucher, 2013).

Conclusion générale

CONCLUSION GENERALE :

Les résultats obtenus nous ont permis d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche qui se résument comme suit :

- Evaluer la qualité de vie et du sommeil chez les étudiants universitaires afin de décrire la qualité de leur vie et de leur sommeil ;
- Déterminer s'il existe une relation entre ces deux qualités ;
- Voir qu'elle est la dimension qui est en grande relation avec la qualité du sommeil ;
- Et de voir s'il existe une différence dans la qualité de vie et la qualité du sommeil selon le sexe.

Au cours de l'analyse de nos résultats nous avons constaté que nos hypothèses ont été vérifiées et la première est confirmée par contre la deuxième est infirmée

- La première hypothèse : il y a une relation entre la qualité de vie et la qualité du sommeil chez les étudiants universitaires.
- La deuxième hypothèse : il n'y a pas de différence dans la qualité de vie et la qualité du sommeil selon le sexe.

Liste bibliographique

La liste bibliographique

1-AGUERRE. C, (1999), « rôle de la personnalité, des facteurs socio-biographiques et des stratégies d'ajustement sur la polyarthrite », bordeaux, dans BRUCHON-SCHWEITZER. M, (2002).

2-ALBOUY. V, Godefroy. P et Lollivier. S, (2010), « Conditions de vie », France, Insee.

3-ANESM, (2010), « La qualité de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) », Saint-Denis, édition Weka.

4-ASK, (2012), « cours d'externat groupes et assemblés », Médecine, Série jaune de psychiatrie.

5-AUQUIER. P et IORDANOVA. T, (2004), « qualité de vie et santé », laboratoire de santé publique, faculté de médecine de Marseille.

6-BACHELLIER. A et FLICKR, (2001), « Troubles du sommeil », Brest, FS.

7-BONARDI. C, GIRONDOLA. F, ROUSSIAN. N et SOUDIALE. N, (2002), « Psychologie sociale appliquée. Environnement, santé, qualité de vie », Paris, In presse.

8-BRAVO. G, GAULIN. P, et DUBOIS. M-F, (1996), « Validation d'une échelle de bien-être général auprès d'une population âgée de 50 à 75 ans », Revue Canadienne du vieillissement, n°15, pp.112-128.

9- BRUCHON-SCHWEITZER. M, (2002), « Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes », Paris, DUNOD.

10-COMBIER. J et DEHEN. H, (2007), « Neurologie », Paris, Masson.

11-CARIA. A et QUEMADA. N, (1995), « L'OMS développe un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie : le WHOQOL », dans BRUCHON-

SCHWEITZER. M, (2002), « Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes », Paris, DUNOD.

12-CHWALOW. J, (1995), « Méthodologie de l'évaluation de la qualité de vie dans les essais cliniques », Paris, DUNOD.

13-CLONET. M, (2005), « Neurologie : connaissances et pratiques », Paris, Masson.

14-COLIN. A, (1990), « Le traitement psychologique de l'insomnie », Ecosse, édition Mardaga.

15-CUPA. D, (2002), « Psychologie en néphrologie », Paris, édition EDK.

16-DECLERCQ. T, ROGIERS. R, HABRAKEN.H, MICHELS. J, MARIMAN. A et DE MAYERE. M, (2005), « Insomnie : recommandation en première ligne de soins », Belgique, SSMG.

17-DESROCHERS et LANDRY-PAQUET (1999), « Le sommeil et les jeunes », Paris, Masson.

18-FISCHER. G-N, (2002), « traité de psychologie de la santé », Paris, Dunod.

19-Formarier. M, (2007), « La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé », Paris, ARSI.

20-GIRAUD. A, (2005), « Le sommeil des personnes âgées en médecine générale : insatisfaction et attentes des patients, Poitiers.

21-GODEFROID. J, (2007), « Psychologie : science humaine et science cognitive », Belgique, édition de Boeck.

22-Gras. D, (2009), « santé et qualité de vie des frères et sœurs d'enfants atteints de maladies chroniques », thèse université de Nantes, Faculté de médecine.

23-HAS, (2013), « qualité de vie et infarctus du myocarde », Saint-Denis.

24-HILTBRAND. G, (2008), « Étude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur lieu d'exercice », Université Claude Bernard-LYON 1, Faculté de médecine LYON Grange-Blanche.

25-HURDIEL, (2011), « L'agenda de sommeil interactif comme outil individuel de management de la fatigue », thèse doctorat, Université littoral Côte d'opale.

26-LAFAY. N, (2003), « Les états dépressifs de la post-adolescence », Poitiers, AMP.

27-LAUNOIS. R et REBOUL. M, (1995), « La Qualité de Vie : Approche Psychométrique et Approche Utilité-Préférence », Paris, HRQL.

28-LEISTEDT. S, KEMPENAERS. C et LINKOWSKI. P, (2007), « Aspects cliniques et neurophysiologiques de l'insomnie psychophysiologique », Bruxelles.

29-LELORAIN. S, (2009), « Qualité de vie et développement post-traumatique de patientes en remissions à long terme d'un cancer du sein », thèse doctorat, Université de Nantes, Ecole Doctorale 504 : Cognition, Education, Interactions.

30-LEPLEGE. A, (1999), « Les mesures de la qualité de vie, Que Sais-Je ? », Paris, PUF.

31-LEPLEGE et COSTE, (2002), « Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications », Paris, édition ESTEM.

32-LYHYAOUI. O, (2011), « Evaluation de la qualité de vie liée à la santé chez les diabétiques de type 2 », Thèse N° 076/11, Université Sidi Mohammed BEN ABDELLAH de Fes (Maroc), Faculté de médecine et de pharmacie.

33-MAGNIER, (2006), « prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale ». Paris, SFTG.

34-Morin. C-M, (1997), « Vaincre les ennemis du sommeil », Montréal, Éditions de l'Homme.

35-ORHAN. F, (2009), « Etude de la qualité de vie d'un échantillon de son domicile fixé », thèse de doctorat, Université Paris Descartes, faculté de médecine.

36-RUBIO. J et HEINZER. R, (2013), « Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale », Paris, HAS.

37-SILLAMY. N, (1980), Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris, Bordas.

38-SILLAMY. N, (1991), « dictionnaire de psychologie », Paris, édition Larousse.

39-STRENNNA. L, (2006), « Etude des tracas quotidiens des étudiants de grandes écoles : liens avec la santé perçue, la qualité de vie et importance de la prise en compte de l'influence des traits de personnalité et de l'estime de soi », Bourgogne.

40-TAZOPOULO. E, (2008), « Evaluation de la qualité de vie subjective après un traumatisme crânien : relation entre qualité de vie, psychopathologie, stratégies d'ajustement et reconstruction identitaire, thèse doctorat, Université de

Paris 8-Vincennes-Saint Denis, UFR7 de psychologie, pratiques cliniques et sociales.

41-TERRA. J-L, (1994), « qualité de vie subjective et santé mentale : aspect conceptuels et méthodologiques », Paris, Ellipses.

42-TRIBOLET. S et SHAHIDI. M, (2005) « Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques », France, Vendôme.

43-VALLIERS. A, GUAY. B et MORIN. C, (2004), « Traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie primaire », Québec.

44-VERNAY. D, GEBAUD. L, BIOLAY. S, COSTE. J, DEBOURSE. J, AUFAUVRE. D, BENETON. C, COLAMARINO. R, GLAUDDIER. PY, DORDAIN. G et CLAVELOU. P, (2000), « qualité de vie et sclérose en plaques : validation de la version francophone d'un auto-questionnaire, le SEP-59 », Paris, Masson.

- [http : www.elwatan.dz](http://www.elwatan.dz)

Annexes

Annexe n°1

L'échelle de qualité de vie :

Monsieur, Madame, Mademoiselle

Dans le cadre de la réalisation d'une étude scientifique sur la relation entre les facteurs environnementaux et la qualité de sommeil, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions suivantes en mettant une « x » la réponse qui correspond le mieux à ce que vous viviez ou sentiez. Sachant qu'il n'y a pas une bonne ou une mauvaise réponse. Ainsi nous vous garantissons l'anonymat et la discrétion de vos réponses, et que celles-ci ne sera utilisé que pour des fins scientifiques.

Veillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Merci de votre collaboration.

Sex: M F Age: Ans

Année : Filière:

	Etat	jamais	parfois	souvent
1	Aviez-vous des difficultés à réaliser certains efforts physiques le même jour comme : courir, soulever des objets lourds, monter plusieurs étages à la suite			
2	Etes-vous inquiet sur l'avenir de vos études			
3	Sentiez-vous compétent de réaliser vos devoirs (faire des exposés, etc.)			
4	Pensiez-vous que vos résultats scolaires reflètent vos compétences			
5	Aviez-vous des troubles de concentration ou à réfléchir			
6	Aviez-vous des difficultés à se rappeler de certaines choses			
7	Aviez-vous l'impression d'être heureux			
8	Aviez-vous l'impression que vous êtes plus fragile que d'autres			
9	Aviez-vous l'impression que votre santé est aussi bonne que celle des gens que vous connaissez			
10	Etes-vous une personne nerveuse			

11	Etes-vous une personne triste, découragé et sans espoir			
12	Etes- vous une personne anxieuse et inquiète			
13	Révisiez-vous en groupe pour préparer vos examens			
14	Mainteniez-vous de bonnes relations avec les autres étudiants			
15	Sentiez-vous un plaisir en assistant aux cours			
16	Sentiez-vous rassuré et en paix			
17	Aviez-vous de bonnes relations avec les autres			
18	Passiez-vous du temps avec vos amis			
19	Passiez-vous du temps avec votre famille			
20	passiez- votre temps libre dans des activités collectives (sport collectif, travail associatif...)			
21	Avez-vous enduré des malaises physiques au cours des 4 dernières semaines			
22	Sentiez –vous fatigué en début de journée			
23	Sentiez-vous faible le soir			
24	Présentiez-vous facilement aux cours du matin			
25	Mainteniez-vous une bonne attention (concentration) en cours et en TD			
26	Aviez-vous une tendance facile à apprendre vos leçons			

Annexe n°2

Echelle de qualité du sommeil de Spiegel

Pour répondre, mettez une « x ».

1/Délai d'endormissement : Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous endormir la nuit dernière ?

Très peu de temps

Peu de temps

Moyennement de temps

Longtemps

Très longtemps (je suis resté éveillé très longtemps)

Ne sait pas

2/Qualité du sommeil : Avez-vous bien dormi ?

Oui, de façon parfaite (d'un sommeil paisible, sans réveil nocturne)

Oui, bien

Moyennement bien

Non, mal

Non, très mal (sommeil agité, réveils fréquents)

Ne sait pas

3/Durée du sommeil : Combien de temps avez-vous dormi ?

Très longtemps (je ne me suis pas réveillé spontanément)

Longtemps

Moyennement longtemps

Peu de temps

Très peu de temps (je me suis réveillé beaucoup trop tôt)

Ne sait pas

4/Réveils nocturnes : Vous êtes- vous réveillé au cours de la nuit ?

Jamais (j'ai dormi d'une seule traite)

Rarement

Relativement souvent

Souvent

Très souvent (réveils répétés)

Ne sait pas

5/Rêves : Avez-vous fait des rêves ?

Aucun

Quelques uns seulement

Modérément

Beaucoup

Enormément et des rêves particulièrement marquants

Ne sait pas

6/Etat le matin : Comment vous sentez-vous actuellement ?

En excellente forme

En bonne forme

Moyennement en forme

En mauvaise forme

En très mauvaise forme : fatigué, abattu

Ne sait pas