

Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France

François Beck (francois.beck@inpes.sante.fr)^{1,2}, Jean-Baptiste Richard¹, Damien Léger³

1/ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis, France

2/ Centre de recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société (Cermes 3) – Équipe Cesames (Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité/CNRS UMR 8211/Inserm U988/EHESS), Paris, France

3/ Institut national du sommeil et de la vigilance, Université Paris Descartes, AP-HP, Centre du sommeil et de la vigilance Hôtel-Dieu de Paris, Paris, France

Résumé / Abstract

La connaissance épidémiologique de l'insomnie et des autres troubles du sommeil s'est développée depuis quelques années en France. L'objet de cette étude est de quantifier le temps de sommeil et la prévalence de l'insomnie chronique dans la population des 15-85 ans, et d'explorer les facteurs associés à cette pathologie.

Dans le cadre du Baromètre santé 2010, enquête en population générale, 27 653 individus de 15-85 ans ont été interrogés sur leurs comportements de santé, en particulier sur leur rapport au sommeil.

Le temps de sommeil moyen des 15-85 ans est de 7h13, plus élevé pour les femmes que pour les hommes (7h18 versus 7h07 ; $p < 0,001$), tandis que 15,8% des 15-85 ans présentent une insomnie chronique : 19,3% des femmes et 11,9% des hommes ($p < 0,001$). La part d'insomnie chronique est stable avec l'âge parmi les femmes, autour de 19%, tandis qu'elle augmente chez les hommes, de 3% à 15-19 ans à 18% à 45-54 ans, avant de diminuer à 8% au-delà de 65 ans. Elle est par ailleurs liée à des situations de précarité, à certains événements de vie difficiles tels que les violences subies, tandis que le lien avec l'alcoolisation à risque chronique et le tabagisme disparaît une fois contrôlés les effets de structure dans une modélisation. Observés depuis le début des années 1990 dans le Baromètre santé, les troubles du sommeil déclarés sur les 8 derniers jours apparaissent en hausse par rapport à 1995, avec une stabilisation de la prévalence depuis 2000 à un niveau élevé. L'ensemble de ces résultats justifie la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé visant à aider la population à préserver un sommeil de qualité.

Insomnia and total sleep time in France: prevalence and sociodemographic associated factors (15-85 year-olds). INPES Health Barometer 2010, France

The epidemiology of chronic insomnia and other sleep disorders has recently been developed in France. The aim of this study is to evaluate total sleep time and chronic insomnia prevalence in the general population aged 15-85 years, and to investigate factors associated to sleep disorders.

Within the framework of the Health Barometer 2010, a French general population survey, 27,653 individuals aged 15-85-years were questioned about their health behaviours and attitudes, in particular about their sleeping time and habits.

The average sleeping time of the 15-85 year-olds was 7h13mn. It was higher for women than for men (7h18mn vs. 7h07mn; $p < 0.001$), whereas 15.8% of the population presented criteria for chronic insomnia, 19.3% of women and 11.9% of men ($p < 0.001$).

The prevalence of chronic insomnia was stable with age among women, around 19%, whereas it increased for men from 3% in the 15-19 year-olds to 18% in the 45-54 year-olds before decreasing in 8% beyond 65 years.

Chronic insomnia was also related to precarious situations, to several difficult events of life such as violence, whereas that observed with or chronic alcohol abuse and with tobacco smoking disappeared when socio-demographic characteristics were controlled in a logistic regression.

Studied since the early 1990s in the Health Barometer, sleep disorders reported in the last 8 days are higher than in 1995, with a stable but high prevalence since 2000. These results highlight the need for implementing prevention and health educational initiatives in the general population to promote a better quality of sleep.

Mots-clés / Keywords

Sommeil, temps de sommeil total, insomnie, épidémiologie, comorbidités, enquête en population générale / Sleep, total sleep time, insomnia, epidemiology, co morbidity, general population survey,

Introduction

De nombreux travaux ont montré le rôle fondamental du sommeil sur la santé, le bien-être et l'équilibre physique et psychologique des individus à tous les âges de la vie [1]. Il constitue un important facteur de protection de l'état de santé. À l'inverse, les troubles du sommeil ont des conséquences sur le fonctionnement de l'organisme et du psychisme et, de ce fait, sur la vie sociale et professionnelle, telles que les accidents de la route et du travail liés à la somnolence, ou l'absentéisme [2-4]. Si une majorité des Français dort environ 7 heures par jour [5], cette durée ne peut toutefois pas être considérée comme une norme prophylactique, dans la mesure où certains individus ont besoin de 9 heures de sommeil quotidien lorsque d'autres, plus rarement, peuvent se contenter de 5 heures sans retentissement par-

ticulier sur la journée suivante. Cependant, ces durées extrêmes sont rares et la plupart des adultes trouvent leur compte de sommeil en dormant entre 7 et 8 heures par jour au cours de la semaine et 8 à 9 heures les jours de repos.

Le sommeil est essentiel à la préservation des capacités cognitives et motrices, à l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales ainsi qu'à la restauration du système immunitaire ou encore au repos du système cardiovasculaire. Un manque ponctuel de sommeil se rattrape aisément, mais un manque chronique est susceptible de favoriser, entre autres pathologies, l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires ainsi que des troubles de l'humeur ou du comportement [6]. Des études récentes ont d'ailleurs établi un lien entre durée de sommeil et espérance de vie [7]. Il apparaît

ainsi particulièrement important d'assurer une surveillance épidémiologique des comportements de la population en matière de sommeil. Si les enquêtes françaises en population générale, comportant une ou des questions sur les troubles du sommeil, sont nombreuses [8] et permettent parfois de suivre des évolutions [9], les enquêtes représentatives, s'appuyant sur des outils permettant de mesurer de façon fiable l'insomnie selon les critères définis par l'*American Academy of Sleep Medicine*, sont plus rares [10].

La connaissance épidémiologique du sommeil et de ses troubles repose depuis quelques années sur des outils standardisés, mais elle n'en demeure pas moins complexe, notamment parce que le temps moyen de sommeil nécessaire par nuit peut varier nettement d'un individu à l'autre, ce qui rend diffi-

cile la fixation d'un seuil de référence. Dans ce souci, un module complet sur le sommeil, construit en collaboration avec l'Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV), a été incorporé au questionnaire du Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), enquête en population générale. L'objectif de cet article est, d'une part, de quantifier le temps de sommeil et la prévalence de l'insomnie dans la population des 15-85 ans et d'explorer les facteurs associés à cette pathologie, en termes de facteurs sociodémographiques, d'événements de vie, de violences subies, d'état de santé et de conduites addictives. D'autre part, dans la mesure où le module sur le sommeil a été posé pour la première fois en 2010, il s'agit de suivre les évolutions de prévalence des troubles du sommeil dans les 8 derniers jours, par rapport aux Baromètres santé antérieurs, évalués à partir de questions sur le sommeil issues d'une échelle de qualité de vie posée depuis 1995 [11].

Méthode

Depuis le début des années 1990, l'Inpes mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées « Baromètres santé », qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français [12;13]. Ces enquêtes sont des sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu) réalisés à l'aide du système de Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Le terrain de l'enquête 2010, confié à l'Institut Gfk-ISL, s'est déroulé du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010. Les numéros de téléphone sont générés aléatoirement, ce qui permet d'interroger les ménages en liste rouge. L'annuaire inversé est utilisé pour envoyer une lettre-annonce aux ménages sur liste blanche (ceux sur liste rouge se la voient proposer *a posteriori*), mettant l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre. Si les numéros de téléphone ne répondent pas ou sont occupés, ils sont recomposés automatiquement jusqu'à 40 fois, à des horaires et des jours de la semaine différents, l'appel étant considéré comme non abouti après huit sonneries. Pour être éligible, un ménage doit comporter au moins une personne de 15 à 85 ans parlant le français. À l'intérieur du foyer, l'individu est sélectionné aléatoirement au sein des membres éligibles du ménage. En cas de refus de participation, le ménage est abandonné sans remplacement. L'anonymat et le respect de la confidentialité sont garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Pour faire face à l'abandon du téléphone filaire au profit du mobile par une partie de la population présentant des caractéristiques particulières en termes de comportements de santé, un échantillon de 2 944 individus, issus de ménages joignables uniquement sur téléphone mobile, a été interrogé en plus des 24 709 individus possédant une ligne fixe à leur domicile, dont 1 104 disposant d'une ligne fixe, mais uniquement joignables par un numéro en 08 ou 09 et interrogés à partir de leur mobile, ce qui a permis d'améliorer la représentativité

de l'échantillon [14]. Ces différents échantillons ont été agrégés de manière à respecter leur proportion respective au sein de la population française. L'échantillon global comprend ainsi 27 653 individus. Le taux de refus est, pour l'échantillon des mobiles comme pour celui des fixes, de l'ordre de 40%. La passation du questionnaire a duré 32 minutes en moyenne.

Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, afin de tenir compte de la probabilité d'inclusion de chaque individu, et calées sur les données de référence nationales de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) les plus récentes au moment de la préparation de la base de données, à savoir celles de l'Enquête emploi 2008. Le calage sur marges tient compte du sexe, de la tranche d'âge, de la région de résidence, de la taille d'agglomération, du diplôme et de l'équipement téléphonique.

Le temps de sommeil a été calculé à partir des réponses aux questions relatives à l'heure habituelle de coucher, de réveil, ainsi qu'au temps estimé pour s'endormir : « *Le plus souvent (hors vacances et week-end), à quelle heure éteignez-vous votre lampe pour dormir ?* » ; « *Le plus souvent (hors vacances et week-end), combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?* » ; « *Le plus souvent (hors vacances et week-end), à quelle heure vous réveillez-vous ?* ». À la différence d'autres enquêtes qui mesurent plutôt un temps quotidien passé au lit, incluant des phases de lecture et d'endormissement, l'objectif était ici de mesurer un temps de sommeil réel. Le temps de sommeil nécessaire a été étudié à partir de la question : « *En moyenne, de combien d'heures de sommeil avez-vous besoin généralement pour être en forme le lendemain ?* ». Une question sur les troubles du sommeil au cours des 8 derniers jours, posée depuis 1995 et issue d'une échelle de qualité de vie [11], permet par ailleurs un suivi de l'évolution : « *Diriez-vous qu'au cours des 8 derniers jours, vous avez eu des problèmes de sommeil ? Pas du tout / Un peu / Beaucoup* ».

Conformément aux critères de recherche pour le diagnostic de l'insomnie proposés par l'*American Academy of Sleep Medicine*, l'insomnie a été mesurée par la présence d'au moins un des troubles suivants : difficulté pour s'endormir, réveils nocturnes ou trop précoces, sommeil non réparateur ou de mauvaise qualité. La présence d'une insomnie chronique avec retentissement fonctionnel diurne a été définie par l'existence d'au moins un des quatre troubles, à une fréquence d'au moins trois nuits par semaine et depuis plus d'un mois, ayant un impact négatif sur la vie sociale, professionnelle... (tableau 1) [15].

Les questions relatives au temps de sommeil des individus ont été posées à l'ensemble de l'échantillon et celles relatives à l'insomnie n'ont été posées qu'à un tiers de l'échantillon tiré aléatoirement, soit 8 782 personnes.

Parmi les facteurs associés étudiés, figure la consommation d'alcool à risque, mesurée selon l'Audit [16], qui permet de mesurer l'usage sans risque, l'usage

Tableau 1 Critères de recherche pour le diagnostic de l'insomnie chronique / Table 1 Search criteria to diagnose chronic insomnia

- A. Le sujet rapporte une ou plus des difficultés du sommeil suivantes :
- 1) Troubles d'endormissement ;
 - 2) Troubles de maintien du sommeil ;
 - 3) Réveil précoce ;
 - 4) Sommeil non récupérateur.
- B. Ces difficultés surviennent au moins trois nuits par semaine, depuis au moins un mois, et ce malgré des habitudes et conditions adéquates pour le sommeil.
- C. Le sujet rapporte au moins l'une des conséquences diurnes suivantes en relation avec ses difficultés de sommeil :
- 1) Fatigue/malaise ;
 - 2) Troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire ;
 - 3) Troubles du fonctionnement social ou mauvaises performances scolaires ;
 - 4) Troubles de l'humeur/irritabilité ;
 - 5) Somnolence diurne ;
 - 6) Réduction de la motivation/énergie/initiative ;
 - 7) Tendance aux erreurs/accidents au travail ou en conduisant ;
 - 8) Céphalées de tension ou malaise général en relation avec la perte de sommeil ;
 - 9) Préoccupations ou ruminations à propos du sommeil.

Source: *American Academy of Sleep Medicine, International Classification of Sleep Disorders (ICSD).*

à risque ponctuel ou chronique, ainsi que l'usage à risque de dépendance. Le tabagisme a, pour sa part, été mesuré en distinguant les fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) des non-fumeurs et anciens fumeurs. Les autres variables étudiées sont : la présence d'une maladie chronique, la détresse psychologique telle que mesurée par l'échelle *Mental Health*, issue du questionnaire SF36, avec un état de détresse psychologique pour les individus présentant un score inférieur ou égal à 55 [17], le fait d'avoir subi des violences verbales, physiques ou sexuelles dans les 12 derniers mois, le fait de vivre seul et le fait d'avoir vécu un événement grave au cours de sa jeunesse (graves problèmes de santé ou décès des parents, divorce, climat de violence entre les parents).

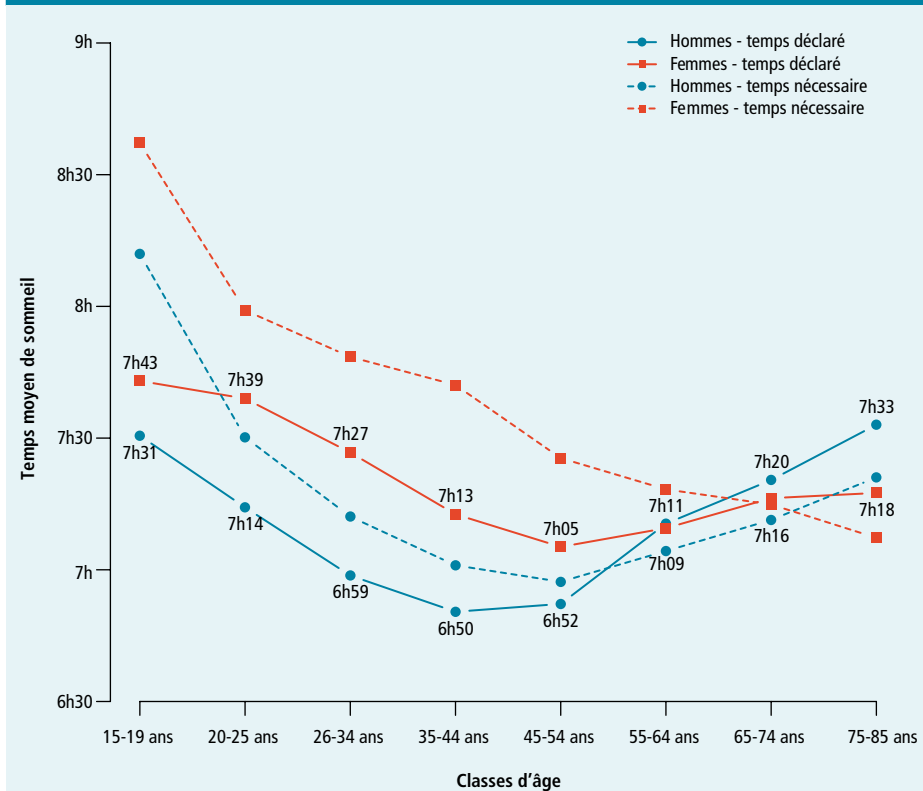
Dans la mesure où l'écart de prévalence entre hommes et femmes est élevé, les modélisations logistiques stratifiées par sexe ont été réalisées pour déterminer les facteurs associés à l'insomnie chronique, parmi les facteurs relevés dans la littérature en termes de caractéristiques sociodémographiques, de violences subies et de consommation de substances psychoactives. Certaines de ces questions n'ayant été posées qu'aux 18-75 ans, les modèles portent sur cette tranche d'âge.

Résultats

Temps de sommeil selon l'âge et le sexe (figure 1)

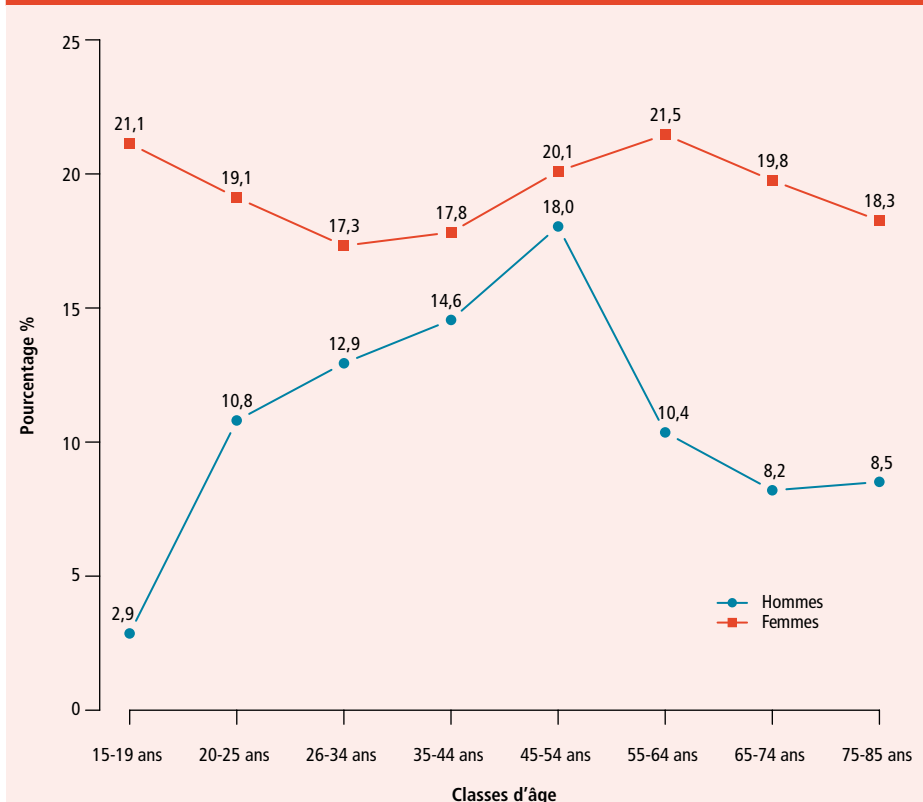
Le temps de sommeil effectif peut être mis en regard du temps de sommeil nécessaire. L'écart moyen entre sommeil effectif et sommeil nécessaire indique un déficit moyen de sommeil de 7 minutes pour les hommes et de 17 minutes pour les femmes, parmi les 15-85 ans. De 15 à 54 ans, le temps de sommeil effectif apparaît à tous les âges inférieur au temps nécessaire, et ce quel que soit le sexe. À partir de 55 ans, un rapprochement sensible s'observe, avec même pour les hommes, ainsi que

Figure 1 Temps de sommeil déclaré et nécessaire pour être en forme selon l'âge et le sexe. Baromètre santé 2010, France | Figure 1 Total sleep time and sleep time considered necessary to be in good condition, by gender and age. Health Barometer 2010, France



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Figure 2 Prévalence de l'insomnie chronique selon l'âge et le sexe. Baromètre santé 2010, France | Figure 2 Prevalence of chronic insomnia by gender and age. Health Barometer 2010, France



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

parmi les femmes les plus âgées, un temps de sommeil dépassant les besoins. *Contrario*, l'écart le plus important entre temps effectif et temps nécessaire s'observe parmi les plus jeunes, de 15 à

19 ans, atteignant 41 minutes pour les jeunes hommes et 54 minutes pour les jeunes filles. Si l'évolution du temps effectif de sommeil selon l'âge suit une courbe similaire entre hommes et

femmes, celle du temps nécessaire présente une certaine différence. La courbe en U se retrouve pour les hommes tandis que, pour les femmes, le temps nécessaire ne cesse de diminuer avec l'âge.

Selon le statut d'activité, les personnes qui travaillent se distinguent par un temps de sommeil plus court (7h03). Avec les étudiants et les autres inactifs (personnes au foyer, invalides, en congé de longue durée), elles présentent un déficit de sommeil relativement à leur besoin ressenti, tandis que les chômeurs et les retraités déclarent en moyenne dormir autant que nécessaire (données non présentées).

Insomnie

En 2010, 15,8% des 15-85 ans déclaraient des symptômes suggérant une insomnie chronique, 19,3% des femmes et 11,9% des hommes ($p < 0,001$). Quel que soit l'âge, les femmes sont plus souvent insomniaques que les hommes. Si l'écart se réduit entre 26 et 54 ans, ces troubles surviennent plus de 2 fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes avant 25 ans et après 55 ans (figure 2).

La prévalence de l'insomnie chronique se révèle relativement stable avec l'âge parmi les femmes, autour de 19%, tandis qu'elle augmente environ d'un facteur 6 parmi les hommes jusqu'à 54 ans, pour ensuite se trouver divisée par 2 parmi les plus âgés.

La part d'insomnie chronique apparaît très liée à la souffrance psychique, à des situations de précarité, ainsi qu'à certains événements de vie difficiles tels que les violences subies, le fait d'avoir subi un événement grave dans l'enfance (pour les hommes uniquement) ou encore à la présence d'une maladie chronique, tandis que les liens avec le tabagisme ou la consommation d'alcool à risque disparaissent une fois contrôlés les effets de structure dans la modélisation. Le fait de vivre seul s'avère, pour sa part, sans lien avec l'insomnie chronique (tableau 2).

À l'échelle des deux dernières décennies, la prévalence des troubles du sommeil au cours des 8 derniers jours apparaît stable depuis 2000, autour de 47%, après une légère hausse entre 1995 et 2000 de 44% à 47% (tableau 3). Cette stabilité se retrouve globalement à tous les âges, chez les hommes comme chez les femmes. On ne constate pas non plus d'évolution particulière depuis 2000 dans les différentes catégories sociales (par statut d'activité, quintile de revenu ou niveau de diplôme) (tableau 4).

Discussion

Le temps de sommeil moyen observé dans le Baromètre santé apparaît assez court, mais du même ordre de grandeur que celui observé en population adulte lors des études annuelles de l'INSV [18]. L'étude confirme cependant un décalage parfois important entre le temps de sommeil dont les individus estiment avoir besoin et leur temps de sommeil réel. Ce résultat est en revanche différent de celui de l'Enquête emploi du temps de l'Insee, qui observe une durée moyenne de sommeil de 8h30 en 2010 à partir d'un relevé d'activité réalisé toutes les dix minutes sur une journée entière [19]. Cet

Tableau 2 Facteurs associés à l'insomnie chronique parmi les 18-75 ans selon le sexe. Baromètre santé 2010, France / Table 2 Factors associated to chronic insomnia among 18-75 year-olds, by gender. Health Barometer 2010, France

Variables	Hommes				Femmes			
	N	%	ORa	IC	N	%	ORa	IC
Âge		***						
18-24 ans (réf.)	391	9,1	- 1 -		392	20,5	- 1 -	
25-34 ans	575	12,4	1,2	[0,7-1,8]	749	17,3	0,9	[0,6-1,3]
35-44 ans	774	14,5	1,5	[1,0-2,3]	916	17,7	0,8	[0,6-1,2]
45-54 ans	641	18,4	1,8**	[1,2-2,9]	800	20,3	1,0	[0,7-1,4]
55-64 ans	678	10,5	1,3	[0,8-2,1]	918	21,5	1,1	[0,8-1,6]
65-75 ans	418	9,1	1,3	[0,8-2,2]	592	18,9	0,9	[0,6-1,3]
Diplôme						**		
<Baccalauréat (réf.)	1 743	13,5	- 1 -		2 089	20,8	- 1 -	
Baccalauréat	626	12,0	1,1	[0,8-1,5]	836	19,4	1,0	[0,8-1,2]
>Baccalauréat	1 108	12,0	1,2	[0,9-1,5]	1 442	15,7	0,9	[0,8-1,1]
Vit seul						*		
Non (réf.)	2 544	12,3	- 1 -		3 242	18,7	- 1 -	
Oui	933	15,4	0,9	[0,7-1,1]	1 125	22,2	1,0	[0,8-1,2]
Situation financière perçue		***				***		
Ça va (réf.)	2 145	8,9	- 1 -		2 480	15,5	- 1 -	
C'est juste	887	15,3	1,6***	[1,2-2,1]	1 251	19,9	1,2	[1,0-1,4]
C'est difficile	445	24,7	2,2***	[1,6-3,0]	636	31,6	1,6***	[1,3-2,0]
Maladie chronique		**				***		
Non (réf.)	2 735	11,9	- 1 -		3 337	16,8	- 1 -	
Oui	742	16,5	1,4*	[1,1-1,8]	1 030	28,1	1,6***	[1,3-1,9]
Alcool (Audit complet)		***				*		
Sans problème (réf.)	2 699	11,7	- 1 -		4 019	18,9	- 1 -	
Consommation à risque	597	12,7	1,1	[0,8-1,4]	300	20,7	0,8	[0,6-1,1]
Consommation à risque de dépendance	181	30,2	1,5	[1,0-2,3]	48	43,2	1,8	[1,0-3,5]
Fumeur		***				**		
Non (réf.)	2 189	10,8	- 1 -		3 061	17,8	- 1 -	
Oui	1 288	16,2	1,2	[0,9-1,5]	1 306	22,8	1,1	[0,9-1,3]
Violence 12 mois (verbale, physique ou sexuelle)		***				***		
Non (réf.)	2 849	10,1	- 1 -		3 532	16,3	- 1 -	
Oui	628	25,1	2,0***	[1,6-2,6]	835	33,0	1,7***	[1,4-2,0]
Événement grave avant 18 ans		***				***		
Non (réf.)	1 928	8,1	- 1 -		2 298	15,9	- 1 -	
Oui	1 549	18,5	1,8***	[1,4-2,2]	2 069	22,9	1,2	[1,0-1,4]
Détresse psychologique		***				***		
Non (réf.)	3 202	10,0	- 1 -		3 706	13,9	- 1 -	
Oui	275	46,2	4,9***	[3,7-6,5]	661	49,6	4,7***	[3,9-5,7]

Note : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi2 de Pearson pour la colonne % (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds ratios issus des régressions logistiques).
Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Tableau 3 Prévalence des troubles du sommeil au cours des 8 derniers jours, par âge, entre 1995 et 2010, Baromètre santé 2010, France / Table 3 Prevalence of sleep disorders in the past 8 days from 1995 to 2010, by age, Health Barometer 2010, France

	1995	2000	2005	2010
15-17 ans		36	43	43
18-25 ans	40	41	43	43
26-34 ans	40	47	43	45
35-44 ans	43	49	46	47
45-54 ans	47	49	49	50
55-64 ans	46	53	49	51
65-75 ans	50	50	50	49
15-75 ans	44	48	47	47

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

écart important (environ 1h15) s'explique probablement par le temps passé au lit, incluant des phases d'activité sexuelle, de lecture et d'endormissement qui peuvent être parfois longues. En effet, le temps d'endormissement moyen, seul de ces éléments observé dans notre enquête, est de 25 minutes. Il faut par ailleurs souligner que le Baromètre santé 2010 interroge sur le temps de sommeil en dehors des vacances et des week-ends, période au cours desquelles le temps de sommeil est souvent plus long, en particulier en cas de dette de sommeil accumulée au long de la semaine ou de l'année.

La prévalence de l'insomnie chronique apparaît plus élevée autour de 50 ans, ce résultat étant relativement cohérent avec la littérature [20]. Elle apparaît également plus élevée chez les femmes. Cet écart, observé au plan international [10-21], semble du même ordre que celui observé sur des troubles de santé mentale tels que l'épisode dépressif caractérisé [22-24]. Les inégalités de santé mentale liées au genre s'expliquent en partie par les normes sociales et les différences de position et de statut social entre les hommes et les femmes. Des différences de genre dans les attitudes de verbalisation face aux proches et aux professionnels de santé, ainsi que les comportements de recours en présence de symptômes psychiques, peuvent expliquer une plus grande facilité des femmes à déclarer des troubles de santé mentale, nuanciant quelque peu la portée de ces écarts.

Cette étude montre aussi que l'insomnie chronique est associée de manière significative à des situations de précarité financière et à certains événements de vie difficiles tels que les violences subies. Le lien avec les violences, verbales, physiques ou sexuelles, survenues au cours des 12 derniers mois apparaît très fort, comme cela a pu être observé sur d'autres données récentes en population générale [25]. Les femmes, les personnes se sentant en difficulté financière et celles ayant au moins une maladie chronique sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir d'insomnie chronique. En revanche, on ne retrouve pas de lien avec le niveau de diplôme. Le fait de vivre seul n'apparaît pas non plus lié à l'insomnie. Dans la mesure où le soutien social est considéré comme un facteur protecteur vis-à-vis des troubles du sommeil et des pathologies psychiatriques en général, ce résultat est plutôt inattendu. Il est probable que le fait de vivre seul ne traduise pas une situation d'isolement social, mais plutôt un continuum de situations assez variées.

Le lien entre souffrance psychique et troubles du sommeil, qui s'avère ici particulièrement significatif, a déjà été abondamment observé dans la littérature [8;9]. Afin de contrôler le risque de multicollinéarité, le modèle a été reconduit sans cette variable, sans que cela ait d'impact particulier sur la valeur des autres odds ratio.

Concernant les pratiques addictives, les liens avec l'alcoolisation à risque et le tabagisme apparaissent très forts mais disparaissent une fois contrôlés les effets de structure. Ce résultat est relativement surprenant dans la mesure où la souffrance psychique, en particulier la dépression, apparaît souvent très liée au tabagisme dans la littérature [26]. Il faut

Tableau 4 Prévalence des troubles du sommeil au cours des 8 derniers jours, par quintile de revenus, niveau de diplôme et statut d'activité, depuis 2000. Baromètre santé 2010, France / *Table 4* Prevalence of sleep disorders in the past 8 days from 2000 to 2010, by income quintile, educational level, and occupational status. *Health Barometer 2010, France*

	2000 (N=13 159)	2005 (N=17 047)	2010 (N=27 643)
Quintiles de revenus			
---	47,5	48,9	50,7
-	50,8	47,0	47,9
Médian	46,3	47,8	47,2
+	46,0	45,1	46,5
++	48,1	45,2	45,4
Diplôme			
< Baccalauréat	48,6	47,3	48,4
Baccalauréat	47,6	43,0	46,9
> Baccalauréat	44,4	46,7	45,0
Statut d'activité			
Actif occupé	46,2	44,7	46,3
Chômeur	48,9	50,6	50,4
Étudiant	43,5	44,2	40,8
Retraité	50,5	48,5	49,2
Ensemble	47,5	46,5	47,4

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

enfin noter que, dans l'ensemble, les facteurs associés sont très proches selon qu'il s'agit des hommes ou des femmes.

Enfin, un indicateur posé depuis 1995 et portant sur les troubles du sommeil au cours des 8 derniers jours permet d'observer que la plainte de sommeil s'avère relativement stable depuis 2000. Une recherche conduite par l'INSV et l'Inpes est en cours pour voir si cette tendance est conforme à celles constatées dans le cadre d'autres enquêtes transversales répétées conduites ces dernières années en France.

Parmi les limites de cette étude, on peut souligner la difficulté pour le répondant à estimer un temps moyen dans toutes les situations où la vie n'est pas complètement rythmée par une routine, et en particulier les situations où l'emploi du temps est irrégulier (trois-huit, travail de nuit...). Le temps de sieste n'est pas considéré dans le calcul du temps de sommeil quotidien, ce qui est une faiblesse de l'indicateur. En effet, le temps de sieste peut représenter entre 30 et 60 minutes de sommeil supplémentaire chez les personnes âgées. Chez les travailleurs postés et/ou de nuit, le temps de sieste est parfois aussi relativement important [18]. Concernant les critères de l'insomnie, il faut noter que la notion de « conditions adéquates pour un bon sommeil », présente dans les critères diagnostiques, n'est qu'implicitement prise en compte dans l'enquête.

Conclusion

Au-delà du temps de sommeil et de l'insomnie chronique, d'autres indicateurs, tels que la satisfaction de son propre sommeil ou encore la dette de sommeil, fournissent un regard complémentaire sur le sommeil de la population. La qualité et la quantité du sommeil s'avèrent très dépendantes de la bonne synchronisation de l'horloge biologique avec les horaires de coucher et de lever. Cette synchronisation se trouve fréquemment perturbée chez les

jeunes adultes (qui ont tendance à retarder leurs horaires de coucher) [5], chez les personnes âgées (qui ont tendance à les avancer), ou encore chez les travailleurs de nuit, chez ceux qui subissent des décalages horaires et également chez la majorité des adultes, qui décalent leurs horaires de coucher et de lever d'au moins une heure le week-end. Des données françaises récentes ayant montré que le sommeil des jeunes adolescents est perturbé par un retard du coucher lié à la présence d'écrans, d'Internet, des portables [27], il apparaît d'autant plus important de suivre ces indicateurs de temps et de qualité du sommeil. D'autres travaux seront menés à partir des données du Baromètre santé 2010 pour explorer ces dimensions aux différents âges de la vie. Au final, avec un niveau de prévalence de l'insomnie chronique élevé, un temps de sommeil moyen en baisse par rapport aux décennies précédentes et des troubles du sommeil qui apparaissent en hausse par rapport à 1995, la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé visant à aider la population à préserver un sommeil de qualité apparaît particulièrement opportune.

Références

[1] Giordanela JP. Rapport sur le thème du sommeil. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités ; 2006. 401 p.

[2] Léger D, Massuel MA, Metlaine A; SISYPHE Study Group. Professional correlates of insomnia. *Sleep*. 2006;29(2):171-8.

[3] Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*. 2002;25(6):625-9.

[4] Godet-Cayré V, Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Dinot J, Massuel MA, Léger D. Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost? *Sleep*. 2006;29(2):179-84.

[5] Léger D, Roscoat E, Bayon V, Guignard R, Pâquereau J, Beck F. Short sleep in young adults: Insomnia or sleep debt? Prevalence and clinical description of short sleep in a representative sample of 1,004 young adults from France. *Sleep Med*. 2011;12(5):454-62.

[6] NIH State-of-the-Science Conference Statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *NIH Consens State Sci Statements*. 2005;22(2):1-30.

[7] Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res*. 2009;18(2):148-58.

[8] Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanela JP, Léger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2011;59(6):409-22.

[9] Beck F, Léon C, Léger D. Les troubles du sommeil en population générale. *Med Sci*. 2009;25(2):201-6.

[10] Léger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res*. 2000;9(1):35-42.

[11] Parkerson GR Jr, Broadhead WE, Tse CK. The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Med Care*. 1990;28(11):1056-72.

[12] Guilbert P, Baudier F, Gautier A. Baromètre santé 2000 (volume 2) : résultats. Vanves : CFES ; 2001. 204 p.

[13] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Inpes ; 2007. 608 p.

[14] Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages. In: Tremblay ME, Lavallée P, El Hadj Tirari M. Pratiques et méthodes de sondage. Paris : Dunod (Coll. Sciences Sup) ; 2011. p. 310-4.

[15] Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, Doghramji K, Dorsey CM, Espie CA, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*. 2004;27(8):1567-96.

[16] Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.

[17] Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1013-23.

[18] INSV. Enquêtes journées nationales du sommeil 2000 à 2012. Disponibles à : <http://www.institut-sommeil-vigilance.org>

[19] Ricroch L, Roumier B. Depuis 11 ans, moins de tâches ménagères, plus d'Internet. *Insee Première*. 2011;(1377):1-4.

[20] Léger D, Ohayon M, Beck F, Vecchierini MF. Prévalence de l'insomnie : actualité épidémiologique. *Médecine du Sommeil*. 2010;7(4):139-45.

[21] Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004;27(7):1255-73.

[22] Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*. 1993;29(2-3):85-96.

[23] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):38-46.

[24] Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. Baromètre santé 2010. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Inpes ; 2012 (sous presse).

[25] Beck F, Guignard R, Léger D. Événements de vie et troubles du sommeil : l'impact fort de la précarité et des violences subies. *Médecine du Sommeil*. 2010;7(4):146-55.

[26] Khaled SM, Bulloch AG, Williams JV, Hill JC, Lavorato DH, Patten SB. Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence - evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *J Psychiatr Res*. 2012;46(4):436-43.

[27] Léger D, Beck F, Richard JB, Godeau E. Total sleep time severely drops during adolescence. Findings from the HBSC study on a nationally representative sample of 11 to 15 year old students. *PLoS One*. 2012;7(10):e45204.