




This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com



## ARTICLE ORIGINAL

# Événements de vie et troubles du sommeil : l'impact fort de la précarité et des violences subies

Life events and sleep disorders: Major impact of precariousness and undergone violence

F. Beck<sup>a,b</sup>, R. Guignard<sup>a</sup>, D. Léger<sup>c,\*,d</sup>

<sup>a</sup> INPES, département observation et analyse des comportements de santé, 42, boulevard de la Libération, 93203 St-Denis cedex, France

<sup>b</sup> Cermes3, équipe centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société, (Cesames), université Paris-Descartes/CNRS UMR 8211/Inserm U988/EHESS, 45, rue des Saints-Pères, 75270 Paris cedex 06, France

<sup>c</sup> Centre du sommeil et de la vigilance, université Paris-Descartes, AP-HP, Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-Notre-Dame, 75181 Paris cedex 04, France

<sup>d</sup> Stanford European Sleep epidemiology Research Center, Paris, France

Reçu le 8 juillet 2010 ; accepté le 17 août 2010

Disponible sur Internet le 15 octobre 2010

## MOTS CLÉS

Violence ;  
 Qualité de vie ;  
 Sommeil ;  
 Genre ;  
 Santé mentale

## Résumé

**Objectif.** – Étude des liens entre événements de vie et troubles du sommeil en population générale

**Patients et méthode.** – L'enquête Événements de vie et santé (EVS) 2005 a interrogé en face à face 10 000 personnes de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire (hors institutions). Cette enquête représentative interroge les domaines de la santé, des violences subies et les événements difficiles survenus au cours de la vie entière.

**Résultats.** – Environ quatre personnes sur dix déclarent subir de façon récurrente au moins un trouble du sommeil parmi cinq des principaux symptômes de l'insomnie. Ces troubles apparaissent liés aux difficultés financières et à l'âge, même si, selon l'âge considéré, leur nature diffère. Le sentiment de fatigue au réveil semble en particulier recouvrir une large palette de situations qui impliquent davantage les jeunes générations. Les violences subies apparaissent comme des événements favorisant la survenue de troubles réguliers du sommeil, avec toutefois quelques nuances selon la nature de ces violences.

**Discussion.** – Si le genre apparaît également lié à la survenue de troubles du sommeil, le recours à une modélisation permet d'observer que les femmes n'apparaissent pas plus vulnérables pour des raisons hormonales ou génétiques, mais parce qu'elles endossent un rôle social susceptible de peser sur leur qualité de vie, notamment en termes de souffrance mentale.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : damien.leger@htd.aphp.fr (D. Léger).

**KEYWORDS**

Violence;  
Quality of life;  
Sleep disorders;  
Gender;  
Mental health

*Conclusion.* – Les troubles du sommeil sont liés à des situations précaires et à certains événements de vie difficiles tels que les violences subies. À santé mentale équivalente, hommes et femmes seraient égaux face au sommeil.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary**

*Objective.* – To study the links between life events and sleep disorders in the general population  
*Patients and methods.* – The *Life Events and Health Survey*, is a face-to-face survey mainly dealing with violence, health and difficult life events. This cross-sectional survey is representative of the non-institutionalized civilian population of France, aged 18–75 years ( $n = 10,000$ ).

*Results.* – About 40% of the sample declared that they were regularly suffering from at least one sleeping disorder among five of the main insomnia symptoms. These disorders were linked to financial problems and age, even if the kind of trouble differed according to age. In particular, fatigue at awakening seemed to occur in a large number of situations and appeared to be more frequent in young generations. Violence appeared to increase the risk of regular sleeping troubles, with however several differences according to the kind of violence.

*Discussion.* – Although gender was linked to sleeping trouble, the multivariate analysis showed that women were not vulnerable because of hormonal or genetic reasons, but because of assuming a social role potentially damaging their quality of life, in particular in terms of mental suffering.

*Conclusion.* – Sleeping disorders was linked to precarious situations and to several difficult life events such as the undergone violence. For equivalent mental health, men and women experience similar sleep problems.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

Le sommeil envisagé comme déterminant majeur de la santé de la population fait l'objet d'une littérature scientifique de plus en plus abondante en France, même si elle reste récente [1]. De nombreux travaux ont montré le rôle fondamental joué par le sommeil sur la santé, le bien-être et l'équilibre psychologique. Les troubles du sommeil peuvent ainsi affecter le fonctionnement de l'organisme et du psychisme et, de ce fait, la vie sociale et professionnelle, avec des conséquences 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 sept heures par jour, cette durée ne peut toutefois pas être considérée comme une norme dans la mesure où certains ont besoin de neuf heures de sommeil quotidien, lorsque d'autres peuvent se contenter de cinq heures sans retentissement sur la journée suivante. Cependant, ces durées extrêmes sont très rares et la plupart des adultes trouvent leur compte de sommeil en dormant entre sept et huit heures au cours de la semaine et huit à neuf heures les jours de repos. De plus, 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 [5]. Or, cette synchronisation se trouve fréquemment perturbée chez les jeunes adultes (qui ont tendance à retarder leurs horaires de coucher), chez les personnes âgées (qui ont tendance à les avancer), 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.

Chez l'adulte, 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. Il est également déterminant pour l'équilibre psychologique et émotionnel des individus. Si un manque ponctuel de sommeil se rattrape aisément, un manque chronique serait peut être susceptible de favoriser l'apparition, ou l'aggravation d'autres comorbidités l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète de type 2, ainsi que des troubles de l'humeur ou du comportement. Des études récentes ont d'ailleurs établi un lien entre durée de sommeil et espérance de vie. Un temps de sommeil quotidien inférieur à six heures et supérieur à neuf heures serait associé à un sur-risque de morbidité (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, cancer, dépression) et de mortalité [6].

L'objet de cet article, s'il ne vise pas, loin s'en faut, à explorer de manière exhaustive les problèmes liés au sommeil, est d'apporter des éléments quantitatifs sur certaines des dimensions de la qualité du sommeil de la population résidant en France. Il s'agit ici de décrire les différents troubles envisagés dans cette échelle et d'étudier les principaux facteurs associés, en termes sociodémographiques ou d'événements de vie, en particulier les principaux indicateurs de santé (morbidité chronique, qualité de vie, santé perçue) et de violences subies. Il s'agira, enfin, d'établir d'éventuelles comparaisons avec les résultats obtenus dans d'autres enquêtes en population générale, en particulier le Baromètre santé 2005, dont les questions sur le sommeil étaient issues d'autres échelles de qualité de vie [7].

**Tableau 1** Prévalences des différents troubles du sommeil, enquête EVS 2005.

Questions	Réponses en (%)			
	Jamais	Oui, parfois	Oui, souvent	Tous les jours ou presque
Vous réveillez-vous très tôt le matin en éprouvant des difficultés pour vous rendormir ?	58,3	23,9	10,9	6,8
Vous arrive-t-il de rester éveillé(e) pendant une grande partie de la nuit ?	54,6	29,9	11,4	4,2
Mettez-vous beaucoup de temps pour vous endormir ?	64,5	20,8	9,2	5,4
Vous arrive-t-il d'être empêché(e) de dormir à cause de vos soucis ?	49,6	39,4	8,3	2,6
Éprouvez-vous un sentiment de fatigue en vous réveillant ?	47,9	34,4	11,6	6,1

## Patients et méthode

L'enquête Événements de vie et santé (EVS) a été réalisée en 2005–2006 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé. Les réponses de 10 000 hommes et femmes représentatifs de la population âgée de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire (hors institutions) ont été recueillies, avec pour objectif principal d'améliorer la connaissance statistique des relations entre violences subies et état de santé, en accordant une importance particulière au rôle joué par le contexte biographique. Conduite par les enquêteurs de l'INSEE, elle s'est déroulée en face-à-face et en mode auto-administré par ordinateur avec interface audio (méthode audio-CASI), ce dernier mode de collecte concernant les questions liées aux comportements sexuels, à la consommation d'alcool, de drogues illicites et, pour partie, à certaines violences sexuelles (questions de « rattrapage »). L'enquête était précédée d'une lettre-avis afin d'augmenter la participation des individus tirés dans l'échantillon. Au final, le taux de participation à l'enquête était de 73 %. En moyenne, l'entretien durait environ une heure. De très rares abandons (moins de 1 %) ont été constatés.

Cette enquête interroge largement les domaines de la santé, des violences subies (avec un questionnaire plus détaillé sur les deux années précédant l'enquête) et les événements difficiles survenus au cours de la vie entière. Tant les atteintes aux biens (vols, cambriolages, dégradations de biens) que les violences dites « interpersonnelles » (verbales, physiques, sexuelles et psychologiques) sont incluses dans le questionnaire, toutes englobées sous le dénominateur « atteintes à l'intégrité de la personne » [8]. L'enquête EVS disposait, par ailleurs, d'un module de cinq questions sur ce thème posées à tous, mais aussi d'une très large palette d'événements de vie pouvant jouer un rôle dans la qualité du sommeil. Les questions, très largement inspirées du *Nottingham Health Profile*, une échelle de qualité de vie conçue au début des années 1980 [9], ont été choisies parce qu'elles semblaient assez bien inventorier les principaux problèmes de sommeil, à savoir les problèmes d'endormissement, le sentiment de fatigue au réveil, les troubles de maintien du sommeil, le réveil précoce et les difficultés à dormir à cause de soucis. Posées sous forme de questions binaires dans le *Nottingham Health Profile*, elles étaient, dans le

cadre d'EVS, proposées avec quatre modalités permettant de nuancer les réponses (Tableau 1).

Les analyses statistiques ont été menées avec le logiciel Stata V8.0. Elles reposent sur des tris croisés pour lesquels des tests d'indépendance entre les variables (tests du  $\chi^2$ ) ont été réalisés. Des modèles logistiques ont également été réalisés afin de contrôler l'influence propre de chaque variable sur les troubles du sommeil considérés. Les modèles statistiques de régression permettent justement de démêler de telles situations, en mesurant l'influence d'une variable sur une autre « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en tenant compte des autres variables introduites dans la régression. Pour interpréter les résultats des régressions, on aura recours à la notion anglo-saxonne d'« *odds-ratio* ». Si l'*odds-ratio* est proche de 1, les modalités comparées ont le même impact sur la probabilité expliquée, la variable n'influence donc pas le comportement modélisé. Pour voir si un *odds-ratio* est significativement différent de 1, on construit un « intervalle de confiance » à 95 % : si la valeur se situe en dehors de cet intervalle, l'*odds-ratio* est significativement différent de 1, au risque statistique inférieur à 5 %.

## Résultats

Parmi les troubles du sommeil étudiés, les difficultés à dormir à cause de soucis et le sentiment de fatigue au réveil (plus de la moitié des enquêtés déclarent en souffrir au moins de temps en temps) sont les plus souvent observés. Viennent ensuite les problèmes de maintien du sommeil (présence d'éveils pendant une grande partie de la nuit), puis les difficultés à se rendormir après un réveil précoce le matin (Tableau 1).

Environ un quart des individus éprouvent parfois des difficultés à se rendormir lorsqu'ils se réveillent très tôt, tandis que la récurrence de cette gêne concerne 17,8 % de la population. Seuls 6,8 % déclarent vivre de telles difficultés quotidiennement ou quasi-quotidiennement.

Le trouble de maintien du sommeil, exploré par le fait de rester éveillé pendant une grande partie de la nuit, concerne 45,4 % de la population, mais seuls 15,5 % des individus déclarent subir un tel problème de manière récurrente. Seuls 4,2 % déclarent vivre de telles difficultés quotidiennement ou quasi-quotidiennement.

Le trouble d'endormissement concerne pour sa part environ un tiers de la population, mais seuls 14,7% des individus déclarent subir un tel problème de manière récurrente. La survenue de telles difficultés quotidiennement ou quasi-quotidiennement est rapportée par 5,4% des individus. Soixante-quatre pour cent déclarent cependant, ne jamais avoir ce problème.

La rumination, explorée par le fait de déclarer avoir perdu le sommeil à cause de ses soucis, concerne environ la moitié de la population, même si pour une nette majorité une telle nuisance n'est qu'occasionnelle. En effet, seuls 10,9% des individus déclarent subir un tel problème de manière récurrente. La survenue de telles difficultés quotidiennement ou quasi-quotidiennement n'est rapportée que par 2,6% des individus.

Le sentiment de fatigue au réveil approche la notion de sommeil non récupérateur et de retentissement sur l'activité diurne, même si c'est par un angle restrictif—d'autres formes de retentissement ayant été reconnues comme des critères pertinents d'insomnie ou plus généralement de troubles du sommeil. Les définitions de l'insomnie s'accordent en effet pour inclure la fatigue dans les répercussions diurnes caractéristiques de la maladie, au même titre que les difficultés de fonctionnement professionnel ou social, l'irritabilité, la sensation de malaise, des troubles de concentration et de mémoire, une réduction de l'énergie, de l'initiative ou la tendance aux erreurs ou aux accidents. Plus de la moitié des individus déclarent qu'il leur arrive d'éprouver un tel sentiment. Environ un tiers l'éprouve seulement parfois, tandis que la récurrence de cette sensation concerne 17,7% de la population. Seuls 6,1% déclarent vivre de telles difficultés quotidiennement ou quasi-quotidiennement.

Dans la suite de ce chapitre, nous nous sommes concentrés sur les troubles récurrents du sommeil : les modalités « jamais » et « oui, parfois » ont été regroupées, d'une part, et « oui, souvent » et « tous les jours ou presque », d'autre part. Au final, 38,5% des 18–75 ans déclarent subir de façon chronique au moins un trouble du sommeil parmi les cinq étudiés (Tableau 2).

## Des facteurs communs aux cinq types de troubles

Si les femmes semblent davantage touchées par les troubles du sommeil que les hommes, la différence n'est pas significative pour les éveils nocturnes durables (Tableau 2). Près de 20% des femmes éprouvent un sentiment de fatigue au réveil contre seulement 15% des hommes. Cette prévalence plus marquée pour les femmes a déjà été montrée dans de nombreuses études [10,7]. Les raisons invoquées dans la littérature scientifique pour l'expliquer sont soit d'ordre hormonal, soit s'appuient sur le rôle social des femmes, en particulier lorsqu'elles élèvent des enfants en bas âge.

Plus le niveau de diplôme est élevé, moins les personnes expriment de troubles réguliers du sommeil (à l'exception des personnes souffrant d'un sentiment de fatigue au réveil, pour lesquelles la différence n'apparaît pas significative). Par ailleurs, plus les personnes se sentent à l'aise financièrement et moins elles sont sujettes à ces troubles.

Les personnes les plus en difficulté et qui recourent à l'endettement se révèlent ainsi particulièrement touchées. Par exemple, elles sont 38,7% à rester souvent éveillées une grande partie de la nuit, contre 15,6% de la population générale des 18–75 ans.

La situation professionnelle se révèle associée aux cinq troubles du sommeil. Les chômeurs présentent systématiquement davantage de troubles du sommeil que les personnes occupées (à l'exception, là encore, du sentiment de fatigue au réveil). Les inactifs (étudiants, hommes et femmes au foyer, retraités...) ont également plus de difficultés que les personnes exerçant une activité professionnelle. Toutefois, ces personnes étant dans des situations très différentes, il convient de rester prudent sur une éventuelle interprétation des tris bruts et de recourir à des modélisations afin de démêler les éventuels effets de structure.

En ce qui concerne la perception de la santé, plus les répondants de l'enquête se sentent en bonne santé et moins ils sont sujets aux troubles du sommeil. Ainsi, 61,8% des personnes considérant que leur santé est médiocre ou mauvaise souffrent au moins d'un trouble. Par ailleurs, les deux tiers de l'échantillon déclarent souffrir d'au moins une maladie chronique<sup>1</sup>. Ils sont parmi eux 21,4% à éprouver des difficultés à se rendormir lors d'un réveil prématuré contre 10,1% des personnes n'en ayant aucune.

Enfin, les personnes déclarant avoir vécu un événement grave au cours de la vie sont plus nombreuses à souffrir de chacun des troubles explorés dans cette enquête.

## L'âge présente en revanche, des associations spécifiques à chaque trouble du sommeil

Il a été montré que le sommeil perd en qualité avec l'âge, avec une diminution du sommeil lent profond et une augmentation des réveils nocturnes [11]. Selon une étude américaine, plus de la moitié des plus de 65 ans déclarent des troubles du sommeil et plus de 80% ont déjà eu l'occasion de se plaindre de la qualité de leur sommeil [12].

Dans l'enquête EVS, plus les personnes sont âgées, plus elles sont nombreuses à présenter des difficultés régulières lors d'un réveil précoce (Tableau 2). Ainsi, seulement 6,8% des 18–24 ans se plaignent de ce trouble, qui concerne 18,3% des 35–44 ans pour atteindre un quart des 65–75 ans.

<sup>1</sup> Dans le questionnaire, une maladie chronique est définie comme une maladie qui dure (ou durera) longtemps ou qui revient (ou reviendra) régulièrement. Afin d'être comparable avec les standards européens, ces résultats ne tiennent pas compte d'une question supplémentaire ajoutée dans EVS et n'employant pas le terme « chronique ». Les troubles du sommeil ont été retirés de ces pathologies pour ne pas interférer dans le test d'indépendance car le lien aurait été mécanique. Parmi les maladies les plus fréquentes figurent les troubles de la vue comme la myopie ou la presbytie (21%), l'hypertension artérielle (11%), les sciatiques ou les lombagos (14%), l'arthrose, les rhumatismes (13%), l'anxiété (8%), les migraines (8%).

**Tableau 2** Liens entre variables sociodémographiques, état de santé et troubles réguliers du sommeil (% en ligne).

	Affectif	Difficulté à se rendormir après un réveil précoce	Reste éveillé(e) une grande partie de la nuit	Met du temps à s'endormir	Ne dort pas à cause de soucis	Sentiment de fatigue au réveil
<i>Sexe</i>						
Hommes	4328	<b>16,0</b>	14,7	<b>12,2</b>	<b>8,4</b>	<b>15,0</b>
Femmes	5625	<b>19,5</b>	16,4	<b>17,0</b>	<b>13,2</b>	<b>20,2</b>
<i>Âge</i>						
18–24	866	<b>6,8</b>	<b>13,1</b>	<b>18,0</b>	<b>10,6</b>	<b>24,3</b>
25–34	1680	<b>11,9</b>	<b>10,6</b>	<b>14,1</b>	<b>8,6</b>	<b>21,5</b>
35–44	2076	<b>18,3</b>	<b>14,9</b>	<b>12,9</b>	<b>11,4</b>	<b>16,7</b>
45–54	1991	<b>21,7</b>	<b>16,9</b>	<b>13,1</b>	<b>13,5</b>	<b>17,1</b>
55–64	1737	<b>22,5</b>	<b>17,8</b>	<b>14,2</b>	<b>11,3</b>	<b>14,6</b>
65–75	1603	<b>24,5</b>	<b>21,8</b>	<b>18,2</b>	<b>9,5</b>	<b>11,6</b>
<i>Diplôme</i>						
Aucun ou CAP	2440	<b>24,7</b>	<b>22,1</b>	<b>19,1</b>	<b>13,8</b>	<b>17,5</b>
< Bac	3412	<b>18,9</b>	<b>16,7</b>	<b>14,2</b>	<b>10,9</b>	<b>16,5</b>
Au moins le Bac	3979	<b>12,0</b>	<b>9,9</b>	<b>11,9</b>	<b>8,8</b>	<b>18,6</b>
<i>Situation financière</i>						
Vous êtes à l'aise, ça va	5053	<b>14,5</b>	<b>11,1</b>	<b>11,6</b>	<b>6,9</b>	<b>13,9</b>
C'est juste, il faut faire attention	3579	<b>18,7</b>	<b>16,8</b>	<b>15,0</b>	<b>11,3</b>	<b>17,6</b>
Vous y arrivez difficilement	1093	<b>27,6</b>	<b>29,0</b>	<b>24,7</b>	<b>24,4</b>	<b>31,8</b>
Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes	209	<b>34,1</b>	<b>38,7</b>	<b>34,6</b>	<b>33,4</b>	<b>40,3</b>
<i>Situation professionnelle</i>						
Actif occupé	5506	<b>15,3</b>	<b>12,2</b>	<b>11,4</b>	<b>8,5</b>	<b>17,1</b>
Chômage	745	<b>19,2</b>	<b>22,7</b>	<b>21,0</b>	<b>19,2</b>	<b>19,7</b>
Inactifs	3702	<b>21,7</b>	<b>19,7</b>	<b>19,0</b>	<b>13,0</b>	<b>18,1</b>
<i>Santé perçue</i>						
Excellente/très bonne	3490	<b>10,3</b>	<b>8,3</b>	<b>9,7</b>	<b>6,0</b>	<b>11,9</b>
Bonne	4939	<b>18,5</b>	<b>16,0</b>	<b>13,8</b>	<b>10,1</b>	<b>16,9</b>
Médiocre/mauvaise	1524	<b>33,8</b>	<b>31,8</b>	<b>29,8</b>	<b>25,4</b>	<b>34,2</b>
<i>Maladie chronique hors trouble du sommeil</i>						
Aucune maladie chronique	2995	<b>10,1</b>	<b>8,7</b>	<b>10,2</b>	<b>5,4</b>	<b>11,6</b>
Au moins une maladie chronique	6958	<b>21,4</b>	<b>18,8</b>	<b>16,8</b>	<b>13,5</b>	<b>20,6</b>
<i>Événement grave au cours de la vie<sup>a</sup></i>						
Oui	5509	<b>21,1</b>	<b>17,7</b>	<b>17,4</b>	<b>13,8</b>	<b>21,1</b>
Non	4431	<b>14,0</b>	<b>13,2</b>	<b>11,6</b>	<b>7,6</b>	<b>13,8</b>
<i>Présence d'enfants en bas âge</i>						
Oui	1187	<b>13,9</b>	<b>12,3</b>	<b>13,2</b>	<b>8,9</b>	<b>22,0</b>
Non	8766	<b>18,3</b>	<b>16,0</b>	<b>14,9</b>	<b>11,2</b>	<b>17,1</b>
<b>Total</b>	<b>9953</b>	<b>17,7</b>	<b>15,6</b>	<b>14,6</b>	<b>10,9</b>	<b>17,7</b>

Les chiffres en gras signifient que le test d'indépendance du  $\chi^2$  est significatif au seuil de 5%.

<sup>a</sup> Il s'agit ici, comme dans les modèles suivants, de la question de la survenue d'un événement grave au cours de la vie posée de manière générique.

**Tableau 3** Liens entre violences subies au cours des deux dernières années et troubles réguliers du sommeil.

Troubles réguliers du sommeil	Effectif	Difficulté à se rendre dormir	Reste éveillé(e) une grande partie de la nuit	Met du temps à s'endormir	Ne dort pas à cause de soucis	Sentiment de fatigue au réveil
<i>Violence verbale</i>						
Oui	1765	18,6	<b>20,5</b>	<b>18,6</b>	<b>17,2</b>	<b>26,3</b>
Non	8183	17,6	<b>14,5</b>	<b>13,8</b>	<b>9,5</b>	<b>15,8</b>
<i>Violence physique</i>						
Oui	322	21,9	<b>30,4</b>	<b>30,7</b>	<b>22,5</b>	<b>30,7</b>
Non	9628	17,6	<b>15,0</b>	<b>14,1</b>	<b>10,5</b>	<b>17,2</b>
<i>Violence sexuelle</i>						
Oui	270	17,6	<b>25,8</b>	19,6	<b>19,0</b>	<b>28,6</b>
Non	9674	17,8	<b>15,3</b>	14,5	<b>10,7</b>	<b>17,4</b>
<i>Violence psychologique</i>						
Oui	2712	<b>22,8</b>	<b>20,8</b>	<b>20,3</b>	<b>16,9</b>	<b>25,9</b>
Non	7198	<b>15,9</b>	<b>13,6</b>	<b>12,6</b>	<b>8,6</b>	<b>14,6</b>
<i>Vol, cambriolage ou dégradation de biens</i>						
Oui	1457	17,6	16,3	16,6	11,8	<b>21,5</b>
Non	7788	17,9	15,2	14,2	10,7	<b>16,9</b>

Les chiffres en gras signifient que le test d'indépendance du  $\chi^2$  est significatif au seuil de 5%.  
% en ligne en gras test d'indépendance du  $\chi^2$  significatif à 5%.

Pour les autres troubles, les liens avec l'âge apparaissent de nature différente. Les moins de 44 ans sont proportionnellement moins nombreux que leurs aînés à rester éveillés une grande partie de la nuit. Pour la difficulté à s'endormir, la tendance est différente : les plus jeunes et les plus âgés sont proportionnellement plus nombreux à mettre du temps à s'endormir (environ 18%), alors que les âges médians sont davantage épargnés par cette difficulté (seulement 13%). Concernant la difficulté à dormir à cause de soucis, aucune tendance claire ne se dégage suivant l'âge. En revanche, le sens de la liaison entre l'âge et le sentiment de fatigue est très clair : plus on vieillit et moins on est sujet à ce trouble du sommeil. Près du quart des 18–24 ans sont concernés par ce trouble, contre à peine 12% des 65–75 ans. Il est possible que le sujet âgé considère parfois ce sentiment comme normal, au point de le déclarer moins spontanément que les plus jeunes. Une autre explication de ce phénomène pourrait être que les jeunes générations ont tendance à davantage décaler leurs horaires de coucher, notamment au profit de sorties festives, décalage pouvant rendre le réveil plus difficile, en particulier s'il se double d'une dette de sommeil.

La présence d'enfant en bas âge (de zéro à trois ans) dans le foyer, caractéristique associée à l'âge de l'enquête, présente également des liens différents selon le type de trouble étudié. Ainsi, les individus dont le foyer contient un enfant en bas âge sont plus nombreux à avoir régulièrement un sentiment de fatigue au réveil, mais moins nombreux à avoir des difficultés à se rendormir après un réveil précoce ou à rester éveillés une grande partie de la nuit. Cependant, si on restreint l'analyse aux femmes de 18 à 44 ans, la présence d'enfants de zéro à trois ans n'est associée à aucun des troubles envisagés.

## Un fort lien avec les violences subies

Afin d'explorer les liens entre les troubles actuels du sommeil et les violences subies au cours des deux dernières années, cinq types de violence ont été étudiés, selon un regroupement usuel (Cavalin, 2007). Les personnes victimes de violences verbales, physiques ou sexuelles sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de troubles du sommeil à l'exception des difficultés à se rendormir suite à un réveil prématuré. Les violences psychologiques se trouvent pour leur part associées à des difficultés récurrentes pour tous les troubles. Enfin, les atteintes aux biens (vols, cambriolages ou dégradations de biens) ne semblent pas, au contraire, être liées à davantage de troubles du sommeil, excepté pour le sentiment de fatigue au réveil (Tableau 3).

## Un effet du genre qui disparaît au profit d'un indicateur de santé mentale

Afin de contrôler les différents facteurs étudiés, des modèles logistiques ont été élaborés pour chacun des cinq troubles du sommeil, afin de déterminer « toutes choses égales par ailleurs » les facteurs ou événements associés à chaque trouble. À la place de la variable sur la santé perçue, il a semblé plus pertinent d'introduire deux autres variables plus sophistiquées : les scores agrégés de santé physique et de santé mentale selon une échelle de qualité de vie<sup>2</sup>, le

<sup>2</sup> La qualité de vie est définie comme « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture

SF-12v2<sup>3</sup> [13]. Plus les scores de cette échelle sont élevés, meilleure est la santé subjectivement perçue par le répondant (Tableau 4).

Le contrôle des facteurs sociodémographiques et des violences subies montre tout d'abord que le genre ne semble pas influencer en tant que tel sur la probabilité d'être victime d'un des troubles étudiés (Tableau 4). Il en est de même pour les atteintes aux biens, les violences sexuelles et verbales<sup>4</sup>. En revanche, une mauvaise situation financière, un niveau de diplôme moins élevé (au moins pour certains troubles), le fait de déclarer au moins une maladie chronique, d'être victime de violences physiques, psychologiques ou d'avoir le sentiment d'avoir vécu au moins un événement grave au cours de sa vie augmentent les risques d'avoir des troubles du sommeil récurrents. De même, la situation de chômage est associée à un risque plus important de troubles du sommeil, sauf pour le sentiment de fatigue au réveil pour lequel la situation est inverse. Une mauvaise qualité de vie, que ce soit en termes de santé mentale ou physique (scores agrégés du SF-12v2), augmente également ces risques, davantage pour la santé mentale que pour la santé physique. L'effet de l'âge apparaît pour sa part plus spécifique du trouble considéré tout comme le dernier diplôme obtenu, alors que les liens avec la présence d'enfants dans le foyer disparaissent. Certains facteurs apparaissent donc associés à tous les types de troubles du sommeil alors que d'autres, comme l'âge, peuvent se révéler plus spécifiques du trouble étudié. Parmi les personnes âgées de 50 ans ou plus, le statut matrimonial (célibataire, marié, veuf, divorcé) n'est plus associé à la présence de troubles après contrôle des autres caractéristiques sociodémographiques, des scores de qualité de vie, des violences subies ou du fait de déclarer une maladie chronique ou la survenue d'un événement grave.

## Discussion

Le principe retenu par les classifications internationales des troubles du sommeil International Classification of Sleep Disorders (ICSD) ou DSM-IV (Encadré 1), est de ne pas considérer une plainte de sommeil isolément, sans tenir compte de sa fréquence, de son association à d'autres plaintes et des conséquences des troubles du sommeil sur le fonctionnement diurne. Or, d'après EVS, plus d'un tiers de la population

et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations». Elle se fonde sur la définition de l'OMS qui ne considère pas la santé comme une simple absence de maladie mais comme « un état de bien-être physique, psychologique et social ».

<sup>3</sup> Ces scores sont tirés du SF-12v2. Ces variables ont été normées et centrées (moyenne : 50, écart-type : 10). Elles ont été calculées à partir des moyennes relevées parmi les répondants à EVS (et non en s'appuyant sur les moyennes de référence établies sur des populations américaines) et des pondérations appliquées aux populations américaines, considérées transposables à des répondants français. La lecture du résultat « 50 » signifie ici : « dans la moyenne », mais cette valeur n'est donc pas comparable au résultat de 50 tel qu'il est calculé aux États-Unis. Ainsi calculés, ces scores agrégés sont avant tout destinés à des comparaisons entre les répondants à EVS.

<sup>4</sup> Ces variables ont par la suite été retirées des modèles logistiques.

### Encadré 1

Critères de recherche pour le Diagnostic de l'insomnie [27] :

- le sujet rapporte une ou plus des difficultés du sommeil suivantes :
  - les troubles d'endormissement,
  - les troubles de maintien du sommeil,
  - le réveil précoce,
  - le sommeil non récupérateur ;
- ces difficultés surviennent malgré des habitudes et conditions adéquates pour le sommeil ;
- le sujet rapporte au moins l'une des conséquences diurnes suivantes en relation avec ses difficultés de sommeil :
  - la fatigue/malaise,
  - les troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire,
  - les troubles du fonctionnement social ou mauvaises performances scolaires,
  - la trouble de l'humeur/irritabilité,
  - la somnolence diurne,
  - la réduction de la motivation/énergie/initiative,
  - la tendance aux erreurs/accidents au travail ou en conduisant,
  - les céphalées de tension ou malaise général en relation avec la perte de sommeil,
  - les préoccupations ou ruminations à propos du sommeil.

(38,5%) déclare au moins présenter un trouble régulier du sommeil, une personne sur cinq (20,0%) cumule au moins deux des troubles et 11,0% au moins trois. La prévalence de l'insomnie observée en France en 2000 en utilisant les critères du DSM-IV était de 19% [10]. De même, le niveau d'insatisfaction du sommeil observé dans le Baromètre santé était de 18% parmi les 18–75 ans [14]. Ces niveaux comparables incitent à retenir la notion de cumul des troubles (au moins deux) pour approcher la notion d'insomnie en l'absence de mesure du retentissement sur les activités diurnes, comme c'est le cas dans EVS et dans les enquêtes ne portant pas spécifiquement sur le sommeil.

Cette étude montre l'influence des violences physiques et psychologiques subies au cours des deux dernières années sur le sommeil. Elle illustre également le lien important entre santé physique et mentale et troubles du sommeil : quand la santé (surtout la santé mentale) se dégrade, les chances d'éprouver des troubles réguliers du sommeil augmentent<sup>5</sup>. Un tel résultat n'est pas vraiment surprenant : les liens entre santé mentale et sommeil sont très forts, au point que les troubles du sommeil font partie des critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur<sup>6</sup>, au rang des

<sup>5</sup> On sait par ailleurs qu'il existe un lien entre la santé mentale et les violences subies quelle que soit leur nature [8].

<sup>6</sup> Il convient ici de rappeler que les troubles du sommeil ne sont pas considérés dans la constitution du score du SF12v2, limitant ici le risque de colinéarité entre le score de santé mentale et la survenue de troubles du sommeil.



**Tableau 4** Résultats de cinq régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de souffrir régulièrement du trouble du sommeil considéré (*odds-ratios* ajustés).

	Effectif	Difficulté à se rendormir	Reste éveillé(e) une grande partie de la nuit	Met du temps à s'endormir	Ne dort pas à cause de soucis	Sentiment de fatigue au réveil
<i>Sexe</i>						
Hommes	4328	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Femmes	5625	1,1	0,9	1,2	1,2	1,1
<i>Âge</i>						
18–24	866	0,3	1,0	1,6	1,0	2,3
25–34	1680	0,7	0,8	1,3	0,7	1,5
35–44	2076	ref	ref	ref	ref	ref
45–54	1991	1,1	1,0	0,8	1,0	0,8
55–64	1737	1,1	1,0	0,8	0,8	0,7
65–75	1603	1,1	1,2	0,8	0,6	0,4
<i>Diplôme</i>						
Aucun ou CAP	2440	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
< Bac	3412	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9
Au moins le Bac	3979	0,6	0,6	0,7	0,8	1,2
<i>Situation financière</i>						
Vous êtes à l'aise, ça va	5053	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
C'est juste, il faut faire attention	3579	1,1	1,2	1,0	1,3	1,1
Vous y arrivez difficilement	1093	1,3	1,8	1,3	2,1	1,7
Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes	209	1,7	2,4	1,9	2,8	1,7
<i>Situation professionnelle</i>						
Actif occupé	5506	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Chômage	745	1,0	1,4	1,4	1,5	0,7
Autres situations	3702	1,0	1,1	1,3	1,4	0,9
<i>Maladie chronique hors trouble du sommeil</i>						
Aucune maladie chronique	2995	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Au moins une maladie chronique	6958	1,4	1,5	1,3	1,7	1,4
<i>Violence physique au cours des deux dernières années</i>						
non	9628	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
oui	322	1,3	2,1	1,8	1,6	1,2
<i>Violence psychologique au cours des deux dernières années</i>						
Non	7198	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Oui	2712	1,4	1,3	1,3	1,5	1,3
<i>Événement grave</i>						
Non	4431	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Oui	5509	1,3	1,1	1,3	1,4	1,3
<i>Présence d'enfant en bas âge</i>						
non	8766	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
oui	1187	1,1	1,0	0,9	0,9	1,2
<i>Score de santé physique (SF-12v2)</i>		<b>0,99</b>	<b>0,98</b>	<b>0,98</b>	1,00	<b>0,96</b>
<i>Score de santé mentale (SF-12v2)</i>		<b>0,95</b>	<b>0,96</b>	<b>0,96</b>	<b>0,91</b>	<b>0,93</b>

En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5%. Concernant les deux scores de santé physique et de santé mentale, dans la mesure où il s'agit de variables quantitatives continues, les OR sont présentés avec deux décimales et doivent être lus comme suit : pour chaque point supplémentaire du score, les chances de survenue du trouble sont multipliées par l'OR. Par exemple, pour un score de santé physique meilleur d'un point, le risque de difficulté à se rendormir après un réveil prématuré se trouve diminué (multiplié par 0,99). Les troubles du sommeil apparaissent ainsi associés à des scores de santé physique et de santé mentale plus bas.

symptômes à identifier [15]. En revanche, une fois contrôlés les principaux effets de structure, le genre ne semble pas influencer sur les troubles du sommeil (à l'exception des difficultés à s'endormir), ce résultat allant à contre sens de la littérature [10,16,14]. Or, c'est l'introduction du score de santé mentale issue du SF-12v2 dans les modèles qui supprime l'écart d'abord constaté entre les deux sexes<sup>7</sup>. À score de santé mentale équivalent, hommes et femmes seraient égaux face au sommeil.

Il faut ici souligner que la plupart des études menées en population générale indiquent une prévalence des troubles dépressifs 1,5 à trois fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes, cette différence s'installant dès l'adolescence et perdurant jusqu'aux âges les plus élevés. Ce résultat a été observé en France [17–19] comme dans les pays anglo-saxons [20–22]. L'hypothèse d'une propension moins grande des hommes à déclarer des états comme la tristesse ou le mal-être, qui permettent de repérer l'épisode dépressif, vient quelque peu nuancer l'écart mesuré entre femmes et hommes, sans que l'ampleur des différences puisse être imputée uniquement à des biais de déclaration. Pour certains auteurs, la dépression présenterait pour les hommes une symptomatologie impliquant moins la tristesse et l'anhédonie. Pour d'autres, le rôle social des femmes serait source de stress et de dépression. De fait, les inégalités face à la dépression sont dues en partie à des situations économiques et sociales qui exposent davantage les femmes aux troubles dépressifs [23].

Concernant le sommeil, nos résultats montrent qu'à situation sociodémographique similaire, c'est plutôt l'état mental (évalué ici par la dimension santé mentale du SF-12v2) qui semble expliquer la différence de plainte d'insomnie entre hommes et femmes. Certaines hypothèses ont pu être avancées sur le fait que l'insomnie plus fréquente chez les femmes pouvait être liée au rôle de la femme vis-à-vis des enfants (les femmes sont plus fréquemment réveillées par les enfants que les hommes), aux rythmes périodiques hormonaux, à une différence d'expression entre hommes et femmes vis-à-vis des troubles du sommeil [1]. Il semble, selon nos résultats, que l'état mental soit aussi un facteur influençant significativement cette différence. Concernant l'âge, si un effet est observé pour les troubles du sommeil pris séparément, celui-ci apparaît assez spécifique à chaque trouble.

Si elle repose depuis quelques années sur des outils standardisés, la connaissance épidémiologique du sommeil et de ses troubles 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 difficile la fixation d'un seuil de référence. La diversité des situations les rend délicates à évaluer sur le plan épidémiologique [24]. Les cinq questions du *Nottingham Health Profile* posées dans l'enquête EVS reprennent les symptômes d'insomnie reconnus par la communauté internationale [25–27] (Encadré 1). Dans l'énoncé des réponses,

la notion de fréquence (avec les modalités « tous les jours ou presque » et « assez souvent ») correspond grosso modo au « plus de trois fois par semaine » des classifications usuelles [16]. Cependant, la période de référence n'est pas clairement définie dans le *Nottingham Health Profile*, même si, telles qu'elles sont formulées, on peut considérer que les questions portent sur la période actuelle, sans plus de précision.

À la lumière de ces critères, notre analyse présente certaines limites, dans la mesure où la notion de retentissement, fatigue et difficulté de fonctionner dans la journée, n'est approchée que par le sentiment de fatigue au réveil. Or, ce sentiment reflète plus certainement la notion d'un sommeil non récupérateur que celle d'une fatigue ou d'un retentissement de l'insomnie dans la journée. Par ailleurs, on a déjà souligné le fait qu'il embrasse probablement des situations très diverses, tandis que d'autres conséquences diurnes d'un mauvais sommeil, telles que la somnolence diurne ou la réduction de la motivation, sont proposées parmi les critères diagnostiques de l'insomnie. Ces particularités ne permettent pas de comparer en toute rigueur nos résultats aux autres données de la littérature sur l'insomnie, tout en aboutissant à des prévalences proches de celles d'insomnie observées par ailleurs en France.

## Conclusion

Cette étude confirme que les troubles du sommeil sont associés de manière significative à des situations précaires et à certains événements de vie difficiles tels que les violences subies. Les femmes, les moins diplômés, les personnes se sentant en difficulté financière, les chômeurs, les personnes en mauvaise santé et celles ayant au moins une maladie chronique sont proportionnellement plus nombreux à souffrir de troubles du sommeil. À l'exception des victimes de vols, de cambriolages ou de dégradations de biens, les victimes de violences (sexuelles, psychologiques, physiques et verbales) apparaissent également plus touchées par ces troubles. L'âge semble pour sa part davantage lié à la nature spécifique du trouble considéré. Par exemple, la liaison entre l'âge et les difficultés à se rendormir est croissante (quand l'âge augmente, la prévalence du trouble augmente), alors qu'elle est décroissante avec le sentiment de fatigue au réveil. La plainte d'insomnie plus fréquente chez la femme que chez l'homme est, selon nos résultats, à mettre avant tout en relation avec une souffrance psychique plus forte plutôt qu'avec d'autres différences comportementales (soin des enfants la nuit, expression plus facile par rapport aux troubles du sommeil) ou hormonales (règles périodiques, grossesse, ménopause) qui sont fréquemment envisagées pour expliquer cette différence. Ainsi, l'introduction de la dimension de santé mentale issue d'une échelle de qualité de vie supprime l'apparente différence entre hommes et femmes, déplaçant ainsi la question du terrain biologique vers celui de la souffrance psychique et de son expression, qui diffère nettement entre hommes et femmes. À santé mentale équivalente, hommes et femmes seraient égaux face au sommeil. On retiendra, par ailleurs, les spécificités du sentiment de fatigue au réveil qui n'apparaît lié ni au niveau de diplôme, ni à la perception de sa santé. En revanche, c'est le seul trouble lié à tous les

<sup>7</sup> Afin de mieux comprendre comment les assez nettes différences entre hommes et femmes visibles dans les tris croisés pouvaient disparaître dans un modèle incluant d'autres variables, nous avons cherché les variables en l'absence desquelles cet effet du genre pouvait réapparaître.

types de violences subies, mais cela est principalement lié à un effet âge.

## Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt correspondant aux résultats de cette étude.

## Références

- [1] Giordanella JP, editor. Rapport sur le thème du sommeil au ministre de la Santé et des Solidarités. Paris: Ministère de la Santé des Solidarités; 2006.
- [2] Léger D, Guilleminault C, Levy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep* 2002;25:625–9.
- [3] Léger D, Massuel MA, Metlaine A, the SISYPHE study group. The professional correlates of insomnia. *Sleep* 2006;29:171–8.
- [4] Godet-Cayre V, Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Dinot J, Mas-suel MA, Léger D. Insomnia and absenteeism: who pays the costs? *Sleep* 2006;29:179–84.
- [5] Reinberg A. Chronobiologie médicale, chronothérapeutique. 2<sup>e</sup> édition Paris: Flammarion; 2003 [coll. Médecine Sciences].
- [6] Gallichio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systemic review and meta analysis. *Sleep Med Rev* 2009;18:145–7.
- [7] Beck F, Léon C, Léger D. Les troubles du sommeil en population générale: Évolution 1995–2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés. *Méd–Sci* 2009;25:201–6.
- [8] Cavalin C. Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population. Résultats de l'enquête Événements de vie et santé (2/2). *Études et résultats* 2009;705:1–8.
- [9] Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health* 1980;34:281–6.
- [10] Léger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res* 2000;9:35–42.
- [11] Corman B, Léger D. Troubles du sommeil chez le sujet âgé. *Rev Prat* 2004;54:1281–5.
- [12] Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep* 1995;18:425–32.
- [13] Ware JE, Kosinski M, Turner-Bowker DM, Gandek B. How to Score Version 2 of the SF-12 Health Survey (with a Supplement Documenting Version 1). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2002, p. 29–51.
- [14] Beck F, Guilbert P, Gautier A, editors. Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé. St Denis: INPES; 2007.
- [15] Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Janavs J, Weiler E, et al. The MINI International neuropsychiatric interview (MINI): a short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CID. I *European Psychiatry* 1997;12:224–31.
- [16] 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;27:1255–73.
- [17] Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996–1997. Paris: CREDES; 1999.
- [18] Lepine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Negre-Pages L, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000. *Encephale* 2005;31:182–94.
- [19] Chan-Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France. In: *Enquête Anadep 2005*. Saint-Denis: INPES; 2009.
- [20] Kessler RC, Mc Gonagle 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;29:85–96.
- [21] Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain—initial findings from the household survey. *Psychol Med* 1997;27:775–89.
- [22] Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(12):587–95.
- [23] Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003;7:5–13.
- [24] Léger D. *Conduites à tenir devant un trouble du sommeil*. Paris: Doin; 2000.
- [25] Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, American Academy of Sleep Medicine Work Group. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep* 2004;27:1567–96.
- [26] National Institute of Health State of the Science Conference Statement. Manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Sleep* 2005;28:1049–57.
- [27] American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disease (ICSD). 2nd ed American Academy of Sleep Medicine; 2005.