




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Mémoire

Troubles du sommeil : caractéristiques sociodémographiques et comorbidités anxiodépressives. Étude (Baromètre santé INPES) chez 14 734 adultes en France

Sleep disorders: Sociodemographics and psychiatric comorbidities in a sample of 14,734 adults in France (Baromètre santé INPES)

F. Beck^{a,*,b,c}, C. Léon^a, S. Pin-Le Corre^a, D. Léger^d

^aDépartement d'observation et d'analyse des comportements de santé, INPES, 42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis cedex, France

^bCesames « centre de recherche psychotropes, santé mentale, société », CNRS UMR 8136, université René-Descartes Paris V, France

^cInserm U611, Paris, France

^dCentre du sommeil et de la vigilance, Hôtel-Dieu de Paris, AP-HP, faculté de médecine, université Paris-Descartes, 1, place du Parvis-Notre-Dame, 75181 Paris cedex 04, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 3 juillet 2008

Reçu sous la forme révisée le

10 novembre 2008

Accepté le 21 janvier 2009

Mots clés :

Sommeil

Épidémiologie

Profession

Dépression

Dépistage

Keywords:

Sleep

Epidemiology

Occupation

Depression

Detection

RÉSUMÉ

Objet. – Plusieurs études récentes affirment la présence d'une haute prévalence de troubles du sommeil et d'insomnie dans la population française mais ces études ayant été dédiées spécifiquement à l'insomnie ne nous permettent pas de bien appréhender les caractéristiques des adultes présentant des troubles du sommeil. L'objet de cette étude est de caractériser les personnes présentant actuellement (dans les derniers huit jours) des troubles du sommeil à partir d'une vaste enquête de santé (Baromètre santé, Institut national pour l'éducation à la santé [INPES]) réalisée en population générale.

Méthode. – Quatorze mille sept cent trente-quatre adultes de 18 à 65 ans ont été interrogés par téléphone et les personnes présentant « beaucoup de problèmes de sommeil dans les huit derniers jours » ont été comparées aux autres sur les plans socioprofessionnels et vis-à-vis des comorbidités psychiatriques. Les items « sommeil » des questionnaires de Duke et du WHOQOL-bref ont été utilisés pour cette analyse. Les indicateurs utilisés pour la survenue d'un épisode dépressif ont été construits à partir du *composite international diagnostic interview (CIDI) short-form (CIDI-SF)* de la CIM 10.

Résultats. – Parmi les sujets, 12,5 % répondent à ce critère de mauvais sommeil. Ce sont plutôt les femmes, les sujets de moins de 25 ans ou de plus de 45 ans, ceux avec un revenu plus faible, les employés ou les chômeurs qui sont significativement les plus touchés. Ces troubles du sommeil sont également significativement liés aux antécédents dépressifs, à l'état anxieux et aux idées suicidaires.

Conclusion. – La recherche de troubles du sommeil au cours des huit derniers jours permet d'identifier un groupe de sujets sévèrement touché lors d'enquêtes en population générale.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francois.beck@inpes.sante.fr (F. Beck).

0035-3787/\$ – see front matter © 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:10.1016/j.neurol.2009.01.046

A B S T R A C T

Aim. – Several studies have identified a high prevalence of sleep disorders and insomnia in the French population; however these studies especially focused on sleep did not give enough details on the sociodemographic and occupational characteristics of subjects with sleep disorders. The aim of this study was to characterize adults complaining of sleep disorders in a vast population-based health demographics study (Baromètre Santé, Institut national pour l'éducation à la santé [INPES]).

Method. – Fourteen thousand seven hundred and thirty-four adults aged from 18 to 65 years old were interviewed by telephone and “subjects with severe sleep disorders in the last 8 days” were isolated and compared with the others regarding sociodemographic and occupational aspects and with regard to psychiatric disorders. The sleep items were extracted from the Duke and WHOQOL (brief form) questionnaires. Depressive disorders were recognized based on the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Short-Form (CIDI-SF) and the ISD 10.

Results. – Among the subjects, 12.5% were concerned. Women, young or subjects after 45, low income, employees and unemployed categories had significantly more sleep disorders. Sleep disorders in the last 8 days were also significantly linked to previous depressive episodes, anxiety disorders and history of suicide.

Conclusion. – Assessing sleep disorders in the last 8 days seems to be a good method to identify severely affected subjects in general population surveys.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les troubles du sommeil, question longtemps négligée par les autorités de santé en France, ont fait l'objet d'un rapport remis au ministre de la Santé et des Solidarités en décembre 2006 (Giordanella, 2006). Ce rapport rappelle l'importance du sommeil dans l'équilibre physique et psychologique à toutes les étapes de la vie. Il fait le point des différents troubles et pathologies du sommeil : l'insomnie, l'apnée du sommeil, l'hypersomnie. Il souligne la rareté des données épidémiologiques sur ces questions en France. L'insomnie est le plus fréquent des troubles du sommeil (Silber, 2005). Plusieurs études récentes et employant les mêmes critères de définition (American Academy of Sleep Medicine, 2005 ; American Psychiatric Association, 2000) ont retrouvé une prévalence de l'insomnie touchant entre 20 et 25 % des adultes français et 10 % pour l'insomnie sévère (Léger et al., 2000 ; Ohayon et Roth, 2001 ; Ohayon, 2007). Cette prévalence est proche de celle des autres pays européens et de celle des États-Unis d'Amérique (Ohayon, 2007), mais elle est supérieure à celle du Japon (Léger et Poursain, 2005 ; Léger et al., 2008).

On peut cependant souligner que ces études ont été directement construites pour évaluer la prévalence de l'insomnie et qu'elles sont donc peu informatives sur les caractéristiques sociodémographiques des sujets insomniaques car construites sur des échantillons représentatifs mais limités. Les études longitudinales sont par conséquent rares et très nécessaires (Kronholm et al., 2008). Certaines de ces études comprenant la seule évaluation subjective du temps de sommeil permettent d'envisager un lien entre une courte durée de sommeil et la présence de comorbidités métaboliques cardiovasculaires et psychiatriques (Hall et al., 2008). En France, de vastes enquêtes de santé, comme celle du Baromètre santé, Institut national pour l'éducation à la santé (INPES) 2005 (Beck et al., 2007a), ne comprenaient pas jusqu'à

présent de questions permettant d'approcher de manière exhaustive les problèmes liés au sommeil. En isolant les personnes déclarant avoir eu « beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours », nous avons identifié un groupe de sujets dont les caractéristiques permettent de penser qu'ils sont proches du groupe d'insomniaques classiquement identifié par les études de prévalence (Beck et al., 2007b). Nous avons voulu, lors de cette nouvelle étape décrire plus précisément ces personnes en fonction de critères sociodémographiques, de leurs conditions de travail et de leur santé mentale. Une connaissance plus précise des sujets présentant des troubles du sommeil nous apparaît en effet importante pour imaginer des stratégies de prévention ciblant certains comportements modifiables par les individus.

2. Méthode

2.1. Sujets

Les données présentées dans cet article sont issues d'une enquête en population générale questionnant sur les comportements de santé : le Baromètre santé 2005 (INPES, 2008), réalisé par l'INPES, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Solidarités, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). La collecte a été assurée par l'Institut de sondage Atoo auprès de 30 514 personnes âgées de 12 à 75 ans parlant le français. Les données ont été recueillies par Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati) du 10 octobre 2004 au 12 février 2005. Le sondage est à deux degrés (foyer puis individu, par la méthode du prochain anniversaire). L'interrogation a porté d'un côté sur les personnes possédant une ligne téléphonique filaire classique,

qu'elles soient inscrites dans l'annuaire téléphonique ou non, et celles ne possédant qu'un téléphone portable. Une lettre-annonce a été adressée au préalable à l'ensemble des foyers de la liste blanche tirés au sort.

2.2. Troubles du sommeil

Pour identifier les troubles du sommeil, nous utilisons un indicateur qui estime les problèmes de sommeil survenus au cours des huit derniers jours. Il est construit à partir d'une question extraite du Duke, une échelle de qualité de vie de 18 questions (Pakerson et al., 1991). On analysera ainsi les personnes ayant déclaré avoir eu « beaucoup » de troubles du sommeil au cours des huit derniers jours dont une première analyse nous a permis de penser qu'elles étaient comparables à celles présentant une insomnie classiquement définie (Beck et al., 2007b). Un second indicateur, qui ne sera utilisé ici qu'à titre complémentaire et descriptif, porte sur la satisfaction du sommeil : « Êtes-vous satisfait de votre sommeil ? », avec initialement cinq modalités de réponse possible (« très insatisfait », « insatisfait », « ni satisfait ni insatisfait », « satisfait », « très satisfait »), il sera présenté sous une forme en trois modalités : « insatisfait », « indifférent » ou « satisfait ». Cet item est extrait de l'échelle de qualité de vie de Whoqol-bref (Power et al., 1999).

Les sujets ont été également interrogés sur la prise d'hypnotiques ou de somnifères au cours des 12 derniers mois par la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà pris des somnifères ou des hypnotiques ? (1) Oui ; (2) Non ; (3) Ne se prononcent pas ». Afin d'évaluer au mieux la relation entre les troubles du sommeil et les comportements de santé étudiés, nous avons tenu compte, dans nos analyses multivariées, de l'effet potentiel des variables sociodémographiques (âge, sexe, revenu, niveau éducatif, catégorie socioprofessionnelle et situation de vie – vit seul ou non), de variables concernant les conditions de travail, ainsi que de la présence ou non de troubles dépressifs.

2.3. Comorbidités anxiodépressives

Les indicateurs utilisés pour la survenue d'un épisode dépressif ont été construits à partir du *composite international diagnostic interview (CIDI) short-form (CIDI-SF)*, un extrait du CIDI qui mesure les épisodes dépressifs majeurs au cours des 12 derniers mois selon les critères du *diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (APA, 2000) et de la CIM 10 (Kessler et al., 2004) (Tableau 1). Ce questionnaire réduit est relativement efficace pour représenter les phénomènes décrits par la version longue, avec une sensibilité et une spécificité respectives de 89,6 % et 93,9 % pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur même si d'après certains auteurs le CIDI-SF aurait tendance à sur-diagnostiquer les troubles dépressifs (Patten et al., 2005). Un indicateur sur « l'anxiété » a été construit à partir de la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une période d'au moins un mois où vous étiez très soucieux, tendu ou anxieux la plupart du temps » et qui précise que cette période est encore en cours. Nous utiliserons également un indicateur sur les pensées suicidaires que les interviewés déclarent avoir eues au cours des 12 derniers mois.

**Tableau 1 – Définition des troubles dépressifs selon le composite international diagnostic interview (CIDI) short-form (CIDI-SF).
Definition of depressive disorders according to the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Short-Form (CIDI-SF).**

Symptômes

Symptômes principaux

Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé, sans espoir pratiquement toute la journée et presque tous les jours

Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée et presque tous les jours

Symptômes supplémentaires

Perte d'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir

Épuisement, manque d'énergie

Prise ou perte de 5 kg au moins

Difficultés pour dormir

Difficultés de concentration

Perte de confiance en soi, dévalorisation

Pensées de mort récurrentes

Types de troubles

Épisode dépressif majeur

Au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) associés à une perturbation des activités

Épisode dépressif majeur léger

Quatre ou cinq symptômes avec une perturbation des activités faible

Épisode dépressif majeur moyen

Quatre ou cinq symptômes avec une perturbation des activités modérée à importante

Au moins six symptômes avec perturbation des activités faible à modérée

Épisode dépressif majeur sévère

Au moins six symptômes avec perturbation des activités importante

Trouble dépressif chronique

La durée de l'épisode dépressif majeur est d'au moins deux ans

Trouble dépressif récurrent

Au moins deux périodes dépressives au cours de la vie sans trouble dépressif chronique

2.4. Conditions de travail

Concernant les variables de conditions de travail, nous utiliserons des indicateurs relatifs :

- au type de contrat (contrat à durée indéterminée [CDI], contrat à durée déterminée [CDD], précaire) ;
- au secteur d'activité des entreprises (code Nomenclature des activités françaises [NAF] 17) ;
- au travail de nuit qui est défini comme un travail d'au moins trois heures consécutives entre 21 heures et sept heures du matin et qui est construit à partir des heures déclarées de départ du domicile et de retour à celui-ci ;
- aux pénibilités physique et/ou nerveuse liées au travail exprimées par les enquêtés ;

- au rythme de travail (obligation de se dépêcher « toujours » ou « souvent » versus « parfois » ou « jamais ») ;
- au stress perçu comme une affection de santé causée par le travail.

2.5. Analyse statistique

Les données sont pondérées par l'inverse du nombre de personnes éligibles dans chaque foyer et redressées selon les données du recensement général de la population française de 1999. La méthode d'échantillonnage est présentée en détail dans Beck et al. (2007a). L'enquête a reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (CNIL) qui veille à l'anonymat et à la protection des personnes pour toute utilisation de fichier informatique en France.

Afin d'étudier les relations entre les problèmes de sommeil, les conditions de travail et la santé mentale, les analyses effectuées portent uniquement sur la population des 16 à 65 ans ($n = 14\,734$).

Dans un premier temps, les caractéristiques socioéconomiques des individus présentant des problèmes de sommeil seront décrites au moyen d'analyses bivariées (χ^2). Dans un second temps, les relations entre les problèmes de sommeil et les conditions de travail seront explorées au moyen de régressions logistiques multivariées, prenant en compte l'effet du sexe, de l'âge et de la catégorie socioprofessionnelle, sur la population des actifs occupés ($n = 9332$), puis entre les problèmes de sommeil et la santé mentale. Enfin, l'effet conjoint des conditions de travail et de la santé mentale sur la déclaration de troubles du sommeil sera étudié au moyen d'une régression logistique multivariée. Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel STATA 7/SE.

3. Résultats

3.1. Description des individus ayant déclaré avoir eu des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours

Sur l'ensemble des 16 à 65 ans interrogés dans le cadre du Baromètre santé 2005, un peu moins de la moitié (46,2 %) déclarent avoir eu des problèmes de sommeil au cours des huit jours précédant l'enquête (33,7 % répondent en avoir eu « un peu » et 12,5 % « beaucoup »).

Si l'on croise la satisfaction du sommeil aux problèmes rencontrés, on observe que 48,4 % des personnes se déclarant insatisfaites de la qualité de leur sommeil déclarent avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours et 42,0 % en avoir eu un peu. En regard, seules 3,3 % des personnes qui se disent satisfaites de leur sommeil déclarent avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil.

C'est parmi les femmes que les problèmes de sommeil récurrents se trouvent les plus répandus : 15,6 % d'entre elles déclarent avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil contre 9,2 % des hommes ($p < 0,001$) (Tableau 2).

Les plus jeunes (13,0 %) et les personnes de 45 à 65 ans (13,9 %) déclarent plus que les autres avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours. (Fig. 1).

Certaines variables socioéconomiques semblent indiquer des différences significatives (Tableau 2). Les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme de niveau 5 (c'est-à-dire inférieur au baccalauréat), sont en proportion plus nombreuses que les autres à déclarer avoir eu « beaucoup » de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (respectivement 18,4 % et 13,8 %, contre 10,3 % pour le reste de la population ayant un diplôme supérieur au baccalauréat [supérieur à niveau 4 ; $p < 0,001$]). On observe également une augmentation suivant le niveau du revenu : 15,0 % des personnes dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 900 euros disent avoir rencontré beaucoup de problèmes de sommeil, tandis qu'ils sont 12,0 % parmi ceux dont le revenu est compris entre 900 et 1500 euros et 10,4 % parmi ceux qui déclarent plus de 1500 euros ($p < 0,001$).

De plus, les personnes vivant seules semblent plus que les autres souffrir de leur sommeil. En effet, elles sont 17,3 % à avoir déclaré « beaucoup » de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours contre 12,0 % parmi celles qui ne vivent pas seules ($p < 0,001$).

Sur l'ensemble de la population des 15 à 75 ans, 7,2 % des individus déclarent avoir consommé des somnifères ou des hypnotiques au cours des 12 derniers mois, soit 9,0 % des femmes et 5,3 % des hommes. Parmi les personnes insatisfaites de leur sommeil, 20,4 % indiquent avoir consommé des somnifères ou des hypnotiques au cours des 12 derniers mois versus 3,3 % de ceux qui se disent satisfaites ($p < 0,001$). Par ailleurs, 22,7 % de ceux qui disent avoir eu « beaucoup » de problèmes de sommeil ont consommé des hypnotiques ou somnifères au cours de cette même période versus 8,9 % de ceux qui en ont eu « un peu » de problèmes de sommeil ($p < 0,001$).

3.2. Problème de sommeil et conditions de travail

Sur le plan des catégories professionnelles, les employés sont en proportion plus nombreux que les autres à avoir eu beaucoup de difficultés au cours des huit derniers jours (soit 14,8 % versus 11,0 % pour les autres catégories socioprofessionnelles ; $p < 0,001$) et il semblerait que ce soit dans les secteurs d'activité de la pêche (15,1 % de personnes concernées), du commerce (14,0 %), de l'hôtellerie et de la restauration (14,7 %), de l'immobilier (15,0 %) et des ménages (16,6 %) que le pourcentage est le plus important. Par ailleurs, le chômage a aussi un impact sur le mauvais sommeil : 16,6 % des chômeurs déclarent avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil contre 10,9 % parmi les actifs occupés ($p < 0,001$).

Une analyse multivariée où la variable dépendante est le fait d'avoir eu « beaucoup » de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours en fonction des conditions de travail parmi les individus en activités âgés de 16 à 65 ans indique que ce sont les femmes actives qui semblent les plus touchées par les problèmes de sommeil (OR ajustés = 1,7 ; $p < 0,001$) (Tableau 3). Le fait d'être affecté par le stress dans son travail (OR ajustés = 1,9 ; $p < 0,001$), le travail fatiguant nerveusement (OR ajustés = 1,5 ; $p < 0,001$) et l'obligation de se dépêcher (OR ajustés = 1,3 ; $p < 0,01$) apparaissent comme des critères pesant fortement sur la qualité du sommeil. En revanche, le type de contrat du salarié, le travail de nuit et le travail fatiguant physiquement, n'apparaissent pas, après

Tableau 2 – Survenue de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours selon certains critères socio-démographiques parmi la population des 16 à 65 ans (*, **, * : test du Chi² significatif aux seuils 0,05 ; 0,01 ; 0,001). Sleep disorders in the last 8 days according to several sociodemographic criteria among the 15–65 year old subjects (*, **, *** = Chi² test significant at 0.05 ; 0.01; 0.001).**

	Un peu de problèmes de sommeil (%)	Beaucoup de problèmes de sommeil (%)
<i>Sexe</i>		
Hommes (n = 6206)	31,8	9,2
Femmes (n = 8528)	35,6***	15,6***
<i>Tranches d'âges (ans)</i>		
16–19 (n = 899)	30,8	13,0
20–25 (n = 1268)	32,8	10,6
26–34 (n = 3044)	31,1	11,7
35–44 (n = 3323)	34,0	11,6
45–54 (n = 3083)	35,8	14,0
55–65 (n = 3117)	35,8**	13,7*
<i>Revenus par unité de consommation</i>		
Inférieur à 900 euros (n = 3535)	33,9	15,0
De 900 à 1500 euros (n = 4465)	33,8	12,0
Supérieur à 1500 euros (n = 4642)	35,0	10,4***
<i>Diplôme</i>		
Aucun (n = 1095)	30,1	18,4
Niveau 5 (inférieur au bac) (n = 5898)	33,1	13,8
Niveau 4 (bac) (n = 2631)	32,2	10,8
Niveau 3 (bac + 2) (n = 1946)	35,3	10,6
Niveau 2 (bac + 2 + 3) (n = 1662)	37,8	10,8
Niveau 1 (bac + 5 + grande écoles) (n = 1262)	36,1**	9,2***
<i>Vit seul(e)</i>		
Non (n = 11 951)	33,5	12,0
Oui (n = 2774)	35,9*	17,3***
<i>Catégories socioprofessionnelles</i>		
Agriculteurs (n = 306)	28,8	7,3
Artisans (n = 827)	32,3	11,4
Cadres et professions intellectuelles (n = 2080)	36,2	10,2
Professions intermédiaires (n = 3524)	36,8	11,1
Employés (n = 3831)	33,5	14,8
Ouvriers (n = 2168)	28,7	11,0
Autres personnes sans activité professionnelle (n = 334)	33,5***	12,3***
<i>Situation professionnelle</i>		
Travail (n = 9332)	33,9	10,9
Chômage (n = 1279)	32,6	16,6
Autres inactifs (n = 2845)	34,0	12,6***
<i>Satisfaction du sommeil</i>		
Insatisfait (n = 1370)	42,0	48,4
Ni satisfait ni insatisfait (n = 1039)	66,0	10,9
Satisfait (n = 4996)	24,6***	3,3***

* ; ** ; *** : test du Chi² significatif aux seuils 0,05 ; 0,01 ; 0,001.

ajustement sur l'ensemble des variables du modèle, comme des déterminants liés aux problèmes de sommeil rencontrés au cours des huit derniers jours.

3.3. Troubles dépressifs et problèmes de sommeil

Les données issues du Baromètre santé 2005 montrent que, parmi les 15 à 75 ans, 7,8 % des personnes interviewées ont connu, selon les critères du CIDI-SF, un épisode dépressif caractérisé (EDC) avec retentissement au cours des 12 derniers mois. Pour 40,7 % d'entre eux, il s'agit d'un épisode d'intensité sévère, pour 53,9 % un épisode dépressif moyen et pour 5,4 % un épisode dépressif léger. Parmi les 16 à 65 ans, la prévalence

des EDC avec retentissement au cours des 12 derniers mois est de 8,3 %.

Si l'on rapproche les épisodes dépressifs au fait d'avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours parmi les 16 à 65 ans, on constate que 22,5 % des individus qui se disent être dans ce cas présentent un EDC au cours des 12 derniers mois (versus 6,4 % pour ceux qui n'ont pas eu ou peu de difficulté ; $p < 0,001$) (Tableau 4). Par ailleurs, la comparaison reste significative si l'intensité de l'épisode dépressif est moyenne ou sévère (Tableau 5).

Le résultat final d'une régression logistique (Tableau 4) où la variable dépendante est le fait d'avoir eu « beaucoup » de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours fait

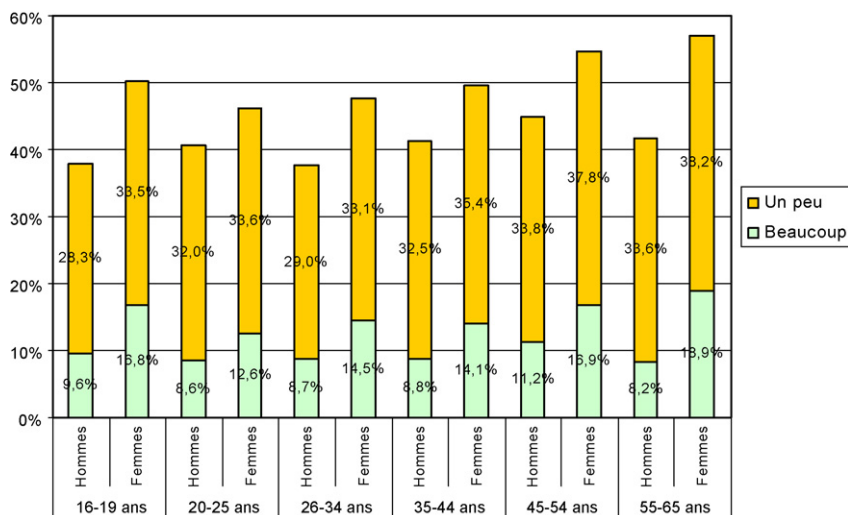


Fig. 1 – Pourcentage d'individus déclarant avoir eu « un peu » et « beaucoup » de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours, suivant le sexe et l'âge.

Percentage of individuals who stated they had problems sleeping (some or very much) in the last 8 days by sex and age groups.

apparaître qu'avoir eu un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois, être anxieux à la période de l'interview et avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois semblent être des facteurs de risque qui sont liés au fait d'avoir eu « beaucoup » de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (OR ajustés variant de 2,1 à 3,1 ; $p < 0,001$).

Enfin, lorsqu'on intègre dans le modèle de régression sur les conditions de travail (Tableau 3) le fait d'avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois, il apparaît que les individus ayant vécu un tel événement présentent un sur-risque de trouble récurrent du sommeil (OR ajustés = 3) ; par ailleurs, les variables discriminantes restent les mêmes : l'introduction de la variable EDC dans le modèle ne modifie pas les autres OR ajustés.

4. Discussion

Cette étude confirme l'importante prévalence des troubles du sommeil dans la population française. Cela avait déjà été souligné par de précédentes études nationales ou internationales incluant la France (Léger et al., 2000 ; Léger et Poursain, 2005 ; Léger et al., 2008 ; Ohayon et Roth, 2001 ; Ohayon, 2002). Cependant, ces dernières études ont toutes été construites dans l'intention unique de rechercher la prévalence des troubles du sommeil et de l'insomnie. On peut donc naturellement s'interroger sur la possibilité d'un biais de réponse lié à l'orientation exclusive du questionnaire chez des sujets interrogés uniquement sur leur sommeil.

L'originalité de l'étude que nous présentons est d'analyser des items d'une enquête démographique de grande envergure qui n'est pas du tout orientée sur le sommeil mais qui analyse de manière beaucoup plus vaste et répétée la santé des français (Beck et al., 2007a). À ce titre, elle apporte un éclairage nouveau sur les troubles du sommeil et elle permet de préciser les facteurs socioprofessionnels et psychiatriques associés à ces troubles.

Une des particularités de cette étude est d'interroger les sujets sur leurs huit dernières nuits. Dans le Baromètre santé, 46,2 % des 16 à 65 ans déclarent avoir eu des troubles dans les huit derniers jours 12,5 % déclarant avoir connu beaucoup de problèmes à rapprocher des 9 % d'insomnies sévères retrouvées dans l'étude de Léger et al. (2000). Une telle proportion est préoccupante et démontre qu'il existe un décalage important entre ce que les Français attendent de leur sommeil et la réalité de leurs nuits. Sur le plan méthodologique, il semble donc envisageable qu'une simple question portant sur la qualité du sommeil dans les huit derniers jours qui précèdent l'enquête permette d'approcher des taux d'insomnie en population générale. La consommation d'hypnotiques et de somnifères au cours des 12 derniers mois chez les sujets qui répondent à ces définitions : « troubles du sommeil dans les huit derniers jours et insatisfaction du sommeil » est significativement plus élevée que chez ceux qui n'y répondent pas confortant l'intérêt de ces questions.

Les limites de l'étude sont cependant l'absence de données sur les causes de ces troubles du sommeil. Il n'y a pas de possibilité dans ce questionnaire d'attribuer une partie de ces troubles du sommeil au syndrome d'apnées du sommeil ou au syndrome des jambes sans repos ou à toute autre pathologie couramment accompagnée de troubles du sommeil : la pathologie douloureuse chronique, les troubles prostatiques, les rhinites allergiques, par exemple (Silber, 2005).

La question du délai est probablement cruciale. Elle est au centre des discussions d'expert sur la notion d'insomnie chronique (Ohayon et Roth, 2001 ; Edinger et al., 2004). En effet, il est souvent facile de se rappeler du sommeil de la dernière nuit ou de l'avant-dernière nuit. En revanche, il est très difficile de se rappeler du sommeil d'il y a une semaine ou encore plus d'il y a un mois. Cela ne signifie pas qu'il faille remettre en cause les critères de définition de l'insomnie retenus par les classifications internationales (American Academy of Sleep Medicine, 2005 ; American Psychiatric Association, 2000 ; Edinger et al., 2004), mais qu'on puisse cependant prendre en

Tableau 3 – Problèmes de sommeil et conditions de travail : pourcentage et OR ajustés issus d'une régression logistique contrôlant le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle parmi les 16 à 65 ans qui déclarent travailler.
Sleep disorders and occupational conditions among 16–65 year old working subjects: percentages and adjusted odds ratio issued from a logistic regression including sex, age and socio-occupational categories as independent variables.

	Beaucoup de problèmes de sommeil (%)	OR ajustés beaucoup de problèmes de sommeil (n = 8561)	IC à 95%
Sexe			
Hommes (n = 4290)	8,4	1,0	
Femmes (n = 5042)	13,8***	1,7***	1,4–2,0
Tranches d'âges (ans)			
16–19 (n = 108)	14,2	1,0	
20–25 (n = 663)	7,7	0,5	
26–34 (n = 2391)	10,3	0,7	
35–44 (n = 2760)	10,8	0,7	
45–54 (n = 2445)	12,1	0,8	
55–65 (n = 965)	12,2***	0,9	
Catégories socioprofessionnelles			
Ouvriers (n = 1507)	9,9	1,0	
Agriculteurs (n = 218)	5,2	0,4*	0,2–0,9
Artisans (n = 581)	9,6	0,9	
Cadres et professions intellectuelles (n = 1646)	10,2	0,8	
Professions intermédiaires (n = 2678)	10,4	0,8	
Employés (n = 2656)	13,4***	1,1	
Type de contrat			
CDI ou fonctionnaire (n = 7283)	11,1%	1,0	
Statut précaire (n = 1151)	10,7%	1,1	
À son compte (n = 670)	9,0%	0,9	
Travail de nuit			
Non (n = 8563)	10,8	1,0	
Oui (n = 227)	13,7	1,2	
Travail fatiguant nerveusement			
Non (n = 2900)	7,3	1,0	
Oui (n = 6378)	12,6***	1,5***	1,2–1,8
Travail fatiguant physiquement			
Non (n = 5048)	9,7	1,0	
Oui (n = 4244)	12,4***	1,1	
Affecté par le stress dans le travail			
Non (n = 6589)	8,6	1,0	
Oui (n = 2715)	16,9***	1,9***	1,6–2,2
Obligation de se dépêcher			
Parfois/jamais (n = 3610)	8,5	1,0	
Toujours/souvent (n = 5684)	12,5***	1,3**	1,1–1,5

*, **, *** : test du Chi² significatif aux seuils 0,05 ; 0,01 ; 0,001.

compte plus facilement les troubles du sommeil par ce type de question simple dans des études de cohorte qui ne lui sont pas directement consacrées comme la notre.

Cette étude permet aussi de mieux préciser les caractéristiques socioprofessionnelles et psychiatriques associées aux troubles du sommeil sans les avoir définies a priori dans la construction de l'échantillon.

Les troubles du sommeil sont bien plus fréquents chez la femme et augmentent avec l'âge, si on excepte la période de l'adolescence où les troubles apparaissent plus fréquents que chez les jeunes adultes (Ohayon, 2002 ; Ohayon et al., 2004). L'explication de cette haute prévalence féminine n'est pas certaine. Est-elle d'origine endocrinienne, liée à la maternité (Skouteris et al., 2008), à la ménopause (Eichling et Sahni, 2005) ou à une appréciation différente du sommeil

entre homme et femme ? Dans cette étude, comme dans la plupart des études précédentes, la différence femme homme existe dès la tranche d'âge 16 à 19 ans, ce qui signifie qu'elle préexiste à la maternité. Voderholzer et al. (2003) a comparé les caractéristiques de sommeil de 86 insomniaques comparés à 86 bons dormeurs et estime que la différence de sexe a peu d'influence sur la perception du sommeil et qu'elle s'explique probablement par les variations d'anxiété et de dépression. Il apparaît également dans nos résultats que les troubles du sommeil sont liés au niveau socioéconomique et au revenu. Ce résultat ne peut manquer de faire s'interroger sur la relation réciproque entre sommeil et activité diurne chez les professionnels. L'insomnie a-t-elle un impact sur le revenu de l'individu ou est-ce l'inverse ? Dans plusieurs études sur les conséquences professionnelles

Tableau 4 – Résultat final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir eu beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (ajustée suivant le sexe et l'âge ; n = 10 991), parmi les 16 à 65 ans (*, **, * : test du Chi² significatif aux seuils 0,05 ; 0,01 ; 0,001).**

Final results of a logistic regression for "very much problem sleeping" in the last 8 days as an independent variable (adjusted for sex and age), among the 16–65 year old subjects; n = 10,991 (*, **, * = Chi² test significant at 0.05; 0.01; 0.001).**

	Beaucoup de problèmes de sommeil (%)	OR ajustés beaucoup de problèmes de sommeil (n = 9683)	IC à 95%
<i>Épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois</i>			
Non (n = 8448)	6,4 %	1,0	
Oui (n = 1272)	22,5 %***	2,4***	1,9–3,0
<i>Symptôme anxieux à la période de l'interview</i>			
Non (n = 8419)	11,1 %	1,0	
Oui (n = 1272)	35,7 %***	3,1***	2,6–3,6
<i>Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois</i>			
Non (n = 12 752)	4,2 %	1,0	
Oui (n = 1970)	15,7 %***	2,1***	1,7–2,8

* , ** , *** : test du Chi² significatif aux seuils 0,05 ; 0,01 ; 0,001.

de l'insomnie, il a été démontré que l'insomnie avait une influence sur :

- l'attention au travail ;
- le risque d'erreurs ;
- la concentration ;
- les relations professionnelles ;
- la carrière professionnelle (Léger et al., 2006 ; Godet-Cayre et al., 2006 ; Philip et al., 2006).

Cependant, des études longitudinales seraient nécessaires pour mieux faire le lien entre apparition d'insomnie et retentissement professionnel et économique. La haute prévalence de troubles du sommeil retrouvée chez les chômeurs dans cette étude s'inscrit dans la même réflexion.

L'analyse des caractéristiques professionnelles des sujets présentant des troubles récents du sommeil est aussi

intéressante. Des études réalisées auprès de travailleurs insomniaques ont montré que parmi les causes professionnelles de l'insomnie, les interviewés rapportaient une surcharge mentale, des facteurs environnementaux et l'impossibilité de se détendre après le travail et avant le sommeil (Léger et al., 2006). Nos analyses confirment l'influence des ces aspects psychologiques – stress, fatigue nerveuse, obligation de se dépêcher – sur la qualité du sommeil. Parmi les facteurs explicatifs, le stress (OR = 1,9), la fatigue nerveuse (OR = 1,5) et l'obligation de se dépêcher (OR = 1,3) semblent aussi concerner plus spécifiquement les employés qui sont soumis aux contraintes hiérarchiques notamment identifiées par un manque d'autonomie dans les décisions, des contraintes de temps... et qui sont plus souvent des femmes.

L'interrelation entre troubles du sommeil et troubles psychiatriques a été mainte fois soulignée. L'insomnie chronique est considérée comme un facteur de risque de dépression (Buysse et al., 2008), et également comme un facteur de perpétuation de la dépression en particulier chez les personnes âgées (Pigeon et al., 2008). Et par ailleurs, on estime aussi que 30 à 50 % des insomnies chroniques sont associées et/ou secondaires à des troubles anxiodépressifs (Buysse et al., 2008 ; Ohayon et Roth, 2001 ; Ohayon, 2003 ; NIH, 2005). Dans l'étude que nous présentons, réalisée en population générale et sans construction de l'échantillon nous retrouvons ce lien fort entre troubles du sommeil et pathologies psychiatriques. Il nous semble important de souligner que ce même item affirmant la présence de « beaucoup de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours » soit liée de manière forte à la notion d'épisode dépressif ou de pensées suicidaires dans les 12 derniers mois (OR = 2,4 et 2,1), ou de symptômes anxieux au cours de l'interview (OR = 3,1). La difficulté d'évaluer la dépression en population générale a été maintes fois soulignée (Kessler et Ustun, 2004 ; Patten et al., 2005). Il nous semble donc vraiment pertinent d'interroger en population générale les sujets sur leur sommeil des huit derniers jours dans un but de dépistage ou de prévention des pathologies psychiatriques les plus répandues.

Sur le plan méthodologique, il est intéressant de discuter le possible biais lié aux définitions retenues par notre enquête de la dépression et des troubles du sommeil. Dans la mesure où la

Tableau 5 – Critères de recherche pour le diagnostic de l'insomnie.

Diagnostic criteria for insomnia in research.

Le sujet rapporte une ou plus des difficultés du sommeil suivantes

- Troubles d'endormissement
- Troubles de maintien du sommeil
- Réveil précoce
- 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

- Fatigue/malaise
- Troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire
- Troubles du fonctionnement social ou mauvaises performances scolaires
- Trouble de l'humeur/irritabilité
- Somnolence diurne
- Réduction de la motivation/énergie/initiative
- Tendance aux erreurs/accidents au travail ou en conduisant
- Céphalées de tension ou malaise général en relation avec la perte de sommeil
- Préoccupations ou ruminations à propos du sommeil

définition de la dépression comporte un item de troubles du sommeil, la corrélation obtenue pourrait apparaître en partie artéfactuelle. Les questions que nous avons utilisées pour étudier les troubles du sommeil sont extraites de l'échelle de Duke (Pakerson et al., 1991) pour la première et la Wholqol pour la seconde (Power et al., 1999). L'échelle de Duke interroge sur la présence de troubles du sommeil au cours des huit derniers jours. Le volet santé mentale de l'enquête, le CIDI-SF comprend également une question sur les difficultés de sommeil mais cette question n'est cependant posée qu'aux personnes ayant vécu une période d'au moins deux semaines au cours de laquelle elles se sont senties tristes déprimées ou sans espoir.

Elle s'intitule « Pendant ces deux dernières semaines, avez-vous eu plus de difficultés à dormir ? oui, non. Pendant ces deux semaines, cela arrivait-il : (1) Chaque nuit ; (2) Presque chaque nuit ; (3) Moins souvent ». Les résultats du Baromètre santé retrouvent 7,8 % des personnes interrogées ayant présenté un EDC durant l'année qui précède l'entretien (Briffault et al., 2008). Cette question ne peut donc pas à l'inverse des deux autres fournir d'informations à l'échelle de la population générale.

5. Conclusion

Cette étude permet donc de confirmer la haute prévalence des troubles du sommeil en population générale française et d'améliorer la connaissance des facteurs sociodémographiques et professionnels associés. Le lien entre les troubles sévères du sommeil dans la période de l'interview et les comorbidités psychiatriques doit aussi être exploré plus avant. Peut-être pourrait-il permettre un dépistage et une prévention plus facile des groupes à risque en population générale.

6. Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêts.

R É F É R E N C E S

American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders (ICSD), 2nd edition: Diagnostic and coding manual. Wechester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2005. p. 297.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition revised. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000. p. 321.

Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2007 [593p].

Beck F, Léon C, Léger D. Le sommeil : approche exploratoire. In: Beck F, Guilbert P, Gautier A, editors. Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2007. p. 518-32.

Buysse DJ, Angst J, Gamma A, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults. *Sleep* 2008;31:473-80.

Briffault X, Morvan Y, Guilbert P, Beck F. Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale. *BEH* 2008;35-36:318-21. Numéro spécial santé mentale.

Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin R, Doghramji K, Dorsey CMA, Espie CA, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep* 2004;27:1567-96.

Eichling PS, Sahni J. Menopause related sleep disorders. *J Clin Sleep Med* 2005;1:291-300.

Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil auprès du ministre de la Santé et des Solidarités. Paris: ministère de la Santé et des Solidarités; 2006. p. 394. http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/giordanella_sommeil_rapport.pdf. (Consulté le 10 décembre 2008).

Godet-Cayre V, Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Dinot J, Massuel M, Léger D. Insomnia and absenteeism: who pays the costs? *Sleep* 2006;29:179-84.

Hall MH, Muldoon MF, Jennings JR, Buysse DJ, Flory JD, Manuck SB. Self-reported sleep duration is associated with the metabolic syndrome in midlife adults. *Sleep* 2008;31:635-43.

Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.

Kronholm E, Partonen T, Laatikainen T, Peltonen M, Härmä M, Hublin C, et al. Trends in self-reported sleep duration and insomnia-related symptoms in Finland from 1972 to 2005: a comparative review and re-analysis of Finnish population samples. *J Sleep Res* 2008;17:54-62 [Review].

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.

Léger D, Poursain B. An international survey of insomnia: under-recognition and under-treatment of a polysymptomatic condition. *Curr Med Res Opin* 2005;21:1785-92.

Léger D, Massuel MA, Metlaine A, SISYPHE study group. The professional correlates of insomnia. *Sleep* 2006;29:171-8.

Léger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin* 2008;24:307-17.

NIH (National Institutes of Health). State of the science conference statement manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Sleep* 2005;28:1049-57.

Ohayon M, Roth T. What are the contributing factors for insomnia in the general population? *J Psychosom Res* 2001;51:745-55.

Ohayon M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002;6:97-111.

Ohayon M. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 2003;37:9-15.

Ohayon M, 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.

Ohayon M. Prevalence and comorbidity of sleep disorders in general population. *Rev Prat* 2007;57:1521-8.

Pakerson GR, Broadhead WE, Tse CK. Development of the 17-item Duke health profile. *Fam Pract* 1991;8:396-401.

Patten SB, Wang JL, Beck CA, Maxwell CJ. Measurement issues related to the evaluation and monitoring of major depression prevalence in Canada. *Chronic Dis Can* 2005;26:100-6.

Philip P, Léger D, Taillard J, Quera-Salva MA, Niedhammer I, Mosqueda JG, et al. Insomniac complaints interfere with quality of life but not with absenteeism: respective role of

- depressive and organic comorbidity. *Sleep Med* 2006; 7:585-91.
- Pigeon WR, Hegel M, Unützer J, Fan MY, Sateia MJ, Lyness JM, et al. Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep* 2008;31:481-8.
- Power M, Harper A, Bullinger M. The World Health Organisation WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychol* 1999;18:495-505.
- Silber MH. Clinical practice. Chronic insomnia. *N Engl J Med* 2005;353:803-10 [Review].
- Skouteris H, Germano C, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. Sleep quality and depression during pregnancy: a prospective study. *J Sleep Res* 2008;17:217-20.
- Voderholzer U, Al-Shajlawi A, Weske G, Feige B, Riemann D. Are there gender differences in objective and subjective sleep measures? A study of insomniacs and healthy controls. *Depress Anxiety* 2003;17:162-72.