

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/authorsrights>



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15–85 ans)[☆]

Insomnia and total sleep time in France: Prevalence and associated socio-demographic factors in a general population survey

F. Beck^{a,*}, J.-B. Richard^a, D. Léger^c

^a Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 42, boulevard de la Libération, 93203 St Denis cedex, France

^b Cermes3 - Équipe Cesames, Inserm U988/EHESS, centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, CNRS UMR 8211, 45, rue des Saints-Pères, 75270 Paris cedex 06, France

^c Centre du sommeil et de la vigilance et Institut national du sommeil et de la vigilance, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, AP-HP, Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis Notre Dame, 75181 Paris cedex 04, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 12 octobre 2012

Reçu sous la forme révisée le
4 février 2013

Accepté le 26 février 2013

Disponible sur Internet le
18 octobre 2013

Mots clés :

Sommeil

Insomnie

Épidémiologie

Comorbidités

Enquête en population générale

RÉSUMÉ

Introduction. – La qualité du sommeil a un impact fort sur la santé. L'objet de cette étude est de quantifier le temps de sommeil et la prévalence de l'insomnie chronique dans la population des 15 à 85 ans et d'explorer les facteurs associés à cette pathologie.

Méthode. – Dans le cadre du Baromètre santé 2010, enquête en population générale, 27 653 individus de 15 à 85 ans ont été interrogés.

Résultat. – Le temps de sommeil moyen des 15 à 85 ans est de 7 heures 13, plus élevé pour les femmes que pour les hommes (7 heures 18 vs 7 heures 07 ; $p < 0,001$), tandis que 15,8 % des 15 à 85 ans présentent une insomnie chronique. La part d'insomnie chronique est stable avec l'âge parmi les femmes, tandis qu'elle augmente chez les hommes jusqu'à 45 à 54 ans, avant de diminuer au-delà. Elle est liée au fait d'être une femme, à des situations de précarité, à certains événements de vie difficiles tels que les violences subies ou encore à l'alcoolisation à risque chronique. Les troubles du sommeil déclarés sur les 8 derniers jours apparaissent en hausse par rapport à 1995, avec une stabilisation depuis 2000 à un niveau élevé.

Conclusions. – Ces résultats justifient la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé visant à aider la population à préserver un sommeil de qualité.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France.

* Auteur correspondant.

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

0035-3787/\$ – see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurol.2013.02.011>

A B S T R A C T

Keywords:

Sleep
Insomnia
Epidemiology
Comorbidity
General population survey

Introduction. – Sleep is considered as a major protective factor for good health and quality of life. The epidemiology of chronic insomnia and other sleep disorders has recently been developed in France. The aim of this study was to evaluate total sleep time and the prevalence of chronic insomnia in the general population aged 15 to 85 years. It was also to investigate factors associated with sleep disorders.

Methods. – Within the framework of the Health Barometer 2010, a French general population survey, 27,653 15 to 85-year-old individuals were questioned about their health behaviors and attitudes, in particular about their sleeping time and habits.

Results. – The average sleeping time of the 15 to 85-year-old was 7 hours 13 minutes. It was higher for women than for men (7 hours 18 minutes vs 7 hours 07 minutes; $P < 0.001$), whereas 15.8 % of the population presented criteria for chronic insomnia, 19.3 % of women and 11.9 % of men ($P < 0.001$). The prevalence of chronic insomnia was stable with age among women, around 19 %, whereas it increased for men from 3 % in the 15–19-year age range to 18 % in the 45–54-year age range, before decreasing to 8 % beyond 65 years. Chronic insomnia was also found to be related to precarious situations and to several difficult events of life such as violence or chronic alcohol abuse, whereas the relationship observed with tobacco smoking was no longer found after logistic regression adjustment for socio-demographic characteristics. Since the beginning of 1990s, a single-question inquiry on “sleeping problems present during the last 8 days” has been asked in the Health Barometer. The rate of subjects concerned increased from 1995, with a prevalence stabilized at a high level since 2000.

Conclusions. – Based on these data, we think that the surveillance of sleep disorders is an important public health issue and that prevention and health educational initiatives should be launched in the general population to promote a better quality of sleep.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

De nombreux travaux ont montré le rôle fondamental du sommeil sur la santé, le bien-être et l'équilibre physique et psychologique des individus à tous les âges de la vie (Giordanella, 2006). Il constitue un important facteur de protection de l'état de santé. À l'inverse, les troubles du sommeil ont des conséquences sur le fonctionnement de l'organisme et du psychisme, et de ce fait sur la vie sociale et professionnelle, telles que l'absentéisme ou les accidents de la route et du travail liés à la somnolence (Léger et al., 2002; Godet-Cayre et al., 2006; Léger et al., 2006). Si une majorité des Français dort environ sept heures par jour (Léger et al., 2011), cette durée ne peut toutefois pas être considérée comme une norme prophylactique, dans la mesure où certains individus ont besoin de neuf heures de sommeil quotidien, lorsque d'autres, plus rarement, peuvent se contenter de cinq heures sans retentissement particulier sur la journée suivante. Cependant, ces durées extrêmes sont rares et la plupart des adultes trouvent leur compte de sommeil en dormant entre sept et huit heures la veille des jours de travail et huit à neuf heures la veille des jours de repos.

Le sommeil est essentiel à la préservation des capacités cognitives et motrices, à l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales ainsi qu'à la restauration du système immunitaire ou encore au repos du système cardiovasculaire. Un manque ponctuel de sommeil se rattrape aisément, mais un manque chronique est susceptible de favoriser, entre autres pathologies, l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, ainsi que des troubles de l'humeur ou du comportement (NIH, 2005). Des études

récentes ont d'ailleurs établi un lien entre durée de sommeil et espérance de vie (Gallicchio et Kalesan, 2009). Il apparaît ainsi particulièrement important d'assurer une surveillance épidémiologique des comportements de la population en matière de sommeil. Si les enquêtes françaises en population générale comportant une ou des questions sur les troubles du sommeil sont nombreuses (Chan-Chee et al., 2011), permettant parfois de suivre des évolutions (Beck et al., 2009), les enquêtes représentatives s'appuyant sur des outils permettant de mesurer de façon fiable l'insomnie selon les critères définis par l'American Academy of Sleep Medicine sont plus rares (Léger et al., 2000).

La connaissance épidémiologique du sommeil et de ses troubles repose depuis quelques années sur des outils standardisés, mais 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. Dans ce souci, un module complet sur le sommeil construit en collaboration avec l'Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV) a été incorporé au questionnaire du Baromètre santé 2010 de l'Inpes, enquête en population générale. L'objectif de cet article est, d'une part, de quantifier le temps de sommeil et la prévalence de l'insomnie dans la population des 15 à 85 ans et d'explorer les facteurs associés à cette pathologie, en termes de facteurs sociodémographiques, d'événements de vie, de violences subies, d'état de santé et de conduites addictives. D'autre part, dans la mesure où le module sur le sommeil a été posé pour la première fois en 2010, il s'agira de suivre les évolutions de prévalence des troubles du sommeil dans les 8 derniers jours, par rapport aux Baromètres santé antérieurs, évalués à partir de questions sur le

sommeil issues d'une échelle de qualité de vie posée depuis 1995 (Parkerson et al., 1990).

2. Méthode

Depuis le début des années 1990, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées Baromètres santé, qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français (Guilbert et al., 2001 ; Beck et al., 2007). Ces enquêtes sont des sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu) réalisés à l'aide du système de collecte assistée par téléphone et informatique (CATI). Le terrain de l'enquête 2010, confié à l'institut GfK-ISL, s'est déroulé du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010. Les numéros de téléphone sont générés aléatoirement, ce qui permet d'interroger les ménages en liste rouge. L'annuaire inversé est utilisé pour envoyer une lettre-annonce aux ménages sur liste blanche (ceux sur liste rouge se la voient proposer a posteriori), mettant l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre. Si les numéros de téléphone ne répondent pas ou sont occupés, ils sont alors recomposés automatiquement jusqu'à 40 fois à des horaires et des jours de la semaine différents, l'appel étant considéré comme non abouti après 8 sonneries. Pour être éligible, un ménage doit comporter au moins une personne de 15 à 85 ans et parlant le français. À l'intérieur du foyer, l'individu est sélectionné aléatoirement au sein des membres éligibles du ménage. En cas de refus de participation, le ménage est abandonné sans remplacement. L'anonymat et le respect de la confidentialité sont garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (CNIL).

Pour faire face à l'abandon du téléphone filaire au profit du mobile par une partie de la population présentant des caractéristiques particulières en termes de comportements de santé, un échantillon de 2944 individus issus de ménages joignables uniquement sur téléphone mobile a été interrogé en plus des 24 709 individus possédant une ligne fixe à leur domicile, dont 1104 individus disposant d'une ligne fixe mais uniquement joignables par un numéro en 08 ou 09 interrogés à partir de leur mobile, ce qui a permis d'améliorer la représentativité de l'échantillon (Beck et al., 2011). Ces différents échantillons ont été agrégés de manière à respecter leur proportion respective au sein de la population française. L'échantillon global comprend ainsi 27 653 individus. Le taux de refus est, pour l'échantillon des mobiles comme pour celui des fixes, de l'ordre de 40 %. La passation du questionnaire durait en moyenne 32 minutes.

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

Le temps de sommeil a été calculé à partir des réponses aux questions relatives à l'heure habituelle de coucher, de réveil,

ainsi qu'au temps estimé pour s'endormir : « Le plus souvent (hors vacances et week-end), à quelle heure éteignez-vous votre lampe pour dormir ? » ; « Le plus souvent (hors vacances et week-end), combien de temps vous faut-il pour vous endormir ? » ; « Le plus souvent (hors vacances et week-end), à quelle heure vous réveillez-vous ? ». À la différence d'autres enquêtes qui mesurent plutôt un temps quotidien passé au lit incluant des phases de lectures et d'endormissement, l'objectif était ici de mesurer un temps de sommeil réel. Le temps de sommeil nécessaire a été étudié à partir de la question « En moyenne, de combien d'heures de sommeil avez-vous besoin généralement pour être en forme le lendemain ».

Une question sur les troubles du sommeil au cours des 8 derniers jours, posée depuis 1995 et issue d'une échelle de qualité de vie (Parkerson et al., 1990), permet par ailleurs un suivi de l'évolution : « Diriez-vous qu'au cours des 8 derniers jours, vous avez eu des problèmes de sommeil ? Pas du tout/Un peu/Beaucoup ». Le recours à un produit à des fins hypnotiques était également exploré avec la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des produits quels qu'ils soient pour vous aider à dormir ? ».

Conformément aux critères de recherche pour le diagnostic de l'insomnie de l'International Classification of Sleep Disorders (ICSD) proposés par l'American Academy of sleep medicine (Annexe 1), l'insomnie a été mesurée par la présence d'au moins un des troubles suivants : difficulté pour s'endormir, réveils nocturnes ou trop précoces, sommeil non réparateur ou de mauvaise qualité. La présence d'une insomnie chronique avec retentissement fonctionnel diurne a été définie par l'existence d'au moins un des quatre troubles, à une fréquence d'au moins trois nuits par semaine et depuis plus d'un mois, ayant un impact négatif sur la vie sociale, professionnelle... (Edinger et al., 2004).

Les questions relatives au temps de sommeil des individus ont été posées à l'ensemble de l'échantillon, et celles relatives à l'insomnie n'ont été posées qu'à un tiers de l'échantillon tiré aléatoirement, soit 8782 personnes.

Parmi les facteurs associés étudiés figure la consommation d'alcool à risque mesurée selon l'Audit (Saunders et al., 1993), qui permet de mesurer l'usage sans risque, l'usage à risque ponctuel ou chronique, ainsi que l'usage à risque de dépendance. Le tabagisme a pour sa part été mesuré en distinguant les fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) des non-fumeurs et anciens fumeurs. Les variables étudiées sont : la présence d'une maladie chronique, la détresse psychologique telle que mesurée par l'échelle Mental Health, issue du questionnaire SF36 (Leplège et al., 1998), le fait d'avoir subi des violences verbales, physiques ou sexuelles, le fait de vivre seul, le statut d'activité (actif occupé, chômeur, étudiant, retraité ou autre inactif) et le fait d'avoir vécu un événement grave au cours de sa jeunesse (graves problèmes de santé ou décès des parents, divorce, climat de violence entre les parents).

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

3. Résultats

3.1. Temps de sommeil selon l'âge et le sexe

En 2010, le temps de sommeil moyen des 15 à 85 ans est 7 heures 13, plus élevé pour les femmes que pour les hommes (7 heures 18 vs 7 heures 07 ; $p < 0,001$), et le temps médian est de 7 heures 20 (7 h 30 pour les femmes et 7 heures 15 pour les hommes). Un quart de la population dort moins de 6 heures 29 par jour (22,9 % des femmes, 28,1 % des hommes) tandis qu'à l'opposé, un quart dort plus de 8 heures 00 par jour (27,8 % des femmes, 22,9 % des hommes).

Selon l'âge, la courbe du temps de sommeil suit une tendance similaire entre hommes et femmes, celui-ci diminuant progressivement entre la fin de l'adolescence et environ 45 ans, pour augmenter ensuite jusqu'aux âges les plus avancés. Cette hausse du temps de sommeil est nettement plus prononcée parmi les hommes, qui dorment autant que les femmes entre 55 et 64 ans mais plus longtemps à partir de 65 ans, alors que l'inverse est toujours observé avant ces âges. Entre 15 ans et 55 ans, les hommes dorment en effet entre 12 minutes (parmi les 15 à 19 ans) et 28 minutes (parmi les 26 à 34 ans) de moins que les femmes. C'est entre 35 et 44 ans parmi les hommes, 45 et 54 ans parmi les femmes, que les personnes déclarent le temps de sommeil le plus court, avec respectivement 6 heures 50 et 7 heures 02 (Fig. 1).

Le temps de sommeil effectif habituel (hors vacances et week-end) peut être mis en regard du temps de sommeil nécessaire. L'écart moyen entre sommeil effectif et sommeil nécessaire indique un déficit moyen de sommeil de 7 minutes pour les hommes et de 17 minutes pour les femmes, parmi les 15 à 85 ans. De 15 à 54 ans, le temps de sommeil effectif apparaît à tous les âges inférieur au temps nécessaire, et ce quel que soit le sexe. À partir de 55 ans, un rapprochement sensible s'observe, avec même pour les hommes, ainsi que parmi les femmes les plus âgées, un temps de sommeil dépassant les besoins. A contrario, l'écart le plus important entre temps effectif et temps nécessaire s'observe parmi les plus jeunes, de 15 à 19 ans, atteignant 41 minutes pour les jeunes garçons et 54 minutes pour les jeunes femmes.

Si l'évolution selon l'âge du temps effectif de sommeil suit une courbe similaire entre hommes et femmes, celle du temps nécessaire présente une certaine différence. La courbe en U se retrouve pour les hommes tandis que, pour les femmes, le temps nécessaire ne cesse de diminuer avec l'âge.

Selon le statut d'activité, les personnes qui travaillent se distinguent par un temps de sommeil plus court (7 heures 03 contre 7 heures 24 pour ceux qui ne travaillent pas). Avec les étudiants et les autres inactifs (personnes au foyer, invalides, en congé de longue durée), elles présentent un déficit de sommeil relativement à leur besoin ressenti, tandis que les chômeurs et les retraités déclarent en moyenne dormir autant que nécessaire (Tableau 1).

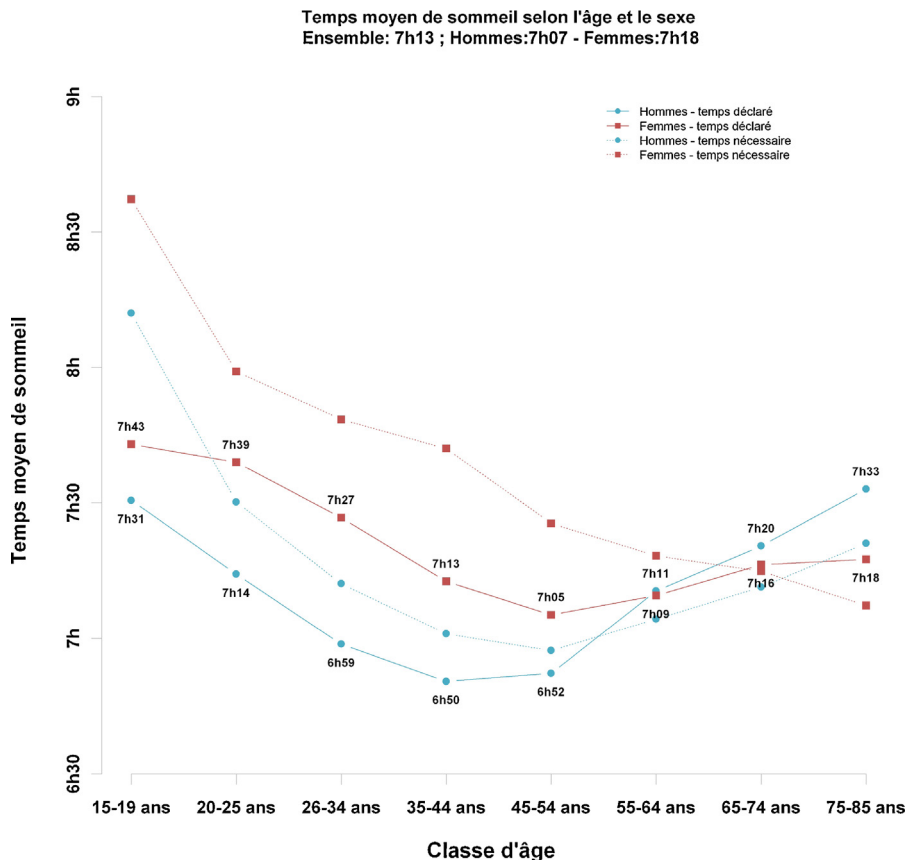


Fig. 1 – Temps de sommeil déclarés et nécessaire pour être en forme, selon l'âge et le sexe. Baromètre santé 2010, Inpes.

Tableau 1 – Temps de sommeil selon le statut d'activité, parmi les 15 à 85 ans.

Statut d'activité	Temps de sommeil
Actif occupé	7 h 03
Chômeur	7 h 33
Étudiant	7 h 31
Retraité	7 h 21
Autre inactif	7 h 33

Baromètre santé 2010, Inpes.

3.2. Insomnie

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

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

La part d'insomnie chronique apparaît très liée à la précarité de la situation financière perçue, mais aussi à certains événements de vie difficiles tels que les violences subies, le fait d'avoir subi un événement grave dans l'enfance

ou encore à la présence d'une maladie chronique ou d'une alcoolisation à risque de dépendance, tandis que celui avec le tabagisme disparaît une fois contrôlés les effets de structure dans la modélisation. Le fait de vivre seul s'avère pour sa part sans lien avec l'insomnie chronique (Tableau 2). Par ailleurs, il convient de souligner qu'en retirant les insomniaques, le temps moyen de sommeil passe de 7 heures 13 à 7 heures 23, le temps nécessaire de 7 heures 25 à 7 heures 27.

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

Alors que les problèmes de sommeil touchent tous les âges, la prise de produits pour aider à dormir apparaît de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge : 11,4 % des 15 à 30 ans, 14,0 % des 31 à 45 ans et 22,9 % des 46 à 75 ans. Ils sont également plus souvent consommés par les femmes, en cohérence avec des fréquences plus grandes de troubles du sommeil déclarés. Notons enfin que, parmi les 15 à 75 ans, 42,3 % des insomniaques prennent des produits pour aider à dormir, 45,6 % des femmes et 36,8 % des hommes, alors qu'ils ne sont que 28,9 % parmi les 15 à 30 ans. L'écart est particulièrement visible parmi les femmes, dont la part d'insomniaques prenant des produits

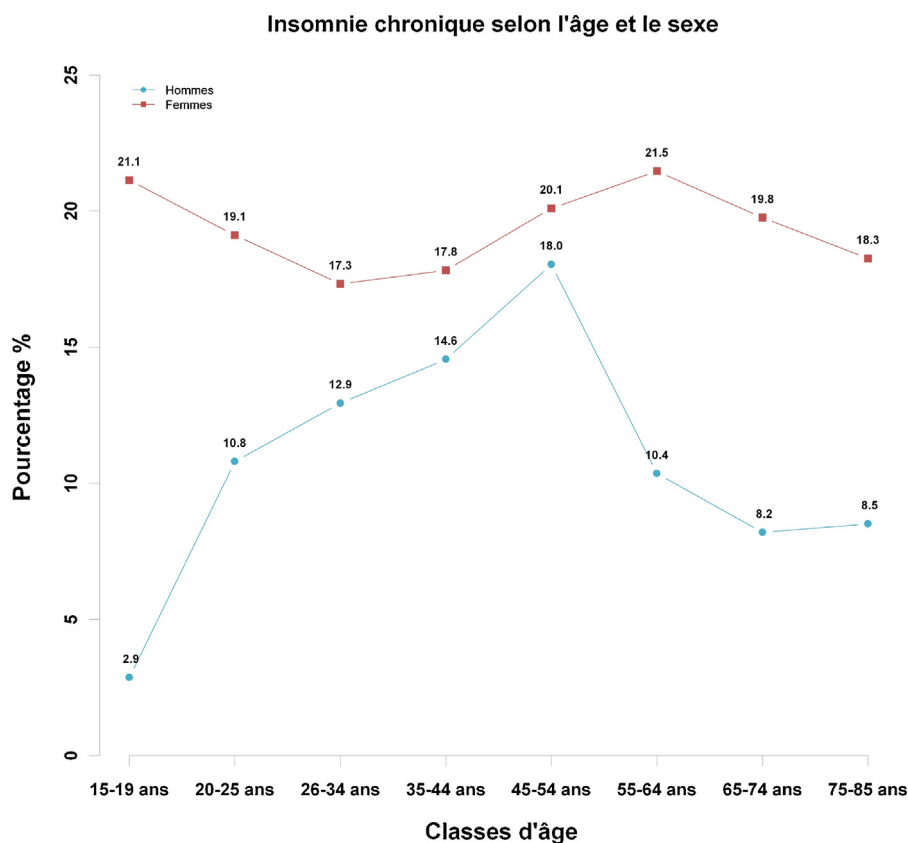


Fig. 2 – Prévalence de l'insomnie chronique, selon l'âge et le sexe.
Baromètre santé 2010, Inpes.

Tableau 2 – Facteurs associés à l'insomnie chronique parmi les 18 à 75 ans, selon le sexe.

	Variables											
	Ensemble				Hommes				Femmes			
	n	%	Ora	IC	n	%	Ora	IC	n	%	Ora	IC
Sexe		***										
Homme (réf.)	3477	12,9	- 1 -									
Femme	4367	19,3	1,7***	[1,5-2,0]								
Âge						***						
18-24 ans (réf.)	783	14,6	- 1 -		391	9,1	- 1 -		392	20,5	- 1 -	
25-34 ans	1324	14,9	1,1	[0,8-1,4]	575	12,4	1,2	[0,8-1,9]	749	17,3	1,0	[0,7-1,4]
35-44 ans	1690	16,1	1,2	[0,9-1,5]	774	14,5	1,6*	[1,0-2,4]	916	17,7	1,0	[0,7-1,3]
45-54 ans	1441	19,4	1,5**	[1,1-1,9]	641	18,4	2,2***	[1,4-3,3]	800	20,3	1,2	[0,8-1,6]
55-64 ans	1596	16,2	1,3*	[1,0-1,7]	678	10,5	1,4	[0,9-2,2]	918	21,5	1,2	[0,9-1,7]
65-75 ans	1010	14,6	1,2	[0,9-1,6]	418	9,1	1,3	[0,8-2,2]	592	18,9	1,0	[0,7-1,5]
Diplôme		**								**		
< Bac (réf.)	3832	17,2	- 1 -		1743	13,5	- 1 -		2089	20,8	- 1 -	
Bac	1462	16,0	1,0	[0,8-1,2]	626	12,0	1,1	[0,8-1,4]	836	19,4	1,0	[0,8-1,2]
> Bac	2550	13,9	0,9	[0,8-1,1]	1108	12,0	1,2	[1,0-1,6]	1442	15,7	0,8	[0,7-1,0]
Vit seul		**								*		
Non (réf.)	5786	15,6	- 1 -		2544	12,3	- 1 -		3242	18,7	- 1 -	
Oui	2058	18,8	1,0	[0,9-1,2]	933	15,4	1,0	[0,8-1,3]	1125	22,2	1,0	[0,8-1,2]
Situation financière perçue		***				***				***		
Ça va (réf.)	4625	12,2	- 1 -		2145	8,9	- 1 -		2480	15,5	- 1 -	
C'est juste	2138	17,7	1,4***	[1,2-1,6]	887	15,3	1,6***	[1,3-2,1]	1251	19,9	1,2*	[1,0-1,5]
C'est difficile	1081	28,4	2,1***	[1,8-2,5]	445	24,7	2,5***	[1,9-3,3]	636	31,6	1,9***	[1,6-2,4]
Maladie chronique		***				**				***		
Non (réf.)	6072	14,4	- 1 -		2735	11,9	- 1 -		3337	16,8	- 1 -	
Oui	1772	22,7	1,6***	[1,4-1,9]	742	16,5	1,5**	[1,2-1,9]	1030	28,1	1,7***	[1,5-2,1]
Alcoolisation		***				***				*		
Sans problème (réf.)	6718	15,7	- 1 -		2699	11,7	- 1 -		4019	18,9	- 1 -	
Consommation à risque	897	15,0	1,0	[0,8-1,2]	597	12,7	1,1	[0,8-1,5]	300	20,7	0,9	[0,6-1,2]
Risque de dépendance à l'alcool	229	32,7	2,2***	[1,6-3,0]	181	30,2	1,9***	[1,3-2,9]	48	43,2	2,7**	[1,5-4,9]
Fumeur		***				***				**		
Non (réf.)	5250	14,6	- 1 -		2189	10,8	- 1 -		3061	17,8	- 1 -	
Oui	2594	19,2	1,1	[1,0-1,3]	1288	16,2	1,2	[0,9-1,5]	1306	22,8	1,1	[0,9-1,3]
Violence 12 mois (verbale, physique ou sexuelle)^a		***				***				***		
Non (réf.)	6381	13,3	- 1 -		2849	10,1	- 1 -		3532	16,3	- 1 -	
Oui	1463	29,1	2,2***	[1,9-2,5]	628	25,1	2,3***	[1,8-2,9]	835	33,0	2,1***	[1,7-2,5]
Événement grave avant 18 ans^a		***				***				***		
Non (réf.)	4226	12,0	- 1 -		1928	8,1	- 1 -		2298	15,9	- 1 -	
Oui	3618	20,8	1,5***	[1,3-1,7]	1549	18,5	1,9***	[1,5-2,4]	2069	22,9	1,3**	[1,1-1,5]

Baromètre santé 2010, Inpes.

*, **, *** : $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$; résultats obtenus par le test du χ^2 de Pearson pour la colonne % (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds ratios issus des régressions logistiques).

^a Les questions sur les événements de vie et sur les violences subies n'ont pas été posées aux plus de 75 ans. Les questions sur les événements graves ont été posées à partir de 18 ans. De ce fait, le modèle porte sur les 18 à 75 ans.

passé de 27,7 % parmi les 15 à 30 ans à 51,9 % après ces âges (de 31,6 % à 38,1 % pour les hommes).

4. Discussion

Le temps de sommeil moyen observé dans le Baromètre santé apparaît assez court, mais comparable à celui observé en population adulte lors des études annuelles de l'Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV, 2012). L'étude confirme cependant un décalage parfois important entre le

temps de sommeil dont les individus estiment avoir besoin et leur temps de sommeil réel. Ce résultat n'est en revanche pas comparable à celui de l'enquête emploi du temps de l'Insee qui observe une durée moyenne de sommeil de 8 heures 30 en 2010, à partir d'un relevé d'activité réalisé toutes les dix minutes sur une journée entière (Ricroch et Roumier, 2011). Cet écart important (environ 1 heure 15) s'explique probablement par le temps passé au lit incluant des phases d'activité sexuelle, de lectures et d'endormissement qui peuvent être parfois longues. En effet, le temps d'endormissement moyen, seul de ces éléments observé dans notre

Tableau 3 – Prévalence des troubles du sommeil au cours des 8 derniers jours, par âge, entre 1995 et 2010 (%).

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

Baromètre santé 2010, Inpes.

enquête, est de 25 minutes. Il faut par ailleurs souligner que le Baromètre santé 2010 interroge sur le temps de sommeil en dehors des vacances et des week-ends, période au cours desquelles le temps de sommeil est souvent plus long (Thorleifsdottir et al., 2002), en particulier en cas de dette de sommeil accumulée au long de la semaine ou de l'année.

La prévalence de l'insomnie chronique apparaît plus élevée autour de 50 ans, ce résultat étant relativement cohérent avec la littérature (Léger et al., 2010). Elle apparaît également plus élevée chez les femmes. Cet écart, observé au plan international (Léger et al., 2000 ; Ohayon et al., 2004), semble du même ordre que celui observé sur des troubles de santé mentale tels que l'épisode dépressif caractérisé (Kessler et al., 1993 ; Alonso et al., 2004 ; Beck et al., 2010a). Les inégalités de santé mentale liées au genre s'expliquent en partie par les normes sociales et les différences de position et de statut social entre les hommes et les femmes. Des différences de genre dans les attitudes de verbalisation face aux proches et aux professionnels de santé, ainsi que les comportements de recours en présence de symptômes psychiques peuvent expliquer une plus grande facilité des femmes à déclarer des troubles de santé mentale, nuancant quelque peu la portée de ces écarts.

Cette étude montre aussi que l'insomnie chronique est associée de manière significative à des situations de précarité financière et à certains événements de vie difficiles tels que les violences subies récemment. Le lien avec les violences, verbales, physique ou sexuelle, survenues au cours des 12 derniers mois apparaît très fort, comme cela a pu être observé sur d'autres données récentes en population générale (Beck et al., 2010a, b). Les femmes, les personnes se sentant en difficulté financière et celles ayant au moins une maladie chronique sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir d'insomnie chronique. En revanche, on ne retrouve pas de lien avec le niveau de diplôme une fois contrôlés les effets de structure, ce lien étant probablement masqué par la situation financière perçue. Le fait de vivre seul n'apparaît pas non plus lié à l'insomnie. Dans la mesure où le soutien social est considéré comme un facteur protecteur vis-à-vis des troubles du sommeil et des pathologies psychiatriques en général, ce résultat est plutôt inattendu. Il est probable que le fait de vivre seul ne traduise pas une situation d'isolement social, mais plutôt un continuum de situations assez variées.

Le lien entre souffrance psychique et troubles du sommeil, qui s'avère ici particulièrement significatif, a déjà été abondamment observé dans la littérature (Beck et al., 2009 ; Chan-Chee et al., 2011). Ce lien a été testé ici dans le cadre de la

Tableau 4 – Prévalence des troubles du sommeil au cours des 8 derniers jours, par quintile de revenus, niveau de diplôme et statut d'activité, depuis 2000 (%).

	2000 (n = 13 159)	2005 (n = 17 047)	2010 (n = 27 643)
<i>Quintiles de revenus</i>			
--	47,5	48,9	50,7
-	50,8	47,0	47,9
Médian	46,3	47,8	47,2
+	46,0	45,1	46,5
++	48,1	45,2	45,4
<i>Diplôme</i>			
< Bac	48,6	47,3	48,4
Bac	47,6	43,0	46,9
> Bac	44,4	46,7	45,0
<i>Statut d'activité</i>			
Actif occupé	46,2	44,7	46,3
Chômeur	48,9	50,6	50,4
Étudiant	43,5	44,2	40,8
Retraité	50,5	48,5	49,2
Autres inactifs	59,3	53,8	61,2
Ensemble	47,5	46,5	47,4

Baromètre santé 2010, Inpes.

régression logistique et il s'est avéré particulièrement significatif (OR = 5,9), sans que cela ait d'impact particulier sur la valeur des autres odds ratios. Dans la mesure où ce lien est très connu et en partie tautologique, il a été jugé préférable de ne pas introduire cette notion dans le modèle afin d'éviter tout risque de multicollinéarité.

Concernant les pratiques addictives, le lien avec l'alcoolisation à risque de dépendance apparaît assez fort, tandis que celui avec le tabagisme disparaît une fois contrôlés les effets de structure. Ce résultat est relativement surprenant dans la mesure où la souffrance psychique, et en particulier la dépression, apparaît souvent très liée au tabagisme dans la littérature (Khaled et al., 2012). Il faut enfin noter que dans l'ensemble, les facteurs associés sont très proches selon qu'il s'agit des hommes ou des femmes.

Enfin, un indicateur posé depuis 1995 et portant sur les troubles du sommeil au cours des 8 derniers jours, permet d'observer que la plainte de sommeil se trouve en hausse par rapport au milieu des années 1990, cette tendance corroborant les tendances constatées dans de le cadre d'autres enquêtes transversales répétées conduites depuis 2000 (INSV, 2012). Cette hausse étant principalement portée par les 26 à 44 ans et les 55 à 64 ans (+7 points pour ces tranches d'âge), des raisons professionnelles ou liées à la crainte de perdre son emploi ne sont pas à exclure.

Parmi les limites de cette étude, on peut souligner la difficulté pour le répondant à estimer un temps moyen dans toutes les situations où la vie n'est pas complètement rythmée par une routine, et en particulier les situations où l'emploi du temps est irrégulier (trois-huit, travail de nuit...). Le temps de sieste n'est pas considéré dans le calcul du temps de sommeil quotidien, ce qui est une faiblesse de l'indicateur. En effet, le temps de sieste peut représenter entre 30 et 60 minutes de sommeil supplémentaire chez les personnes âgées. Chez les travailleurs postés et/ou de nuit, le temps de sieste est parfois

aussi relativement important (INSV, 2012). Concernant les critères de l'insomnie, il faut noter que la notion de « conditions adéquates pour un bon sommeil », présente dans les critères diagnostiques, n'est qu'implicitement prise en compte dans l'enquête.

5. Conclusion

Au-delà du temps de sommeil et de l'insomnie chronique, d'autres indicateurs, tels que la satisfaction de son propre sommeil ou encore la dette de sommeil, fournissent un regard complémentaire sur le sommeil de la population. La qualité et la quantité du sommeil s'avèrent très dépendantes de la bonne synchronisation de l'horloge biologique avec les horaires de coucher et de lever. Cette synchronisation se trouve fréquemment perturbée chez les jeunes adultes (qui ont tendance à retarder leurs horaires de coucher) (Léger et al., 2011), chez les personnes âgées (qui ont tendance à les avancer), ou encore chez les travailleurs de nuit, chez ceux qui subissent des décalages horaires, et également chez la majorité des adultes qui décalent leurs horaires de coucher et de lever d'au moins une heure le week-end. Des données françaises récentes ayant montré que le sommeil des jeunes adolescents est perturbé par un retard du coucher lié à la présence d'écran, d'Internet, des portables (Léger et al., 2012), il apparaît d'autant plus important de suivre ces indicateurs de temps et de qualité du sommeil. D'autres travaux seront menés à partir des données du Baromètre santé 2010 pour explorer ces dimensions aux différents âges de la vie. Au final, avec un niveau de prévalence de l'insomnie chronique élevé, un temps de sommeil moyen en baisse par rapport aux décennies précédentes et des troubles du sommeil qui apparaissent en hausse dans plusieurs tranches d'âge par rapport à 1995, la mise en œuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé visant à aider la population à préserver un sommeil de qualité apparaît particulièrement opportune.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Annexe 1) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et [doi:10.1016/j.neurol.2013.02.011](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2013.02.011).

RÉFÉRENCES

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;38–46.
- Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages. In: Tremblay ME, Lavallée P, El Hadj Tirari M, editors. *Pratiques et méthodes de sondage*. Paris: Dunod, Collection Sciences Sup; 2011. p. 310–4.
- Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. Baromètre santé 2010, attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2010a, <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>.
- Beck F, Guignard R, Léger D. Événements de vie et troubles du sommeil : l'impact fort de la précarité et des violences subies. *Med Sommeil* 2010b;7:146–55.
- Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2007, <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>.
- Beck F, Léon C, Léger D. Les troubles du sommeil en population générale. *Med Sci (Paris)* 2009;25:201–6.
- Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella JP, Léger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2011;59(6):409–22.
- Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, Doghramji K, Dorsey CM, Espie CA, et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep* 2004;27:1567–96.
- Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res* 2009;18:148–58.
- Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006 [396].
- Godet-Cayre V, Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Dinot J, Massuel M, Léger D. Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost? *Sleep* 2006;29:179–84.
- Guilbert P, Baudier F, Gautier A. Baromètre santé 2000, volume 2 : résultats. Vanves: CFES; 2001 [204].
- INSV. Enquêtes journées nationales du sommeil 2000 à 2012. Retrieved 28/08/2012, from www.institut-sommeil-vigilance.org.
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993;29:85–96.
- Khaled SM, Bulloch AG, Williams JV, Hill JC, Lavorato DH, Patten SB. Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence—evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *J Psychiatr Res* 2012;46:436–43.
- Léger D, Beck F, Richard JB, Godeau E. Total sleep time severely drops during adolescence. Findings from the HBSC study on a nationally representative sample of 11 to 15-year-old students. *PLoS ONE* 2012;10(7), <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0045204>.
- Léger D, Guilleminault C, Bader G, Levy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep* 2002;25:625–9.
- Léger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res* 2000;9:35–42.
- Léger D, Massuel M, Metlaine A, SISYPHE Study Group. Professional correlates of insomnia. *Sleep* 2006;29:171.
- Léger D, Ohayon M, Beck F, Vecchierini MF. Prévalence de l'insomnie : actualité épidémiologique. *Med Sommeil* 2010;7:139–45.
- Léger D, Roscoat E, Bayon V, Guignard R, Pâquereau J, Beck F. Short sleep in young adults: insomnia or sleep debt? Prevalence and clinical description of short sleep in a representative sample of 1004 young adults from France. *Sleep Med* 2011;12:454–62.

- Lepège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger T. [The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation.](#) *J Clin Epidemiol* 1998;51:1013–23.
- NIH State-of-the-Science Conference Statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *NIH Consens State Sci Statements* 2005; 22: 1–30.
- 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.
- Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CK. [The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction.](#) *Med Care* 1990;28:1056–72.
- Ricroch L, Roumier B. Depuis 11 ans, moins de tâches ménagères, plus d'Internet. *INSEE Première* 2011;1377, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1377.
- Saunders JB, Aasland OG, B TF, de la Fuente JR, Grant M. [Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test \(AUDIT\): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption–II.](#) *Addiction* 1993;88:791–804.
- Thorleifsdottir B, Björnsson J, Benediktsdottir B, Gislason T, Kristbjarnarson H. [Sleep and sleep habits from childhood to young adulthood over a 10-year period.](#) *J Psychosom Res* 2002;53:529–37.