

Baromètre santé 2005

Attitudes et comportements de santé

Sous la direction de
FRANÇOIS BECK
PHILIPPE GUILBERT
ARNAUD GAUTIER

Préface de
PHILIPPE LAMOUREUX



Direction de la collection **Philippe Lamoureux**
Édition **Marie-Frédérique Cormand**

**Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex France

L'INPES autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête
sous réserve de la mention des sources et à l'exception des photos.

ISBN 978-2-9161-9201-7

Cette étude a été réalisée par

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

En partenariat avec

La Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnamts)

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
(direction générale de la Santé, direction de la Recherche,
des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Son financement a été assuré par

La Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnamts)

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
(direction générale de la Santé, direction de la Recherche,
des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Les auteurs

Eric Aquaviva, pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris

Valérie Aubron, psychologue, doctorante, laboratoire de psychologie de l'Université François-Rabelais, Tours

Nathalie Bajos, sociodémographe, directrice de recherche à l'Unité Inserm 822

François Baudier, médecin, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté

Dominic Beaulieu-Prévost, psychologue, professeur adjoint de recherche au département de psychologie, Université Concordia, Montréal, Canada

François Beck, statisticien, responsable du département Observation et analyse des comportements de santé à l'INPES

Alain Blanchet, psychologue, professeur à l'Université Paris 8, Équipe de recherche en psychologie clinique (ERPC)

Hélène Bourdessol, sociodémographe, chargée d'études et de recherche à l'INPES

Xavier Briffault, sociologue, chargé de recherche au Cesames CNRS UMR 8136, Inserm U611, Université Paris-Descartes

Jean-François Collin, docteur ès sciences pharmaceutiques, maître de conférence en santé publique, Faculté de médecine, Nancy-Université

Roland Dardennes, professeur des universités– praticien hospitalier, Université Paris-Descartes; Hôpital Sainte-Anne, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale

Marie-Line Erpelding, ingénieur, service épidémiologie et évaluation cliniques, Centre hospitalier universitaire de Nancy

Hélène Escalon, économiste, coordinatrice du Baromètre santé Nutrition à l'INPES

Arnaud Gautier, biostatisticien, coordinateur du Baromètre santé Professionnels de santé à l'INPES

Philippe Guilbert, économètre, directeur adjoint des Affaires scientifiques à l'INPES

Emilie Jouvin, psychologue, doctorante au département de psychologie, Université du Québec, Montréal, Canada

Danielle Julien, psychologue, professeur au département de psychologie, Université du Québec, Montréal, Canada

Cynthia Kubiak, sociologue, stagiaire à l'INPES

Béatrice Lamboy, psychologue, expert en promotion de la santé à l'INPES

Damien Léger, médecin, responsable du Centre du sommeil et de la vigilance de l'Hôtel-Dieu de Paris AH-HP et professeur à la Faculté de médecine Paris-Descartes

Stéphane Legleye, statisticien, responsable du département Enquêtes en population générale à l'OFDT

Christophe Léon, statisticien, chargé d'études et de recherche à l'INPES

Nathalie Lydié, démographe, expert en promotion de la santé à l'INPES

Colette Ménard, psychosociologue, expert en promotion de la santé à l'INPES

Claude Michaud, biologiste, chef de projets à l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté

Grégory Michel, psychologue, professeur à l'Université Victor-Segalen Bordeaux 2, chercheur associé à l'Unité Inserm 675

Caroline Moreau, médecin épidémiologiste, chargée de recherche à l'unité Inserm 822

Yannick Morvan, psychologue, doctorant, Institut de psychologie de l'Université Paris-Descartes

Jean-Michel Oppert, professeur des universités-praticien hospitalier, Université Pierre-et-Marie-Curie-Paris 6 ; service de nutrition, Hôpital Pitié-Salpêtrière ; Centre de recherche en nutrition humaine Ile-de-France

Patrick Peretti-Watel, sociologue, chargé de recherche à l'Inserm UMR 379, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Ana Prieto, économiste, chargée de recherche au CNRS, Laboratoire Théma, Université de Cergy-Pontoise

Diane Purper-Ouakil, pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris, associée à l'Unité Inserm 675

Frédéric Rouillon, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service ; Université Paris-Descartes ; Hôpital Sainte-Anne, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale

Stanislas Spilka, statisticien, chargé d'études à l'OFDT

Bertrand Thélot, médecin épidémiologiste, responsable de l'unité Traumatismes, Institut de veille sanitaire

Anne Vuillemin, maître de conférences en sciences et techniques des activités physiques et sportives (Staps), Faculté du sport et Faculté de médecine, Nancy-Université

Josiane Warszawski, médecin épidémiologiste, chargée de recherche à l'Unité Inserm 822

Jean-Louis Wilquin, diplômé de l'Essec, chargé d'études et de recherche à l'INPES

Le comité de pilotage de l'enquête

Pierre Arwidson, INPES
François Baudier, Urcam
François Beck, OFDT
Hélène Escalon, INPES
Christine Ferron, INPES
Arnaud Gautier, INPES
Philippe Guilbert, INPES — coordination
Stéphane Legleye, OFDT
Stanislas Spilka, OFDT

La gestion de la base des données ainsi que la vérification des analyses ont été assurées par **Arnaud Gautier** et **Christophe Léon**

Remerciements

Pour leur aide et leurs conseils lors de l'élaboration de l'enquête et du questionnaire ou la relecture des chapitres

Julie Adès, OFDT
Gérard Badéyan, HCSP
Bernard Basset, INPES
Nathalie Beltzer, ORS Ile-de-France
Badiâa Bouazzaoui, Université François-Rabelais de Tours
Marie-Christine Bournot, ORS Pays de la Loire
Serge Briançon, Université de santé publique de Nancy
Chantal Cases, Irdes
Christine Cohidon, InVS
Jean-Michel Costes, OFDT
Thomas Coutrot, Dares
Corinne Delamaire, INPES
Michel Dépinoy, INPES
Anne Doussin, Irdes
Floriane Dutrop, Université François-Rabelais de Tours
Françoise Facy, Inserm
Jean-Marie Firdion, Ined
Cécile Fournier, INPES
Jean-Baptiste Herbet, Drees
Gary King, Université de Pennstate, États-Unis d'Amérique
Viviane Kovess, MGEN
Marie-Pierre Janvrin-Pouchain, FNMF
Alain Leplège, Université d'Amiens, IHPST (Paris I)
Brigitte Lhomond, CNRS
Florence Maillachon, CNRS

Hélène Martineau, OFDT
Nicole Matet, DGS
Georges Menahem, Irdes
Silvia Orejarena, Hôpital Robert-Debré
Christophe Palle, OFDT
Stéphanie Pin, INPES
Benoît Riandey, Ined
Anne Tallec, ORS Pays de la Loire
Alain Trugeon, ORS Picardie

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité
Stéphane Marder, **Mathilde Sanglier**, **Catherine Vayssières**,
Anne Billet, **Negar Hashemi** et les enquêteurs de
l'institut Atoo, **Élisabeth Giudicelli** (OCRD)

Pour leur contribution à la recherche documentaire et bibliographique
Olivier Delmer, **Céline Deroche**, **Éve Gazzola**, **Sandra Kerzanet**
et **Élisabeth Piquet** (département Documentation INPES)

Pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête
Marie-Jeanne Barreau, **Émilie Pineau** et **Stéphanie Quetty** (INPES)

Préface

Chaque Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé offre aux acteurs de notre système de santé de nombreuses données qui permettent d'objectiver les pratiques et les connaissances de nos concitoyens en matière de santé. La richesse de cet outil d'observation et d'évaluation tient à la fois à la grande variété des thèmes qui y sont abordés et à leurs interactions, resituant notamment les caractéristiques sociales et les modes de vie comme des facteurs de compréhension des comportements de santé. Son intérêt se situe également dans la précision de ses estimations puisque 30 000 personnes ont été interrogées, dont 4 000 détentrices exclusives de téléphone portable.

Les premiers résultats publiés avaient mis en évidence un certain nombre d'évolutions favorables (niveau d'information, prévalence de consommateurs quotidiens d'alcool, prévalence de fumeurs, recours au dépistage du cancer colorectal, usage du préservatif au premier rapport...), mais également plusieurs zones d'ombre (stagnation du pourcentage de consommateurs d'alcool à risque, de la proportion de gros fumeurs ou encore du nombre d'interruptions volontaires de grossesse). Rendez-vous avait alors été pris pour la publication d'analyses approfondies selon les caractéristiques socio-démographiques et économiques des personnes interrogées. C'est désormais chose faite avec l'édition de ce volume.

Dans cette photographie que nous présentons aujourd'hui, certaines idées reçues se trouvent battues en brèche – comme, par exemple ,

celle selon laquelle les étudiants seraient plus polyconsommateurs de substances addictives que les autres jeunes du même âge...

Par ailleurs, de nombreuses disparités sont mises en évidence, qui font apparaître des populations vulnérables ou en rupture. Il en va ainsi, sans surprise, des personnes en situation d'emploi précaire ou de chômage qui présentent des prévalences de dépression caractérisée et de pensées suicidaires particulièrement élevées. De même, l'exposition au risque de grossesse non désirée ou de transmission d'une infection sexuellement transmissible apparaît plus fréquente dans les milieux sociaux les moins favorisés. Plus surprenant, vous y apprendrez par exemple que les jeunes filles déclarent une moindre qualité de vie que les garçons.

Il ressort des résultats détaillés de ce Baromètre santé 2005 une évidence : la réduction des inégalités de santé, pour complexe qu'elle puisse être, doit plus que jamais être l'objectif prioritaire des politiques de santé publique. L'exemple du dépistage organisé du cancer du sein, qui enregistre des résultats particulièrement positifs avec une forte hausse du pourcentage de mammographies effectuées par les femmes ayant les revenus les moins élevés, montre que cet objectif n'est pas hors d'atteinte.

De même, le développement d'une approche tournée davantage vers la promotion de la santé s'impose, tant il est vérifié dans cette étude que l'accès à la prévention et aux soins dépend avant tout de facteurs économiques, culturels et environnementaux.

Philippe Lamoureux

Directeur général de l'Institut national
de prévention et d'éducation pour la santé

Sommaire

- 23 | Introduction**
François Beck
- 27 | Baromètres santé :
un éclairage sur leur méthode et leur évolution**
François Beck, Philippe Guilbert
- 45 | Qualité de vie : une évaluation positive**
Arnaud Gautier, Cynthia Kubiak, Jean-François Collin
- 77 | Les Français et la cigarette en 2005 :
un divorce pas encore consommé**
Patrick Peretti-Watel, François Beck, Jean-Louis Wilquin
- 113 | Alcool : une baisse sensible
des niveaux de consommation**
Stéphane Legleye, François Beck
- 169 | Cannabis, cocaïne, ecstasy :
entre expérimentation et usage régulier**
François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka
- 229 | Polyconsommation : une pratique
peu répandue en population générale**
François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka
- 241 | Activité physique : entre sport et sédentarité**
Hélène Escalon, Anne Vuillemin, Marie-Line Erpelding, Jean-Michel Oppert
- 279 | Le geste vaccinal : préserver sa place
au cœur de la prévention**
François Baudier, Christophe Léon
- 299 | Le dépistage des cancers :
entre organisation et libre choix**
François Baudier, Claude Michaud

- 329 | Activité sexuelle, IST, contraception :
une situation stabilisée**
Caroline Moreau, Nathalie Lydié, Josiane Warszawski, Nathalie Bajos
- 355 | Minorités sexuelles : des populations
plus exposées que les autres ?**
Émilie Jouvin, Dominic Beaulieu-Prévost, Danielle Julien
- 379 | Accidents : les plus fréquents sont
ceux de la vie courante**
Hélène Bourdessol, Bertrand Thélot
- 415 | Activité professionnelle et santé, quels liens ?**
Colette Ménard, Christophe Léon
- 459 | La dépression : prévalence, facteurs associés
et consommation de soins**
Yannick Morvan, Ana Prieto, Xavier Briffault, Alain Blanchet,
Roland Dardennes, Frédéric Rouillon, Béatrice Lamboy
- 487 | Suicides : mieux comprendre,
pour prévenir avec plus d'efficacité**
Grégory Michel, Éric Aquaviva, Valérie Aubron, Diane Purper-Ouakil
- 519 | Troubles du sommeil : une approche exploratoire**
François Beck, Christophe Léon, Damien Léger
- 535 | Annexes**
- 537 | Lettre-annonce**
- 539 | Questionnaire de l'enquête**
- 581 | Liste des tableaux et des figures**

L'essentiel

En 2005, 18 % des Français se déclarent insatisfaits de la qualité de leur sommeil et près de la moitié d'entre eux (46 %) disent avoir eu des problèmes de sommeil au cours de la semaine qui précède l'interview. Par ailleurs, 7 % déclarent avoir eu recours à des somnifères ou à des hypnotiques au cours des douze derniers mois pour faciliter leur sommeil. Les individus n'apparaissent pas égaux face au sommeil : les femmes s'avèrent plus touchées par ces troubles.

Certains critères sociodémographiques, tels que l'âge, le statut matrimonial ou la situation au regard de l'emploi, s'avèrent particulièrement discriminants. En effet, la séparation et le veuvage, mais aussi le

fait d'être en situation de chômage, apparaissent comme des événements de vie susceptibles de nuire à la qualité du sommeil. La catégorie socioprofessionnelle ne semble pas, en revanche, jouer de manière très importante sur les problèmes de sommeil déclarés.

La déclaration d'une insatisfaction dans la qualité du sommeil, de troubles ressentis au cours de la semaine ou d'une prise de somnifères au cours des douze derniers mois s'avère particulièrement élevée après 45 ans. Par ailleurs, un plus haut niveau d'insatisfaction est constaté parmi les 15-19 ans, sans que la prévalence des troubles apparaisse plus élevée que pour les autres âges. Environ un quart des personnes obèses se

disent insatisfaites de la qualité de leur sommeil (vs 17 % pour le reste de la population) et plus de la moitié d'entre elles déclarent avoir connu, ne serait-ce qu'un peu, des problèmes de sommeil (vs 45 % pour le reste de la population).

Certaines variations régionales apparaissent, isolant l'Île-de-France pour tous les indicateurs, la Picardie pour les troubles et le Nord-Pas-de-Calais pour l'insatisfaction. De l'autre côté, l'Alsace et les Pays de la Loire présentent des niveaux bas pour les troubles récents et l'usage d'hypnotiques, tandis que les régions Limousin et Rhône-Alpes se distinguent par des niveaux de satisfaction favorables.

Troubles du sommeil : une approche exploratoire

FRANÇOIS BECK
CHRISTOPHE LÉON
DAMIEN LÉGER

INTRODUCTION

La question du sommeil a fait l'objet d'un rapport remis au ministre de la Santé en décembre 2006 [1]. Souvent négligée au profit d'autres enjeux de santé publique, cette fonction physiologique n'en soulève pas moins un certain nombre de problèmes. Elle joue un rôle fondamental sur la santé et le bien-être, participant par exemple à l'activation des défenses immunitaires, au maintien d'une température interne constante et de l'équilibre énergétique, mais aussi à la mémorisation, à la lutte contre l'anxiété et à l'équilibre affectif. Les troubles du sommeil affectent ainsi le fonctionnement de l'organisme et du psychisme, pesant de ce fait sur de nombreux aspects de la vie sociale et professionnelle, que ce soit en rapport avec des troubles pathologiques ou avec des problèmes sociaux. Au chapitre des conséquences les plus courantes du mauvais sommeil figure la somnolence, avec pour corollaire les accidents de la route

et les accidents de travail liés à une baisse de la vigilance. D'autres conséquences parfois moins directes méritent d'être signalées, telles qu'une moins bonne aptitude à affronter les difficultés du quotidien, dans la mesure où le sommeil contribue à l'apprentissage et à l'équilibre psychologique de l'individu.

Dans cet état des lieux remis au ministre, le manque de données épidémiologiques sur cette question en France est également souligné, notamment pour ce qui concerne les enquêtes déclaratives représentatives de la population générale. Ce manque est illustré par des différences assez nettes en termes de prévalence dans les différentes études recensées dans le rapport [1]. L'enquête Baromètre santé 2005, si elle ne permet pas loin s'en faut d'explorer de manière exhaustive les problèmes liés au sommeil, apporte toutefois un cadrage quantitatif sur trois dimensions : celle de la qualité

du sommeil ressentie; celle, plus factuelle, de la survenue de troubles du sommeil au cours de la semaine précédant l'enquête; et enfin, celle du recours à un hypnotique, mesurée au cours des douze derniers mois. Il convient de souligner que l'enquête n'avait pas pour objectif l'exploration des questions liées au sommeil, ces dimensions provenant en fait de différentes échelles de qualité de vie : l'échelle de Duke pour la première [2] et le Whoqol pour la seconde [3]. L'analyse qui en est proposée ici est donc à la fois explo-

ratoire et fragmentaire. Notons que le volet santé mentale de l'enquête, le *Cidi short form* [4], contient également une question sur les difficultés à dormir, mais celle-ci n'est posée qu'aux personnes ayant vécu une période d'au moins deux semaines au cours desquelles elles se sont senties tristes, déprimées ou sans espoir. Elle ne peut donc, à l'inverse des deux autres, fournir d'information sur le sommeil à l'échelle de la population générale.

RÉSULTATS

SATISFACTION DE LA QUALITÉ DU SOMMEIL

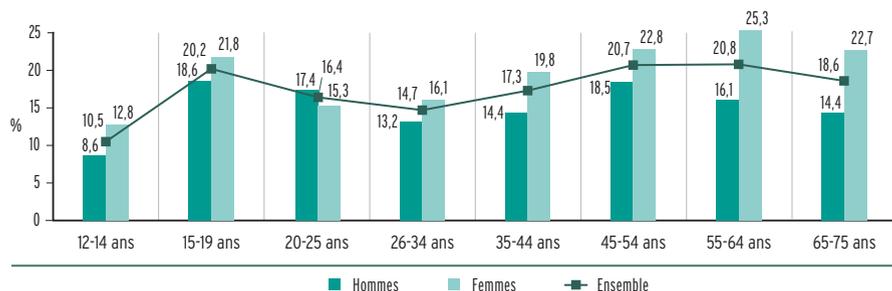
Concernant la qualité de leur sommeil, 17,9 % des Français de 12 à 75 ans se déclarent insatisfaits (« pas du tout » ou « pas satisfait »), tandis que 68,6 % en sont satisfaits (« satisfait » ou « très satisfait »), et 13,5 % sont ni satisfaits, ni insatisfaits. Les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à se dire insatisfaites (20,2 % vs 15,5 %; $p < 0,001$). Suivant l'âge, c'est parmi la population des plus de 45 ans que l'insatisfaction s'avère la plus importante (20,1 %

d'insatisfaits vs 16,3 % pour les 12-44 ans; $p < 0,001$). Cependant, déjà 10,5 % des jeunes âgés de 12 à 14 ans déclarent ne pas être satisfaits de leur sommeil. Par ailleurs, les différences entre hommes et femmes se creusent assez nettement à partir de 55 ans [figure 1]. On observe à 15-19 ans une proportion particulièrement élevée d'insatisfaits, équivalente à celle relevée pour les plus de 45 ans. Il apparaît par ailleurs que le niveau d'insatisfaction décline à partir de 65 ans.

L'analyse de la catégorie socioprofessionnelle et du secteur d'activité indique des

FIGURE 1

Insatisfaction à l'égard du sommeil, suivant le sexe et l'âge



écarts relativement modestes d'une situation à l'autre : les employés sont ceux qui se déclarent les moins satisfaits (20,8 % d'insatisfaits). Du point de vue du secteur d'activité, 21,3 % des individus travaillant dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration, 21,0 % dans celui de l'éducation et 22,3 % dans celui des activités des ménages (services domestiques) ont une perception négative de la qualité de leur sommeil. Le statut matrimonial semble, quant à lui, jouer un rôle important. Si 69,8 % des personnes mariées se déclarent satisfaites de la qualité de leur sommeil, elles ne sont plus que

61,5 % parmi les personnes veuves et 62,2 % parmi celles qui sont divorcées.

Après ajustement sur les principales variables sociodémographiques, il apparaît que le type de contrat (CDI, CDD ou libéral) et le niveau de diplôme ne s'avèrent pas liés à l'insatisfaction ressentie au sujet de son sommeil. En revanche, le divorce et le veuvage restent deux événements de vie susceptibles de nuire à la qualité du sommeil (respectivement $ORa=1,3$; $p<0,05$ et $ORa=1,8$; $p<0,01$), tandis que les chômeurs affichent un niveau d'insatisfaction supérieur à celui des actifs occupés ($ORa=1,2$; $p<0,05$) [tableau I].

TABLEAU I

Résultat final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'être insatisfait par son sommeil (n=10 399)

Sur l'ensemble des 16-65 ans	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Homme	1	
Femme	1,2**	1,1 ; 1,4
Âge		
16-19 ans	1	
20-25 ans	0,8	0,4 ; 1,4
26-34 ans	0,7	0,4 ; 1,2
35-44 ans	0,9	0,6 ; 1,9
45-54 ans	1,1	0,6 ; 2,0
55-65 ans	1,1	0,4 ; 1,0
Profession et catégorie socioprofessionnelle		
Ouvriers	1	
Agriculteurs	0,6	0,6 ; 1,1
Artisans	0,8	0,8 ; 1,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,0	0,8 ; 1,2
Professions intermédiaires	1,0	1,0 ; 1,4
Employés	1,2	1,0 ; 1,3
Situation matrimoniale		
Marié ou pacsé	1	
Célibataire	1,2	1,0 ; 1,3
Remarié	1,0	0,7 ; 1,3
Veuf	1,8**	1,3 ; 2,6
Divorcé ou séparé	1,3*	1,1 ; 1,5
Situation		
Travail	1	
Chômage	1,2*	1,0 ; 1,5

* : $p<0,05$; ** : $p<0,01$.

PROBLÈMES DU SOMMEIL AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS

Au cours des huit jours précédant l'enquête, presque la moitié des personnes interrogées (45,8 %) déclarent avoir eu des problèmes de sommeil (33,6 % répondent « *un peu* » et 12,2 % « *beaucoup* »). C'est parmi la population féminine que les difficultés se trouvent les plus répandues : 51,3 % d'entre elles déclarent avoir eu des problèmes de sommeil *versus* 40,2 % des hommes ($p < 0,001$). L'âge de la personne est également un facteur discriminant. En effet, plus l'individu est âgé, plus il déclare avoir eu des difficultés au cours des huit derniers jours (de 32 % pour les plus jeunes de 12 à 14 ans à 50 % pour ceux âgés de 65 à 75 ans) [5]. Parmi les filles âgées de 15 à 19 ans, on retrouve un niveau assez élevé de problèmes déclarés, équivalent à celui observé parmi les 35-44 ans [figure 2].

La profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) des individus ayant répondu à l'enquête indique par ailleurs que les agriculteurs et les ouvriers sont ceux qui déclarent avoir eu le moins de difficulté à dormir au cours des huit derniers jours (soit respectivement 39,4 % et 40,4 %). Les secteurs d'activité des ménages (services domestiques) et de l'éducation sont les secteurs où les problèmes

de sommeil se font le plus sentir (respectivement 51,8 % et 51,1 %). En revanche, le type de contrat (CDI, CDD ou libéral) n'apparaît pas lié aux problèmes de sommeil rencontrés au cours des huit derniers jours.

Enfin, les personnes ayant perdu leur conjoint et celles qui sont divorcées sont celles qui déclarent avoir éprouvé le plus de difficultés (soit respectivement 59,0 % et 55,1 %). En comparaison, 45,5 % des personnes mariées et 45,0 % des célibataires déclarent avoir eu ces mêmes difficultés. Ce résultat se trouve maintenu après ajustement sur les principales variables sociodémographiques (respectivement $ORa=1,8$; $p < 0,001$ et $ORa=1,4$; $p < 0,001$). Comme précédemment, le fait d'être au chômage joue un rôle important sur les problèmes du sommeil rencontrés au cours des huit derniers jours ($ORa=1,2$; $p < 0,05$) [tableau II].

CONSOMMATION DE SOMNIFÈRES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, 7,2 % des individus déclarent avoir consommé des somnifères ou des hypnotiques au cours des douze derniers mois, soit 9,0 % des femmes et 5,3 % des hommes. Comme précédemment, c'est parmi les plus

FIGURE 2

Problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours, suivant le sexe et l'âge

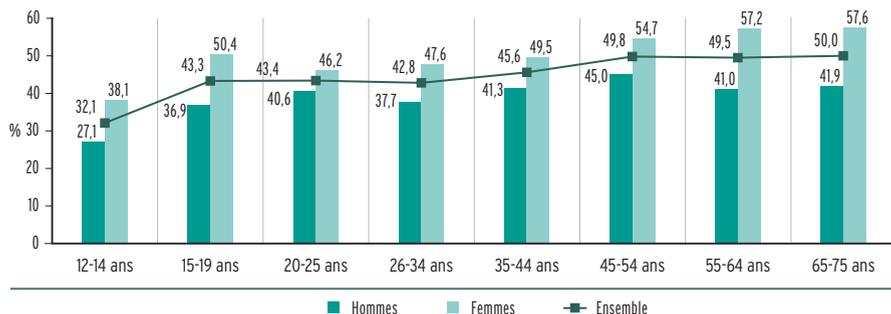


TABLEAU II

Résultat final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir rencontré (« un peu » ou « beaucoup ») des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (n=10 447)

Sur l'ensemble des 16-65 ans	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe		
Homme	1	
Femme	1,3***	1,2 ; 1,5
Âge		
16-19 ans	1	
20-25 ans	0,9	0,6 ; 1,4
26-34 ans	1,0	0,7 ; 1,5
35-44 ans	1,2	0,8 ; 1,8
45-54 ans	1,4	0,9 ; 2,1
55-65 ans	1,4	0,9 ; 2,1
Profession et catégorie socioprofessionnelle		
Ouvriers	1	
Agriculteurs	0,7	0,5 ; 1,0
Artisans	1,2	1,0 ; 1,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,3**	1,1 ; 1,5
Professions intermédiaires	1,3***	1,1 ; 1,5
Employés	1,3**	1,1 ; 1,5
Situation matrimoniale		
Marié ou pacsé	1	
Célibataire	1,1	1,0 ; 1,3
Remarié	1,1	0,8 ; 1,4
Veuf	1,8***	1,3 ; 2,4
Divorcé ou séparé	1,4***	1,2 ; 1,6
Situation		
Travail	1	
Chômage	1,2*	1,0 ; 1,4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

âgés que l'on retrouve la part la plus importante (9,6 % des individus âgés de 55 à 64 ans et 11,3 % de ceux de 65 à 75 ans déclarent en avoir consommé) **[figure 3]**.

Parmi les différentes PCS, les employés, d'une part, et les cadres et professions intellectuelles supérieures, d'autre part, apparaissent en proportion les plus importants consommateurs de somnifères et d'hypnotiques (respectivement 8,0 % et 8,1 %). On observe par ailleurs un pourcentage important parmi les secteurs d'activité de la production et distribution d'électricité, de l'immobilier, de l'éducation et des ménages (soit un pourcentage d'environ 9 %).

Du point de vue du statut matrimonial, les personnes ayant perdu leur conjoint (15,7 %) et celles qui sont divorcées (13,8 %) déclarent plus que les autres avoir consommé des somnifères au cours des douze derniers mois. En revanche, seulement 4 % des célibataires déclarent un tel usage. Ces écarts sont maintenus en contrôlant âge et sexe (respectivement ORa=2,2 ; p<0,01 pour les personnes veuves et ORa=1,6 ; p<0,001 pour les personnes divorcées). Enfin, les chômeurs se révèlent plus consommateurs de somnifères que les actifs occupés (ORa=1,4 ; p<0,05) **[tableau III]**.

Enfin, 20,9 % des personnes se déclarent

FIGURE 3

Consommation de somnifères au cours des douze derniers mois, suivant le sexe et l'âge

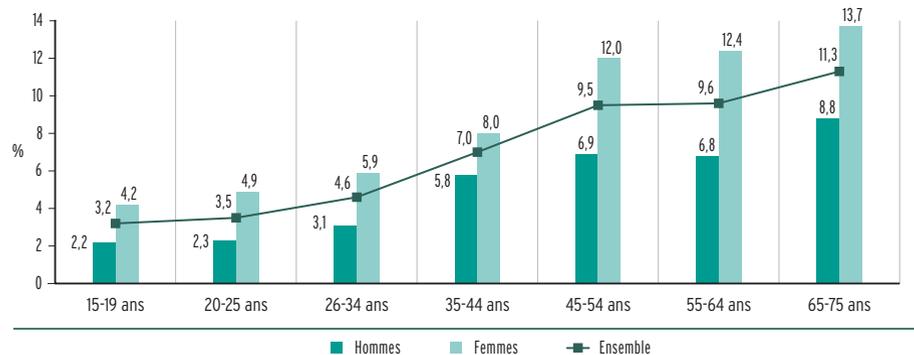


TABLEAU III

Résultat final d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait d'avoir consommé des somnifères au cours des douze derniers mois (n=10 318)

	Sur l'ensemble des 16-65 ans	OR ajusté	IC à 95 %
Sexe			
Homme		1	
Femme		1,6***	1,3 ; 2,0
Âge			
16-19 ans		1	
20-25 ans		0,6	0,2 ; 1,7
26-34 ans		0,8	0,3 ; 2,3
35-44 ans		1,3	0,4 ; 3,7
45-54 ans		1,6	0,6 ; 4,8
55-65 ans		1,6	0,5 ; 4,8
Profession et catégorie socioprofessionnelle			
Ouvriers		1	
Agriculteurs		0,4*	0,1 ; 1,0
Artisans		0,9	0,6 ; 1,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures		1,4*	1,1 ; 2,0
Professions intermédiaires		1,1	0,8 ; 1,5
Employés		1,1	0,8 ; 1,5
Situation matrimoniale			
Marié ou pacsé		1	
Célibataire		1,1	0,9 ; 1,4
Remarié		1,2	0,8 ; 1,9
Veuf		2,2**	1,3 ; 3,7
Divorcé ou séparé		1,6***	1,3 ; 2,1
Situation			
Travail		1	
Chômage		1,4*	1,1 ; 1,8

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

insatisfaites de la qualité de leur sommeil indiquent avoir consommé des hypnotiques au cours des douze derniers mois, tandis que c'est le cas pour 22,7 % de ceux qui disent avoir eu « beaucoup » de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours et pour 8,9 % de ceux qui en ont eu « un peu ». En regard, 3,3 % des personnes qui se disent satisfaites de leur sommeil déclarent toutefois avoir pris des somnifères au cours de l'année. Il peut s'agir soit d'un usage détourné, soit d'un succès de la prise d'hypnotiques qui aurait conduit à retrouver un sommeil de meilleure qualité.

COMPARAISON RÉGIONALE SUR LE SOMMEIL

L'analyse régionale des difficultés rencontrées par les Français au sujet de leur

sommeil et de leur consommation de somnifères révèle assez peu d'écart importants. C'est dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Basse-Normandie que le pourcentage de gens se déclarant insatisfaits de la qualité de leur sommeil est le plus important (soit environ 21 % d'insatisfaits). En revanche, la région Rhône-Alpes affiche une proportion significativement moindre avec environ 16 % d'insatisfaits ($p < 0,05$).

Après ajustement sur le sexe et l'âge, il apparaît que la région Ile-de-France et la région Nord-Pas-de-Calais se distinguent par une insatisfaction plus importante (respectivement $ORa=1,2$; $p < 0,05$ et $ORa=1,3$; $p < 0,001$). À l'inverse, c'est dans les régions Lorraine ($ORa=0,8$; $p < 0,01$) et Rhône-Alpes ($ORa=0,9$; $p < 0,05$) que l'insatisfaction est significativement moindre [tableau IV].

TABLEAU IV

Analyse régionale descriptive et régression logistique sur l'insatisfaction du sommeil

Régions	%	OR ajusté	IC à 95 %
Alsace	15,2	0,8	0,7; 1,1
Aquitaine	17,1	0,9	0,7; 1,0
Auvergne	17,4	0,9	0,8; 1,2
Bourgogne	14,0	0,7	0,6; 1,0
Bretagne	18,1	1,0	0,9; 1,2
Centre	17,1	0,9	0,8; 1,1
Champagne-Ardenne	21,0	1,3	0,9; 1,5
Corse ^a	18,9	1,1	0,5; 1,7
Franche-Comté	14,8	0,8	0,6; 1,0
Ile-de-France	19,3	1,2*	1,2; 1,4
Languedoc-Roussillon	15,8	0,8	0,9; 1,3
Limousin	14,5	0,7	0,5; 1,0
Pays de la Loire	19,0	1,1	0,8; 1,1
Lorraine	15,0	0,8**	0,6; 0,9
Midi-Pyrénées	17,5	1,0	0,8; 1,1
Nord-Pas-de-Calais	21,3**	1,3**	1,1; 1,4
Haute-Normandie	18,4	1,0	0,8; 1,2
Basse-Normandie	21,9*	1,3	0,9; 1,5
Picardie	19,7	1,1	0,8; 1,3
Poitou-Charentes	16,7	0,9	0,8; 1,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17,8	1,0	0,8; 1,1
Rhône-Alpes	16,0*	0,9*	0,8; 1,0

a. Le faible effectif de l'échantillon des individus résidant en Corse invite à lire le pourcentage d'insatisfaits avec prudence.

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$.

Dans la région Picardie, les individus interrogés ont déclaré plus souvent qu'ailleurs avoir rencontré des problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours (plus de 50 % d'entre eux ; $p < 0,05$). En comparaison, c'est en Alsace que ce pourcentage apparaît le plus faible (38,7 % ; $p < 0,001$).

Après ajustement, il apparaît que la région Ile-de-France ($ORa=1,2$; $p < 0,001$) et la région Picardie ($ORa=1,2$; $p < 0,05$) sont celles où, par rapport au reste de la France, les problèmes de sommeil rencontrés sont les plus importants. À l'inverse, les régions Alsace ($ORa=0,7$; $p < 0,01$) et Pays de la Loire ($ORa=0,9$; $p < 0,05$) affichent plutôt moins de difficultés [tableau V].

Si l'on restreint aux individus ayant déclaré beaucoup de problèmes, seules trois régions

se distinguent, les Pays de la Loire ne présentant plus d'écart par rapport au reste de la France.

Hormis l'Alsace, où le pourcentage de consommateurs d'hypnotiques est le plus faible (4,7 % ; $p < 0,05$), la proportion d'individus déclarant avoir pris des somnifères ou des hypnotiques au cours des douze derniers mois n'est pas significativement différente, quelle que soit la région, au regard du reste de la France [tableau VI].

Après ajustement, il apparaît que la région Ile-de-France est la région qui présente une consommation de somnifères significativement supérieure au regard du reste de la France ($ORa=1,3$; $p < 0,01$). À l'inverse, c'est dans les régions Alsace ($ORa=0,6$; $p < 0,05$), Auvergne ($ORa=0,7$; $p < 0,05$), Champagne-Ardenne ($ORa=0,3$; $p < 0,001$) et Pays de la

TABLEAU V

Analyse régionale descriptive et régression logistique sur les problèmes de sommeil (« un peu » ou « beaucoup ») rencontrés au cours des huit derniers jours

Régions	%	OR ajusté	IC à 95 %
Alsace	38,7**	0,7**	0,6 ; 0,9
Aquitaine	46,5	1,0	0,9 ; 1,2
Auvergne	46,9	1,0	0,8 ; 1,2
Bourgogne	48,2	1,1	0,9 ; 1,3
Bretagne	44,0	0,9	0,8 ; 1,1
Centre	45,5	1,0	0,8 ; 1,2
Champagne-Ardenne	47,8	1,1	0,9 ; 1,4
Corse ^a	39,2	0,7	0,4 ; 1,2
Franche-Comté	41,2	0,8	0,7 ; 1,1
Ile-de-France	48,9**	1,2***	1,1 ; 1,3
Languedoc-Roussillon	48,1	1,1	0,9 ; 1,3
Limousin	44,8	0,9	0,7 ; 1,2
Pays de la Loire	42,3*	0,9*	0,7 ; 1,0
Lorraine	44,0	0,9	0,8 ; 1,1
Midi-Pyrénées	43,6	0,9	0,8 ; 1,0
Nord-Pas-de-Calais	46,9	1,1	0,9 ; 1,2
Haute-Normandie	50,1	1,2	1,0 ; 1,5
Basse-Normandie	46,3	1,0	0,8 ; 1,2
Picardie	50,8*	1,2*	1,0 ; 1,5
Poitou-Charentes	44,4	0,9	0,8 ; 1,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	43,7	0,9	0,8 ; 1,0
Rhône-Alpes	44,5	0,9	0,8 ; 1,0

a. Le faible effectif de l'échantillon des individus résidant en Corse invite à lire le pourcentage avec prudence.

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

TABLEAU VI

Analyse régionale descriptive et régression logistique sur la consommation de somnifères (15-75 ans)

Régions	%	OR ajusté	IC à 95 %
Alsace	4,7*	0,6*	0,4 ; 1,0
Aquitaine	7,4	1,0	0,7 ; 1,3
Auvergne	5,3	0,7*	0,4 ; 1,0
Bourgogne	5,3	0,7	0,5 ; 1,1
Bretagne	7,9	1,1	0,8 ; 1,4
Centre	8,2	1,1	0,8 ; 1,5
Champagne-Ardenne	2,1	0,3***	0,1 ; 0,6
Corse ^a	6,6	0,9	0,3 ; 2,2
Franche-Comté	8,1	1,1	0,8 ; 1,7
Ile-de-France	8,2	1,3**	1,1 ; 1,6
Languedoc-Roussillon	6,9	0,9	0,7 ; 1,2
Limousin	5,3	0,7	0,4 ; 1,2
Pays de la Loire	5,9	0,8*	0,6 ; 1,0
Lorraine	6,6	0,9	0,6 ; 1,3
Midi-Pyrénées	7,3	1,0	0,7 ; 1,3
Nord-Pas-de-Calais	7,1	1,0	0,8 ; 1,3
Haute-Normandie	7,5	1,1	0,7 ; 1,6
Basse-Normandie	9,7	1,3	0,9 ; 1,9
Picardie	7,6	1,1	0,8 ; 1,6
Poitou-Charentes	9,5	1,3	0,9 ; 1,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7,2	1,0	0,8 ; 1,2
Rhône-Alpes	7,6	1,1	0,9 ; 1,3

a. Le faible effectif de l'échantillon des individus résidant en Corse invite à lire le pourcentage avec prudence.
* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Loire (ORa=0,8; p<0,05) que la consommation apparaît moindre.

Cette cartographie ne rejoint que partiellement celle établie à partir des données de la Cnamts sur les prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques, données dont les taux standardisés d'usagers réguliers faisaient plutôt ressortir le nord de la France, la Bretagne, la Basse-Normandie et le Centre [6]. Néanmoins, les catégories de médicaments incluses étaient plus larges et ces données datent de 2000.

LIENS ENTRE TROUBLES DU SOMMEIL ET OBÉSITÉ

Un certain nombre de comorbidités ont fait l'objet d'analyses en lien avec les troubles

du sommeil : les maladies cardio-vasculaires, l'anxiété et la dépression ont ainsi été particulièrement étudiées [7]. Des liens assez forts entre troubles du sommeil, d'une part, et obésité et diabète, d'autre part, ont été montrés par des études tant expérimentales [8] qu'épidémiologiques [9], notamment dans une douzaine d'enquêtes transversales et longitudinales [10]. À partir des questions poids et taille de l'enquête, en calculant l'IMC¹, on observe que 23,6 % des personnes obèses se disent insatisfaites de la qualité de leur sommeil (vs 17,5 % pour le reste de la population; p<0,001). De même, 51,6 % des personnes obèses déclarent

1. Le calcul de l'IMC a été effectué avec les seuils recommandés par l'International Obesity Task Force (IOTF) pour les adolescents.

rent avoir connu, ne serait-ce qu'un peu, des problèmes de sommeil (*vs* 45,5 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$) et 10,4 %

d'entre elles déclarent un usage de somnifères au cours de l'année (*vs* 7,3 % pour le reste de la population ; $p < 0,001$).

DISCUSSION

Le sommeil est une composante essentielle de la santé car il permet le repos et la restauration des principales fonctions physiologiques et mentales. La connaissance épidémiologique du sommeil et de ses troubles s'avère cependant relativement complexe, notamment parce que le temps moyen de sommeil nécessaire par nuit peut varier notablement d'un individu à l'autre, ce qui rend difficile la fixation d'un seuil de référence dans les enquêtes. Si une majorité des Français dort environ sept heures par vingt-quatre heures, cette durée ne peut pas être considérée comme une norme dans la mesure où certains « gros dormeurs » sans pathologie ont besoin de dix heures de sommeil quotidien lorsque des « petits dormeurs » peuvent se contenter de cinq heures sans retentissement au cours de la journée. 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. 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 postés et de nuit, chez ceux subissant des décalages horaires (*jet-lag*), et également chez la majorité des Français adultes qui décalent leurs horaires de coucher et de lever d'au moins une heure le week-end. Ces situations ne sont pas toujours faciles à évaluer sur le plan épidémiologique [11].

Cependant, les règles concernant l'épidémiologie des troubles du sommeil, et notamment de l'insomnie, ont connu des progrès récents grâce à la prise de position

de consensus professionnels de spécialistes [12, 13]. Les critères recommandés peuvent être assez facilement pris en compte par des questionnaires subjectifs, comme nous allons le détailler.

Par ailleurs, une méta-analyse récente des paramètres objectifs du sommeil de l'enfance jusqu'à un âge avancé peut donner des premiers éléments normatifs sur le temps de sommeil et d'autres critères de perturbation du sommeil [14]. À partir de ces éléments, nous discuterons comment les résultats obtenus dans le Baromètre santé peuvent être envisagés comme marqueurs du sommeil des Français.

LES CONSENSUS DE PROFESSIONNELS

Les troubles du sommeil font l'objet d'une classification spécifique édictée par l'Académie américaine de la médecine du sommeil (*American Academy of Sleep Medicine*) : la classification internationale des troubles du sommeil (*International Classification of Sleep Disease*) [15], qui recense une cinquantaine de troubles regroupés en six familles principales (les insomnies, les troubles respiratoires durant le sommeil, les hypersomnies, les troubles du rythme circadien, les parasomnies – dont le somnambulisme – et les mouvements anormaux durant le sommeil). Cette classification, qui comprend des critères minimaux subjectifs et objectifs, fait l'objet d'un consensus professionnel international. Elle sert de référence à des études cliniques et pharmacologiques de par le monde. Il s'agit d'un outil plus clinique qu'épidémiologique, mais qui permet à tous

les spécialistes de s'accorder sur les définitions des troubles du sommeil.

Dans le domaine de l'insomnie, c'est aussi un groupe de l'Académie américaine de la médecine du sommeil qui a proposé les critères de définition de l'insomnie pour la recherche (y compris épidémiologique) en se basant sur 433 articles récents publiés par *Medline* et en réfléchissant sur la pertinence des critères des classifications ICSD et DSM-IV [10]. Les critères retenus pour définir l'insomnie sont exposés dans l'encadré.

Plus récemment, une conférence sur l'état des connaissances scientifiques, organisée par le ministère de la Santé américain (NIH) en juin 2005, a confirmé ces critères et a ajouté deux précisions [11] : pour distinguer l'insomnie aiguë de l'insomnie chronique, plusieurs périodes ont été envisagées, qui vont d'un minimum de trente jours à un maximum de six mois. Par ailleurs, la plupart des insomnies sont liées à des comorbidités et le terme d'insomnie comorbide est donc préféré au terme d'insomnie secondaire.

LES CRITÈRES NORMATIFS

Une méta-analyse reprenant les résultats de soixante-cinq études indexées dans *Medline*, publiées entre 1960 et 2003, et comprenant des enregistrements de sommeil ou par actigraphie de 3 577 sujets non pathologiques d'âge compris entre 5 et 102 ans, a permis d'y voir plus clair sur les critères qui pourraient être considérés comme normaux et qui évoluent naturellement avec l'âge [12]. Citons, à titre d'exemples :

- le temps de sommeil total est en moyenne de 450 minutes (soit 7 h 30) par nuit pour des sujets entre 20 et 25 ans, de 400 minutes (6 h 40) pour des sujets de 45 à 50 ans, et de 350 minutes (5 h 50) chez ceux de 75 à 80 ans ;
- la latence d'endormissement (temps passé entre l'extinction des lampes et

l'endormissement) varie moins, passant d'une moyenne de 17 minutes entre 20 et 25 ans à 19 minutes entre 60 et 65 ans ;

- le temps d'éveil intrasommeil est beaucoup plus variable avec l'âge : il est de moins de 20 minutes chez les moins de 35 ans et passe à environ 50 minutes chez les 60-65 ans.

DISCUSSION DES RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2005

À la lumière de ces critères et de ces normes, il apparaît que l'analyse exploratoire menée ici présente d'évidentes limites, même si elle

CRITÈRES DE RECHERCHE POUR LE DIAGNOSTIC DE L'INSOMNIE

A. Le sujet rapporte une, ou plus, des difficultés du sommeil suivantes :

- Troubles d'endormissement
- Troubles de maintien du sommeil
- Réveil précoce
- Sommeil non récupérateur.

B. Ces difficultés surviennent malgré des habitudes et conditions adéquates pour le sommeil.

C. Le sujet rapporte au moins l'une des conséquences diurnes suivantes en relation avec ses difficultés de sommeil :

- 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.

est susceptible d'apporter des éléments de connaissance, notamment dans l'étude des facteurs associés aux troubles du sommeil.

La satisfaction

Les résultats concernant la satisfaction (ou l'insatisfaction) par rapport au sommeil extraits de l'échelle de qualité de vie de Duke ont une valeur informative. Plusieurs études ont pris comme critère cette insatisfaction et ont retrouvé des prévalences d'insatisfaction assez comparables à celle de l'insomnie. Dans le Baromètre santé, 17,9 % des Français de 12 à 75 ans ne se révèlent pas ou pas du tout satisfaits de leur sommeil. Ces résultats sont très proches de ceux trouvés en 2000 chez 12 778 Français de 18 ans et plus (en utilisant les critères du DSM-IV) par Damien Léger et ses collègues [16], qui s'élevaient à 19 %. Même si les questions et les méthodes étaient très différentes, une telle proximité des résultats rassure sur la plausibilité des données du Baromètre santé sur cette question. Cette étude montrait également une prévalence plus élevée parmi les femmes et les populations âgées pour qui le sommeil perd en qualité avec une diminution du sommeil lent profond et une augmentation des réveils nocturnes avec l'âge.

Les influences professionnelles et régionales ne s'étaient pas avérées significatives dans cette étude. Néanmoins, elle établissait que pratiquement les trois quarts de la population adulte se plaignent de troubles occasionnels. Selon une étude américaine, plus de la moitié des plus de 65 ans déclarent des troubles du sommeil et plus de 80 % ont au moins parfois l'occasion de se plaindre de la qualité de leur sommeil [17]. Dans une étude plus récente réalisée dans quatre pays dont la France, a cependant été observée une prévalence de l'insomnie (selon les critères de définition internationaux) plus élevée (37,2 %) que lors de la précédente étude [18]. Dans la même étude,

la prévalence de l'insomnie aux États-Unis était de 27,1 % et de 6,6 % au Japon.

Il faut cependant noter que le terme « insatisfaction » peut regrouper non seulement les patients insomniaques, mais aussi ceux qui présentent par exemple des apnées du sommeil et dont le sommeil n'est pas récupérateur. Pour envisager d'explorer plus précisément le sommeil des Français, il serait bon d'introduire quelques questions supplémentaires afin de mieux le décrire.

L'existence de troubles du sommeil au cours des huit derniers jours

Les réponses à cette question ramènent à la haute prévalence de plaintes du sommeil retrouvée par D. Léger *et al.* dans les études précédemment citées. Dans la plus récente, par exemple, 32 % des Français se plaignent de mauvais sommeil presque toutes les nuits. Dans le Baromètre santé, 45,8 % déclarent avoir eu des troubles dans les huit derniers jours. 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. L'intérêt d'une telle question tient à la possibilité de se rappeler de son sommeil des derniers jours. Il est toujours facile de se rappeler du sommeil de la dernière nuit ou de l'avant-dernière nuit. En revanche, il est très difficile de se souvenir du sommeil d'il y a une semaine, et encore plus d'il y a un mois. Dans cette question aussi, la prévalence des troubles augmente avec l'âge et parmi les femmes, ce qui est très cohérent avec les autres études publiées. Les variations régionales sont assez importantes puisque l'Ile-de-France (OR=1,2 ; $p < 0,001$) et la Picardie (OR=1,2 ; $p < 0,05$) sont les régions de France où les problèmes de sommeil rencontrés sont les plus fréquents. À l'inverse, l'Alsace (OR=0,7 ; $p < 0,01$) et le Pays de la Loire (OR=0,9 ; $p < 0,05$) déclarent

moins de difficulté [tableau V]. Ces variations doivent faire réfléchir sur le réseau de soins pour la prise en charge des troubles du sommeil.

La consommation d'hypnotiques

La consommation de somnifères au cours des douze derniers mois est certainement un indicateur important de la sévérité de l'insomnie. Les valeurs retrouvées par le Baromètre santé sont proches de celles mises en évidence dans les précédentes études. D. Léger et B. Poursain [18] montrent, par exemple, que 13,8 % des patients insomniaques ont reçu une prescription d'hypnotiques au cours des douze derniers mois, mais que 8,3 % sont toujours sous traitement, proportion à rapprocher des 7,2 % de répondants (en moyenne plus jeunes) qui déclarent avoir consommé des somnifères ou des hypnotiques au cours des douze derniers mois dans les résultats du Baromètre santé (soit 9,0 % des femmes et 5,3 % des hommes). L'analyse régionale de ces consommations et les résultats significativement différents observés nous semblent une source d'information importante, à analyser plus finement. Il serait en particulier intéres-

sant de relever la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs qui sont fréquemment prescrits dans l'insomnie chronique par les médecins généralistes, notamment en raison de la limitation à vingt-huit jours de la prescription d'hypnotiques.

Par ces trois items, le Baromètre santé nous apporte donc des informations importantes sur le sommeil des Français et décrit une vraie insatisfaction des sujets interrogés vis-à-vis de leurs nuits. Cette insatisfaction touche toutes les tranches d'âge et les catégories professionnelles, même si elle est plus importante chez les femmes et les personnes âgées. Les répercussions de l'insomnie en termes de comorbidité et d'absentéisme sont sévères, et les conséquences économiques commencent à être mieux connues [19-22]. Dans une société contemporaine qui érige volontiers en idéal des situations de recherche insatiable de la performance [23], la question du sommeil pourrait prendre une place de plus en plus importante. Cependant, à l'heure actuelle, les mesures d'information et de prévention relatives au sommeil restent rares, ce qui explique vraisemblablement sa relative sous-estimation en tant que déterminant de santé par la population.

Rellecteurs

Michel Dépinoy (INPES)
Patrick Peretti-Watel (ORS Paca)
Stéphanie Pin (INPES)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Giordanela J.-P.
Rapport sur le thème du sommeil.
Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 271 p.
En ligne : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000899/0000.pdf>
- [2] Parkerson G.R., Broadhead W.E., Tse C.K.
Development of the 17-item Duke health profile.
Family Practice 1991; 8(4): 396-401.
- [3] Power M., Harper A., Bullinger M.
The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide.
Health Psychology 1999; 18(5): 495-505.
- [4] Kessler R.C., Üstün T.B.
The World mental health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) composite international diagnostic interview (Cidi).
International Journal of Methods in Psychiatric Research 2004; 13(2): 93-121.
- [5] Léon C.
Que pensez-vous de votre sommeil ?
La Santé de l'homme 2007 ; 288 : 28-30.

- [6] Lecadet J., Vidal P., Baris B., *et al.*
Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales, 2000.
Revue médicale de l'assurance maladie 2003; 34 (4) : 233-48.
En ligne : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medicaments_psychotropes.pdf
- [7] Ohayon M.M., Lemoine P.
Liens entre insomnie et pathologie psychiatrique dans la population générale française.
Encéphale 2002; 28 (5 cahier 1) : 420-8.
- [8] Spiegel K., Leproult R., Van Cauter E.
Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function.
Lancet 1999; 354(9188): 1435-9.
- [9] Mallon L., Broman J.E., Hetta J.
High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short sleep duration: a 12-year follow-up study of a middle-aged population.
Diabetes Care 2005; 28(11): 2762-67.
En ligne : <http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/28/11/2762>
- [10] Cizza G., Skarulis M., Mignot E.
A link between short sleep and obesity: building the evidence for causation.
Sleep 2005; 28(10): 1217-20.
- [11] Léger D.
Conduites à tenir devant un trouble du sommeil.
Paris : Doin, 2000 : 187 p.
- [12] Edinger J.D., Bonnet M.H., Bootzin R.R., *et al.*
Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine work group.
Sleep 2004; 27(8): 1567-96.
- [13] National Institutes of Health (NIH).
National institutes of health state of the science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults, June 13-15, 2005.
Sleep 2005; 28(9): 1049-57.
- [14] Ohayon M.M., Carskadon M.A., Guilleminault C., Vitiello M.V.
Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan.
Sleep 2004; 27(7): 1255-73.
- [15] American Academy of Sleep Medicine.
International classification of sleep disorders: diagnostic & coding manual. (2e éd.).
Westchester : AASM, 2005: 297p.
- [16] Léger D., Guilleminault C., Dreyfus J.-P., Delahaye C., Paillard M.
Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France.
Journal of Sleep Research 2000; 9(1): 35-42.
- [17] Foley D.J., Monjan A.A., Brown S.L., Simonsick E.M., Wallace R.B., Blazer D.G.
Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities.
Sleep 1995; 18(6): 425-32.
- [18] Léger D., Poursain B.
An international survey of insomnia: under-recognition and under-treatment of a polysymptomatic condition.
Current Medical Research and Opinion 2005; 21(11): 1785-92.
- [19] Léger D., Guilleminault C., Bader G., Levy E., Paillard M.
Medical and socio-professional impact of insomnia.
Sleep 2002; 25(6): 625-9.
- [20] Léger D., Massuel M.A., Metlaine A., SISYPHE study group.
Professional correlates of insomnia.
Sleep 2006; 29(2): 171-8.
- [21] Godet-Cayré V., Pelletier-Fleury N., Le Vaillant M., Dinét J., Massuel M.A., Léger D.
Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost?
Sleep 2006; 29(2): 179-84.
- [22] Léger D., Annesi-Maesano I., Carat F., *et al.*
Allergic rhinitis and its consequences on quality of sleep: an unexplored area.
Archives of Internal Medicine 2006; 166(16): 1744-8.
- [23] Ehrenberg A.
Le culte de la performance.
Paris : Calmann-Lévy, coll. Essai société, 1991 : 323 p.