

# Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et état de santé associé, déclarés par les plus de 16 ans en France métropolitaine. Données ESPS 2008

Claire Gourier-Fréry (c.gourierfrery@invs.sante.fr)<sup>1</sup>, Christine Chan-Chee<sup>1</sup>, Damien Léger<sup>2</sup>

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

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

## Résumé / Abstract

En 2008, un volet sur le sommeil a été intégré à l'Enquête santé protection sociale (ESPS). Les données ont été recueillies par auto-questionnaire auprès de 12 636 résidents en métropole, âgés de 16 ans et plus.

Les résultats confirment la fréquence des troubles du sommeil en France : une personne sur 5 (19,0%) présentait des symptômes d'insomnie chronique accompagnés de perturbations diurnes (fatigue ou somnolence excessive) (ICPD). La prévalence était plus forte chez les femmes que chez les hommes (22,2% vs. 15,4%). Elle augmentait avec l'âge jusqu'à la classe des 45-54 ans (23,6%), puis diminuait légèrement. En effet, après 55 ans, les perturbations du sommeil étaient fréquemment déclarées sans retentissement diurne. La fréquence du retentissement diurne était maximale entre 25 et 55 ans. L'analyse multivariée révélait une fréquence accrue d'ICPD chez les personnes travaillant en rythme décalé et chez les plus précaires socialement. La prévalence d'ICPD était significativement plus faible chez les célibataires (13,5%) que chez les sujets en couple (20,0%), divorcés, séparés, veufs (24,6%).

Seuls 7,3% des sujets manifestant une ICPD ne déclaraient aucune comorbidité. L'ICPD était indépendamment associée à de nombreuses pathologies chroniques ; la prévalence d'ICPD augmentait avec le nombre d'atteintes somatiques et l'intensité des troubles associés (douleurs, score de santé psychique). Malgré cette forte morbidité, moins d'un tiers (27,5%) des individus manifestant une ICPD avaient déjà consulté pour leurs problèmes de sommeil. Une personne avec ICPD sur 5 (22,2%), 1 sur 2 après 75 ans (48,5%), déclarait prendre de façon habituelle des médicaments pour dormir. Il s'agissait de benzodiazépines ou apparentés dans 82% des cas, bien que ces thérapeutiques soient déconseillées au long cours.

Ces résultats indiquent une prise en charge encore insuffisante de l'insomnie chronique en France.

## Insomnia, fatigue and sleepiness: prevalence and health related factors self-reported by people aged 16 and above in metropolitan France. ESPS 2008 data

In 2008, a module on sleep disorders was included in the French Health, Health Care and Insurance Survey (ESPS). Data were collected by a self-administrated questionnaire for 12,636 people living in metropolitan France, aged 16 and above.

Results confirm the high prevalence of sleep disorders in France: one out of 5 people (19.0%) reported chronic insomnia symptoms with daytime perturbations (fatigue or excessive somnolence) (ICPD). Prevalence was higher among women (22.2%) than among men (15.4%). Prevalence increased with age, up to the 45-54 age groups (23.6%), and then slightly decreased. Above 55 years, the subjects frequently reported insomnia symptoms without daytime repercussions. The frequency of daytime repercussions was maximal between 25 and 55 years. Multivariable analysis revealed an increased rate of ICPD among people working in staggered shifts, and among the most socially deprived people. ICPD prevalence was lower for single people (13.5%) than for those living with a spouse or partner (20.0%) or those divorced, separated, widowed (24.6%).

Only 7.3% of the people with an ICPD declared no comorbidity. ICPD was associated with numerous chronic diseases and ICPD risk gradients were observed with the number of somatic issues and the intensity of associated problems (pain, mental health score). Despite this high morbidity, less than one third (27.5%) of the subjects with ICPD had already consulted for their sleep disorder. Although chronic use of hypnotics and anxiolytics is not advised especially for aged people, one out of 5 people with an ICPD (22.2%), one out of 2 aged 75 and above (48.5%), declared that they regularly took drugs for sleep difficulties (benzodiazepines or benzodiazepine-like drugs in 82% of the cases).

These results indicate that chronic insomnia is still insufficiently treated in France.

## Mots-clés / Keywords

Épidémiologie, troubles du sommeil, insomnie, somnolence, comorbidités, hypnotiques, benzodiazépines / Epidemiology, sleep diseases, insomnia, sleepiness, comorbidity, hypnotics, benzodiazepines

## Contexte

Le sommeil est un domaine peu investi par les épidémiologistes. Les données descriptives disponibles en France sur l'insomnie, le trouble du sommeil le plus fréquent, sont très parcellaires [1;2]. Ce constat avait conduit le ministère de la Santé et des Solidarités à inscrire, au Programme d'actions sur le sommeil 2007-2010, l'élaboration d'études permettant de disposer de données précises sur la fréquence des troubles en France, leurs déterminants et conséquences sur la santé [3].

Les études épidémiologiques sur l'insomnie ne sont pas aisées. La prévalence nationale ne peut être

déterminée sur des données objectives d'examens de santé ou de recours aux soins : une étude auprès de médecins généralistes [4] avait révélé qu'une minorité d'insomniaques consultaient pour leurs problèmes de sommeil ; des explorations fonctionnelles telles que la polysomnographie ne sont généralement prescrites qu'en cas de suspicion d'insomnie secondaire à un autre trouble du sommeil (syndrome d'apnées du sommeil - SAS, syndrome des mouvements périodiques des jambes...) [1;5]. L'analyse des prescriptions d'hypnotiques semble également inadéquate pour cerner la prévalence des troubles et de leur traitement, ces médicaments

étant déconseillés au-delà de quatre semaines d'utilisation et d'autres thérapeutiques pouvant être préférées [5].

L'étude de l'insomnie repose donc essentiellement sur le recueil d'informations déclaratives auprès des populations concernées. En réponse à la demande ministérielle, des modules « sommeil » ont été intégrés à plusieurs enquêtes nationales ayant vocation à être répétées dans le temps.

Cet article concerne l'étude des troubles du sommeil adjointe à l'Enquête sur la santé et la protection sociale des Français (ESPS 2008). L'objectif était de décrire la prévalence des symptômes d'insomnie et

des perturbations diurnes - fatigue et somnolence - dans la population française métropolitaine âgée de 16 ans et plus, le recours thérapeutique déclaré, et l'état de santé associé à l'existence d'une insomnie chronique avec perturbations diurnes (ICPD).

## Méthodes

### Champ de l'enquête

L'ESPS est une enquête nationale conduite bi-annuellement par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), par sondage auprès de ménages dont l'un des membres est assuré à l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie [6]. La population source représentait 96,7% des résidents en France métropolitaine. Cette enquête, combinant un questionnaire téléphonique ou en face à face et un auto-questionnaire santé, a pour objectif principal d'étudier les relations entre état de santé, couverture maladie, situation sociale et recours aux soins des résidents en France métropolitaine. En 2008, pour la première fois, un module sur le sommeil a été intégré à l'auto-questionnaire dédié aux individus âgés de 16 ans et plus.

Le taux d'acceptation a été de 66%. Au total, 8 257 ménages rassemblant 22 273 personnes ont été enquêtés. Le questionnaire santé a été retourné par 12 636 sujets de 16 ans et plus (71,8%) [6].

### Variables étudiées

#### Troubles du sommeil

Le module sommeil interrogeait sur l'existence et la fréquence hebdomadaire des quatre symptômes d'insomnie (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes fréquents, réveil trop précoce, sommeil non récupérateur) et l'antériorité des troubles. Les perturbations diurnes explorées étaient la sensation de fatigue après une nuit de sommeil habituelle (en forme et dispos ou bien reposé, un peu fatigué ou très fatigué) et la somnolence investiguée à l'aide de l'échelle d'Epworth [7]. Un score d'Epworth >10 définissait la somnolence. L'ICPD a été définie, conformément aux récentes recommandations internationales [8], par l'existence d'au moins un des quatre symptômes d'insomnie, ressenti au moins 3 nuits/semaine depuis au moins trois mois, accompagnés d'au moins une perturbation diurne. Le recours aux soins a été recherché à l'aide de quatre questions : « Avez-vous déjà consulté pour ces problèmes de sommeil ? », « Avez-vous déjà eu un enregistrement du sommeil fait à l'hôpital ou à votre domicile ? », « Prenez-vous habituellement des médicaments pour dormir ? Si oui lesquels ? ». Les médicaments, cités en clair, ont été classés pour l'analyse en hypnotiques, anxiolytiques, autres psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, normothymiques) et médicaments non psychotropes (antidouleurs, myorelaxants, phytothérapie, homéopathie).

#### Données sociodémographiques

Les facteurs analysés étaient l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la catégorie socioprofessionnelle, l'occupation principale, le statut matrimonial, le nombre de personnes composant le ménage, le revenu, l'exis-

tence d'un rythme de vie décalé (3X8, travail de nuit...). Un indicateur multidimensionnel de précarité sociale, le score Epices (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé), a été considéré [9]. Un score supérieur à 37 (75<sup>e</sup> percentile de la distribution) a été défini comme indicateur de précarité.

#### État de santé

Le questionnaire comprenait une liste d'une cinquantaine de maladies classées par appareil. Il était demandé à l'individu de cocher les maladies dont il était atteint et d'inscrire en clair celles qui ne s'y trouveraient pas.

L'état de santé global a été exploré :

- dans sa dimension générale : (« Comment est votre état de santé général ? Très bon/bon/moyen/mauvais/très mauvais ») ;
- dans sa dimension physique par le nombre de sphères<sup>1</sup> de l'organisme présentant une pathologie et l'existence de douleurs (« Souffrez-vous fréquemment de douleurs ? Oui très importantes/Oui importantes/Oui peu importantes/Non ») ;
- dans sa dimension psychique à l'aide de l'échelle MHI-5 du questionnaire SF36 (score MH, mesure d'anxiété, de dépression et de bien-être) [10]. Les quintiles de la distribution du score MH dans l'échantillon ont été constitués.

La consommation d'alcool (fréquence hebdomadaire), de cannabis dans l'année et le statut tabagique (fumeurs, ex-fumeurs avec arrêt depuis plus d'un an, non-fumeurs) ont été considérés. La corpulence a été déterminée à partir du poids et de la taille auto-déclarés. Un indice de masse corporelle d'au moins 30 kg/m<sup>2</sup> a défini l'obésité chez les adultes ; les seuils proposés par l'*International Obesity Task Force* ont été utilisés pour les jeunes de 16 et 17 ans [11].

### Analyse statistique

Afin de corriger des effets du plan de sondage et de la non-participation à l'enquête, une pondération individuelle par calage sur les variables âge, sexe, régime d'assurance maladie et taille du ménage a été réalisée, permettant de produire des données représentatives pour l'ensemble de la population française âgée de 16 ans et plus. Le redressement a été réalisé par la macro SAS Calmar de l'Insee [12].

Les effectifs de population présentés (N) sont ceux de l'échantillon d'étude. Les pourcentages (%), odds ratios ajustés (ORa) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%) sont issus des analyses pondérées. L'identification (1) des facteurs sociodémographiques indépendamment liés (seuil  $\alpha$  de 5%) à la présence d'ICPD a été réalisée par régression logistique descendante incluant les variables sociodémographiques significatives au seuil de 10% en analyse bivariée. Les relations respectives entre la présence d'ICPD et chacune des variables d'état de santé globale, d'obésité, de consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis, ont été déterminées, en ajustant chacune d'elles par régression logistique

<sup>1</sup> Les sphères considérées correspondent aux localisations systémiques calées sur les regroupements de pathologies de la classification internationale des maladies (CIM-10).

sur les facteurs sociodémographiques identifiés en (1). Puis, l'ensemble des variables explicatives (sociodémographiques, d'état de santé global, de consommation, obésité) significatives au seuil de 5% ont été incluses dans un modèle de régression (modèle a).

L'identification des maladies chroniques indépendamment associées à l'ICPD a été réalisée en sélectionnant d'abord en analyse bivariée celles significativement associées au seuil de 10%, ensuite en testant pour chacune d'elles, par régression logistique au seuil  $\alpha$  de 5%, la persistance du lien après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, les variables de consommation et l'obésité, et enfin en intégrant dans le modèle les autres comorbidités et l'état douloureux (modèle complet). De nombreuses interactions ont été testées avec le sexe et l'âge dans l'analyse des facteurs associés à l'ICPD, et entre les différents paramètres d'état de santé globale (modèle a).

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata® V11.0.

## Résultats

### Prévalence des troubles du sommeil

#### Symptômes d'insomnie

L'existence de symptômes d'insomnie ( $\geq 3$  nuits/semaine) a été rapportée par 4 307 personnes, représentant 34,3% [33,4-35,2] de la population. La prévalence était plus élevée chez les femmes que chez les hommes (38,9% vs. 29,2%). Elle augmentait logarithmiquement avec l'âge, passant de 22% chez les 16-24 ans à un doublement de cette prévalence après 75 ans (43,9%) (figure 1a).

Chez les plus jeunes, et jusqu'à 35 ans chez les hommes uniquement, les difficultés d'endormissement étaient mises au premier plan des troubles. Les réveils nocturnes fréquents étaient la plainte la plus fréquemment déclarée dans les autres classes d'âge et le symptôme prédominant tous âges confondus (prévalence : 22,8%, femmes : 26,8% ; hommes : 18,4%) (figures 1b à 1d).

La plupart des individus déclarant des troubles du sommeil - 78,0% (80,3% des femmes ; 74,6% des hommes) - dataient le début de leur symptomatologie à plus de 3 mois.

La prévalence estimée des symptômes chroniques d'insomnie ( $\geq 3$  nuits/semaine depuis au moins 3 mois) était de 26,7% [25,9-27,6] (femmes : 31,2% ; hommes : 18,4%).

#### Fatigue et somnolence diurne

Plus d'un tiers de la population (34,2% [33,3-35,1]) se déclarait fatigué après une nuit de sommeil habituelle (femmes : 38,5% ; hommes : 29,5%) et 18,5% [17,8-19,3] avaient un score d'Epworth >10 (femmes : 18,7% ; hommes : 18,4%) (figure 2a).

La prévalence de sujets fatigués ou somnolents augmentait significativement avec la fréquence des troubles nocturnes (de 28,7% pour  $\geq 1$  nuit/semaine à 65,3% si  $\geq 3$  nuits/semaine) et avec le nombre de symptômes coexistant plus de 3 nuits par semaine (de 62,8% pour un symptôme à 88,9% pour quatre symptômes).

Figure 1 Prévalence des symptômes d'insomnie ( $\geq 3$  nuits par semaine) selon l'âge et le sexe, ESPS 2008, France / Figure 1 Prevalence of insomnia symptoms ( $\geq 3$  nights/week) by age groups and by gender, ESPS 2008, France

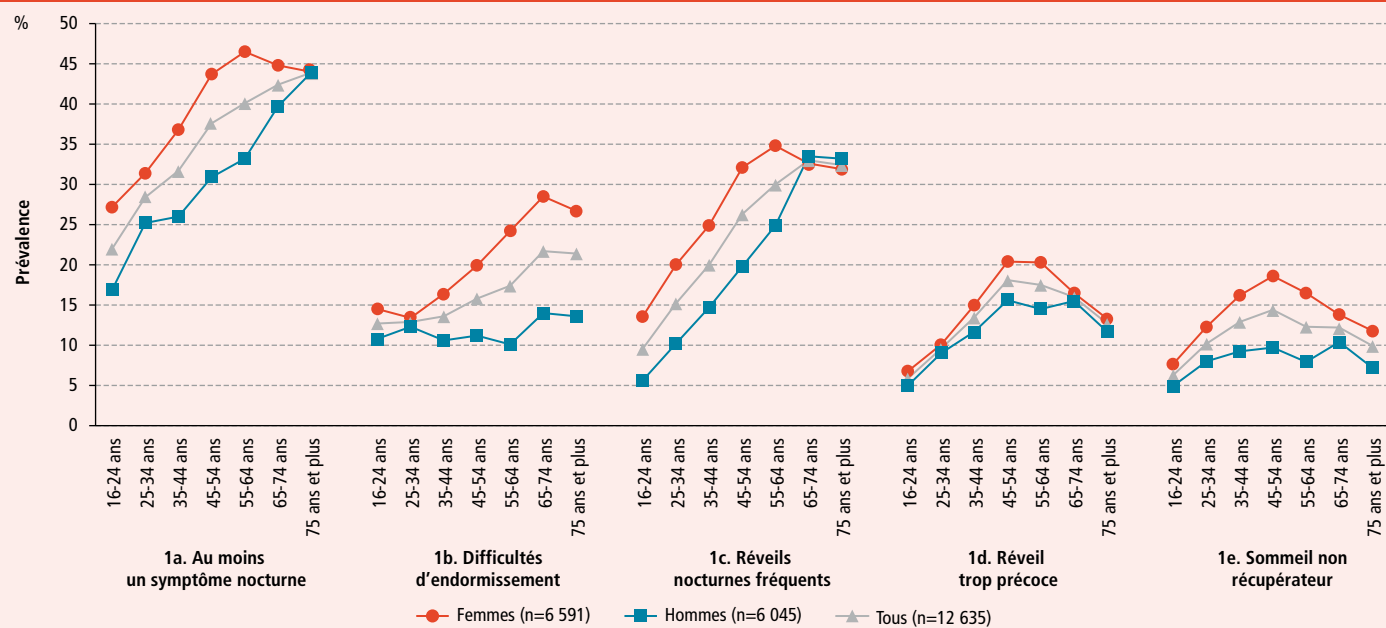
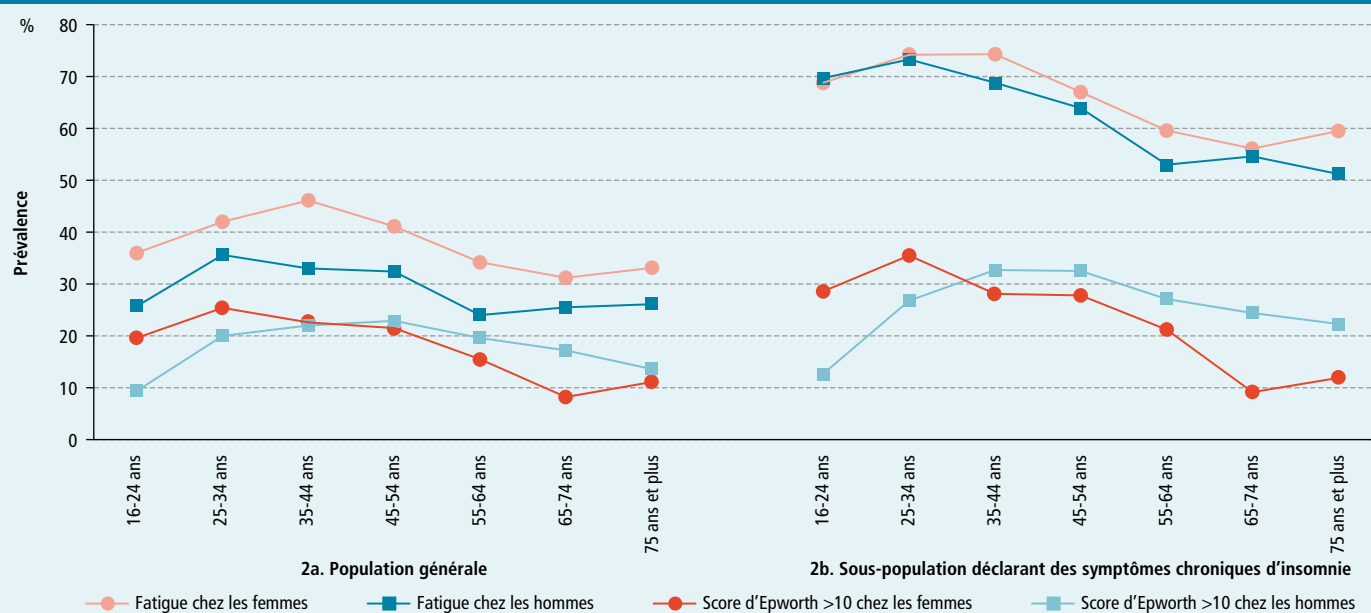


Figure 2 Prévalence de la fatigue et de la somnolence diurne (score d'Epworth  $>10$ ) selon l'âge et le sexe, en population générale et chez ceux déclarant des symptômes d'insomnie chronique, ESPS 2008, France / Figure 2 Prevalence of fatigue and daytime sleepiness (Epworth score  $>10$ ) by age groups and by gender, in general population and among people with chronic insomnia symptoms, ESPS 2008, France



### Insomnie chronique avec perturbations diurnes

Chez les personnes manifestant des symptômes chroniques d'insomnie ( $\geq 3$  nuits/semaine depuis plus de 3 mois), la prévalence de la fatigue était de 64,4% [62,7-66,1] (femmes : 65,6% ; hommes : 62,4%) et la somnolence de 24,7% [23,2-26,3] (femmes : 23,3% ; hommes : 27,0%). Les prévalences étaient maximales entre 25 et 55 ans ; les taux déclarés diminuaient significativement après 55 ans (figure 2b).

Ainsi, une symptomatologie d'ICPD a été décrite chez 2 395 sujets, représentant 19,0% [18,2-19,7] de la population (femmes : 22,2% ; hommes : 15,4%).

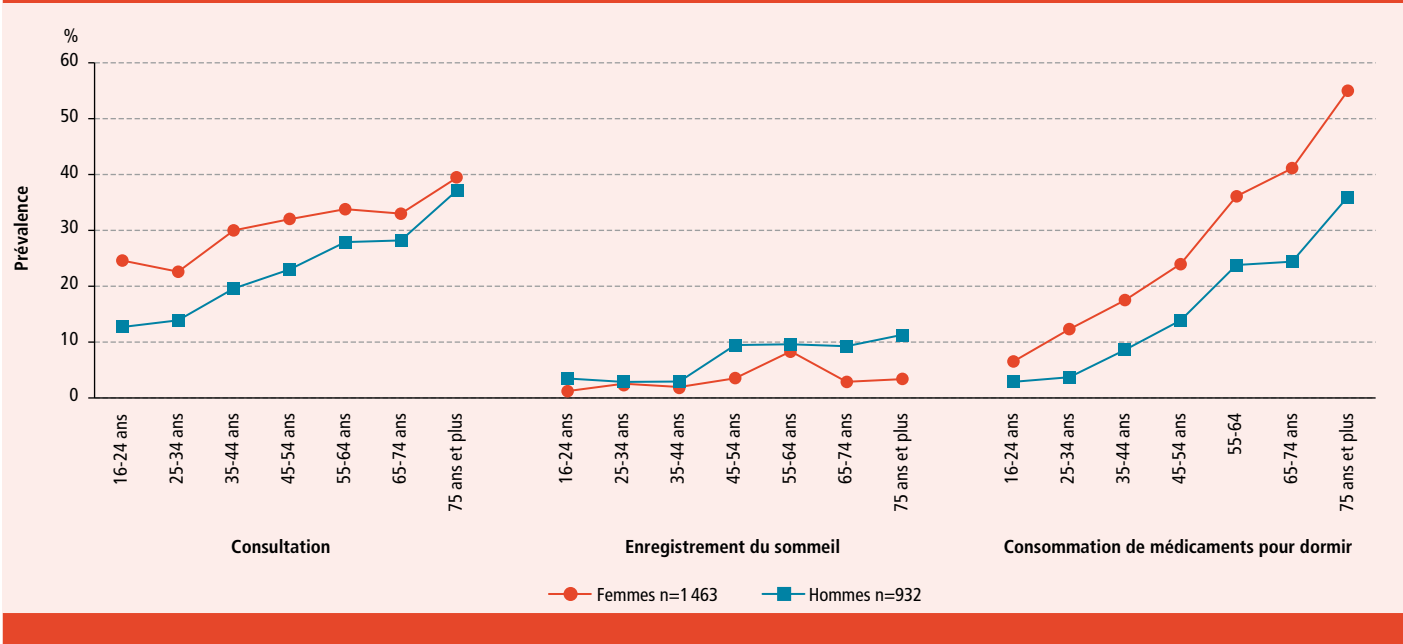
### Recours thérapeutique

Sur la population totale, 11,0% [10,5-11,6] déclaraient avoir déjà consulté pour des problèmes de sommeil (femmes : 13,8% ; hommes : 8,0%), 2,5% [2,3-2,8] avoir eu un enregistrement du sommeil (femmes : 1,7% ; hommes : 3,5%), et 9,0% [8,4-9,5] prendre habituellement des médicaments pour dormir (femmes : 12,2% ; hommes : 5,4%).

Parmi les personnes manifestant une ICPD, moins d'un tiers (27,5% [25,6-29,4]) avaient déjà consulté pour leurs problèmes de sommeil. Elles étaient 4,9% [4,1-5,9] à avoir eu un enregistrement du sommeil et 22,2% [20,5-24,1] prenaient habituellement des

médicaments pour dormir. La figure 3 illustre les prévalences de ces recours aux soins selon l'âge et le sexe. Elle met en exergue la forte influence de l'âge sur le recours médical et la prise de médicaments : chez les sujets avec ICPD, la prise médicamenteuse est déclarée par 5,1% [2,7-9,4] des moins de 25 ans ; elle augmente linéairement avec l'âge pour concerner 48,9% [41,6-56,3] des plus de 75 ans. Le taux de consultation évolue de 19,9% [14,7-26,3] chez les moins de 25 ans à 38,7% [31,6-46,2] chez les plus de 75 ans. Quelle que soit la tranche d'âge, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir déjà consulté et à

**Figure 3** Prévalence du recours aux soins pour troubles du sommeil selon l'âge et le sexe, chez les personnes manifestant une insomnie chronique avec perturbations diurnes (ICPD), ESPS 2008, France / *Figure 3* Prevalence of use of care by age groups and by gender among people with chronic insomnia symptoms with daytime perturbations (ICPD), ESPS 2008, France



**Tableau 1** Prévalence en population générale de la consommation habituelle de médicaments pour dormir et typologie des médicaments utilisés selon le sexe et l'âge, ESPS 2008, France / *Table 1* Prevalence of sleep-promoting medication consumption in general population and medication typology, by gender and age groups, ESPS 2008, France

	Prévalence de la prise de médicaments pour dormir			Types de médicaments							
	N	% pond	IC95%	Hypnotiques		Anxiolytiques		Autres psychotropes		Autres médicaments	
				% pond	IC95%	% pond	IC95%	% pond	IC95%	% pond	IC95%
<b>Sexe</b>		***								**	
Hommes	324	5,4	[4,7-6,1]	46,4	[42,6-50,2]	44,7	[38,8-50,8]	9,2	[6,29-13,2]	5,7	[3,5-9,2]
Femmes	781	12,2	[11,4-13,0]	47,3	[44,0-50,7]	43,1	[39,4-46,9]	5,6	[4,1-7,7]	11,2	[9,0-13,8]
<b>Âge</b>		***								*	
15-44 ans	179	2,9	[2,5-3,4]	39,5	[31,7-47,8]	41,9	[34,1-50,1]	7,7	[4,5-12,8]	15,2	[10,3-21,8]
45-55 ans	188	8,1	[7,0-9,4]	53,2	[45,0-61,3]	40,2	[32,6-48,4]	7,4	[4,0-13,0]	9,4	[5,7-15,1]
55-65 ans	262	13,2	[11,7-14,9]	51,2	[44,5-57,8]	39,7	[33,4-46,3]	8,4	[5,4-12,9]	9,0	[5,8-13,8]
65-75 ans	219	17,2	[15,1-19,5]	49,8	[42,7-56,9]	45,5	[38,6-52,7]	7,7	[4,7-12,3]	5,1	[2,6-9,8]
≥75 ans	257	26,1	[23,4-29,1]	43,2	[33,6-50,1]	48,5	[41,8-55,4]	3,2	[1,5-6,7]	10,5	[7,0-15,5]

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

consommer des médicaments pour dormir. En revanche, les hommes ont plus souvent bénéficié d'un enregistrement du sommeil que les femmes (6,9% vs. 3,7%).

Les médicaments les plus utilisés étaient des hypnotiques (47,3%), suivis de près par les anxiolytiques (43,6%). Il s'agissait principalement de benzodiazépines (BZD : 48,6%), et d'hypnotiques apparentés aux BZD : les composés Z (33,3%). Les autres psychotropes étaient cités par 6,6% des sujets (antidépresseurs : 4,4% ; neuroleptiques : 2,5%). L'utilisation de phytothérapie et d'homéopathie était signalée respectivement par 4,3% et 2,5% des sujets. La typologie des médicaments cités ne différait pas significativement selon le sexe et l'âge, à l'exception d'une fréquence d'utilisation des médicaments non psychotropes plus importante chez les moins de 45 ans et chez les femmes (tableau 1).

Parmi les 1 105 personnes consommant des médicaments de quelque nature que ce soit pour dormir, 131 (11,9%) ne présentaient aucun trouble du sommeil au moment de l'étude et 891 (80,7%) signalaient des problèmes de sommeil depuis plus de 3 mois. Ces problèmes correspondaient aux critères d'ICPD pour 526 d'entre eux (47%).

La typologie des médicaments cités par les sujets qui manifestaient une ICPD reflétait celle de l'ensemble des consommateurs de médicaments pour dormir. Il s'agissait de BZD ou composés Z dans 82,0% [78,2-85,3] des cas.

### Caractéristiques sociodémographiques associées à la déclaration d'ICPD

Les facteurs sociodémographiques indépendamment associés à l'ICPD en analyse multivariée étaient le

sexe féminin (ORa=1,5), l'âge (prévalence augmentant jusqu'à la classe d'âge des 45-54 ans puis diminuant ensuite), le statut marital (risque accru chez les sujets mariés, pacés ou vivant en concubinage (ORa = 1,3), ainsi que chez les personnes divorcées, séparées ou veuves (ORa=1,3) par rapport aux célibataires), l'existence d'un rythme de vie décalé (ORa=1,3) et la détermination d'un score Epices (de précarité psychosociale) élevé (ORa=1,9) (tableau 2).

### État de santé associé à la déclaration d'ICPD

En analyse bivariée, et après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, la prévalence de l'ICPD s'est révélée systématiquement significativement plus élevée chez les personnes signalant un état de santé général altéré, des douleurs fréquentes, des perturbations psychiques ou l'existence de maladies

**Tableau 2 Facteurs sociodémographiques indépendamment associés à la déclaration d'insomnie chronique avec perturbations diurnes (ICPD), ESPS 2008, France / Table 2 Sociodemographic factors independently associated with chronic insomnia symptoms with daytime perturbations (ICPD), ESPS 2008, France**

	N	Prévalence de l'ICPD			
		% pond	IC95%	ORa <sup>1</sup>	IC95%
<b>Sexe</b>					
Hommes	6 045	15,4****	[14,5-16,4]	1	
Femmes	6 591	22,2	[21,2-23,3]	1,5	[1,4-1,7]
<b>Âge</b>					
16-24 ans	1 810	11****	[9,59-12,6]	1	
25-34 ans	1 864	16,6	[15,0-18,4]	1,2	[1,0-1,5]
35-44 ans	2 256	20,2	[18,5-22,0]	1,5	[1,1-1,9]
45-54 ans	2 335	23,8	[22,0-25,6]	1,8	[1,4-2,2]
55-64 ans	2 040	21,1	[19,3-23,0]	1,6	[1,3-2,1]
≥65 ans	2 331	19,9	[18,2-21,7]	1,4	[1,1-1,8]
<b>Rythme veille-sommeil décalé</b>					
Non	10 836	19,5**	[18,7-20,3]	1	
Oui	1 089	23,4	[20,9-26,1]	1,3	[1,1-1,5]
<b>Statut marital</b>					
Célibataire	2 732	13,5****	[12,2-14,9]	1	
Marié/pacsé/ concubinage	8 596	20	[19,1-20,9]	1,3	[1,1-1,6]
Divorcé/séparé/veuf	1 273	24,6	[22,3-27,2]	1,3	[1,1-1,7]
<b>Score Epices : seuil 75<sup>e</sup> percentile</b>					
≤37	7 962	16,9****	[16,1-17,8]	1	
>37	2 678	27	[25,2-28,8]	1,9	[1,7-2,1]

\*\* p<0,01 ; \*\*\* p<0,001 ; \*\*\*\* p<0,0001.

<sup>1</sup> Modèle final en régression logistique.

organiques. Des gradients de risque ont été mis en évidence avec l'intensité des troubles (douleurs, score de santé mentale) et le nombre de sphères de l'organisme présentant une pathologie (tableau 3).

Après ajustement concomitant sur les facteurs sociodémographiques, la consommation de tabac, de cannabis, l'obésité, les autres maladies chroniques et l'intensité douloureuse (modèle complet tableau 4), les maladies chroniques qui restaient significativement associées à l'ICPD étaient, par ordre de prévalence d'ICPD décroissante : les troubles psychiques (anxieux : ORa=2,1 ; dépressifs : ORa=1,6 ; conduites alimentaires : ORa=1,6), respiratoires (syndrome d'apnées du sommeil : ORa=1,9 ; asthme ou BPCO : ORa=1,2), digestifs (hépatobiliaires : ORa=1,6 ; intestinaux : ORa=1,4 ; gastro-duodénaux : ORa=1,3), la migraine (ORa=1,5), les infections urinaires (ORa=1,5), les sciatiques ou lombalgies (ORa=1,3), les cancers (ORa=1,6). L'association avec les pathologies cardiovasculaires, endocriniennes, ORL, les maladies inflammatoires et cutanées prurigineuses, existante en analyse bivariable, disparaissait dans le modèle complet après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, l'obésité et les consommations (tableau 4).

Parmi les facteurs de risque (FDR) explorés simultanément, les analyses multivariées (modèle a comme modèle complet) retrouvaient un risque accru d'ICPD chez les ex-fumeurs par rapport aux non-fumeurs (ORa=1,2) et chez les consommateurs de cannabis (ORa=1,4). Le lien entre obésité et ICPD observé en analyse bivariable et après ajustement sur les facteurs sociodémographiques (ORa =1,3) disparaissait après prise en compte de l'état de santé global (modèle a) ou des maladies chroniques asso-

ciées à l'ICPD (modèle complet). Les ORa liant ces FDR à l'ICPD étaient identiques dans le modèle a (tableau 3) et complet.

## Discussion

L'ESPS confirme la forte prévalence des troubles du sommeil en France : en 2008, plus d'un tiers des 16 ans et plus déclaraient une symptomatologie d'insomnie au moins 3 nuits/semaine, plus d'un quart les décrivaient depuis plus de 3 mois et près d'un individu sur 5 témoignait d'une ICPD. En 1997, Léger et coll. observaient des prévalences similaires : 29% de symptômes chroniques, 19% avec perturbations diurnes, avec un effectif d'étude représentatif des Français comparable (n=12 780) [13]. Les études étrangères, menées essentiellement dans les pays d'Europe de l'Ouest et aux États-Unis, indiquent des résultats de même ampleur avec des symptômes nocturnes chez 30 à 48% des personnes ; des prévalences de 16 à 28% quand les critères de fréquence et de durée sont introduits, et de 9 à 20% si l'on tient compte de conséquences diurnes [14]. Les résultats de l'ESPS ne révèlent ni particularisme français, ni évolution temporelle majeure de la fréquence de l'insomnie en France.

Le retentissement diurne de l'insomnie a été investigué à travers la sensation de fatigue après une nuit de sommeil habituelle et l'échelle de somnolence d'Epworth. Ces perturbations se sont avérées fréquentes (fatigue 34,2% en population générale, 57,4% en présence de symptômes d'insomnie et 64,7% en cas d'insomnie chronique ; somnolence : respectivement 18,5%, 24,0% et 24,7%), confortant les données de la littérature. Une récente revue biblio-

graphique pointait des chiffres de prévalence de somnolence diurne en population générale de 15 à 20% [15] et une précédente étude française décrivait 58,1% de fatigue au réveil et 20,5% de somnolence diurne chez 1 050 sujets déclarant une insomnie sans critère de durée [16]. Ces perturbations ne sont pas pathognomoniques de l'insomnie. La fatigue et la somnolence sont associées à d'autres situations : manque quantitatif de sommeil (sans altération de sa qualité), hypersomnie due à la prise de médicaments ou de substances, troubles respiratoires liés au sommeil, narcolepsie, ainsi qu'à d'autres pathologies (neurologiques, psychiatriques...) [17]. Néanmoins, la relation de type dose-réponse existante entre la symptomatologie d'insomnie et ces perturbations diurnes était manifeste dans l'ESPS.

Les prévalences selon l'âge et le sexe des différents symptômes constituant la plainte d'insomnie ont été rarement détaillées dans la littérature. Cette description présente néanmoins un intérêt clinique et de santé publique, les difficultés rencontrées pouvant nécessiter des mesures thérapeutiques et préventives différentes [5]. L'ESPS montre la prépondérance des réveils nocturnes fréquents (22,8%), devant la difficulté d'endormissement (15,8%) et le réveil trop précoce (13,4%). La sensation de sommeil non récupérateur était exprimée par 11,3% des sujets. La population française présente des caractéristiques très proches de la population adulte décrite dans une étude européenne (25 579 sujets représentant 7 pays) [18] révélant, avec une fréquence similaire, la prépondérance des réveils nocturnes fréquents (23,1%), ainsi qu'une même prévalence de déclaration de sommeil non récupérateur (11,1%). Les courbes selon l'âge suivent les mêmes tendances, avec notamment un aspect en cloche de la sensation de sommeil non récupérateur, la fréquence diminuant après 55 ans. L'ESPS révèle en outre une prépondérance des difficultés d'endormissement chez les moins de 25 ans. Ces difficultés chez les plus jeunes peuvent trouver une explication dans la tendance biologique au retard de phase, liée à la maturation pubertaire. Ce retard d'endormissement physiologique à l'adolescence et chez le jeune adulte peut être accentué par des facteurs sociaux tels que les consommations informatiques ou télévisuelles actives en soirée, qui influencent négativement l'induction du sommeil [19].

L'ESPS est une des premières études à décrire l'état de santé perçu et les comorbidités associées à la présence d'insomnie chronique avec perturbations diurnes, en ajustant sur les facteurs sociodémographiques et en explorant le rôle de la douleur et de l'état psychique dans ces relations. Elle retrouve la nette influence du sexe féminin sur la prévalence de l'insomnie, systématiquement décrite en France comme à l'étranger. Des hypothèses hormonales (rôle des stéroïdes sexuels), de vulnérabilité psychique (états anxieux et dépressifs plus fréquents) et d'inégalités sociales (travail, responsabilités familiales) ont été avancées pour expliquer cette différence de qualité du sommeil entre hommes et femmes [20]. En montrant le maintien de l'association entre ICPD et sexe dans les différents modèles d'ajustement, nos résultats appuyent l'existence d'autres déterminants

**Tableau 3** État de santé global et consommation d'alcool, tabac et cannabis associés à la déclaration d'insomnie chronique avec perturbations diurnes (ICPD), ESPS 2008, France / **Table 3** Perceived global health, and smoking state, alcohol, cannabis consumption associated with chronic insomnia symptoms with daytime perturbations (ICPD), ESPS 2008, France

	N	Prévalence de l'ICPD		Ajustement sur les facteurs sociodémographiques		Modèle a	
		% pond	IC95%	ORa <sup>1</sup>	IC95%	ORa <sup>2</sup>	IC95%
<b>État de santé général</b>							
Très bon	2 457	8,2****	[7,1-9,4]	1		1	
Bon	6 707	16,9	[15,9-17,8]	2,1	[1,8-2,5]	1,2	[1,0-1,5]
Moyen	2 837	31,2	[29,5-33,1]	5,6	[4,6-6,9]	1,7	[1,3-2,1]
Mauvais	452	46,4	[41,6-51,2]	11,0	[8,2-14,7]	2,0	[1,4-2,8]
Très mauvais	82	62,1	[50,6-72,4]	22,4	[12,6-39,9]	3,6	[1,8-7,0]
<b>Douleurs fréquentes</b>							
Non	5 637	10,0****	[9,2-10,8]	1		1	
Oui, peu importantes	4 623	21,4	[20,2-22,7]	2,4	[2,1-2,8]	1,5	[1,3-1,7]
Oui, importantes	1 731	34,2	[32,4-36,6]	4,6	[3,9-5,3]	1,8	[1,5-2,2]
Oui, très importantes	522	46,8	[42,3-51,3]	8,4	[6,6-10,7]	2,7	[2,0-3,6]
<b>Score MH du SF36</b>							
5 <sup>e</sup> quintile : [80-100]	3 197	6,0****	[5,2-6,9]	1		1	
4 <sup>e</sup> quintile : [72-76]	2 155	12,3	[11-13,9]	2,1	[1,7-2,7]	1,9	[1,5-2,3]
3 <sup>e</sup> quintile : [64-70]	2 002	16,7	[15,1-18,5]	3,1	[2,5-3,8]	2,6	[2,1-3,2]
2 <sup>e</sup> quintile : [52-60]	2 178	23,7	[21,9-25,6]	4,6	[3,8-5,6]	3,4	[2,7-4,2]
1 <sup>er</sup> quintile : [0-50]	2 184	44,0	[41,8-46,2]	11,0	[9,1-13,4]	6,4	[5,2-7,9]
<b>Nombre de sphères de l'organisme touchées</b>							
0	2 109	8,2****	[7,1-9,6]	1		1	
1 ou 2	5 980	14,1	[13,2-15,1]	1,8	[1,5-2,2]	1,4	[1,1-1,7]
3 ou 4	3 281	25,0	[23,5-26,5]	3,9	[3,2-4,8]	2,0	[1,6-2,6]
5 et plus	1 266	44,1	[41,3-47,0]	10,1	[7,9-12,8]	3,3	[2,5-4,4]
<b>Obésité</b>							
Non	10 554	18,5****	[17,7-19,3]	1		1 <sup>NS</sup>	
Oui	1 488	24,4	[22,2-26,8]	1,3	[1,1-1,5]	1,0	[0,9-1,2]
<b>Statut tabagique</b>							
Non-fumeurs	5 928	17,5****	[16,5-18,6]	1		1	
Ex-fumeurs	2 774	21	[19,5-22,6]	1,3	[1,1-1,4]	1,2	[1,0-1,4]
Fumeurs	3 393	20,9	[19,5-22,3]	1,3	[1,1-1,4]	1,0	[0,9-1,2]
<b>Consommation d'alcool</b>							
Jamais	2 844	19,9 <sup>NS</sup>	[18,4-21,5]	1			
Moins de 2 fois par semaine	5 322	18,5	[17,4-19,6]	1,0	[0,9-1,1]		
2 à 6 fois par semaine	2 327	19,3	[17,7-21,0]	1,1	[0,9-1,1]		
Tous les jours	1 558	20,6	[18,6-22,8]	1,1	[0,9-1,1]		
<b>Consommation de cannabis</b>							
Non	11 678	19,1*	[18,3-19,8]	1		1	
Oui	414	24,1	[20,1-28,5]	1,8	[1,4-2,3]	1,4	[1,0-1,9]

\* p<0,05 ; \*\* p<0,01 ; \*\*\* p<0,001 ; \*\*\*\* p<0,0001.

NS : non significatif.

ORa<sup>1</sup> : ajustement sur les facteurs sociodémographiques (âge, sexe, statut marital, rythme veille sommeil décalé, score de précarité).

ORa<sup>2</sup> : ajustement sur les facteurs sociodémographiques, les covariables d'état de santé global du tableau, le tabagisme et la consommation de cannabis.

que l'état de santé psychique ou organique pour expliquer l'inégalité de prévalence des troubles du sommeil entre hommes et femmes.

Diverses substances et de nombreuses pathologies chroniques retentissent sur le sommeil. Par ailleurs, les mêmes facteurs peuvent à la fois être à l'origine, perpétuer les troubles du sommeil et survenir ou s'aggraver avec l'insomnie. Cela a été montré pour les facteurs psychiques tels que l'anxiété et la dépression, et somatiques : douleurs chroniques (le mauvais sommeil contribuant à abaisser le seuil douloureux), troubles coronariens, hypertension, troubles métaboliques (diabète, obésité) [8;14;21].

Cela est connu également des consommations de drogues, tabac, alcool et médicaments (dont les hypnotiques et anxiolytiques) qui peuvent, selon la dose et l'accoutumance, perturber le sommeil ou être utilisées pour le favoriser [14]. De par son design transversal, l'ESPS n'avait pas vocation à étayer le sens des relations mises en évidence. En revanche, elle a permis d'explorer quelles étaient les associations les plus fortes et leur indépendance vis-à-vis des autres cofacteurs.

Bien que la pathophysiologie de l'insomnie n'ait pas été totalement élucidée, différents mécanismes ont été avancés au travers de modèles cognitifs et phy-

siologiques, mettant en exergue le rôle de l'état psychique et douloureux dans le maintien du trouble [8;21;22]. Par ailleurs, d'autres troubles du sommeil (liés au rythme circadien - type *jet lag* et travail posté - les apnées obstructives du sommeil, les mouvements en relation avec le sommeil) peuvent entraîner une plainte d'insomnie et d'altération du fonctionnement diurne [8;14;22] ; ils sont à rechercher devant toute insomnie [5]. Les résultats de l'ESPS confirment les relations respectives entre la déclaration de SAS, d'un rythme de vie décalé et l'ICPD. Le SAS s'est avéré, avec les troubles psychiques, la pathologie la plus fortement liée à l'ICPD, de façon indépendante (ORa=1,9 ; p<0,0001), ce qui conforte l'intérêt de sa recherche diagnostique en cas d'ICPD. L'analyse des liens propres entre les autres pathologies chroniques et l'ICPD a montré qu'après ajustement sur les comorbidités organiques, maladies psychiques et état douloureux, la force de la relation avec l'ICPD diminuait pour la plupart des pathologies et n'était plus significative pour les pathologies cardiovasculaires, endocriniennes, inflammatoires articulaires, ainsi que pour l'obésité. Ces résultats sont cohérents avec les rares données existantes, notamment avec celles de l'étude de Taylor aux États-Unis [23] qui révèle également des relations entre l'insomnie et le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies neurologiques, qui perdent leur significativité après ajustement sur les comorbidités, les troubles psychiques et la douleur chronique. Les relations avec les pathologies respiratoires, les problèmes urinaires et gastro-intestinaux, diminuaient en force dans cette étude, comme dans l'ESPS, mais restaient significatives, en faveur d'influences physiologiques propres. L'obésité n'était pas considérée dans cette étude américaine, toutefois Sivertsen, dans une étude norvégienne [21] observait, comme dans l'ESPS, la disparition de l'association entre obésité et insomnie après prise en compte des comorbidités.

Dans l'ESPS, seuls 7,3% des sujets manifestant une ICPD ne déclaraient aucun trouble physique ou psychique concomitant. Bien que ce chiffre soit dépendant de l'étendue des comorbidités recherchées, ce résultat est proche du pourcentage observé en Norvège (6%) [21] et concorde avec les autres données de la littérature [14;21;23]. Il confirme que l'insomnie est exprimée principalement par des personnes manifestant d'autres problèmes de santé. On ne peut toutefois exclure la possibilité de biais de déclaration. Les personnes dormant mal pourraient avoir plus tendance que les autres à déclarer des pathologies intercurrentes et une mauvaise santé. Par ailleurs, plusieurs travaux ont montré des discordances entre l'état de santé auto-déclaré et celui recueilli par des indicateurs de santé plus objectifs. Ces discordances étaient liées à la nature des pathologies en cause, aux limitations fonctionnelles associées, à l'âge, au sexe, au statut socioéconomique et aux caractéristiques culturelles des individus interrogés [24]. L'ESPS a tenté de limiter l'influence de ces biais déclaratifs *a priori*, en introduisant le module sommeil en fin de questionnaire, réduisant son influence sur la réponse aux autres questions de santé, et *a posteriori*, en ajustant sur les variables sociodémographiques liées à la déclaration d'ICPD.

**Tableau 4** Maladies chroniques associées à la déclaration d'insomnie chronique avec perturbations diurnes (ICPD), ESPS 2008, France / **Table 4** Chronic diseases associated to chronic insomnia symptoms with daytime perturbations (ICPD), ESPS 2008, France

		N	Prévalence de l'ICRD		Modèle complet			
			% pond	IC95%	ORa <sup>1</sup>	IC95%	ORa <sup>1</sup>	IC95%
<b>Cancer</b>								
	Non	12 153	18,5****	[17,8-19,3]	1		1	
	Oui	483	29,8	[25,8-34,2]	1,8***	[1,4-2,3]	1,6***	[1,2-2,0]
<b>Sphère cardio-vasculaire</b>								
HTA	Non	10 402	17,9****	[17,1-18,7]	1		1	
	Oui	2 234	24,0	[22,1-25,9]	1,3***	[1,1-1,5]	1,0 <sup>NS</sup>	[0,9-1,2]
Troubles du rythme	Non	11 974	18,2****	[17,5-19]	1		1	
	Oui	662	32,3	[28,6-36,1]	1,8***	[1,5-2,3]	1,2 <sup>NS</sup>	[0,9-1,4]
Angine de poitrine, infarctus, maladies vasculaires	Non	12 014	18,5****	[17,8-19,3]	1		1	
	Oui	622	27,8	[24,3-31,6]	1,6***	[1,3-2,0]	1,0 <sup>NS</sup>	[0,8-1,3]
<b>Sphère respiratoire</b>								
SAS	Non	12 337	18,5****	[17,8-19,2]	1		1	
	Oui	299	39,8	[34,2-45,7]	2,6****	[2,0-3,5]	1,9****	[1,4-2,6]
Asthme ou BPCO	Non	11 657	18,0****	[17,3-18,8]	1		1	
	Oui	979	30,1	[27,2-33,1]	1,9****	[1,6-2,3]	1,2*	[1,0-1,5]
Rhinite allergique ou sinusite chronique	Non	11 443	18,3****	[17,6-19,1]	1		1	
	Oui	1 196	25,2	[22,8-27,8]	1,5***	[1,3-1,8]	1,1 <sup>NS</sup>	[0,9-1,3]
<b>Sphère ostéo-articulaire</b>								
Maladie inflammatoire (polyarthrite, spondylarthrite)	Non	12 365	18,7****	[17,9-19,4]	1		1	
	Oui	271	32,5	[27,1-38,5]	1,7**	[1,2-2,3]	1,1 <sup>NS</sup>	[0,8-1,6]
Sciatique ou lombalgies	Non	10 334	16,3****	[15,6-17,1]	1		1	
	Oui	2 302	31,0	[29,1-33]	2,1****	[1,9-2,4]	1,3***	[1,1-1,5]
<b>Sphère génito-urinaire</b>								
Infections urinaires fréquentes	Non	12 206	18,2****	[17,5-19]	1		1	
	Oui	430	39,6	[35-44,4]	2,4***	[1,9-3,0]	1,5**	[1,1-1,9]
Adénome prostate (hommes)	Non	5 723	15,1**	[14,1-16]	1		1	
	Oui	322	21,4	[17,1-26,3]	1,8***	[1,3-2,5]	1,3#	[0,99-1,9]
Troubles des règles (femmes)	Non	6 192	21,2***	[20,2-22,3]	1		1	
	Oui	399	37,9	[33,2-42,9]	2,0***	[1,5-2,6]	1,3#	[0,98-1,8]
<b>Sphère endocrinienne</b>								
Diabète	Non	11 977	18,6****	[17,9-19,4]	1		1	
	Oui	659	25,5	[22,2-29,2]	1,4***	[1,1-1,7]	1,1 <sup>NS</sup>	[0,9-1,5]
Affection de la thyroïde (goître, hyper- ou hypothyroïdie)	Non	11 994	18,5****	[17,8-19,3]	1		1	
	Oui	642	27,7	[17,8-19,3]	1,3*	[1,1-1,6]	1,0 <sup>NS</sup>	[0,8-1,3]
<b>Sphère digestive</b>								
Reflux gastrooduodéal, Ulcère, gastrite chronique	Non	11 197	17,1****	[16,4-17,8]	1		1	
	Oui	1 439	33,6	[31,1-36,1]	2,3***	[2,0-2,6]	1,3**	[1,1-1,5]
Maladies chroniques de l'intestin	Non	11 816	17,6****	[16,9-18,3]	1		1	
	Oui	820	38,6	[35,3-42,1]	2,5***	[2,1-3,0]	1,4***	[1,2-1,7]
Maladies hépatiques et biliaires	Non	12 465	18,7****	[18-19,4]	1		1	
	Oui	171	39,1	[31,8-46,9]	2,5***	[1,7-3,7]	1,6*	[1,0-2,5]
<b>Sphère cutanée</b>								
Eczéma, psoriasis	Non	11 675	18,2****	[17,4-18,9]	1		1	
	Oui	961	28,9	[26,1-32]	1,7***	[1,4-2,0]	1,2#	[0,98-1,5]
<b>Sphère neurologique</b>								
Épilepsie	Non	12 527	18,9 <sup>NS</sup>	[18,2-19,7]	1			
	Oui	109	21,5	[14,4-30,8]	1,2 <sup>NS</sup>	[0,7-2,2]		
Migraine	Non	11 546	17,3****	[16,6-18,1]	1		1	
	Oui	1 090	36,7	[33,8-39,7]	2,4***	[2,1-2,8]	1,5****	[1,2-1,7]
<b>Sphère psychique</b>								
Dépression	Non	11 789	17,3***	[16,5-17,9]	1		1	
	Oui	847	43,5	[40,1-47]	3,0****	[2,5-3,6]	1,6****	[1,3-2,1]
Trouble anxieux	Non	11 067	15,5****	[14,8-16,2]	1		1	
	Oui	1 569	43,0	[40,5-45,6]	3,5****	[3,0-4,0]	2,1****	[1,8-2,4]
Trouble du comportement alimentaire	Non	12 378	18,3****	[17,6-19]	1		1	
	Oui	258	51,6	[45,2-58]	3,7***	[2,7-5,1]	1,6*	[1,1-2,3]

# p<0,1 ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; \*\*\*\*p<0,0001NS : non significatif.

ORa<sup>1</sup> : ajustement sur les variables sociodémographiques, consommation de tabac, de cannabis et obésité.

ORa<sup>2</sup> : ajustement sur les variables sociodémographiques, consommation de tabac, de cannabis, obésité, autres maladies, intensité douloureuse.

L'adéquation des résultats des études étrangères conforte en partie la validité de cette démarche.

Malgré la forte morbidité associée à l'ICPD, moins d'un tiers (27,5%) des individus manifestant une ICPD avaient déjà consulté pour leurs problèmes de sommeil. Alors qu'il n'est pas recommandé d'avoir recours aux hypnotiques et aux anxiolytiques de façon prolongée, en particulier chez les sujets âgés, 1 personne avec ICPD sur 5 (22,2%), 1 sur 2 après 75 ans (48,5%), déclarait prendre de façon habituelle des médicaments pour dormir. Il s'agissait de benzodiazépines ou apparentés dans 82% des cas. Une limite des données de l'ESPS est de ne connaître ni l'antériorité du début des prises médicamenteuses, ni le recours aux autres stratégies thérapeutiques, particulièrement recommandées dans l'insomnie chronique (conseils d'hygiène de vie, relaxation, méthodes chronobiologiques et thérapies cognitivo-comportementales) [5]. Les résultats suggèrent néanmoins un recours thérapeutique n'ayant que légèrement évolué ces dix dernières années en France, et qui reste à améliorer :

- les taux de consultation restent faibles, notamment chez les plus jeunes. Une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 8 000 médecins généralistes révélait déjà en 2005 des chiffres similaires : seuls 30% des patients insomniaques consultaient spécifiquement pour leur insomnie [4] ;

- le taux de Français déclarant prendre des médicaments pour dormir en 1993 était peu différent : 9,9% (femmes : 12,7% ; hommes : 6,8%), avec une répartition hypnotiques/anxiolytiques égale à 37,9%/50,0% [25]. Dix ans plus tard, les hypnotiques sont à peine plus cités que les anxiolytiques (47,3% vs. 43,6%). On note une baisse des utilisations combinées hypnotique - autre psychotrope (17,4% en 1993, 11,5% en 2008), pratique qui reste encore très élevée par rapport à d'autres pays (Québec : 4%) [25]. Les données de l'ESPS confirment que la prise de médicaments pour dormir reste en France plus fréquente que dans d'autres pays (Finlande : 8,7%, Italie : 5,7%, Espagne : 5,5%, Royaume-Uni : 3,5%, Allemagne : 2,9%), mais avec des tendances selon l'âge et le sexe comparables [26].

## Conclusion

Cette étude confirme la forte prévalence des symptômes d'insomnie, fatigue et somnolence en France. Elle met en exergue le lien étroit existant entre l'insomnie chronique et des indicateurs de santé dégradée ainsi que l'association à un grand nombre de maladies chroniques, avec un rôle majeur mais non exclusif de l'état psychique et des douleurs ressenties. Le recours thérapeutique déclaré rend compte, d'une part, d'une insuffisance de considération des troubles du sommeil et, d'autre part, d'une fréquence de consommation d'hypnotiques et anxiolytiques pouvant être jugée comme excessive comparée aux autres pays. Ces résultats plaident en faveur de la nécessité d'une meilleure prise en compte de l'insomnie et de sa prise en charge.

## Remerciements

Les auteurs remercient l'Irdes pour la conduite de l'ESPS et la mise à disposition des données.

## Références

- [1] Giordanella JP. Rapport sur le thème du sommeil. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités ; 2006. 401 p.
- [2] Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella JP, Leger D. Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2011;59(6):409-22.
- [3] Programme d'actions sur le sommeil. Dossier de presse. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités ; 2007. 16 p. Disponible à : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse-5.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse-5.pdf)
- [4] Léger D, Allaert FA, Massuel MA. La perception de l'insomnie en médecine générale. Enquête auprès de 6 043 médecins généralistes. *Presse Med*. 2005;34:1358-62.
- [5] Société de formation thérapeutique et généraliste, Haute Autorité de santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis : HAS ; 2006. 41 p.
- [6] Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Paris : Irdes ; Biblio n°1800 ; 2010. 258 p.
- [7] Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-5.
- [8] Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet*. 2012;379(9821):1129-41.
- [9] Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, *et al*. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bull Epidemiol Hebd*. 2006;(14):93-9.
- [10] Lepège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. Le questionnaire MOS SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris : Éditions Estem ; 2001. 159 p.
- [11] Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*. 2007;335(7612):194.
- [12] Sautory O. La macro CALMAR. Redressement d'un échantillon par calage sur marges. Document n°F9310. Série des documents de travail de la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales ; 1993. p 6-51.
- [13] Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res*. 2000;9(1):35-42.
- [14] Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002;6(2):97-111.
- [15] Vecchierini MF, Léger D. La somnolence diurne excessive et les hypersomnies centrales primaires : données épidémiologiques. *Médecine du Sommeil*. 2010;7(4):129-38.
- [16] Ohayon M, Lemoine P. Répercussions diurnes de l'insomnie dans la population générale française. *Encéphale*. 2004;30(3):222-7.
- [17] Billiard M. Somnolence diurne excessive. *Rev Prat*. 2007;57(14):1555-64.
- [18] Ohayon MM, Reynolds CF 3rd. Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med*. 2009;10(9):952-60.
- [19] Paquereau J. Physiologie du sommeil normal. *Rev Prat*. 2007;57(14):1529-41.
- [20] Yoshioka E, Saijo Y, Kita T, Satoh H, Kawaharada M, Fukui T, *et al*. Gender differences in insomnia and the role of paid work and family responsibilities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(4):651-62.
- [21] Sivertsen B, Krokstad S, Overland S, Mykletun A. The epidemiology of insomnia: associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. *J Psychosom Res*. 2009;67(2):109-16.
- [22] Wickwire EM, Collop NA. Insomnia and sleep-related breathing disorders. *Chest*. 2010;137(6):1449-63.
- [23] Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. 2007;30(2):213-8.
- [24] Devaux M, Jusot F, Sermet C, Tubeuf S. Hétérogénéité sociale et de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue Française des Affaires Sociales*. 2008;(1):29-47.
- [25] Ohayon MM, Caulet M. Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Can J Psychiatry*. 1996;41(7):457-64.
- [26] Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med*. 2010;11(10):1010-18.