

Prévalence de la plainte relative aux troubles du sommeil : suivi de 205 347 sujets de 1988 à 1998

D. CUGY⁽¹⁻²⁾, D. PENIDE⁽³⁾, J. PATY⁽²⁻¹⁾, J. BALAN⁽⁶⁾, J. VINCLAIR⁽³⁾, S. CUGY⁽⁴⁾, J.-L. LENAIN⁽³⁾, J.-P. GIORDANELLA⁽⁵⁾

Résumé. Les centres d'examens de santé réalisent de façon périodique des examens de santé. Nous rapportons l'analyse des données relatives à la réponse à l'item « Avez-vous habituellement des troubles du sommeil ? ». Cet item est intégré au questionnaire médico-administratif qui est rempli par chaque consultant. La prévalence de la plainte est évaluée à partir d'un total de 205 347 examens. La population est segmentée par âge (18-24 : 19 332, 25-34:46 694, 35-44:51 072, 45-54:46 886, 55-64:32 658, 65 + :7 705), sexe (masculin : 101 801, féminin : 103 546) et catégorie de population (générale : 147 188, précaires : 22 785, prioritaires : 35 374). Les données mettent en évidence une relation entre prévalence, sexe et âge. De façon surprenante nous avons trouvé une relation entre l'évolution de la prévalence de la plainte et celle du pouvoir d'achat des salaires nets. Le coefficient de corrélation est significatif ($R^2 = 0,718$, $p < 0,0079$). Ces données sont en accord avec celles recueillies par M. Ohayon, montrant l'existence d'une relation entre faible niveau de revenu et plainte de sommeil.

Mots clés : Examens de santé ; Plainte ; Pouvoir d'achat ; Précarité ; Prévalence ; Revenu ; Sommeil.

Prevalence and evolution of sleep complaints recorded upon medical check-ups in healthcare centers in Bordeaux and Cenon, France, between 1988 and 1998

Summary. Primary healthcare checkups are regularly performed by French healthcare centers. We report analysis of Sleep disorders complaint registered from 1988 to 1998 in Bordeaux-Cauderan and Cenon CPAM welfare centers. The prevalence of sleep disorders is estimated from a total of 205 347 checkups. The population is segmented by age (18-24 : 19 332, 25-34:46 694, 35-44:51 072, 45-54:46 886, 55-

64:32 658, 65 + :7 705), gender (male : 101 801 ; female : 103 546) and population category (general : 147 188, underprivileged : 22 785, prioritized : 35 374). Datas shows a relationship between sex and age. Surprisingly we found a relation between Buying Power for Net Wages and Prevalence of Sleep Complaint. There is a significant correlation ($R^2 = 0,718$, $p < 0,0079$). These data are in relationship with M. Ohayon Findings relatively to low income and sleep complaint.

Key words : Complaint ; Healthcare checkup ; Income ; Prevalence ; Sleep disorders ; Under Privileged.

INTRODUCTION

La prévalence de la plainte relative aux troubles du sommeil a fait l'objet d'études hétérogènes tant sur le plan des critères d'évaluation que sur celui de la recherche de facteurs explicatifs. Il n'existe que de très rares études de cohortes (et qui sont par ailleurs limitées dans le temps).

Depuis 1945, les assurances sociales proposent un bilan de santé à leurs assurés. Le CES de Bordeaux a ouvert ses portes en 1976, tandis que celui de Cenon a été inauguré en 1979.

Les bilans de santé sont proposés aux assurés sociaux par courrier. Les assurés sont « choisis » par tirage au hasard dans le fichier de la Sécurité sociale.

L'examen de santé ne présente aucun caractère obligatoire. Chaque consultant présumé reçoit à remplir un questionnaire médico-administratif détaillé. Les données recueillies seront ensuite validées lors de l'examen clinique effectué par un médecin du centre. Ces données font l'objet d'une saisie informatique.

(1) Association pour la Prévention du Handicap dû aux troubles du sommeil et de la vigilance, 33000 Bordeaux.

(2) Clinique du Sommeil, CHU Pellegrin, 33076 Bordeaux.

(3) CES Bordeaux, ZAC Ravezies, 33000 Bordeaux.

(4) CES Bordeaux, Cenon, 33150 Cenon.

(5) CNAM-TS.

Travail reçu le 14 novembre 2001 et accepté le 19 mai 2003.

Tirés à part : D. Cugy (à l'adresse ci-dessus).

Dans la rubrique « État de santé actuel » du questionnaire médico-administratif figure l'item « Avez-vous habituellement des troubles du sommeil ? ». Les réponses possibles sont oui-non. Or, la question posée suggère seulement une approche globale de la plainte. Elle ne permet pas d'obtenir une analyse fine du type de trouble de sommeil. Il faut savoir que la nomenclature des troubles du sommeil est relativement récente et que seules quelques rares études épidémiologiques la prennent en compte (1, 2, 3, 4). À titre d'exemple, en 1987 Gislason *et al.* (2) retrouvent une prévalence de 6,9 % en ce qui concerne les troubles de l'initiation du sommeil et de 7,5 % pour les troubles du maintien du sommeil. Enfin, la prévalence pour la somnolence diurne excessive est de 5,7 %. Plus récemment, en 2000, Kim (4) note une prévalence de 8,3 % pour les troubles de l'initiation et de 15 % pour les troubles du maintien du sommeil.

Une évolution de la plainte avec l'âge a également été mise en évidence, de même qu'une comorbidité avec des pathologies telles que diabète, hypertension, reflux gastro-œsophagien et un tabagisme excessif. Les prévalences que nous rapportons expriment les mêmes tendances que celles de la littérature.

Une approche relative à la « plainte sommeil » est plus fréquemment retrouvée. En 1996, Ohayon (7) a réalisé une enquête téléphonique portant sur 5 622 sujets selon la méthode des quotas. Celui-ci retrouve une prévalence générale de la plainte de 20,1 % (21,1 % pour notre part en 1995). Il met en évidence des facteurs favorisants tels un niveau de revenus bas, le fait d'être une femme, d'avoir plus de 65 ans, ou d'être à la retraite, séparé, veuf ou divorcé.

Plus récemment, Léger (5) a évalué la plainte sommeil à partir d'un échantillon de 12 778 sujets représentatifs de la population française. La plainte a été analysée à partir des critères du DSM IV en la segmentant selon son importance ; 73 % des sujets rapportent avoir rencontré un problème de sommeil. Toutefois, on remarque que 29 % des sujets rencontrent ce problème seulement trois fois par semaine, tandis que pour 19 % des sujets la plainte se situe au-delà de 3 fois par semaine (24,7 % dans notre étude de 1998). De même un retentissement diurne est signalé pour 9 % des cas.

Les données rapportées correspondent à l'évolution des réponses à l'item « Avez-vous habituellement des troubles du sommeil ? » pour la population des personnes ayant fréquenté les centres d'examen de santé de Bordeaux et Cenon de 1988 à 1998.

POPULATION ET MÉTHODES

Les données ont été recueillies par le biais du questionnaire médico-administratif. Ce recueil a été validé par le médecin lors de l'examen clinique. Ces données ont été ensuite exportées de façon anonyme pour être analysées au moyen du logiciel Statview 5 (SAS institute) sur micro-ordinateur Macintosh iMac. La prévalence n'a pas été calculée pour les sous-groupes dont l'effectif est inférieur à 20.

La prévalence de la plainte est analysée de façon globale avec une segmentation par sexe et âge puis est ensuite analysée par types de population. La base de données a été triée de façon à ne conserver que les examens concernant la population des sujets âgés de plus de 18 ans sur la période 1988-1998. La population étudiée porte sur un total de 205 347 sujets répartis en 103 546 de sexe féminin et 101 801 de sexe masculin (*tableau I*). Le nombre de bilans s'est accru à partir de 1989 pour atteindre un maximum en 1991 (*tableau II*).

TABLEAU I. — *Effectifs segmentés par sexe et par âge.*

Âge	Effectif	Femmes	Hommes
18 à 24 ans	19 332 (9,4 %)	11 704 (11,3 %)	7 628 (7,5 %)
25 à 34 ans	47 694 (24,2 %)	25 025 (24,2 %)	22 669 (22,3 %)
35 à 44 ans	51 072 (24,9 %)	24 902 (24 %)	26 170 (25,7 %)
45 à 54 ans	46 886 (22,9 %)	22 341 (21,6 %)	24 545 (24,1 %)
55 à 64 ans	32 658 (15,9 %)	15 686 (15,1 %)	16 972 (16,7 %)
65 ans et +	7 705 (3,8 %)	3 888 (3,8 %)	3 817 (3,8 %)
Total	205 347	103 546 (50,4 %)	101 801 (49,6 %)

TABLEAU II. — *Effectifs segmentés par sexe et par année de consultation.*

	Effectif	Femmes	Hommes
1988	1 011 (0,5 %)	494 (0,5 %)	507 (0,5 %)
1989	20 322 (9,9 %)	10 169 (9,9 %)	10 153 (9,9 %)
1990	21 768 (10,6 %)	10 337 (9,9 %)	11 431 (11,3 %)
1991	22 138 (10,8 %)	11 241 (10,9 %)	10 897 (10,7 %)
1992	21 873 (10,7 %)	10 497 (10,1 %)	11 376 (11,2 %)
1993	22 082 (10,8 %)	10 554 (10,2 %)	11 528 (11,3 %)
1994	20 760 (10,1 %)	10 498 (10,1 %)	10 262 (10,1 %)
1995	19 895 (9,7 %)	10 070 (9,7 %)	9 825 (9,7 %)
1996	19 092 (9,3 %)	10 152 (9,8 %)	8 940 (8,8 %)
1997	18 546 (9 %)	10 760 (10,4 %)	7 786 (7,7 %)
1998	17 870 (8,7 %)	8 774 (8,5 %)	9 096 (8,9 %)
Total	205 347	103 546	101 801

Disposant des données de population, une segmentation a été réalisée selon les types de population définis au sein des centres d'examen de santé (*tableau III*) :

– *population précaire* : bénéficiaires du revenu minimal d'insertion (RMI) ; moins de 25 ans en voie d'insertion ; bénéficiaires d'un contrat emploi-solidarité ; chômeurs ; personnes sans domicile fixe (SDF) ;

– *population prioritaire* : assurés et ayants-droit inactifs ; retraités ; assurés personnels ; adultes handicapés ; risques personnels.

– *population non prioritaire, non précaire* (régime général de la Sécurité sociale).

On remarque que la part des populations précaires dans l'activité des bilans de santé s'est progressivement accrue pour atteindre un taux global de l'ordre de 20 à 25 %. Ces données sont à rapporter à celles observées

TABLEAU III. — *Effectifs segmentés par types de population.*

	RG		Précaires		Prioritaires	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
1988	380 (0,5 %)	472 (0,6 %)	16 (0,1 %)	5 (0,1 %)	98 (0,4 %)	30 (0,3 %)
1989	7 520 (9,9 %)	9 486 (11,5 %)	323 (2,4 %)	99 (1,1 %)	2 326 (9,4 %)	568 (5,4 %)
1990	7 907 (10,6 %)	10 629 (12,1 %)	518 (3,9 %)	222 (2,4 %)	1 912 (7,7 %)	580 (5,5 %)
1991	7 977 (10,8 %)	9 843 (12,2 %)	727 (5,4 %)	427 (4,6 %)	2 537 (10,2 %)	627 (5,6 %)
1992	7 655 (10,7 %)	10 092 (11,7 %)	809 (5,9 %)	571 (6,1 %)	2 033 (8,2 %)	713 (6,7 %)
1993	7 549 (10,8 %)	10 151 (11,6 %)	770 (5,7 %)	485 (5,2 %)	2 235 (9 %)	892 (8,4 %)
1994	6 811 (10,1 %)	8 676 (10,5 %)	1 083 (8 %)	639 (6,9 %)	2 604 (10,5 %)	947 (8,9 %)
1995	6 424 (9,7 %)	8 112 (9,9 %)	1 107 (8,2 %)	684 (7,4 %)	2 539 (10,2 %)	1 029 (9,7 %)
1996	4 318 (9,3 %)	5 264 (6,6 %)	2 640 (19,6 %)	2 011 (21,6 %)	3 194 (12,9 %)	1 665 (15,7 %)
1997	5 399 (9 %)	4 375 (8,3 %)	2 792 (20,7 %)	1 862 (20 %)	2 569 (10,4 %)	1 549 (14,6 %)
1998	3 327 (8,7 %)	4 821 (5,1 %)	2 707 (20,1 %)	2 288 (24,6 %)	2 740 (11 %)	1 987 (18,8 %)
Total	65 267	81 921	13 492	9 293	24 787	10 587
	147 188 (71,7 %)		22 785 (11,1 %)		35 374 (17,2 %)	

au niveau de la population générale où la part de population en situation de pauvreté ou de précarité est évaluée de 8 à 10 % (3).

Les comparaisons relatives aux populations sont effectuées au moyen d'un test de χ^2 .

Afin d'évaluer l'aspect économique évoqué notamment par Ohayon, les données observées sont rapportées à des indicateurs économiques nationaux.

RÉSULTATS – PRÉVALENCE

On observe une évolution de la prévalence de la plainte en fonction de l'âge à la fois dans les populations féminine et masculine (*tableaux IV et V*). On remarque ainsi qu'une tendance à l'augmentation de la prévalence de la plainte d'une année sur l'autre sur la période analysée.

TABLEAU IV. — *Évolution de la prévalence de la plainte sommeil dans la population masculine.*

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
18-25 ans	9,4 %	8,2 %	5,6 %	6,6 %	7,9 %	9,0 %	12,2 %	11,2 %	12,5 %	14,9 %	15,6 %	10,3 %
25-35 ans	8,2 %	10,6 %	10,0 %	11,7 %	11,6 %	12,9 %	13,2 %	13,4 %	15,2 %	18,6 %	17,9 %	12,9 %
35-45 ans	14,2 %	14,6 %	14,8 %	14,5 %	15,5 %	17,5 %	17,4 %	16,0 %	20,7 %	23,3 %	21,9 %	17,0 %
45-55 ans	11,0 %	17,4 %	16,6 %	18,0 %	17,6 %	20,8 %	19,9 %	18,9 %	22,9 %	24,3 %	24,6 %	19,8 %
55-65 ans	4,1 %	18,9 %	18,0 %	19,6 %	17,9 %	20,9 %	18,5 %	19,2 %	20,4 %	23,4 %	20,4 %	19,6 %
+ 65 ans	—	—	—	—	16,9 %	21,2 %	18,5 %	23,2 %	25,3 %	24,5 %	22,1 %	21,7 %
Global	10,1 %	14,4 %	13,9 %	14,8 %	14,9 %	17,5 %	17,1 %	16,6 %	19,3 %	22,3 %	21,0 %	

TABLEAU V. — *Évolution de la prévalence de la plainte sommeil dans la population féminine.*

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
18-25 ans	14,1 %	12,1 %	12,8 %	11,8 %	13,2 %	18,2 %	16,9 %	18,9 %	19,0 %	22,9 %	20,8 %	16,7 %
25-35 ans	13,8 %	15,0 %	13,3 %	16,0 %	16,7 %	19,3 %	21,5 %	19,6 %	19,4 %	23,4 %	22,3 %	18,3 %
35-45 ans	19,9 %	21,6 %	20,6 %	21,6 %	21,7 %	26,2 %	24,7 %	23,9 %	25,6 %	27,8 %	26,2 %	23,7 %
45-55 ans	22,8 %	28,8 %	28,8 %	29,4 %	27,8 %	34,4 %	32,1 %	29,2 %	29,4 %	36,8 %	32,4 %	31,0 %
55-65 ans	27,8 %	34,5 %	34,4 %	33,1 %	33,7 %	36,5 %	35,1 %	34,1 %	35,4 %	36,8 %	35,8 %	34,9 %
+ 65 ans	—	—	—	—	35,0 %	35,1 %	36,7 %	40,6 %	39,5 %	40,3 %	37,0 %	37,3 %
Global	18,0 %	22,1 %	21,2 %	22,9 %	22,8 %	27,6 %	27,4 %	25,5 %	26,0 %	30,8 %	28,6 %	

La prévalence globale de la plainte relative aux « troubles du sommeil habituels » observée chez les personnes ayant bénéficié d'un bilan de santé est de 16 % dans la population masculine et de 25 % dans la population féminine. On observe de façon significative ($p < 0,0001$) une prévalence supérieure de la plainte dans la population féminine par rapport à celle observée dans la population masculine. La prévalence de la plainte croît avec l'âge ($p < 0,001$) dans les populations masculine et féminine. En dernier lieu, on met en évidence une augmentation significative ($p < 0,001$) de la prévalence sur la période d'analyse. La prévalence évoluant de façon croissante de 1988 à 1998.

L'existence d'une modification significative de la répartition des différents types de population sur la période

d'analyse (*tableau III* : $p < 0,001$) rend nécessaire une segmentation par type de population.

POPULATION MASCULINE SEGMENTÉE PAR TYPE DE POPULATION

Dans la population « régime général » on note une augmentation de la plainte en fonction de l'âge. On observe de façon très particulière pour les populations prioritaires et précaires, une prévalence maximale pour la tranche d'âge 45-55 ans puis une diminution relative pour les tranches d'âge supérieures.

On remarque aussi une stabilité de l'évolution de la prévalence de la plainte, en fonction de l'année, dans la population « précaires » (*tableaux VI, VII et VIII*).

TABLEAU VI. — Population masculine « Régime général ».

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
18-25 ans	6,3 %	8,2 %	5,6 %	7,3 %	7,5 %	11,4 %	14,8 %	12,9 %	11,6 %	11,4 %	8,9 %	9,5 %
25-35 ans	8,5 %	10,4 %	9,7 %	11,0 %	10,2 %	11,9 %	12,2 %	11,5 %	14,1 %	15,7 %	14,3 %	11,5 %
35-45 ans	14,5 %	14,5 %	14,6 %	14,1 %	14,6 %	16,6 %	16,5 %	15,5 %	18,1 %	20,4 %	19,1 %	15,8 %
45-55 ans	11,0 %	16,9 %	16,1 %	17,3 %	17,2 %	20,0 %	18,8 %	18,1 %	20,3 %	21,7 %	23,2 %	18,6 %
55-65 ans	4,4 %	18,8 %	17,3 %	19,0 %	17,4 %	20,3 %	17,3 %	18,7 %	21,6 %	23,6 %	18,5 %	18,7 %
+ 65 ans	—	—	—	—	16,8 %	20,8 %	18,5 %	22,8 %	—	—	—	19,8 %
Global	10,2 %	14,3 %	13,7 %	14,5 %	14,4 %	17,0 %	16,5 %	16,1 %	17,7 %	20,2 %	19,4 %	15,8 %

TABLEAU VII. — Population masculine « Précaire ».

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
18-25 ans	—	21,6 %	6,4 %	10,0 %	7,8 %	7,1 %	11,8 %	12,8 %	16,4 %	18,5 %	18,3 %	15,7 %
25-35 ans	—	8,3 %	22,2 %	21,6 %	26,4 %	19,5 %	17,5 %	24,4 %	18,0 %	23,9 %	25,3 %	21,9 %
35-45 ans	—	—	23,5 %	18,0 %	27,3 %	34,0 %	24,8 %	26,8 %	28,3 %	31,8 %	30,8 %	28,7 %
45-55 ans	—	—	38,5 %	28,1 %	22,2 %	32,2 %	28,7 %	25,2 %	31,1 %	33,2 %	30,3 %	30,3 %
55-65 ans	—	—	38,7 %	23,9 %	23,6 %	26,2 %	23,8 %	20,0 %	23,1 %	31,3 %	20,7 %	24,6 %
+ 65 ans	—	—	—	—	—	18,2 %	10,3 %	—	—	9,4 %	—	13,4 %
Global	—	16,2 %	24,3 %	21,3 %	23,6 %	23,3 %	19,9 %	21,2 %	22,9 %	20,2 %	24,8 %	23,9 %

TABLEAU VIII. — Population masculine « Prioritaire ».

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
18-25 ans	—	5,8 %	5,3 %	5,2 %	8,7 %	6,4 %	9,0 %	7,5 %	7,9 %	8,8 %	9,7 %	7,3 %
25-35 ans	—	18,2 %	12,8 %	14,9 %	17,2 %	23,3 %	16,9 %	20,5 %	13,7 %	12,1 %	5,7 %	16,6 %
35-45 ans	—	21,9 %	17,9 %	31,4 %	28,8 %	23,1 %	26,5 %	12,9 %	30,5 %	23,1 %	30,5 %	23,3 %
45-55 ans	—	31,0 %	23,6 %	28,1 %	19,0 %	26,8 %	30,6 %	25,7 %	37,0 %	32,9 %	22,0 %	27,5 %
55-65 ans	—	20,2 %	20,2 %	24,3 %	20,0 %	25,0 %	26,6 %	21,9 %	19,0 %	20,9 %	21,7 %	21,3 %
+ 65 ans	—	—	—	—	—	—	—	—	25,2 %	25,4 %	21,8 %	24,2 %
Global	—	16,2 %	13,4 %	14,5 %	16,1 %	19,5 %	20,6 %	17,4 %	19,9 %	21,8 %	20,5 %	18,9 %

POPULATION FÉMININE SEGMENTÉE PAR TYPE DE POPULATION

On retrouve, de façon moins marquée que pour la population masculine, une différence dans l'évolution de la plainte entre populations précaires et autres types de population (*tableaux IX, X et XI*).

Les données observées segmentées par sexe, âge, type de population montrent une augmentation significative de la plainte « sommeil » ($p < 0,001$) entre 1988 et 1998 (*figures 1 et 2*).

On remarque une diminution de l'effet population dans les catégories d'âges supérieures à 55 ans. L'effet lié à

l'appartenance à un type de population est prédominant dans les classes d'âge les plus jeunes.

RÉSULTATS – FACTEUR ÉCONOMIQUE

Maurice Ohayon (7) a évoqué le rôle du niveau de revenu sur la plainte sommeil. Disposant de l'évolution du *pouvoir d'achat des salaires nets* [source INSEE (9, 10), indice 100 en 1990] il est alors possible de mettre en évidence des variations significatives de la plainte rapportée au pouvoir d'achat des salaires nets sur la même période. (*figure 3*).

TABLEAU IX. — Population féminine « Régime général ».

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
18-25 ans	15,2 %	12,5 %	12,8 %	13,7 %	15,0 %	17,6 %	17,6 %	19,1 %	19,5 %	20,9 %	21,8 %	16,0 %
25-35 ans	14,1%	14,4%	12,3 %	14,7 %	16,1 %	18,2 %	20,0 %	18,7 %	16,3 %	21,6 %	19,9 %	16,6 %
35-45 ans	20,5 %	21,9 %	20,8 %	20,7 %	20,4 %	24,9 %	23,4 %	21,4 %	23,1 %	25,3 %	24,1 %	22,3 %
45-55 ans	25,4 %	27,9 %	28,6 %	28,6 %	26,3 %	33,3 %	30,0 %	27,4 %	28,2 %	36,0 %	29,8 %	29,7 %
55-65 ans	26,1%	33,0%	34,6 %	32,9 %	32,9 %	36,9 %	34,2 %	33,6 %	32,7 %	37,1 %	35,6 %	34,2 %
+ 65 ans	–	–	–	–	37,7 %	36,3 %	38,3 %	39,5 %	–	–	–	37,6 %
Global	18,7 %	21,4 %	20,7 %	22,0 %	22,2 %	26,9 %	26,8 %	24,2 %	23,3 %	29,1 %	26,1 %	24,0 %

TABLEAU X. — Population féminine « Précaire ».

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
18-25 ans	–	18,1 %	18,0 %	9,9 %	14,4 %	26,5 %	20,6 %	20,1 %	22,8 %	26,0 %	22,3 %	21,8 %
25-35 ans	–	13,2%	23,6 %	25,1 %	20,4 %	28,9 %	27,2 %	25,1 %	23,5 %	26,4 %	26,3 %	24,9 %
35-45 ans	–	18,2 %	20,2 %	30,4 %	33,7 %	34,8 %	30,9 %	34,0 %	31,4 %	34,9 %	31,1 %	31,9 %
45-55 ans	–	33,3 %	32,9 %	38,3 %	38,6 %	39,6 %	39,7 %	36,7%	36,4 %	39,2 %	38,7 %	38,0 %
55-65 ans	–	42,9 %	33,8 %	34,8 %	43,0 %	43,1 %	43,8 %	36,6 %	37,0 %	39,5 %	39,0 %	39,0 %
+ 65 ans	–	–	–	–	35,3 %	38,3 %	29,3 %	–	–	–	–	36,2 %
Global	–	22,0 %	24,9 %	27,6 %	27,7 %	32,9%	29,4 %	27,6 %	27,7 %	32,1 %	29,2 %	29,1 %

TABLEAU XI. — Population masculine « Prioritaire ».

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
18-25 ans	17,4 %	10,0 %	11,1 %	9,8 %	9,8 %	15,6 %	13,7 %	17,8 %	13,0 %	17,8 %	15,5 %	13,2 %
25-35 ans	–	18,4%	14,2 %	17,9 %	17,6 %	18,6 %	23,2 %	19,4 %	19,5 %	22,7 %	16,9 %	18,9 %
35-45 ans	17,4 %	21,1 %	19,8 %	23,4 %	23,5 %	29,3 %	26,2 %	28,6 %	25,2 %	26,4 %	24,1 %	24,5 %
45-55 ans	–	30,9 %	29,2 %	29,8 %	29,6 %	36,9 %	35,4 %	32,0 %	27,2 %	37,3 %	32,7 %	31,9 %
55-65 ans	–	37,3 %	34,1 %	33,2 %	33,8 %	34,9 %	35,4 %	34,6 %	36,1 %	35,5 %	35,0 %	35,0 %
+ 65 ans	–	–	–	–	18,9 %	26,1 %	30,0 %	52,4 %	39,2 %	39,6 %	37,0 %	37,0 %
Global	17,3 %	24,2 %	22,0 %	24,5 %	23,1 %	27,9 %	28,0 %	27,7 %	28,2 %	32,9 %	30,8 %	30,5 %

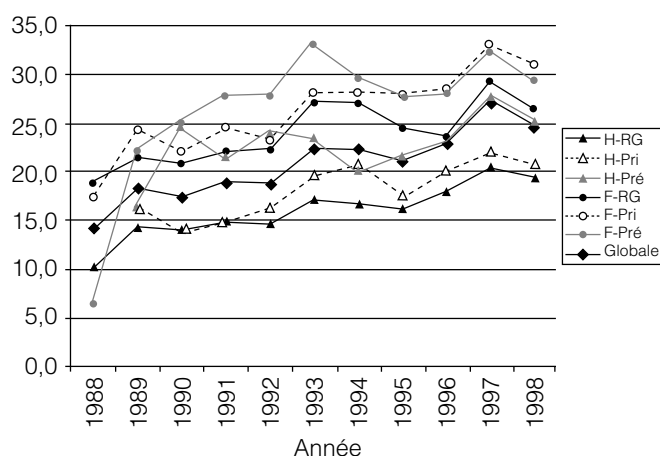


FIG. 1. — Évolution de la plainte sommeil segmentée par sexe et type de population.

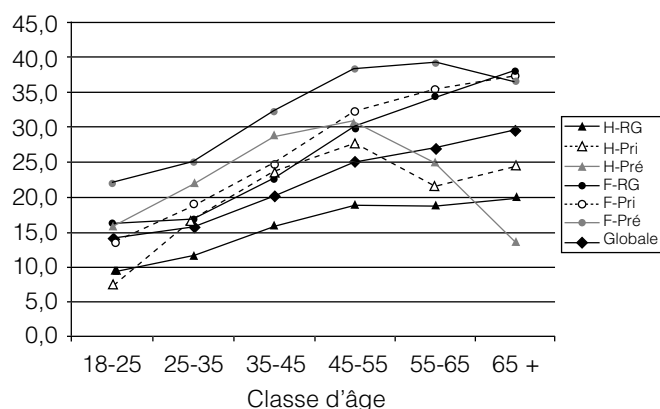


FIG. 2. — Évolution de la plainte sommeil segmentée par sexe, âge et type de population.

L'analyse des données effectuée de façon globale et par type de population met en évidence un déphasage de 1 an entre l'évolution du pouvoir d'achat et la prévalence de la plainte. Une fois ce déphasage corrigé, on met en évidence une corrélation significative ($p < 0,0079$) entre le pouvoir d'achat des salaires nets et la plainte exprimée (figure 4).

L'analyse de la régression segmentée par tranche d'âge montre au niveau de la population étudiée que l'association entre l'évolution du pouvoir d'achat des salaires nets et de la prévalence de la plainte est plus fortement corrélée pour les adultes jeunes (tableau XII).

DISCUSSION

La population que nous avons étudiée est celle qui fréquente les centres d'examen de santé de Bordeaux et Cenon. Au recensement de 1999, la population du département de la Gironde était de 1 287 532 habitants.

La population étudiée n'est donc pas représentative de celle du département. Toutefois, une stratification par sexe, âge, type de population permet de compenser les écarts observés par rapport aux données nationales (tableau XIII).

Dans notre cas se pose la question de l'augmentation de la prévalence que l'on observe entre les années 1988-1998. On peut penser qu'il s'agit là d'un effet lié au recueil de l'information. Or la méthode de recueil est restée stable entre 88 et 98. Elle utilise un autoquestionnaire validé ensuite lors de l'entretien médical durant l'examen de santé. On peut alors se demander s'il s'agit plutôt d'un effet démographique, c'est-à-dire lié à un vieillissement des populations à l'intérieur d'une même classe d'âge. Or durant la période étudiée, on ne retrouve pas d'augmentation significative de l'âge à l'intérieur des diverses classes d'âge.

Le déphasage observé entre l'évolution du pouvoir d'achat des salaires nets et la prévalence de la plainte permet d'envisager un lien de causalité, cela en fonction de la stabilité temporelle observée entre la prévalence de la plainte et l'évolution de l'environnement économique.

D'autres auteurs ont montré que les troubles du sommeil sont associés à d'autres facteurs de morbidité tels une dépression ou une pathologie coronaire, comme l'ont montré Schwartz *et al.* (8). Pour eux, le fait de présenter des troubles du sommeil (en dehors du syndrome d'apnées du sommeil) accroît le risque de pathologie coronaire d'un facteur compris entre 1,47 et 3,90.

L'association entre plainte habituelle relative aux troubles du sommeil et facteurs psychosociaux a été aussi retrouvée par Kim (4). Le décalage entre l'évolution du pouvoir d'achat des salaires nets nécessite une interprétation plus subtile. On peut se demander s'il est lié à l'épargne des ménages. Si l'hypothèse d'un lien de causalité est valide, on devrait observer, du fait de la relance économique observée à la fin des années 1990, une diminution de la prévalence de la plainte concomitante.

CONCLUSION

Les troubles habituels du sommeil concernent 21 % de la population ayant fréquenté les centres d'examen de santé de Bordeaux et de Cenon durant la période 1988-1998. Ces troubles sont retrouvés de façon plus importante dans la population féminine (25,4 %) que dans la population masculine (16,7 %). L'analyse des données socio-professionnelles met en évidence une majoration nette de la plainte en fonction de l'âge et du type de population (régime général : 19,4 %, prioritaires : 24,7 %, précaires : 26,9 %).

L'analyse sur la période 1988-1998 segmentée par âge, sexe, type de population montre une croissance de la prévalence de la plainte (1988 : 14 %, 1998 : 24,7 %). On observe une corrélation significative entre la plainte exprimée et le pouvoir d'achat des salaires nets sur la période. Cette observation longitudinale de

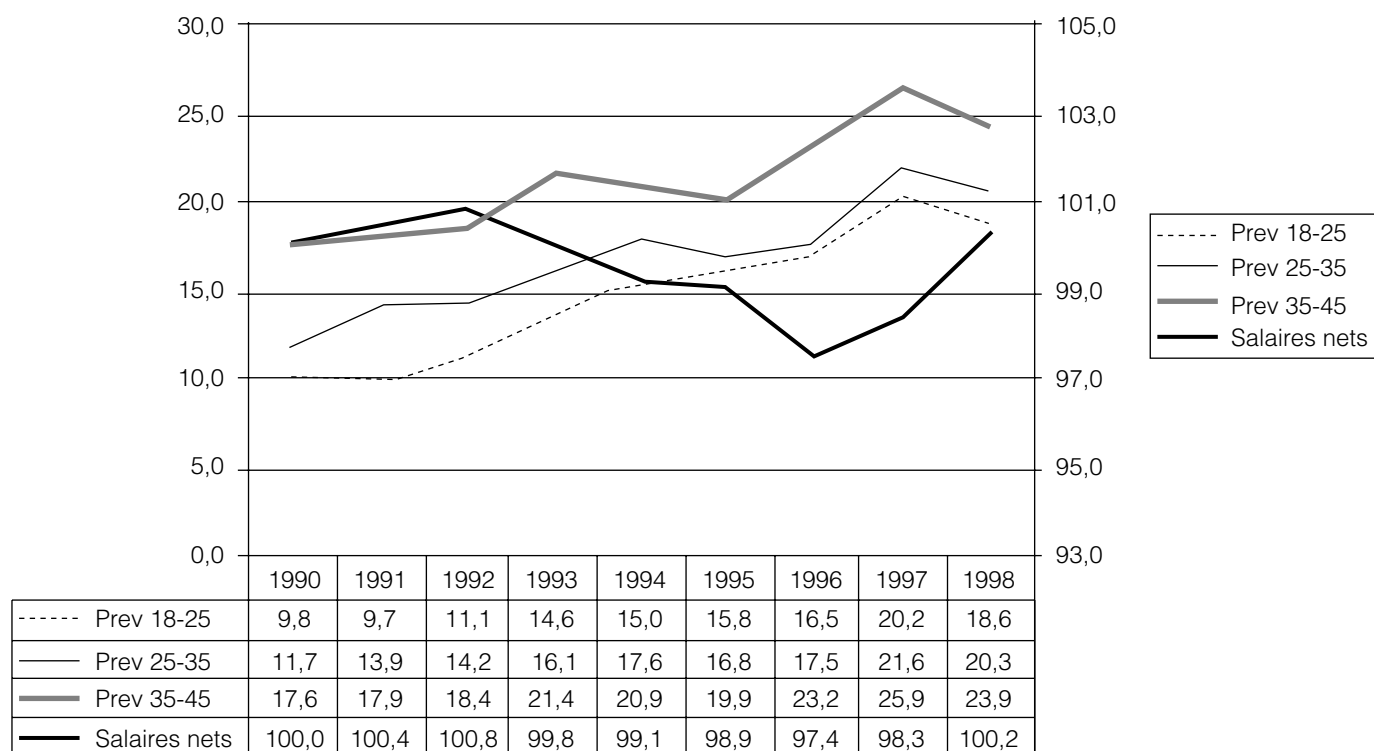


FIG. 3. — Évolution de la prévalence de la plainte sommeil et des pouvoirs d'achat des salaires nets.

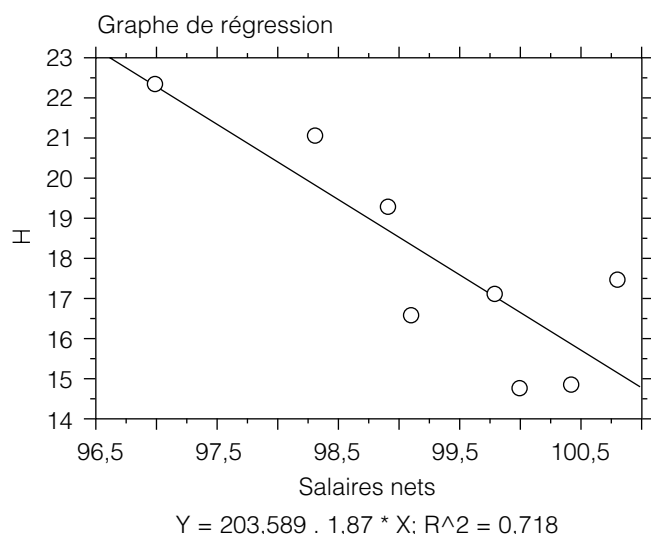


FIG. 4. — Régression de la prévalence de la plainte sommeil rapportée au revenu net (population masculine).

TABLEAU XII. — Régression du pouvoir d'achat des salaires nets/plainte sommeil rapportée à la tranche d'âge.

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
R ²	0,674	0,765	0,649	0,584	0,371
p	0,0125	0,0045	0,0157	0,0273	0,1091 (NS)

TABLEAU XIII. — Population vue en CES versus population de la Gironde.

	Recensement 1999			Population (CES)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Moins de 20 ans	24,6 %	21,7 %	23,1 %	1,8 %	2,4 %	2,0 %
20 à 39 ans	29,9 %	28,5 %	29,2 %	40,2 %	44,9 %	42,6 %
40 à 59 ans	29,9 %	25,9 %	26,4 %	48,9 %	44,4 %	46,7 %
60 à 74 ans	12,6 %	13,8 %	13,2 %	8,6 %	7,9 %	8,3 %
75 ans et plus	6,0 %	10,1 %	8,1 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %

la population des centres d'examen de santé de Bordeaux et de Cenon est en accord avec les facteurs psychosociaux mis en évidence notamment par Ohayon et Kim.

En dernier lieu, l'expression d'une plainte relative aux « troubles habituels du sommeil » reflète l'existence d'un déficit fonctionnel et s'accompagne d'une morbidité accrue. Dans cette optique, si l'hypothèse d'un lien de causalité entre « pouvoir d'achat des salaires nets » et troubles du sommeil est vérifiée, il serait alors possible d'imputer une part de la morbidité (et des coûts de santé induits) à l'environnement économique de la population.

Références

1. BLIWISE DL *et al.* Prevalence of self-reported poor sleep in a healthy population aged 50-65. *Soc Sci Med* 1992 ; 34 (1):49-55.
2. GISLASON T, ALMQVIST M. Somatic diseases and sleep complaints. An epidemiological study of 3 201 Swedish men. *Acta Med Scand* 1987 ; 221 (5) : 475-81.
3. JANSON *et al.* Prevalence of sleep disturbances among young adults in three European countries. *Sleep* 1995 ; 18 (7) : 589-97.
4. KIM K. An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep* 2000 ; 23 (1) : 41-7.
5. LEGER D. Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *J Sleep Res* 2000 ; 9 (1) : 35-42.
6. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETÉ ET DE L'EXCLUSION SOCIALE, Rapport. Paris : Secrétariat général de l'Observatoire, 2000.
7. OHAYON M. Epidemiological study on insomnia in the general population. *Sleep* 1996 ; 19 (Suppl 3) : S7-15.
8. SCHWARTZ *et al.* Insomnia and heart disease : a review of epidemiologic studies. *J Psychosom Res* 1999 ; 74 (4) : 313-33.
9. « Séries longues sur les salaires », INSEE, Résultats, série « Emplois-Revenus ». Paris : INSEE, 1999.
10. TEF 2000-2001. Paris : INSEE, 2001.