

**L'INSOMNIE ET LE RECOURS AUX MÉDICAMENTS PRESCRITS POUR DORMIR :  
ÉTAT DE SITUATION À PARTIR DES DONNÉES DE L'ENQUÊTE DE SANTÉ  
DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN 2012**



## **ANALYSE ET RÉDACTION**

René Lapierre, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean,  
Direction de santé publique

## **COLLABORATION**

Charles Morin, directeur, Centre d'études des troubles du sommeil de l'Université Laval

Mélanie Leblanc, professionnelle de recherche, Centre d'études des troubles du sommeil de l'Université Laval

## **RÉVISION DU CONTENU**

Ann Bergeron, M.D., coordonnatrice, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Direction de santé publique

Fabien Tremblay, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean,  
Direction de santé publique

## **RELECTURE**

Anne-Pascale Maltais, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Direction de santé publique

Audrey Bolduc, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean,  
Direction de santé publique

## **MISE EN PAGE**

Anne-Pascale Maltais, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Direction de santé publique

Référence suggérée : Lapierre, R., *L'insomnie et le recours aux médicaments prescrits pour dormir : état de situation à partir des données de l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2015, 30 p.

Ce document est disponible sur le site Internet du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean à l'adresse suivante :

[www.santesaglac.com](http://www.santesaglac.com)

Source de l'image de la page titre : Galerie de photos bing.com

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN : 978-2-550-73338-6 (version PDF)

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée à condition d'en mentionner la source

© Gouvernement du Québec

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures et des tableaux.....	5
Introduction.....	7
Faits saillants .....	9
Le nombre d'heures de sommeil.....	11
L'insomnie .....	13
Définition et mesure .....	13
Prévalence de l'insomnie .....	13
Variations selon le sexe et l'âge .....	14
Variations selon les modalités de vie et la défavorisation .....	15
Insomnie et état de santé mentale.....	15
Insomnie et état de santé physique.....	16
Analyse de régression logistique.....	17
La consommation de médicaments prescrits pour dormir .....	21
L'ampleur du problème.....	21
Variations selon le sexe et l'âge .....	21
Variations selon les modalités de vie et la défavorisation .....	21
Médicaments prescrits pour dormir et état de santé mentale.....	22
Médicaments prescrits pour dormir et état de santé physique.....	22
Analyse de régression logistique.....	22
Conclusion .....	25
Méthodologie.....	27
L'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012.....	27
L'estimation des problèmes d'insomnie.....	27
Bibliographie .....	29





## LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Nombre habituel d'heures de sommeil, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012 .....	11
Figure 2: Prévalence de l'insomnie selon le sexe et l'âge, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012 .....	15
Tableau 1 : Prévalence de l'insomnie (%) et rapports de cotes selon le sexe, l'âge et diverses caractéristiques de l'état de santé, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012 .....	19
Tableau 2 : Prise régulière de médicaments prescrits pour dormir (%) et rapports de cotes selon le sexe, l'âge et diverses caractéristiques de l'état de santé, population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012.....	24





## INTRODUCTION

De plus en plus de recherches démontrent que les troubles du sommeil, et notamment l'insomnie, peuvent avoir des impacts importants, tant sur la santé physique que mentale. Malgré cela, les troubles du sommeil constituent une problématique de santé publique souvent négligée, dont on parle peu (Gallicchio, 2009). En 2006 déjà, l'Institut de médecine des États-Unis soulignait l'importance d'accroître la connaissance et d'améliorer le diagnostic et le traitement des troubles du sommeil, par l'éducation du public, la formation des professionnels et la surveillance de cette problématique (Colten et Altevogt, 2006).

Associée aux troubles du sommeil, la consommation de médicaments prescrits pour dormir peut aussi avoir des impacts négatifs sur la santé, notamment lorsqu'elle se prolonge dans le temps. Les personnes âgées sont particulièrement à risque, compte tenu de la présence fréquente d'autres problèmes de santé et de l'interaction possible avec d'autres médicaments.

Afin de mieux documenter ces deux phénomènes, l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* incluait une série de questions relatives au sommeil. Ces questions ont été suggérées par des professionnels du Centre d'études sur les troubles du sommeil de l'Université Laval. L'objectif était triple : estimer l'ampleur des problèmes d'insomnie au sein de la population, documenter la prise de médicaments prescrits pour dormir et enfin, identifier les facteurs les plus fortement associés à ces deux problématiques.

Ce document présente les principaux résultats de l'analyse de ces deux phénomènes à partir des données recueillies lors de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*. Après une brève description des données concernant le nombre habituel d'heures de sommeil, le document trace un portrait de la prévalence de l'insomnie chez les adultes de la région et dans différents sous-groupes de la population. Les principaux facteurs associés à ce trouble du sommeil sont aussi identifiés. On y aborde ensuite, de la même façon, la prise de médicaments prescrits pour dormir. En fin de document sont regroupées les informations d'ordre méthodologique concernant l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* et les questions utilisées pour estimer la prévalence des problèmes d'insomnie.





## FAITS SAILLANTS

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, un adulte sur sept (14 %) est confronté à des problèmes d’insomnie. Cette estimation est basée sur les données de *l’Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2012*. Lors de cette enquête, une série de questions, suggérée par le Centre des troubles du sommeil de l’Université Laval, a permis d’en arriver à ce constat.

Les données indiquent entre autres que les problèmes d’insomnie touchent une plus grande proportion de femmes (17 %) que d’hommes (10 %) et sont plus fréquents chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Une analyse de régression logistique a permis d’identifier, parmi un ensemble de facteurs reliés à l’insomnie, ceux qui, outre l’âge, sont le plus fortement associés à la probabilité de vivre des problèmes d’insomnie. Les résultats indiquent que, même en tenant compte de l’effet des autres facteurs associés à l’insomnie :

- les femmes ont une probabilité plus élevée que les hommes de vivre des problèmes d’insomnie;
- la probabilité d’être confronté à des problèmes d’insomnie est plus élevée chez les individus qui perçoivent négativement leur état de santé mentale, ceux qui se classent dans la catégorie élevée de l’échelle de détresse psychologique et ceux dont le niveau de stress quotidien est perçu comme élevé;
- le risque d’insomnie est aussi significativement plus élevé chez les individus dont l’état de santé physique est dégradé. Ainsi, les personnes qui ont une perception négative de leur état de santé, celles qui souffrent d’arthrite, d’arthrose ou de rhumatisme, et enfin, celles qui souffrent d’asthme ont toutes une probabilité plus élevée d’être confrontées à l’insomnie;
- chez les individus qui perçoivent leur situation économique comme étant moins bonne que la moyenne, la probabilité de vivre des problèmes d’insomnie est aussi plus élevée.

La prise de médicaments prescrits pour dormir constitue un autre phénomène associé aux troubles du sommeil. Dans la région, 15 % des adultes ont utilisé des médicaments prescrits pour dormir au cours de la dernière année. Parmi ceux-ci, 9 % y avaient eu recours trois fois par semaine ou plus au cours du mois précédant l’enquête.

Les facteurs les plus fortement associés à la prise régulière de médicaments prescrits pour dormir sont essentiellement les mêmes que ceux qui étaient associés à l’insomnie. Les seules exceptions sont l’asthme et le niveau de stress quotidien. Ces deux facteurs ne sont plus associés de façon significative à la probabilité de prise régulière de médicaments prescrits pour dormir lorsque l’on prend en compte l’ensemble des autres facteurs retenus.





## LE NOMBRE D'HEURES DE SOMMEIL

On considère généralement qu'un adulte a besoin de sept à huit heures de sommeil par nuit pour fonctionner de façon optimale pendant la journée (Colten et Altevogt, 2006). Des recherches ont toutefois démontré une variabilité en ce qui a trait au nombre d'heures de sommeil dont un adulte a besoin pour se sentir reposé. Il y a de « petits dormeurs », qui peuvent se contenter de nuits de sommeil plus courtes, et d'autres personnes qui ont besoin de neuf heures et plus de sommeil (National Sleep Foundation, 2013).

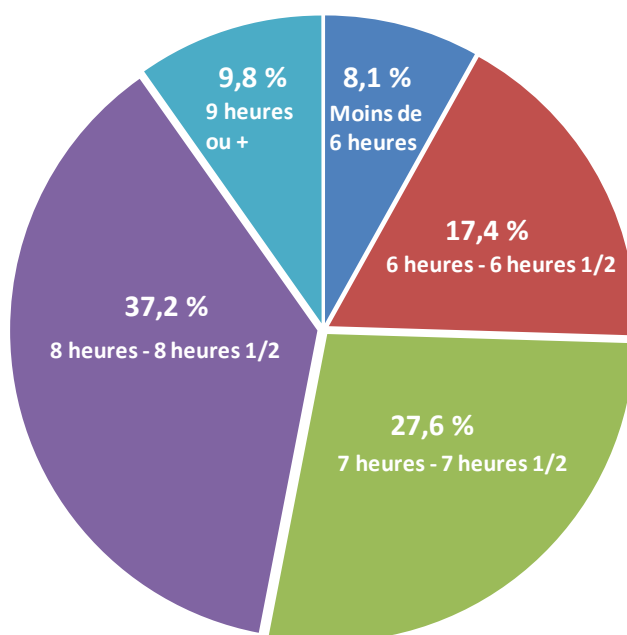
Lors de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*, on demandait, entre autres, aux participants combien d'heures ils avaient dormi en moyenne chaque nuit au cours du dernier mois. Les réponses fournies à cette question sont présentées dans les paragraphes qui suivent.

Dans la région, les deux tiers des adultes (65 %) déclarent dormir entre sept heures et huit heures et demie par nuit. Plus spécifiquement, 28 % cumulent sept heures ou sept heures et demie de sommeil et 37 % dorment huit heures ou huit heures et demie.

Environ un adulte sur six (17 %) cumule six heures ou six heures et demie de sommeil. Enfin, 8,1 % des adultes dorment moins de six heures et, à l'autre bout du spectre, 9,8 % des individus déclarent dormir neuf heures ou plus chaque nuit.

Dormir trop ou trop peu est susceptible d'entraîner des effets négatifs sur la santé. Deux méta-analyses portant sur le lien entre la durée de sommeil et la mortalité concluent que les individus qui dorment moins de six heures par nuit ou plus de neuf heures ont un risque accru de mortalité précoce (Cappuccio et coll., 2006; Gallicchio et Kalesan, 2009).

**Figure 1**  
**Nombre habituel d'heures de sommeil,**  
**population de 18 ans et plus, Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012**



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

La question des impacts possibles d'une durée de sommeil réduite est importante : plusieurs recherches suggèrent que la proportion de travailleurs qui dorment six heures ou moins par nuit tend à augmenter depuis une trentaine d'années en Amérique du Nord (National Sleep Foundation, 2013). De plus, le lien entre une durée de sommeil réduite et un risque accru de mortalité et certains problèmes de santé est biologiquement plausible. Plusieurs mécanismes physiologiques sont susceptibles de l'expliquer. De nombreuses études de laboratoire confirment d'ailleurs le rôle de certains de ces mécanismes (Grandner et coll., 2010).

Par contre, la relation entre une longue durée de sommeil et la mortalité est possiblement attribuable à des facteurs confondants. En particulier, les symptômes dépressifs, un statut socioéconomique inférieur, le chômage, l'inactivité physique, un mauvais état de santé ainsi que la fatigue engendrée par un cancer ont tous été démontrés, associés à une longue durée de sommeil (Cappuccio et coll., 2006).

### **Variations selon le sexe et l'âge**

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à dormir sept heures ou sept heures et demie par nuit (30 % contre 25 %). Inversement, plus de femmes (12 %) que d'hommes (8 %) cumulent neuf heures et plus de sommeil chaque nuit. Ce sont les deux seules différences significatives notées entre hommes et femmes en ce qui a trait au nombre habituel d'heures de sommeil.

En ce qui a trait à l'âge, deux constats peuvent être faits. D'une part, chez chacun des quatre groupes d'âges de moins de 75 ans, le profil demeure à peu de choses près le même que celui présenté à la figure 1. La seule exception est que 13 % des individus de 65-74 ans sont de gros dormeurs (neuf heures et plus), ce qui est significativement plus élevé que chez le groupe des 35-44 ans (6,9 %) et celui des 45-64 ans (7,2 %). D'autre part, les personnes âgées de 75 ans et plus présentent un profil différent des autres groupes. Elles sont moins nombreuses (49 %) à cumuler entre sept heures et huit heures et demie de sommeil, et, en contrepartie, plus nombreuses à dormir moins de six heures (16 %) ou neuf heures ou plus (17 %).



## L'INSOMNIE

Les problèmes de sommeil, et en particulier l'insomnie, constituent une problématique souvent négligée. Pourtant, ses impacts sont importants. De plus en plus d'études associent les problèmes de sommeil et les risques de développer un diabète ou de l'hypertension artérielle. Le lien avec l'obésité est aussi objet de débats dans le milieu de la recherche (Horne, 2011; Chaput, 2011). En ce qui a trait à la santé mentale, l'insomnie, chez des personnes non déprimées, est reconnue comme un facteur de risque de dépression ultérieure. De plus, elle accroît les risques de récurrence chez les individus déprimés.

En contrepartie, on sait que plusieurs problèmes de santé physique ou mentale peuvent affecter la qualité et la quantité de sommeil. C'est le cas notamment des problèmes chroniques de nature ostéo-articulaire et respiratoire, mais aussi de l'anxiété et de la dépression.

### Définition et mesure

L'insomnie se caractérise par une inhabileté à initier ou à maintenir le sommeil. Elle peut aussi prendre la forme de réveil matinal trop hâtif où la personne se réveille plus tôt que prévu et n'arrive pas à se rendormir (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

Un ensemble de questions, suggéré par le Centre d'études sur les troubles du sommeil de l'Université Laval, a été utilisé afin de déterminer la proportion de la population présentant des problèmes d'insomnie. Ces questions concernaient, d'une part, le degré de satisfaction par rapport au sommeil, les difficultés à initier le sommeil ou à le maintenir ainsi que les impacts du sommeil sur le fonctionnement diurne et, d'autre part, la prise de médicaments prescrits pour dormir. La période à laquelle ces questions référaient était le dernier mois précédant l'enquête.

Selon l'algorithme suggéré par le Centre d'études sur les troubles du sommeil, une personne est considérée comme ayant des problèmes d'insomnie si, au cours du mois précédant l'enquête, sa situation correspond à une des deux suivantes :

- elle a été insatisfaite ou très insatisfaite de son sommeil ET a eu de la difficulté à s'endormir ou a eu des éveils fréquents ou prématurés trois fois ou plus par semaine ET a été préoccupée par son sommeil ou a considéré que ses difficultés de sommeil nuisent à son énergie (1<sup>er</sup> critère);

OU

- elle a pris des médicaments prescrits pour dormir, trois fois par semaine ou plus (2<sup>e</sup> critère).

Les questions relatives au 1<sup>er</sup> critère font partie de l'indice de sévérité de l'insomnie développé par Charles Morin, directeur du Centre d'études sur les troubles du sommeil. La fiabilité et la validité de cet indice, dont le contenu correspond en partie aux critères du DSM-IV pour l'insomnie, ont été démontrées (Smith et Wegener, 2003).

### Prévalence de l'insomnie

Selon la définition présentée précédemment, 14 % des adultes du Saguenay–Lac-Saint-Jean sont confrontés à des problèmes d'insomnie, ce qui représente concrètement environ 29 600 individus. De façon plus détaillée, 5 % des adultes correspondent seulement au 1<sup>er</sup> critère décrit précédemment, 7 % des individus correspondent seulement au 2<sup>e</sup> critère et 2 % des adultes correspondent à la fois aux critères 1 et 2.

La proportion d'adultes aux prises avec des problèmes d'insomnie mesurée dans l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2012* (14 %) correspond à peu près à la prévalence mesurée dans une enquête canadienne réalisée en 2007. Lors de cette enquête, 13,4 % des adultes interrogés répondaient à tous les critères d'un syndrome d'insomnie (Morin et coll., 2011).



## Variations selon le sexe et l'âge

Les problèmes d'insomnie sont significativement plus fréquents chez les femmes (17 %) que chez les hommes (10 %). Un tel écart est cohérent avec les résultats d'une méta-analyse portant sur 29 recherches, réalisées en Europe, en Amérique du Nord et en Asie, qui démontrent clairement un risque accru d'insomnie chez les femmes (Zhang et Wing, 2006).

Les causes de cette disparité sont multiples. Il y a d'une part l'effet des fluctuations hormonales, à différentes périodes de la vie, sur le sommeil, même si ces effets sont souvent temporaires. En raison de ces fluctuations hormonales, les femmes rapportent davantage de perturbations du sommeil à des phases particulières du cycle menstruel, pendant la grossesse et la période post-partum ainsi qu'à la ménopause (Driver, 2012).

Outre ces facteurs hormonaux, les taux plus élevés d'anxiété et de dépression observés chez les femmes contribuent vraisemblablement à ce qu'elles soient plus fréquemment confrontées à des problèmes d'insomnie (Driver, 2012). De plus, la présence de jeunes enfants à la maison peut perturber le sommeil et coïncider avec le début des problèmes de sommeil chez plusieurs femmes. Enfin, les femmes pourraient être plus enclines à être préoccupées par le travail et les obligations familiales et à voir leur sommeil perturbé pour ces raisons (Driver, 2012).

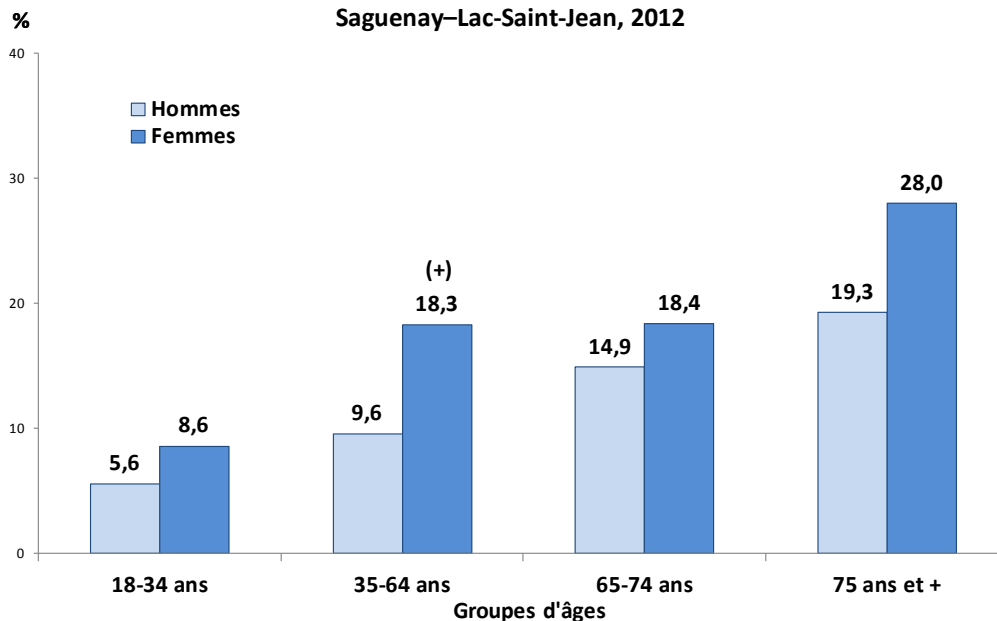
Par ailleurs, la fréquence des problèmes d'insomnie varie aussi selon l'âge. Deux groupes d'âges se distinguent. Les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans sont les moins confrontés à ce type de problème, avec une prévalence de 7 %, ce qui est significativement moins élevé que chez tous les autres groupes d'âges. À l'opposé, le quart des personnes âgées de 75 ans et plus vivent ce genre de problème, une prévalence significativement plus élevée que dans tous les autres groupes d'âges à l'exception des 65-74 ans.

Avec l'âge, les habitudes de sommeil peuvent changer. Les personnes âgées ont tendance à se réveiller plus souvent pendant la nuit, à se lever plus tôt et à se sentir moins reposées au réveil. De plus, lorsqu'on vieillit, la probabilité d'être confronté à des problèmes de santé ou d'avoir à prendre des médicaments qui accroissent les risques d'insomnie est plus élevée.

Néanmoins, il ne faudrait pas croire que l'insomnie est uniquement un problème de personnes âgées. À preuve, les données de l'enquête indiquent que près de la moitié des adultes qui souffrent d'insomnie ont moins de 55 ans. De plus, les problèmes de sommeil ne sont pas inévitables chez les personnes âgées. D'ailleurs, la majorité des personnes âgées de 65 ans et plus n'ont pas de problème d'insomnie. Et de nombreuses études n'ont trouvé aucune hausse de l'insomnie chez les personnes âgées en bonne santé.

La prévalence plus élevée de l'insomnie chez les femmes, mentionnée précédemment, s'observe chez tous les groupes d'âges (figure 2). Dans l'échantillon de *l'Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2012*, l'écart n'est statistiquement significatif que pour le groupe des 35-64 ans. Dans ce groupe, 18 % des femmes sont confrontées à l'insomnie, comparativement à 10 % des hommes. La plus faible taille d'échantillon pour les autres groupes d'âges, et particulièrement dans le cas des 75 ans et plus, peut expliquer que bien qu'il y ait une différence, celle-ci ne soit pas statistiquement significative.

**Figure 2**  
**Prévalence de l'insomnie selon le sexe et l'âge,**  
**Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012**



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2012*.  
 (+) Indique une différence statistiquement significative entre hommes et femmes ( $p < ,05$ ).

Ces écarts sont cohérents avec les conclusions d'une méta-analyse incluant 14 études où les différences selon le sexe et l'âge avaient été présentées. Les auteurs concluent à un risque d'insomnie plus élevé chez les femmes aux différents âges. Toutefois, l'écart entre hommes et femmes est moins élevé chez les jeunes adultes et s'accroît progressivement avec l'âge, le risque relatif passant de 1,28 chez les 15-30 ans à 1,73 dans le groupe des 65 ans et plus (Zhang et Wing, 2006).

#### **Variations selon les modalités de vie et la défavorisation**

Les données de l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012* permettent de constater que la prévalence des problèmes d'insomnie est plus élevée chez certains sous-groupes de la population.

La proportion de personnes confrontées à des problèmes d'insomnie est significativement plus élevée chez celles qui sont divorcées ou veuves (21 %) que chez les individus célibataires ou vivant en couple (12 %). Il est possible que l'âge explique en partie cette relation. Par ailleurs, la prévalence de l'insomnie est équivalente chez les personnes faisant partie d'un couple, que ce dernier soit sans enfant (12 %) ou avec enfants (11 %).

La prévalence de l'insomnie est significativement plus élevée parmi les individus économiquement défavorisés, que cette défavorisation soit définie en fonction des quintiles de revenu, du seuil de faible revenu ou de la perception qu'a l'individu de sa situation économique. La prévalence de l'insomnie dans ces groupes varie de 22 % à 24 % selon la façon dont est définie la défavorisation, alors qu'elle est de 13 % ou moins chez les autres groupes de revenu ou défavorisation.

#### **Insomnie et état de santé mentale**

Les relations entre les problèmes de sommeil et la santé mentale sont complexes et bidirectionnelles. Certaines émotions peuvent compromettre la qualité du sommeil et inversement, les problèmes de sommeil peuvent affecter négativement le bien-être émotionnel (Kahn et coll., 2013 : 218).

La relation entre la dépression et le sommeil en est un bon exemple, les problèmes de sommeil et la dépression ayant été démontrés prédicteurs l'un de l'autre (Kahn et coll., 2013 : 224). D'une part, les

problèmes psychologiques peuvent rendre le sommeil plus difficile et des conditions psychiatriques telle la dépression peuvent causer l'insomnie. Le risque d'insomnie sévère est d'ailleurs nettement plus élevé chez les personnes présentant des désordres dépressifs majeurs (National Sleep Foundation, 2013). D'autre part, le sommeil des individus dépressifs est perturbé à maints égards : périodes d'éveil plus longues et plus fréquentes, temps requis pour s'endormir plus long, temps total de sommeil réduit (Nutt et coll., 2008 : 331).

Inversement, l'insomnie peut amener des changements au niveau de l'humeur. Une méta-analyse de 21 études longitudinales conclut que, chez des personnes non déprimées, le risque de développer une dépression est deux fois plus élevé si elles souffrent d'insomnie (Baglioni et coll., 2011). Des études démontrent de plus que l'insomnie peut aussi accroître la dépression (National Sleep Foundation, 2013). Enfin, des études longitudinales ont clairement identifié l'insomnie comme facteur de risque d'une rechute ou une récurrence dépressive chez les adultes. Des études ont aussi permis d'observer que l'insomnie associée à la dépression influe sur son pronostic, avec augmentation de la sévérité et de la durée des épisodes ainsi que du taux de récurrences (Franzen et Buysse, 2008).

Par ailleurs, le stress est considéré comme le principal facteur étiologique de l'insomnie, selon la classification diagnostique des désordres du sommeil (ICSD-2) (American Academy of Sleep Medicine, 2005). Dans plusieurs études, le niveau de stress quotidien a de fait été associé à des problèmes de sommeil incluant notamment une durée et une qualité réduite de sommeil. De plus, on a observé que des événements familiaux difficiles ainsi qu'un stress associé aux études académiques étaient des prédicteurs des symptômes d'insomnie (Kahn et coll., 2013 : 222). Dans un même ordre d'idées, les symptômes d'anxiété ont été identifiés comme un facteur de risque majeur de l'insomnie (Leblanc et coll., 2009).

L'effet du stress sur le sommeil serait modulé en fonction des diverses stratégies que l'individu utilise pour y faire face. Une recherche récente a démontré que certaines stratégies (stratégie d'évitement, consommation d'alcool et drogues, distractions) accroissent le risque de développer de l'insomnie (Pillai et coll., 2014).

Plusieurs résultats de l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2012* corroborent ces liens entre santé mentale et insomnie. D'une part, le tiers (33 %) des personnes qui se situent dans la catégorie élevée de l'échelle de détresse psychologique sont confrontées à des problèmes d'insomnie. D'autre part, l'insomnie est aussi reliée à la façon dont l'individu perçoit son état de santé mentale. Une faible proportion des adultes (3 %) ont une perception négative de leur état de santé mentale. Cependant, parmi ceux-ci, un sur deux (47 %) est confronté à des problèmes d'insomnie. Même chez le groupe de personnes qui estiment leur santé mentale bonne, plutôt que très bonne ou excellente, l'insomnie est plus fréquente et touche une personne sur quatre (24 %).

Enfin, le niveau de stress est aussi relié à l'insomnie. Chez les personnes dont le niveau de stress quotidien est élevé, soit celles percevant la plupart de leurs journées comme très ou extrêmement stressantes, une sur cinq (20 %) souffre d'insomnie.

### **Insomnie et état de santé physique**

Plusieurs conditions médicales peuvent amener des problèmes d'insomnie. C'est le cas notamment de l'arthrite et de l'arthrose, de l'asthme, des douleurs musculosquelettiques, de la fibromyalgie et de la migraine (Sivertsen et coll., 2009). Certains médicaments, tels ceux utilisés pour traiter rhumes et allergies, hypertension, maladie cardiaque, asthme, dépression et problèmes de la thyroïde peuvent aussi causer de l'insomnie (National Sleep Foundation, 2013).

Les données de l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2012* corroborent ces liens entre état de santé physique et insomnie. En premier lieu, on constate un gradient entre la perception de son état de santé et l'insomnie. La prévalence de celle-ci passe de 7 % chez les individus qui considèrent leur état de santé excellent ou très bon à 18 % chez ceux qui le jugent bon et atteint un sommet de 35 % chez les individus qui ont une perception négative de leur état de santé, qualifiant celui-ci de moyen ou mauvais.

Le même type de gradient s'observe pour le cumul de maladies chroniques. La prévalence de l'insomnie s'accroît progressivement, passant de 9 % chez les personnes qui n'ont aucune maladie chronique à 19 % chez celles qui en déclarent une ou deux, pour atteindre 35 % chez les personnes qui cumulent trois maladies chroniques ou plus. Les maladies chroniques dont il est question ici sont celles incluses dans l'*Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2012*, soit : asthme, arthrite, arthrose et rhumatisme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), diabète et maladie cardiaque.

En ce qui a trait spécifiquement à ces maladies, on constate que l'insomnie est plus fréquente chez les personnes aux prises avec une MPOC (28 %), confrontées à des problèmes d'arthrite, d'arthrose et de rhumatisme (24 %), ou qui souffrent de maladie cardiaque (21 %) ou d'asthme (20 %). Pour le diabète par contre, l'écart n'est pas significatif. Finalement, les personnes souvent limitées dans au moins une activité sont nettement plus nombreuses (35 %) à vivre de l'insomnie que celles qui ne sont que parfois limitées (19 %) ou celles qui ne le sont pas du tout (8 %).

### **Analyse de régression logistique**

À la lumière des analyses bivariées présentées précédemment, on constate que la prévalence de l'insomnie varie en fonction de plusieurs facteurs qui eux, varient le plus souvent en fonction de l'âge. L'âge peut donc avoir ici un effet confondant. Pour tenter d'y voir plus clair et d'identifier les variables les plus fortement associées à l'insomnie, des analyses de régression logistique ont été réalisées en incluant comme variables indépendantes toutes celles présentées auparavant, qui étaient associées à l'insomnie dans les analyses bivariées, et l'âge.

Dans une analyse de régression logistique, le risque (dans ce cas-ci, d'insomnie) est calculé pour chacune des catégories des variables indépendantes retenues dans le modèle final. Pour chaque variable indépendante (ex. : le sexe), une catégorie de référence est définie (dans ce cas-ci, hommes). Le niveau de risque, exprimé sous forme de rapport de cotes (RC), est calculé pour chacune des autres catégories de la variable (femmes, dans ce cas-ci) par rapport au niveau de risque de la catégorie de référence (dont la valeur est de 1,00). Le calcul du niveau de risque tient compte de l'effet des autres variables incluses dans le modèle.

Parmi les variables associées à l'insomnie dans les analyses bivariées, seules celles présentées au tableau 1 sont associées de façon significative au risque d'insomnie, lorsqu'on tient compte de l'effet des autres variables incluses dans le modèle.

Ainsi, même en tenant compte de l'effet de ces autres variables, la probabilité d'être confronté à des problèmes d'insomnie est significativement plus élevée chez les femmes (RC = 1,50) que chez les hommes (RC = 1,00). Autrement dit, les femmes ont une probabilité une fois et demie plus élevée que les hommes de présenter des problèmes d'insomnie.

La probabilité d'être confronté à des problèmes d'insomnie croît avec l'âge. Par rapport aux individus de 18-34 ans, ceux âgés de 35 à 74 ans ont une probabilité deux fois plus élevée de vivre de l'insomnie. Pour ceux âgés de 75 ans et plus, la probabilité est trois fois plus élevée (RC = 2,89).

Par ailleurs, toujours en tenant compte de l'effet des autres variables incluses dans le modèle, le risque d'insomnie demeure significativement plus élevé chez les personnes dont l'état de santé mentale est perturbé. La relation entre les problèmes de sommeil et la santé mentale étant bidirectionnelle, on ne peut toutefois savoir lequel des deux problèmes a précédé et amené l'autre.

Cela dit, on constate que, par rapport à celles qui jugent leur état de santé mentale excellent ou très bon, la probabilité d'insomnie est plus élevée chez les personnes qui perçoivent leur état de santé mentale comme étant bon ou moyen (RC = 1,63) et encore plus élevée chez celles qui le considèrent mauvais (RC = 3,34).



La détresse psychologique est aussi associée au risque d'insomnie. Les personnes qui se situent dans le quintile supérieur de l'échelle de détresse psychologique ont une probabilité trois fois plus élevée de présenter des problèmes d'insomnie (RC = 2,99) que celles classées dans les catégories faible et modérée de l'échelle.

Enfin, un niveau élevé de stress quotidien est aussi associé à une probabilité plus élevée d'insomnie. Les individus qui perçoivent la plupart de leurs journées comme étant plutôt ou extrêmement stressantes ont un risque accru d'insomnie (RC = 1,57) par rapport à ceux qui les jugent peu ou pas du tout stressantes.

Par ailleurs, le risque d'insomnie est aussi significativement plus élevé chez les personnes dont l'état de santé physique est dégradé. Ainsi, le risque d'insomnie est plus élevé chez les personnes qui jugent leur état de santé moyen ou mauvais (RC = 2,56) ou seulement bon (RC = 1,68) comparativement à celles qui le considèrent très bon ou excellent. Parmi les maladies chroniques présentées auparavant, seuls les problèmes d'arthrose, d'arthrite et de rhumatisme (RC = 1,55) et l'asthme (RC = 1,35) demeurent significativement associés au risque d'insomnie lorsque l'on prend en compte l'effet des autres variables. La douleur due à des maladies musculo-squelettiques ou articulaires a d'ailleurs été identifiée dans une vaste étude européenne comme le trouble organique le plus fréquemment associé à l'insomnie (Ohayon et Reynolds, 2009).

Enfin, une seule variable socioéconomique demeure associée au risque d'insomnie. Les individus qui perçoivent leur situation économique comme étant moins bonne que la moyenne ont un risque accru d'insomnie (RC = 1,36) par rapport à ceux qui la considèrent comme étant dans la moyenne ou meilleure que la moyenne.

Le modèle multivarié décrit dans les paragraphes précédents présente une bonne discrimination, tel qu'évalué par l'aire sous la courbe ROC (« receiving operating curve ») estimée à 0,78 (0,76-0,81) ( $p < 0,001$ ). Autrement dit, la capacité du modèle à distinguer les gens avec et sans insomnie est jugée acceptable (Hosmer and Lemeshow, 2000).



**Tableau 1**  
**Prévalence de l'insomnie (%) et rapports de cotes selon le sexe, l'âge et diverses**  
**caractéristiques de l'état de santé, population de 18 ans et plus,**  
**Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2012**

	Nombre <sup>1</sup> de répondants	Prévalence d'insomnie %	Rapports de cotes (RC)		Signif. stat. <sup>2</sup>
			Valeur du RC	Intervalles de confiance à 95 %	
<b>Sexe</b>					
Hommes	2 011	9,9	1,00 (réf.)		
Femmes	2 015	17,1	1,50	(1,21 - 1,87)	p < ,001
<b>Groupe d'âges</b>					
18-34 ans	995	7,0	1,00 (réf.)		
35-74 ans	2 668	14,4	2,14	(1,58 - 2,90)	p < ,001
75 ans et plus	362	24,6	2,89	(1,86 - 4,48)	p < ,001
<b>Santé mentale perçue</b>					
Excellente ou très bonne	3 162	9,3	1,00 (réf.)		
Bonne ou moyenne	682	24,2	1,63	(1,27 - 2,10)	p < ,001
Mauvaise	169	47,3	3,34	(2,23 - 4,99)	p < ,001
<b>Détresse psychologique</b>					
Faible ou modérée (4 quintiles inf.)	3 137	8,1	1,00 (réf.)		
Élevée (quintile supérieur)	778	33,2	2,99	(2,37 - 3,77)	p < ,001
<b>Niveau de stress quotidien</b>					
Peu élevé	3 013	11,3	1,00 (réf.)		
Élevé	980	20,0	1,57	(1,24 - 2,00)	p < ,001
<b>État de santé perçu</b>					
Excellent ou très bon	2 451	7,3	1,00 (réf.)		
Bon	1 036	17,6	1,68	(1,31 - 2,17)	p < ,001
Moyen ou mauvais	525	34,8	2,56	(1,91 - 3,44)	p < ,001
<b>Arthrite, arthrose et rhumatisme</b>					
Non	3 108	10,4	1,00 (réf.)		
Oui	894	24,4	1,55	(1,22 - 1,97)	p < ,001
<b>Asthme</b>					
Non	3 562	12,6	1,00 (réf.)		
Oui	451	19,7	1,35	(1,10 - 1,82)	p < ,05
<b>Situation économique perçue</b>					
Meilleure que la moyenne ou moyenne	3 483	12,0	1,00 (réf.)		
Moins bonne que la moyenne	465	24,1	1,36	(1,03 - 1,80)	p < ,05

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*.

1. Nombre de répondants à l'enquête pour chaque catégorie de la variable indépendante.

2. Si p < 05, la valeur du rapport de cotes est significativement différente de celle de la catégorie de référence, soit 1,00.



## LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS POUR DORMIR

Les médicaments prescrits pour dormir peuvent contrer en partie les problèmes de sommeil, mais ils présentent certains inconvénients. Les plus couramment prescrits pour l'insomnie au Canada sont efficaces à court terme pour réduire le délai d'endormissement et augmenter la durée totale de sommeil. Cependant, la plupart d'entre eux réduisent le sommeil profond (stades 3 à 4) et augmentent l'activité rapide des ondes cérébrales en fin de nuit. Donc, bien que la durée du sommeil soit allongée, sa qualité est habituellement diminuée (Bélanger, Vallières et Morin, 2006).

De plus, la prise régulière de médicaments prescrits pour dormir n'est pas sans danger. En France, la Haute autorité de santé, un organisme majeur de santé publique, a lancé à l'automne 2012 une campagne visant à réduire la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées. Selon cet organisme, les somnifères ne sont indiqués que pour de courtes périodes et ne doivent pas être prescrits sur une longue durée, d'autant plus que leur efficacité diminue avec le temps. De plus, ils induisent des effets indésirables : chutes, risque d'accident lors de la conduite, troubles de la mémoire ou de l'attention, dépendance. Les personnes âgées sont d'autant plus exposées aux risques des somnifères que leur résistance physique est moindre et leur métabolisme plus lent. Par ailleurs, le risque d'interaction avec d'autres traitements est augmenté, les personnes âgées prenant souvent plusieurs médicaments (Haute autorité de santé, 2012).

### L'ampleur du problème

Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, au cours de l'année précédant l'enquête, 15 % de la population de 18 ans et plus avait utilisé des médicaments prescrits par un médecin pour dormir. Au cours du mois précédant l'enquête, 2 % n'en avaient pas utilisé, 4 % en avaient consommé, mais moins de trois fois par semaine, et 9 % des adultes en avaient pris trois fois par semaine ou plus. Ces derniers font partie des individus identifiés lors de l'enquête comme ayant des problèmes d'insomnie.

Afin d'étudier plus en détail la consommation de médicaments prescrits pour dormir, l'indicateur retenu est la prise de ces médicaments de façon régulière, soit trois fois ou plus par semaine au cours du mois qui a précédé l'enquête.

### Variations selon le sexe et l'âge

Premier constat : la prise régulière de médicaments prescrits pour dormir est plus fréquente chez les femmes (11,3 %) que chez les hommes (6,1 %) de la région. Un tel écart a été observé dans plusieurs recherches, écart qui persiste après l'ajustement des données pour l'âge, le statut socioéconomique et la comorbidité (Driver, 2012).

Avec l'âge, on note une nette tendance à la hausse de la consommation régulière de médicaments prescrits pour dormir. La proportion d'utilisateurs réguliers passe ainsi de 2,3 % chez les jeunes adultes de 18-34 ans et augmente progressivement chez tous les groupes d'âges pour atteindre un sommet de 22 % chez les personnes âgées de 75 ans de plus.

### Variations selon les modalités de vie et la défavorisation

La proportion de personnes qui prennent régulièrement des médicaments prescrits pour dormir est significativement plus élevée chez celles qui sont divorcées ou veuves (17 %) que chez les individus célibataires ou vivant en couple (7 %). Il est possible que l'âge explique en partie cette relation.

La prise régulière de médicaments prescrits pour dormir est significativement plus élevée parmi les individus économiquement défavorisés, que cette défavorisation soit définie en fonction des quintiles de revenu, du seuil de faible revenu ou de la perception qu'a l'individu de sa situation économique. De plus, la proportion de consommateurs réguliers diminue de façon linéaire à mesure que s'accroît le revenu du ménage. Le même constat s'applique à la perception qu'a l'individu de sa situation économique : meilleure est la perception, plus faible est la proportion de consommateurs réguliers.



### **Médicaments prescrits pour dormir et état de santé mentale**

La prise régulière de médicaments visant à favoriser le sommeil est aussi reliée à la façon dont l'individu perçoit son état de santé mentale. Une faible proportion des adultes (3 %) ont une perception négative de leur état de santé mentale. Cependant, parmi ceux-ci, un sur trois (34 %) consomme régulièrement des médicaments prescrits pour dormir. Ceci est beaucoup plus élevé que la proportion observée chez le groupe de personnes qui estiment leur santé mentale bonne (18 %) ou celles qui la jugent très bonne ou excellente (5,4 %).

En ce qui a trait à la détresse psychologique, on observe que les personnes qui se situent dans la catégorie élevée de l'échelle de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à prendre régulièrement des médicaments prescrits pour dormir (22 %).

Enfin, même si le niveau de stress est associé à l'insomnie, il semble avoir peu d'impact sur la prise de médicaments prescrits pour dormir. Parmi les personnes dont le niveau de stress quotidien est élevé, soit celles percevant la plupart de leurs journées comme très ou extrêmement stressantes, 11 % ont recours régulièrement aux médicaments prescrits pour dormir, comparativement à 8,0 % des individus dont le niveau de stress est plus faible, une différence non statistiquement significative.

### **Médicaments prescrits pour dormir et état de santé physique**

En ce qui a trait à la santé physique, les données indiquent entre autres que le recours régulier aux médicaments prescrits pour dormir est significativement plus élevé chez les individus qui ont une perception négative de leur état de santé : 24 % d'entre eux en avaient consommé trois fois ou plus par semaine au cours du mois précédant l'enquête comparativement à 12 % de ceux qui perçoivent leur état de santé comme étant moyen et 4,0 % de ceux qui l'estiment très bon ou excellent.

Le même type de gradient est observé en lien avec le cumul de maladies chroniques. La prise régulière de médicaments prescrits pour dormir est nettement plus élevée chez les personnes qui cumulent trois maladies chroniques ou plus (31 %) que chez celles qui en déclarent une ou deux (14 %) ou celles qui n'en déclarent aucune (4,9 %). Les maladies chroniques dont il est question ici sont celles incluses dans l'*Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*, soit : asthme, arthrite, arthrose et rhumatisme, MPOC, diabète et maladie cardiaque.

En ce qui a trait spécifiquement à ces maladies, le recours régulier aux médicaments prescrits pour dormir est plus fréquent chez les des individus aux prises avec une MPOC (24 %) ou confrontés à des problèmes d'arthrite, d'arthrose et de rhumatisme (19 %). La proportion de consommateurs réguliers est aussi plus élevée chez les personnes souffrant de problèmes cardiaques (17 %), de diabète (15 %) et d'asthme (13 %).

Enfin, les personnes souvent limitées dans au moins une activité sont nettement plus nombreuses (25 %) à utiliser régulièrement des médicaments prescrits pour dormir que celles qui ne sont que parfois limitées (12 %) ou celles qui ne le sont pas du tout (4,8 %).

### **Analyse de régression logistique**

Les analyses bivariées présentées précédemment ont démontré que la prise de médicaments prescrits pour dormir varie en fonction de plusieurs facteurs qui eux, varient en fonction de l'âge. L'âge peut donc avoir ici un effet confondant. Pour tenter d'y voir plus clair, des analyses de régression logistique ont été réalisées en incluant comme variables indépendantes toutes celles présentées auparavant.

Les résultats de l'analyse de régression sont présentés au tableau 2. Dans cette analyse, la prise régulière (3 fois par semaine ou plus au cours du dernier mois) de médicaments prescrits pour dormir constitue la variable dépendante. Les variables indépendantes incluses au départ dans le modèle sont toutes celles présentées dans les paragraphes précédents, qui étaient associées à la variable dépendante dans les analyses bivariées.

On constate plusieurs similitudes avec les résultats de l'analyse de régression concernant l'insomnie. Ce qui est logique, puisque la prise régulière de médicaments prescrits pour dormir est un des critères utilisés pour identifier les cas d'insomnie. Le modèle final comporte donc essentiellement les mêmes variables, à l'exception toutefois de deux qui sont exclues du modèle. L'asthme et le niveau de stress ne sont plus associés au risque de prise régulière de médication lorsque l'on tient compte de l'effet des autres variables incluses dans le modèle final.

Selon ce modèle, la probabilité de prendre régulièrement des médicaments prescrits pour dormir est plus élevée si l'on est une femme (RC = 1,48), même en tenant compte de l'effet des autres variables incluses dans le modèle.

Le risque de consommation régulière s'accroît aussi avec l'âge. Comparativement aux individus âgés de 18 à 34 ans, ceux de 35-74 ans ont une probabilité quatre fois plus élevée (RC = 3,88) de consommer régulièrement ce type de médicaments. La probabilité est même sept fois plus élevée pour les personnes âgées de 75 ans et plus.

Comme dans le cas de l'insomnie, l'état de santé mentale est aussi associé au risque de prise régulière de somnifères. Par rapport aux individus qui jugent leur santé mentale comme étant excellente ou très bonne, ceux qui l'estiment bonne ou moyenne ont une probabilité deux fois plus élevée de prendre régulièrement des médicaments prescrits pour dormir (RC = 1,97). La probabilité est quatre fois plus élevée chez ceux qui considèrent leur état de santé mentale comme étant mauvais (RC = 4,31).

Par ailleurs, les personnes qui se situent dans le quintile supérieur de l'échelle de détresse psychologique ont une probabilité trois fois plus élevée de prendre des médicaments prescrits pour dormir (RC = 2,85) par rapport à celles classées dans les quintiles correspondant aux catégories faible et modérée de l'échelle.

Enfin, contrairement à ce qui avait été observé dans le cas de l'insomnie, le niveau de stress quotidien n'est pas associé à la prise de médicaments prescrits pour dormir, lorsque l'on prend en compte l'effet des autres variables.

L'état de santé physique est aussi associé à la prise régulière de médicaments prescrits pour dormir. La probabilité de prendre régulièrement de tels médicaments demeure significativement plus élevée chez les personnes dont l'état de santé physique est dégradé. Ainsi, par rapport à celles qui jugent leur état de santé excellent ou très bon, la probabilité de prise régulière de médicaments prescrits pour dormir est plus élevée chez celles qui perçoivent leur état de santé comme étant bon (RC = 1,72) et celles qui le considèrent moyen ou mauvais (RC = 2,32). Une seule maladie chronique accroît le risque de prise régulière de médicaments lorsque l'on tient compte de l'effet des autres variables incluses dans le modèle : il s'agit des problèmes d'arthrite, d'arthrose et de rhumatisme (RC = 1,72).

Enfin, comme dans le cas de l'insomnie, les individus qui ont une perception négative de leur situation financière sont plus à risque : ceux qui la perçoivent moins bonne que la moyenne ont un risque 1,55 plus élevé de prendre des médicaments prescrits pour dormir que les personnes qui jugent leur situation financière plus positivement.

Le modèle multivarié décrit dans les paragraphes précédents présente une très bonne discrimination, tel qu'évalué par l'aire sous la courbe ROC estimée à 0,82 (0,79-0,84) ( $p < 0,001$ ). En d'autres termes, la capacité du modèle à distinguer les gens consommant régulièrement ou non des médicaments prescrits pour dormir est jugée excellente (Hosmer and Lemeshow, 2000).



**Tableau 2**  
**Prise régulière de médicaments prescrits pour dormir (%) et rapports de cotes selon le sexe, l'âge et diverses caractéristiques de l'état de santé, population de 18 ans et plus, Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2012**

	Nombre <sup>1</sup> de répondants	Prévalence d'insomnie %	Rapports de cotes (RC)		Signif. stat. <sup>2</sup>
			Valeur du RC	Intervalles de confiance à 95 %	
<b>Sexe</b>					
Hommes	2 011	6,1	1,00 (réf.)		
Femmes	2 015	11,3	1,48	(1,14 - 1,93)	p < ,01
<b>Groupe d'âges</b>					
18-34 ans	995	2,3	1,00 (réf.)		
35-74 ans	2 668	9,3	3,88	(2,43 - 6,20)	p < ,001
75 ans et plus	362	22,3	7,21	(4,06 - 12,79)	p < ,001
<b>Santé mentale perçue</b>					
Excellente ou très bonne	3 162	5,4	1,00 (réf.)		
Bonne ou moyenne	682	17,7	1,97	(1,46 - 2,66)	p < ,001
Mauvaise	169	33,7	4,31	(2,76 - 6,73)	p < ,001
<b>Détresse psychologique</b>					
Faible ou modérée (4 quintiles inf.)	3 137	5,0	1,00 (réf.)		
Élevée (quintile supérieur)	778	21,7	2,85	(2,15 - 3,77)	p < ,001
<b>État de santé perçue</b>					
Excellent ou très bon	2 450	4,0	1,00 (réf.)		
Bon	1 036	12,1	1,72	(1,26 - 2,36)	p < ,01
Moyen ou mauvais	525	24,2	2,32	(1,63 - 3,32)	p < ,001
<b>Arthrite, arthrose et rhumatisme</b>					
Non	3 108	5,9	1,00 (réf.)		
Oui	894	18,6	1,72	(1,31 - 2,27)	p < ,001
<b>Situation économique perçue</b>					
Meilleure que la moyenne ou moyenne	3 483	7,6	1,00 (réf.)		
Moins bonne que la moyenne	465	16,3	1,55	(1,13 - 2,15)	p < ,01

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête de santé du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2012*.

1. Nombre de répondants à l'enquête pour chaque catégorie de la variable indépendante.

2. Si  $p < ,05$ , la valeur du rapport de cotes est significativement différente de celle de la catégorie de référence (1,00).

## CONCLUSION

Les troubles de sommeil et notamment l'insomnie sont associés à plusieurs autres problèmes de santé, tant physiques que psychologiques. Et ces relations sont bidirectionnelles, des problèmes de santé mentale ou physique pouvant perturber le sommeil et mener à l'insomnie, celle-ci entraînant à son tour des effets au plan psychologique ou physique. En ce sens, l'insomnie est un très bon indicateur de la présence d'autres problèmes de santé chez l'individu, que ces problèmes aient causé l'insomnie ou qu'ils en soient la conséquence.

À la lumière des données présentées dans ce document, force est de constater qu'une portion non négligeable des adultes de la région sont confrontés à l'insomnie. La moitié d'entre eux ont moins de 55 ans. Et comme l'insomnie vient rarement seule, ces adultes ont souvent à composer avec des problèmes de santé physique ou mentale (Morin, 2012).

Qui plus est, l'insomnie est souvent un problème qui persiste dans le temps. Une étude longitudinale réalisée au Québec a démontré que près de la moitié des individus présentant des problèmes d'insomnie au départ de l'étude y étaient encore confrontés trois ans plus tard (Morin et coll., 2009). Si cette insomnie devient chronique, ces individus ont un risque accru de développer certains problèmes de santé, notamment le diabète et l'hypertension.

L'utilisation des médicaments prescrits pour dormir constitue une tentative de solution aux troubles du sommeil. Les données indiquent qu'environ un adulte sur dix y a recours de façon régulière. Mais cette solution n'est pas sans danger, en particulier pour les personnes plus âgées, où la proportion d'utilisateurs réguliers est encore plus élevée.

On peut comprendre le recours à cette aide pharmaceutique. Le sommeil joue en effet un rôle fondamental au plan métabolique. Il constitue un des facteurs essentiels à une saine hygiène de vie et à une bonne santé physique et émotionnelle. Idéalement, le sommeil doit donc subir le moins de perturbations possible et si cela survient, ces perturbations ne doivent pas s'installer de façon chronique. Sinon, le risque d'impacts négatifs sur la santé, attribuables soit aux troubles de sommeil lui-même ou aux moyens pharmacologiques utilisés pour y remédier, est grandement accru.

Tout cela souligne l'importance qui doit être donnée aux conditions favorisant une bonne qualité de sommeil. À cet égard, les heures précédant l'endormissement jouent un rôle majeur. Or, l'utilisation accrue des technologies de communication (téléphones intelligents, tablettes électroniques, etc.) durant cette période cruciale peut perturber la production de mélatonine pendant la nuit. Plusieurs études récentes y voient un facteur susceptible d'accroître le risque d'impact négatif sur la quantité et la qualité du sommeil. Si cet aspect de la réalité n'a pu être abordé dans *l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012*, il n'en demeure pas moins préoccupant et devrait idéalement être mieux documenté.

En terminant, il convient de rappeler que, contrairement au tabagisme, à l'inactivité physique ou à l'alimentation, les troubles du sommeil n'ont pas reçu toute l'attention qu'ils méritent, tant de la population elle-même que du milieu de la santé (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). De plus, « l'insomnie est souvent non traitée en raison des barrières importantes qui compliquent l'évaluation et la prise en charge de ce trouble » (Morin, 2012). Malgré tout, il demeure essentiel de diffuser l'information pertinente concernant ce problème de santé méconnu, pour mieux en faire connaître l'ampleur et éviter l'isolement des personnes qui y sont confrontées.





## MÉTHODOLOGIE

### L'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012

L'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2012 est une vaste enquête téléphonique réalisée du 1<sup>er</sup> mars au 21 mai 2012. La population visée par l'enquête est composée de l'ensemble des personnes de 18 ans et plus couvertes par le régime d'assurance maladie du Québec qui vivent dans un ménage non institutionnel. Les personnes vivant dans un ménage collectif institutionnel sont donc exclues de l'enquête. Il s'agit par exemple des personnes vivant en CHSLD, en centre de détention ou en centre de réadaptation. Les adultes vivant dans des ménages collectifs non institutionnels, tels que les résidences pour aînés, font toutefois partie de la population visée. Enfin, les résidents de la communauté autochtone de Mash-teuiatsh ont été exclus de l'enquête, les services de santé dans cette communauté relevant du gouvernement fédéral.

L'enquête a été réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) à partir d'un questionnaire développé par l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Le questionnaire couvrait diverses thématiques relatives à la santé de la population. Chaque entrevue a duré en moyenne 19 minutes.

L'échantillon de l'enquête a été constitué à partir du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). L'échantillon a été conçu afin d'assurer la représentativité au niveau régional et local. Au total, 4 029 personnes ont répondu à l'enquête, soit en moyenne 670 personnes par territoire de réseaux locaux de services (RLS), ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 65 %.

Les données sont représentatives de la population de 18 ans et plus du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de chacun des six RLS. Les estimations qui en sont dérivées ont une très bonne précision, avec un coefficient de variation d'au plus 15 %, pour une proportion supérieure ou égale à 7 % à l'échelle des RLS et à 1,5 % pour l'ensemble de la région.

### L'estimation des problèmes d'insomnie

Les questions qui suivent, suggérées par le Centre d'étude sur les troubles du sommeil de l'Université Laval, ont été utilisées pour estimer la prévalence des problèmes d'insomnie :

- « Toujours en vous référant aux quatre dernières semaines, quel est votre degré de satisfaction générale concernant votre sommeil? Diriez-vous que vous êtes.. ».

(Choix de réponse : très satisfait, satisfait, plutôt neutre, insatisfait, très insatisfait).

- « Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois par semaine ou pour l'ensemble du mois avez-vous pris plus de 30 minutes pour vous endormir? (avoir eu des difficultés à vous endormir) ».
- « Combien de fois par semaine ou pour l'ensemble du mois avez-vous eu des éveils fréquents ou prolongés la nuit ou des éveils trop tôt le matin? (avoir eu des difficultés à rester endormi la nuit) ».
- « À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil nuisent à votre énergie, à votre humeur, à votre fonctionnement ou à vos activités quotidiennes? ».

(Choix de réponse : aucunement, légèrement, moyennement, beaucoup, extrêmement).

- « À quel point êtes-vous préoccupé ou inquiet par rapport à vos difficultés de sommeil? ».

(Choix de réponse : aucunement, légèrement, moyennement, beaucoup, extrêmement).

- « Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois par semaine ou pour l'ensemble du mois avez-vous utilisé des médicaments prescrits pour dormir? ».



Ces questions font partie de l'indice de sévérité de l'insomnie, un indice utilisé dans d'autres enquêtes et dont la fiabilité et la validité ont été démontrées (Smith et Wegener, 2003).

Selon cet indice, une personne est considérée comme ayant des problèmes d'insomnie si, au cours du mois précédant l'enquête, sa situation correspond à une des deux suivantes :

- elle a été insatisfaite ou très insatisfaite de son sommeil ET a eu de la difficulté à s'endormir ou a eu des éveils fréquents ou prématurés trois fois ou plus par semaine ET a été préoccupée par son sommeil ou a considéré que ses difficultés de sommeil nuisent à son énergie (1<sup>er</sup> critère);

OU

- elle a pris des médicaments prescrits pour dormir, trois fois par semaine ou plus (2<sup>e</sup> critère).



## BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE (2005). *The International Classification of Sleep Disorders, Diagnosis and Coding Manual, Second Edition (ICSD- 2)*, Westchester, Illinois, 2005.

BAGLIONI, C., G. BATTAGLIESE, B. FEIGE et coll. (2011). « Insomnia as a Predictor of Depression : a Meta-analytic Evaluation of Longitudinal Epidemiological Studies », *Journal of Affective Disorders*, 2011, vol. 135, n° 1-3, p. 10-19.

BÉLANGER, L., A. VALLIÈRES et C. MORIN (2006). « Insomnie et utilisation accrue de somnifères chez les aînés : Problématique et alternative de traitement », *Le Médecin de famille canadien*, vol. 52 : août, p. 968-973.

CAPPUCCIO, F.P. et coll. (2006). « *Sleep Duration and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies* », *Sleep*, Vol. 33, N° 5, 2010, p. 585-592.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2013). « Raising Awareness of Sleep as a Healthy Behavior », *Preventing Chronic Disease*, vol. 10, Août 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2012). « Sleep and Sleep Disorders ; Key Sleep Disorders », [http://www.cdc.gov/sleep/about\\_sleep/key\\_disorders.htm](http://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/key_disorders.htm), consulté le 21 juin 2012.

CHAPUT, J.-P. (2011). Editorial Comment : « Short Sleep Duration as a Cause of Obesity : Myth or Reality? », *Obesity reviews*, édition en ligne, 2011, n° 12, p. e-2-e3 (doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00848.x).

COLTEN, H.R. et B.M. ALTEVOGT (2006). *Sleep Disorders and Sleep Deprivation : an Unmet Public Health Problem*, Institute of Medicine (US), Committee on Sleep Medicine and Research, Washington, D.C., The National Academy Press, 2006.

DRIVER, H.S. (2012). « Sleepless Women : Insomnia from the Female Perspective », *Insomnia Rounds*, vol.1, n°. 6, Canadian Sleep Society, 2012.

FRANZEN, P.L. et D. J. BUYSSE (2008). « Sleep Disturbances and Depression : Risk Relationship for Subsequent Depression and Therapeutic Implications », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 10, n° 4, p. 473-481.

GALLICCHIO, I. et B. KALESAN (2009). « Sleep Duration and Mortality : A Systematic Review and Meta-Analysis », *Journal of Sleep Research*, vol. 18, n° 2, 2009, p. 148-158.

GILMOUR, H. et coll. (2013). « Trajectoires longitudinales de la durée de sommeil dans la population générale », *Rapports sur la santé*, vol. 24, n° 11, p. 15-23, Statistique Canada, novembre 2013.

GRANDNER, M.A. et coll. (2010). « Mortality Associated with Short Sleep Duration : The Evidence, the Possible Mechanisms, and the Future », *Sleep Medicine Review*, Juin 2010, vol.14, n° 3, p. 191-203.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2012). « Troubles du sommeil : stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées (dossier de presse) », 25 septembre 2012, [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1299994/fr/troubles-du-sommeil-stop-a-la-prescription-systematique-de-somniferes-chez-les-personnes-agees?xtmc=&xtcr=11](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1299994/fr/troubles-du-sommeil-stop-a-la-prescription-systematique-de-somniferes-chez-les-personnes-agees?xtmc=&xtcr=11), consulté mars 2013.



HORNE, J. (2011). « Obesity and Short Sleep: Unlikely Bedfellows? », *Obesity Reviews*, édition en ligne, n° 12, p. e-84-e94 (doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00847.x).

HOSMER, D.W. et S. LEMESHOW (2000). *Applied Logistic Regression*, 2<sup>e</sup> édition, New York, John Wiley and Sons Inc.

KAHN, N., G., SHEPPES et A. SADEH (2013). « Sleep and Emotions : Bidirectional Links and Underlying Mechanisms », *International Journal of Psychophysiology*, vol. 89, 2013, p. 218-228.

LEBLANC, M. et coll. (2009). « Incidence and Risk Factors of Insomnia in a Population-Based Sample », *Sleep*, vol.32, n° 8, p. 1027-1037.

MORIN, C. (2012). « L'insomnie : prévalence, fardeau et conséquences », *Insomnie, Conférences scientifiques*, Société canadienne du sommeil, Vol. 1, n° 1, 2012.

MORIN, C. et coll. (2011). « Prevalence of Insomnia and its Treatment in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, 2011, vol. 56, n°9, p. 540-548.

MORIN, C. et coll. (2009). « The Natural History of Insomnia : a Population-Based 3-Year Longitudinal Study », *Archives of Internal Medicine*, vol. 169, n° 5, 2009, p. 447-453.

NATIONAL SLEEP FOUNDATION (2013). « How much Sleep do Adults Need », <http://www.sleepfoundation.org/article/white-papers/howmuch-sleep-do-adults-need>, consulté le 6 mai.

2013.NUTT, D., S. WILSON et L. PATERSON (2008). « Sleep Disorders as Core Symptoms of Depression », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 10, n° 3, p. 329-336.

OHAYON, M.M. et C.F. REYNOLDS (2009). « Epidemiological and Clinical Relevance of Insomnia Diagnosis Algorithms According to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD) », *Sleep Medicine*, 2009, vol. 10, n° 9, p. 952-960.

PILLAI, V. et coll. (2014). « Moderators and Mediators of the Relationship between Stress and Insomnia : Stressor Chronicity, Cognitive Intrusion and Coping », *Sleep*, vol. 37, n° 7, p. 1199-1208.

SIVERTSEN, B. et coll. (2009). « The Epidemiology of Insomnia : Associations with Physical and Mental Health. The HUNT-2 Study », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 67 (2009), p. 109-116.

SMITH, M.T. et S.T. WEGENER (2003). « Measures of Sleep : The Insomnia Severity Index, Medical Outcomes Study (MOS) Sleep Scale, Pittsburgh Sleep Diary (PSD), and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) », *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, vol. 49, n° 5S, 15, p. S184-S196, DOI 10.1002/art.11409.

ZHANG, B., Y.-K. WING (2006). « Sex Differences in Insomnia : a Meta-Analysis », *Sleep*, vol. 29, n° 1, 2006.