BEH Bulletin épidémiologique hebdomadaire

InVS INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

20 novembre 2012 / n° 44-45

Numéro thématique – Épidémiologie des troubles du sommeil en France

Special issue – Epidemiology of sleep disorders in France

p.495 **Éditorial** / *Editorial*

p.496 **Sommaire détaillé** / *Table of contents*

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Claire Gourier-Fréry, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, et pour le comité de rédaction : Claire Fuhrman et Nathalie Jourdan-Da Silva, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Éditorial / *Editorial*

Maurice M. Ohayon
Director of the Stanford Sleep Epidemiology Research Centre (SSERC), School of Medicine, Stanford University, USA

L'épidémiologie des troubles du sommeil est un champ d'investigation relativement jeune, par rapport aux autres disciplines de la médecine. L'une des premières études modernes est attribuée à E. Bixler en 1979 [1] : l'échantillon était petit, 1006 participants, comparativement à certaines études réalisées de nos jours, mais il s'agissait d'une étude d'envergure à l'époque. C'était aussi la première étude à documenter les principaux symptômes des troubles du sommeil en population générale.

Plus de trente ans après, l'épidémiologie des troubles du sommeil a-t-elle progressé ? Oui, lentement mais sûrement ; en toute humilité, j'ai milité avec ardeur pour l'établissement de critères plus précis d'évaluation des symptômes de l'insomnie en population générale. Encore aujourd'hui, il n'y a pas de consensus sur la manière de définir l'insomnie en population générale. Les chiffres de prévalence de l'insomnie varient donc grandement en fonction de la définition utilisée. J'utilise souvent l'analogie de l'entonnoir pour illustrer comment la manière de définir l'insomnie influence grandement les chiffres de prévalence observés en population générale. Dans la partie large de l'entonnoir, on retrouve des symptômes définis de manière générale, qui peuvent avoir une certaine signification clinique pour certains individus, mais pas pour la majorité. Pour avoir une certaine pertinence, un symptôme se doit aussi d'être défini en termes de fréquence, de durée et de sévérité. Je me réjouis donc à la lecture de l'étude de F. Beck et coll. (p. 497) où un important travail de définition de l'insomnie a été conduit ; elle y est définie en termes de fréquence et de sévérité et, au bout du compte, cela fournit un estimé beaucoup plus près de la réalité du nombre d'individus susceptibles de bénéficier d'un traitement pharmacologique et/ou comportemental.

Fatigue et somnolence excessive sont aussi d'autres problèmes très prévalents en population générale. L'étude de C. Gourier-Fréry et coll. (p. 502) montre bien l'importance du problème de somnolence en population générale, avec près d'une personne sur six affectée. L'insomnie y est très souvent associée. Toutefois, il ne faut pas négliger les autres troubles du sommeil pouvant provoquer la somnolence excessive, comme les syndromes d'apnée du sommeil ou l'insuffisance de sommeil causée par une privation volontaire.

Un autre point essentiel en médecine du sommeil est celui de la norme. Cela peut sembler trivial, mais comment décrire des phénomènes anormaux en l'absence de normes ? Nous tenons tous pour acquis qu'une quantité de sommeil de 8 heures est ce qui est nécessaire à un individu pour être reposé au réveil et fonctionner de manière optimale. D'où vient cette norme ? En réalité, les études polysomnographiques chez l'adulte sain montrent que la norme est plutôt d'environ 7 heures de sommeil [2] ; ceci est aussi retrouvé en population générale française adulte, comme dans d'autres pays. Pour ce qui concerne le sommeil normal des adolescents, l'étude de D. Léger et coll. (p. 515) offre plusieurs données intéressantes. L'une des plus marquantes étant l'influence des nouvelles technologies (ordinateurs et téléphones cellulaires avec connexion Internet) sur la réduction du temps de sommeil : une réduction de 45 minutes sur le temps total de sommeil due à l'utilisation de ces nouvelles technologies est énorme et peut jouer un rôle important dans la réussite scolaire.

Pour conclure, rappelons que la population générale représente un groupe hétérogène en termes de caractéristiques démographiques comme en matière d'état de santé, tant physique que mental. Les symptômes ne peuvent pas être interprétés de la même manière que pour un échantillon clinique. Les objectifs des études en population générale sont de calculer la prévalence et l'incidence de troubles et d'identifier les facteurs de risque ou les déterminants associés à un trouble. Ces résultats aident les professionnels de la santé à prioriser les secteurs d'intervention et donnent les grandes lignes pour établir les actions préventives. Lorsque qu'il s'agit d'études en population générale, il faut toujours garder à l'esprit que l'administration d'un questionnaire systématique sollicite des réponses à divers symptômes qui peuvent (ou non) représenter une signification clinique pour un individu spécifique. L'une des conséquences directes de cette méthodologie est qu'il peut y avoir une inflation de la prévalence des symptômes. Une façon d'atténuer cet effet

est de présenter la prévalence en termes de sévérité des symptômes. Avec des symptômes d'insomnie dont la prévalence moyenne oscille entre 25 et 30% en population générale (la somnolence excessive étant de l'ordre de 21% - voir l'article de D. Léger et coll., p. 518 ; les syndromes d'apnée du sommeil se situant aux environs de 4,9% – voir l'article de C. Fuhrman et coll., p. 510), ces nuances sont importantes pour identifier les groupes prioritaires nécessitant des services de santé et ceux qui devraient être ciblés pour des mesures préventives. Les différentes études présentées dans ce numéro reflètent les nombreuses incertitudes en matière d'épidémiologie, mais aussi l'essence de tout type de recherche : la quête de connaître les besoins de la population générale afin de prévenir, traiter et protéger les personnes à risque.

Références

[1] Bixler EO, Kales A, Soldatos CR, Kales JD, Healey S. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. Am J Psychiatry. 1979;136:1257-62.

[2] Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep. 2004;27:1255-73.

Sommaire détaillé / *Table of contents*

Épidémiologie des troubles du sommeil en France

Epidemiology of sleep disorders in France

p.495 **Éditorial** / ***Editorial***

p.497 **Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France**
Insomnia and total sleep time in France: prevalence and sociodemographic associated factors (15-85 year-olds). INPES Health Barometer 2010, France

p.502 **Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et état de santé associé, déclarés par les plus de 16 ans en France métropolitaine. Données ESPS 2008**
Insomnia, fatigue and sleepiness: prevalence and health related factors self-reported by people aged 16 and above in metropolitan France. ESPS 2008 data

p.510 **Le syndrome d'apnées du sommeil en France : un syndrome fréquent et sous-diagnostiqué**
Obstructive sleep apnea syndrome in France: high prevalence and under diagnosis

p.515 **La chute du temps de sommeil au cours de l'adolescence : résultats de l'enquête HBSC 2010 menée auprès des collégiens**
Total sleep time drop during adolescence: results from the HBSC study conducted among secondary schoolchildren in 2010

p.518 **La somnolence au quotidien en France : facteurs associés et conséquences. Enquête de l'Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV-MGEN 2011)**
Daytime sleepiness in France: associated factors and consequences. Survey from the Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV-MGEN 2011)