

Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale

Près du tiers de la population se plaint d'un trouble du sommeil, et particulièrement d'insomnie, mais seules 20 % de ces personnes sont correctement prises en charge. L'insatisfaction par rapport à la qualité du sommeil (difficulté à le trouver et difficulté à le maintenir) s'aggrave avec l'âge, atteignant la moitié des personnes après 65 ans.

Maurice M. Ohayon

Les troubles du sommeil incluent une large gamme de manifestations. Ils sont traditionnellement divisés en deux grandes catégories : les dyssomnies et les parasomnies. Les dyssomnies se caractérisent par des anomalies au niveau de la quantité ou de la qualité du sommeil ou de ses cycles. Elles sont associées avec des difficultés à trouver ou à maintenir le sommeil ou à une somnolence diurne. Les parasomnies englobent les événements comportementaux ou physiologiques anormaux survenant au cours du sommeil, mais n'impliquent pas les mécanismes de sommeil comme tels.

DYSSOMNIES

L'insomnie et ses troubles

Plus de 50 études épidémiologiques sur l'insomnie ont été menées à travers le monde.¹

Jusqu'à ce jour, il n'y a pas de consensus sur la manière de définir l'insomnie en population générale. En consé-

quence, les chiffres de prévalence de l'insomnie dans la population générale varient grandement en fonction de la définition utilisée. Toutefois, l'approche épidémiologique pour mesurer l'insomnie peut se résumer à deux grandes catégories : 1. l'insatisfaction par rapport à la quantité de sommeil ; 2. l'insatisfaction par rapport à la qualité de sommeil.

L'insatisfaction quant à la quantité de sommeil peut s'exprimer comme une plainte d'un sommeil insuffisant ou une plainte d'excès de sommeil. L'insuffisance de sommeil a une prévalence qui se chiffre entre 20 et 41,7 % de la population générale. L'excès de sommeil est plus rare, avec une prévalence variant entre 2,8 et 9,5 %.

L'insatisfaction par rapport à la qualité de sommeil est définie de plusieurs façons. Elle peut s'exprimer comme une plainte de difficulté à s'endormir, une difficulté à maintenir le sommeil, un éveil avec difficulté de mise en train ou un sommeil non réparateur.

L'évaluation de la difficulté à trouver ou de celle à

* Stanford Sleep Epidemiology Research Center, School of Medicine, Stanford University, Stanford, CA, États-Unis.
Courriel: mohayon@stanford.edu

CE QUI EST NOUVEAU

- La plus grande sensibilisation des chercheurs à évaluer plus précisément les symptômes « troubles du sommeil » ; cela devrait donner des estimations beaucoup plus justes et stables dans la population générale.
- L'évolution de l'insomnie et ses associations avec les maladies organiques et psychiatriques.
- L'évaluation des conséquences de la somnolence diurne, tant au plan de la sécurité routière qu'à celui de la sécurité au travail.

maintenir le sommeil s'est faite selon quatre stratégies consistant à demander aux participants : 1. s'ils avaient ces symptômes ; 2. quelle était leur fréquence par semaine ; 3. quelle était leur sévérité ; 4. quelles étaient leurs conséquences sur le fonctionnement diurne ?

Chacune de ces stratégies a donné des prévalences différentes. Les études s'étant limitées à la simple évaluation de la présence/absence de difficulté à trouver le sommeil ou de celle à le maintenir ont obtenu des prévalences élevées allant de 30 à 48 %.¹

Ces dernières années, la plupart des études épidémiologiques ont mesuré la fréquence hebdomadaire de la difficulté de s'endormir ou de celle de maintenir le sommeil. De manière générale, une fréquence de trois nuits ou plus par semaine déterminait la présence du symptôme. D'autres études ont utilisé une appréciation qualitative de la fréquence telle que « quelquefois », « souvent » ou « toujours » ; souvent ou toujours étant le seuil servant à déterminer la présence de difficultés à s'endormir ou de difficultés à maintenir le sommeil. La prévalence de la difficulté à s'endormir ou de celle à maintenir le sommeil varie entre 16 et 21 % quand cette méthode est utilisée.¹

L'évaluation qualitative de la sévérité de la difficulté à initier ou de celle à maintenir le sommeil (p. ex. être énormément ou très ennuyé par des difficultés à trouver ou à maintenir le sommeil) a donné une prévalence de difficultés à initier ou de difficultés à maintenir le sommeil entre 10 et 28 % de la population générale.¹

Certaines études épidémiologiques, en plus d'évaluer la présence, la fréquence ou la gravité des symptômes d'insomnie, ont aussi porté sur leurs conséquences diurnes (somnolence, irritabilité, humeur anxieuse ou dépressive) ou sur les consultations médicales. La présence combinée de symptômes et de leurs conséquences donne des prévalences nettement inférieures variant entre 8,5 et 13 %.¹

Plusieurs études épidémiologiques ont évalué le niveau de satisfaction du sommeil des participants. La prévalence d'individus se disant insatisfaits de leur sommeil varie de 8 à 18,5 %.¹ D'autres études ont examiné la perception de la qualité du sommeil ou ont demandé si les participants se considéraient comme insomniaques : 10 % et 18,1 %

respectivement des personnes interrogées rapportaient être de pauvres dormeurs ou des insomniaques.¹

L'évaluation des diagnostics d'insomnie dans la population générale est beaucoup plus rare. Les quelques études ayant mesuré les diagnostics d'insomnie rapportent des prévalences variant entre 4,4 et 11,7 %.¹

La chronicité de la plainte d'insomnie dans la population générale est peu documentée.^{1,2} Pourtant, les études s'y étant intéressées ont montré que l'insomnie était surtout chronique, et durait au moins une année dans 85 % des cas.²

Facteurs associés à l'insomnie

Plusieurs pathologies autres qu'un diagnostic d'insomnie peuvent engendrer une plainte d'insomnie : troubles respiratoires durant le sommeil tels que le syndrome d'apnées du sommeil ou l'hypoventilation pendant le sommeil (5 à 9% des plaintes d'insomnie) ; mouvements périodiques des membres ou syndrome des jambes sans repos (15%) ; troubles neurologiques ou médicaux (4 à 11%) ; mauvaise hygiène de sommeil ou facteurs environnementaux (10%) ; utilisation d'une substance psychoactive (3 à 7%).¹

Âge et sexe

Dans la population générale, la prévalence des difficultés à s'endormir et des difficultés de maintien du sommeil augmente de manière linéaire avec l'âge, atteignant près de 50% parmi les individus âgés de plus de 65 ans. En revanche, cette augmentation linéaire n'est pas unanimement retrouvée dans les études évaluant ces difficultés avec conséquences diurnes et celles évaluant l'insatisfaction du sommeil. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se plaindre de ces difficultés, des conséquences diurnes, d'insatisfaction du sommeil et d'avoir un diagnostic d'insomnie. Certaines études ont montré une grande fréquence d'insomnie chez les femmes ménopausées comparativement à celles qui sont en préménopause.^{3,4}

Style de vie

Plusieurs facteurs liés au style de vie sont associés à un risque accru d'insomnie dans la population générale. Tel est le cas des gens qui estiment mener une vie stressante, des chômeurs, des travailleurs postés ou de nuit et des personnes dormant dans une chambre à coucher dont la température est inadéquate.

Maladies physiques et utilisation de substances psychoactives

Les personnes se plaignant d'insomnie se disent très souvent en mauvaise santé. Certaines études ont rapporté que près de la moitié des sujets ayant des symptômes d'insomnie ont de multiples problèmes de santé, persistants, voire chroniques. Les associations le plus souvent rapportées sont les maladies des voies respiratoires supérieures, les maladies rhumatismales, les douleurs chroniques et les maladies cardiovasculaires.^{1,5} Plusieurs études épidémiologiques ont observé

que l'usage de tabac, les antihypertenseurs et l'alcool s'associaient de manière significative aux symptômes d'insomnie. Dans ces populations, l'alcool était utilisé comme un moyen pour favoriser le sommeil par près de 40% des individus ayant des troubles d'insomnie.

Troubles mentaux

L'association entre troubles mentaux et insomnie est très connue : les études épidémiologiques ont montré qu'entre 30 et 60% des personnes souffrant de troubles mentaux se plaignent d'insomnie. Certaines études ont montré que jusqu'à 80% des individus ayant une dépression majeure souffrent d'insomnie. Quatre études longitudinales ont examiné le rapport entre la persistance des symptômes d'insomnie et l'apparition de troubles mentaux. Les individus

dont l'insomnie persistait dans le temps avaient des risques 4 à 8 fois supérieurs de développer un trouble mental.

La somnolence diurne et ses troubles

Le terme somnolence diurne excessive est souvent utilisé de manière interchangeable avec hypersomnie. Cet emploi est partiellement correct, mais l'hypersomnie est un symptôme plus large incluant le sommeil nocturne prolongé, des périodes de sommeil diurnes imprévisibles et une incapacité à rester éveillé ou vigilant dans des situations où l'éveil et la vigilance sont requis (sommolence excessive). Il y a aussi une tendance grandissante à parler de la somnolence excessive comme d'une maladie ou d'un trouble. À ce jour, il n'y a pas de données soutenant cette pratique. La somnolence diurne excessive n'est pas une maladie ; elle est un symptôme

Prévalence de la narcolepsie

AUTEURS	LIEU	N	ÂGE	MÉTHODES	PRÉVALENCE PAR 100 000
Solomon, 1945	États-Unis	10 000	16-34	Hommes noirs recrues de la marine	20
Dement, 1972	Californie (Nord) États-Unis	Inconnu	Inconnu	Population générale recrutée par le biais d'annonces dans les journaux ; suivi par un entretien téléphonique	50*
Dement, 1973	Californie (Sud) États-Unis	Inconnu	Inconnu	Population générale recrutée par le biais d'annonces télévisées ; suivi par un entretien téléphonique	67*
Honda, 1979	Fujisawa, Japon	12 469	12-16	Lycéens, questionnaire	160
Roth, 1980	Tchécoslovaquie	Inconnu	Inconnu	Dossiers patients, polysomnographie	20 à 30*
Franceschi, 1982	Milan, Italie	2 518	6-92	Patients hospitalisés, questionnaire, polysomnographie	40*
Lavie et Peled, 1987	Juifs et arabes, Israël	1 526	30-57	Dossiers patients, polysomnographie et titrage HLA	0,23*
al Rajeh, 1993	Thugbah, Arabie du Sud	23 227	1 et plus	Toute la population. Entrevues face-à-face, sujets avec des réponses anormales évalués par un neurologue	40
Hublin, 1994	Finlande	12 504	33-60	Cohorte de jumeaux, questionnaire postal, entretiens téléphoniques, polysomnographie, titrage HLA	26
Tashiro, 1994	Japon	4 559	17-59	Échantillon d'employés, questionnaire, entretien personnel	180
Wing 1994	Hong Kong, Chine	342	18 et plus	Dossiers patients de 1986 à 1992, polysomnographie, MSLT et titrage HLA	1 à 40*
Billiard, 1987	Vincennes et Tarascon, France	58 162	17-22	Recrues militaires, questionnaire	55
Ondzé, 1998	Gard, France	14 195	> 15	Patients de tous les médecins. Questionnaire + entretien téléphonique pour les cas suspects + polysomnographie et titrage HLA pour 4 cas	21
Han, 2001	Beijing, Chine	70 000	5-17	Patients consécutifs à une consultation en neurologie pédiatrique. Questionnaire de dépistage + polysomnographie, MSLT et titrage HLA	40
Ohayon, 2002	Royaume-Uni, Allemagne, Italie, Portugal et Espagne	18 980	15-100	Échantillon représentatif de la population générale. Entretiens téléphoniques	47
Silber, 2002	Comté d'Olmsted, Minnesota, États-Unis	Inconnu	0-109	Revue des dossiers patients entre 1960 et 1985	57*
Wing, 2002	Hong Kong, Chine	9 851	18-65	Échantillon représentatif de la population générale. Échelle Ullanlinna de narcolepsie, polysomnographie, MSLT titrage HLA	34

Tableau 1 * Prévalence extrapolée. MSLT : test de latence au sommeil.

d'un trouble du sommeil ou d'une autre maladie. Dans la classification internationale des troubles du sommeil, la somnolence diurne est listée comme une caractéristique essentielle (c'est-à-dire obligatoire pour le diagnostic) pour seulement trois troubles du sommeil : le syndrome d'insuffisance du sommeil, l'hypersomnie (idiopathique, chronique ou post-traumatique) et la narcolepsie.

De manière générale, les études ayant évalué l'hypersomnie en population générale peuvent se partager en deux catégories : celles mesurant la quantité excessive de sommeil et celles évaluant la tendance à s'endormir durant l'éveil.

La tendance à s'endormir durant l'éveil dans des situations d'attention diminuée réfère à la somnolence diurne excessive. Sa définition et son évaluation varient presque autant que le nombre d'enquêtes épidémiologiques l'ayant étudiée. La plupart des études ont évalué la somnolence diurne excessive à l'aide d'une seule question. Selon les études, cette question recevait une réponse par oui ou par non, ou par une cotation sur une échelle de gravité ou sur une échelle de fréquence. La durée de la somnolence a rarement été examinée.

Trois des études vérifiant seulement la présence ou l'absence de somnolence diurne ont été faites avec des sujets âgés de 65 ans et plus.⁶ Dans ces études, la prévalence de somnolence diurne habituelle variait entre 3,9 et 16%. Une étude dans la population générale mexicaine a rapporté une prévalence de 21,5% et une étude japonaise a obtenu un taux de 2,5%.

La fréquence de la somnolence diurne a été évaluée en utilisant soit une échelle allant de « jamais » à « très souvent » ou toujours, soit une échelle graduée selon la fréquence du symptôme pendant la semaine.

Les personnes se disant souvent ou très souvent somnolentes pendant la journée représentent entre 5 et 26% de la population respectivement, les taux les plus élevés ayant été retrouvés en Pologne et au Japon. La somnolence survenant au moins 3 jours par semaine a été rapportée avec des taux variant entre 4 et 20,6% en Europe.⁶ La grande variabilité des résultats est attribuable, en grande partie, aux différentes formulations des questions pour évaluer la somnolence diurne.

Il y a peu d'études en population générale qui ont comparé différents types de questions évaluant la somnolence excessive. Une étude⁷ a montré que les trois mesures de somnolence subjective avaient une corrélation modérée entre elles (r compris entre 0,22 et 0,35). Une autre étude⁸ montrait que les résultats obtenus avec l'échelle de somnolence d'Epworth correspondaient modérément avec d'autres mesures subjectives de somnolence excessive (se sentir endormi pendant la journée [$r = 0,36$] ou se sentir fatigué pendant la journée [$r = 0,24$]).

Contrairement aux symptômes d'insomnie, la somnolence excessive n'est pas liée au sexe dans plusieurs études. L'absence de définition consistante de la somnolence excessive entraîne une variabilité inacceptable des taux de prévalence.

Narcolepsie

Le tableau 1 résume les principales études ayant tenté d'estimer la prévalence de la narcolepsie.⁹ La plupart des prévalences est dérivée d'échantillons cliniques ou non représentatifs de la population générale. Seulement trois études sont fondées sur des échantillons représentatifs de population. Selon ces études, la prévalence de la narcolepsie varie entre 20 et 67 narcoleptiques pour 100 000 habitants en Europe et en Amérique du Nord. Une étude faite au Japon chiffre ce taux à 590 narcoleptiques pour 100 000 habitants, et une autre étude japonaise a établi ce taux à 160 pour 100 000 habitants. À Hong Kong, cette prévalence a été estimée entre 1 et 40 narcoleptiques pour 100 000 habitants alors qu'en Arabie Saoudite, ce taux se chiffrerait à 40 pour 100 000 habitants. Une autre étude faite avec des Juifs israéliens, une population connue pour le faible taux du phénotype HLA-DR2, un marqueur de la narcolepsie, établissait la prévalence à 0,23 pour 100 000 habitants.

Troubles respiratoires survenant pendant le sommeil

Peu d'études ont estimé la prévalence des apnées du sommeil ou du syndrome des apnées obstructives du sommeil à partir d'échantillons représentatifs de la communauté générale (tableau 2). La population ciblée, les méthodes et les critères varient considérablement entre les études. Dans tous les cas, les prévalences sont des estimations, car il est virtuellement impossible d'effectuer des enregistrements polysomnographiques pour tous les participants. Des questionnaires de dépistage ont été employés pour identifier les participants les plus susceptibles d'avoir des apnées du sommeil ou le syndrome des apnées obstructives du sommeil. Le syndrome des apnées du sommeil, souvent associé à une insomnie ou une somnolence diurne, se retrouve chez 2 à 4% de la population générale (tableau 2).¹⁰⁻²⁴

Syndrome des jambes sans repos

Le syndrome des jambes sans repos a été plus rarement étudié dans la population générale. Les principales études sont rapportées dans le tableau 3.²⁵⁻³³ La plupart des chiffres de prévalence pour ce syndrome ont été estimés en utilisant un ensemble limité de questions (1 ou 2 questions). La prévalence des symptômes du syndrome des jambes sans repos se situe autour de 10%.^{25,26} Trois études européennes ont utilisé l'ensemble des critères diagnostiques du syndrome des jambes sans repos pour en évaluer la prévalence dans la population générale. Une de ces études a été conduite uniquement avec des hommes,²⁷ une autre a été menée avec des sujets âgés²⁸ et une troisième a été effectuée avec des sujets de 15 ans et plus.²⁹ L'étude sur des personnes âgées²⁸ a trouvé une prévalence à 9,8%. Celle sur les personnes de 15 ans et plus²⁹ a observé une prévalence à 8,6% pour les personnes âgées et une prévalence de 5,4%

parmi les hommes. L'étude suédoise réalisée sur des hommes²⁷ a rapporté une prévalence de 5,8%.

Dans deux études, le syndrome des jambes sans repos était aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes;^{26,29} dans deux autres études, sa prévalence était environ deux fois plus élevée parmi les femmes comparative-

ment aux hommes.^{25,28} Trois études ont montré que la prévalence de ce syndrome croît avec l'âge.^{25,26,29} La prévalence des symptômes du syndrome des jambes sans repos est d'environ 20% parmi des gens âgés et autour de 5% pour les moins de 30 ans.^{25,26} Dans la deuxième étude sur les personnes âgées de 15 ans et plus,²⁹ la prévalence du diagnos-

Prévalence des apnées du sommeil

AUTEURS lieu, année	POPULATION	N (n enregistrés)	ÂGE ans	MÉTHODES	CRITÈRES	PRÉVALENCE %
■ Lavie ¹⁰ Israël, 1983	Ouvriers	1 502 (78)	32-67	Questionnaire Polysomnographie	IA \geq 10	0,89
■ Gislason ¹¹ Uppsala, Suède, 1988	Population générale, hommes	3 201 (61)	30-69	Questionnaire postal Polysomnographie, ronfleurs somnolents	IAH \geq 30 + somnolence diurne	1,3
■ Cirignotta ¹³ Bologne, Italie, 1989	Population générale, hommes	1 170 (40)	30-69	Questionnaire postal Polysomnographie, ronfleurs quotidiens	IAH \geq 10	2,7
■ Martikainen ¹⁴ Tempere, Finlande, 1994	Population générale	1985: 1 190 1990: 626 (22)	36-50	Questionnaire postal Polysomnographie, ronfleurs habituels	IDO \geq 4 % > 5 par heure IDO \geq 4 % > 10/h	1,8 1,1
■ Ancoli-Israël ¹⁵ San Diego, États-Unis, 1991	Population générale	615 (427)	65-95	Polysomnographie ambulatoire	IA \geq 5 IPR \geq 10	24,0 62,0
■ Stradling et Cosby ¹⁶ Oxford, Royaume-Uni, 1991	Hommes, registre âge- sexe d'un cabinet de médecine générale	1 001 (893)	35-65	Oxymétrie	IDO \geq 4 % > 5/h IDO \geq 4 % > 10/h IDO \geq 3 % > 10/h + symptômes	5,0 1,0 0,8
■ Gislason ¹² Reykjavik, Islande, 1993	Population générale, femmes	1 505 (35)	40-59	Questionnaire postal Polysomnographie, ronfleurs somnolents	IAH \geq 30 + somnolence diurne	2,5
■ Young ¹⁷ États-Unis, 1993	Fonctionnaires	3 513 (625)	30-60	Questionnaire Polysomnographie, ronfleurs	IAH \geq 5 + somnolence diurne ou sommeil non réparateur	4,0 (H) 2,0 (F)
■ Olson ¹⁸ Australie, 1995	Population générale	2 202 (441)	35-69	Questionnaire Évaluation respiratoire, sur échantillonnage des ronfleurs et des sujets avec plainte du sommeil	IAH \geq 10	5,7 (H) 1,2 (F)
■ Bearpark ¹⁹ Busselton, Australie, 1995	Population générale, hommes	486 (294)	40-65	Questionnaire Polysomnographie	IPR \geq 5 + au moins somnolence diurne occasionnelle IPR \geq 5 + au moins somnolence diurne fréquente	12,2 3,1
■ Bixler ²⁰ Pennsylvanie, États-Unis, 1998	Population générale, hommes	4 364 (741)	20-100	Entrevue téléphonique Polysomnographie	IAH \geq 10 + somnolence diurne	3,3
■ Bixler ²¹ Pennsylvanie, États-Unis, 2001	Population générale, femmes	12 219 (1 000)	20-100	Entrevue téléphonique Polysomnographie	IAH \geq 10 + somnolence diurne	1,2
■ Duran ²² Vitoria-Gasteiz, Espagne, 2001	Population générale	2 148 (555)	30-70	Entrevue à domicile Polysomnographie ambulatoire Polysomnographie	IAH \geq 10	19,0 (H) 14,9 (F)
■ Ip ²³ Hong Kong, 2004	Population générale, femmes	1 532 (106)	30-60	Questionnaire Polysomnographie	IAH \geq 5 IAH \geq 5 + somnolence diurne	3,7 2,1
■ Udawadia ²⁴ Bombay, Inde, 2004	Population générale, hommes	658 (250)	35-65	Questionnaire Polysomnographie	IAH \geq 5 IAH \geq 5 + somnolence diurne	19,5 7,5

Tableau 2 IA : index des apnées; IAH : index des apnées/hypopnées ; IDO : index de désaturation en oxygène; IPR : index des perturbations respiratoires.

tic du syndrome des jambes sans repos allait de 2,7 % parmi les 15-18 ans à 8,3 % parmi les sujets de 60 ans et plus (60 à 69 ans : 8,3 %; 70 à 79 ans : 8,7 %; 80 ans et plus : 8,2 %).

PARASOMNIES

Les parasomnies sont des troubles du sommeil caractérisés par des événements comportementaux ou physiologiques anormaux survenant à différents stades du sommeil ou pendant la transition veille-sommeil. Ces troubles ont rarement été étudiés dans la population générale.

Parasomnies de l'éveil

Les parasomnies de l'éveil (éveils confusionnels, terreurs nocturnes, somnambulisme) surviennent surtout pendant l'enfance et cessent habituellement à l'adolescence. Dans la population générale adulte, la prévalence de somnambulisme varie entre 1,9 et 3,2%.^{34,35} Le somnambulisme n'est pas lié au genre mais est plus fréquent parmi les sujets jeunes (25 ans et moins) et rarement rapporté par les personnes âgées.

Les prévalences des terreurs nocturnes et des éveils confusionnels chez l'adulte ont rarement été chiffrées. Chez des enfants, les études ont rapporté des prévalences variant entre 1 et 6,5 % pour les terreurs nocturnes.³⁶⁻³⁸ Une étude épidémiologique britannique³⁵ incluant 4 972 sujets de 15 à 99 ans a trouvé une prévalence de 2,2 % de

terreurs nocturnes. Une étude conduite auprès de 13 057 sujets âgés de 15 ans et plus a observé une prévalence de 2,9 % d'éveils confusionnels.³⁹

Parasomnies de transition veille-sommeil

Ce groupe des parasomnies comprend les rythmies du sommeil, les sursauts du sommeil, la somniloquie et les crampes nocturnes des membres inférieurs. Les données épidémiologiques sur ces parasomnies sont rares. Une étude mexicaine⁴⁰ a rapporté une prévalence générale de 21,3 % pour la somniloquie et de 3 % pour la somniloquie fréquente, avec des taux plus élevés parmi les sujets de 30 ans ou moins.

Parasomnies du sommeil paradoxal

Ce groupe inclut les cauchemars, la paralysie du sommeil et les troubles du comportement du sommeil paradoxal. Les cauchemars ont été rapportés survenir au moins une fois par semaine pour 5 % de la population adulte française.⁴¹

La paralysie du sommeil est l'un des symptômes principaux associés à la narcolepsie, mais elle peut aussi survenir de manière isolée. L'étude mexicaine⁴⁰ a rapporté que 11,3 % de son échantillon avait eu des épisodes de paralysie du sommeil à quelques reprises. Dans des populations plus spécifiques, deux études^{42, 43} ont observé des taux de paralysie du sommeil de 4,7 % et 15,4 %, respectivement, parmi des étudiants en médecine. Une autre

Prévalence du syndrome des jambes sans repos

AUTEURS ANNÉE	LIEU	N	ÂGE	CRITÈRES	PRÉ-VALENCE	MÉTHODES
■ Lavigne et Montplaisir, ²⁵ 1994	Canada	2 019	18 et plus	Aucun	10,0 %	Entretiens à domicile, prévalence fondée sur une seule question
■ Phillips, ²⁶ 2000	Kentucky, États-Unis	1 803	18 et plus	Aucun	9,4 %	Entretien téléphonique, prévalence fondée sur une seule question
■ Rothdach, ²⁸ 2000	Augsburg, Allemagne	385	65-83	GEISJSR	9,8 %	Entrevue face-à-face, 3 questions fondées sur les critères du GEISJSR (réponses positives aux 3 questions nécessaires)
■ Ulfberg, ²⁷ 2000	Suède	2 608 hommes	18-64	GEISJSR	5,8 %	Questionnaire postal, 4 questions fondées sur les critères du GEISJSR (réponses positives aux 4 questions nécessaires)
■ Ohayon et Roth, ²⁹ 2002	5 pays européens	18 980	15-100	CITS	5,5 %	Entretien téléphonique, prévalence fondée sur les critères de la CITS
■ Sevim, ³⁰ 2003	Mersin, Turquie	3 234	18 et plus	GEISJSR	3,2 %	Entrevue face-à-face, 4 questions fondées sur les critères du GEISJSR (réponses positives aux 4 questions nécessaires) + une échelle de sévérité
■ Berger, ³¹ 2004	Pomerania, Allemagne	4 310	20-79	GEISJSR	10,6 %	Entrevue face-à-face, 3 questions fondées sur les critères du GEISJSR (réponses positives aux 3 questions nécessaires)
■ Allen, ³² 2005	États-Unis + 5 pays européens	15 391	18 et plus	GEISJSR	7,2 %	Entrevue face-à-face et entretien téléphonique, 4 questions de dépistage + une échelle de sévérité
■ Phillips, ³³ 2006	États-Unis	1 506	18 et plus	Aucun	9,7 %	Enquête de 2005 de la Fondation nationale du sommeil, entretien téléphonique, 3 questions fondées sur les critères du GEISJSR

Tableau 3 GEISJSR : Groupe d'étude international du syndrome des jambes sans repos. CITS : Classification internationale des troubles du sommeil.

POUR LA PRATIQUE

- La plainte d'insomnie est très fréquente dans la population générale. Toutefois, dans près de 80 % des cas, d'autres troubles du sommeil, comme les apnées du sommeil ou le syndrome des jambes sans repos, des troubles organiques ou psychiatriques sont responsables de la plainte d'insomnie.
- Une somnolence diurne excessive se retrouve pour près de 20 % de la population européenne. Sa présence s'associe très souvent aux apnées obstructives du sommeil ou à un sommeil insuffisant. Elle est aussi un des symptômes cardinaux de l'hypersomnie et de la narcolepsie. Toutefois, ces deux troubles sont peu fréquents dans la population générale.
- Le syndrome des apnées du sommeil affecte jusqu'à 4 % de la population générale, surtout les hommes de plus de 45 ans. Il est souvent associé avec l'obésité et l'hypertension.
- Le syndrome des jambes sans repos affecte environ 6 % de la population générale, surtout les personnes âgées.

étude⁴⁴ a noté une fréquence de 41 % dans son échantillon constitué de Noirs américains. Une étude canadienne conduite à Terre-Neuve⁴⁵ a rapporté un taux de 62 % d'attaques *old hag*, nom folklorique donné à la paralysie du sommeil dans cette partie du Canada. Une étude épidémiologique⁴⁶ conduite avec 8 085 sujets européens âgés de 15 à 99 ans a rapporté que 6,2 % des participants avaient eu au moins un épisode de paralysie du sommeil au cours de leur vie. La paralysie du sommeil sévère (au moins un épisode par semaine) était retrouvée pour 0,8 % de l'échantillon et la paralysie modérée (au moins un épisode par mois) pour 1,4 %.

Les troubles du comportement du sommeil paradoxal sont caractérisés par une perte de la paralysie somatique qui protège contre la mise à exécution des rêves. Ce phénomène fut décrit en premier par un groupe de chercheurs japonais.⁴⁷ La fréquence de ce trouble du sommeil dans la population générale est mal documentée. Sa prévalence est estimée à 0,5 % dans la population, en se fondant sur les critères diagnostiques minimaux proposés par la classification internationale des troubles du sommeil.⁴⁸

CONCLUSION

Les troubles du sommeil sont très fréquents dans la population générale, mais ils sont mal identifiés : moins de 20 % des individus ayant des troubles du sommeil sont correctement diagnostiqués et traités malgré le fait qu'une part considérable de la population souffre de sérieux troubles du sommeil nécessitant une attention médicale.

L'insomnie et la somnolence diurne affectent plusieurs sphères du fonctionnement, tant au niveau professionnel que social ou familial, et causent des problèmes de concentration et de mémoire. De plus, un individu somnolent augmente ses risques d'accidents routiers, professionnels

ou domestiques. Les prévalences élevées d'insomnie et de somnolence diurne indiquent clairement qu'il s'agit d'un problème important de santé publique nécessitant des initiatives éducatives et préventives et justifiant une plus grande attention des autorités en matière de santé.

Dans les années à venir, les efforts en recherche épidémiologique devraient se concentrer sur : 1. la distinction entre les divers sous-types d'insomnie et une meilleure opérationnalisation de la définition de l'insomnie ; 2. les conduites à tenir pour l'évaluation de la somnolence diurne dans la population générale ; à ce jour, les comparaisons entre les études sont quasiment impossibles puisque aucune étude ne l'évalue de la même manière ; 3. l'examen des formes transitoires ou saisonnières d'insomnie et de somnolence ; 4. des études épidémiologiques longitudinales portant sur l'évolution et les conséquences de l'insomnie et de la somnolence ; 5. enfin, l'étude de toutes les formes de parasomnie en population générale. ■

SUMMARY Prevalence and comorbidity of sleep disorders in general population

Sleep disorders can be expressed in different ways. The International Classification of Sleep Disorders lists more than 80 different sleep disorder diagnoses. In general population, although the insomnia complaint is reported by nearly the third of the population, it is translated into a diagnosis of insomnia for only 6% to 15% of the population. Sleep apnea syndrome, often associated with insomnia or daytime sleepiness, is found in approximately 2% to 4% of the general population. Restless legs syndrome is present for approximately 6% of the general population with a higher prevalence in the elderly subject. Narcolepsy is rare with a prevalence of 0.04%. Parasomnias are less studied in the general population; prevalences of several of parasomnias remain unknown. Among those more extensively studied, sleep paralysis is found for approximately 6% of the general population. Nocturnal terrors, the confusional arousals and nightmares have been observed with prevalences ranging from 2.2% to 5%. Despite their high frequency, sleep disorders remain poorly identified; less than 20% of individuals with sleep disorders are correctly diagnosed and treated.

Rev Prat 2007 ; 57 : 1521-8

RÉSUMÉ Prévalence et comorbidité des troubles du sommeil dans la population générale

Les troubles du sommeil peuvent se manifester de différentes manières. La classification internationale des troubles du sommeil liste plus de 80 diagnostics différents de troubles du sommeil. Dans la population générale, bien que la plainte d'insomnie soit rapportée par près du tiers de la population, elle se traduit par un diagnostic d'insomnie pour seulement 6 à 15 % de la population. Le syndrome des apnées obstructives du sommeil, souvent associé avec une insomnie ou une somnolence diurne, se retrouve pour environ 2 à 4 % de la population générale. Le syndrome des jambes sans repos est présent pour environ 6 % de la population générale, avec une prévalence plus importante chez le sujet âgé. La narcolepsie est rare, avec une prévalence de 0,04 %. Les parasomnies sont moins bien étudiées dans la population générale ; les prévalences de plusieurs d'entre elles restent inconnues. Parmi les mieux étudiées, les paralysies du sommeil se retrouvent pour environ 6 % de la population générale. Les terreurs nocturnes, les éveils confusionnels et les cauchemars ont été observés avec des prévalences allant de 2,2 à 5 %. Malgré leur grande fréquence, les troubles du sommeil restent mal identifiés ; moins de 20 % des individus ayant des troubles du sommeil sont correctement diagnostiqués et traités.

RÉFÉRENCES

1. **Ohayon MM.** Epidemiology of Insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002;6:97-111.
2. **Ohayon MM, Roth T.** Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 2003;37:9-15.
3. **Owens JF, Matthews KA.** Sleep disturbance in healthy middle-aged women. *Maturitas* 1998;30:41-50.
4. **Ohayon MM.** Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. *Arch Intern Med* 2006;166:1262-8.
5. **Mallon L, Broman JE, Hetta J.** Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: a 12-year follow-up study of a middle-aged Swedish population. *J Intern Med* 2002;251:207-16.
6. **Ohayon MM.** Epidemiology of excessive daytime sleepiness. *Sleep Med Clinics* 2006;1:9-16.
7. **Ohayon MM, Priest RG, Zulley J, Smirne S, Paiva T.** Prevalence of narcolepsy symptomatology and diagnosis in the European general population. *Neurology* 2002;58:1826-33.
8. **Baldwin CM, Kapur VK, Holberg CJ, Rosen C, Nieto FJ.** Sleep Heart Health Study Group. Associations between gender and measures of daytime somnolence in the Sleep Heart Health Study. *Sleep* 2004;27:305-11.
9. **Ohayon MM.** Epidemiology of narcolepsy. In Bassetti C, Billiard M, Mignot E, (Eds). *Narcolepsy and Hypersomnia. Series: Lung biology in health and disease.* New York: Informa Healthcare, 2007:125-32.
10. **Lavie P.** Incidence of sleep apnea in a presumably healthy working population: a significant relationship with excessive daytime sleepiness. *Sleep* 1983;6:212-8.
11. **Gislason T, Almqvist M, Erikson G, Taube A, Boman G.** Prevalence of sleep apnea syndrome among Swedish men - an epidemiological study. *J Clin Epidemiol* 1988;41:571-6.
12. **Gislason T, Benediktsdottir B, Bjornsson JK, Kjartansson G, Kjeld M, Kristbjarnarson H.** Snoring, hypertension, and the sleep apnea syndrome - an epidemiologic survey of middle-aged women. *Chest* 1993;103:1147-51.
13. **Cirignotta F, D'Alessandro R, Partinen M, et al.** Prevalence of every night snoring and obstructive sleep apneas among 30-69 year old men in Bologna Italy. *Acta Neurol Scand* 1989;79:366-72.
14. **Martikainen K, Partinen M, Urponen H, Vuori I, Laippala P, Hasan J.** Natural evolution of snoring - a 5-year follow-up study. *Acta Neurol Scand* 1994;90:437-42.
15. **Ancoli-Israel S, Kripke DF, Klauber MR, Mason WJ, Fell R, Kaplan O.** Sleep-disordered breathing in community-dwelling elderly. *Sleep* 1991;14:486-95.
16. **Stradling JR, Crosby JH.** Predictors and prevalence of obstructive sleep apnea and snoring in 1001 middle aged men. *Thorax* 1991;46:85-90.
17. **Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S.** The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Eng J Med* 1993;328:1230-5.
18. **Olson LG, King MT, Hensley MJ, Saunders NA.** A community study of snoring and sleep disordered breathing - prevalence. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:711-6.
19. **Bearpark H, Elliott L, Grunstein R, et al.** Snoring and sleep apnea - a population study in Australian men. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;151:1459-65.
20. **Bixler EO, Vgontzas AN, Ten Have T, Tyson K, Kales A.** Effects of age on sleep apnea in men: I. Prevalence and severity. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;157:144-8.
21. **Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, et al.** Prevalence of sleep-disordered breathing in women: effects of gender. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:608-13.
22. **Duran J, Esnaola S, Rubio R, Iztueta A.** Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 yr. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:685-9.
23. **Ip MS, Lam B, Tang LC, Launder IJ, Ip TY, Lam WK.** A community study of sleep-disordered breathing in middle-aged Chinese women in Hong Kong: prevalence and gender differences. *Chest* 2004;125:127-34.
24. **Udwadia ZF, Doshi AV, Lonkar SG, Singh CI.** Prevalence of sleep-disordered breathing and sleep apnea in middle-aged urban Indian men. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169:168-73.
25. **Lavigne GJ, Montplaisir JY.** Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. *Sleep* 1994;17:739-43.
26. **Phillips B, Young T, Finn L, Asher K, Hening WA, Purvis C.** Epidemiology of restless legs symptoms in adults. *Arch Intern Med* 2000;160:2137-41.
27. **Ulfberg J, Nyström B, Carter N, Edling C.** Prevalence of restless legs syndrome among men aged 18 to 64 years: An association with somatic disease and neuropsychiatric symptoms. *Mov Disord* 2001;16:1159-63.
28. **Rothdach AJ, Trenkwalder C, Haberstock J, Keil U, Berger K.** Prevalence and risk factors of RLS in an elderly population: the MEMO study. *Memory and Morbidity in Augsburg Elderly.* *Neurology* 2000;54:1064-8.
29. **Ohayon MM, Roth T.** Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. *J Psychosom Res* 2002;53:547-54.
30. **Sevim S, Dogu O, Camdeviren H, et al.** Unexpectedly low prevalence and unusual characteristics of RLS in Mersin, Turkey. *Neurology* 2003;61:1562-9.
31. **Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, John U, Kessler C.** Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Arch Intern Med* 2004;164:196-202.
32. **Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, et al.** Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005;165:1286-92.
33. **Phillips B, Hening W, Britz P, Mannino D.** Prevalence and correlates of restless legs syndrome: results from the 2005 National Sleep Foundation Poll. *Chest* 2006;129:76-80.
34. **Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Heikkila K, Koskenvuo M.** Prevalence and genetics of sleepwalking: a population-based twin study. *Neurology* 1997;48:177-81.
35. **Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG.** Night terrors, sleepwalking, and confusional arousals in the general population: their frequency and relationship to other sleep and mental disorders. *J Clin Psychiatry* 1999;60:268-76.
36. **Klackenbergh G.** Sleep behaviour studied longitudinally. Data from 4-16 years on duration, night-awakening and bed-sharing. *Acta Paediatr Scand* 1982;71:501-6.
37. **Salzavulo P, Chevalier A.** Sleep problems in children and their relationship with early disturbances of the waking-sleeping rhythms. *Sleep* 1983;6:47-51.
38. **Simonds JF, Parraga H.** Prevalence of sleep disorders and sleep behaviors in children and adolescents. *J Amer Acad Child Psychiatry* 1982;21:383-8.
39. **Ohayon MM, Priest RG, Zulley J, Smirne S.** The place of confusional arousals in sleep and mental disorders: General population findings (13057 subjects). *J Nerv Ment Dis* 2000;188:340-8.
40. **Tellez-Lopez A, Sanchez EG, Torres FG, Ramirez PN, Olivares VS.** Hábitos y trastornos del dormir en residentes del área metropolitana de Monterrey. *Salud Mental* 1995;18:14-22.
41. **Ohayon MM, Morselli PL, Guilleminault C.** Prevalence of nightmares and its relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep* 1997;20:340-8.
42. **Goode GB.** Sleep paralysis. *Arch Neurology* 1962;2:228-34.
43. **Everett HC.** Sleep paralysis in medical students. *J Nerv Ment Dis* 1963;3:283-7.
44. **Bell CC, Shakoor B, Thompson B, et al.** Prevalence of isolated sleep paralysis in black subjects. *J Natl Med Assoc* 1984;76:501-8.
45. **Ness RC.** The Old Hag phenomenon as sleep paralysis: a biocultural interpretation. *Cult Med Psychiatry* 1978;2:15-39.
46. **Ohayon MM, Zulley J, Guilleminault C, Smirne S.** Prevalence and pathological associations of sleep paralysis in the general population. *Neurology* 1999;52:1194-200.
47. **Hishikawa Y, Sugita Y, Teshima Y, Lijima S, Tanaka K, Tachibana M.** Sleep disorders in alcoholic patients with delirium tremens and transient withdrawal hallucinations - reevaluation of the REM rebound and intrusion theory. In Karacan I, ed. *Psychophysiological Aspects of Sleep.* New Jersey: Noyes Medical Publ, 1981:109-22.
48. **Ohayon MM, Caulet M, Priest RG.** Violent behaviour during sleep. *J Clin Psychiatry* 1997;58:369-78.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.