

Insomnie

Michael Tjepkema

Résumé

Objectifs

Le présent article vise à estimer la prévalence de l'insomnie chez les Canadiens de 15 ans et plus, ainsi que les facteurs qui y sont associés. Les associations entre l'insomnie et la capacité à faire face à la vie, la situation quant à l'emploi, les jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines et la satisfaction à l'égard de la vie en général sont analysées.

Source des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : Santé mentale et bien-être.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont servi à estimer la prévalence de l'insomnie selon certaines caractéristiques. Des modèles de régression logistique multiple ont permis d'examiner les associations entre ces caractéristiques et l'insomnie, et entre l'insomnie et certaines situations négatives.

Principaux résultats

En 2002, on estimait à 3,3 millions le nombre de Canadiens (13,4 % de la population à domicile de 15 ans et plus) qui faisaient de l'insomnie. Les facteurs associés de façon indépendante à l'insomnie étaient les suivants : les problèmes de santé chroniques douloureux, les limitations d'activité, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, le stress au quotidien, la consommation fréquente d'alcool et de cannabis, l'obésité, et le faible niveau de scolarité. Comparativement aux personnes qui ne faisaient pas d'insomnie, celles qui en faisaient étaient plus susceptibles de déclarer des situations négatives comme avoir de la difficulté à faire face à la vie et ne pas occuper un emploi.

Mots-clés

Sommeil, problèmes de sommeil, problèmes de santé chroniques, troubles de l'humeur, troubles anxieux, stress, alcool, abus de drogues, activité physique.

Auteur

Michael Tjepkema (416-952-4620; Michael.Tjepkema@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, au Bureau régional de Toronto, 25, avenue St. Clair Est, Toronto (Ontario), M4T 1M4.

Pour un nombre important de Canadiens, une bonne nuit de sommeil est un objectif inatteignable et une source de frustrations. Nombreuses sont les personnes qui souffrent d'insomnie, le trouble du sommeil le plus répandu¹. L'insomnie peut être définie comme avoir de la difficulté à s'endormir, se réveiller au petit matin ou ne pas avoir un sommeil réparateur²⁻⁵. Les personnes qui souffrent d'insomnie peuvent avoir de la difficulté à se concentrer, à se rappeler des choses ou à accomplir leurs tâches quotidiennes^{2,6-9}. Elles risquent en outre davantage d'avoir un accident¹⁰. Parmi les conséquences économiques de l'insomnie figurent les coûts de l'utilisation accrue des services de soins de santé^{7,11,12}, les absences du travail et les accidents du travail^{2,13,14}. L'insomnie a été associée à des problèmes de santé physique et mentaux; cependant, comme elle peut être à la fois le symptôme d'un autre problème de santé ou un problème en soi¹⁵, la direction de ces relations n'est pas toujours claire².

À partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être, le présent article montre les taux de prévalence de l'insomnie pour la population à domicile de 15 ans et plus (voir *Méthodologie*). Les facteurs liés à l'insomnie sont

Méthodologie

Source des données

L'analyse du présent article est fondée sur les données du cycle 1.2, Santé mentale et bien-être, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002, qui a été réalisée sur une période de huit mois. Le cycle couvrait la population à domicile de 15 ans et plus dans les 10 provinces. Les habitants des trois territoires, les résidents de réserves indiennes, les personnes vivant en établissement, les résidents de certaines régions éloignées et des bases des Forces canadiennes, ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes, ne faisaient pas partie du champ de l'enquête.

L'échantillon a été sélectionné à partir de la base aréolaire utilisée pour l'Enquête sur la population active du Canada. Les logements dans cette base aréolaire ont été sélectionnés selon un échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. Une personne de 15 ans et plus a été sélectionnée au hasard dans chaque ménage échantillonné. La plupart des entrevues (86 %) ont été menées en personne; les autres, par téléphone. Les réponses par procuration n'étaient pas acceptées. L'échantillon des personnes interrogées comprenait 36 984 personnes de 15 ans et plus et le taux de réponse a été de 77 %. On trouvera des descriptions plus détaillées du plan de sondage, de l'échantillon et de méthodes d'entrevue dans d'autres rapports parus antérieurement, ainsi que dans le site Web de Statistique Canada^{16,17}.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées fondées sur les données de l'ESCC de 2002 ont servi à estimer la prévalence de l'insomnie selon l'âge et le sexe.

Pour examiner les facteurs liés à l'insomnie, des corrélats ont été sélectionnés à partir des ouvrages publiés et des données disponibles

dans l'ESCC (tableau A en annexe). Une analyse bivariée a par la suite servi à déterminer si un rapport statistique existait entre chaque corrélat et l'insomnie. En l'absence d'association, le corrélat n'a pas été utilisé dans les modèles de régression logistique multiple.

L'analyse a reposé sur une série de six modèles de régression logistique multiple en cascade pour examiner l'insomnie en rapport avec une gamme de plus en plus grande de variables indépendantes. Le premier modèle contenait uniquement des variables sociodémographiques. Dans le deuxième, l'indice de masse corporelle, le niveau d'activité physique, l'abus d'alcool au moins une fois par semaine et la consommation hebdomadaire de drogues illicites ont été ajoutés. Le travail par poste a été ajouté dans le troisième modèle; le stress au quotidien et le stress au travail, dans le quatrième. Le cinquième modèle comprenait en outre les problèmes de santé chroniques et les limitations d'activité. Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ont été ajoutés dans le sixième (voir *Définitions*).

Des analyses distinctes pour les hommes et pour les femmes ont produit des rapports de cotes similaires pour les facteurs indépendants. Par conséquent, les sexes ont été combinés, et des tests ont été faits pour identifier de possibles interactions entre le sexe et chaque facteur indépendant. On n'a pas noté d'interactions statistiquement significatives selon le sexe, sauf pour les troubles anxieux, dont les cotes exprimant la possibilité étaient plus élevées pour les hommes que pour les femmes, ainsi que la bronchite et « un peu » de stress au quotidien, dont les cotes exprimant la possibilité étaient plus élevées pour les femmes que pour les hommes.

Afin de tenir compte des effets du plan de sondage, la variance de la prévalence, des différences entre les taux de prévalence et des rapports de cotes a été calculée selon la méthode du *bootstrap*²³⁻²⁵.

explorés au moyen de modèles multivariés (voir *Définitions*). Les associations entre l'insomnie et la capacité à faire face à la vie, la situation quant à l'emploi, les jours d'incapacité et la satisfaction à l'égard de la vie en général sont examinées.

Difficile à définir

Il n'existe pas de critères uniformes pour définir l'insomnie¹⁸⁻²⁰. Par conséquent, les estimations de sa prévalence varient, chaque définition produisant un chiffre différent^{5,21,22}.

L'insomnie peut être définie selon la présence d'un symptôme (oui/non), le niveau de gravité (légère, modérée, grave), la fréquence (une fois par semaine, trois à quatre fois par semaine, etc.) et/ou la durée (moins d'un mois, six mois et plus). Le critère le plus couramment utilisé est la fréquence⁵, comme dans le cadre de l'ESCC, qui comportait la question suivante : « À quelle fréquence avez-vous des problèmes à vous endormir ou à rester endormi? » Les personnes interrogées avaient cinq choix de réponse : jamais; rarement; parfois; la plupart du

temps; tout le temps. Celles qui ont répondu « la plupart du temps » ou « tout le temps » ont été considérées comme faisant de l'insomnie.

Plus de trois millions

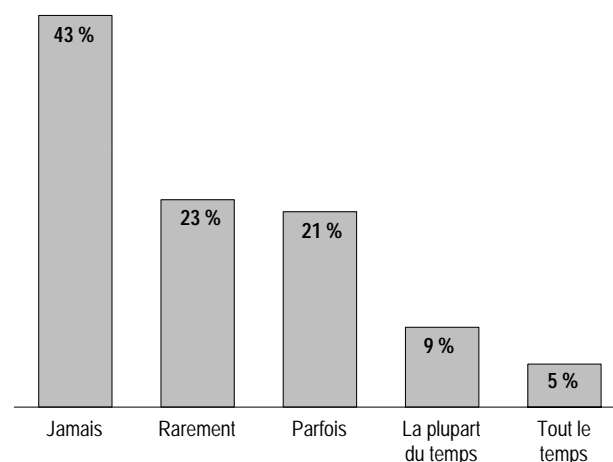
Selon l'ESCC, en 2002, une proportion estimative de 13,4 % de la population à domicile de 15 ans et plus — c'est-à-dire 3,3 millions de Canadiens — faisait de l'insomnie (graphique 1). Ces personnes dormaient en moyenne 6,5 heures par nuit, comparativement à 7,5 heures pour celles ne faisant pas d'insomnie. Toutefois, de nombreux insomniaques ont beaucoup moins que 6,5 heures de sommeil. Par exemple, 18 % d'entre eux dormaient en moyenne moins de 5 heures par nuit, ce nombre d'heures de sommeil n'étant déclaré que par seulement 2 % des personnes qui ne faisaient pas d'insomnie (tableau 1).

Comme on pouvait s'y attendre, une proportion substantielle de personnes faisant de l'insomnie prenaient des médicaments pour dormir. En 2002, près du tiers (29 %) d'entre elles déclaraient avoir pris des médicaments pour dormir au moins une fois au cours des 12 mois précédents. Le pourcentage était beaucoup plus faible — 7 % — parmi les personnes qui ne faisaient pas d'insomnie. La plupart des médicaments pour dormir pris par les insomniaques étaient prescrits : 23 % d'entre eux avaient utilisé des médicaments prescrits au cours de la dernière année et 6,5 %, des médicaments non prescrits.

En outre, lorsqu'ils dormaient, plus du tiers (36,5 %) des insomniaques ne se sentaient pas reposés au réveil, ce qui était beaucoup moins courant chez les personnes ne faisant pas d'insomnie (9 %).

Les recherches ont fait ressortir une longue liste de facteurs pouvant être liés à l'insomnie, qui vont des problèmes physiques et troubles émotifs aux caractéristiques démographiques et socioéconomiques. Toutefois, nombre de ces facteurs sont interreliés, d'où une possible neutralisation de cette association apparemment directe lorsque les effets des autres facteurs sont pris en compte.

Graphique 1
Fréquence de la difficulté à s'endormir ou à rester endormi, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Tableau 1
Pourcentage de personnes déclarant certaines caractéristiques liées au sommeil, selon la présence d'insomnie, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Insomnie	
	Oui	Non
	%	
Heures de sommeil par nuit		
Moins de 5	17,9*	2,2
5 à moins de 6	19,5*	7,2
6 à moins de 7	26,2*	23,4
7 à moins de 8	20,1*	35,8
8 à moins de 9	11,0*	24,8
9 ou plus	5,3*	6,6
Prise de médicaments pour dormir au cours des 12 derniers mois	29,0*	7,3
Prescrits	22,6*	4,7
Non prescrits	6,5*	2,6
Ne se sent habituellement pas reposé après avoir dormi	36,5*	9,2

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement différente de celle observée pour les personnes ne faisant pas d'insomnie ($p < 0,05$).

Le corps et l'esprit

Les liens entre le mauvais état de santé et l'insomnie ont été démontrés à maintes reprises^{4,15,26-29}, de nombreux problèmes de santé étant à la source de douleurs et/ou d'un sentiment de détresse qui peuvent nuire au sommeil. En fait, les personnes souffrant de chacun des 13 problèmes de santé chroniques pris en compte dans la présente analyse étaient plus susceptibles de déclarer des problèmes de sommeil que celles qui n'avaient pas de problèmes de santé (tableau 2). Par exemple, en 2002, plus de 20 % des personnes souffrant d'asthme, d'arthrite/ de rhumatisme, de maux de dos ou de diabète déclaraient faire de l'insomnie, comparativement à environ 12 % des personnes qui n'avaient pas ce type de problèmes.

Lorsque les facteurs démographiques et socioéconomiques, le mode de vie et plusieurs facteurs psychologiques étaient maintenus constants, les problèmes de santé qui demeuraient liés de façon indépendante à l'insomnie étaient la fibromyalgie, l'arthrite/le rhumatisme, les maux de dos, la migraine, la maladie cardiaque, le cancer, la bronchite chronique/l'emphysème/la bronchopneumopathie chronique obstructive, les ulcères à l'estomac ou à l'intestin et les troubles intestinaux. Par ailleurs, les associations entre l'insomnie et l'asthme, l'hypertension, le diabète et les séquelles d'un accident vasculaire cérébral disparaissaient.

Mis à part les problèmes de santé chroniques, les personnes qui avaient une limitation d'activité à long terme compromettant leur ouïe, leur vision, leur aptitude à la communication, leur cognition ou leur mobilité étaient plus susceptibles de faire de l'insomnie que celles n'ayant pas une telle limitation.

À l'instar de diverses recherches antérieures^{3-5,11,26-28,30-33}, l'analyse des résultats de l'ESCC montre que la santé mentale et émotionnelle comporte un lien étroit avec l'insomnie. Environ le tiers des personnes déclarant souffrir de troubles anxieux ou d'un trouble de l'humeur (panique ou dépression, par exemple) au cours de la dernière année faisaient de l'insomnie, comparativement à 12 % des personnes qui n'avaient pas de tels troubles (tableau 2).

Même lorsque les effets de la situation socioéconomique, du mode de vie et de la santé physique étaient pris en compte, la cote exprimant la possibilité que les personnes souffrant de troubles anxieux ou de troubles de l'humeur aient de la difficulté à dormir était significativement élevée.

Stress dans la vie de tous les jours

Près du quart (23 %) des personnes qui décrivaient la plupart de leurs journées comme « assez stressantes » ou « extrêmement stressantes » indiquaient faire de l'insomnie, un pourcentage plus de deux fois plus élevé que celui des personnes qui déclaraient subir peu de stress ou pas de stress du tout. Même chez les personnes dont les journées étaient « un peu » stressantes, la prévalence de l'insomnie était élevée (graphique 2). Tout comme dans les recherches antérieures^{28,34}, ces différences subsistaient lorsque la santé physique et émotionnelle/mentale, ainsi que les facteurs démographiques et socioéconomiques et le mode de vie, étaient pris en compte (tableau 2).

Le genre de stress, et non pas simplement la présence de stress, faisait aussi une différence. Les personnes dont la principale source de stress était un problème de santé physique, la mort d'une personne proche, un problème de santé mentale/émotionnelle, les responsabilités personnelles/familiales, ou les relations interpersonnelles, avaient des taux élevés d'insomnie, comparativement au taux global (tableau 3).

Stress au travail

À première vue, le stress au travail semble lié à l'insomnie : 17 % des personnes de 15 à 75 ans qui avaient un emploi et qui indiquaient que la plupart de leurs journées au travail étaient « assez » ou « extrêmement » stressantes déclaraient faire de l'insomnie, comparativement à moins de 10 % des personnes ayant peu de stress au travail ou pas du tout (graphique 2). Toutefois, lorsque les effets de toutes les autres variables étaient pris en compte, ces relations n'étaient plus valables. En fait, chez les personnes déclarant « un peu » de stress au travail, la cote exprimant la possibilité de faire de l'insomnie était peu élevée comparativement aux personnes

Tableau 2

Prévalence et rapports de cotes corrigés pour l'insomnie, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires nonn compris, 2002

	%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %		%	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Total	13,4	...	...	Stress au travail[†]			
Problèmes de santé chroniques				Aucun/pas beaucoup [†]	9,8	1,0	...
Asthme				Un peu	9,0	0,8*	0,7- 0,9
Oui	21,1*	1,2	1,0- 1,4	Assez/extrêmement	16,6*	1,1	0,9- 1,3
Non [†]	12,7	1,0	...	Travail par poste[‡]			
Fibromyalgie				Oui	13,0*	1,3*	1,1- 1,4
Oui	42,3*	1,9*	1,4- 2,5	Non	10,9	1,0	...
Non [†]	13,0	1,0	...	Au moins une fois par semaine			
Arthrite/rhumatisme				Consommation abusive d'alcool			
Oui	23,9*	1,3*	1,1- 1,4	Oui	16,2*	1,5*	1,2- 1,8
Non [†]	11,1	1,0	...	Non	13,2	1,0	...
Maux de dos				Consommation de drogue illicite			
Oui	22,6*	1,4*	1,2- 1,5	Oui, cannabis seulement	18,4*	1,5*	1,1- 1,9
Non [†]	11,0	1,0	...	Oui, autres drogues illicites			
Hypertension				(avec ou sans cannabis)	15,9	1,1	0,7- 1,7
Oui	18,9*	1,0	0,9- 1,1	Non [†]	13,2	1,0	...
Non [†]	12,4	1,0	...	Indice de masse corporelle			
Migraine				Insuffisance de poids	12,9	0,9	0,7- 1,2
Oui	25,6*	1,6*	1,4- 1,8	Poids normal [†]	12,1	1,0	...
Non [†]	11,9	1,0	...	Surpoids	13,1	1,0	0,9- 1,1
Diabète				Obèse classe I	16,7*	1,1	1,0- 1,3
Oui	22,4*	1,1	0,9- 1,4	Obèse classe II/III	22,4*	1,4*	1,1- 1,7
Non [†]	12,9	1,0	...	Niveau d'activité physique			
Maladie cardiaque				durant les loisirs			
Oui	26,4*	1,4*	1,2- 1,6	Élevé	12,0*	1,0	0,9- 1,1
Non [†]	12,6	1,0	...	Modéré	11,8*	0,9*	0,8- 1,0
Cancer				Faible	13,8*	1,0	0,9- 1,1
Oui	23,3*	1,4*	1,1- 1,7	Sédentaire [†]	15,6	1,0	...
Non [†]	13,2	1,0	...	Sexe			
Ulcères à l'estomac/à l'intestin				Hommes [†]	11,6	1,0	...
Oui	27,9*	1,3*	1,1- 1,6	Femmes	15,1*	1,1*	1,0- 1,2
Non [†]	12,8	1,0	...	Groupe d'âge			
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral				15 à 24 ans [†]	10,0	1,0	...
Oui	28,6*	1,1	0,8- 1,5	25 à 34 ans	9,7	1,0	0,8- 1,2
Non [†]	13,2	1,0	...	35 à 44 ans	12,6*	1,2	0,9- 1,4
Troubles intestinaux				45 à 54 ans	15,9*	1,4*	1,2- 1,8
Oui	27,8*	1,4*	1,2- 1,7	55 à 64 ans	15,7*	1,3*	1,0- 1,6
Non [†]	13,0	1,0	...	65 à 74 ans	15,6*	1,2	0,9- 1,5
Bronchite chronique/emphysème/bronchopneumopathie chronique obstructive				75 ans et plus	19,7*	1,2	0,9- 1,5
Oui	29,4*	1,2*	1,0- 1,5	État matrimonial			
Non [†]	12,7	1,0	...	Marié(e) [†]	12,9	1,0	...
Limitation d'activité				Veuf(ve)	21,8*	1,2*	1,0- 1,4
Jamais [†]	9,3	1,0	...	Séparé(e)/divorcé(e)	18,9*	1,1	0,9- 1,3
Parfois	18,5*	1,5*	1,3- 1,7	Célibataire	11,1*	1,0	0,8- 1,1
Souvent	29,9*	2,1*	1,8- 2,4	Niveau de scolarité			
Trouble anxieux (année dernière)				Pas de diplôme d'études secondaires	17,3*	1,4*	1,2- 1,6
Oui	31,0*	1,5*	1,3- 1,8	Diplôme d'études secondaires	13,7*	1,2*	1,1- 1,4
Non [†]	12,2	1,0	...	Études postsecondaires partielles	12,1	1,0	0,9- 1,2
Trouble de l'humeur (année dernière)				Diplôme d'études postsecondaires [†]	11,3	1,0	...
Oui	36,5*	2,1*	1,8- 2,5	Revenu du ménage			
Non [†]	12,0	1,0	...	Inférieur	19,9*	1,1	0,9- 1,3
Stress au quotidien				Moyen-inférieur	15,5*	1,1	0,9- 1,2
Aucun/pas beaucoup [†]	9,2	1,0	...	Moyen-supérieur	12,3*	1,0	0,9- 1,1
Un peu	11,5*	1,4*	1,2- 1,6	Supérieur [†]	11,0	1,0	...
Assez/extrêmement	23,2*	2,3*	2,0- 2,7				

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : On a intégré aux modèles une catégorie « données manquantes » pour le revenu du ménage, l'indice de masse corporelle et les troubles anxieux, afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes respectifs ne sont pas présentés. Une catégorie « sans objet » pour le travail par poste et le stress au travail a été incluse dans le modèle, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

[†]Catégorie de référence.

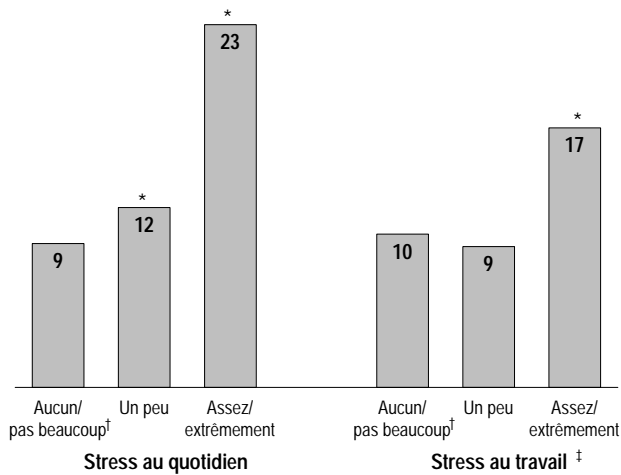
[‡] Personnes interrogées de 15 à 75 ans qui travaillaient ou avaient travaillé à un emploi ou à une entreprise au cours des 12 derniers mois.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Graphique 2

Pourcentage de personnes déclarant faire de l'insomnie, selon le niveau de stress, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

† Catégorie de référence.

‡ Personnes interrogées de 15 à 75 ans qui travaillaient ou avaient travaillé à un emploi ou à une entreprise au cours des 12 derniers mois.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Tableau 3

Pourcentage de personnes déclarant faire de l'insomnie, selon la principale source de stress, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

Principale source de stress	%
Prévalence globale de l'insomnie	13,4
Son propre problème ou état de santé physique	31,2*
Mort d'une personne proche	24,6*E
Son propre problème ou état de santé mentale ou émotionnelle	24,0*
Sécurité personnelle et celle des membres de la famille	16,6
Autres responsabilités personnelles ou familiales	16,4*
Relations interpersonnelles	15,8*
Soins à donner aux autres	15,6
Situation quant à l'emploi (chômage)	14,6
Situation financière	14,5
Santé des membres de la famille	14,4
Autre	14,2
Soins à donner à ses enfants	12,1
Sa propre situation d'emploi	11,9*
Contraintes de temps/manque de temps	8,1*
Aucune	8,0*
École	7,5*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement différente du taux d'insomnie global ($p < 0,05$).

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

ayant peu de stress au travail ou pas du tout (tableau 2).

Même si le stress au travail n'est pas associé à l'insomnie, l'horaire de travail d'une personne l'est^{35,36}. Les personnes qui avaient un emploi et qui avaient un horaire de travail atypique étaient plus susceptibles de déclarer faire de l'insomnie que celles qui avaient un horaire de jour. Même lorsque les autres facteurs étaient maintenus constants, la cote exprimant la possibilité que les travailleurs par poste fassent de l'insomnie était élevée comparativement aux autres travailleurs (tableau 2).

Alcool et drogues

L'alcool, qui agit comme un sédatif, peut favoriser le sommeil. Toutefois, la consommation d'alcool peut aussi entraîner une activation neuro-végétative au cours du cycle de sommeil, et la consommation continue d'alcool peut réduire ses effets bénéfiques sur le sommeil³⁷. Selon les résultats de l'ESCC, 16 % des personnes buvant fréquemment à l'excès déclaraient faire de l'insomnie, comparativement à 13 % des personnes qui ne buvaient pas fréquemment à l'excès. Cette association est maintenue, même lorsque l'on tient compte des effets des autres facteurs (tableau 2). Elle peut être le résultat de la consommation d'alcool comme automédication prolongée et excessive des problèmes de sommeil, ou encore des effets négatifs de la consommation élevée d'alcool de façon chronique sur la régulation du sommeil par le cerveau, ou encore être liée à des problèmes physiques et psychiatriques comorbides pouvant contribuer à l'insomnie³⁸.

Environ une personne sur cinq (18 %) qui consommait du cannabis, mais aucune autre drogue illicite, au moins une fois par semaine déclarait faire de l'insomnie, ce qui est significativement plus élevé que les 13 % de personnes qui ne consommaient pas de drogues illicites ou qui en consommaient moins fréquemment. Lorsque les autres facteurs étaient pris en compte, la cote exprimant la possibilité de faire de l'insomnie continuait d'être élevée chez les consommateurs fréquents de cannabis.

Définitions

Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) on a déterminé que des personnes souffraient d'*insomnie* en leur posant la question suivante : « Avez-vous des problèmes à vous endormir ou à rester endormi(e)? » Cinq catégories de réponses ont été lues aux personnes interrogées : jamais; rarement; parfois; la plupart du temps; tout le temps. Les personnes interrogées qui ont répondu « la plupart du temps » ou « tout le temps » ont été classées comme faisant de l'insomnie.

Pour calculer le *nombre habituel d'heures de sommeil par nuit*, on a posé la question suivante aux personnes interrogées : « Habituellement, combien d'heures dormez-vous chaque nuit? » On a indiqué aux intervieweurs de ne pas inclure les heures consacrées au repos. Les intervieweurs disposaient de 12 catégories de tranches d'une heure, allant de « moins de deux heures » à « douze heures ou plus » pour inscrire les réponses des personnes interrogées. Pour calculer le nombre moyen d'heures de sommeil, on a attribué à chaque catégorie de réponse la valeur médiane. Par exemple, dans le cas des personnes interrogées qui ont indiqué « de six à moins de sept heures », on a attribué une valeur de 6,5 heures. À celles qui ont répondu « moins de deux heures », on a attribué une valeur de 1,5, et à celles qui ont répondu « douze heures ou plus », on a attribué une valeur de 12,5 heures.

L'utilisation de *médicaments pour dormir* a été mesurée grâce à la question suivante : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pris des médicaments pour vous aider à dormir (tels que Imovane, Nytol ou Starnoc)? » D'autres questions ont été posées afin de déterminer si les médicaments avaient été pris sous la supervision d'un professionnel de la santé et qui les avait prescrits.

Les personnes interrogées ont été considérées comme n'ayant pas un *sommeil réparateur*, si elles ont répondu « jamais » ou « rarement » à la question « Votre sommeil est-il réparateur? »

Pour mesurer les *problèmes de santé chroniques*, on a posé des questions aux personnes interrogées concernant les problèmes de santé qui duraient ou qui devaient durer six mois ou plus et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Les intervieweurs ont lu une liste de problèmes. Ceux utilisés pour la présente analyse sont les suivants : asthme; fibromyalgie; arthrite ou rhumatisme; maux de dos; hypertension; migraine; diabète; maladie cardiaque; cancer; ulcères à l'estomac ou à l'intestin; séquelles d'un accident vasculaire cérébral; troubles intestinaux; bronchite chronique, emphysème ou bronchopneumopathie chronique obstructive.

Pour déterminer les *limitations d'activité*, les intervieweurs ont posé les questions suivantes : « Avez-vous de la difficulté à entendre, à voir, à communiquer, à marcher, à monter un escalier, à vous pencher, à apprendre ou à faire d'autres activités semblables? » et « Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou un problème de santé de longue durée réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire : à la maison, au travail, à l'école, dans d'autres activités (p. ex., déplacements ou loisirs)? »

Les *troubles anxieux* au cours de la dernière année comprenaient au moins un des troubles suivants : trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie. Parmi les *troubles de l'humeur* au cours de la dernière année figuraient un épisode dépressif majeur ou une manie (trouble bipolaire 1). Pour une liste complète des questions et des algorithmes utilisés dans le cadre de l'ESCC pour mesurer ces troubles, selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième*

édition (DSM-IV)[®], voir l'annexe du supplément annuel de 2004 des *Rapports sur la santé*. Les questions et une description générale sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/index_f.htm.

Le *stress au quotidien* a été déterminé grâce à la question suivante : « En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : pas du tout stressantes, pas tellement stressantes, un peu stressantes, assez stressantes, extrêmement stressantes? » Pour la présente analyse, les réponses « pas du tout stressantes » et « pas tellement stressantes » ont été combinées, de même que les réponses « assez stressantes » et « extrêmement stressantes ».

Pour établir la *principale source de stress*, on a eu recours à la question suivante : « En pensant au stress dans votre vie de tous les jours, quelle est la plus importante source qui contribue aux sentiments de stress que vous pouvez avoir? » Les intervieweurs pouvaient choisir à partir de 16 catégories de réponses.

Le *stress au travail* a été déterminé en posant aux personnes interrogées de 15 à 75 ans qui travaillaient ou avaient travaillé à un emploi ou à une entreprise au cours de la dernière année la question suivante concernant leur emploi principal : « Diriez-vous que la plupart de vos journées étaient : pas du tout stressantes; pas tellement stressantes; plus stressantes; assez stressantes; extrêmement stressantes? » Pour la présente analyse, les catégories « pas du tout stressantes » et « pas tellement stressantes », de même que les catégories « assez stressantes » et « extrêmement stressantes » ont été combinées.

Le *travail par poste* a été déterminé en posant aux personnes interrogées de 15 à 75 ans qui travaillaient ou avaient travaillé à un emploi ou à une entreprise au cours de la dernière année la question suivante : « Parmi les catégories suivantes, laquelle décrit le mieux les heures que vous travaillez habituellement à votre emploi? » Huit réponses étaient possibles : horaire ou quart normal de jour; quart normal de soirée; quart normal de nuit; quart rotatif; quart brisé; sur appel; horaire irrégulier; autres heures. Le travail par poste a été défini comme tout travail ne comportant pas un horaire régulier de jour.

On a demandé aux personnes interrogées si elles avaient bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois. On leur a indiqué qu'un « verre » s'entendait d'une bouteille ou d'une canette de bière ou d'un verre de bière en fût, d'un verre de vin ou de boisson rafraîchissante au vin (« cooler »), ou encore d'un verre ou d'un cocktail contenant une once et demie de spiritueux. La *consommation abusive d'alcool* a été déterminée en demandant aux personnes interrogées combien de fois au cours des 12 derniers mois elles avaient bu cinq verres ou plus d'alcool à une même occasion. Celles qui ont répondu une fois par semaine ont été considérées comme des *buveurs excessifs* fréquents.

On a demandé aux personnes interrogées si elles avaient utilisé une *drogue illicite* au cours des 12 derniers mois. À celles qui ont répondu « oui », on a demandé combien de fois elles l'avaient fait : moins d'une fois par mois, une à trois fois par mois, une fois par semaine, plus d'une fois par semaine, tous les jours. On a posé cette question pour chacune des drogues suivantes : marijuana, cannabis ou haschich; cocaïne ou crack; speed (amphétamines); ecstasy (MDMA) ou drogues semblables; drogues hallucinogènes, PCP ou LSD (acide); colle, essence ou autres

Définitions - fin

solvants (inhalation); et héroïne. On a attribué aux personnes interrogées une fréquence de consommation pour la drogue qu'elles consommaient le plus souvent. Par conséquent, une personne qui consommait du cannabis (mais aucune autre drogue illicite) une fois par semaine s'est vu attribuer une fréquence de consommation de cannabis de seulement au moins une fois par semaine. Une personne qui consommait du cannabis une fois par semaine et de la cocaïne de une à trois fois par mois s'est vu attribuer une fréquence de consommation au moins hebdomadaire d'autres drogues illicites (en plus du cannabis ou non).

Le poids est défini du point de vue de l'*indice de masse corporelle* (IMC), qui a été calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. L'IMC a été regroupé en cinq catégories : insuffisance de poids (moins de 18,5), poids normal (18,5 à 24,9), surpoids (25,0 à 29,9), obèse classe I (30,0 à 34,9) et obèse classe II/III (35,0 et plus).

Pour calculer le *niveau d'activité physique durant les loisirs*, la dépense d'énergie (DE) des personnes interrogées a été estimée pour chaque activité à laquelle elles avaient participé pendant leurs loisirs. À cette fin, on a multiplié le nombre de fois qu'une personne interrogée avait participé à une activité sur une période de 12 mois par la durée moyenne en heures et par la dépense énergétique de l'activité (kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité). Pour calculer la DE moyenne quotidienne pour l'activité, l'estimation a été multipliée par 365. Ce calcul a été repris pour toutes les activités durant les loisirs déclarées, et les estimations en découlant ont été additionnées pour produire une DE moyenne quotidienne agrégée. La fréquence (ou la régularité) de l'activité physique a été fondée sur le nombre de fois, au cours des 12 mois précédents, que les personnes interrogées avaient participé à une activité qui avait duré plus de 15 minutes : de façon régulière (12 fois ou plus par mois) ou irrégulière (11 fois ou moins par mois). Les *catégories d'activité physique* suivantes ont été définies :

- élevée — dépense énergétique élevée (3 ou plus kcal/kg par jour) durant une activité physique régulière.
- modérée — dépense énergétique moyenne (1,5 à 2,9 kcal/kg par jour) durant une activité physique régulière.
- légère — dépense énergétique faible (moins de 1,5 kcal/kg par jour) durant une activité physique régulière.
- sédentaire — activité physique irrégulière, peu importe la dépense d'énergie.

Au total sept *groupes d'âge* ont été utilisés : 15 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans et 75 ans et plus.

En ce qui a trait à l'*état matrimonial*, quatre catégories ont été définies : marié(e) ou vivant en union de fait; veuf(ve); divorcé(e) ou séparé(e); et jamais marié(e).

Les personnes interrogées ont été regroupées en quatre catégories de *niveau de scolarité* selon le niveau le plus élevé achevé : aucun diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études

postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Le *revenu du ménage* a été fondé sur le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total du ménage provenant de toutes les sources au cours des 12 mois ayant précédé l'entrevue.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ ou plus
	3 ou plus	80 000 \$ ou plus

On a déterminé la capacité des personnes interrogées à faire face aux *exigences quotidiennes de la vie* en leur posant la question suivante : « En général, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie, par exemple, faire face aux responsabilités vis-à-vis le travail, la famille et le bénévolat? Diriez-vous que votre capacité est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise? »

On a aussi posé des questions aux personnes interrogées concernant les *problèmes inattendus et difficiles* : « En général, comment évaluez-vous votre capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles, par exemple, une crise familiale ou personnelle? Diriez-vous que votre capacité est : excellente, très bonne, bonne, passable, mauvaise? »

Les personnes interrogées de 25 à 54 ans ont été classées comme *ne travaillant pas actuellement* si elles n'avaient pas travaillé au cours de la semaine précédant l'entrevue et si elles n'étaient pas absentes d'un emploi ou d'une entreprise.

L'*incapacité au cours des deux dernières semaines* a été mesurée du point de vue du nombre de jours passés au lit et de jours de « limitation des activités » au cours des deux dernières semaines. On a demandé aux personnes interrogées combien de jours elles étaient demeurées au lit en raison d'une maladie ou d'une blessure (y compris les nuits passées à l'hôpital), ainsi que le nombre de jours pendant lesquels elles avaient restreint leurs activités normales en raison d'une maladie ou d'une blessure.

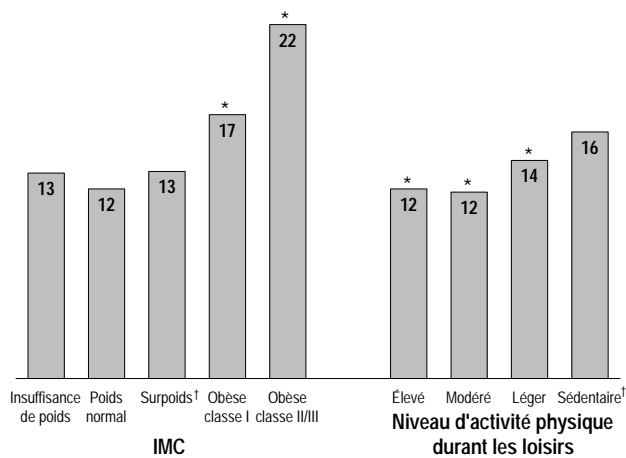
L'« *insatisfaction à l'égard de la vie* » a été établie à partir de la question suivante : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre vie en général? Très satisfait, satisfait, ni satisfait ni insatisfait, insatisfait, très insatisfait? » Les deux dernières catégories ont servi à classer les personnes interrogées qui étaient considérées comme insatisfaites de leur vie.

Obésité et activité physique

Des proportions élevées de personnes obèses souffrent d'insomnie. Plus leur excès de poids est grand, plus elles sont susceptibles d'avoir du mal à dormir²⁹. Selon l'ESCC, 17 % des personnes considérées comme obèses classe I et 22 % de celles considérées comme obèses classe II/III indiquaient faire de l'insomnie; la proportion était de 12 % pour les personnes ayant un poids normal (graphique 3). Cependant, après prise en compte des effets des autres facteurs, la cote exprimant la possibilité de faire de l'insomnie demeurerait élevée seulement chez les personnes considérées comme obèses classe II/III (tableau 2). Cette association peut être une conséquence de l'apnée du sommeil, qui est liée à l'obésité et qui constitue aussi un facteur de risque de l'insomnie^{39,40}, mais elle n'est pas mesurée dans l'ESCC (voir *Limites*).

L'activité physique est généralement considérée comme favorisant le sommeil, du fait qu'elle contribue au bien-être psychologique et à la relaxation musculaire, qu'elle a des effets thermiques et qu'elle permet la conservation de l'énergie, même s'il existe peu de données épidémiologiques à l'appui

Graphique 3
Pourcentage de personnes déclarant faire de l'insomnie, selon l'indice de masse corporelle (IMC) et le niveau d'activité physique durant les loisirs, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

† Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

Limites

Les recherches épidémiologiques ne comprennent pas de définition type de l'insomnie⁵. Par conséquent, même si la prévalence indiquée dans la présente analyse (13,4 %) se situe à l'intérieur d'une fourchette de chiffres déclarée précédemment⁵, la prudence est de mise lorsque l'on compare les résultats avec d'autres résultats, en raison de différences dans le libellé des questions, les catégories de réponse et les méthodes de collecte.

Des facteurs importants dont on sait qu'ils sont associés à l'insomnie n'ont pas pu être déterminés à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : antécédents d'insomnie, autres troubles du sommeil, comme apnée du sommeil, hygiène du sommeil et apport de nicotine et de caféine^{5,15}. Étant donné que ces variables n'ont pu être incluses dans les modèles multivariés, les résultats de l'ESCC pourraient surestimer les associations entre certains facteurs et l'insomnie.

La présente analyse ne comporte pas de distinction entre les états d'insomnie aigus, subaigus et chroniques. Il est impossible d'isoler l'insomnie primaire, secondaire et volontaire, et il n'est pas possible non plus de faire une distinction entre les cas accidentels et prévalents. Par conséquent, des différences importantes entre ces types d'insomnie, dont on sait qu'ils comportent des risques et des résultats différents, n'ont pu être vérifiées^{4,8,41}.

Les résultats de l'ESCC ont été fondés sur les réponses fournies par les personnes interrogées, qui n'ont pas été validées par une source indépendante. Par exemple, on sait que le poids et la taille autodéclarés sous-estiment la prévalence du surpoids et de l'obésité⁴²⁻⁴⁴.

De même, la mesure de la dépense énergétique a tendance à sous-estimer l'activité physique totale des personnes interrogées étant donné qu'elle ne tient pas compte de l'activité au travail ou dans les tâches ménagères.

L'analyse des données de l'ESCC étant transversale, les associations entre les variables ne peuvent être examinées qu'à un moment donné dans le temps. La causalité et l'ordonnement des événements ne peuvent faire l'objet d'inférences. Par exemple, il n'est pas clair si un problème de santé chronique est la cause ou le résultat de l'insomnie, ou si les deux partagent une pathologie commune². De même, les ouvrages publiés laissent supposer que le rapport entre l'insomnie et les problèmes émotionnels est bidirectionnel, et que les deux peuvent avoir une source commune^{13,15,45}. Par ailleurs, on n'a pas pu déterminer si la consommation abusive d'alcool sur une base fréquente et l'utilisation de drogues menaient à l'insomnie ou si l'insomnie entraînait une consommation abusive d'alcool sur une base fréquente et l'utilisation de drogues.

de cette affirmation^{32,46-48}. Certaines études ont permis de déterminer que l'exercice constitue un facteur de protection modeste et fragile^{32-34,49,50}, ou qu'il ne doit pas être associé à l'insomnie²⁸, selon les définitions, le groupe d'âge et le plan de sondage. Les résultats de l'ESCC révèlent que les personnes actives physiquement ont une prévalence plus faible d'insomnie que les personnes sédentaires (graphique 3). Toutefois, lorsque les effets des autres facteurs étaient pris en compte, la cote exprimant la possibilité d'être insomniaque était faible uniquement pour les personnes modérément actives, comparativement aux personnes sédentaires; l'activité physique intense et limitée ne comportait pas de lien significatif avec l'insomnie (tableau 2).

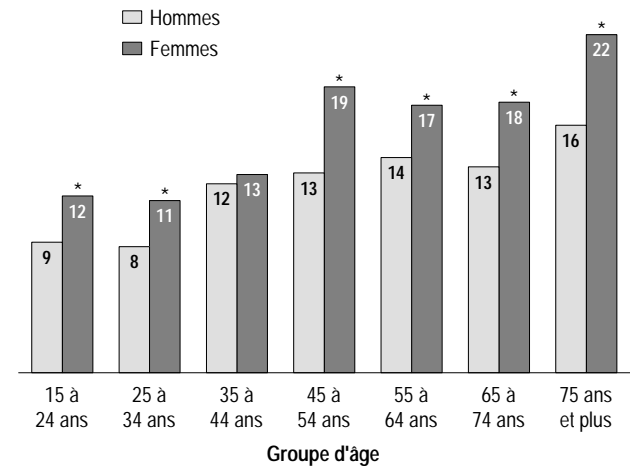
Problème chez les gens d'âge mûr

Il est peu surprenant de constater le lien qui existe entre les problèmes de santé physiques douloureux, les problèmes mentaux et émotionnels, le stress, ainsi que la consommation d'alcool et de drogues et l'insomnie. Même l'obésité et le manque d'activité peuvent logiquement être associés à l'incapacité d'avoir une bonne nuit de sommeil. Toutefois, au-delà de ces facteurs, il existe un certain nombre de relations moins évidentes.

La prévalence de l'insomnie augmente avec l'âge, passant ainsi de 10 % chez les personnes de 15 à 24 ans à presque 20 % chez les personnes de 75 ans et plus (tableau 2). On a laissé entendre qu'avec l'âge, les rythmes circadiens changent et la mélatonine (hormone participant au cycle sommeil-éveil) diminue^{8,28,51}. Toutefois, la vieillesse est associée à des problèmes de santé chroniques, et une fois les problèmes de santé chroniques pris en compte, la cote exprimant la possibilité de faire de l'insomnie diminuait chez les personnes âgées (tableau 2, tableau B en annexe, modèle 5). Cela laisse supposer que la prévalence élevée de l'insomnie chez les personnes âgées est attribuable dans une large mesure à un moins bon état de santé.

Par contre, même lorsque l'on tient compte des effets des autres facteurs, la cote exprimant la possibilité de faire de l'insomnie était significativement élevée chez les personnes d'âge mûr (45 à 54 ans ou 55 à 64 ans), comparativement

Graphique 4
Pourcentage de personnes déclarant faire de l'insomnie, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002
*Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).

aux 15 à 24 ans. Ces résultats étaient inattendus, cette association entre l'âge et l'insomnie disparaissant lorsque l'influence de la santé physique et mentale était contrôlée dans les autres travaux de recherche^{15,28}. Toutefois, une étude a permis de déterminer la prévalence plus forte de l'insomnie chez les 55 à 64 ans¹². Par ailleurs, il est possible que des variables non disponibles dans l'ESCC soient à la base de l'association entre l'insomnie et l'âge mûr.

Femmes plus à risque

Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer faire de l'insomnie : 15 % comparativement à 12 % (tableau 2). Cet écart ressortait dans tous les groupes d'âge, sauf les 35 à 44 ans, chez qui les taux étaient similaires (graphique 4).

La plus grande prévalence de l'insomnie chez les femmes est peut-être due en partie à des changements hormonaux liés aux menstruations, à la grossesse et à la ménopause^{52,53}. De même, les maladies psychiatriques sont généralement plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes⁵⁴. Toutefois, même lorsque la santé physique et mentale est prise en compte, la cote exprimant la

possibilité que les femmes déclarent faire de l'insomnie est toujours légèrement plus élevée que pour les hommes (tableau 2, tableau B en annexe, modèle 6). Cela laisse supposer que les taux élevés d'insomnie chez les femmes sont liés en partie à d'autres facteurs que la santé, le mode de vie et les différences socioéconomiques entre les hommes et les femmes.

État matrimonial, niveau de scolarité et revenu

Selon l'ESCC de 2002, 22 % des veufs et veuves et 19 % des personnes séparées ou divorcées ont de la difficulté à dormir, ces deux pourcentages étant de beaucoup supérieurs aux chiffres associés aux personnes mariées (13 %). Parmi les personnes n'ayant jamais été mariées, la prévalence de l'insomnie est plus faible (11 %), comme l'ont démontré d'autres recherches^{12,55}. Étant donné que l'état matrimonial et l'âge sont liés, les taux élevés d'insomnie chez les veufs et veuves et les personnes séparées ou divorcées pourraient être le résultat des différences liées à l'âge et non pas à l'état matrimonial. En fait, lorsque l'on prend en compte les problèmes de santé chroniques, les associations entre l'état matrimonial et l'insomnie disparaissent pour chaque groupe, sauf celui des veufs et veuves (tableau 2, tableau B en annexe, modèle 5). La persistance du rapport entre le veuvage et l'insomnie pourrait être liée à une des formes de stress qui constituent aussi un facteur de l'insomnie : le décès d'une personne proche.

La prévalence de l'insomnie est aussi plus grande chez les personnes ayant un niveau de scolarité peu élevé ou un faible niveau de revenu^{28,55}. Les résultats de l'ESCC s'apparentent à ces conclusions, les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires et les membres des ménages à faible revenu étant plus susceptibles de déclarer faire de l'insomnie que les diplômés postsecondaires ou les membres des ménages à revenu élevé. Lorsque les autres facteurs sont pris en compte, la cote exprimant la possibilité de déclarer faire de l'insomnie demeurerait élevée chez les personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou un niveau inférieur d'études, mais l'association avec le revenu

du ménage n'était plus statistiquement significative (tableau 2, tableau B en annexe, modèle 6).

Associations négatives

À partir de données transversales comme celles de l'ESCC, il n'est pas possible d'établir de lien de cause à effet entre l'insomnie et des résultats particuliers. Néanmoins, un certain nombre d'associations significatives sont ressorties de l'analyse.

Un nombre substantiel d'insomniaques ont de la difficulté à faire face aux exigences quotidiennes. Alors que 12 % d'entre eux évaluaient comme passable ou mauvaise leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes, par exemple, les responsabilités vis-à-vis le travail et la famille, la proportion correspondante pour les personnes qui ne faisaient pas d'insomnie était de 4 % (tableau 4). Une proportion encore plus grande d'insomniaques — 17 % — évaluaient comme passable ou mauvaise leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles, par exemple, une crise familiale ou personnelle, comparativement à 8,5 % des personnes qui ne faisaient pas d'insomnie.

Un quart (25 %) des insomniaques de 25 à 54 ans étaient sans emploi, une situation qui n'était en revanche associée qu'à 16 % des personnes qui n'avaient pas de troubles de sommeil. Le pourcentage élevé d'insomniaques qui n'avaient pas d'emploi peut, dans une certaine mesure, expliquer

Tableau 4
Pourcentage de personnes déclarant certains problèmes, selon la présence d'insomnie, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Insomnie	
	Oui	Non
	%	
Capacité passable/mauvaise à faire face :		
aux exigences quotidiennes	11,8*	4,3
à des problèmes inattendus	16,7*	8,5
Ne travaillent pas actuellement†	25,2*	15,7
Incapacité au cours des deux dernières semaines	23,8*	11,7
Insatisfaction à l'égard de la vie	12,2*	3,4

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

† Personnes interrogées de 25 à 54 ans.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les personnes ne faisant pas d'insomnie ($p < 0,05$).

l'absence d'association entre l'insomnie et le stress au travail mentionnée précédemment.

Les personnes insomniaques étaient aussi plus susceptibles de déclarer avoir passé des journées au lit au cours des deux semaines précédentes, ou avoir réduit leurs activités normales : 24 % comparativement à 12 %.

Plus globalement, le pourcentage d'insomniaques qui déclaraient être insatisfaits ou très insatisfaits de leur vie (12 %) était beaucoup plus élevé que chez les personnes qui ne faisaient pas d'insomnie (4 %).

Évidemment, de nombreux facteurs, mis à part l'insomnie, sont liés à la capacité à faire face aux exigences quotidiennes, à l'emploi, à la maladie et à l'insatisfaction générale à l'égard de la vie. Par exemple, étant donné que les personnes qui font de l'insomnie ont une moins bonne santé physique que celles qui n'en font pas, leur plus grande probabilité de déclarer une journée d'incapacité ou de ne pas occuper un emploi peut être le résultat de leur santé, et non pas nécessairement de l'insomnie. Néanmoins, lorsque les problèmes de santé chroniques et les autres variables liées à la santé et au mode de vie de même que les variables socioéconomiques étaient pris en compte, la cote exprimant la possibilité de déclarer un jour d'incapacité ou ne pas travailler continuait d'être significativement plus élevée pour les personnes insomniaques (tableau C en annexe). Les autres différences se maintenaient aussi lorsque étaient pris en compte les effets des facteurs démographiques, socioéconomiques de même que ceux liés au mode de vie et à la santé physique et mentale.

Mot de la fin

En 2002, 13 % des adultes au Canada (soit plus de 3 millions de personnes) répondaient aux critères définissant l'insomnie, c'est-à-dire qu'ils avaient de la difficulté à s'endormir ou à demeurer endormis la plupart du temps ou tout le temps.

Les problèmes physiques et psychologiques peuvent nuire au sommeil. Les problèmes de santé douloureux, comme l'arthrite, la migraine et la fibromyalgie, ont été associés à l'insomnie, de même que les troubles anxieux et les troubles de l'humeur,

et les événements stressants de la vie. La consommation d'alcool et de cannabis constitue un facteur important, et l'obésité comporte aussi un lien avec les problèmes de sommeil.

Par ailleurs, une activité physique modérée et un peu de stress au travail constituent des facteurs de protection. L'absence d'association positive entre le stress au travail et l'insomnie peut venir du fait qu'une proportion relativement importante d'insomniaques ne travaillent pas.

Certains facteurs moins évidents étaient liés à l'insomnie. Une fois pris en compte l'état de santé physique et mentale, le mode de vie, les variables démographiques et socioéconomiques, être une femme, être d'âge mûr, être veuf ou veuve et avoir un faible niveau de scolarité sont autant de facteurs qui comportaient un lien significatif avec l'insomnie.

Une fois pris en compte une série de facteurs physiques, mentaux et socioéconomiques ainsi que des facteurs liés au mode de vie, l'insomnie semble être associée à des situations difficiles. Des pourcentages relativement importants d'insomniaques avaient de la difficulté à faire face aux exigences quotidiennes et aux situations imprévues. Ils étaient aussi plus susceptibles que d'autres personnes d'avoir eu une journée d'incapacité récemment ou de se dire insatisfaits globalement de la vie. De même, une proportion significativement importante de personnes dans la force de l'âge qui souffraient d'insomnie ne travaillaient pas. ●

Références

1. P. Montgomery et J. Dennis, « A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life », *Sleep Medicine Reviews*, 8(1), 2004, p. 47-62.
2. M. Billiard et A. Bentley, « Is insomnia best categorized as a symptom or a disease? », *Sleep Medicine*, 5(Supplement 1), 2004, p. S35-S40.
3. J.K. Walsh, « Clinical and socioeconomic correlates of insomnia », *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Supplement 8), 2004, p. 13-19.
4. T. Roth et T. Roehrs, « Insomnia: epidemiology, characteristics, and consequences », *Clinical Cornerstone*, 5(3), 2003, p. 5-15.

5. M.M. Ohayon, « Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn », *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 2002, p. 97-111.
6. T. Roth et S. Ancoli-Israel, « Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 national sleep foundation survey, II », *Sleep*, 22(Supplement 2), 1999, p. S354-S358.
7. W.B. Mendelson, T. Roth, J. Cassella *et al.*, « The treatment of chronic insomnia: drug indications, chronic use and abuse liability. Summary of a 2001 new clinical drug evaluation unit meeting symposium », *Sleep Medicine Reviews*, 8(1), 2004, p. 7-17.
8. L. Ayalon, L. Liu et S. Ancoli-Israel, « Diagnosing and treating sleep disorders in the older adult », *Medical Clinics of North America*, 88(3), 2004, p. 737-750.
9. J.J. Pilcher et A.I. Huffcutt, « Effects of sleep deprivation on performance: a meta-analysis », *Sleep*, 19(4), 1996, p. 318-326.
10. S.A. Martin, J.E. Aikens et R.D. Chervin, « Toward cost-effectiveness analysis in the diagnosis and treatment of insomnia », *Sleep Medicine Reviews*, 8(1), 2004, p. 63-72.
11. M.M. Weissman, S. Greenwald, G. Niño-Murcia *et al.*, « The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders », *General Hospital Psychiatry*, 19(4), 1997, p. 245-250.
12. G. Hajak et SINE Study Group, « Study of Insomnia in Europe. Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(2), 2001, p. 49-56.
13. C.L. Drake, T. Roehrs et T. Roth, « Insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview », *Depression and Anxiety*, 18(4), 2003, p.163-176.
14. M. Kuppermann, D.P. Lubeck, P.D. Mazonson *et al.*, « Sleep problems and their correlates in a working population », *Journal of General Medicine*, 10(1), 1995, p. 25-32.
15. D.J. Buysse, « Insomnia, depression and aging. Assessing sleep and mood interactions in older adults », *Geriatrics*, 59(2), 2004, p. 47-51.
16. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, « Sample design of the Canadian Mental Health Survey », *Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001, p. 93-98.
17. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être - Cycle 1.2, disponible à : http://www.statcan.ca/français/concepts/santé/cycle_1_2/index.htm, site consulté le 15 mars 2005.
18. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, quatrième édition, texte révisé, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
19. American Sleep Disorders Association, *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*, Rochester, MN, American Sleep Disorders Association, 1990.
20. Organisation mondiale de la Santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
21. K.L. Lichstein, H.H. Durrence, D.J. Taylor *et al.*, « Quantitative criteria for insomnia », *Behaviour Research and Therapy*, 41, 2003, p. 427-445.
22. T. Roth et C. Drake, « Evolution of insomnia: current status and future direction », *Sleep Medicine*, 5(Supplement 1), 2004, p. S23-S30.
23. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
24. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
25. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, Maryland, août 1999.
26. P.F. Moffitt, E.C. Kalucy, R.S. Kalucy *et al.*, « Sleep difficulties, pain and other correlates », *Journal of Internal Medicine*, 230(3), 1991, p. 245-249.
27. K. Martikainen, M. Partinen, J. Hasan *et al.*, « The impact of somatic health problems on insomnia in middle age », *Sleep Medicine*, 4(3), 2003, p. 201-206.
28. D.A. Sutton, H. Moldofsky et E.M. Badley, « Insomnia and health problems in Canadians », *Sleep*, 24(6), 2001, p. 665-670.
29. R. Dodge, M.G. Cline et S.F. Quan, « The natural history of insomnia and its relationship to respiratory symptoms », *Archives of Internal Medicine*, 155(16), 1995, p. 1797-1800.
30. M.M. Ohayon et T. Roth, « Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders », *Journal of Psychiatric Research*, 37(1), 2003, p. 9-15.
31. E.O. Johnson et N. Breslau, « Sleep problems and substance use in adolescence », *Drug and Alcohol Dependence*, 64(1), 2001, p. 1-7.
32. K. Morgan, « Daytime activity and risk factors for late-life insomnia », *Journal of Sleep Research*, 12(3), 2003, p. 231-238.
33. K. Kim, M. Uchiyama, M. Okawa *et al.*, « Lifestyles and sleep disorders among the Japanese adult population », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(2), 1999, p. 269-270.
34. K. Kim, M. Uchiyama, M. Okawa *et al.*, « An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population », *Sleep*, 23(1), 2000, p. 41-47.
35. C.L. Drake, T. Roehrs, G. Richardson *et al.*, « Shift work sleep disorder: prevalence and consequence beyond that of symptomatic day workers », *Sleep*, 27(8), 2004, p.1453-1462.
36. M. Shields, « Travail par quarts et santé », *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 11-36 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
37. A. Qureshi et T. Lee-Chiong Jr., « Medications and their effects on sleep », *Medical Clinics of North America*, 88(3), 2004, p. 751-766.
38. K.J. Brower, « Insomnia, alcoholism and relapse », *Sleep Medicine Reviews*, 7(6), 2003, p. 523-539.
39. K. Chin et M. Ohi, « Obesity and obstructive sleep apnea syndrome », *Internal Medicine*, 38(2), 1999, p. 200-202.
40. D.F. Kripke, L. Garfinkel, D.L. Wingard *et al.*, « Mortality associated with sleep duration and insomnia », *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 2002, p. 131-136.

41. K. Morgan et D. Clarke, « Longitudinal trends in late-life insomnia: implications for prescribing », *Age and Ageing*, 26(3), 1997, p. 179-184.
42. M.L. Booth, C. Hunter, C.J. Gore *et al.*, « The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimates of the population prevalence of overweight », *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(8), 2000, p. 1058-1061.
43. R.J. Roberts, « Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? », *Public Health*, 109(4), 1995, p. 275-284.
44. M.L. Rowland, « Reporting bias in height and weight data », *Statistical Bulletin of the Metropolitan Insurance Company*, 70(2), 1989, p. 2-11.
45. D. Riemann et U. Voderholzer, « Primary insomnia: a risk factor to develop depression? », *Journal of Affective Disorders*, 76(1-3), 2003, p. 255-259.
46. A.C. King, R.F. Oman, G.S. Brassington *et al.*, « Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults », *The Journal of the American Medical Association*, 277(1), 1997, p. 32-37.
47. S.D. Youngstedt, P.J. O'Connor et R.K. Dishman, « The effects of acute exercise on sleep: a quantitative synthesis », *Sleep*, 20(3), 1997, p. 203-214.
48. H.S. Driver et S.R. Taylor, « Exercise and sleep », *Sleep Medicine Reviews*, 4(4), 2000, p. 387-402.
49. D.L. Sherrill, K. Kotchou et S.F. Quan, « Association of physical activity and human sleep disorders », *Archives of Internal Medicine*, 158(17), 1998, p. 1894-1898.
50. E. Habte-Gabr, R.B. Wallace, P.L. Colsher *et al.*, « Sleep patterns in rural elders: demographic, health, and psychobehavioral correlates », *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(1), 1991, p. 5-13.
51. H.J. Moller, J. Barbera, L. Kayumov *et al.*, « Psychiatric aspects of late-life insomnia », *Sleep Medicine Reviews*, 8(1), 2004, p. 31-45.
52. A.D. Krystal, « Insomnia in women », *Clinical Cornerstone*, 5(3), 2003, p. 41-50.
53. N.A. Collop, D. Adkins et B.A. Phillips, « Gender differences in sleep and sleep-disordered breathing », *Clinics in Chest Medicine*, 25(2), 2004, p. 257-268.
54. Statistique Canada, *Le Quotidien*, 3 septembre 2003, p. 2-4 (n° 11-001 au catalogue).
55. M. Ohayon, « Epidemiological study on insomnia in the general population », *Sleep*, 19(Supplement 3), 1996, p. S7-S15.

Annexe

Tableau A
Répartition de certaines caractéristiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Taille de l'échantillon		Population estimée		Taille de l'échantillon		Population estimée	
			milliers	%			milliers	%
Insomnie								
Oui	5 612	3 346	13,4					
Non	31 364	21 647	86,6					
Sexe								
Hommes	16 771	12 284	49,2					
Femmes	20 205	12 708	50,8					
Groupe d'âge								
15 à 24 ans	5 673	4 136	16,6					
25 à 34 ans	5 770	4 054	16,2					
35 à 44 ans	7 042	5 453	21,8					
45 à 54 ans	5 702	4 442	17,8					
55 à 64 ans	5 055	3 181	12,7					
65 à 74 ans	4 112	2 191	8,8					
75 ans et plus	3 622	1 534	6,1					
État matrimonial								
Marié(e)	19 181	15 409	61,7					
Veuf(ve)	3 814	1 363	5,5					
Séparé(e)/divorcé(e)	4 152	1 843	7,4					
Célibataire	9 797	6 351	25,4					
Données manquantes	32	28 ^E	0,1 ^E					
Niveau de scolarité								
Aucun diplôme d'études secondaires	10 589	6 306	25,2					
Diplôme d'études secondaires	6 496	4 692	18,8					
Études postsecondaires partielles	3 049	2 078	8,3					
Diplôme d'études postsecondaires	16 612	11 678	46,7					
Données manquantes	230	240	1,0					
Revenu du ménage								
Inférieur	4 953	2 299	9,2					
Moyen-inférieur	8 079	4 737	19,0					
Moyen-supérieur	11 781	8 099	32,4					
Supérieur	8 716	7 482	29,9					
Non indiqué	3 447	2 376	9,5					
Indice de masse corporelle								
Insuffisance de poids	1 061	763	3,1					
Poids normal	16 991	11 995	48,0					
Surpoids	11 980	7 984	31,9					
Obèse classe I	4 476	2 819	11,3					
Obèse classe II/III	1 714	1 003	4,0					
Données manquantes	753	429	1,7					
Niveau d'activité physique durant les loisirs								
Élevé	9 515	6 526	26,1					
Modéré	9 622	6 500	26,0					
Faible	5 557	3 651	14,6					
Sédentaire	12 277	8 314	33,3					
Données manquantes	5	F	F					
Consommation abusive d'alcool au moins une fois par semaine								
Oui	2 491	1 630	6,5					
Non	34 303	23 252	93,0					
Données manquantes	182	111	0,4					
Consommation de drogue illicite au moins une fois par semaine								
Cannabis seulement	1 019	669	2,7					
Toute drogue illicite	456	321	1,3					
Aucune drogue illicite consommée sur une base hebdomadaire	35 391	23 927	95,7					
Données manquantes	110	75	0,3					
Travail par poste								
Oui	7 915	5 675	22,7					
Non	16 245	12 254	49,0					
Sans objet	12 607	6 894	27,6					
Données manquantes	209	170	0,7					
Stress au quotidien								
Aucun/pas beaucoup	14 246	9 090	36,4					
Un peu	14 702	10 121	40,5					
Assez/extrêmement	8 014	5 778	23,1					
Données manquantes	14	4 ^E	0,0 ^E					
Stress au travail								
Aucun/pas beaucoup	7 522	5 397	21,6					
Un peu	9 624	6 979	27,9					
Assez/extrêmement	6 863	5 479	21,9					
Sans objet	12 743	6 989	28,0					
Données manquantes	224	149	0,6					
Limitation d'activité								
Jamais					24 447	17 637	70,6	
Parfois					6 899	4 233	16,9	
Souvent					5 587	3 094	12,4	
Données manquantes					43	29 ^E	0,1 ^E	
Problèmes de santé chroniques								
Asrhme								
Oui					3 357	2 131	8,5	
Non					33 616	22 861	91,5	
Données manquantes					3	F	F	
Fibromyalgie								
Oui					595	366	1,5	
Non					36 369	24 622	98,5	
Données manquantes					12	F	F	
Arthrite/rhumatisme								
Oui					8 244	4 383	17,5	
Non					28 714	20 601	82,4	
Données manquantes					18	9 ^E	0,0 ^E	
Maux de dos								
Oui					8 396	5 212	20,9	
Non					28 573	19 778	79,1	
Données manquantes					7	F	F	
Hypertension								
Oui					6 640	3 702	14,8	
Non					30 303	21 273	85,1	
Données manquantes					33	18 ^E	0,1 ^E	
Migraine								
Oui					3 984	2 680	10,7	
Non					32 985	22 309	89,3	
Données manquantes					7	F	F	
Diabète								
Oui					2 130	1 210	4,8	
Non					34 835	23 778	95,1	
Données manquantes					11	F	F	
Maladie cardiaque								
Oui					2 717	1 359	5,4	
Non					34 236	23 622	94,5	
Données manquantes					23	12 ^E	0,0 ^E	
Cancer								
Oui					863	492	2,0	
Non					36 102	24 497	98,0	
Données manquantes					11	F	F	
Ulcères à l'estomac/à l'intestin								
Oui					1 700	1 033	4,1	
Non					35 251	23 950	95,8	
Données manquantes					25	10 ^E	0,0 ^E	
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral								
Oui					521	251	1,0	
Non					36 446	24 739	99,0	
Données manquantes					9	F	F	
Troubles intestinaux								
Oui					1 236	697	2,8	
Non					35 726	24 291	97,2	
Données manquantes					14	F	F	
Bronchite chronique/emphysème/bronchopneumopathie chronique obstructive								
Oui					1 783	977	3,9	
Non					35 164	23 996	96,0	
Données manquantes					29	20 ^E	0,1 ^E	
Trouble anxieux (année dernière)								
Oui					1 803	1 162	4,6	
Non					34 065	23 199	92,8	
Données manquantes					1 108	632	2,5	
Trouble de l'humeur (année dernière)								
Oui					2 122	1 309	5,2	
Non					34 556	23 524	94,1	
Données manquantes					298	159	0,6	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Huit personnes interrogées n'ont pas répondu à la question sur l'insomnie.

E Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % (interpréter avec prudence).

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 % (valeur supprimée en raison de la très grande variabilité d'échantillonnage).

Tableau B

Rapports de cotes corrigés exprimant la relation entre certaines caractéristiques et l'insomnie, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe												
Hommes [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Femmes	1,3*	1,2-1,4	1,4*	1,2-1,5	1,3*	1,2-1,5	1,3*	1,1-1,4	1,1*	1,0-1,3	1,1*	1,0-1,2
Groupe d'âge												
15 à 24 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
25 à 34 ans	1,2	1,0-1,4	1,1	0,9-1,3	1,2	1,0-1,4	1,1	0,9-1,3	1,0	0,8-1,2	1,0	0,8-1,2
35 à 44 ans	1,5*	1,3-1,8	1,5*	1,2-1,8	1,5*	1,2-1,8	1,4*	1,1-1,7	1,2	0,9-1,4	1,2	0,9-1,4
45 à 54 ans	2,0*	1,6-2,4	1,9*	1,6-2,3	1,9*	1,6-2,4	1,8*	1,5-2,2	1,4*	1,1-1,7	1,4*	1,2-1,8
55 à 64 ans	1,8*	1,5-2,2	1,8*	1,5-2,2	1,7*	1,4-2,1	1,8*	1,4-2,2	1,2	1,0-1,5	1,3*	1,0-1,6
65 à 74 ans	1,6*	1,3-2,0	1,6*	1,3-2,0	1,4*	1,1-1,7	1,5*	1,2-1,9	1,1	0,8-1,4	1,2	0,9-1,5
75 ans et plus	1,8*	1,5-2,3	1,9*	1,6-2,4	1,6*	1,2-2,0	1,9*	1,5-2,3	1,0	0,8-1,4	1,2	0,9-1,5
État matrimonial												
Marié(e) [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Veuf(ve)	1,2*	1,1-1,4	1,2*	1,0-1,4	1,2*	1,0-1,4	1,2*	1,0-1,4	1,2*	1,0-1,5	1,2*	1,0-1,4
Séparé(e)/divorcé(e)	1,4*	1,2-1,5	1,3*	1,2-1,5	1,3*	1,2-1,5	1,2*	1,1-1,4	1,2	1,0-1,3	1,1	0,9-1,3
Célibataire	1,0	0,9-1,2	1,0	0,9-1,2	1,0	0,9-1,2	1,0	0,9-1,2	1,0	0,9-1,2	1,0	0,8-1,1
Niveau de scolarité												
Aucun diplôme d'études secondaires	1,5*	1,3-1,7	1,4*	1,3-1,6	1,4*	1,2-1,5	1,4*	1,3-1,6	1,4*	1,2-1,6	1,4*	1,2-1,6
Diplôme d'études secondaires	1,2*	1,1-1,4	1,2*	1,0-1,3	1,2*	1,0-1,3	1,2*	1,1-1,4	1,2*	1,1-1,4	1,2*	1,1-1,4
Études postsecondaires partielles	1,2	1,0-1,4	1,1	0,9-1,3	1,1	0,9-1,3	1,1	1,0-1,3	1,1	0,9-1,3	1,0	0,9-1,2
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage												
Inférieur	1,6*	1,4-1,9	1,5*	1,3-1,8	1,4*	1,2-1,6	1,3*	1,1-1,5	1,1	1,0-1,3	1,1	0,9-1,3
Moyen-inférieur	1,3*	1,1-1,4	1,2*	1,1-1,4	1,2*	1,0-1,3	1,2*	1,0-1,3	1,1	0,9-1,3	1,1	0,9-1,2
Moyen-supérieur	1,1	0,9-1,2	1,0	0,9-1,2	1,0	0,9-1,1	1,0	0,9-1,2	1,0	0,9-1,1	1,0	0,9-1,1
Supérieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Indice de masse corporelle												
Insuffisance de poids			1,0	0,8-1,3	1,0	0,8-1,3	1,0	0,8-1,3	1,0	0,8-1,3	0,9	0,7-1,2
Poids normal [†]			1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Surpoids			1,1	1,0-1,2	1,1	1,0-1,2	1,1	1,0-1,2	1,0	0,9-1,1	1,0	0,9-1,1
Obèse classe I			1,4*	1,2-1,6	1,4*	1,2-1,6	1,3*	1,2-1,6	1,2	1,0-1,4	1,1	1,0-1,3
Obèse classe II/III			1,9*	1,6-2,3	1,9*	1,6-2,3	1,9*	1,5-2,3	1,4*	1,1-1,7	1,4*	1,1-1,7
Niveau d'activité physique durant les loisirs												
Élevé			0,9*	0,8-1,0	0,9*	0,8-1,0	0,9	0,8-1,0	1,0	0,9-1,1	1,0	0,9-1,1
Modéré			0,8*	0,7-0,9	0,8*	0,7-0,9	0,8*	0,7-0,9	0,9*	0,8-1,0	0,9*	0,8-1,0
Faible			0,9	0,8-1,0	0,9	0,8-1,0	0,9	0,8-1,0	1,0	0,8-1,1	1,0	0,9-1,1
Sédentaire [†]			1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Au moins une fois par semaine												
Consommation abusive d'alcool			1,4*	1,2-1,7	1,5*	1,2-1,8	1,5*	1,2-1,8	1,5*	1,2-1,8	1,5*	1,2-1,8
Cannabis seulement			1,8*	1,4-2,2	1,8*	1,4-2,2	1,8*	1,4-2,3	1,5*	1,2-2,0	1,5*	1,1-1,9
Autre drogue illicite (avec ou sans cannabis)			1,6*	1,1-2,3	1,6*	1,1-2,3	1,4	0,9-2,1	1,3	0,8-1,9	1,1	0,7-1,7
Travail par poste[†]												
					1,2*	1,1-1,4	1,3*	1,1-1,5	1,3*	1,1-1,4	1,3*	1,1-1,4
Stress au quotidien												
Aucun/pas beaucoup [†]							1,0	...	1,0	...	1,0	...
Un peu							1,6*	1,4-1,8	1,4*	1,3-1,6	1,4*	1,2-1,6
Assez/extrêmement							3,5*	3,0-3,9	2,6*	2,3-3,0	2,3*	2,0-2,7
Stress au travail[†]												
Aucun/pas beaucoup [†]							1,0	...	1,0	...	1,0	...
Un peu							0,7*	0,6-0,9	0,8*	0,7-0,9	0,8*	0,7-0,9
Assez/extrêmement							1,0	0,9-1,2	1,0	0,9-1,3	1,1	0,9-1,3

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4		Modèle 5		Modèle 6	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Limitation d'activité												
Jamais [†]									1,0	...	1,0	...
Parfois									1,5*	1,4 - 1,8	1,5*	1,3 - 1,7
Souvent									2,3*	2,0 - 2,6	2,1*	1,8 - 2,4
Problèmes de santé chroniques												
Asthme									1,2	1,0 - 1,4	1,2	1,0 - 1,4
Fibromyalgie									1,9*	1,4 - 2,6	1,9*	1,4 - 2,5
Arthrite/rhumatisme									1,3*	1,1 - 1,4	1,3*	1,1 - 1,4
Maux de dos									1,4*	1,2 - 1,5	1,4*	1,2 - 1,5
Hypertension									1,0	0,9 - 1,1	1,0	0,9 - 1,1
Migraine									1,7*	1,5 - 1,9	1,6*	1,4 - 1,8
Diabète									1,1	0,9 - 1,4	1,1	0,9 - 1,4
Maladie cardiaque									1,4*	1,2 - 1,6	1,4*	1,2 - 1,6
Cancer									1,4*	1,1 - 1,7	1,4*	1,1 - 1,7
Ulcères à l'estomac/ à l'intestin									1,4*	1,1 - 1,7	1,3*	1,1 - 1,6
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral									1,1	0,8 - 1,5	1,1	0,8 - 1,5
Troubles intestinaux									1,4*	1,2 - 1,7	1,4*	1,2 - 1,7
Bronchite chronique/ emphysème/ bronchopneumopathie chronique obstructive									1,3*	1,1 - 1,6	1,2*	1,0 - 1,5
Trouble anxieux (année dernière)												
											1,5*	1,3 - 1,8
Trouble de l'humeur (année dernière)												
											2,1*	1,8 - 2,5
Information sur le modèle												
Taille de l'échantillon	36 730	36 459	36 276	36 043	35 867	35 617						
Echantillon de personnes faisant de l'insomnie	5 568	5 524	5 495	5 461	5 413	5 352						
Enregistrements éliminés à cause de données manquantes	254	525	708	941	1 117	1 367						

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : On a intégré aux modèles une catégorie « données manquantes » pour le revenu du ménage, l'indice de masse corporelle et les troubles anxieux, afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes respectifs ne sont pas présentés. Une catégorie « sans objet » pour le travail par poste et le stress au travail a été incluse dans le modèle, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

[†] Catégorie de référence. À moins d'indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique, par exemple, la catégorie de référence pour l'asthme est pas de diagnostic d'asthme.

[‡] Personnes interrogées de 15 à 75 ans qui travaillent ou avaient travaillé à un emploi ou à une entreprise au cours des 12 derniers mois.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau C

Rapports de cotes corrigés exprimant la relation entre l'insomnie et certaines caractéristiques ainsi que certains problèmes, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Capacité passable/ mauvaise à faire face aux exigences quotidiennes de la vie		Capacité passable/ mauvaise à faire face à des problèmes inattendus et difficiles		Ne travaille pas actuellement [†]		Au moins une journée d'incapacité au cours des deux dernières semaines		Insatisfaction face à la vie	
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 %
Insomnie										
Oui	1,2*	1,0 - 1,4	1,2*	1,0 - 1,3	1,3*	1,1 - 1,6	1,3*	1,2 - 1,5	1,6*	1,3 - 1,8
Non	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Sexe										
Hommes [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Femmes	0,8*	0,7 - 0,9	1,2*	1,0 - 1,3	2,4*	2,1 - 2,8	1,2*	1,1 - 1,4	0,8*	0,7 - 0,9
Groupe d'âge										
15 à 24 ans [†]	1,0	...	1,0	...	...	...	1,0	...	1,0	...
25 à 34 ans	0,6*	0,5 - 0,8	0,9	0,7 - 1,0	1,0	...	0,9	0,7 - 1,0	1,8*	1,4 - 2,4
35 à 44 ans	0,8	0,6 - 1,0	0,9	0,7 - 1,1	0,7*	0,6 - 0,8	0,7*	0,6 - 0,8	1,9*	1,4 - 2,5
45 à 54 ans	0,7*	0,5 - 0,9	0,9	0,7 - 1,1	0,8*	0,7 - 0,9	0,5*	0,4 - 0,6	2,0*	1,5 - 2,7
55 à 64 ans	0,7*	0,5 - 0,9	1,0	0,8 - 1,3	...	...	0,4*	0,4 - 0,5	2,0*	1,4 - 2,8
65 à 74 ans	0,7*	0,5 - 0,9	0,8	0,6 - 1,1	...	...	0,3*	0,3 - 0,4	1,0	0,7 - 1,6
75 ans et plus	0,8	0,5 - 1,1	0,9	0,7 - 1,2	...	...	0,3*	0,2 - 0,4	1,0	0,7 - 1,6
État matrimonial										
Marié(e) [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Veuf(ve)	0,9	0,7 - 1,2	0,7*	0,6 - 0,9	0,8	0,3 - 2,6	1,1	1,0 - 1,4	1,4*	1,0 - 1,9
Séparé(e)/divorcé(e)	1,3	1,0 - 1,7	1,0	0,8 - 1,2	0,6*	0,5 - 0,7	1,1	1,0 - 1,3	2,5*	2,0 - 3,1
Célibataire	1,2	1,0 - 1,4	1,2*	1,0 - 1,3	1,0	0,8 - 1,2	1,1	1,0 - 1,3	2,3*	1,8 - 2,8
Niveau de scolarité										
Aucun diplôme d'études secondaires	1,7*	1,4 - 2,0	1,7*	1,5 - 2,0	1,4*	1,2 - 1,7	0,9	0,8 - 1,0	1,0	0,8 - 1,2
Diplôme d'études secondaires	1,2	1,0 - 1,5	1,2*	1,0 - 1,4	1,0	0,8 - 1,2	1,0	0,9 - 1,2	1,0	0,8 - 1,3
Études postsecondaires partielles	1,4*	1,0 - 1,8	1,2	1,0 - 1,5	1,2	0,9 - 1,6	1,1	0,9 - 1,3	1,2	0,9 - 1,6
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage										
Inférieur	1,7*	1,3 - 2,3	1,6*	1,3 - 2,0	9,1*	7,0 - 11,9	0,8*	0,7 - 0,9	1,7*	1,2 - 2,2
Moyen-inférieur	1,3*	1,0 - 1,6	1,5*	1,2 - 1,7	3,4*	2,7 - 4,2	0,8*	0,7 - 0,9	1,6*	1,2 - 2,1
Moyen-supérieur	1,1	0,9 - 1,4	1,3*	1,1 - 1,5	1,7*	1,4 - 2,1	0,8*	0,7 - 0,9	1,1	0,9 - 1,4
Supérieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Indice de masse corporelle										
Insuffisance de poids	1,3	0,9 - 1,8	1,0	0,8 - 1,3	1,0	0,7 - 1,4	1,0	0,8 - 1,2	1,0	0,7 - 1,6
Poids normal [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Surpoids	1,0	0,8 - 1,1	0,9	0,8 - 1,0	1,0	0,8 - 1,1	1,0	0,9 - 1,1	0,9	0,8 - 1,1
Obèse classe I	0,9	0,7 - 1,2	0,8*	0,7 - 1,0	0,8*	0,7 - 1,0	1,1	1,0 - 1,3	0,9	0,8 - 1,2
Obèse classe II/III	0,9	0,7 - 1,3	0,7*	0,5 - 0,9	0,9	0,7 - 1,2	1,2	1,0 - 1,4	0,9	0,6 - 1,2
Niveau d'activité physique durant les loisirs										
Élevé	0,6*	0,5 - 0,7	0,7*	0,6 - 0,8	1,3*	1,1 - 1,5	1,2*	1,1 - 1,4	0,6*	0,5 - 0,7
Moderé	0,8*	0,6 - 0,9	0,9	0,8 - 1,0	1,2	1,0 - 1,4	1,0	0,9 - 1,2	0,7*	0,5 - 0,8
Faible	0,7*	0,6 - 0,9	1,0	0,8 - 1,2	1,3*	1,1 - 1,6	0,9	0,8 - 1,1	0,8*	0,6 - 1,0
Sédentaire [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Au moins une fois par semaine										
Consommation abusive d'alcool	1,1	0,8 - 1,5	1,3*	1,0 - 1,6	0,9	0,7 - 1,3	0,9	0,8 - 1,1	1,2	0,9 - 1,7
Cannabis seulement	1,1	0,7 - 1,7	1,1	0,8 - 1,5	1,5*	1,0 - 2,3	1,1	0,9 - 1,5	1,5*	1,0 - 2,1
Autre drogue illicite (avec ou sans cannabis)	0,8	0,4 - 1,3	1,0	0,7 - 1,5	1,5	0,8 - 2,7	1,6*	1,1 - 2,5	1,4	0,9 - 2,4

	Capacité passable/ mauvaise à faire face aux exigences quotidiennes de la vie		Capacité passable/ mauvaise à faire face à des problèmes inattendus et difficiles		Ne travaille pas actuellement [†]		Au moins une journée d'incapacité au cours des deux dernières semaines		Insatisfaction face à la vie	
	Rapport de cotes corrige	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrige	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrige	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrige	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes corrige	Intervalle de confiance de 95 %
Travail par poste[§]	1,0	0,8 - 1,2	1,0	0,9 - 1,2	0,3*	0,3 - 0,4	1,0	0,9 - 1,2	1,2*	1,0 - 1,5
Stress au quotidien										
Aucun/pas beaucoup [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Un peu	1,8*	1,5 - 2,2	1,6*	1,4 - 1,9	1,3*	1,1 - 1,5	1,2*	1,0 - 1,3	2,0*	1,6 - 2,5
Assez/extrêmement	3,0*	2,4 - 3,7	2,2*	1,9 - 2,6	1,1	0,8 - 1,3	1,2*	1,1 - 1,4	5,2*	4,1 - 6,6
Stress au travail[§]										
Aucun/pas beaucoup [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Un peu	1,1	0,8 - 1,5	1,0	0,8 - 1,2	0,1*	0,1 - 0,1	1,0	0,9 - 1,2	1,1	0,8 - 1,3
Assez/extrêmement	1,0	0,8 - 1,4	0,9	0,8 - 1,1	0,1*	0,1 - 0,2	1,1	0,9 - 1,3	1,0	0,8 - 1,4
Limitation d'activité										
Jamais [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Parfois	1,2*	1,0 - 1,5	1,4*	1,2 - 1,7	1,4*	1,1 - 1,6	1,9*	1,7 - 2,2	1,5*	1,2 - 1,8
Souvent	2,0*	1,6 - 2,4	1,6*	1,3 - 1,9	2,1*	1,7 - 2,6	4,0*	3,5 - 4,6	2,0*	1,6 - 2,4
Problèmes de santé chroniques										
Asthme	1,0	0,8 - 1,2	1,1	0,9 - 1,3	0,9	0,7 - 1,2	1,1	0,9 - 1,2	1,0	0,7 - 1,3
Fibromyalgie	1,5	1,0 - 2,2	1,0	0,7 - 1,3	1,2	0,8 - 1,8	1,8*	1,3 - 2,3	1,4	0,9 - 2,1
Arthrite/rhumatisme	1,2	1,0 - 1,5	1,1	1,0 - 1,3	1,2	1,0 - 1,5	1,3*	1,2 - 1,5	0,9	0,8 - 1,1
Maux de dos	1,1	0,9 - 1,3	1,1	0,9 - 1,2	1,0	0,8 - 1,2	1,5*	1,3 - 1,6	1,3*	1,1 - 1,5
Hypertension	1,1	0,9 - 1,4	1,0	0,8 - 1,2	1,2*	1,0 - 1,5	1,1	1,0 - 1,3	1,0	0,8 - 1,2
Migraine	1,1	0,9 - 1,3	1,0	0,9 - 1,2	1,0	0,8 - 1,2	1,3*	1,2 - 1,5	1,1	0,9 - 1,4
Diabète	1,0	0,8 - 1,4	1,2	1,0 - 1,5	1,3	1,0 - 1,9	1,0	0,8 - 1,2	1,4*	1,0 - 1,9
Maladie cardiaque	1,0	0,8 - 1,3	1,0	0,8 - 1,3	1,2	0,9 - 1,7	1,4*	1,2 - 1,7	1,0	0,8 - 1,3
Cancer	1,0	0,6 - 1,5	0,8	0,6 - 1,1	1,2	0,7 - 2,1	1,5*	1,2 - 2,0	1,2	0,8 - 1,9
Ulcères à l'estomac/ à l'intestin	1,1	0,8 - 1,6	1,3*	1,0 - 1,7	1,2	0,9 - 1,7	1,3*	1,1 - 1,5	1,0	0,7 - 1,4
Séquelles d'un accident vasculaire cérébral	1,8*	1,2 - 2,7	1,2	0,8 - 1,7	1,7	0,8 - 3,7	1,6*	1,2 - 2,2	1,7*	1,0 - 2,7
Troubles intestinaux	1,3	0,9 - 1,7	1,3*	1,0 - 1,6	1,1	0,7 - 1,5	1,7*	1,4 - 2,1	0,8	0,6 - 1,2
Bronchite chronique/ emphysème/ bronchopneumopathie chronique obstructive	1,2	0,9 - 1,5	1,0	0,8 - 1,2	1,6	0,9 - 2,6	1,4*	1,2 - 1,7	1,1	0,8 - 1,5
Trouble anxieux (dernière année)	2,4*	1,9 - 3,0	2,2*	1,8 - 2,6	1,4*	1,1 - 1,9	1,2*	1,0 - 1,5	1,8*	1,4 - 2,3
Trouble de l'humeur (dernière année)	3,2*	2,6 - 4,0	2,7*	2,3 - 3,2	1,2	0,9 - 1,5	1,5*	1,3 - 1,8	3,2*	2,6 - 4,0
Information sur le modèle										
Taille de l'échantillon		35 511		35 545		17 883		35 589		35 614
Echantillon de personnes souffrant d'insomnie		2 119		3 627		3 275		5 142		1 928
Enregistrements éliminés à cause de données manquantes		1 473		1 439		636		1 395		1 370

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : On a intégré aux modèles une catégorie « données manquantes » pour le revenu du ménage, l'indice de masse corporelle et les troubles anxieux, afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes respectifs ne sont pas présentés. Une catégorie « sans objet » pour le travail par poste et le stress au travail a été incluse dans le modèle, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

[†] Catégorie de référence. À moins d'indication contraire, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique, par exemple, la catégorie de référence pour l'asthme est pas de diagnostic d'asthme.

[‡] Personnes interrogées de 25 à 54 ans.

[§] Personnes interrogées de 15 à 75 ans qui travaillaient ou avaient travaillé à un emploi ou à une entreprise au cours des 12 derniers mois.

* Valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.