



SE COUCHER **TARD**, SE LEVER **TÔT** ET **MANQUER DE SOMMEIL.**

Analyse des besoins de sommeil des jeunes
dans l'enquête COMPASS-Québec 2025.

Se coucher tard, se lever tôt et manquer de sommeil. Analyse des besoins de sommeil des jeunes dans l'enquête COMPASS-Québec 2025.

Slim Haddad, MD, PhD; Richard E. Bélanger, MD; Natalia Poliakova, PhD; Benjamin Tézier, PhD et Anne-Marie Turcotte-Tremblay, PhD

Résumé

La présente étude porte sur le besoin de sommeil de soixante et onze mille jeunes scolarisés dans les écoles secondaires ayant participé à la neuvième ronde (2024-2025) du projet COMPASS au Québec. Le sommeil y est abordé dans la perspective d'une compréhension de l'intensité des besoins rencontrés par les jeunes, plutôt que sous l'angle des seules recommandations normatives.

La distinction entre des besoins de sommeil d'intensité variable et la prise en compte de l'heure du coucher et de l'heure du lever mettent en lumière des vulnérabilités spécifiques à certains groupes sociaux. Un déficit de sommeil, et a fortiori un déficit de sommeil sévère, s'accompagne d'une moins bonne santé physique et d'indicateurs de santé mentale défavorables. La performance scolaire et le rapport à l'école sont meilleurs chez les jeunes qui dorment suffisamment.

L'usage des écrans à visée récréative et une charge de travail rémunéré importante concourent à une heure de coucher plus tardive et accompagnent un déficit de sommeil plus sévère. Au-delà des aspects comportementaux, le besoin de sommeil des jeunes doit être interprété à la lumière des exigences du quotidien et des « journées marathon » auxquelles beaucoup sont exposés. Le temps mis pour se rendre à l'école et l'heure du début des classes jouent un rôle prépondérant dans l'organisation de la journée et contraignent fortement l'heure à laquelle le jeune doit se lever. Nos simulations suggèrent qu'un déplacement de l'heure du début des cours réduirait le déficit de sommeil des jeunes qui ont à se lever tôt pour se rendre à l'école.

Davantage de preuves sont encore à réunir pour identifier les ingrédients du succès d'interventions destinées à réduire les déficits de sommeil de nos jeunes. Les résultats de l'étude suggèrent de valoriser des actions visant à la fois à favoriser des routines propices au sommeil, à éviter que les jeunes ne se lèvent trop tôt et à les protéger contre une charge de travail rémunéré excessive. Le milieu scolaire paraît un levier particulièrement pertinent pour la promotion du sommeil, puisqu'il permet de rejoindre un large bassin de jeunes à un moment clé du développement des comportements liés au rythme veille-sommeil.



Problématique

Plusieurs études suggèrent que le temps de sommeil des jeunes tend à diminuer et que leur sommeil est de moins bonne qualité.¹⁻⁴ La proportion de jeunes du Québec respectant habituellement le nombre d'heures de sommeil recommandé durant la semaine serait passée de 63 % en 2016-2017 à 50 % en 2022-2023.⁵

Le manque de sommeil constitue un problème de santé publique en raison de ses répercussions sur la santé et le fonctionnement des jeunes.¹ Les jeunes qui ne dorment pas assez présentent davantage de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs et ils sont plus à risque de vivre des difficultés de régulation émotionnelle.^{1-3,6-8} On a observé un lien entre le manque de sommeil et un affaiblissement du système immunitaire, un risque accru de maladies chroniques et une réduction de l'espérance de vie.^{1,6,8,9} Un sommeil insuffisant est associé à une diminution des performances cognitives, des difficultés de concentration et une baisse des résultats scolaires.^{1-3,6-8}

Le manque de sommeil est lié à diverses caractéristiques socio-démographiques et comportementales. Au Québec, les filles, les jeunes vivant dans une famille plus défavorisée, recomposée ou biparentale, et ceux dont les parents sont moins instruits sont moins nombreux à respecter le nombre d'heures de sommeil recommandé durant la semaine d'école.¹⁰ Ils sont aussi moins actifs et davantage exposés aux écrans. L'enquête COMPASS de 2025 révèle qu'un accroissement du temps consacré aux activités récréatives sur les écrans est associé à une heure de coucher de plus en plus tardive, en particulier lorsque ces activités sont liées aux réseaux sociaux, aux jeux vidéo et aux échanges par messagerie texte.¹¹ En 2022, les adolescents consacraient presque autant de temps au sommeil qu'à l'utilisation d'écrans récréatifs.¹² L'endormissement est retardé et la qualité du sommeil perturbée par le caractère engageant ou stimulant de certaines activités numériques.¹³ L'exposition à la lumière bleue des écrans diminue la sécrétion de mélatonine et perturbe le rythme circadien.¹⁴ La dépendance aux écrans vient ultimement contribuer au manque de sommeil chez les adolescents.⁹

Les travaux réalisés sur le sommeil des jeunes permettent ainsi de cerner un ensemble d'enjeux en lien avec leur santé, leurs habitudes de vie ou leur environnement familial. Ces connaissances restent toutefois relativement fragmentaires et plusieurs champs de connaissance sont encore à défricher. Une recension des écrits scientifiques accompagnée d'une consultation d'experts internationaux a récemment suggéré de chercher à mieux comprendre les effets du manque de sommeil sur la santé mentale des adolescents et d'en faire une priorité de recherche.¹⁵

L'étude des déterminants du sommeil tend à être fortement centrée sur les origines comportementales ou socio-démographiques du manque de sommeil. Elle n'accorde qu'une place plus limitée à la compréhension du rôle que l'environnement scolaire et des déterminants structurels peuvent avoir sur la durée et la qualité du sommeil. Le sommeil des adolescents ne peut être considéré comme le produit exclusif des habitudes de vie, ou des caractéristiques de l'environnement familial.¹⁶ Il est largement façonné par les activités quotidiennes et les contraintes qu'imposent la fréquentation de l'école, le temps consacré à des activités rémunératrices ou aux déplacements entre le domicile, l'école, les activités parascolaires et l'éventuel lieu de travail. L'heure de début des cours, les distances à parcourir pour se rendre ou revenir de l'école, l'organisation des déplacements scolaires, la charge de devoirs à compléter à la maison, constituent autant de contraintes structurelles sur lesquelles les jeunes ont peu ou pas de prise réelle. Ces contraintes sont à la fois susceptibles d'impacter fortement l'heure du lever, l'heure du coucher, et donc la durée de sommeil du jeune et sa qualité.



L'étude des besoins de sommeil gagne ainsi à s'inscrire dans une double perspective mettant en lumière les conséquences des habitudes de vie et des contraintes de la vie quotidienne sur le sommeil des jeunes et aidant à comprendre comment les besoins rencontrés dans des milieux scolaires distincts sont façonnés par le contexte ou la composition de leurs clientèles. L'école est au centre de la vie quotidienne des adolescents et elle constitue un milieu privilégié pour promouvoir le bien-être et l'adoption de saines habitudes de vie.¹⁷

Plusieurs travaux portant sur les déterminants du manque de sommeil portent sur le respect du nombre d'heures de sommeil recommandé, comparant les jeunes qui dorment suffisamment à ceux qui ne dorment pas assez. Les auteurs estiment que cette approche est réductrice, ne fournissant qu'une image limitée des besoins de sommeil. Certains jeunes ne respectant pas les dites recommandations manquent de peu de sommeil alors que d'autres en manquent beaucoup. Ces inégalités de besoins sont masquées par une métrique trop réductrice pour différencier les degrés de vulnérabilités rencontrés et comprendre les sources de ces vulnérabilités. Une qualification du déficit de sommeil allant au-delà de la détermination de la présence ou de l'absence d'un manque de sommeil s'impose pour comprendre l'ampleur et la sévérité des besoins, identifier d'éventuels groupes vulnérables et nourrir les actions au service des jeunes dont les besoins sont les plus criants.

Cette étude se fonde sur les données d'enquête des cohortes scolaires COMPASS. Il s'agit dans une première étape de décrire l'incidence et l'intensité des déficits de sommeil, et de broser un portrait sommaire des défis de santé et des difficultés scolaires vécues par les jeunes présentant un déficit de sommeil. L'examen porte ensuite sur l'association entre le manque de sommeil d'une part, et l'usage des écrans à des fins récréatives, le temps consacré à des activités rémunérées et le temps consacré au déplacement matinal vers l'école, d'autre part.

La seconde étape s'intéresse à l'expression des besoins de sommeil observés à l'échelle de l'école. Elle porte sur l'inégalité des besoins de sommeil entre les 136 écoles participantes puis sur la capacité à expliquer une partie de ces différences par des variations dans l'heure du début des cours, la localisation de l'école ou la composition de sa clientèle. Une dernière section dresse un bref portrait des écoles où les besoins sont les plus criants.

Méthodes

Devis, population, mesures

L'étude repose sur les données annuelles de la neuvième ronde (2024-2025) des cohortes scolaires COMPASS dans la province du Québec. La population d'étude est constituée de 71 833 répondants ayant fourni des réponses aux questions charnières du questionnaire portant sur les caractéristiques démographiques et le programme d'études suivi (critères d'inclusion). Les critères d'exclusion sont : (1) d'être scolarisé dans une des dix écoles offrant des parcours de formation particuliers à une clientèle de jeunes présentant des besoins spécifiques ; (2) de compléter le questionnaire dans les sept jours suivant le congé de la semaine de relâche (3 au 7 mars 2025) et ce, afin d'éviter d'introduire un biais dans les réponses portant sur les heures de coucher et de lever de la semaine précédente.

L'analyse des besoins de sommeil et des défis rencontrés par les jeunes manquant de sommeil est réalisée sur l'ensemble de l'échantillon de participants à l'étude (N=71 833). L'unité d'analyse est donc le jeune répondant. L'unité d'analyse est l'école pour la partie concernant l'expression des besoins observés à l'échelle écologique.



La population comprend 136 établissements scolaires secondaires. Quatre écoles dont les effectifs sont insuffisants pour fournir des estimés statistiques stables ont été retirées. Les tableaux S1a et S1b, fournis en annexe, rendent compte de ces deux populations d'étude.

Les enquêtes annuelles dans les écoles secondaires participant au projet COMPASS permettent de disposer d'un large spectre d'informations sur la santé, les perceptions, et les habitudes de vie des adolescents. Tous les jeunes des écoles participantes sont éligibles à l'enquête. Le taux de participation médian par école est de 90% pour la ronde de 2024-2025. La collecte des données a été réalisée en ligne à l'aide de Qualtrics XM (Qualtrics, Provo, UT, USA). Le taux de refus parental est de 0,5% (N=385). De plus amples informations sur les méthodes et les protocoles de l'étude COMPASS sont disponibles en ligne (<https://uwaterloo.ca/compass-system/>).

La mesure du sommeil repose principalement sur les réponses à quatre questions portant sur l'heure du coucher et l'heure du réveil les jours de semaine et les jours de fin de semaine. Le libellé des questions s'inspire de celles utilisées dans l'enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire au Canada (HBSC),¹⁸ un instrument largement utilisé par les chercheurs du domaine. Les mesures sont fournies par les jeunes en heures et en quarts d'heure. Elles servent de base au calcul du nombre d'heures de sommeil et du besoin de sommeil, défini plus loin. Les prédicteurs du besoin de sommeil considérés dans l'étude sont : l'âge, le sexe (caractéristiques démographiques), les temps d'écrans à des fins récréatives, les heures travaillées (déterminants comportementaux), la défavorisation familiale, le temps de déplacement habituel pour se rendre à l'école, le type d'école fréquentée (publique ou privée), l'heure du début des cours et la localisation de l'école (déterminants structurels). Chaque école se situe dans l'une ou l'autre des cinq zones définies par Statistiques-Canada sur la base de la taille de la collectivité (régions métropolitaines de recensement et agglomérations de recensement) ou la zone d'influence métropolitaine (forte, modérée, faible-aucune). Des corrélats de deux ordres sont mis en perspective avec le besoin de sommeil. Les premiers portent sur la santé perçue du jeune (santé globale physique ou mentale), son degré d'anxiété, son aptitude à réguler ses émotions et son statut pondéral. Les seconds concernent le jeune et son école : sa performance scolaire (échec récent à l'une des matières principales que sont le français, l'anglais ou les mathématiques), son degré d'accord avec une proposition à l'effet qu'il se sente en sécurité dans son école et une proposition à l'effet qu'il se sente pleinement appartenir à son école.

Analyses

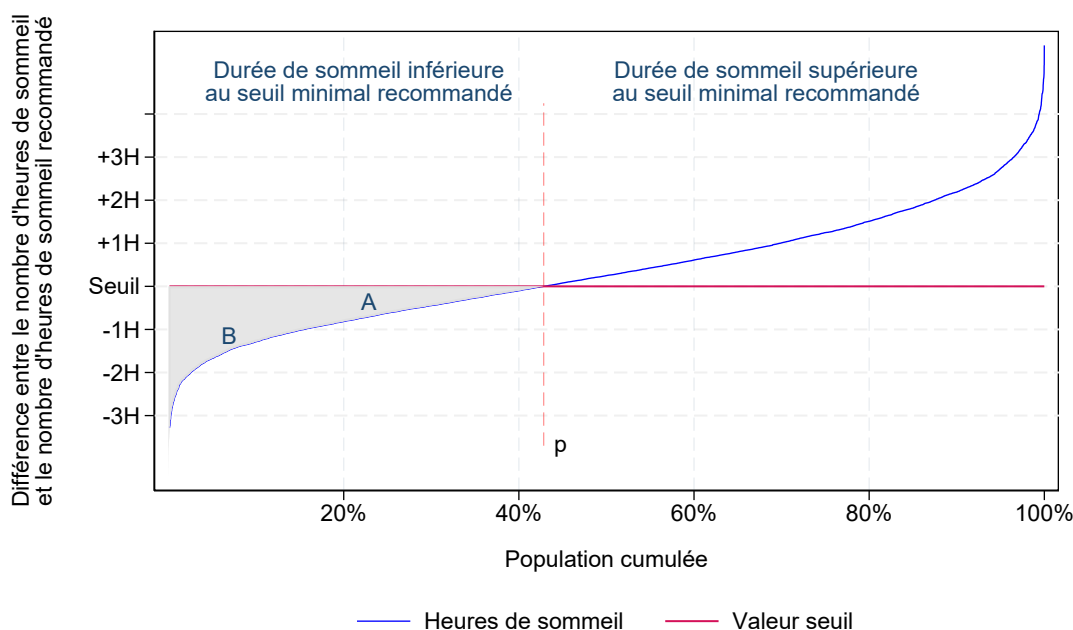
La notion de besoin de sommeil est appréhendée en se basant sur le nombre d'heures de sommeil recommandé¹⁹ pour les classes d'âge de moins de treize ans (neuf à onze heures), de quatorze à dix-sept ans (huit à dix heures) et dix-huit ans et plus (sept à neuf heures). La mesure du besoin de sommeil dérive, comme dans d'autres travaux menés par notre équipe,²⁰ des approches utilisées pour l'analyse de la pauvreté de santé.²¹

La figure 1 illustre l'approche du déficit de sommeil. Les jeunes sont d'abord classés selon leur durée de sommeil puis répartis en 100 groupes de taille égale (centiles). Chaque point de la courbe bleue représente le temps de sommeil médian. La ligne horizontale rouge correspond à la norme minimale recommandée de sommeil. Le point où la courbe croise cette ligne permet d'estimer par projection la proportion de jeunes dont le temps de sommeil est égal au seuil recommandé.¹⁸ Pour chaque groupe situé à gauche de cette valeur, le temps de sommeil médian est inférieur au temps de sommeil recommandé. Tous ces jeunes ont donc un déficit de sommeil. Toutefois, la situation de ces personnes diffère sensiblement : une personne en B se trouve plus éloignée du seuil recommandé que la personne en A. La terminologie consacrée consiste à dire que la profondeur du besoin en B est plus importante qu'en A.



La profondeur du besoin peut être appréciée de différentes manières. Dans le cadre de ce travail, nous distinguons trois niveaux de besoins : un déficit modéré si le déficit de sommeil est inférieur de moins d’une heure au nombre d’heures recommandé, un déficit élevé si l’écart au seuil recommandé est de une à deux heures et un déficit sévère si l’écart excède deux heures. Au final, un jeune peut se trouver dans l’un ou l’autre des cinq états suivants selon que la durée de son sommeil se situe au-delà de la norme recommandée, dans la norme ou en deçà de la norme (trois valeurs). On se concentrera dans ce travail sur les jeunes manquant de sommeil, c’est-à-dire, sur les trois derniers états.

Figure 1. Spécification du besoin de sommeil.
Présence d’un manque de sommeil et intensité du déficit de sommeil.



Pour faciliter les comparaisons entre répondants et entre écoles, tous les estimateurs sont ajustés pour le sexe et l’âge des répondants. L’ajustement repose sur des modèles statistiques adaptés à la métrique des indicateurs : régressions de Poisson robustes pour la variables présence/absence d’un déficit de sommeil, régressions logistiques ordonnées généralisées²² pour la variable catégorielle ordonnée (déficit de sommeil à cinq modalités), régressions quantiles pour l’ajustement des temps médians (sommeil, heure du coucher et heure du lever). Les analyses sont réalisées à l’aide du logiciel Stata 19.²³ Les erreurs-type et les intervalles de confiance sont calculés par la méthode Delta de Stata à partir des effets marginaux (incidence et intensité du déficit) ou, s’agissant des temps médians, par méthode de rééchantillonnage (bootstrap – 200 itérations).



Résultats

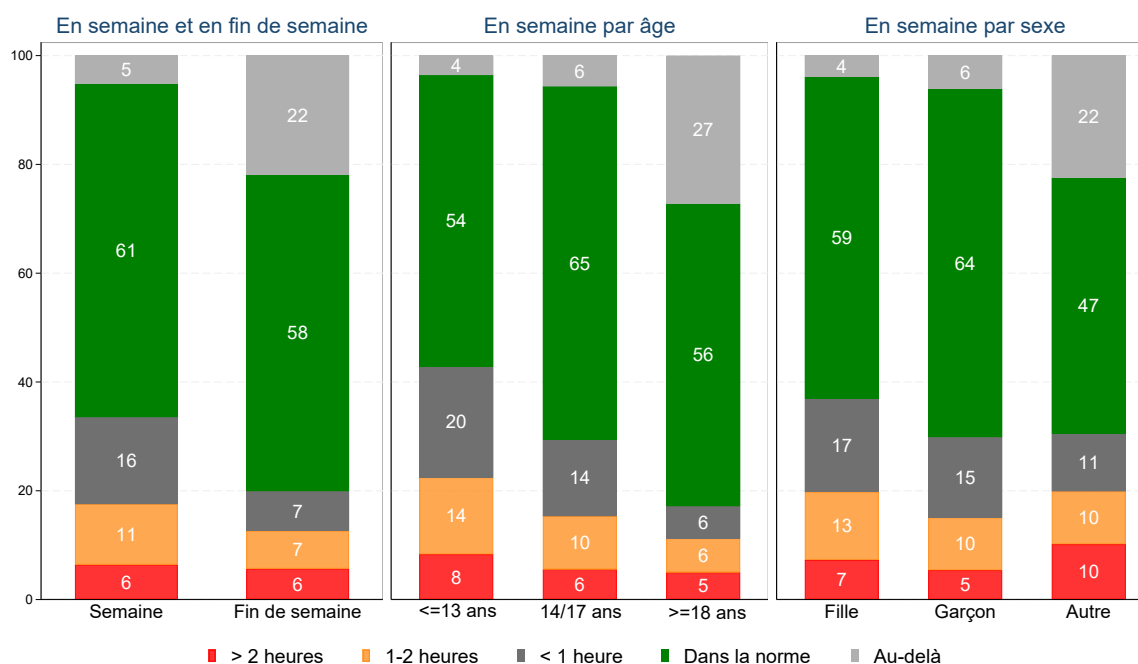
La première section traite des déficits de sommeil des répondants. La seconde traite des différences de besoins rencontrés dans les écoles participantes. Les inégalités entre répondants et les inégalités entre écoles sont mises en perspective avec les caractéristiques individuelles ou structurelles, telles que décrites dans la section Méthodes.

Déficit de sommeil des répondants

Incidence, intensité et inégalité des déficits de sommeil

Un jeune sur trois (33%) dort moins que le nombre d'heures recommandé pendant les jours d'école et plus d'un jeune sur six (17%) présente un déficit de sommeil de plus d'une heure par nuit. Les filles sont plus nombreuses à manquer de sommeil que les garçons (figure 2). Les plus jeunes sont plus nombreux à manquer de sommeil les jours de semaine sachant toutefois que la norme de sommeil recommandé est plus élevée pour cette tranche d'âge (au moins neuf heures par nuit). La proportion de jeunes présentant un déficit de sommeil sévère est de 5% chez les garçons, 7% chez les filles et 10% chez les jeunes qui ne se reconnaissent pas dans l'un ou l'autre de ces deux sexes ou préfèrent ne pas répondre. Les jeunes tendent à dormir davantage en fin de semaine. Ils ne sont plus qu'un sur cinq (20%) à manquer de sommeil les jours où il n'y a pas d'école. Ils sont quatre fois plus nombreux à dormir davantage que le nombre d'heures recommandé qu'ils ne le sont pendant les jours d'école (22% vs 5%). Les développements suivants se concentrent sur les besoins de sommeil rencontrés en semaine, quand les jeunes vont à l'école.

Figure 2. Besoin de sommeil les jours de semaine et en fin de semaine selon l'âge et le sexe.
COMPASS-Québec 2025

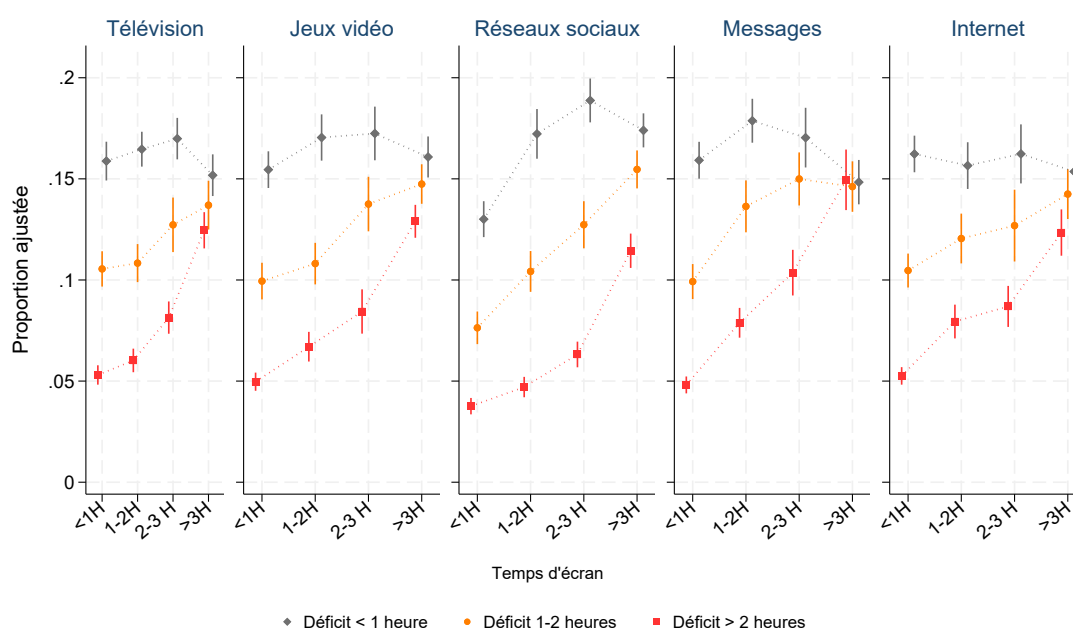


Note : Pourcentages non ajustés.

Déficit de sommeil et temps d'écran

La figure 3 rend compte de la relation entre le manque de sommeil et l'usage d'écrans à des fins récréatives. Les valeurs fournies sont ajustées pour l'âge, le sexe des répondants et la défavorisation familiale. Le besoin de sommeil augmente sensiblement avec le temps d'écran et ce, quel que soit le type d'écran considéré. Pour tout type d'écran, la proportion de jeunes présentant un déficit de sommeil sévère double chez les utilisateurs d'écrans les plus assidus comparativement à ceux qui y consacrent moins d'une heure par jour. Cette proportion triple chez les jeunes consacrant plus de trois heures à l'envoi de messages.

Figure 3. Usage récréatif des écrans et intensité du déficit de sommeil les jours de semaine.
COMPASS-Québec 2025

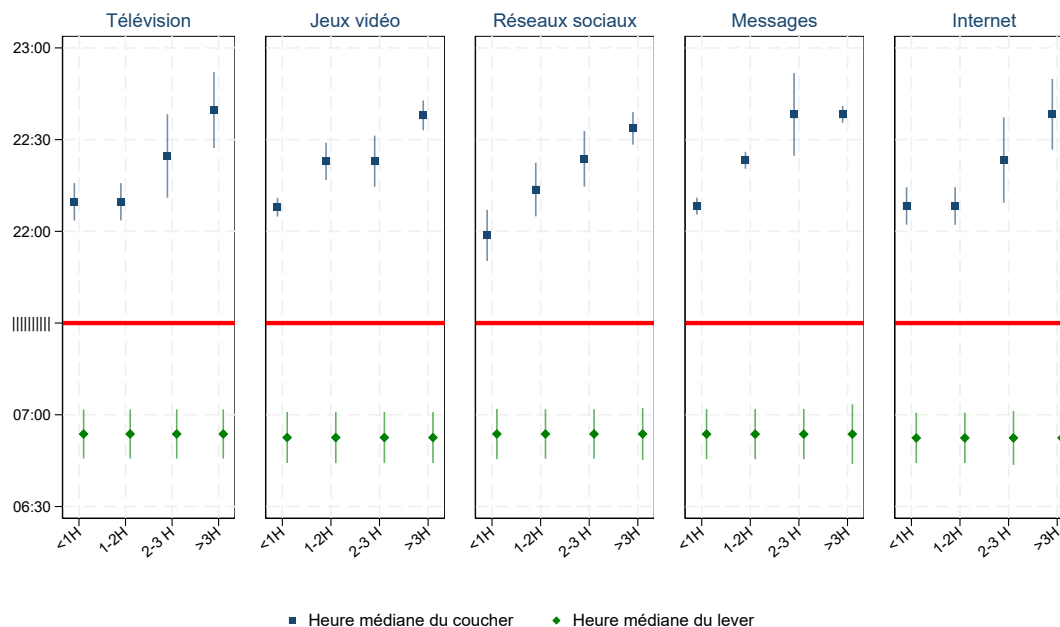


Note : Proportions ajustées pour l'âge, le sexe et le statut socio-économique familial.

Exposition quotidienne aux écrans: moins d'une heure, une à deux heures, deux à trois heures et plus de trois heures.

La figure 4 montre que le déficit de sommeil en lien avec l'usage des écrans est attribuable à un décalage de l'heure du coucher. Alors que les contraintes scolaires leur imposent de continuer à se lever à la même heure, les gros utilisateurs d'écran se couchent substantiellement plus tard. Plus de la moitié des jeunes consacrant au moins trois heures par jour à un type d'écran donné se couchent après 22 h 30.

Figure 4. Usage récréatif des écrans et heure médiane du coucher et du lever les jours de semaine.
COMPASS-Québec 2025



Note : Heures médianes et intervalles de confiance ajustés pour l'âge, le sexe et le statut socio-économique familial.
Exposition quotidienne aux écrans : moins d'une heure, une à deux heures, deux à trois heures et plus de trois heures.

Défis de santé des jeunes qui manquent de sommeil

Le tableau 1 révèle une forte association entre le déficit de sommeil et des indicateurs de santé. Les jeunes dont la santé physique globale est moins favorable sont surreprésentés parmi ceux qui manquent de sommeil (RRa = 1,33; IC95 [1,28; 1,37]), tout comme ceux qui souffrent d'un excès de poids. L'association est encore plus marquée en matière de santé mentale. Les jeunes manquant de sommeil ont une appréciation plus défavorable de leur santé mentale (RRa = 1,52; IC95 [1,47; 1,58]) ; ils présentent plus fréquemment des symptômes d'anxiété modérée à sévère (RRa = 1,48; IC95 [1,42; 1,54]) et montrent de moins grandes capacités de régulation émotionnelle (RRa = 1,40; IC95 [1,34; 1,45]).

Tableau 1. Indicateurs associés à la présence d'un déficit de sommeil les jours de semaine.
COMPASS-Québec 2025

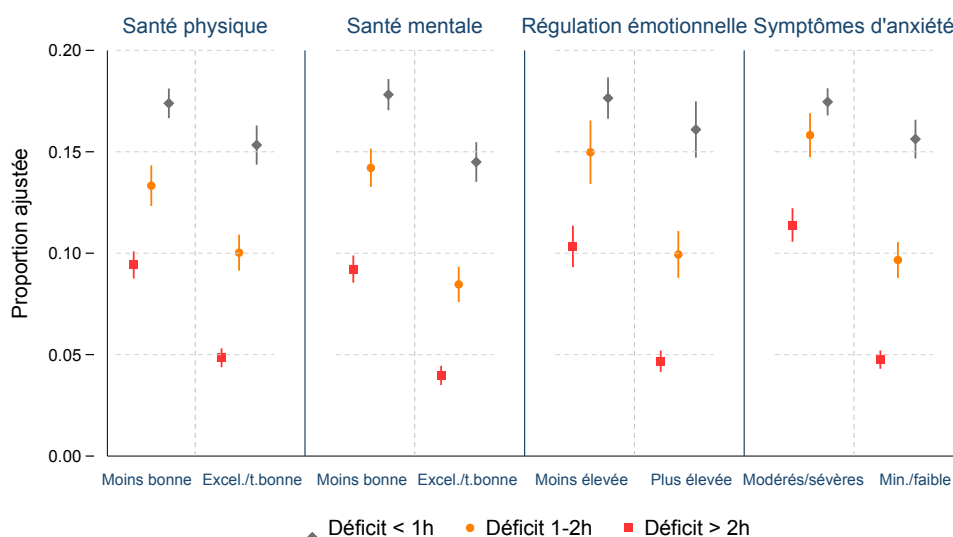
Variable	Contraste	Ratio de risque ajusté [IC 95%]
Santé physique	Moins bonne vs Excellente/très bonne	1,33 [1,28; 1,37]
Statut pondéral	Surpoids/obèse vs Insuffisant/normal	1,14 [1,09; 1,18]
Santé mentale	Moins bonne vs Excellente/très bonne	1,52 [1,47; 1,58]
Symptômes d'anxiété	Modérés/sévères vs Minimaux/faibles	1,48 [1,42; 1,54]
Régulation émotionnelle	Moins élevée vs Plus élevée	1,40 [1,34; 1,45]
Se sent en sécurité à l'école	En désaccord vs En accord	1,32 [1,26; 1,39]
Se sent appartenir à l'école	En désaccord vs En accord	1,34 [1,28; 1,39]
Est en échec dans une matière ou plus	Au moins une matière sur 3 vs Aucun échec	1,18 [1,13; 1,23]
Temps de déplacement / école	Durée 30 min et plus vs durée <30 min	1,22 [1,16; 1,28]
Heures travaillées par semaine	Total 16 heures et plus vs total <16 heures	1,20 [1,13; 1,28]

Note : Ratios de risque et intervalles de confiance ajustés pour l'âge, le sexe et le statut socio-économique familial. IC 95% : intervalle de confiance à 95%.

La figure 5 permet d'affiner l'examen de la relation entre les mesures de l'état de santé et l'intensité du déficit de sommeil. La proportion de jeunes présentant un déficit de sommeil de plus de deux heures est toujours plus élevée parmi les jeunes dont les indicateurs de santé sont défavorables et ce, quelle que soit la mesure d'état de santé considérée (santé physique ou santé mentale, régulation émotionnelle, symptômes d'anxiété). Les jeunes dont les indicateurs de santé sont moins favorables sont également surreprésentés parmi ceux dont le déficit de sommeil est d'une à deux heures. Ils le sont aussi, bien que dans une moindre mesure, parmi ceux dont le déficit de sommeil est modéré (moins d'une heure).



Figure 5. Santé physique et mentale et intensité du déficit de sommeil les jours de semaine.
COMPASS-Québec 2025



Note : Proportions et intervalles de confiance ajustés pour l'âge, le sexe et le statut socio-économique familial.

Un jeune avec un déficit de sommeil sévère a deux fois plus de chances de rapporter une santé physique moins favorable (RRa = 1,95; IC95 [1,82; 2,07]) et près de deux fois et demie plus de chances de se sentir en moins bonne santé mentale (tableau 2). Les ratios de risques sont moins prononcés mais néanmoins statistiquement significatifs quand le déficit de sommeil n'est que d'une à deux heures ou qu'il est de moins d'une heure.

Tableau 2. Indicateurs associés à l'intensité du déficit de sommeil les jours de semaine.
COMPASS-Québec 2025.

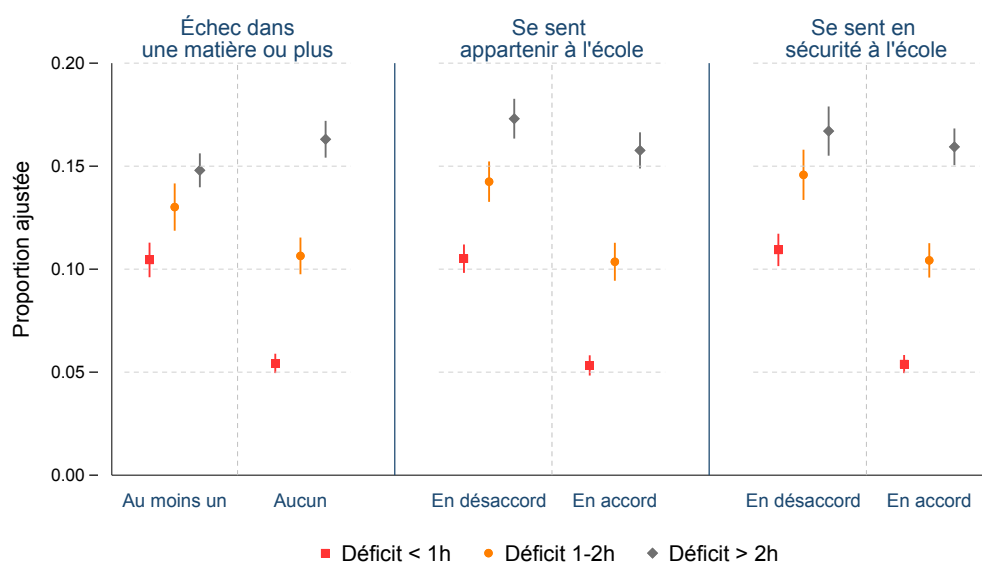
Variable	Contraste	Ratio de risque ajusté [IC 95%]		
		Déficit <1h	Déficit 1-2h	Déficit >2h
Santé physique	Moins bonne vs Excellente/très bonne	1,13 [1,08; 1,19]	1,33 [1,25; 1,41]	1,95 [1,82; 2,07]
Statut pondéral	Surpoids/obèse vs Insuffisant/normal	1,09 [1,03; 1,15]	1,17 [1,08; 1,25]	1,24 [1,12; 1,37]
Santé mentale	Moins bonne vs Excellente/très bonne	1,23 [1,17; 1,29]	1,68 [1,58; 1,78]	2,32 [2,09; 2,55]
Symptômes d'anxiété	Modérés/sévères vs Minimaux/faibles	1,12 [1,05; 1,18]	1,64 [1,54; 1,74]	2,40 [2,22; 2,57]
Régulation émotionnelle	Moins élevée vs Plus élevée	1,10 [1,03; 1,17]	1,51 [1,43; 1,58]	2,21 [2,02; 2,40]
Se sent en sécurité à l'école	En désaccord vs En accord	1,05 [0,97; 1,13]	1,40 [1,31; 1,49]	2,03 [1,85; 2,21]
Se sent appartenir à l'école	En désaccord vs En accord	1,10 [1,04; 1,16]	1,38 [1,28; 1,47]	1,97 [1,81; 2,13]
Est en échec dans une matière ou plus	Au moins une matière sur 3 vs Aucun échec	0,91 [0,86; 0,96]	1,22 [1,13; 1,31]	1,93 [1,78; 2,08]
Temps de déplacement / école	Durée 30 min et plus vs durée <30 min	1,18 [1,12; 1,23]	1,26 [1,16; 1,36]	1,28 [1,17; 1,39]
Heures travaillées par semaine	Total ≥16 heures vs Total <16 heures	0,96 [0,87; 1,06]	1,17 [1,04; 1,31]	2,01 [1,78; 2,23]

Note : Ratios de risque et intervalles de confiance ajustés pour l'âge, le sexe et le statut socio-économique familial. IC 95% : intervalle de confiance à 95%.

Défis scolaires des jeunes qui manquent de sommeil

Le portrait est très proche de celui observé pour les indicateurs de santé. À âge et sexe égaux, les jeunes entretenant une relation plus forte avec leur école et ceux dont les résultats scolaires sont meilleurs sont moins enclins à manquer de sommeil (tableau 1). Là encore, l'examen des ratios de risque pour chaque niveau de déficit de sommeil révèle un lien ténu entre la présence de difficultés scolaires et le besoin de sommeil (figure 6, tableau 2). L'écart entre les jeunes dont la performance est meilleure et ceux qui présentent des échecs ou sont moins proches de leur école est à son maximum quand le déficit est de plus de deux heures par nuit. L'association est comparable quand on considère la proximité avec l'école.

Figure 6. Performance scolaire, rapport à l'école et intensité du déficit de sommeil les jours de semaine.
COMPASS-Québec 2025

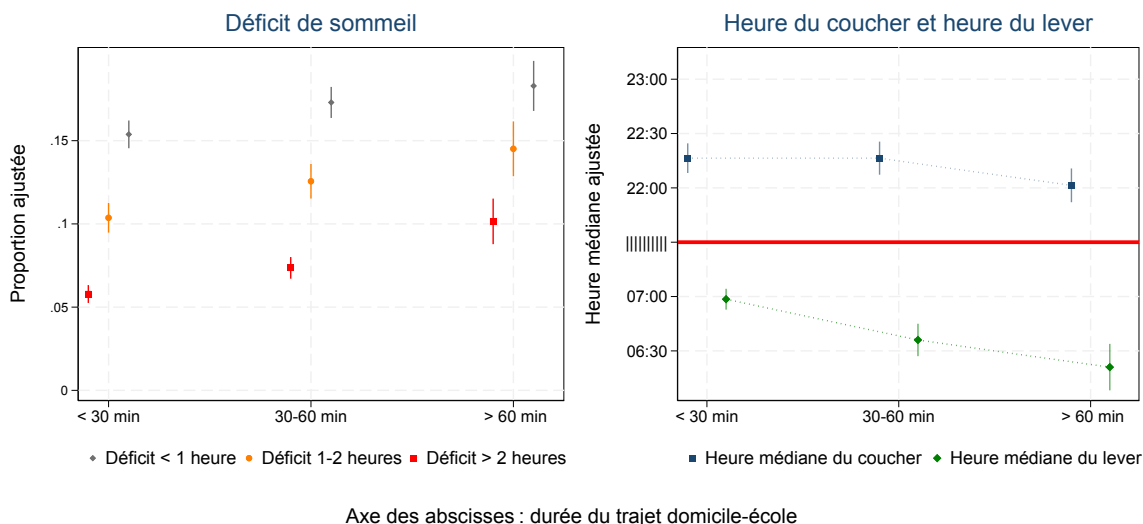


Note : Proportions et intervalles de confiance ajustés pour l'âge, le sexe et le statut socio-économique familial.

Le manque de sommeil est plus fréquent chez les jeunes qui consacrent plus de temps pour se rendre à l'école (tableau 1). Un trajet de plus de 30 minutes est associé à une augmentation de 22% du risque de déficit de sommeil (RRa = 1,22; IC95 [1,16; 1,28]) et de 28% du déficit de sommeil sévère (RRa = 2,01; IC95 [1,78; 2,23]). Les jeunes devant effectuer un plus long trajet se lèvent plus tôt que les autres. Ils se couchent aussi plus tôt, mais cela ne suffit pas à compenser les heures de sommeil perdues du fait d'un lever plus précoce (figure 7).



Figure 7. Temps de déplacement vers l'école, déficit de sommeil, heure du coucher et heure du lever les jours de semaine. COMPASS-Québec 2025

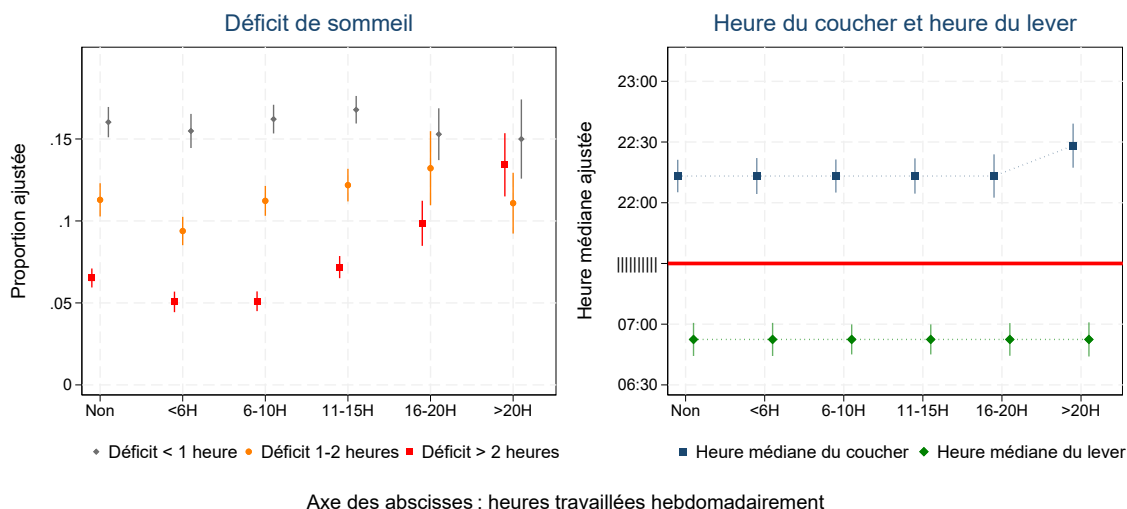


Note : Proportions, heures médianes et intervalles de confiance ajustés pour l'âge, le sexe et le statut socio-économique familial.

La charge de travail rémunéré et le manque de sommeil

La figure 8 rend compte de la relation entre le nombre d'heures travaillées et le déficit de sommeil. En règle générale, il n'y a pas d'augmentation du déficit de sommeil tant qu'on travaille dix heures et moins par semaine. Au-delà, les besoins de sommeil s'exacerbent et une rupture s'installe quand la charge de travail rémunéré atteint seize heures. Le risque d'un déficit de sommeil sévère double si le temps de travail excède ce seuil (RRa = 2,01; IC95 [1,78; 2,23]). L'heure du lever est insensible au nombre d'heures travaillées. Il en est de même pour l'heure du coucher, sauf chez les jeunes travaillant plus de vingt heures par semaine.

Figure 8. Heures consacrées à travailler, déficit de sommeil, heure du coucher et heure du lever les jours de semaine. COMPASS-Québec 2025



Note : Proportions, heures médianes et intervalles de confiance ajustés pour l'âge, le sexe et le statut socio-économique familial.

Défis rencontrés par les écoles

Inégalité des besoins entre écoles

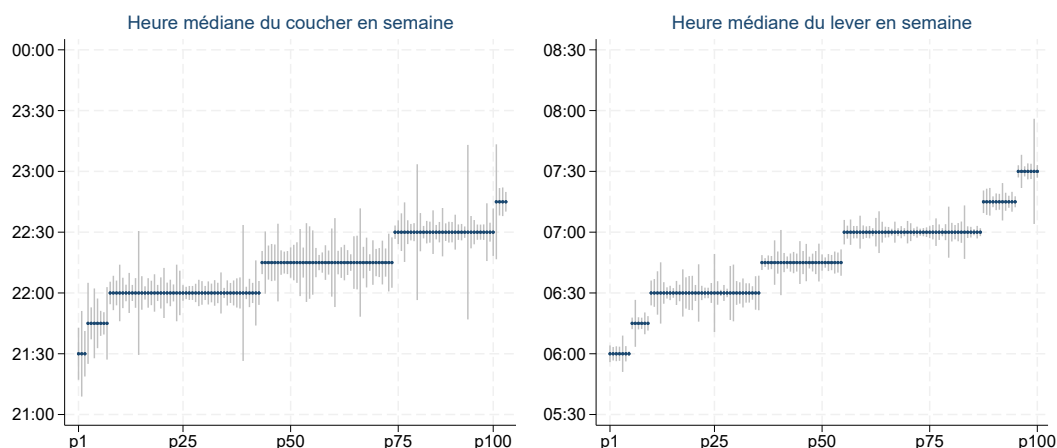
Les besoins de sommeil des jeunes varient substantiellement d'une école à l'autre, l'étendue de la durée médiane de sommeil atteignant 1,3 heures. Les jours de semaine, le temps de sommeil médian est de huit heures dans l'école où on dort le moins et de plus de neuf heures dans celle où on dort le plus (tableau 3). Selon l'école, l'heure médiane du coucher se situe entre 21 h 30 et 22 h 45 et l'heure médiane du lever entre 6 h 15 et 7 h 15 (figure 9). L'heure du coucher varie davantage que l'heure du lever.

Tableau 3. Inégalité des besoins de sommeil selon les écoles. Heures médianes du coucher et du lever et déficits de sommeil par école les jours de semaine et en fin de semaine. COMPASS-Québec 2025. N=136 écoles

Variables	Période	Unité	p50	IIQ	Minimum	Maximum
Heure médiane du coucher	S	Heure	22:00	00:30	21:00	23:00
	FS		23:45	00:45	22:00	00:15
Heure médiane du lever	S	Heure	07:00	00:30	06:00	07:30
	FS		09:00	00:00	08:00	10:00
Durée médiane de sommeil	S	Heure	8,8	0,3	8,0	9,3
	FS		9,5	0,3	8,6	10,5
Déficit de sommeil	S	Proportion	0,33	0,11	0,13	0,57
	FS		0,21	0,07	0,12	0,56

Note : S = jours de semaine; FS = jours de fin de semaine; IIQ = intervalle interquartile; p50 = 50^{ème} percentile. Heures médianes et proportions non ajustées.

Figure 9. Inégalité des besoins de sommeil selon les écoles. Heures médianes du coucher et du lever par école les jours de semaine. COMPASS-Québec 2025. N = 136 écoles

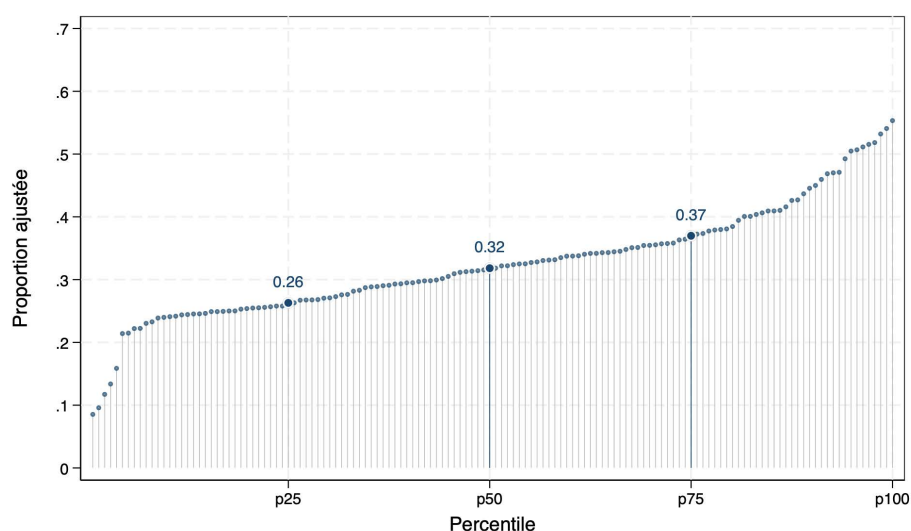


Note : Heures médianes et intervalles de confiance ajustés pour la composition par âge et sexe des écoles. Écoles ordonnées par ordre croissant.



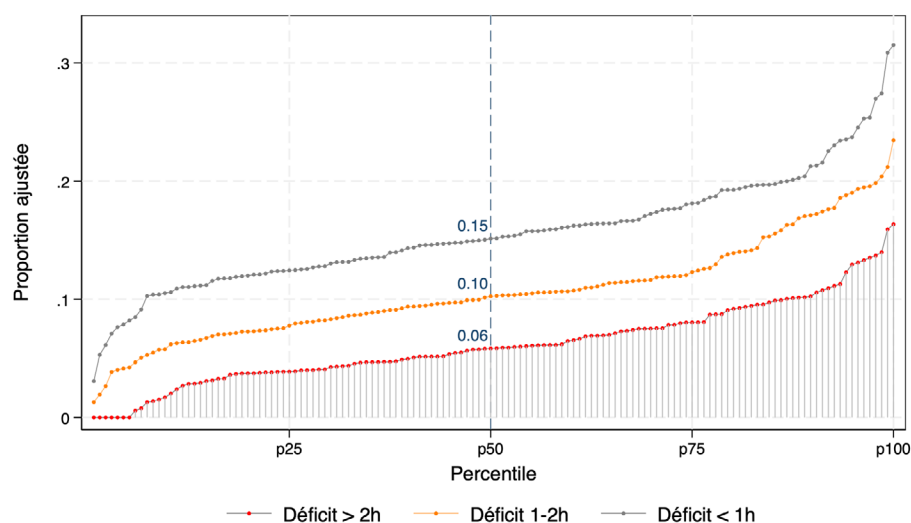
La proportion de jeunes manquant de sommeil pendant les jours de la semaine varie selon l'école de 0,13 à 0,57 (médiane = 0,33; Intervalle inter-quantile [IIQ] = 0,11; Gini = 0,13; IC95 [0,12; 0,15]). Ces écarts persistent après que médianes et proportions aient été ajustées pour tenir compte de la composition démographique des écoles (médiane = 0,32; IIQ = 0,11; figure 10). Après ajustement, la proportion de jeunes manquant de sommeil pendant les jours de semaine varie d'un jeune sur dix dans les écoles où les besoins sont les moins élevés à plus d'un jeune sur cinq dans celles où le déficit de sommeil est le plus prononcé. La proportion de jeunes présentant un déficit de sommeil modéré excède 0,15 dans la moitié des écoles (figure 11). Un jeune sur quinze présente un déficit de sommeil sévère dans une école sur deux (médiane ajustée = 0,06; étendue de 0,14; IIQ = 0,04).

Figure 10. Inégalité des besoins de sommeil selon les écoles. Distribution des écoles selon la proportion de jeunes présentant un déficit de sommeil les jours semaine. COMPASS-Québec 2025. N = 136 écoles



Note : Proportions ajustées pour la composition par âge et sexe des écoles.
Écoles ordonnées par ordre croissant.

Figure 11. Inégalité des besoins de sommeil selon les écoles. Distribution des écoles selon l'intensité du déficit de sommeil les jours semaine. COMPASS-Québec 2025. N = 136 écoles



Note : Proportions ajustées pour la composition par âge et sexe des écoles.
Écoles ordonnées par ordre croissant.

Le déficit de sommeil sévère est supérieur à une fois et demie la médiane des écoles dans 29 des 136 écoles (21,3%). Les jeunes de ces écoles présentent des déficits de sommeil plus fréquents, qu'il s'agisse du déficit global, modéré, fort ou sévère.

Tableau 4. Besoins de sommeil des jeunes selon que l'école figure ou non parmi celles dans lesquelles le déficit de sommeil est le plus intense. COMPASS-Québec 2025. N = 136 écoles

Variables	Unité	Écoles dans lesquelles le déficit de sommeil sévère est :					
		≤ 1,5 fois la médiane (n=107)			> 1,5 fois la médiane (n= 29)		
		Médiane	Minimum	Maximum	Médiane	Minimum	Maximum
Déficit de sommeil (total)	Proportion	0,41	0,27	0,55	0,30	0,09	0,52
Modéré (<1 h)	Proportion	0,16	0,06	0,25	0,15	0,03	0,32
Fort (1-2h)	Proportion	0,15	0,04	0,21	0,10	0,01	0,23
Sévère (>2h)	Proportion	0,10	0,09	0,16	0,05	0,00	0,09
Heure du coucher	Heure médiane	22:15	21:45	22:45	22:15	21:30	22:45
Heure du lever	Heure médiane	07:00	06:00	07:45	07:00	06:00	8:00

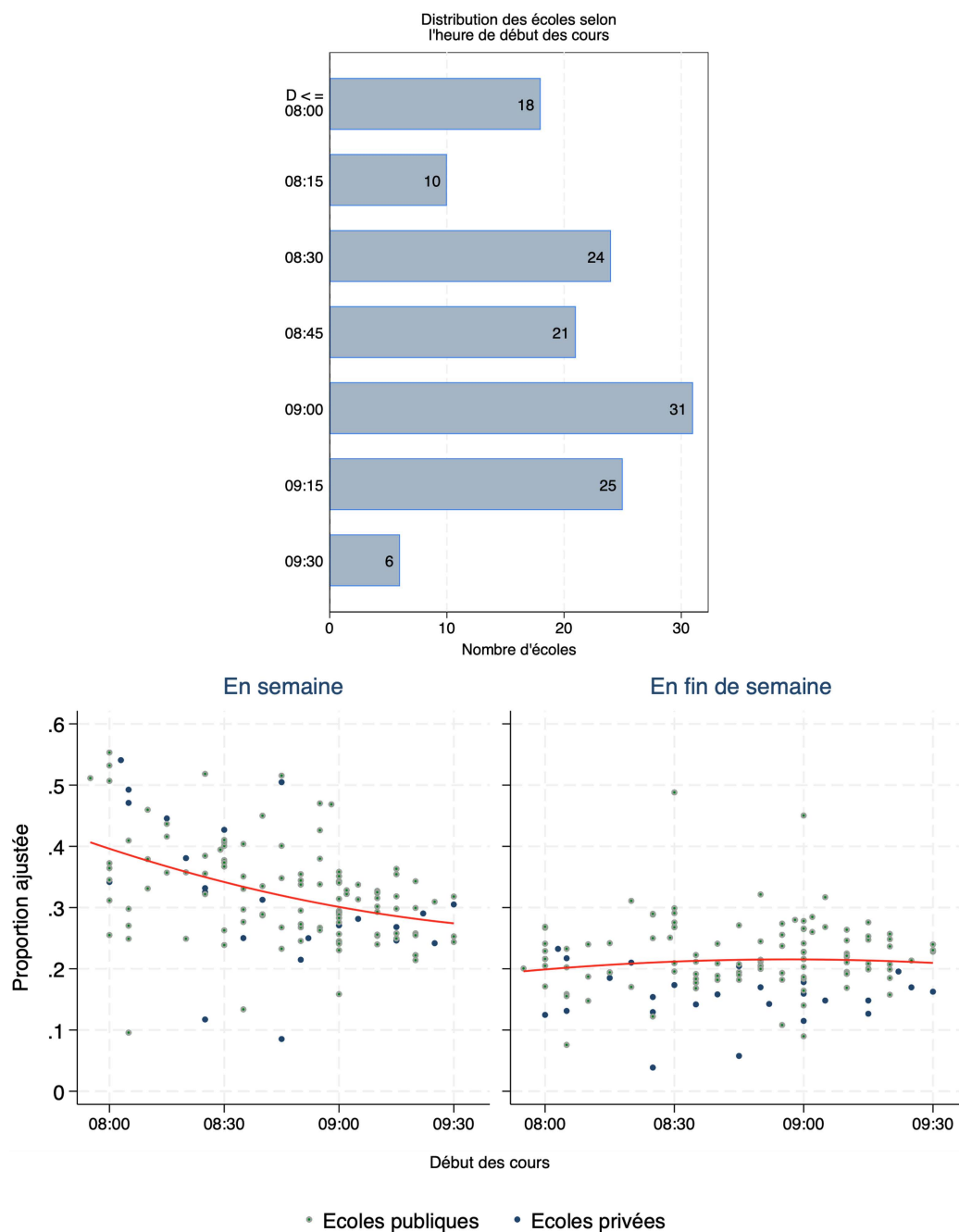
Note : Déficit sévère excédant de plus d'une fois et demie la médiane des écoles de l'échantillon.
Médianes et proportions ajustées pour la composition par âge et sexe des écoles.

Déficit de sommeil et heure du début des cours

Pour la majorité des élèves, l'école commence entre huit heures et neuf heures et demie, l'heure médiane étant de 8 h 50 (figure 12). Nonobstant toute autre considération en lien avec l'environnement scolaire, plus les cours commencent tôt et plus la proportion de jeunes manquant de sommeil est importante. Comme on pourrait s'y attendre, l'association disparaît quand on s'intéresse au sommeil en fin de semaine.



Figure 12. Heure de début des cours et proportion d'élèves par école présentant un déficit de sommeil les jours de semaine et en fin de semaine. COMPASS-Québec 2025. N = 136 écoles

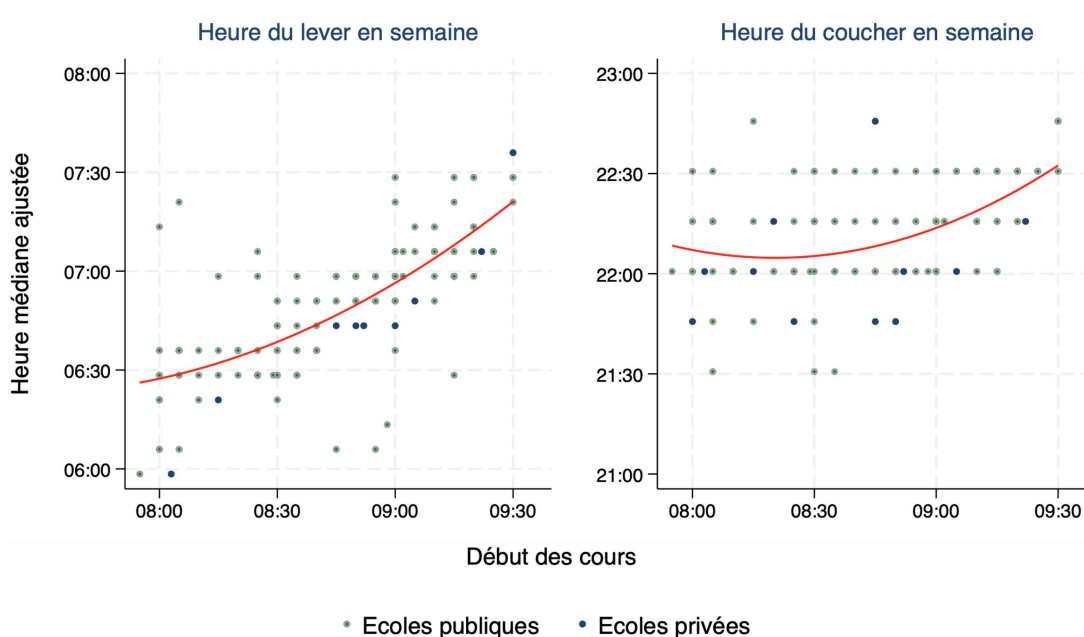


Note : Proportions ajustées pour la composition par âge et sexe des écoles.

Les jeunes des écoles dont les cours débutent plus tôt se lèvent plus tôt (figure 13). Ils se couchent plus tôt aussi, mais comme le montrent les pentes de régressions, l'avancement de l'heure du coucher ne compense pas un lever plus précoce.



Figure 13. Heure du début des cours et heures médianes du coucher et du lever par école.
COMPASS-Québec 2025. N = 136 écoles



Note : Proportions ajustées pour la composition par âge et sexe des écoles.

Le tableau 5 présente les résultats d'une simulation réalisée dans le but d'estimer les éventuels bénéfices d'un report de l'heure du début des cours. L'estimation porte sur l'incidence et l'intensité des déficits de sommeil sous différents scénarios d'heure de début des cours, tenant compte de la composition démographique de l'école et de la distribution des temps de déplacement des jeunes qui la fréquentent. La proportion de jeunes manquant de sommeil est estimée sous cinq scénarios d'horaire de début des cours (8 h 00, 8 h 15, 8 h 30, 8 h 45 et 9 h 00). On calcule par la suite le gain associé à un report de quinze minutes de l'heure de début des cours dans chaque situation. On estime enfin le gain moyen associé à un décalage de l'heure du début des cours d'un quart d'heure ou d'une demi-heure. Ceci permet de comparer les effets anticipés d'un report de l'heure de début des cours selon l'intensité des besoins.



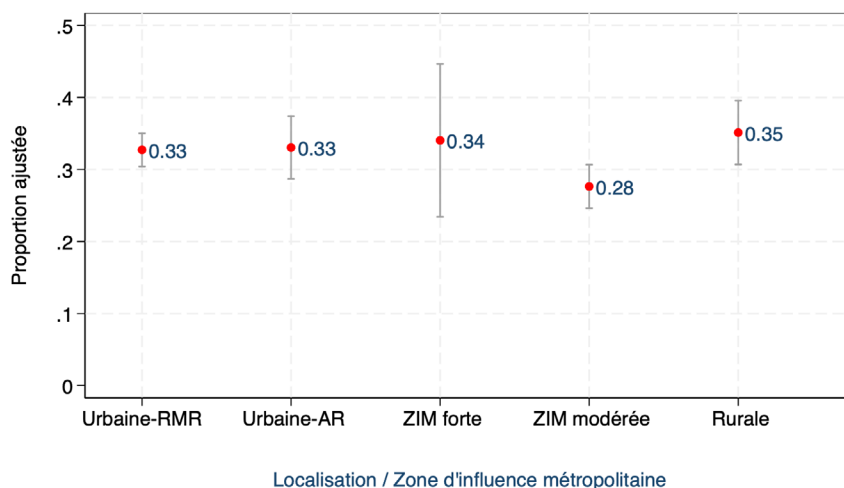
Tableau 5. Simulations. Déficit de sommeil pour différents scénarios d'heures de début des cours.
COMPASS-Québec 2025. N = 136 écoles

Heure du début des cours	Déficit de sommeil (ensemble)		Déficit > 2H		Déficit 1-2H		Déficit < 1H	
	Proportion prédite	Gain (h) - (h-15min)	Proportion prédite	Gain (h) - (h-15min)	Proportion prédite	Gain (h) - (h-15min)	Proportion prédite	Gain (h) - (h-15min)
08:00	0,390		0,070		0,139		0,180	
	[0,355; 0,424]		[0,055; 0,085]		[0,122; 0,155]		[0,161; 0,199]	
08:15	0,364	-0,026	0,065	-0,005	0,124	-0,014	0,174	-0,006
	[0,343; 0,385]	[-0,048;-0,003]	[0,055; 0,074]	[-0,015; 0,004]	[0,114; 0,134]	[-0,025;-0,004]	[0,162; 0,185]	[-0,018; 0,006]
08:30	0,341	-0,023	0,061	-0,004	0,112	-0,012	0,167	-0,007
	[0,321; 0,361]	[-0,037;-0,009]	[0,052; 0,069]	[-0,010; 0,002]	[0,103; 0,122]	[-0,019;-0,005]	[0,156; 0,178]	[-0,015; 0,001]
08:45	0,321	-0,020	0,058	-0,002	0,103	-0,010	0,158	-0,008
	[0,301; 0,340]	[-0,029;-0,012]	[0,050; 0,067]	[-0,006; 0,001]	[0,093; 0,112]	[-0,014;-0,006]	[0,148; 0,169]	[-0,013;-0,004]
09:00	0,303	-0,018	0,058	-0,001	0,096	-0,007	0,149	-0,009
	[0,285; 0,320]	[-0,028;-0,007]	[0,050; 0,065]	[-0,005; 0,004]	[0,087; 0,104]	[-0,012;-0,002]	[0,139; 0,159]	[-0,015;-0,004]
Effet du report de l'heure de début des cours (gain relatif)								
Report de 15 min	-5,8%		-2,4%		-7,4%		-5,8%	
	[-8,6%;-3,1%]		[-8,2%; 3,3%]		[-11,5%;-3,4%]		[-9,1%;-2,6%]	
Report de 30 min	-11,7%		-4,9%		-14,9%		-4,9%	
	[-17,1%;-6,2%]		[-16,4%; 7,7%]		[-23,1%;-6,7%]		[-16,4%; 6,6%]	

Note : Prédications et intervalles de confiance ajustés pour la composition démographique et de la distribution des temps de déplacement des jeunes de l'école, après régression linéaire tronquée.

Les résultats présentés au tableau 5 sont fournis à titre indicatif et à interpréter prudemment en raison de la taille limitée de l'échantillon et d'une possible confusion résiduelle. Les simulations réalisées suggèrent qu'un report même limité de quinze minutes de l'heure du début des cours pourrait contribuer à une réduction significative de la proportion de jeunes manquant de sommeil. Les jeunes dont le déficit de sommeil est important seraient éventuellement ceux qui bénéficieraient le plus de ces mesures.

Figure 14. Localisation de l'école et proportion d'élèves présentant un déficit de sommeil les jours de semaine.
COMPASS-Québec 2025. N = 136 écoles



Note : Proportions ajustées pour la composition par âge et sexe des écoles.

Déficit de sommeil et localisation de l'école

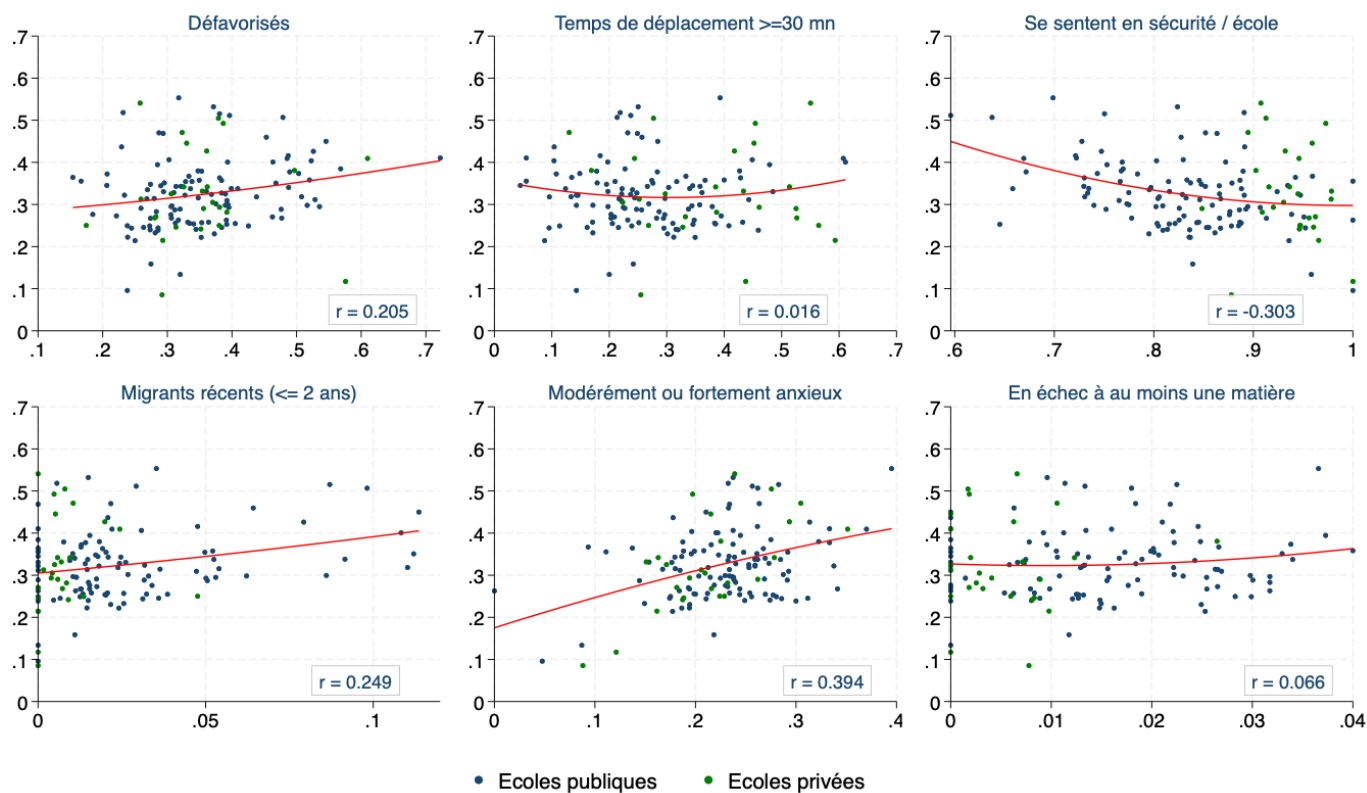
La mise en relation de la proportion de jeunes manquant de sommeil lors de l'enquête de 2025 avec la localisation de l'école ne permet pas d'identifier de tendance claire (figure 14).

Déficit de sommeil et composition de la clientèle de l'école

La figure 15 rend compte des relations entre la composition de la clientèle scolaire et la proportion de jeunes présentant un déficit de sommeil. Les écoles dont les jeunes manquent davantage de sommeil accueillent des jeunes qui tendent à être plus anxieux (le coefficient de corrélation r est égal à 0,39) et se sentent moins en sécurité à l'école ($r = -0,30$). On note également une plus forte concentration d'immigrants récents ($r = 0,24$) et de jeunes vivant dans des familles défavorisées ($r = 0,20$) là où les besoins sont plus élevés, mais l'association est moins marquée.



Figure 15. Composition de la clientèle et déficit de sommeil par école.
COMPASS-Québec 2025. N = 136 écoles



Note : Axe des abscisses : proportion de la clientèle présentant la caractéristique (échelles variables).

Axe des ordonnées : proportion de la clientèle présentant un déficit de sommeil; ajustement pour la composition par âge et sexe des écoles.

Tableau 6. Caractéristiques de la clientèle des écoles selon que l'école figure ou non parmi celles dans lesquelles le déficit de sommeil est le plus intense. COMPASS-Québec 2025. N = 136 écoles

Caractéristique de la clientèle (proportion)	Écoles dans lesquelles le déficit de sommeil sévère est:		Différence	IC95
	≤ 1,5 fois la médiane (n=107)	> 1,5 fois la médiane (n=29)		
Filles	0,490	0,514	0,024	[0,002 ; 0,048]
Garçons	0,498	0,470	-0,029	[-0,056 ; -0,007]
Autre réponse à la question sur le sexe	0,012	0,017	0,005	[0,000 ; 0,011]
Familles défavorisées	0,336	0,424	0,087	[0,046 ; 0,128]
Migrants récents	0,023	0,050	0,027	[0,002 ; 0,062]
Symptômes d'anxiété modérés à sévères	0,217	0,264	0,047	[0,024 ; 0,068]
Travaillent plus de 16 heures par semaine	0,069	0,053	-0,016	[-0,028 ; -0,005]
Temps de déplacement pour l'école >= 30min	0,295	0,302	0,007	[-0,053 ; 0,075]
Se sentent en sécurité à l'école	0,864	0,790	-0,075	[-0,109 ; -0,038]
En échec à une matière ou plus	0,015	0,015	0,000	[-0,006 ; 0,005]

Note : Proportions ajustées pour la composition par âge et sexe des écoles. Différences de proportions comparées par rééchantillonnage (bootstrap, 500 répétitions). IC 95% : intervalle de confiance à 95%.

Portrait des écoles où le déficit de sommeil est le plus sévère

Le tableau 6 permet de comparer la composition de la clientèle des écoles dans lesquelles la proportion de jeunes présentant un déficit de sommeil intense excède une fois et demie la médiane de la population d'étude à celle des autres écoles. La comparaison porte sur la proportion moyenne de jeunes présentant diverses caractéristiques individuelles ou familiales. Les différences sont bootstrappées pour dériver les intervalles de confiance.

Les écoles où le déficit de sommeil est le plus sévère se démarquent par la composition de leur clientèle. On y trouve une proportion plus importante de filles, de jeunes issus de familles défavorisées et avec le statut de migrants récents. Les jeunes de ces écoles rapportent plus fréquemment les symptômes d'anxiété modérée à sévère, mais sont moins susceptibles de travailler plus de seize heures par semaine et de se sentir en sécurité à l'école.



Discussion

Favoriser des routines propices au sommeil

Le renforcement de saines routines de sommeil des jeunes peut prendre diverses formes: maintenir un horaire de sommeil régulier, limiter l'utilisation des écrans dans la chambre à coucher ou dans l'heure précédant le coucher, éviter les repas ou boissons tard le soir, instaurer un environnement calme, s'exposer à la lumière du soleil durant le jour et tamiser les lumières après le coucher du soleil ou privilégier des moments de détente favorisant la préparation au sommeil.⁸ Des approches comportementales structurées offrent un cadre pertinent pour encourager la réduction progressive des activités stimulantes avant le coucher comme la consommation de caféine ou d'alcool, un repas tardif, le travail ou l'exposition aux écrans.²⁴ Le sommeil est, par ailleurs, amélioré par une activité physique régulière durant la journée.¹⁹

Le renforcement de saines routines de sommeil est d'autant plus avantageux qu'il serait ainsi possible de réduire le recours à des solutions compensatoires pour favoriser l'endormissement, comme l'utilisation de cannabis et de mélatonine. Le cannabis est en effet fréquemment utilisé par les adolescents pour favoriser le sommeil ou atténuer les difficultés d'endormissement.²⁵ Une étude américaine rapporte que près d'un enfant sur cinq (19%) prendrait un supplément de mélatonine pour l'aider à dormir.²⁶

Plusieurs plateformes numériques intègrent des mécanismes de design persuasif et, dans certains cas, des interfaces trompeuses (*dark patterns*²⁷) visant à orienter les utilisateurs vers des actions allant à l'encontre de leurs intérêts (p. ex., revenir fréquemment sur l'application, prolonger la durée d'utilisation avec des fonctionnalités comme le défilement infini, effectuer des achats impulsifs, accepter des notifications ou partager des informations personnelles). Ces stratégies peuvent contribuer à prolonger le temps passé sur les écrans en soirée et empiéter sur le temps de sommeil. Dans ce contexte, se profile la nécessité d'un meilleur encadrement de l'exposition des jeunes aux plateformes numériques, notamment aux âges les plus précoces, et la nécessité de soutenir le développement d'environnements numériques davantage compatibles avec le sommeil des jeunes.^{28,29} Certains pays ont décidé d'instaurer un âge minimal pour la création de comptes sur les plateformes en ligne. Ces réglementations concernent notamment les réseaux sociaux, les jeux vidéo, les plateformes de diffusion vidéo et les agents conversationnels basés sur l'intelligence artificielle. En ciblant des fonctionnalités potentiellement nuisibles comme la lecture automatique (*autoplay*) et les algorithmes fondés sur l'engagement, l'objectif est de protéger les jeunes tout en préservant leur capacité d'accéder à l'information.

Éviter que les jeunes ne se lèvent trop tôt

Les résultats de l'étude corroborent ceux de travaux antérieurs montrant qu'un temps de déplacement vers l'école plus long est associé à un lever plus hâtif.³⁰⁻³² Au-delà de son effet sur le sommeil proprement dit, un temps de transport prolongé impacte le rythme quotidien des jeunes. En allongeant la journée, il contribue aux « journées marathon » et réduit le temps disponible pour la réalisation d'activités parascolaires, à l'école ou en dehors de



l'école.³³ De plus, le temps passé assis durant le transport (en voiture, en autobus ou en métro) s'inscrit dans les comportements sédentaires. Ultimement, ces contraintes peuvent nuire à la capacité d'attention des jeunes et à leurs résultats scolaires.³³ La réduction du temps de transport est une nécessité sur laquelle il paraît relativement aisé de s'accorder. Mais, c'est aussi un déficit en lien avec l'offre d'enseignement, la gestion des rythmes et des transports scolaires, les préférences parentales, l'aménagement du territoire et des voies de communication, etc.

L'incidence de l'heure du début des classes sur le déficit de sommeil et le rythme quotidien de la journée relève de la même logique. Là aussi, l'étude conforte des travaux réalisés antérieurement.³⁴ Bien que d'envergure limitée, nos simulations suggèrent qu'un report de l'heure du début des classes, même modeste, pourrait contribuer à réduire la proportion de jeunes manquant de sommeil. Les résultats suggèrent que les jeunes dont le déficit de sommeil est plus important en bénéficieraient davantage. Des expériences conduites en situation réelle montrent que le report de l'heure de début des cours permet aux jeunes de se lever plus tard sans entraîner de décalage comparable de l'heure du coucher et aboutit donc à un gain net de sommeil.³⁵⁻³⁷ L'académie américaine de pédiatrie recommande que les écoles secondaires commencent au plus tôt à 8 heures 30³⁸ (dans notre échantillon, les cours débutent avant 8 heures 30 dans près d'un tiers des écoles, soit 36 sur 136).

Protéger les jeunes contre une charge de travail rémunéré excessive

Une implication précoce dans le monde du travail a depuis longtemps été associée à un développement intellectuel supérieur des jeunes et à davantage de compétences professionnelles, sociales et citoyennes.³⁹ Une récente recension de l'OCDE suggère que l'acquisition d'une expérience professionnelle pendant les études favorise un meilleur accès au marché du travail à l'âge adulte et une rémunération future plus élevée.⁴⁰ On a aussi rapporté moins de décrochage et de meilleurs résultats scolaires chez des jeunes qui travaillent. Mais les effets délétères d'un travail pénible, intense ou stressant sur le cycle circadien, et au-delà, sur la santé physique et mentale, la qualité de vie et l'attrition scolaire, sont aussi largement documentés. Un nombre élevé d'heures travaillées entre en compétition avec les autres activités quotidiennes et vient réduire le temps consacré aux loisirs, aux devoirs, au repos et bien sûr, au sommeil. Les jeunes tendent aussi à être davantage exposés à des risques professionnels, sachant que le manque de sommeil vient à son tour accroître le risque d'accident de travail.⁴¹ Tout est donc une question de mesure ; les retombées du travail sur la santé et le bien-être sont avant tout liés au contexte dans lequel l'activité se tient.

Notre travail n'a porté que sur la dimension temporelle, un aspect particulier du travail des jeunes. Au Québec, la Loi encadrant le travail des enfants limite à dix-sept heures par semaine le travail des jeunes de quatorze à seize ans scolarisés (avec un maximum de dix heures du lundi au vendredi).⁴² Elle fixe à quatorze ans l'âge minimal d'admission à l'emploi. Mais les exceptions à l'âge minimal d'admission à l'emploi sont relativement nombreuses et si la Loi prévoit des sanctions pour les employeurs contrevenants, elle ne comporte pas d'incitations directes à la protection du temps de sommeil des jeunes. Les récentes recommandations de la *National Sleep Foundation* américaine²⁴ insistent sur la nécessité de collaborer avec les milieux de travail afin d'établir des balises protectrices pour le sommeil des jeunes, notamment en évitant les quarts tardifs.



Se mobiliser et agir

Les habitudes favorables au sommeil semblent méconnues chez les adolescents.⁸ Le renforcement des connaissances sur les pratiques favorables au sommeil est une première étape pour soutenir l'adoption d'habitudes de sommeil plus saines chez les adolescents, sachant toutefois qu'une amélioration des connaissances ne suffit pas à elle seule à induire des changements durables.⁴³

Le milieu scolaire représente un levier de choix pour la promotion du sommeil puisqu'il permet de rejoindre un large bassin de jeunes à un moment clé dans l'évolution et la routinisation des comportements liés au rythme veille-sommeil. L'Organisation mondiale de la santé estime que les programmes de santé en milieu scolaire figurent parmi les interventions les plus efficaces pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes⁴⁴ lorsqu'ils ciblent des enjeux transversaux comme le sommeil. Des programmes éducatifs en milieu scolaire ont été proposés pour améliorer le sommeil des jeunes. Si leurs effets sur les connaissances liées au sommeil sont plutôt convaincants, leur capacité à entraîner des changements dans les habitudes de sommeil demeure variable et généralement modeste. Les travaux réalisés à ce jour suggèrent que les programmes les plus prometteurs reposeraient sur des approches interactives, seraient intégrés au curriculum scolaire, cibleraient à la fois la transmission de connaissances et les changements comportementaux et offriraient aux adolescents des outils concrets et des stratégies réalistes pour adapter leurs routines de sommeil aux contraintes du quotidien.^{43,45,46}

Conclusion

Davantage de preuves sont encore à réunir pour identifier les ingrédients du succès d'interventions ciblant les défis relevés dans ce travail. Considérant les pratiques consacrées en promotion de la santé, on peut escompter un effet bénéfique d'interventions qui favoriseraient la motivation au changement autant que des leviers d'action qui, au-delà des facteurs comportementaux, prendraient en compte l'environnement familial et les composantes structurelles qui rythment et parfois contraignent la journée du jeune.

Nous espérons que ce travail trouvera écho auprès des acteurs concernés (jeunes, parents, intervenants scolaires et acteurs de la santé publique) pour que les uns et les autres se mobilisent pour la promotion du sommeil des jeunes, ce déterminant trop souvent négligé de leur qualité de vie.



Références

1. Bommersbach TJ, Olfson M, Rhee TG. Insufficient Sleep Among US Adolescents Across Behavioral Risk Groups. *JAMA*. Apr 7 2026;335(13):1173-1176. doi:10.1001/jama.2026.1417
2. Agence de la santé publique du Canada. LA SANTÉ DES JEUNES AU CANADA: Portrait de la santé mentale. Conclusions de l'enquête de 2022 sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire. 2025. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research-data/young-people-canada-focus-mental-health/jeunes-canada-portrait-sante-mentale.pdf>
3. Cosma A, Abdrakhmanova S, Taut D, Schrijvers K, Catunda C, Schnohr C. A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Vol. 1. 2023. <https://www.hbsc.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-mental-health-and-well-being-in-europe-central-asia-and-canada/>
4. Centers for Disease Control and Prevention. *Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report for Dietary, Physical Activity, and Sleep Behaviors: 2013–2023*. 2025. <https://www.cdc.gov/yrbbs/dstr/pdf/DSTR-Dietary-PhysicalActivity-SleepBehavior-2013-2023-508.pdf>
5. Traoré I, Simard M, Julien D. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. Résultats de la troisième édition – 2022-2023*. 2024. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-jeunes-secondaire-2022-2023.pdf>
6. Institut national de santé publique du Québec. L'Indicateur de santé publique : Sommeil chez les jeunes. Institut national de santé publique du Québec. Accessed 28 avril 2026, <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/habitudes-de-vie/jeunes-secondaire-sommeil>
7. Sunil S, Tamadala SB, Arun G, Rana S, Prasad BV, Seema N. Sleep and Emotion in Adolescents: A Systematic Review of Studies Using Polysomnography, Actigraphy and Fitbit Data. *Annals of neurosciences*. 2026;09727531261419490.
8. Walker M. *Why We Sleep. Unlocking the power of sleep and dreams*. Scribner; 2018.
9. Bates RA, Lieu TA. Insufficient Sleep in Adolescents and the Need for System Changes. *JAMA*. 2026;335(13):1125-1126. doi:10.1001/jama.2026.1717
10. Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. Résultats de la troisième édition – 2022-2023*. 9 - Sommeil.
11. Tézier B, Haddad S, Bélanger RE, Bacque Dion C, Leatherdale S, Turcotte-Tremblay AM. Associations between types of screen use and bedtimes among a large sample of adolescents: Age and bedtime specific variations from the COMPASS study. *BMC Public Health*. under review;doi:doi.org/10.21203/rs.3.rs-8704490/v1
12. Poirier K, Gauvin L, Haddad S, Belanger RE, Leatherdale ST, Turcotte-Tremblay AM. Evolution of Sleep Duration and Screen Time Between 2018 and 2022 Among Canadian Adolescents: Evidence of Drifts Accompanying the COVID-19 Pandemic. *J Adolesc Health*. May 2024;74(5):980-988. doi:10.1016/j.jadohealth.2023.12.023
13. Reichenberger DA, Master L, Mathew GM, et al. Interactive Screen-Based Activities Predict Worse Actigraphic Sleep Health That Night Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2024;74(4):774-781. doi:10.1016/j.jadohealth.2023.10.027
14. Alam M, Abbas K, Sharf Y, Khan S. Impacts of Blue Light Exposure From Electronic Devices on Circadian Rhythm and Sleep Disruption in Adolescent and Young Adult Students. *Chronobiol Med*. 3 2024;6(1):10-14. doi:10.33069/cim.2024.0004
15. Verhulst S, Vidal Bustamante CM, Carvajal-Velez L, et al. Toward a Demand-Driven, Collaborative Data Agenda for Adolescent Mental Health. *J Adolesc Health*. 2023;72(1S):S20-S26. doi:10.1016/j.jadohealth.2022.05.027
16. Grandner MA. Social-ecological model of sleep health. *Sleep and health*. Elsevier; 2019:45-53.
17. Pulimeno M, Piscitelli P, Colazzo S, Colao A, Miani A. School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people. *Health Promot Perspect*. 2020;10(4):316-324. doi:10.34172/hpp.2020.50
18. Chaput JP, Janssen I. Sleep duration estimates of Canadian children and adolescents. *J Sleep Res*. Oct 2016;25(5):541-548. doi:10.1111/jsr.12410
19. Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE). Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures pour les enfants et les jeunes (5 à 17 ans): Une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil. <https://directivesscpe.ca/directives/enfants-et-jeunes-2/>
20. Poirier K, Turcotte-Tremblay AM, Bélanger R, et al. Inequality of Adolescents' Mental Health between 2018 and 2023: Repeated Cross-sectional Evidence from COMPASS. 2025; doi:<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6933580/v1>
21. Clarke P, Erreygers G. Defining and measuring health poverty. *Social Science & Medicine*. 2020/01/01/ 2020;244:112633. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112633>
22. Williams R. Generalized Ordered Logit/Partial Proportional Odds Models for Ordinal Dependent Variables. *The Stata Journal*. 2006;6(1):58-82. doi:10.1177/1536867X0600600104
23. StataCorp L. *Stata Statistical Software: Release 19*. StataCorp LLC; 2025.
24. Dautovich ND, Gunn HE, Dzierzewski JM, et al. Adolescent sleep health: Recommendations from the National Sleep Foundation. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation*. 2026;12(2):355-365. doi:10.1016/j.sleh.2026.01.002



25. Humphreys J, Atkinson C. Adolescent Cannabis Use - Motives, Frequency and Consequences: A Systematic Literature Review. *Journal of Child & Adolescent Substance Use*. 2025/05/04 2025;30(3):83-102. [doi:10.1080/29973368.2025.2458854](https://doi.org/10.1080/29973368.2025.2458854)
26. Hartstein LE, Garrison MM, Lewin D, Boergers J, LeBourgeois MK. Characteristics of Melatonin Use Among US Children and Adolescents. *JAMA Pediatrics*. 2024;178(1):91-93. [doi:10.1001/jamapediatrics.2023.4749](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.4749)
27. Luguri J, Strahilevitz LJ. Shining a Light on Dark Patterns. *Journal of Legal Analysis*. 2021;13(1):43-109. [doi:10.1093/jla/laaa006](https://doi.org/10.1093/jla/laaa006)
28. Haidt J. *The Anxious Generation: How the great rewiring of childhood caused an epidemic of mental illness*. Penguin Press; 2024.
29. Bonenfant M, Delorme S, Dumont A, Duchaineau C. *Les jeux vidéo pour enfants. Bien les comprendre pour mieux les choisir*. 2024.
30. Pereira EF, Moreno C, Louzada FM. Increased commuting to school time reduces sleep duration in adolescents. *Chronobiol Int*. Feb 2014;31(1):87-94. [doi:10.3109/07420528.2013.826238](https://doi.org/10.3109/07420528.2013.826238)
31. Pradhan RK, Sinha N. Impact of Commuting Distance and School Timing on Sleep of School Students. *Sleep and Biological Rhythms*. 2017;15:153-158. [doi:10.1007/s41105-017-0091-0](https://doi.org/10.1007/s41105-017-0091-0)
32. Seta D, Otsuka Y, Tokiya M, Saitoh I, Itani O, Kaneita Y. Relationship between commuting to school and sleep disturbance in Japanese adolescents: a 2-year cohort study. *Sleep Med*. Dec 2025;136:106846. [doi:10.1016/j.sleep.2025.106846](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2025.106846)
33. Matawan, Association nationale pour les transports éducatifs de l'enseignement public. *Transport scolaire : Quel impact sur le quotidien des élèves ? Synthèse de l'étude Matawan / ANATEEP*. 2026. <https://matawan-mobility.com/wp-content/uploads/2026/01/Synthese-etude-anateep-matawan.pdf>
34. Gariepy G, Janssen I, Sentenac M, Elgar FJ. School start time and sleep in Canadian adolescents. *J Sleep Res*. Apr 2017;26(2):195-201. [doi:10.1111/jsr.12475](https://doi.org/10.1111/jsr.12475)
35. Meltzer LJ, Wahlstrom KL, Plog AE, Strand MJ. Changing school start times: impact on sleep in primary and secondary school students. *Sleep*. 2021;44(7)[doi:10.1093/sleep/zsab048](https://doi.org/10.1093/sleep/zsab048)
36. Owens JA, Dearth-Wesley T, Herman AN, Oakes JM, Whitaker RC. A quasi-experimental study of the impact of school start time changes on adolescent sleep. *Sleep Health*. Dec 2017;3(6):437-443. [doi:10.1016/j.sleh.2017.09.001](https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.09.001)
37. Widome R, Berger AT, Iber C, et al. Association of Delaying School Start Time With Sleep Duration, Timing, and Quality Among Adolescents. *JAMA Pediatr*. Jul 1 2020;174(7):697-704. [doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0344](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0344)
38. Adolescent Sleep Working G, Committee on A, Council on School H. School start times for adolescents. *Pediatrics*. Sep 2014;134(3):642-9. [doi:10.1542/peds.2014-1697](https://doi.org/10.1542/peds.2014-1697)
39. National Research Council & Institute of Medicine. *Protecting Youth at Work: Health, Safety, and Development of Working Children and Adolescents in the United States*. 1998.
40. OECD. *Teenage Part-Time Working: How Schools Can Optimise Benefits and Reduce Risks for Secondary School Students*. OECD Education Policy Perspectives, No. 116. 2025.
41. Breslin C, Koehoorn M, Smith P, Manno M. Age related differences in work injuries and permanent impairment: a comparison of workers' compensation claims among adolescents, young adults, and adults. *Occup Environ Med*. 2003;60(9):E10. [doi:10.1136/oem.60.9.e10](https://doi.org/10.1136/oem.60.9.e10)
42. Gouvernement du Québec. Loi sur l'encadrement du travail des enfants (LQ 2023, c. 11).
43. Blunden SL, Chapman J, Rigney GA. Are sleep education programs successful? The case for improved and consistent research efforts. *Sleep Med Rev*. Aug 2012;16(4):355-70. [doi:10.1016/j.smrv.2011.08.002](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.08.002)
44. World Health Organization and the United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. 2021.
45. Blunden S, Rigney G. Lessons Learned from Sleep Education in Schools: A Review of Dos and Don'ts. *J Clin Sleep Med*. Jun 15 2015;11(6):671-80. [doi:10.5664/jcsm.4782](https://doi.org/10.5664/jcsm.4782)
46. Illingworth G, Sharman R, Harvey CJ, Foster RG, Espie CA. The Teensleep study: the effectiveness of a school-based sleep education programme at improving early adolescent sleep. *Sleep Med X*. Dec 2020;2:100011. [doi:10.1016/j.sleepx.2019.100011](https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2019.100011)
47. Gaskin CJ, Venegas Hargous C, Stephens LD, et al. Sleep behavioral outcomes of school-based interventions for promoting sleep health in children and adolescents aged 5 to 18 years: a systematic review. *Sleep Adv*. 2024;5(1):zpae019. [doi:10.1093/sleepadvances/zpae019](https://doi.org/10.1093/sleepadvances/zpae019)
48. Gruber R. Evaluating school-based sleep health promotion programs in real life. *Sleep Health*. Apr 2020;6(2):135-136. [doi:10.1016/j.sleh.2020.02.007](https://doi.org/10.1016/j.sleh.2020.02.007)

Annexes

Tableau S1a. Population d'étude des jeunes

COMPASS 2025	Nombre	% Total	% Valides
Premier cycle	32 590	40,1	45,4
Second cycle	42 950	52,9	54,6
Sous-total	71 833	88,4	100,0
Écoles particulières	753	3,4	
Autres invalides	2 020		
Période entourant les vacances	6 667	8,2	
Total (N=154 écoles)	81 273	100,0	

Tableau S1b. Population d'étude des écoles

COMPASS 2025	Nombre	% Total	% Valides
Premier cycle seulement	13	8,4	9,6
Deux cycles	123	79,9	90,4
Total	136	88,3	100,0
Écoles particulières	10	6,5	
Période entourant les vacances	4	2,6	
Effectifs insuffisants	4	2,6	
Total (N=154 écoles)	154	100,0	



Citation suggérée

Haddad S, Bélanger RE, Poliakova N, Tézier B & Turcotte-Tremblay A-M. *Se coucher tard, se lever tôt et manquer de sommeil. Analyse des besoins de sommeil des jeunes dans l'enquête COMPASS-Québec 2025*. Rapport/note de recherche N° 7. Centre de recherche VITAM. Québec, mai 2026.

Financement

COMPASS-Québec bénéficie d'octrois de recherche et du soutien du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, du Gouvernement du Québec et des Instituts de Recherche en santé du Canada.



Demande d'informations

Mme Claude Bacque Dion, responsable de la coordination, claud.bacque-dion.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca



