

OBJECTIFS

- Evaluer la prévalence des troubles du sommeil dans une population adulte de PVVIH suivie en ambulatoire.
- Identifier les facteurs de risque associés aux troubles du sommeil liés ou non à l'infection VIH ou aux traitements antirétroviraux.

METHODES

Etude transversale multicentrique régionale réalisée entre novembre 2012 et mai 2013.

- Questionnaire médical rempli par le clinicien
- Auto-questionnaire rempli par le patient (3 parties) :
 - **Qualité du sommeil** : questionnaire de Pittsburgh (index PSQI) qui évalue la qualité du sommeil sur les 4 dernières semaines
 - **Dépression** : questionnaire BDI-II
 - **Qualité de vie** : questionnaire WHO QOL HIV BREF

Critères d'inclusion

- Patient adulte infecté par le VIH
- Suivi dans l'un des 6 centres participant du COREVIH Pays de Loire (CHU Nantes, CHU Angers, CHD La Roche sur Yon, CH Le Mans, CH Saint Nazaire, CH Laval)
- Ayant donné son accord de participation après remise de la note d'information

Critères de non-inclusion

- Patient refusant ou incapable de répondre à l'auto-questionnaire
- Patient mineur ou majeur sous tutelle ou protégé

RESULTATS

1354 patients ont été inclus dans l'étude.

Données socio-démographiques

Age, médiane(IQR)	47 (40;54)
Hommes, n(%)	995 (73,5)
IMC, médiane(IQR)	23,5 (21;26,2)
Statut familial : en couple, n(%)	709 (52)
En activité professionnelle, n(%)	768 (56,7)
Mode de contamination, n(%)	
- Homosexuel	656 (48,4)
- Hétérosexuel	515 (38,0)
- Autre	183 (13,5)

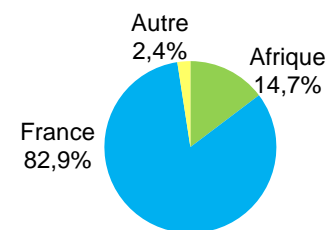
Données VIH

Durée VIH (années), médiane(IQR)	12,4 (6,2;19,8)
Nadir CD4/mm ³ , médiane(IQR)	207 (95;309)
CD4/mm ³ , médiane(IQR)	604 (434;784)
Stade C, n(%)	279 (20,6)
Coinfection VHB et/ou VHC, n(%)	182 (13,4)
Dyslipidémie, n(%)	271 (20,0)
HTA, n(%)	205 (15,1)
Lipodystrophie, n(%)	160 (11,8)
Diabète, n(%)	41 (3,0)
Sous traitement ARV, n(%)	1275 (94,2)
- Durée ARV (années), médiane(IQR)	9,5 (4,2;15,8)
- ARN VIH < 50 copies/mL, n(%)	1105 (86,7)

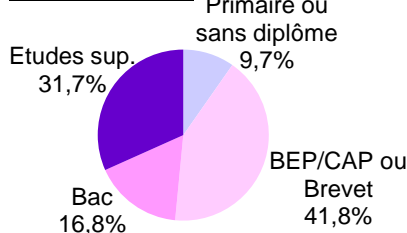
Habitudes de vie (au cours du mois précédent)

Activité sportive, n(%)	513 (37,9)
Fumeur (tabac), n(%)	524 (38,7)
Consommation d'alcool (>20g/jr), n(%)	117 (8,7)
Consommation régulière de thé, n(%)	328 (24,3)
Consommation régulière de café, n(%)	885 (65,6)
Consommation de cannabis (occasionnelle ou régulière), n(%)	157 (11,7)
Prise d'anxiolytiques, n(%)	104 (7,7)
Prise de somnifères, n(%)	115 (8,5)

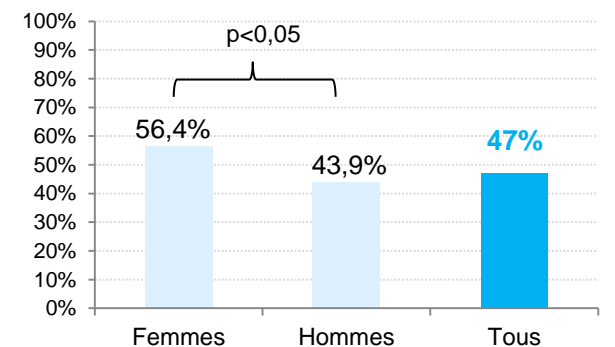
Pays de naissance



Niveau d'études



Prévalence des troubles du sommeil (score PSQI > 5)



La durée de sommeil est en médiane(IQR) de 7 heures (6;8).

251 (19,7%) ont un score de dépression BDI-II ≥ 19 (dépression modérée à sévère).

Facteurs associés aux troubles du sommeil (analyse multivariée)

Paramètre	OR	IC 95%	P
Sexe masculin	0,73	[0,53;1,01]	0,06
Statut familial : seul vs en couple	1,54	[1,17;2,01]	0,002
Activité professionnelle			
- Horaires de jour	0,72	[0,54;0,96]	0,02
- Horaires variables	0,87	[0,55;1,39]	0,57
Durée VIH (≥10 ans vs <10 ans)	1,52	[1,16;2,00]	0,003
Consommation de tabac	1,42	[1,08;1,88]	0,01
Consommation de café	0,65	[0,49;0,87]	0,004
Traitement ARV			
- névirapine	0,71	[0,52;0,96]	0,03
- efavirenz	0,43	[0,29;0,65]	<0,0001
Score de dépression BDI-II ≥19	4,59	[3,13;6,72]	<0,0001

Variables non significatives en univariée : pays de naissance, âge, IMC, mode de contamination, stade C, coinfection, niveau d'études, sport, consommation d'alcool, consommation de drogues dures, présence d'une autre pathologie, CD4, CV, autres traitements ARV, centre hospitalier.

CONCLUSION

Dans cette population représentative des patients suivis dans le COREVIH des Pays de la Loire (participation de 44,8% de la file active), près de la moitié des PVVIH ont des troubles du sommeil. Ces troubles sont essentiellement liés aux conditions sociales et psychologiques : être une femme, vivre seul, être sans emploi, être déprimé et être infecté par le VIH depuis plus de 10 ans. Un traitement par névirapine ou efavirenz est associé à un faible risque de troubles du sommeil. Les troubles dépressifs d'intensité modérée ou sévère sont fréquents et probablement sous-diagnostiqués et sous-évalués. Leur prise en charge pourrait améliorer la qualité du sommeil.

REMERCIEMENTS

A tous les patients qui ont participé à cette étude et à tous les membres des équipes : **Nantes** : F. Raffi, E. Billaud, V. Reliquet, C. Allavena, C. Brunet-Cartier, B. Bonnet, P. Morineau-Le Houssine, S. Bouchez, M. Lefebvre, D. Boutoille, S. Pineau, C. Biron, M. Brière, M. Besnier, F. Sausser, P. Point, O. Aubry, O. Grossi, B. Gout, M. Colas, C. Suptot, H. Hùe, D. Brosseau, L. Larmet, J. Orain, S. Sécher-Pineau, T. Jovelin; **Angers** : J.M. Chenebault, V. Rabier, P. Fialaire, Y.M. Vandamme, P. Abgueguen, S. Rehaïem; **La Roche sur Yon** : P. Perré, T. Guimard, S. Léautez, J.L. Esnault, O. Bollengier-Stragier, I. Suaud, L. Lainé, H. Durand, C. Garnier; **Le Mans** : H. Hitoto, L. Perez, I. Ali; **Saint Nazaire** : C. Michau; **Laval** : R. Vatan.