

# ÉTUDE DES MOTIFS D'ADMISSION AU SERVICE DES URGENCES D'UNE COHORTE DE PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH SUIVIS AU CHU DE LIÈGE

PIROTTE B (1), FRIPPIAT F (2), DARCIS G (3), RASSENFOSSE M (4), FOMBELLIDA K (5), MAES N (6), MOERMAN F (1), MOUTSCHEN M (7)

**RÉSUMÉ :** L'utilisation du département des urgences (DU) par les adultes infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) évolue suite à l'instauration des traitements antirétroviraux (TAR). Nous avons besoin d'améliorer nos connaissances à ce sujet et d'en savoir plus sur le diagnostic de ces patients lorsqu'ils quittent le service d'urgence. Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une durée d'un an et qui s'intéresse aux caractéristiques de l'utilisation du DU par 1.026 patients vivant avec le VIH. La majorité d'entre eux était sous traitement anti-rétroviral (95 %) et avait une charge virale inférieure à 50 copies (73,6 %). Parmi eux, 117 (11,8 %) se sont présentés au moins une fois au DU. Les principaux motifs d'admission étaient d'ordre traumatologique (30 %). Cette étude montre que la grande majorité des motifs d'admission au DU des patients vivant avec le VIH n'était pas en rapport avec des pathologies infectieuses (seulement 6,3 %, dont la moitié directement liées au VIH). Une hypothèse pour expliquer ces résultats serait que les patients étudiés bénéficiaient d'une excellente couverture anti-rétrovirale et étaient bien contrôlés en termes de VIH.

**MOTS-CLÉS :** *VIH - Urgences - Traitements antirétroviraux - Couverture thérapeutique*

## EMERGENCY DEPARTMENT UTILIZATION BY HIV-POSITIVE ADULTS IN A BELGIAN SETTING

**SUMMARY :** The use of the emergency department (ED) by human immunodeficiency virus (HIV)-infected adults undergoes an evolution following the introduction of antiretroviral therapy (ART). Improving our knowledge about ED use characteristics will contribute to a correct diagnosis and therapeutic approach in this patient group, at the moment they are discharged from the ED. We conducted a one-year retrospective study on characteristics of ED use involving 1026 patients living with HIV. The majority of them was treated with antiretroviral therapy (95 %) and had a viral load lower than 50 copies (73.6 %). Among them, 117 patients (11.8 %) were admitted at least once to the ED. The most common ED discharge diagnoses were related to trauma (30 %). This study shows that the great majority of diagnoses were not related to infectious diseases (6.3 %, of which half were HIV-related). One hypothesis to explain these results would be that HIV-positive adults in this study had excellent antiretroviral coverage and were well controlled in terms of HIV.

**KEYWORDS :** *HIV - Emergency department - Antiretroviral therapy - Therapeutic coverage*

## INTRODUCTION

En 2015, 38,8 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde (1). Plus d'un million d'entre eux sont décédés d'une cause liée au VIH (1,2 million) et le nombre de nouveaux cas s'élevait à 2,5 millions. Moins de la moitié des patients vivant avec le VIH (PVVIH) étaient alors sous traitement antirétroviral (TAR). L'introduction des TAR a permis de diminuer la mortalité des PVVIH. Ainsi, ces patients vivent de plus en plus longtemps et la prévalence de l'infection continue, par conséquent, d'augmenter.

En Belgique, le rapport de l'Institut scientifique de Santé publique (2) nous apporte les informations suivantes : en 2016, 915 nouveaux

cas ont été diagnostiqués (environ 2,5 diagnostics d'infection par jour) et le nombre de PVVIH a été estimé à 18.785 (1,7 par 1.000 habitants), dont 2.873 individus non diagnostiqués (15,3 %). La proportion d'infections diagnostiquées tardivement s'élevait à 35 % (un diagnostic d'infection étant défini comme tardif lorsque le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 350/mm<sup>3</sup> ou lorsqu'un sida clinique est présent au moment du diagnostic, et en l'absence d'infection récente). Au cours de l'année 2015, 15.266 patients bénéficiaient d'un suivi médical dans un centre de référence. L'âge moyen des PVVIH suivis s'élevait à 45 ans et 34 % des patients avaient plus de 50 ans.

La plupart de ces patients sont d'origine belge (54 %, dont 80 % d'hommes) ou d'Afrique subsaharienne (30 %, dont 68 % de femmes); globalement, le sexe masculin prédomine (sex ratio hommes/femmes 1,8).

L'épidémie du VIH dans notre pays concerne essentiellement deux groupes de population : des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), principalement de nationalité belge, et des individus ayant contracté le virus lors de rapports hétérosexuels et qui, pour la plupart, sont des femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Seulement 0,5 % des cas sont à mettre en relation avec l'utilisation de drogue intraveineuse. En Belgique, en 2015, on estime

(1) Département des maladies infectieuses, Liège Université, CHU de Liège, Belgique.

(2) Chef de Clinique, Chargé de cours adjoint, (3) Infectiologue, (5) Gestionnaire de données, (7) Chef de Service, Département des Maladies infectieuses, Liège Université, CHU de Liège, Domaine Universitaire du Sart Tilman, Liège, Belgique.

(4) Médecin généraliste, Maison médicale d'Ougrée, Liège, Belgique.

(6) Département de Biostatistique et d'Information Médico-Economique, CHU de Liège, Domaine Universitaire du Sart Tilman, Liège, Belgique.

qu'environ 85 % des PVVIH sont diagnostiqués, que 87 % d'entre eux bénéficient d'un traitement, et que 93 % des patients diagnostiqués et traités ont une charge virale (CV) inférieure à 200 copies/ml. La proportion de PVVIH diagnostiqués ayant une suppression virale varie entre 64 % à 72 %. Ces résultats sont proches de l'objectif de l'Organisation des Nations-Unies, à savoir 90 % de couverture diagnostique et thérapeutique avec 90 % de suppression virale «durable» d'ici 2020 (ce qui fait un total de 72,3 % des patients bien contrôlés, mais sans seuil clairement défini pour l'indétectabilité de la CV). Ces résultats s'expliquent, en partie, par un dépistage encore insuffisant des patients à risque (perte de 10-20 % des patients), par les difficultés de rétention dans les structures de soins (perte de 8-9 % des patients), ainsi que par les anciennes limitations de prescription des TAR (actuellement, la trithérapie est recommandée chez tous les PVVIH, et est remboursée indépendamment du nombre de lymphocytes CD4 ou du stade clinique de la maladie). Une fois le diagnostic posé, tous les efforts doivent être mis en place pour optimiser la prise en charge du patient et de sa maladie. L'obtention d'une CV indétectable devient alors l'objectif ultime d'une approche pluridisciplinaire réussie.

Par ailleurs, ces dernières années, nous connaissons un accroissement du nombre total d'admissions aux urgences en Belgique, y compris au sein du service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège, dans lequel cette étude est réalisée (3). On peut alors penser que le nombre total d'admissions aux urgences de patients PVVIH risque, lui aussi, d'augmenter et ce, malgré l'efficacité des traitements et l'amélioration de la qualité de vie de ces patients. Cependant, à notre connaissance, aucune étude ne s'est encore penchée sur la tendance d'utilisation du département des urgences (DU) par ces patients, ni au CHU, ni même en Belgique. Notre étude tentera donc d'améliorer nos connaissances sur les motifs d'admission (MA) au service des urgences des PVVIH.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

### POPULATION ÉTUDIÉE ET SITE

Cette étude rétrospective porte sur un échantillon de PVVIH suivis en ambulatoire au CHU de Liège, hôpital tertiaire en Belgique, et pour lesquels la fréquentation du DU de cette institution a été étudiée pendant 12 mois (du 01/03/2015 au 01/03/2016). A noter que le service des

urgences de cet hôpital s'étend sur deux sites distincts et que l'étude porte sur ces deux sites.

### CRITÈRES D'INCLUSION/EXCLUSION DE L'ÉTUDE

Un patient est considéré comme «suivi» si sa charge virale est mesurée au moins une fois par un médecin attaché au Centre de Référence SIDA du CHU au cours de la période étudiée. Les patients non suivis sont exclus de l'étude. Les patients âgés de moins de 18 ans ou atteints du VIH de type 2 sont aussi exclus de l'étude.

### VARIABLES CLINIQUES, CLASSIFICATION ET COLLECTION DES DONNÉES

Les données ont été obtenues à partir du dossier médical informatisé de l'hôpital et sont secondairement anonymes (les patients sont identifiés par leur numéro de dossier). Les éléments suivants sont étudiés pour chaque patient : l'âge, le sexe, l'ethnie, le nombre d'années depuis le diagnostic, le nombre d'années de prise en charge, le tabagisme, la consommation d'alcool, le nombre de consultations spécialisées, la couverture thérapeutique, la couverture de sécurité sociale (mutuelle), la valeur de lymphocytes CD4+ et de charge virale mesurée au cours de cette période, ainsi que le nombre et le(s) motif(s) d'admission(s) aux urgences. Les paramètres suivants ont été transformés en variables catégoriques mutuellement exclusives : l'ethnie (caucasien, africain, autre), le taux de lymphocytes CD4 (inférieur à 200, entre 200 et 500, et supérieur à 500), ainsi que la charge virale (indétectable si inférieure à 50 copies, détectable mais inférieure à 1.000, et supérieure à 1.000 copies). Nous avons aussi utilisé le dossier médical informatisé de ces patients pour étudier leur consommation d'alcool et de tabac, ainsi que la présence, ou non, d'une mutuelle.

Pour classer les diagnostics observés et offrir une image globale de la situation, nous avons utilisé le système de classification internationale des maladies ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, dixième révision). Les «motifs d'admission» sont considérés ici comme les diagnostics retenus au terme de la visite au DU, et sont obtenus grâce à la relecture individuelle de chaque dossier.

Pour cette étude, il est nécessaire de faire la différence entre les diagnostics liés au VIH et ceux qui ne le sont pas. Les complications associées au VIH sont définies par l'ICD-10 selon le stade clinique de la maladie. Ce stade est lui-

même défini par le Centre pour le Contrôle des Maladies et la Prévention (CDC - Centers for Disease Control and Prevention).

La revue de littérature est effectuée grâce à une recherche sur internet via PubMed et Google Scholar avec les mots-clefs “emergency department”, “emergency care” et “HIV”.

## ANALYSES STATISTIQUES

Pour les variables quantitatives, les données sont résumées sous forme de moyenne et écart-type (SD), de médiane et intervalle interquartile (IQR) ainsi que de valeurs extrêmes. Elles sont présentées sous forme de tables de fréquences (nombres et pour cent) pour les variables catégorisées. Les groupes sont comparés à l'aide d'analyse de la variance (ANOVA) ou du test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives et par le test Chi-carré pour tables de contingences pour les variables catégorisées. Les résultats sont considérés comme significatifs au niveau d'incertitude de 5 % ( $p < 0,05$ ). Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (version 9.4).

## RÉSULTATS

Le nombre d'analyses réalisées par le laboratoire de Référence du CHU de Liège permet d'avoir une estimation du nombre de patients séropositifs suivis à Liège. Ainsi, en 2015, 1.413 patients ont vu leur charge virale (CV) mesurée. Parmi ceux-ci, en août 2015 (soit au milieu de l'étude), 1.026 patients étaient suivis par un médecin du CHU (environ 55 % d'hommes, et 45 % de femmes). Au total, 931 patients (90,7 %) bénéficiaient d'un traitement anti-rétroviral (TAR).

Au cours de la période étudiée, 35 patients ont été exclus de l'étude pour les raisons suivantes : absence de suivi (10 patients), infection par le VIH de type 2 (6 patients), âge de moins de 18 ans (19 patients). Il existe un cas de nouveau diagnostic de VIH réalisé aux urgences, mais il n'est pas repris dans l'étude car le patient a été perdu de vue. 991 PVVIH entraient dans les critères d'inclusion de l'étude. Ils sont décrits dans le **Tableau I**. Parmi eux, 117 (11,8 %) PVVIH se sont présentés au moins une fois au DU du CHU pendant la période considérée. Au total, 162 admissions ont été comptées avec, en moyenne,  $1,4 \pm 0,8$  admissions par patient admis (et avec un maximum de 6 fois). Ainsi, 85 patients ont été admis une fois et il y a 32 admissions multiples (25 patients 2 fois, 4

patients 3 fois, 1 patient 4 fois, 1 patient 5 fois, 1 patient 6 fois).

L'âge moyen des PVVIH admis au DU est de  $47 \pm 12$  ans et de  $46 \pm 12$  ans chez ceux qui ne se sont pas présentés au DU. Ces deux groupes peuvent être considérés comme homogènes pour l'âge ( $p=0,40$ ) et le sexe ( $p=0,14$ ) des patients. La majorité des patients dans les deux groupes sont des hommes (62 % et 54 % respectivement). L'ethnicité diffère selon que le patient a été admis au DU ou non ( $p=0,002$ ). Les patients vus aux urgences sont principalement caucasiens (60,7 %), alors que ceux qui ne s'y sont pas présentés sont majoritairement africains (52 %). Il n'y a pas de différence statistiquement significative au niveau du tabagisme ( $p=0,077$ ) ou de la consommation d'alcool ( $p=0,50$ ) selon que les patients se sont ou non présentés au DU. Les patients infectés par le VIH venus au DU ont une meilleure couverture mutuelle (1,8 % de patients sans mutuelle) par rapport à ceux qui sont suivis dans le même hôpital, mais qui n'ont pas été admis aux urgences au cours de la période étudiée (6,9 %,  $p=0,038$ ).

Le nombre d'années depuis le diagnostic est semblable selon que le patient s'est ou non présenté au DU (soit  $12 \pm 8$  ans et  $11 \pm 8$  ans, respectivement,  $p=0,31$ ). Il en est de même pour le nombre d'années de prise en charge ( $8,5 \pm 6,1$  ans et  $7,8 \pm 5,6$  ans, respectivement,  $p=0,25$ ). Au cours de la période étudiée, le nombre de visites de suivi en consultation spécialisée était semblable pour les deux groupes (admis au DU :  $3,3 \pm 1,5$  fois, non admis au DU :  $3,1 \pm 1,3$  fois,  $p=0,11$ ) (**Tableau I**).

Parmi les 874 patients qui ne sont pas venus au DU, 42 n'étaient pas traités en 2015 (4,8 %). Parmi les 117 patients qui se sont présentés aux urgences, 7 n'étaient pas traités en 2015 (6,0 %). Il n'y a pas de différence entre ces deux groupes en termes de couverture thérapeutique ( $p=0,58$ ). Les deux groupes sont également homogènes en termes de charge virale ( $p=0,90$ ) ou de valeur absolue de lymphocytes CD4+ ( $p=0,14$ ).

Les motifs principaux d'admission aux urgences sont les suivants (**Figure 1**) : 48 cas (30 %) de traumatologie, 25 cas (15,6 %) de problèmes digestifs, 13 cas (8,1 %) de signes et de symptômes non classifiés ailleurs. On compte 10 cas (6,3 %) de problèmes liés à une pathologie infectieuse (syphilis, condylomes, colite et iléo-colite infectieuses et un premier épisode d'herpès génital), et parmi ceux-ci, 5 cas (3,1 %) sont liés au VIH (lymphome non hodgkinien à une reprise, tuberculose miliaire à deux reprises pour le même patient, bronchopneumo-

**Tableau I. Description des patients PVVIH selon qu'ils ont été admis, ou non, au Département des Urgences (DU).**

	Total N=991	Pas venus au DU (N=874)	Venus au DU (N=117)	Comparaison Valeur P
Age (années), Moyenne ± SD	45,8 ± 11,9	45,7 ± 11,9	46,7 ± 12,1	0,40
Sexe (Hommes), N (%)	545 (55,1)	473 (54,2)	72 (61,5)	0,14
Ethnicité, N (%)				0,0020
Africain	499 (50,1)	455 (52,1)	44 (37,6)	
Caucasien	453 (45,4)	382 (43,7)	71 (60,7)	
Autres	45 (4,5)	37 (4,2)	2 (1,7)	
Sans mutuelle, N (%)	58/923 (6,3)	56/812 (6,9)	2/111 (1,8)	0,038
Diagnostic (années), Moyenne ± SD	11,3 ± 7,6	11,2 ± 7,6	12,0 ± 7,8	0,31
Non traités, N (%)	49 (5,0)	42 (4,8)	7 (6,0)	0,58
Prise en charge (années), Moyenne ± SD	7,9 ± 5,7	7,8 ± 5,6	8,5 ± 6,1	0,25
Nombre de visites (1)				0,11
Moyenne ± SD	3,1 ± 1,3	3,1 ± 1,3	3,3 ± 1,5	
Médiane (IQR)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	3 (3 - 4)	
Extrêmes	0 - 10	0 - 8	0 - 10	
Lymphocytes CD4 (valeur absolue)				0,14 (2)
Moyenne ± SD	689 ± 316	683 ± 310	731 ± 356	
Médiane (IQR)	646 (473 - 866)	640 (473 - 858)	703 (469 - 940)	
Extrêmes	20 - 2469	20 - 2469	32 - 2102	
Lymphocytes CD4, N (%)				0,95
< 200	26 (2,6)	21 (2,4)	5 (4,3)	
200 - 500	264 (26,7)	237 (27,2)	27 (23,1)	
> 500	700 (70,7)	615 (70,4)	85 (72,6)	
Charge Virale (Copies)				0,90 (2)
Moyenne ± SD	4243 ± 27689	3878 ± 27260	6972 ± 30694	
Médiane (IQR)	19 (19 - 55)	19 (19 - 54)	19 (19 - 56)	
Extrêmes	19 - 524000	19 - 524000	19 - 249000	
Charge virale, N (%)				0,57
< 50	729 (73,6)	645 (73,8)	84 (71,8)	
50 - 1000	182 (18,4)	160 (18,3)	22 (18,8)	
> 1000	80 (8,1)	69 (7,9)	11 (9,4)	

(1) Nombre de visites de suivi en consultation spécialisée au cours de la période étudiée.

(2) Test non paramétrique de Kruskal-Wallis.

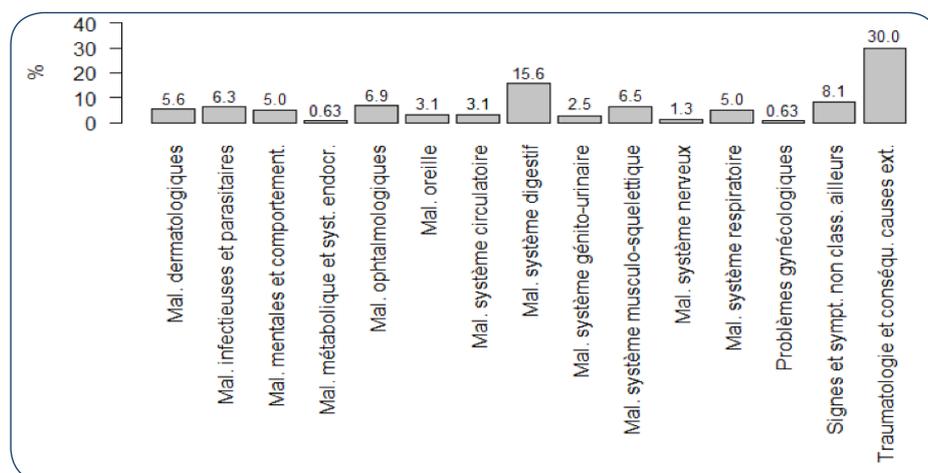
nie sévère à répétition à deux reprises et pour deux patients différents). Cinq cas (3,1 %) sont liés à des problèmes du système circulatoire. Deux patients (0,20 %) sont décédés au cours de la période étudiée.

## DISCUSSION

### 1. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ADMIS OU NON AU DU

Les données montrent que, sur 991 patients, 95 % d'entre eux sont traités, et que sous traitement, 87,4 % des patients ont une CV inférieure à 200 copies/ml. On note que 73,6 % des patients ont une CV inférieure à 50 copies/ml. La couverture thérapeutique des PVVIH au CHU semble donc particulièrement bonne.

Dans notre étude, ni l'âge ni le sexe ne sont des facteurs à mettre en relation avec la fréquentation des urgences par les PVVIH. De même, il n'y a pas de différence significative en termes de valeur de lymphocytes CD4+ ou de CV. Les patients infectés par le VIH venus au DU ont une meilleure couverture mutuelle par rapport à ceux qui sont suivis dans le même hôpital, mais qui n'ont pas été admis aux urgences au cours de la période étudiée. L'absence de mutuelle semble donc être un facteur limitant l'utilisation du DU pour les PVVIH. Ceci semble étonnant quand on sait que la précarité socio-économique est un facteur de risque lié à la fréquentation des services d'urgences (voir plus loin). Cela pourrait peut-être s'expliquer par un problème d'accessibilité au DU du CHU. Une relation entre l'absence de mutuelle et des difficultés de mobilisation vers le DU du CHU n'a



**Figure 1. Motifs d'admission**

pas été étudiée. Par ailleurs, les patients caucasiens ont, en général, une meilleure couverture mutuelle (0,9 % sans mutuelle contre 10,8 %,  $p < 0,001$ ), ce qui pourrait expliquer qu'ils sont plus souvent admis au DU ( $p = 0,002$ ). Cependant, l'étude conjointe de l'impact de l'ethnicité et de l'absence de mutuelle montre que seule l'ethnicité reste significative ( $p = 0,012$ ) alors que l'absence de mutuelle ne l'est plus ( $p = 0,12$ ). Ceci montre que la différence en fonction de l'ethnicité s'explique, en partie, par l'absence de mutuelle, mais pas uniquement.

Certaines études réalisées dans des pays à revenus élevés montrent des résultats différents, mais ne sont pas réalisées dans un contexte comparable à cette étude, à savoir celui d'une haute couverture thérapeutique en TAR. En effet, dans ces travaux, les PVVIH ayant une CV élevée (4) et un taux de lymphocytes CD4 abaissé utilisent davantage les soins de santé (5). Ceci pourrait simplement traduire l'impact positif des TAR sur l'utilisation des DU.

## 2. LES MOTIFS D'ADMISSIONS (MA) CHEZ LES PVVIH

Avant l'apparition des TAR, les MA étaient majoritairement liés au VIH (6). Les admissions associées au virus ont ensuite diminué progressivement sous TAR et les admissions non liées au VIH sont alors devenues les principales raisons d'hospitalisation chez les PVVIH (7).

Dans une étude réalisée en 2006 sur 356 PVVIH en Angleterre, les pathologies infectieuses ne représentaient que 4,5 % des MA au DU (4). La couverture thérapeutique par TAR de la population étudiée s'élevait à 81,5 % et 20,2 % des PVVIH avaient consulté au DU sur une durée d'un an. La seule variable spécifique au VIH et associée à l'utilisation du DU était

une CV plus élevée (3,5 fois plus de chance de se présenter au DU si la CV était entre 1,001-100,000 copies/ml,  $p = 0,02$ , IC 95 % : 1,3-9,7), sans réelle différence entre patients traités ou non par TAR ( $p = 0,31$ ).

Notre étude montre que les PVVIH se sont présentés au DU pour des problèmes liés aux maladies infectieuses et parasitaires dans seulement 6,3 % des cas, dont la moitié (3,1 %) des cas sont liés au VIH. Les MA des patients sous TAR semblent donc de moins en moins liés aux aspects cliniques du VIH. Il est possible que l'accès aux TAR rend cette population comparable à la population générale en termes de MA. Nous manquons, malgré tout, de données à visée comparative pour confirmer cette hypothèse. Les dernières données disponibles pour la population générale en Belgique datent de 2014 et montrent que les MA liés à des accidents ou des traumatismes s'élèvent à 36,3 % (8). Ces données montrent ainsi que 57,7 % des MA sont en rapport à des maladies organiques, mais sans autres précisions.

Dans notre étude, la couverture thérapeutique atteint 95 % et 73,6 % de ces patients ont une CV inférieure à 50 copies (et sans différence significative de CV entre les PVVIH admis ou non aux urgences). Il semble donc probable que nos résultats s'expliquent par le bénéfice apporté par la haute couverture thérapeutique de nos patients. Cependant, il paraît toujours prudent de considérer des pathologies liées au VIH lors de l'évaluation des PVVIH aux urgences, même si les pathologies non infectieuses deviennent de plus en plus fréquentes. En effet, les infections opportunistes entraînent encore des problèmes de morbidité et de mortalité parmi les PVVIH. Celles-ci surviennent lorsque l'infection sous-jacente par VIH n'est pas connue, mais aussi en cas de mauvaise compliance médi-

camenteuse ou d'échec thérapeutique. Par ailleurs, une attention particulière doit être portée au risque de comorbidités liées au VIH, telles que les co-infections, les effets secondaires des médicaments, les cancers, les troubles psychiatriques ou encore les nombreuses pathologies concomitantes (diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle, troubles hépatiques, dysfonction rénale, perte osseuse) (9). En effet, à l'inverse des infections opportunistes, ces comorbidités semblent être responsables d'un nombre croissant d'hospitalisations (10).

Cette étude montre que seulement 3,1% des cas sont liés à des problèmes du système circulatoire au sens large, sans comparaison avec la population générale. Une hypothèse pour expliquer ce résultat serait que les problèmes cardio-vasculaires, ainsi que les comorbidités liées au VIH, sont davantage pris en charge en consultation spécialisée ou par les structures de soins primaires. Par ailleurs, si nous y avons additionné les maladies associées aux comorbidités liées au VIH, il est possible que celles-ci fassent partie des MA majeurs au DU. Malheureusement, le système de classification utilisé ne nous permet pas d'obtenir ces données avec précision, et il ne nous est pas possible de comparer ces résultats avec la population générale.

### 3. LA FRÉQUENTATION DES PVVIH AU DU

Avant l'apparition des TAR, les PVVIH se présentaient beaucoup plus souvent au DU que la population générale (11). Malgré l'instauration des TAR, certaines études démontrent toujours une plus haute utilisation des services des urgences par les patients séropositifs (12). Cependant, l'écart avec la population générale tend à diminuer et on peut supposer que la fréquence d'admission au DU des PVVIH diminue progressivement (13, 14). Une étude réalisée au Portugal démontre, par exemple, une chute de 22 % du taux d'admission aux urgences en 10 ans (10). Inversement, l'avancement de la maladie sans traitement, caractérisé par une progression clinique et biologique défavorable, pourrait entraîner une majoration de l'utilisation des soins de santé, avec notamment, une augmentation du nombre de visites aux urgences (15). Une couverture thérapeutique optimale au sein de la population séropositive joue donc un rôle majeur par rapport à la fréquentation des services d'urgences. Dans notre étude, au vu de l'absence d'évaluation antérieure, nous sommes incapables de juger de l'évolution de la fréquentation du DU parmi les PVVIH. Par ailleurs, il est probable que de nombreux patients séropo-

sitifs ont été vus dans un autre DU de la région, extérieur au CHU. En effet, l'hôpital dans lequel cette étude est réalisée centralise de nombreux patients qui vivent parfois loin de celui-ci et pour qui il semble raisonnable de penser qu'ils pourraient consulter au DU d'un hôpital de proximité qui n'est pas le CHU.

### 4. L'UTILISATION DES SOINS PRIMAIRES

Nous avons vu dans la littérature que les PVVIH utilisent plus souvent le service des urgences que la population générale, notamment pour des MA non urgents et probablement évitables. Par ailleurs, l'utilisation du DU pour des raisons non urgentes peut aussi refléter le manque d'accès aux soins primaires (4, 16). Inversement, on démontre que l'utilisation de la première ligne de soins par les PVVIH est associée à une amélioration des résultats de santé (17) et facilite l'accès aux traitements, en plus d'avoir un impact positif sur l'utilisation du DU (18). Il serait donc utile d'optimiser l'accès des PVVIH aux structures de soins primaires pour améliorer la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients et réduire le coût et la charge de travail dus aux nombreuses visites évitables au DU. Il faudrait aussi sensibiliser davantage les médecins généralistes et entretenir leurs connaissances sur le VIH, tout en motivant les patients à se faire suivre rigoureusement chez eux. Enfin, rappelons ici que les médecins urgentistes ont aussi un rôle primordial à jouer dans la lutte contre le VIH, en optimisant la prise en charge des PVVIH au DU, tant sur le plan curatif que préventif.

### 5. L'INFLUENCE DES DISPARITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Les patients séropositifs défavorisés, aux conditions de logement précaires et instables, voire sans domicile fixe, ont une tendance à fréquenter davantage les services d'urgences (19). Ils ont aussi un accès limité aux traitements et une moins bonne observance thérapeutique (20). Les disparités socio-économiques représentent donc, en elles-mêmes, un facteur non négligeable dans l'étude du taux d'admission des PVVIH au DU. Il est probable qu'une prise en charge pluridisciplinaire destinée à améliorer l'environnement des PVVIH défavorisés pourrait contribuer à améliorer les résultats de soins de santé. L'amélioration de l'accès aux soins (sur le plan géographique, mais aussi financier et culturel), ainsi que de la qualité des soins offerts aux PVVIH, est nécessaire pour obtenir une prise en charge optimale, intégrée et centrée sur le patient. Les patients de notre hôpital bénéficient

d'un suivi paramédical dans un centre de référence (assistante sociale, psychologue, sexologue, diététicienne). Ceci permet d'améliorer leur prise en charge globale et d'obtenir des conditions optimales, à la fois médicales, psychologiques, et familiales, mais aussi dans le domaine de l'éducation et de l'insertion socio-professionnelle.

## LIMITES DE NOTRE ÉTUDE

Les résultats de cette étude doivent être interprétés en toute connaissance de ses limitations. La période étudiée (12 mois) est trop courte pour pouvoir observer l'évolution de la fréquentation du DU au cours du temps. De nombreux paramètres concernant ces PVVIH n'ont pas été pris en compte (facteurs socio-économiques, présence de comorbidités liées au VIH, durée des hospitalisations, coût entraîné par l'utilisation du DU, etc.). Nous n'avons, par ailleurs, pas étudié le degré d'urgence (bas ou élevé) associé aux admissions de ces patients. Nous ignorons si les PVVIH ont consulté ou non leur médecin traitant avant de se présenter aux urgences. Nous ne savons pas si nos patients ont éventuellement consulté dans le DU d'autres hôpitaux au cours de la période étudiée. Enfin, signalons que les PVVIH suivis dans notre centre sont des adultes de plus de 18 ans exclusivement. Nous ne pouvons donc pas extrapoler ces résultats à une population pédiatrique. La classification des diagnostics, grâce à l'outil ICD-10, permet de comparer statistiquement nos résultats à d'autres études similaires. Néanmoins, cela peut parfois entraîner une perte d'information de par la simplification des données.

Enfin, il fut malheureusement impossible de récupérer les MA de la population générale au DU du CHU de Liège. Il aurait été intéressant de comparer ces motifs avec ceux de la population VIH étudiée, notamment en termes de MA en rapport avec des pathologies infectieuses.

## CONCLUSION

Les motifs d'admission des PVVIH au DU semblent se modifier depuis l'apparition des traitements antirétroviraux, avec moins d'admissions liées aux infections opportunistes. Notre étude confirme la très faible proportion des PPVIH admis pour la prise en charge d'une infection opportuniste même s'il nous est impossible d'évaluer son évolution dans le temps. D'autres études prospectives et multicentriques

sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs déterminant l'utilisation du DU par le PVVIH, afin d'optimiser les soins offerts à cette population et d'améliorer la prise en charge globale de ces patients.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Wang H, Wolock TM, Carter A, et al.— Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980-2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV*, 2016, **3**, 361-387.
2. Sasse A, Deblonde J, Jamine D, et al.— *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique (situation au 31 décembre 2016), rapport de l'Institut scientifique de Santé publique*, www.wiv-sp.be. En ligne: <https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/reports/%C3%89pid%C3%A9miologie%20du%20sida%20et%20de%20l'infection%20%C3%A0%20VIH%20en%20Belgique.%20Rapport%20annuel%202016.pdf>, consulté le 07 août 2018.
3. Jobe J, Ghuysen A, D'Orion V.— ELISA : Échelle liégeoise de l'indice de sévérité à l'admission. Présentation d'un outil de tri original applicable au Service des Urgences. *Rev Med Liege*, 2012, **67**, 632-637.
4. Venkat A, Shippert B, Hanneman D, et al.— Emergency department utilization by HIV-positive adults in the HAART era. *Int J Emerg Med*, 2008, **1**, 287-296.
5. Egger M, May M, Chêne G, et al.— Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: A collaborative analysis of prospective studies. *Lancet*, 2002, **360**, 119-129.
6. Kelen GD, Johnson G, DiGiovanna TA, et al.— Profile of patients with human immunodeficiency virus infection presenting to an inner-city emergency department: preliminary report. *Ann Emerg Med*, 1990, **19**, 963-969.
7. Falster K, Wand H, Donovan B, et al.— Hospitalizations in a cohort of HIV patients in Australia, 1999-2007. *AIDS*, 2010, **24**, 1329-1339.
8. Feed-back national des services d'urgence. (2014). SPF Santé publique, *Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement DG Soins de Santé - Service Datamanagement* - Cellule Gestion des Banques de Données. En ligne : [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/spoed-2014-fr.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/spoed-2014-fr.pdf), consulté le 07 août 2018.
9. Hasse B, Tarr PE, Marques-Vidal P, et al.— Strong impact of smoking on multimorbidity and cardiovascular risk among human immunodeficiency virus-infected individuals in comparison with the general population. *Open Forum Infect Dis*, 2015, **2**, ofv108.
10. Catumbela E, Freitas A, Lopes F, et al.— HIV disease burden, cost, and length of stay in Portuguese hospitals from 2000 to 2010: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*, 2015, **15**, 144.
11. McCaig LF, Stussman B.— National hospital ambulatory medical care survey: 1996 emergency department summary. *Adv Data*, 1997, **293**, 1-20.

12. Josephs JS, Fleishman JA, Korhuis PT, et al.— Emergency department utilization among HIV-infected patients in a multisite multistate study. *HIV Med*, 2010, **11**, 74-84.
13. Fleishman JA, Hellinger FH.— Recent trends in HIV-related inpatient admissions 1996–2000. A 7-State study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2003, **34**, 102-110.
14. Buchacz K, Baker RK, Moorman AC, et al.— Rates of hospitalizations and associated diagnoses in a large multisite cohort of HIV patients in the United States, 1994–2005. *AIDS*, 2008, **22**, 1345–1354.
15. Cui Z, Grafstein E, Yip B, et al.— Modeling clinical progression and healthcare utilization of HIV-positive patients in British Columbia prior to death. *HIV Med*, 2014, **15**, 557–564.
16. Khan Y, Glazier RH, Moineddin R, et al.— A population based study of the association between socioeconomic status and emergency department utilization in Ontario, Canada. *Acad Emerg Med*, 2011, **18**, 836-843.
17. Lima VD, Hogg RS, Harrigan PR, et al.— Continued improvement in survival among HIV-infected individuals with newer forms of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 2007, **21**, 685-692.
18. Crum-Cianflone NF, Grandits G, Echols S, et al.— Trends and causes of hospitalizations among HIV-infected persons during the late HAART era: what is the impact of CD4 counts and HAART use ? *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2010, **54**, 248-257.
19. Parashar S, Chan K, Milan D, et al.— The impact of unstable housing on emergency department use in cohort of HIV-positive people in a Canadian setting. *AIDS Care*, 2014, **26**, 53-64.
20. Aidala AA, Wilson MG, Shubert V, et al.— Housing status, medical care, and health outcomes among people living with hiv/aids : a systematic review. *Am J Public Health*, 2016, **106**, 1-23.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr. B. Pirotte, Département des maladies infectieuses, Centre Hospitalier Régional (CHR) de Liège, Bd du 12<sup>ème</sup> de Ligne 1, 4000 Liège, Belgique.  
Email : [Benoit.Pirotte@chrcitadelle.be](mailto:Benoit.Pirotte@chrcitadelle.be)