

Point épidémiologique COVID-19

Bulletin hebdomadaire n°28 – 15 au 21 Novembre 2020

Numéro spécial à la célébration de la journée mondiale contre le SIDA

Editorial : Contrôler la propagation du SARS-COV-2.

En dehors de traitements agissant sur le virus et/ou de vaccins, pour les régions à prévalence identiques certaines stratégies de lutte contre cette épidémie sont arrivées à contrôler la propagation du virus, d'autres n'arrivent pas à en contenir la dissémination et la COVID-19 continue à s'étendre et à aggraver la crise sanitaire.

La différence tient à l'efficacité de deux axes essentiels de la stratégie :

1/L'isolement des cas avant et au plus tôt de la période contagieuse dans le premier cas et dans le second cas ceux qui n'y arrivent pas ou le font tardivement.

Cette activité repose sur la précocité des enquêtes épidémiologiques et le dépistage.

L'isolement dépend de la qualité du traçage ; *'' si on ne peut tester-tracer-isoler efficacement, il faut au moins tracer-isoler, plutôt que de risquer de ne pas tracer et isoler les personnes que l'on n'arrive pas à tester (Annexe 1 : Contact Tracing). Mieux vaut mettre en quarantaine un peu trop de monde que l'inverse, si cela peut diminuer la durée de confinement de tout un pays ''*.*

2/La stratégie de communication afin de susciter l'adhésion de la population aux mesures de prévention et au respect de l'isolement. Si les thèmes et les mesures de préventions sont bien documentés cela nécessite une adaptation du contenu et des moyens pour élever le niveau de littératie de la population.

Car cette épidémie dépend pour une grande part de nos comportements individuels. Mais *'' il est important d'agir collectivement dès maintenant à la mise en œuvre de ces mesures, pour empêcher ou retarder les flambées épidémiques ''*.*

Les indicateurs qui permettent d'évaluer l'efficacité de mesures mises en place pour contrôler l'épidémie restent :

- Le délai écoulé entre le contact d'une personne avec le coronavirus SARS-CoV-2 et son isolement *.
- Et le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes contaminées par chaque personne infectée) .

*'' Depuis le début de l'épidémie, la Nouvelle-Zélande a réussi à faire chuter le délai avant isolement de 7,2 jours à – 2,7 jours. Autrement dit, les cas étaient, au début de l'infection, isolés environ une semaine après le début de leurs symptômes ; ils le sont désormais en moyenne environ 3 jours avant le début des symptômes ''**.

Chaque jour, on apprend qu'il n'est pas simple d'arrêter cette épidémie. En attendant les vaccins, des solutions existent, et des initiatives sont prises dans notre pays, il suffit de les encourager, les coordonner et les intégrer dans la stratégie de lutte à l'échelle locale pour réduire et/ou retarder les flambées épidémiques

Des informations fiables et utiles pour la décision et une communication intelligible et claire pour aider à la compréhension de l'évolution de l'épidémie et ses conséquences sont indispensables pour le contrôle de l'épidémie.

Pr. D. ZOUGHAILECH

*covid-19 : Pour éviter d'autres confinements, les personnes contagieuses doivent s'isoler plus rapidement
November 22, 2020 Alfred Spira.

Sommaire

Objectifs et méthode.

Situation COVID-19 :

-En Algérie.

-Dans la région Est.

COVID-19 et VIH.

Dossier SIDA/VIH.

Bon à savoir.

Objectifs

Ce bulletin hebdomadaire permet le suivi de l'épidémie COVID-19 en région Est. Sur la base de ce suivi, il constitue un moyen de communication entre les différentes wilayas et d'échange sur les méthodes et les moyens de mise en œuvre du plan national de lutte contre cette épidémie ainsi que sur la mise à jour des connaissances récentes essentiellement en matière de prévention et de surveillance épidémiologique.

Méthode :

Sources des données :

-Site officiel du ministère de la santé (chiffres quotidiens base de suivi de l'évolution de l'épidémie).

-Réseau de surveillance épidémiologique e-MADO: surveillance COVID –19.

Les indicateurs calculés:

- % **Décès:** nombre des décès/ nombre cas confirmés.

- % **COVID-19 Région sanitaire:** nombre cas dans la région/ nombre cas en Algérie.

Situation En Algérie

Du 15 au 21 Novembre

Depuis le 25 Février, début de l'épidémie COVID-19 dans notre pays, et jusqu'au 21 Novembre 2020:

- Nombre des cas confirmés (par RT-PCR): **73 774 (6955 nouveau cas)**.
- Nombre de décès: **2258 (118 nouveau décès)**.
- % Décès: **3.1%**.
- Moyenne des cas déclarés par jour: **994 cas**.

La semaine du 15 au 21 Novembre a été caractérisée par une forte recrudescence du nombre des cas confirmés et une légère hausse du nombre des décès due au COVID-19.

NB: Les données entre parenthèses représentent la semaine du 15 au 21 Novembre.

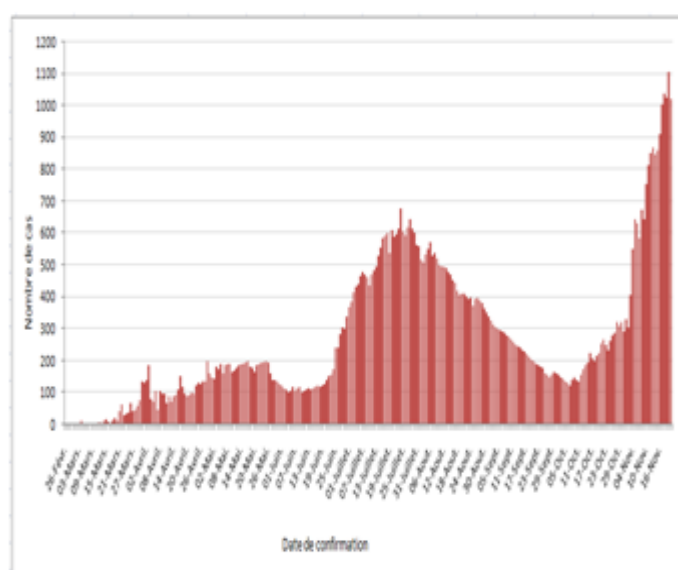
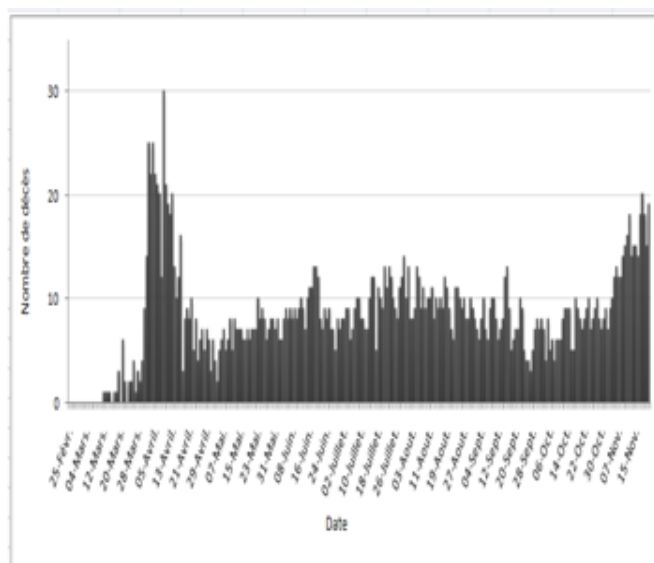


Figure1 : Répartition des cas confirmés COVID-19 par date de confirmation
Algérie, 21/11/2020
(Source: Institut national de santé publique)



*: la date est celle de confirmation ou de décès.

Figure2: Répartition des décès COVID-19 par date
Algérie, 21/11/2020
(Source: ministère de la santé)

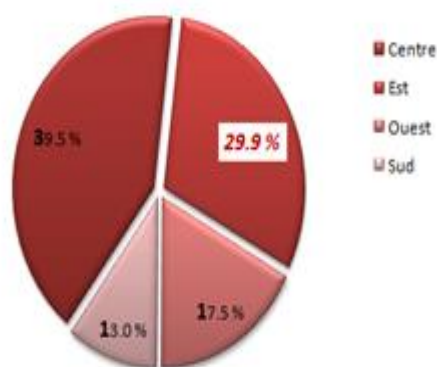


Figure3 : Proportion des cas confirmés COVID-19 selon la région sanitaire
Algérie, 21/11/2020
(Source: Institut national de santé publique)

Tableau 1: Répartition de la proportion des décès COVID-19 par région sanitaire
Algérie, 21/11/2020

(Source: Institut National de Santé Publique)

Région sanitaire	Cas confirmés		Décès		% Décès
	Cumulés	Nouveau *	Cumulés	Nouveau **	
Centre	30 612	3231	1 063	46	3,5
Est	22 593	2260	758	42	3,4
Ouest	12 883	1213	210	18	1,6
Sud	7 686	251	227	12	3,0
Total	73 774	6 955	2 558	418	3,5

*: Nouveaux cas COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 15 au 21 Novembre.

*: Nouveaux décès COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 15 au 21 Novembre.

Situation dans l'Est Algérien

Du 15 au 21 Novembre

Depuis l'enregistrement du premier cas le 12 Mars à l'Est Algérien et jusqu'au 21 Novembre 2020:

Proportion du COVID-19 en Région Est: **29.9% de l'ensemble des cas en Algérie.**

14 wilayas touchées **soit** tout l'Est Algérien.

Nombre de cas confirmés: **22 593 (2260 nouveaux cas).**

70 % des nouveaux cas étaient enregistrés au niveau des wilayas de **Constantine, Batna, Jijel. Sétif et M'sila.**

Nombre de décès: **758 (42 nouveaux décès).**

% Décès: **3.4%.**

NB: les données entre parenthèses représentent la semaine du 15 au 21 Novembre.

Tableau 2: Répartition de la proportion des décès COVID-19 par wilaya Est Algérien, 21/11/2020

(Source: Institut National de Santé Publique)

Wilaya	Cas confirmés		Décès		% Décès
	Cumulés	Nouveau *	Cumulés	Nouveau **	
Sétif	4278	256	194	14	4,5
Batna	3117	330	62	3	2,0
Constantine	2592	460	73	5	2,8
Jijel	2334	301	63	3	2,7
M'sila	1994	231	54	0	2,7
Annaba	1735	108	45	0	2,6
Tébessa	1360	120	79	1	5,8
Oum El Bouaghi	1028	109	51	6	5,0
Skikda	796	54	19	0	2,4
Khenchla	730	30	24	1	3,3
Guelma	722	67	13	0	1,8
Souk Ahras	667	67	16	2	2,4
Mila	650	51	39	3	6,0
El Tarf	590	76	26	4	4,4

* : Nouveaux cas COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 15 au 21 Novembre.
* : Nouveaux décès COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 15 au 21 Novembre.

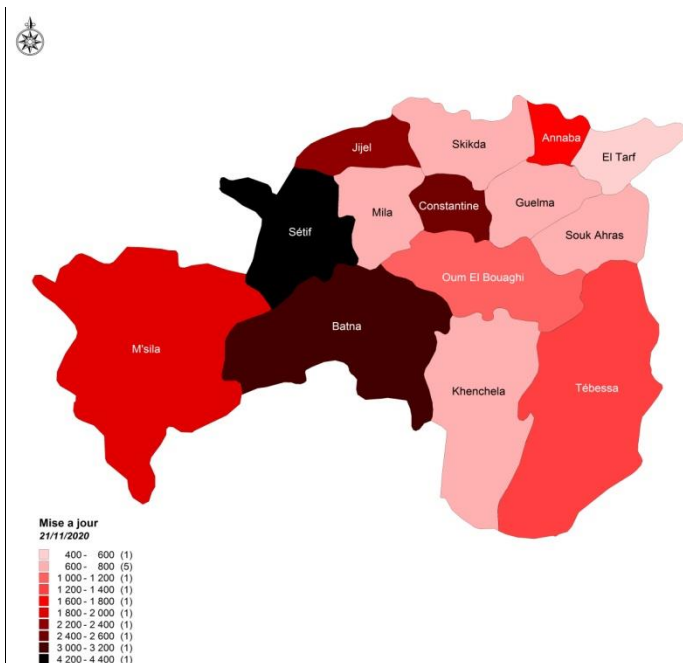


Figure 4 : Répartition du nombre de cas confirmés COVID-19 Région Est, 21/11/2020

(Source: Institut National de Santé Publique)

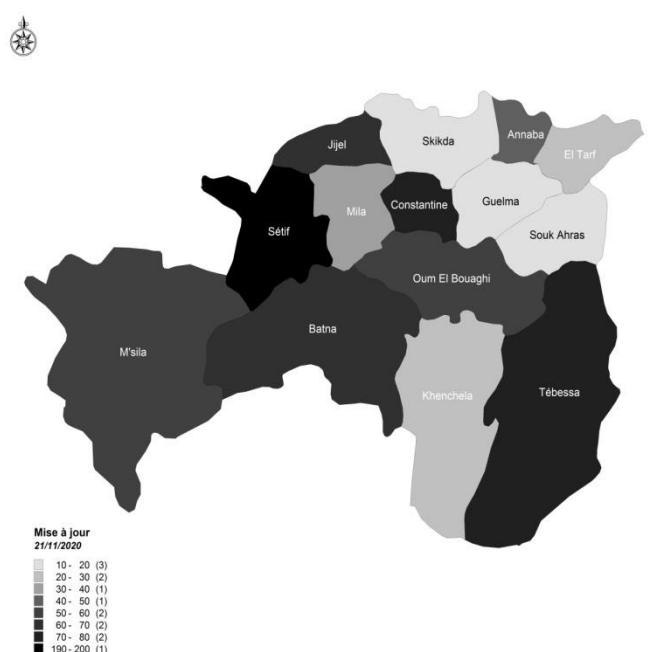


Figure 5 : Répartition du nombre de décès par COVID-19 Région Est, 21/11/2020

(Source: Institut National de Santé Publique)

COVID-19 : Réseau e-MADO

Du 15 au 21 Novembre

Entre le **15 au 21 Novembre**, **69 cas** COVID-19 ont été signalés via le réseau de surveillance e-MADO :

- 07 cas ont été confirmés.
- 62 cas probables.

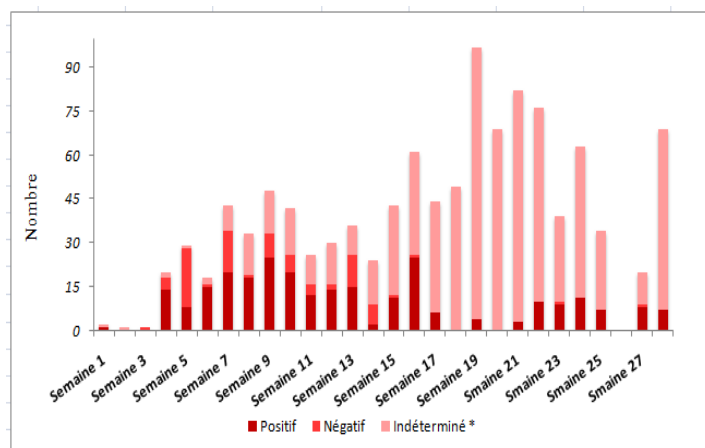


Figure 6: Répartition des cas COVID-19 selon le résultat du prélèvement et la semaine d'enregistrement sur e-MADO
15 au 21 Novembre (Source: Réseau e-MADO)

Tableau 4 : Prise en charge des cas confirmés et probables COVID-19
15 au 21 Novembre (Source: Réseau e-MADO)

Caractéristiques	Cas confirmés (07)	Cas Probables (62)
Hospitalisation (n/N)		
Service clinique	5/7	54/62
Soins intensifs	-	-
Non précisée	2/7	8/62
Délai d'hospitalisation (Jours) (entre le début des signes et l'hospitalisation)		
Médiane (IIQ*)	..**	04 (01 – 12)
Délai de prélèvement (Jours) (entre le début des signes et la réalisation du prélèvement)		
Médiane (IIQ*)	02 (01-05)	11 (09 – 15)
Délai de confirmation (Jours) (entre la réalisation du prélèvement et le résultat)		
Médiane (IIQ*)	01 (00-02)	-
Durée de séjour (Jours)		
Médiane (IIQ*)	..**	06 (05-07)
Test RT-PCR (n/N)		
Réalisé	7/7	-
Non réalisé	-	39/62
Résultat en cours	-	23/62
Traitement au protocole (n/N)		
Oui	4/7	27/62
Non	-	-
Non précisée	3/7	35/62
Evolution (n/N)		
Guérison	2/7	18/62
Favorable	1/7	-
Complication	-	-
Décès	-	8/62
Non précisé	4/7	36/62

* : Intervalle Inter Quartile.

** : Données non disponibles.

Tableau 3 : Caractéristiques des cas confirmés et probables COVID-19
15 au 21 Novembre (Source: Réseau e-MADO)

Caractéristiques	Cas confirmés (07)	Cas Probables (62)
Wilaya (n/N)		
Sétif	7/7	38/62
Oum El Bouaghi	-	24/62
Age ans (n/N)		
Médiane (IIQ*)	51 (33-74)	59 (49-75)
15 – 44	2/7	9/62
45 – 64	2/7	24/62
65 et plus	3/7	28/62
Non précisé	-	1/62
Sexe (n/N)		
Masculin	3/7	37/62
Féminin	4/7	25/62
Nature d'exposition (n/N)		
Contact avec un cas confirmé	-	3/62
Travail dans un établissement de santé	-	-
Indéterminée	7/7	59/62
Co morbidité (n/N)		
Avec co morbidité	2/7	18/62
Sans co morbidité ou non précisée	5/7	44/62
Caractéristiques cliniques (n/N)		
Fièvre	7/7	58/62
Toux	5/7	54/62
Asthénie	7/7	56/62
Céphalées	-	17/62
Signes digestifs	2/7	13/62
Anosmie et/ou agueusie	2/7	7/62
Myalgies/courbatures	2/7	13/62
Dyspnée	-	20/62

* : Intervalle Inter Quartile.

Tableau 5 : Contact tracing des cas confirmés et probables COVID-19
15 au 21 Novembre (Source: Réseau e-MADO)

Contact tracing	Cas confirmés (07)	Cas Probables (62)
Nombre des enquêtes réalisées	7/7	56/62
Nombre des sujets contacts des cas	42	353
Nombre Moyen des sujets contacts par cas	6	7
Nombre des cas positifs parmi les contacts	3	2
Nature des contacts		
Contacts familiaux	4	48
Indéterminée ou en cours d'investigation	-	-

INTRODUCTION

L'infection par le SRAS-CoV-2, le nom donné au nouveau coronavirus, et la maladie résultant de ce virus, la maladie du coronavirus 2019 (COVID-19), a été déclarée urgence sanitaire mondiale classée comme pandémie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Comme d'autres coronavirus, le SRAS-CoV-2 infecte les cellules épithéliales des alvéoles pulmonaires, produisant une pneumonie, bien que certains rapports aient décrit une infection dans différents organes et systèmes, y compris des symptômes gastro-intestinaux, en particulier chez les enfants. Bien que la mortalité de l'infection soit actuellement d'environ 5,6%, le fardeau réel de la maladie n'est pas encore connu, et des rapports récents ont estimé que 81% des personnes infectées développent des symptômes bénins, tandis que 14% présentent des symptômes graves et 5% deviennent gravement malades. Au fur et à mesure que nous en apprenons davantage sur l'épidémie et l'infection, nous avons pu établir que les cas les plus graves et la mortalité sont associés à des problèmes de santé sous-jacents, les plus courants étant l'hypertension, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Dans ces circonstances, les centres et cliniciens du monde entier se sont demandé s'il y avait un risque accru de morbidité et de complications chez les patients immunodéprimés. Sur la base de ce qui précède, nous considérons l'examen suivant pour évaluer les preuves actuelles concernant l'impact et les recommandations éventuelles de soins dans une population immunodéprimée, comme celle des personnes vivant avec le VIH. Pour développer la revue, nous nous sommes appuyés sur une série de questions cliniques qui nous ont permis, dès le 6 avril 2020, de développer une recherche de littérature scientifique qui nous aiderait à y répondre. La recherche a été effectuée sur PubMed et un examen des conférences, des commentaires d'experts et des recommandations dans les sociétés scientifiques internationales.

Chez les patients infectés par le VIH-1 ou le VIH-2, quelle a été l'épidémiologie liée à l'infection à coronavirus?

On trouve peu de données sur l'impact des infections à coronavirus sur les personnes séropositives. Une étude menée auprès d'une cohorte suisse de patients infectés par le VIH, dans laquelle des échantillons de lavage bronchoalvéolaire ont été testés pour les virus respiratoires, a décrit les coronavirus et les virus de la grippe A comme les plus courants. D'un autre côté, les revues évaluant le taux de mortalité due aux infections respiratoires aiguës chez les personnes séropositives, ont rapporté un risque accru dans ce groupe de personnes par rapport à ceux sans une telle comorbidité, bien que sans différence dans l'étiologie virale de l'infection respiratoire. De plus, d'après les résultats du suivi des épidémies précédentes de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), nous savons que les personnes vivant avec le VIH n'étaient pas les pires pronostics et que l'un des médicaments utilisés pour leur traitement, l'inhibiteur de protéase du lopinavir amélioré par le ritonavir (LPV / r) en association avec la ribavirine, pourrait aider à réduire l'incidence d'échec et de décès dans ce scénario.

Chez les patients infectés par le VIH-1 ou le VIH-2, quelle a été l'épidémiologie liée à l'infection au COVID-19?

La pathogenèse des coronavirus comprend la détérioration de la réponse immunitaire, en particulier des lymphocytes T, observant une déplétion numérique et fonctionnelle des lymphocytes T LTCD4 + et CD8 + (LTCD8 +), susceptible d'être associée à une régulation négative causée par une augmentation du TNF-A, IL- 6 et IL-10. En outre, la lymphopénie a été identifiée comme un facteur de mauvais pronostic d'évolution vers une insuffisance respiratoire aiguë (IRAG) et la mort. Cependant, dans la description de plusieurs séries et rapports de cas, le VIH n'a pas été identifié comme une comorbidité courante chez les patients COVID-19, avec des cas inexistant de cette co-infection dans certains scénarios, ou peu, y compris un rapport de cas décrivant un homme de 61 ans, résidant dans le district de Wuhan, en Chine, avec des antécédents de diabète de type II et de tabagisme excessif, qui, en raison de ses symptômes respiratoires, a reçu un diagnostic de COVID-19 et au en même temps que l'infection par le VIH, et qui dans les traitements reçus pendant l'hospitalisation, avait LPV / r, se rétablissant de manière satisfaisante de ses symptômes. Dans une tentative de mener une recherche plus systématique, 1178 personnes séropositives ont été évaluées à Wuhan, dont 12 présentaient des symptômes évocateurs et 8 ont reçu une confirmation de l'infection par le SRAS-CoV-2. Parmi ceux-ci, 6 avaient un nombre de lymphocytes T CD4 + (LTCD4 +) supérieur à 350 cel / L et deux personnes en avaient entre 101 et 350 cel / L; son âge était entre 47 et 61 ans; tous avaient un ARN du VIH-1 <20 copies / ml et suivaient un traitement basé sur des inhibiteurs de la transcriptase inverse, analogues nucléotidiques et analogues non nucléotidiques; 6 des patients présentaient des symptômes légers, un a été classé comme présentant des symptômes sévères et un patient est décédé. Plus récemment, Blanco *et al.*, a signalé cinq cas de VIH sur 543 patients hospitalisés consécutifs atteints du SRAS-CoV-2, tous étaient de sexe masculin, âgés de 29 à 49 ans, un patient était un présentateur tardif avancé avec CD4 13 cel / uL et quatre étaient virologiquement supprimés au moins 7 ans sous HAART, deux avec du cobicistat boosté par le darunavir et deux avec un TAR à base de dolutégravir. Le

nombre de cellules CD4 était supérieur à 400 cellules par µl chez tous les sujets. Tous les patients avaient des tableaux cliniques du COVID-19 ressemblant à la population générale, et aucun d'entre eux n'est décédé.

D'autre part, il y a eu des spéculations sur d'éventuelles similitudes entre les protéines VIH-1 et COVID-19, qui, après analyse des séquences suggérées partagées, étaient spécifiques à l'un ou l'autre des deux virus. Dans d'autres séries, les personnes vivant avec le VIH ont représenté entre 0 à 1,4%. Ces études attirent l'attention sur le manque apparent d'association entre le VIH et un risque accru de progression vers l'IRAG ou la mort, se demandant même si le risque pourrait être encore plus faible que dans la population générale. Dans de telles études, des facteurs tels qu'un faible nombre de LTCD4 +, un taux élevé d'ARN du VIH ou un régime antirétroviral n'ont pas été identifiés comme des facteurs de risque apparents.

Parmi les causes possibles qui expliquent ces résultats, il pourrait y avoir des différences dans les récepteurs par le VIH et les coronavirus pathogènes pénètrent dans la cellule cible chez l'homme, ou la forme d'assemblage et d'encapsulation de chaque virus, puisque le VIH est effectué près de la membrane cytoplasmique, et dans le coronavirus, le processus est réalisé dans le réticulum endoplasmique, ce qui peut signifier qu'il n'y a pas de pathogenèse synergique ou coopérative.

Chez les personnes vivant avec le VIH-1 ou le VIH-2, quelles options thérapeutiques sont disponibles pour les co-infections à coronavirus?

Au moment de la rédaction de cet article, il existe 1518 études cliniques inscrites Clinicaltrials.gov, dont la plupart sont conçues pour établir l'efficacité de divers médicaments dans le traitement du COVID-19. Stratégies basées sur l'umifénovir (Arbidol), le LPV / r, la ribavirine plus interféron-alpha 1b, le darunavir / cobicistat, le baloxavir marboxil, l'azvudine, le remdesivir, l'hydroxychloroquine; Cependant, la plupart de ces études devraient se terminer dans un à 11 mois et les résultats ne seront connus qu'à la fin de cette période ou par des analyses internes. L'antiviral le plus prometteur est le remdesivir, un promédicament de type adénosine nucléotidique avec une action antivirale à large spectre qui a été démontré chez les primates non humains qu'il peut empêcher la réplication virale dans les tissus respiratoires et l'évolution des symptômes cliniques, et dispose déjà d'études sur la sécurité humaine. Aucune étude clinique traitant d'un traitement spécifique du COVID19 ou d'autres coronavirus chez les personnes vivant avec le VIH n'est disponible; cependant, la question sur la relation entre les options thérapeutiques pour le traitement par COVID-19 et les médicaments antirétroviraux a suscité beaucoup d'intérêt. Les patients infectés par le SRAS, qui recevaient du LPV / r en association avec la ribavirine, présentaient une mortalité et un syndrome de détresse respiratoire sévère inférieurs à ceux des témoins historiques. Dans le MERS, l'association de ribavirine et d'interféron-b a montré une activité antivirale in vitro accrue par rapport au LPV / r. Sur cette base, les premiers résultats d'une revue systématique sur ce sujet ont été récemment publiés, dans lesquels 22 études observationnelles et un essai clinique mené pour évaluer l'efficacité de l'utilisation des antirétroviraux dans ces infections ont été publiés; sur les 20 études qui ont rapporté des résultats, trois l'ont fait avec le SRAS, 6 avec le MERS et 11 avec le COVID-19, la plupart utilisant le LPV / r; cependant, toutes les études présentaient des limites en ce qui concerne la petite taille de l'échantillon et l'absence de groupe témoin, sauf dans deux études où l'une, les témoins étaient historiques. Dans le seul essai clinique randomisé mené avec l'utilisation d'antirétroviraux, 99 patients atteints d'une infection sévère au COVID-19 ont été randomisés pour recevoir le LPV / r plus le standard de traitement pendant 14 jours et 100 patients pour recevoir le standard de traitement, qui pourrait inclure un ou plus de traitements entre oxygène supplémentaire, ventilation invasive et non invasive, antibiotiques, vasopresseurs, thérapie de remplacement rénal et oxygénation à travers une membrane extracorporelle. La mortalité à 28 jours était numériquement plus faible dans le groupe recevant LPV / r (14/99 contre 25/100); cependant, ce n'était pas statistiquement significatif. L'utilisation de LPV / r n'a pas été associée à des différences de temps jusqu'à l'amélioration clinique, bien que son utilisation dans les 12 premiers jours des symptômes ait réduit le temps jusqu'à l'amélioration clinique, le séjour en USI dans 5 jours et la mortalité. L'utilisation d'autres inhibiteurs de protéase en association avec le ritonavir ou le cobicistat a été postulée; cependant, il n'y a aucune preuve d'activité clinique ou in vitro contre le SRAS-CoV-2, et certains d'entre eux peuvent avoir des interactions avec des médicaments utilisés dans des conditions telles que l'hypertension et le diabète.

Rôle des antirétroviraux dans la prophylaxie de l'infection à COVID-19

Une théorie pour expliquer la faible proportion de cas de co-infection VIH / COVID-19 a été le rôle protecteur possible des antirétroviraux en tant que prophylactiques. Jusqu'à présent, il n'est pas clair si les inhibiteurs de protéase peuvent inhiber la cystéine 3-protéase, similaire à la chymotrypsine, une enzyme impliquée dans la maturation du SRAS. De plus, une grande proportion de patients reçoivent des schémas de thérapie antirétrovirale (TAR) basés sur des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (ITRNn) ou des inhibiteurs de l'intégrase, ce qui pourrait

suggérer qu'il existe une autre cause liée au risque apparemment plus faible d'infection et d'évolution vers l'IRAG. Deux études ont évalué un effet protecteur possible du LPV / r comme prophylaxie post-exposition dans les infections du SRAS et du MERS; cependant, les variations dans la conception et les limites de la taille de l'échantillon, ainsi que le manque d'informations sur l'intensité de l'exposition, ne permettent pas de tirer des conclusions sur cet effet.

Discussion

Sur la base de l'examen précédent, nous considérons qu'avec les preuves disponibles, il est possible de faire avancer certaines discussions sur les sujets suivants:

Prévention et prise en charge de l'infection au COVID-19 chez les personnes vivant avec le VIH

La prévention

En général, les précautions recommandées pour réduire l'exposition au COVID-19 sont les mêmes pour l'ensemble de la population, sachant que l'éducation devrait mettre l'accent sur les groupes de population qui ont montré une plus grande sensibilité jusqu'à présent. Concernant la transmission sexuelle, comme pour les autres coronavirus, il n'y a aucune preuve claire aujourd'hui que le SRAS-CoV-2 soit transmis par cette voie; cependant, nous considérons que cela est peu pertinent pour évaluer le risque d'une relation sexuelle avec une personne infectée, étant donné que les recommandations actuelles pour la prévention du COVID-19 sont globalement restrictives selon les voies de transmission les plus importantes. En Chine, la transmission entre les membres du ménage était la principale source de nouvelles infections, et le sexe n'est probablement pas un facteur de risque supplémentaire. Les personnes vivant avec le VIH devraient continuer à être conseillées pour une utilisation régulière du préservatif avec la même approche qu'elles ont adoptée pour prévenir les nouvelles infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST) et échanger des populations virales VIH avec des profils de résistance différents. D'autre part, une préoccupation est que la situation socio-économique, la population migrante et la faiblesse du système de soins de santé dans certaines régions peuvent ne pas rendre possible le respect des mesures de prévention dans la population la plus vulnérable.

Traitement

Les patients diagnostiqués avec COVID-19 qui ne nécessitent pas d'hospitalisation doivent suivre les mêmes recommandations pour la population générale, en maintenant le traitement antirétroviral et les autres traitements prescrits. Si le patient doit être hospitalisé, il doit poursuivre son TAR sans modification. Pour les patients critiques qui ont besoin d'une alimentation entérale, envisager des présentations liquides d'antirétroviraux si disponibles ou consulter si l'antirétroviral utilisé peut être désintégré pour l'administration, car certains ne peuvent pas être macérés.

Chaque fois qu'un traitement est formulé pour COVID-19, qu'il soit approuvé ou en cours d'investigation, effectuez la vérification d'interaction sur un outil en ligne mis à jour comme www.covid19-druginteractions.org. Les personnes séropositives ne doivent pas être exclues des études cliniques.

De même, dans la prise en charge du patient COVID-19 aigu infecté par le VIH, le TAR sous traitement doit être évalué et l'ajout de lopinavir / ritonavir à un schéma thérapeutique basé sur le ritonavir ou un inhibiteur de protéase renforcé par le cobicistat doit être envisagé. Un allongement de l'intervalle QT a été rapporté avec l'utilisation de LPV / r, il doit donc être étroitement surveillé lorsqu'il est associé à d'autres médicaments ayant un effet similaire, tels que la chloroquine et l'azithromycine.

Les défis de la lutte contre le VIH dans le contexte de la pandémie COVID 19

La pandémie de COVID-19 n'aura pas seulement un impact sur les personnes déjà diagnostiquées avec le VIH, mais pourrait avoir un impact négatif sur la stratégie 90-90-90 de l'ONUSIDA, qui vise à mettre fin à l'épidémie de sida. On peut s'attendre à une diminution du diagnostic de nouveaux cas avec l'augmentation consécutive du diagnostic tardif à moyen et long terme, compte tenu des risques psychosociaux et de l'interruption des services de santé, tant pour le contrôle que pour le diagnostic précoce. Il est important d'évaluer le risque potentiel de disponibilité réduite de l'ARN du VIH comme test de contrôle du traitement, en tenant compte de l'utilisation accrue de l'équipement de réaction en chaîne par polymérase (PCR) pour le diagnostic du COVID-19 et de l'indisponibilité d'alternatives telles que la

réalisation de ce test. par la technique de GeneXpert. À cet égard, le nombre élevé de personnes nécessitant un contrôle en face à face périodique plus strict,

La prévention de l'infection par le VIH est un autre point à considérer. Elle nécessite une analyse minutieuse, car la saturation des services d'urgence peut entraîner des difficultés d'accès à la voie de la prophylaxie post-exposition (PPE) en cas d'exposition professionnelle et non professionnelle, ainsi que le ralentissement de la prophylaxie pré-exposition (PREP) stratégie, qui est encore en phase de mise en œuvre dans de nombreux pays, notamment en Amérique latine.

Stratégies à adopter pour minimiser l'impact du COVID19 entre les personnes vivant avec le VIH

Sur la base de ce qui précède, nous recommandons d'envisager les stratégies suivantes, au moins tant qu'il existe des preuves plus nombreuses et de meilleure qualité:

Assurer les soins aux patients

- - Chaque service a une population et une réalité socio-économique différentes. L'équipe de professionnels devrait concentrer ses efforts sur la préservation de la communication avec les patients et des résultats pour la conformité à la stratégie 90-90-90 dans le cadre de la stratégie de prévention COVID-19
- - Évaluer l'utilisation des stratégies qui ont été proposées et documentées jusqu'à présent dans les services de santé sur la base de deux éléments: l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TI) et l'espacement des consultations en personne, consolidant la mise en œuvre de la télémédecine et de la télésanté comme éléments cruciaux pour permettre cette stratégie.
- - Chaque centre doit développer un plan d'urgence pour garantir que tous les patients ont accès à une évaluation clinique, de préférence à des soins non en face à face, par le biais de ressources telles que la télémédecine, des portails en ligne, des messages virtuels ou téléphoniques, des applications et d'autres stratégies pouvant soutenir le patient sans augmenter le risque d'exposition au SRAS-CoV-2.
- - La consultation en personne chez les patients stables, adhérents et à suppression virale doit être reportée. Les laboratoires de routine devraient continuer à assurer l'approvisionnement en temps opportun et ininterrompu de leurs traitements.
- - Accorder la priorité aux soins en face à face pour les personnes séropositives qui, par leur état clinique, nécessitent une attention urgente, ou pour celles où cela est envisagé, peut avoir un effet bénéfique pour éviter des complications à court et moyen terme.
- - Les centres de santé qui maintiennent des services en face à face pour les personnes vivant avec le VIH devraient développer et mettre en œuvre des itinéraires spécifiques et des mesures de prévention pour assurer la sécurité du personnel de santé et des patients.

Éviter les complications dues à l'échec de l'observance du traitement et d'autres interventions

- - L'administration d'un traitement antirétroviral (TAR) pendant plusieurs mois peut augmenter l'observance du traitement, assurer un approvisionnement ininterrompu de TAR et des services de décongestionnement en vue d'une éventuelle urgence COVID-19. De plus, cela réduirait l'exposition possible au SRAS-CoV-2 chez les patients qui se rendent dans les services de santé et chez les professionnels de la santé en charge de leurs soins.
- - Adopter le système de formule multi-mois (MMP) et la distribution multi-mois (MMD), en veillant à ce que les patients aient au moins 30 jours de médicaments et idéalement suffisants pour 3 à 6 mois. Tout type d'obstacles administratifs qui entravent la mise en œuvre de solutions empêchant une interruption de traitement doit être évité.
- - En ce qui concerne les soins cliniques, le suivi et les recommandations de traitement, il n'existe à ce jour aucune preuve pour soutenir le passage du traitement antirétroviral aux personnes vivant avec le VIH sur la base des effets bénéfiques ou prophylactiques présumés des antirétroviraux tels que le LPV / r; par conséquent, les patients qui ont une tolérance, une observance et un contrôle virologique adéquats avec leur traitement actuel doivent continuer.
- - Il n'existe aucune preuve de report ou de suspension des programmes de vaccination recommandés pour les personnes séropositives, au contraire, la mise à jour des vaccins contre la grippe et le pneumocoque peut jouer un rôle protecteur.
- - Avant de prescrire des médicaments, une recherche en ligne des interactions potentielles entre les traitements de base et les traitements potentiels du COVID doit être effectuée; il existe des sites Web en ligne qui mettent

à jour les informations de manière dynamique, comme <https://www.covid19-druginteractions.org> de l'Université de Liverpool.

- - En ce qui concerne la prophylaxie, l'OMS suggère une stratégie visant à assurer la prophylaxie des TMP / s chez tous les patients qui ont tendance à diminuer les CD4 d'environ 200 cel / L.
- - Les stratégies d'arrêt du tabac doivent être considérées comme un facteur de risque de maladie respiratoire

Assurer une gestion interdisciplinaire

- - Les personnes vivant avec le VIH ont un risque accru d'isolement social et, pendant cette période de quarantaine, les problèmes de santé mentale tels que les idées suicidaires, la toxicomanie et le trouble anxieux peuvent être exacerbés. Renforcer le conseil psychologique pour la prévention et la gestion de l'anxiété liée à la pandémie actuelle afin que le patient continue d'observer ses soins de santé.
- - Les conseils au patient pour développer un plan d'action en cas de présentation de symptomatologie de quelque nature que ce soit doivent être clairs quant à la voie à suivre. Inclure la société civile et les organisations qui ont l'expérience des personnes séropositives au service de cette contingence.
- - Les personnes séropositives peuvent avoir besoin d'une aide alimentaire, d'un abri, d'un transport et d'autres types de soutien social pendant la crise sanitaire. L'équipe professionnelle doit détecter ces besoins et faire de son mieux pour les connecter à l'aide sociale disponible.

Mesures proactives de sécurité et mise à jour de l'équipe de santé

- - Le personnel de santé doit se tenir au courant des informations continues générées sur COVID-19, concernant la reconnaissance des symptômes, les rapports immédiats de surveillance épidémiologique et les interactions possibles entre les médicaments pour traiter cette infection et ceux utilisés pour le traitement de l'infection à VIH et la prophylaxie ou traitement des événements opportunistes.

CONCLUSIONS

L'expansion rapide et progressive de la pandémie de COVID-19 dans le monde a lieu au milieu d'une pandémie de VIH toujours croissante; cependant, les effets de l'interaction de ces deux infections ne sont pas encore évidents en raison de la rareté des données et des rapports, sans impact négatif évident sur la santé des personnes vivant avec le VIH. La propagation du SRAS-CoV-2 a principalement atteint les pays asiatiques et européens dotés de systèmes de santé robustes et fonctionnels, d'économies fortes et d'un meilleur contrôle de l'infection à VIH en termes de morbidité et de suppression virologique. En revanche, la pandémie de COVID-19 devrait avoir un impact majeur sur la santé du continent africain, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH. L'Afrique abrite actuellement 70% de la population infectée par le VIH dans le monde et le plus grand nombre de décès; cependant, Il est également possible qu'en Colombie et en Amérique latine, avec des taux élevés de présentation tardive de l'infection à VIH, de la mortalité et une distance toujours significative par rapport aux objectifs de l'ONUSIDA, les personnes vivant avec le VIH dans la région sont particulièrement vulnérables aux effets du SRAS-CoV-2. Pour cette raison, il est prioritaire de maintenir une surveillance étroite dans la prise en charge de cette population avec des stratégies d'information et de formation continue, en mettant l'accent sur une adhésion optimale à l'ART et des mesures de prévention contre la contagion en surveillant et en soutenant le programme multidisciplinaire avec des technologies de communication optimisées, pour atteindre les objectifs d'identification précoce des symptômes du COVID-19, son diagnostic et son traitement précoces et la prévention des issues critiques ou mortelles par co-infection avec ce nouveau coronavirus. Il est essentiel d'élargir les connaissances sur les effets du COVID-19 sur l'infection à VIH aux niveaux local, régional et mondial.

VIH/SIDA UNE PANDEMIE OUBLIEE ?

OU EN EST -ON ? UNE INFECTION TOUJOURS GRAVE ET PLUS QUE JAMAIS D'ACTUALITE

(En pièce jointe/ UN DOSSIER COMPLET CONCU PAR LA NEWS LETTER VIDAL ET QUE NOUS VOUS PROPOSONS)

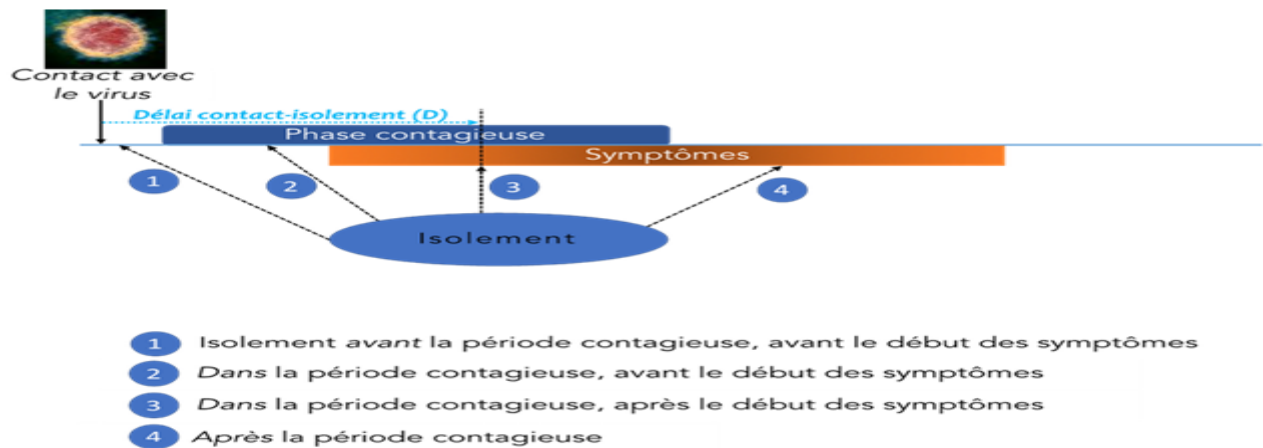


INFECTION PAR LE VIH/SIDA

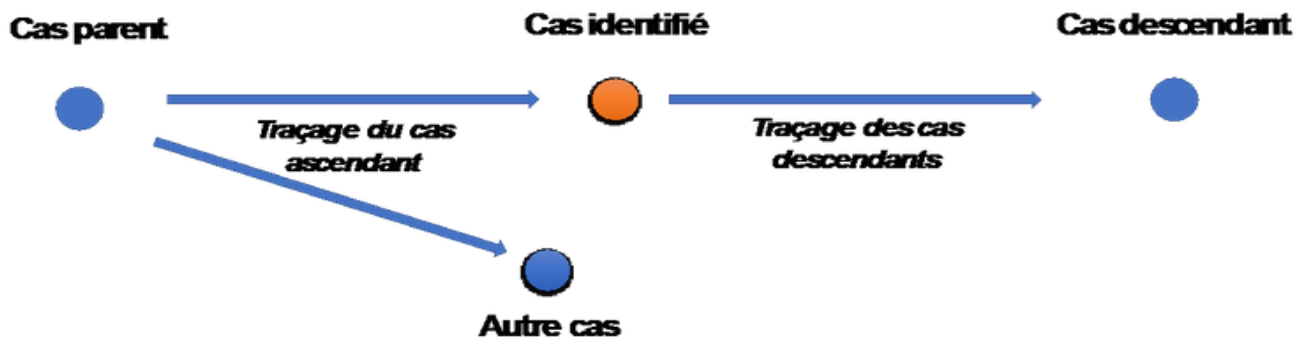
Depuis son apparition au début des années 1980, l'infection par le VIH/sida a changé de visage. Grâce à des traitements efficaces, elle a perdu son statut de maladie rapidement mortelle pour devenir une infection chronique et contrôlée. Néanmoins, ses traitements sont lourds à supporter et peuvent induire, sur la durée, des effets indésirables. Pour cette raison, les mesures destinées à prévenir l'infection par le VIH restent toujours d'actualité en attendant la mise au point d'un vaccin.

- **VIH/sida**
- **Facteurs de risque**
- **Causes**
- **Prévention**
- **Symptômes**
- **Complications**
- **Diagnostic**
- **Suivi médical**
- **Grossesse et VIH**
- **Traitement**
- **Médicaments**
- **Sources et références**

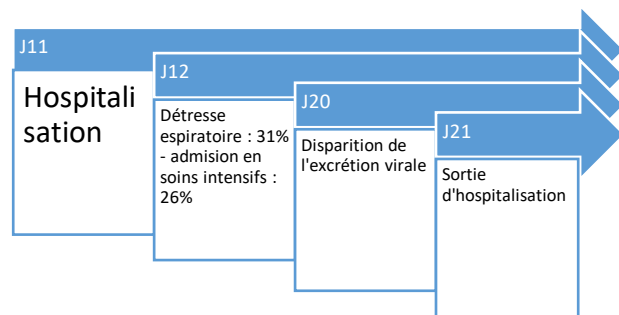
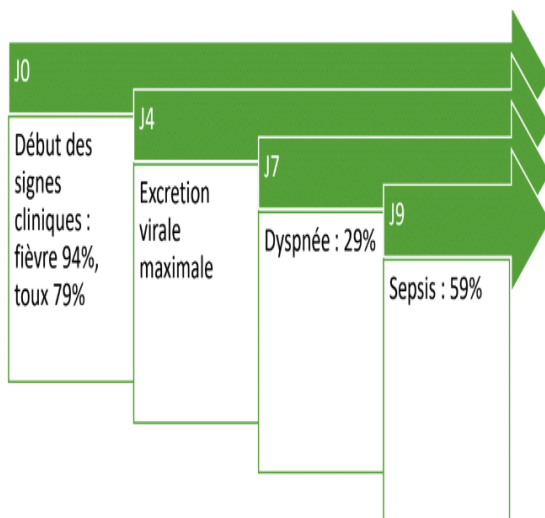
Annexe 1 : Contact traçing [7]



La minimisation du délai moyen entre le contact avec le virus et l'isolement est essentielle pour lutter efficacement contre l'épidémie. Il est fondamental de maximiser le nombre de cas isolés dans la situation n° 1.



Le traçage des cas implique le traçage des cas descendants (qui ont pu être contaminés par le cas identifié, parfois appelé traçage en avant, ou *forward tracing* en anglais) et le traçage du cas ascendant (celui qui a pu contaminer le cas, ou *backward tracing*, et qui correspond à l'approche classique d'investigation de cluster).



COVID-19 : Bon à savoir

1- Du dépistage à la prise en charge de la COVID-19 en ville.

Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/26220-du-depistage-a-la-prise-en-charge-de-la-covid-19-en-ville-les-autorites-de-sante-publient-des-referentiels.html>

Références bibliographiques:

1- Coronavirus disease (COVID-2019) Pandemic, Viewdashboard, WHO.
Disponible sur: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

2- Situation update worldwide, ECDC.
Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>.

3- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.
Disponible sur: <http://covid19.sante.gov.dz/fr/acceuil/>

4- Institut national de santé publique.
Disponible sur: <http://insp.dz>

5- COVID-19 et VIH.

Disponible sur: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342020000200011

6- Infection par le VIH/SIDA.

Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/ist-vih-sida.html#:~:text=Depuis%20son%20apparition%20au%20d%C3%A9but,une%20infection%20chronique%20et%20contr%C3%B4l%C3%A9e>

7- Point épidémiologique 2019-nCoV n°33.

Disponible sur: <https://www.dropbox.com/s/v9e49la44k6bq5g/Point%20%C3%A9pid%C3%A9miologique%202019-nCoV-33.docx?dl=0>

Equipe de rédaction:

D. Zoughailech¹

Professeur en épidémiologie.

M. Hamouda¹

Assistante en épidémiologie.

S.Naidja¹

Assistante en épidémiologie.

H. Naidja²

Doctorante en Urbanisme.

1/ Observatoire Régional de Santé « Est ».

2/ Université 3 Constantine.

Nous tenons à remercier les SEMEP de Ain Beida, Hammam Sokhna et Ain Abessa des wilayas d'Oum El Bouaghi et Sétif pour leur collaboration et participation au signalement des cas COVID-19 sur le réseau e-MADO durant cette semaine.

**O
R
S
T**



Laboratoire d'hygiène Daksi Abdesslem Constantine



031 61 36 57



orstdz@gmail.com

