



Republique Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de la Santé  
Institut National de Santé Publique

المرصد الجهوي للصحة وهران  
Observatoire Régional de la Santé Oran

## Bulletin Épidémiologique Trimestriel de l'ORS d'Oran

Numéro 31

Décembre 2025

### Éditorial

*L'équipe de l'Observatoire Régional de la Santé d'Oran se joint à moi pour vous présenter ses meilleurs vœux et vous souhaiter une année prospère, riche en réussites et en nouvelles opportunités.*

*Dr N.Belarbi Directrice ORS Oran*

Le bulletin s'inscrit dans le cadre de l'une des missions de l'Observatoire Régional de la Santé d'Oran qui consiste à produire et à diffuser l'information sanitaire concernant la Région Ouest.

Il s'adresse aux professionnels de la santé et à toutes les personnes pouvant contribuer à l'amélioration de l'état de santé du citoyen.

Une adresse E-mail est mise à votre disposition pour toutes suggestions ou articles à publier.

[orsoran@gmail.com](mailto:orsoran@gmail.com)



### Synthèse de la journée sur la veille sanitaire

Dans un contexte marqué par la multiplication des risques sanitaires, la veille sanitaire et l'existence d'un plan de riposte efficace représentent des outils incontournables pour protéger les populations et garantir la stabilité régionale et nationale.

En Algérie, comme ailleurs, la détection précoce des signaux faibles, la notification rapide des maladies à déclaration obligatoire et la coordination intersectorielle sont indispensables pour prévenir les crises épidémiques.

Cependant, plusieurs constats persistent :

Une méconnaissance des procédures et circuits de déclarations.

Des disparités dans la réactivité entre les structures sanitaires.

Une faible intégration des acteurs non sanitaires.

Dans le but de renforcer les connaissances et les capacités en matière d'alerte et de veille sanitaire l'Institut National de Santé Publique a organisé une journée de formation le 15 octobre 2025.

#### Objectifs de la journée

- Sensibiliser les participants à l'importance de la veille sanitaire dans la prévention et la riposte aux épidémies.

- Mettre à jour les connaissances sur les maladies à déclaration obligatoire.

- Favoriser la coordination intersectorielle et la communication rapide entre les acteurs de santé.

- Renforcer les compétences en surveillance, investigation et notification des maladies à déclaration obligatoire (détection précoce, notification et de gestion).

Cette journée est consacrée au renforcement des capacités en veille sanitaire à travers quatre ateliers thématiques portant sur :

- les zoonoses : rage et brucellose,

- les maladies évitables par la vaccination : la diphtérie, coqueluche

- les maladies à transmission vectorielles : le paludisme et fièvre West Nile

- les maladies à transmission hydriques TIAC et hépatite virale A.

#### Dans ce numéro :

**Page1:** Editorial/Synthèse de la journée sur la veille sanitaire.

**Page2-3:** Synthèse de la journée sur la veille sanitaire

**Page4-5:** Apport de la surveillance environnementale et aviaire du virus West-Nile de l'infection humaine.

**Page 6:** Le SIDA aujourd'hui « Surmonter les perturbations, transformer la riposte ».

#### Comité de rédaction du Bulletin:

Dr N.Belarbi : Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé d'Oran

Dr Z.Chekouki :Médecin Spécialiste en Epidémiologie;Dr K.Ouadah :Médecin Spécialiste en Epidémiologie; Melle Z.Bouzada : Assistante de Direction, Administrateur Principale ; Mr L.Kamraoui: Ingénieur principal en informatique; M<sup>me</sup> N.Benhammou : ingénieur d'état en informatique.;Dr S.Oumellil ; Dr L. Sid Ahmed ;Dr I.Taleb , Dr S.Khaldi ; Dr FZ.Bennouar ; ; Dr Hamane; Dr Habour;Dr Sidhoum ;M<sup>me</sup> M. Benyahia : Hygiéniste Major ; Mr R.Hamadouche: hygiéniste Major ; M<sup>me</sup> R.Dairi : Psychologue Clinicienne ;M<sup>me</sup> N.Sebbane :Sage-Femme Principale ; M<sup>me</sup> M.Youcefi :Sage-Femme Principale ;M<sup>me</sup> FZ.Talbi : Secrétaire de Direction.





## Objectifs pédagogiques

Comprendre les rôles des principaux acteurs du système de santé.

Identifier et transmettre les signaux faibles

Comprendre la chaîne de veille sanitaire

Expérimenter la coordination intersectorielle face à une crise sanitaire.

Favoriser la communication et la prise de décision collective.

## Contexte

Plusieurs acteurs de santé constatent des phénomènes inhabituels.

Objectif : Simuler la détection, la transmission, l'analyse et la gestion d'une alerte sanitaire.

Les échanges ont permis de revoir les principaux éléments de surveillance, de notification et de prévention de ces maladies à potentiel épidémique.

Les échanges ont permis de revoir les principaux éléments de surveillance, de notification et de prévention de ces maladies à potentiel épidémique.

## Atelier zoonoses : rage :

- Présentation des modes de transmission (morsure, léchage, griffure d'animaux infectés).

- Rappel des mesures de prévention : vaccination antirabique humaine et animale, lutte contre l'errance canine.

- Procédure de prise en charge post-exposition : lavage de la plaie, consultation médicale urgente, vaccination.

- Importance de la déclaration immédiate et de la coordination intersectorielle entre services de santé, vétérinaires et APC.

## Faibles possibles et mesures proposées

- Insuffisance de la surveillance animale

→ Action : créer un réseau de signalement animal, former relais vétérinaires et agents communaux.

- Disponibilité limitée du traitement post-exposition (PEP) ou irrégularité des stocks de vaccin antirabique humain.

→ Action : audit des stocks, création d'un stock tampon et protocole de réapprovisionnement prioritaire.

- Défaut d'intégration «Une seule santé» (coordination insuffisante entre santé humaine et vétérinaire).

→ Action : relancement du comité local de coordination santé humaine/animale avec réunions régulières et procédures conjointes.

- Faible sensibilisation communautaire / informations erronées (conduites inadaptées après morsure).

→ Action : campagnes locales ciblées : conduite à tenir, premiers soins, ne pas recourir aux remèdes traditionnels dangereux.

- Gestion inadéquate des animaux errants (contrôle insuffisant, politiques locales faibles).

→ Action : plan municipal de gestion canine (stérilisation, identification, fourrière canine).

## Points clés :

- Nécessité d'un réseau efficace et transparent entre santé humaine et santé animale (« approche Une seule santé »).

- Sensibilisation de la population sur la conduite à tenir en cas de morsure.

## Atelier les maladies évitables par la vaccination : Diphtérie :

- Rappel épidémiologique de la maladie et importance de la vaccination comme principal moyen de prévention.

- Renforcer la réactivité face à une alerte de diphtérie

- Améliorer la Coordination entre les acteurs de santé publique

- Appliquer les procédures de notification MDO

- Gérer la communication et la rumeur

- Évaluer la riposte collective

## Faibles possibles et mesures proposées

- Couverture vaccinale insuffisante / hétérogène (zones à faibles taux).

→ Action : campagnes de rattrapage ciblées.

- Détection clinique retardée (cas pris pour une angine banale, méconnaissance des signes).

- Faible capacité de laboratoire / délais de confirmation (envoi d'échantillons long).

→ Action : créations des laboratoires régionaux, protocoles d'envoi rapide et transport réfrigéré si nécessaire.

- Absence de prophylaxie systématique des contacts (mauvaise application des mesures de prévention secondaire).

→ Action : protocoles clairs pour chimio prophylaxie et vaccination des contacts, registre de suivi.

- Mauvaise notification / sous-notification.

→ Action : simplifier formulaire, former, introduire notification électronique.

## Points clés :

- Maintenir une couverture vaccinale > 95 %.

- Importance de la vigilance des professionnels face aux symptômes respiratoires suspects.

## Atelier les maladies à transmission vectorielles :

### le paludisme et fièvre West Nile :

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques du paludisme et de la fièvre West Nile (agent, vecteur, transmission, symptômes, zones à risque).

- Identifier les signes cliniques évocateurs et les modes de diagnostic.

- Expliquer les mesures de prévention, de lutte antivectorielle et de surveillance.

- Reconnaître les rôles des différents acteurs de santé dans la gestion de ces maladies.

- Proposer des actions locales de sensibilisation et de riposte adaptées au contexte.

## Faibles possibles et mesures proposées

- Surveillance épidémiologique faible ou incomplète (sous notification des cas suspects, manque de suivi des cas importés)

→ Action : renforcer le réseau de surveillance et la notification

- électronique, former le personnels de santé les définitions des cas et les procédures de déclaration

- Surveillance vectorielle faible (absence de cartographie des gîtes larvaires, peu de suivi d'insecticide, manque d'entomologue formé).

→ Action : plan de surveillance entomologique régulier, cartographie et suivi de résistance, formation de personnel en entomologie.

- Retards dans le diagnostic et la notification des cas (manque de tests rapides, retards dans la confirmation biologique).

→ Action : approvisionnement régulier en TDR, formation du personnel au diagnostic rapide, créations des laboratoires régionaux et mettre en place un système de transport adapté et rapide.

- Insuffisance des activités de lutte anti vectorielle (LAV) (absence de programme structuré de lutte contre les moustiques, interventions saisonnières inadaptées).

→ Action : relancer la lutte anti vectorielle, organiser des campagnes communautaires de nettoyage

- Population mobile / cas importés non suivis (voyageurs, saisonniers).

→ Action : surveillance des points d'entrée, information ciblée pour voyageurs, prise en charge précoce.

- Manque de coordination multisectorielle (eau/assainissement, urbanisme).



→ Action : réunions intersectorielles pour aborder urbanisation et gestion des eaux stagnantes.

\*Faible sensibilisation communautaire (manque d'information sur les modes de transmission et de prévention, connaissances erronées)

→ Action : campagnes de communication ciblées (radio, écoles, mosquées), Sensibiliser la population sur les risques liés aux eaux stagnantes. Promouvoir l'utilisation des moustiquaires et la protection personnelle

#### Points clés :

Renforcer les connaissances et les compétences en matière de surveillance, de prévention et de lutte contre le paludisme et la fièvre du Nil occidental, dans une approche intégrée de veille sanitaire.

#### Atelier les maladies à transmission hydriques : TIAC et hépatite virale A.

-Étapes de la prise en charge : alerte, enquête épidémiologique, prélèvements alimentaires et biologiques.  
-Importance du rôle de l'hygiène dans la restauration collective et les cantines scolaires.  
-Coordination intersectorielle : santé, commerce, agriculture, APC.

#### Faibles possibles et mesures proposées

•Faible surveillance épidémiologique et sous-notification : Retards de notification et sous-déclaration des cas  
→ Action : Sensibiliser les professionnels de santé à la notification immédiate ( $\leq 24$  h). Simplifier les fiches et instaurer la notification électronique  
•Non-respect des règles d'hygiène en restauration collective (manipulation, chaîne du froid défaillante).  
→ Action : inspections régulières, formation obligatoire du personnel, affichage des procédures HACCP simplifiées.  
•Absence de traçabilité des aliments (impossible de retrouver source d'un lot contaminé).  
→ Action : exiger registre d'achat/lot pour cantines et restaurateurs, modèles de traçabilité simples.  
•Capacité limitée d'investigation épidémiologique (peu d'équipes formées, délais d'enquête).  
→ Action : formation d'équipes rapides d'investigation, kits d'enquête et protocole standard.  
•Retards dans l'identification et la confirmation des cas (tests manquants).  
→ Action : renforcer capacités analytiques régionaux/nationales  
Instaurer un protocole de prélèvement et d'envoi d'échantillons standardisé.  
•Mauvaise gestion des déchets alimentaires favorisant contamination.  
→ Action : procédures communes de collecte/élimination, formation  
•hygiène et sécurité  
•Difficulté d'accès au diagnostic biologique (sérologie IgM anti-VHA)  
•Mauvaise qualité de l'eau et assainissement défectueux  
•Contamination fécale de l'eau potable ou mauvaise hygiène des réseaux.  
→ Action :  
o Surveillance microbiologique régulière de l'eau de consommation.  
o Coordination avec les services d'hydraulique et d'assainissement.  
o Campagnes de sensibilisation sur l'ébullition de l'eau dans les zones à risque.  
•Hygiène alimentaire insuffisante  
o Consommation de fruits/légumes mal lavés, glaces artisanales ou aliments manipulés sans hygiène.

→ Action :

o Renforcer le contrôle sanitaire des points de vente alimentaires informels.

o Former les restaurateurs et vendeurs ambulants à l'hygiène.

o Promouvoir la consommation d'eau traitée et d'aliments bien cuits.

•Manque de communication et de sensibilisation

o Méconnaissance du mode de transmission oro-fécale.

o Retard dans la détection des foyers scolaires ou familiaux.

→ Action :

o Élaborer un plan de communication de crise spécifique à l'hépatite A.

o Organiser des séances d'information en milieu scolaire et dans les quartiers à risque.

#### Faibles communes à toutes les thématiques et mesures proposés

•Flux d'information faibles / retard de notification → simplifier et digitaliser la notification, formation et supervision.  
•Ressources humaines insuffisantes ou peu formées → plan de formation continue, fiches procédures et mentoring.  
•Financement instable des activités de surveillance → budgétisation dédiée et plaidoyer pour fonds pérennes.  
•Absence de plan de suivi-évaluation (indicateurs) → définir KPI simples (temps de notification, couverture vaccinale, délai labo) et tableau de bord.  
•Faible implication communautaire → impliquer relais communautaires, leaders locaux, médias locaux et éducation continue.

#### Leçons à retenir

• Un seul signal isolé ne suffit pas → mais le recoupement (médecin + pharmacien + labo) renforce la vigilance.  
•La rapidité de la transmission est essentielle.  
•La transparence dans la communication évite les rumeurs et renforce la confiance.  
•Chaque acteur a une responsabilité dans la chaîne de veille.  
•Les retards ou hésitations coûtent cher (plus de cas, perte de confiance, pression médiatique).



Apport de la surveillance environnementale et aviaire du virus West-Nile pour anticiper le risque de l'infection humaine.

Introduction :

La fièvre West-Nile est l'une des premières maladies vectorielles qui a été décrite chez l'homme ; sa découverte a été faite de façon fortuite en surveillant la maladie de la fièvre jaune en Afrique [1]. L'agent pathogène le virus West Nile (VWN) est considéré comme un virus émergent avec une large dispersion planétaire [2]. Il est considéré comme le 2<sup>ème</sup> flavivirus répandu dans le monde après le virus de la dengue et le 1<sup>er</sup> flavivirus neurotrope jamais isolé, touchant les oiseaux réservoirs du virus vu la virémie intense prolongée et l'homme et les mammifères. Ces derniers sont des impasses épidémiologiques [3].

Le VWN se maintient dans la nature au moyen d'un cycle impliquant une transmission entre les oiseaux virémiques et non infectés assurée par les femelles moustiques genre Culex [4], particulièrement en période de reproduction des moustiques qui s'étale du printemps et s'achève en automne. Il sévit au bassin méditerranéen depuis plusieurs décennies sous forme endémique avec des poussées épidémiques caractérisées par des profils épidémiologiques différents, de sévérité liée à la pathogénicité du virus et de son extension géographique.

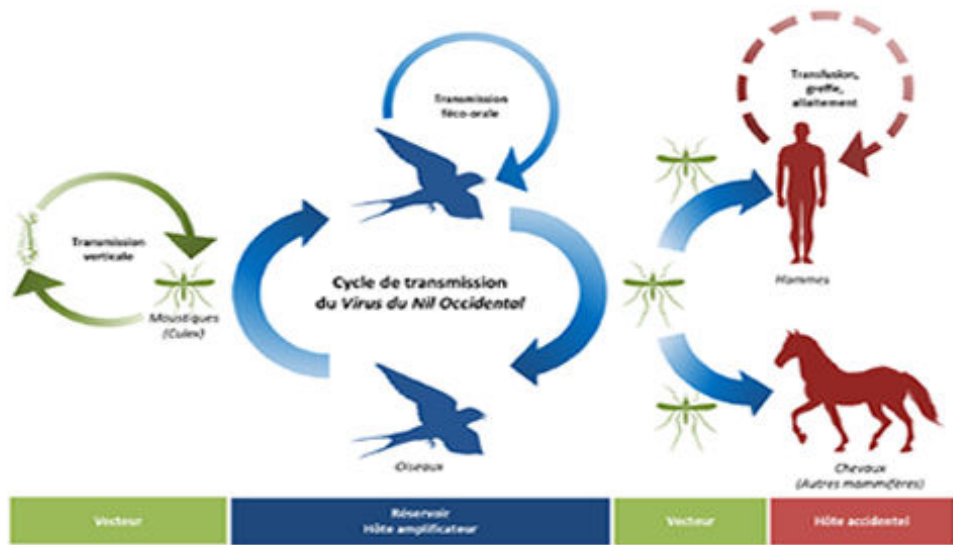


Figure 1: Cycle de transmission du Virus du Nil Occidental, source : ANRS.

L'homme s'infecte suite aux piqûres du Culex infecté par le virus. Parmi les cas humains infectés et après une période d'incubation de trois à six jours, 80% des cas présentent des formes asymptomatiques ; cependant, 20% présenteront un syndrome pseudogrippal, décrit comme une grippe estivale caractérisée par des céphalées fébriles avec des arthro-myalgies, des polyadénopathies. Une éruption cutanée morbilliforme généralisée peut se voir dans 25% des cas, des signes digestifs dans 48% des cas et des cas de conjonctivites ou de pharyngites dans moins de 5 % des cas [5]. Elle est caractérisée par des manifestations cliniques plus graves dans moins d'un cas sur 150 patients. Les formes neuroinvasives touchent le système nerveux central avec des encéphalites, des méningites aseptiques voire des myélites [6]. La mortalité des formes graves variées de 1% à 50% en cas de myélite [8]. La transmission interhumaine peut se produire par le biais de substances d'origine humaine : transfusion de sang, transplantation de tissus, de cellules ou d'organes provenant d'un donneur infecté et virémique. Par contre le vecteur principal le Culex ne peut pas s'infecter lors d'une piqûre d'un homme infecté par le VWN à cause de la virémie qui est insuffisante chez ce dernier.

La prise en charge thérapeutique pour les infections à VWN est limitée à des soins symptomatiques de soutien dans la majorité des cas. Le suivi des cas atteints de ce virus a retrouvé des séquelles neurologiques durables, allant d'une simple fatigue à une baisse de la dextérité, des troubles de concentration, des atteintes mnésiques voire un syndrome Parkinsonien, et le suivi à long terme a retrouvé chez certains patients un passage vers une insuffisance rénale chronique [8].

Plusieurs traitements font l'objet de recherches thérapeutiques, particulièrement les anticorps monoclonaux qui ont montré une efficacité prometteuse en améliorant la survie et en réduisant la charge virale dans les modèles d'animaux.

Bien que des vaccins anti VWN ont été approuvés chez les équins, plusieurs essais de vaccins humains demeurent dans les phases précliniques (ANRS).

•En phase 1 : un vaccin vivant atténué (WN/DEN4Δ30) ; un vaccin à ADN (VRC-WNVDNA020-00-VP) ; un vaccin sous-unitaire (HBV-002) ; un vaccin vivant inactivé (HydroVax-001B).

•En phase 2 : un vaccin vivant atténué (ChimeriVax-WN02).

Contexte national et régional :

L'Algérie fait face aux différents risques entomologiques et épidémiologiques vu sa position géographique dans les couloirs de migration des oiseaux migrateurs, présence des zones humides avec des sites ornithologiques, la présence du vecteur genre Culex et la vulnérabilité de la population résidente. D'autres part, subi la pression des différents facteurs environnementaux, tels que l'urbanisation et le changement climatique, etc. Ces derniers peuvent modifier l'épidémiologie de cette maladie vectorielle et l'apparition de souches plus transmissibles.

La fièvre du West-Nile est une zoonose à déclaration obligatoire sous surveillance internationale. Le dispositif National de surveillance renforcée, d'alerte et de riposte de la fièvre West-Nile a été mis en place en 2014. Vu le contexte épidémiologique, une modification a été introduite en 2025, cette dernière concernée les laboratoires réalisant le diagnostic, dans le but de réduire les délais d'attente et de faciliter une prise de décision rapide, une révision et adaptation du dispositif afin de répondre à trois objectifs : i) Détecter précocement une circulation du VWN, ii) Identifier les populations et les zones à risques, iii) Informer, coordonner, orienter et évaluer les mesures de préparation et de riposte [9].

Le suivi de la situation de la situation épidémiologique a mis en exergue la souche circulante du VWN lignage 1, très virulente et neuro-invasive responsable des épidémies majeurs. Cette circulation continue du virus peut être due soit par plusieurs réintroductions successives de différentes souches lors de la migration des oiseaux ou suite à la circulation de la souche locale durant la saison de sa transmission.

L'évolution épidémiologique été caractérisé durant la période 2015-2023, par une expression clinique inversée (2015-2022 : MLC 77%, ME/E 23%) (2023 : MLC 37%, ME/E 63%), et par un âge précoce de l'infection (population pédiatrique) durant l'année 2023 [10]. Au niveau de la région ouest, 10 cas probables ou confirmés ont été enregistrés durant l'année 2025, 90 % sont enregistrés au niveau de la Wilaya de Relizane et 10% au niveau de la Wilaya de Mostaganem, avec prédominance des cas pédiatriques, dont on déplore 4 cas de décès (Age : Min 50 jours – Max 14 ans) résidant au niveau de la Wilaya de Relizane. Plusieurs actions ont été menées en matière de sensibilisation et de communication, des réunions de coordination intersectorielle, des enquêtes épidémiologiques et des actions de lutte antivectorielle, notamment les actions de pulvérisation à effet rémanent. Aucun n'a été notifié depuis la fin du mois de novembre 2025, date de fin de la saison de la surveillance renforcée [11].

Surveillance aviaire et environnementale du virus West-Nile :

Parmi les protocoles de surveillances, on note ceux relatives à la surveillance aviaire passive qui se base sur la surveillance de la mortalité des oiseaux sauvages et les systèmes de vigilance sentinelles basés sur les poules. Ces derniers ont fourni des preuves de la circulation du VWN deux (2) à quatre (4) semaines avant la survenue de cas humains [12,13]. Plusieurs programmes de surveillance intégrée ont été développés à l'échelle mondiale pour détecter précocement toute circulation du VWN dans l'environnement afin de mettre en œuvre les actions de prévention et de contrôle ciblés dans les zones à risque avant l'infection humaine ou animale.



Le projet *Misarbo*, est un dispositif innovant de surveillance des arbovirus qui permet de détecter les virus dans l'environnement. Cette solution innovante se base sur :

i) L'analyse des eaux des gîtes larvaires (GL) et des zones humides (ZH), ii) Le piégeage de moustique par xénomonitoring, afin de détecter précocement de l'ARN viral dans les fèces de moustiques et dans des eaux environnementales avec un temps d'avance qui peut aller jusqu'à plus d'un mois avant l'apparition des premiers cas d'infection chez les animaux et les humains [14].



Figure 2 : Principe du projet Misarbo. (source : Julien M & al, IFCE)

Principe 7-1-7 pour la détection, la notification et la réponse :

Selon l'Organisation Mondiale de la santé (2023), les ripostes aux dernières épidémies et pandémies ont mis en exergue les limites des interventions entrepris par les différents systèmes et plans de détection, de notification et de riposte. Dans ce contexte, le principe de la cible 7-1-7 est proposer afin d'améliorer en permanence les performances des systèmes de détection des épidémies, de notification et de réponse.

La cible 7-1-7 se base sur trois indicateurs afin d'évaluer les systèmes cités ci-dessus :

- ≤ 7 jours pour détecter une épidémie présumée ;
- ≤ 1 jour pour notifier une autorité de santé publique chargée de prendre des actions ;
- ≤ 7 jours pour achever les actions de réponse précoce.

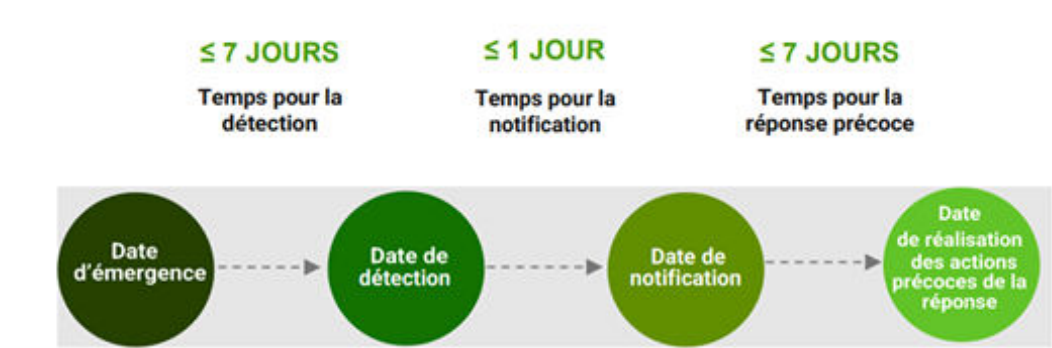


Figure 3 : Mesures et objectifs de promptitude de la cible 7-1-7, source OMS.

Conclusion :

Dans un contexte de changement climatique propice à l'introduction et à la propagation des arbovirus, cette synthèse des connaissances relatives aux dispositifs innovant de surveillance des arbovirus appuie leur utilité et pertinence en matière de gestion des risques sanitaires liés aux vecteurs d'intérêt médical.

Les approches actuelles décrites dans le dispositif National de surveillance renforcée, d'alerte et de riposte de la fièvre West-Nile nécessitent d'être renforcées par des solutions préventives innovantes tel que la détection précoce des arbovirus dans l'environnement, permettant ainsi d'anticiper les infections chez les humains et les animaux dans un délai oscillant entre deux (02) semaines et plus d'un mois. Ce délai permettra la mise en œuvre des protocoles d'interventions autour des foyers à risque et les mesures prophylactiques et de luttés préventives soit en santé humaine ou animale.

D'autre part, intégrer la cible 7-1-7 pour la détection, la notification et la réponse dans les dispositifs d'alerte et de riposte contre les maladies à transmission vectorielles, permettra l'amélioration rapide de la performance pour la détection et la réponse aux épidémies.

Références bibliographiques :

[1] Smithburn KC, Hughes TP, Burke AW, Paul JH. A Neurotropic Virus Isolated rom the Blood of a Native of Uganda. The American Journal of Tropical Medicine. 1940;s1-20(4):471-492.

[2] Héla Hannachi, Henda Triki. Synthèse et enjeux d'une virose émergente. Revue Tunisienne d'Infectiologie : de la microbiologie à la clinique, Volume 1, numéro 1, 2025.

[3] Ciota AT, Kramer LD. Vector-virus interactions and transmission dynamics of West Nile virus. Viruses. 2013 Dec 9;5(12):3021-47. doi: 10.3390/v5123021.

[4] Organisation Mondiale de la Santé, octobre 2017.

[5] Muzumdar S, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The rash with maculopapules and fever in adults. Clin Dermatol. 2019 Mar-Apr;37(2):109-118. doi: 10.1016/j.clindermatol.2018.12.004. Epub 2018 Dec 5. PMID: 30981291.

[6] Tyler KL. West Nile virus encephalitis in America. N Engl J Med. 2001 Jun 14;344(24):1858-9.

[8] Sejvar JJ. Clinical manifestations and outcomes of West Nile virus infection. Viruses. 2014 Feb 6;6(2):606-23.[21] Davis L.E., DeBiasi R., Goade D.E., Haaland K.Y., Harrington J.A., Harnar J.B., Pergam S.A., King M.K., DeMasters B.K., Tyler K.L. West Nile virus neuroinvasive disease. Ann. Neurol. 2006;60:286-300.

[9] Note N° 09 du 30 Avril 2025 relative à la réactivation du dispositif national de surveillance, d'alerte et de riposte de la fièvre de West-Nile, Année 2025.

[10] Institut Pasteur Algérie, septembre 2025.

[11] Observatoire Régional de la Santé d'Oran,décembre2025.

[12] Evaluation of a West Nile virus surveillance and early warning system in Greece, based on domestic pigeons. Comparative Immunology, Microbiology and Infectious Diseases 37 (2014) 131- 141.

[13] West Nile Virus State of the Art Report of MALWEST Project. Int. J. Environ. Res. Public Health 2013, 10, 6534-6610; doi:10.3390/ijerph10126534.

[14] Julien M & al. Détection environnementale des virus West Nile et Usutu, Journée sciences et innovations équine, 22 et 23 mai 2025.

[15] Organisation Mondiale de la Santé, 2023.



Le SIDA aujourd’hui « Surmonter les perturbations, transformer la riposte ».

Le VIH reste effectivement un enjeu majeur de santé publique mondiale, avec environ 40 millions de personnes vivant avec le virus en 2024 selon l’ONUSIDA et l’OMS. Les stratégies globales, comme les objectifs **95-95-95** (95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 95 % des diagnostiquées sont sous traitement, et 95 % des traitées ont une charge virale supprimée) visent à contrôler l’épidémie d’ici 2026, en vue de l’éradiquer comme menace publique d’ici 2030.

En Algérie, la prévalence du VIH dans la population générale est faible, estimée à moins de 0,1 % depuis plusieurs années (données ministérielles et ONUSIDA récentes, confirmées en 2023-2024)

Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé autour de 21 000 à 24 000 (selon les rapports 2021-2024), avec une augmentation des nouveaux cas diagnostiqués (environ 1 300 au premier trimestre 2024 contre 1 157 en 2023, et des estimations de 2000 nouvelles infections annuelles récentes).

Dans l’ouest du pays l’analyse des données épidémiologique montre que les IST sont classées en quatrième position des MDO avec 7% de ces déclarations et le VIH domine largement les cas notifiés parmi les IST (70%)en raison de sa surveillance renforcée. Ces chiffres soulignent l’importance du VIH dans le spectre des infections sexuellement transmissibles, même dans un contexte de faible prévalence globale.

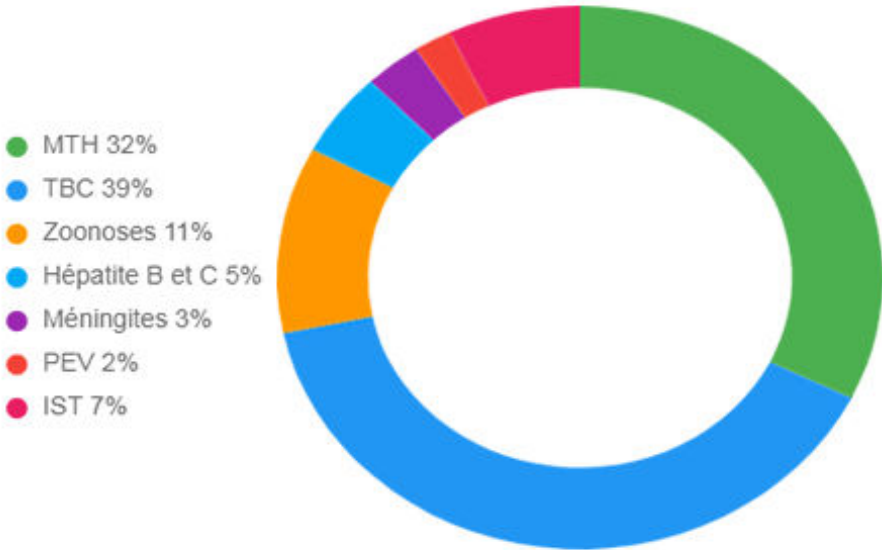


Figure 1 : Répartition des fréquences des MDO par groupe de maladie (2024)

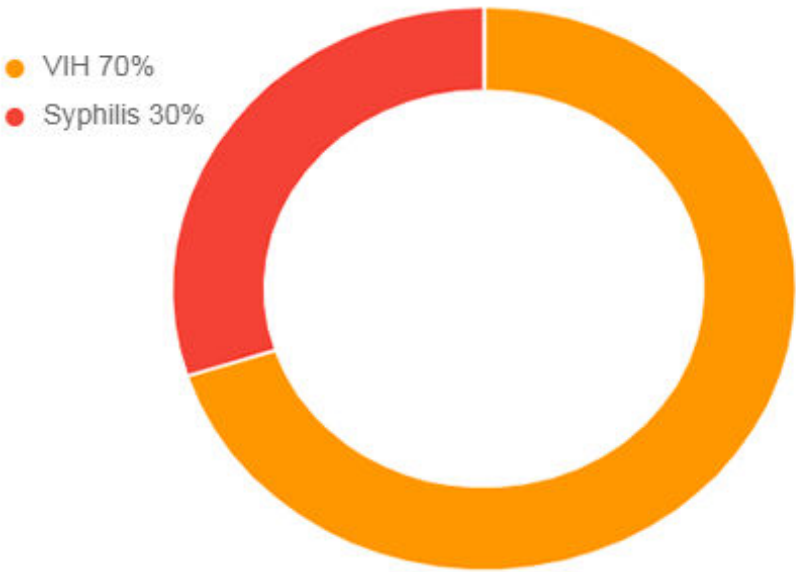


Figure 2 : Fréquence des IST dans la région ouest

L’Evolution des incidences des cas de VIH/SIDA dans la région ouest entre 2013 et 2024 mets en evidence une augmentation régulière et marquée du nombre de cas de 172 cas en 2013 à 594 cas en 2024 ; l’Incidence a triplé de 2.25 à 6.30 sur 12 ans.(figure2).

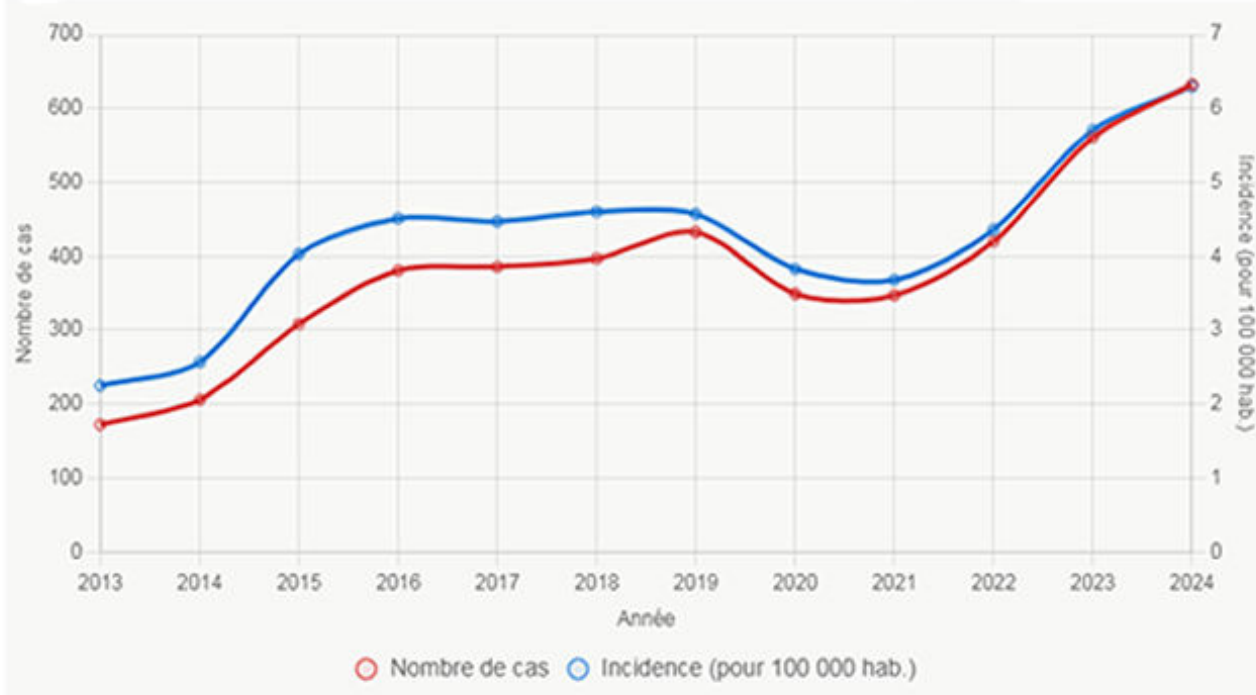


Figure 3 : Evolution de l’incidence estimée des cas VIH/SIDA de 2013 à 2024

Évolution des Cas dans la Région Ouest (2013-2024)

| Années                 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nb de cas des HIV/SIDA | 172  | 206  | 308  | 381  | 386  | 397  | 433  | 349  | 347  | 420  | 561  | 594  |
| Incidence              | 2.25 | 2.57 | 4.03 | 4.51 | 4.47 | 4.6  | 4.57 | 3.83 | 3.68 | 4.36 | 5.71 | 6.30 |

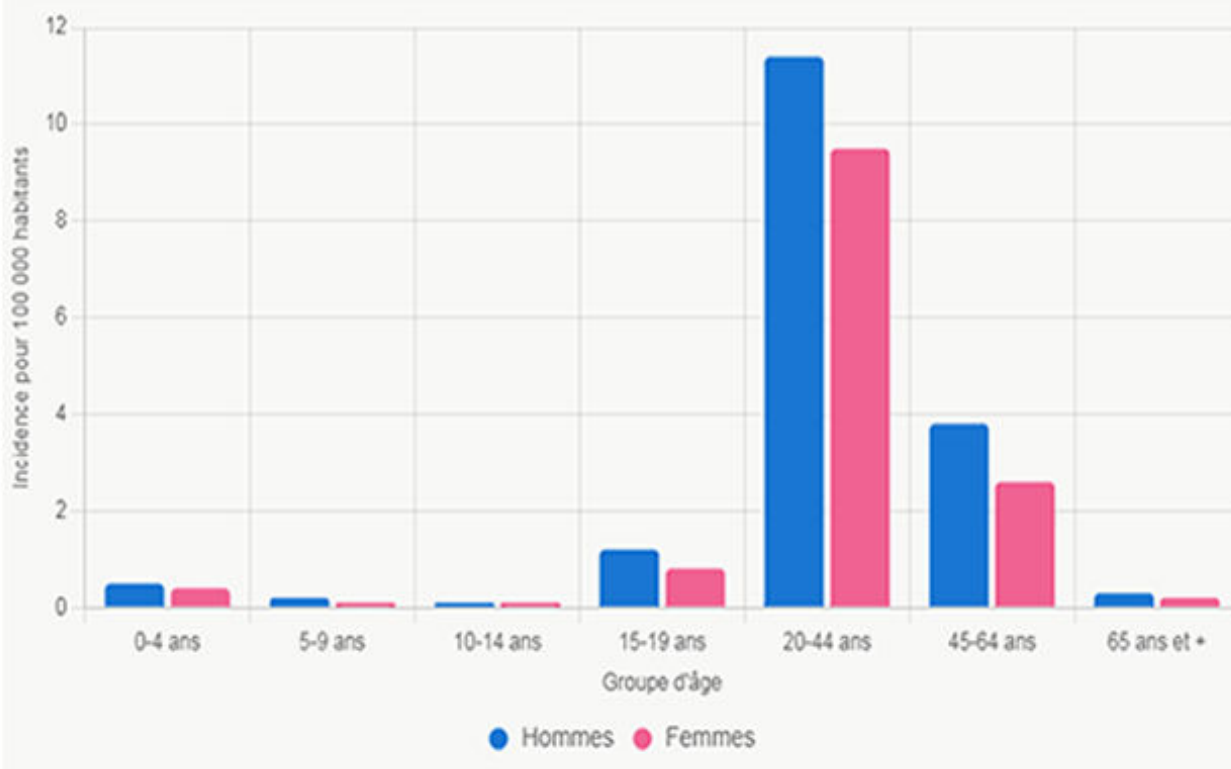


Figure 3 : Estimation de l’incidence des cas de VIH SIDA par groupes d’âge et sexe

Une prévention combinée, incluant : Des campagnes de sensibilisation nationales, souvent menées lors de la Journée mondiale de lutte contre le sida (1er décembre), ciblent la population générale, les jeunes (universités, mosquées, médias) et les professionnels de santé. La société civile joue un rôle clé dans le plaidoyer pour les droits humains et la réduction de l’auto-stigmatisation chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Des progrès sont notés, mais des efforts soutenus sont nécessaires, car la stigmatisation persiste dans certains milieux familiaux, sociaux et sanitaires et c’est ce qui freine l’accès aux services de prévention, de dépistage et de soins. Le PNS 2024-2028 insiste sur la création d’un environnement « exempt de discrimination et de stigmatisation », avec des formations spécifiques dispensées aux acteurs institutionnels (médecins, personnel de santé) et communautaires pour adopter des pratiques non stigmatisantes.

Des défis persistent (contexte socioculturel, marginalisation), mais l’engagement politique fort positionne l’Algérie sur une trajectoire positive.

Les données de population utilisée pour calculer les estimations des incidences sont fournies par les directions de la programmation et des suivis budgétaires régionales de l’ouest (DPSB) et l’office national des statistiques .