



Evaluation de l'impact de la Covid19 sur les PVVIH, étude faite en Algérie décembre 2020

Mission et rapport réalisés par :

Dr kaddouri Chérifa

Médecin spécialiste en épidémiologie et médecine préventive

I. Introduction :

La crise sanitaire de la Covid19 ne cesse de mettre à l'épreuve les systèmes de santé à travers le monde. Cette pandémie a eu de nombreuses conséquences sur les services sanitaires qui se trouvent confrontés à de nombreux défis et obstacles. En effet l'urgence sanitaire et la mobilisation des services de santé pour faire face à la demande ont engendré des répercussions majeures sur l'offre de soins qui se retrouve souvent altérée voire insuffisante⁽¹⁾.

L'Algérie, comme le reste du monde fait face à ces défis, notamment en matière d'accès aux services de prévention et de soins puisque depuis le début de la pandémie, toutes les structures de santé ainsi que le personnel soignant ont été mobilisés afin de consentir leurs efforts dans la gestion de cette crise sans précédente. Cette réponse s'est faite au détriment des autres offres de soins qui se sont vues entraver, ce qui n'était pas sans conséquences sur les activités de prévention, et de prise en charge des autres pathologies et problèmes de santé publiques.

De plus, les autres mesures visant à limiter la propagation du coronavirus, telles que la distanciation sociale, le confinement ou encore le couvre-feu, ont-à-elles aussi entraîné de grandes difficultés en termes d'accès aux soins et aux médicaments mais aussi sur d'autres aspects psychosociaux de la vie. En effet depuis le début de l'épidémie plusieurs actions ont été entreprises visant à réduire le risque de contamination et limiter l'ampleur de la crise, puisque le pays a connu des vagues de confinement et de dé-confinement dans les villes les plus touchées avec une limitation de la circulation et des transports intra et inter-wilayas, qui est d'autant plus accentuée par l'instauration d'un couvre-feu dans la quasi-totalité du territoire national ; ce qui a de ce fait entraîné une réduction de la mobilité de la population, mais aussi un ralentissement voire un gel des activités économiques, et socioculturelles...⁽²⁾

Ces répercussion peuvent être d'autant plus importantes chez les populations à besoins spécifiques, notamment les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), qui constituent des populations vulnérables, vivant parfois dans des conditions particulièrement précaires et nécessitant un accès régulier aux soins et au médicaments, mais aussi à d'autres mesures d'accompagnement psycho-social, d'où l'intérêt de la présente étude qui s'intéresse au retentissement de cette situation sur cette tranche de la société. ⁽³⁾

II. Contexte :

En Algérie comme dans le reste de la région MENA, le profil épidémiologique de l'infection à VIH est celui d'une épidémie peu active (prévalence < 0.1% en population générale) mais qui reste concentrée dans les populations-clés (professionnel(le)s du sexe **PS**, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes **HSH**, usagers de drogues injectables **UDI**)⁽⁴⁾.

Néanmoins cette faible prévalence est combinée à de nombreux obstacles à l'accès aux soins, tels que la discrimination et la stigmatisation en milieu de soins, dus aux contextes culturel et sociétal de la région MENA et de l'Algérie, ce qui engendre des inégalités et disparités notamment envers les populations les plus vulnérables⁽⁵⁾.

Cette situation a été exacerbée par l'avènement de la Covid19, puisque toutes les structures de santé ainsi que le personnel soignant ont été mobilisés dans la lutte contre la pandémie, ce qui a engendré des difficultés supplémentaires en matière de lutte contre le VIH ; c'est ce que nous confirme *Dr Boukhari Youssef, directeur de la prévention à la direction de la santé et de la population (DSP) d'Oran*, qui témoigne de la crise sans précédente vécue par le personnel de la santé et dans les structures de soins, qui ont mobilisé toutes leurs ressources pour répondre à l'urgence de la pandémie, ce qui entraîné une saturation et un dépassement des services de soins. Ce point est développé par *Dr Zaoui Farouk, médecin spécialiste en maladies infectieuses et maître assistant au service des maladies infectieuses du Centre Hospitalo-Universitaire d'Oran* (siège du centre de traitement de référence CDR d'Oran), qui déplore la fermeture des unités de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, puisque les centres de traitement de références CDR étaient dédiés à la prise en charge de la Covid 19, ce qui a entraîné des difficultés dans le suivi des PVVIH et des reports de leurs dates de rendez-vous. De plus, cette

situation a été majorée par les mesures de confinement et de limitation de la circulation de la population, instaurées dans le territoire national, nous confie *Mr Bourouba Othmane, président de l'association « Aids Algérie »*, qui souligne l'incapacité des PVVIH à circuler durant cette période, pour se rendre aux CDR (qui sont pour la plupart à caractère régional), afin d'assurer leur suivi médical et l'approvisionnement en traitement antirétroviral (ARV). De ce fait les actions de lutte contre le VIH connaissent de grandes difficultés pendant cette période, d'autant plus que le comité national de lutte et de protection contre le VIH/Sida (CNLPS) n'était pas fonctionnel durant la pandémie, nous explique *Mr Bourouba Othmane* en soulignant que les associations de lutte contre le VIH se sont trouvées dans l'obligation de s'adapter à ce contexte particulier, en innovant et en déployant des initiatives personnelles avec leurs propres moyens, afin de répondre aux besoins de leur population cible. Dans ce sens *Dr Boukhari Youssef, directeur de la prévention à la DSP d'Oran*, souligne les efforts consentis par ces associations, qui ont joué un rôle primordial dans la lutte contre le Sida durant cette crise, notamment en matière d'acheminement du traitement antirétroviral, à travers des autorisations de la part de la direction de la population et de la santé, facilitant leur travail et actions sur le terrain.

Cette situation particulière combinée aux facteurs cités en amont, constitue un enjeu majeur et représente un défi considérable dans la lutte contre le VIH qui s'inscrit dans un contexte de ressources limitées et de passage à la transition pour les financements du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. D'autant plus que l'Algérie passe de la catégorie de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure à celle de pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure selon la banque mondiale⁽⁶⁾.

Dans ce contexte, il s'agit, pour L'association « Rêve de vivre Positive Amel Plus » , de travailler sur la réalisation de sa stratégie de lutte contre le Sida et la tuberculose, dans le cadre du partenariat avec ITPC – MENA et qui vise à la réalisation d'une étude autour des effets du coronavirus sur les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pour leur permettre de mieux participer à la conception et à l'élaboration des interventions de riposte, y compris celles soutenues par le Fonds mondial; telles que définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies (ONU).⁽⁷⁾

III. Objectif principal de l'étude :

L'objectif principal de l'étude consiste à évaluer l'impact de la pandémie de la COVID19 sur les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Algérie. Ceci s'inscrit dans un but global qui est celui de contribuer à améliorer la prise en charge et la qualité de vie des PVVIH.

IV. Objectifs secondaires :

Cette étude pourra servir d'un outil d'aide à la décision afin d'optimiser l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH durant cette période à travers l'atteinte des objectifs secondaires suivants :

- Evaluer les besoins des PVVIH pendant cette période.
- Connaître leurs difficultés et obstacles vis à vis de la pandémie.

V. Méthodologie :

- Type d'étude : Etude transversale descriptive.
- Temps et lieu : L'enquête a été réalisée en Algérie durant le mois de décembre 2020.
- Population d'étude : PVVIH volontaires, résidants en Algérie.
- Critères d'inclusion :
 - PVVIH depuis au moins 06 mois.
 - Résidence en Algérie depuis au moins le début de la pandémie.
- Critères d'exclusion :
 - Personnes mineures.
 - Personnes présentant des difficultés à la compréhension ou à la communication pouvant entraver les réponses.
- Collecte de l'information: La collecte a été faite, à l'aide d'un questionnaire en français et traduit en arabe dialectal. Le questionnaire comportait plusieurs volets :
 - Un volet relatif aux données personnelles d'identification telles que : Le sexe, l'âge, le sous type de population, la ville de résidence...etc.
 - Un volet relatif à l'infection au VIH, contrôle clinique et biologique...
 - Un volet relatif à la pandémie Covid19, les difficultés et obstacles.
 - Un volet relatif aux besoins et services requis durant cette période.
- Analyse : Un plan d'analyse global a été élaboré afin de traiter et exploiter les données de l'étude. L'analyse a été faite sur Excel et SPSS version 21.

VI. Résultats et discussion :

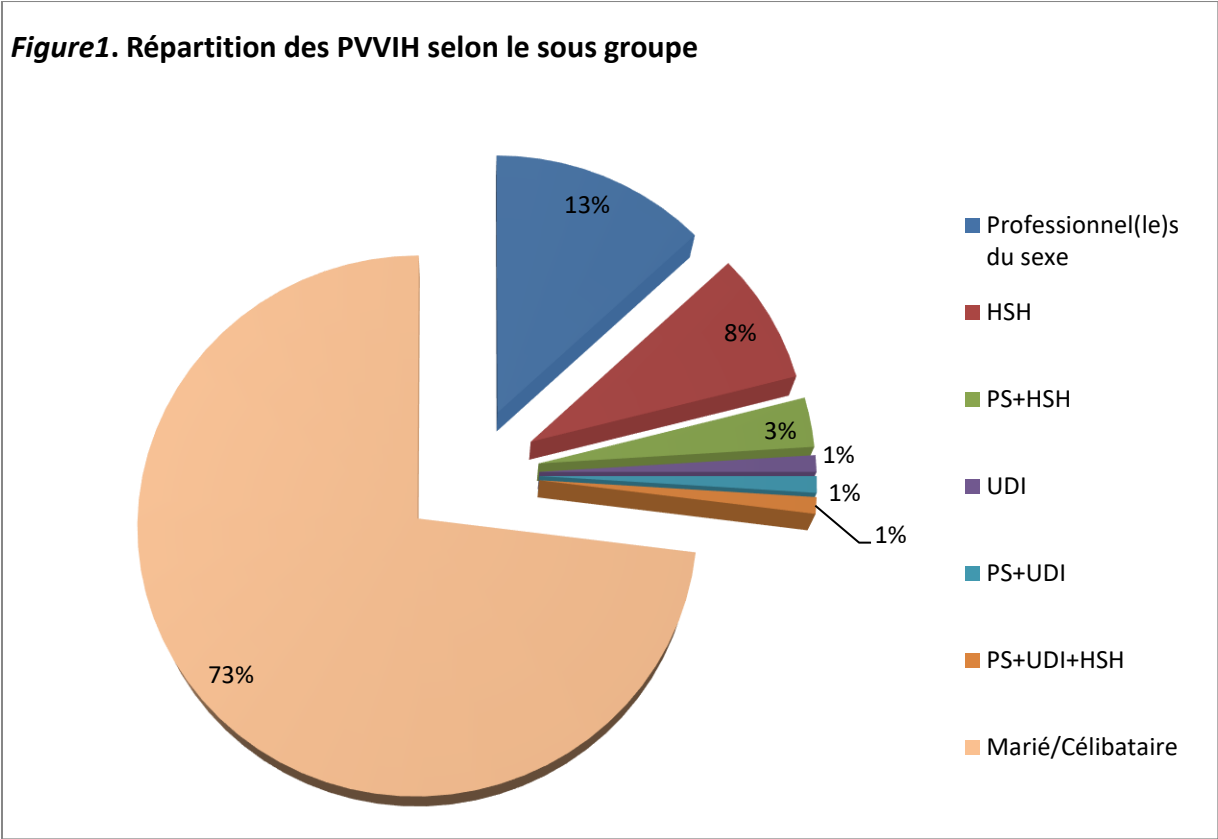
Description de la population d'étude :

Au total, **100** personnes vivant avec les VIH (PVVIH), volontaires ont été questionnées. La majorité était de sexe féminin (**55%** contre **45%**, différence non significative) avec un *sex-ratio* de **0,8**. La moyenne d'âge était aux alentours de **36** ans avec un écart-type de **7,9** et un âge minimum de **21** ans et maximum de **71** ans. Les participants résidaient dans différentes villes du pays avec une prédominance pour Oran **20%**, et Mascara **11%** suivi de Relizane **8%** et Tissemsilet **7%**. La plupart des répondants se faisaient traiter dans le centre de traitement de référence CDR d'Oran **48%** et d'Alger **24%** (*Tableau1*).

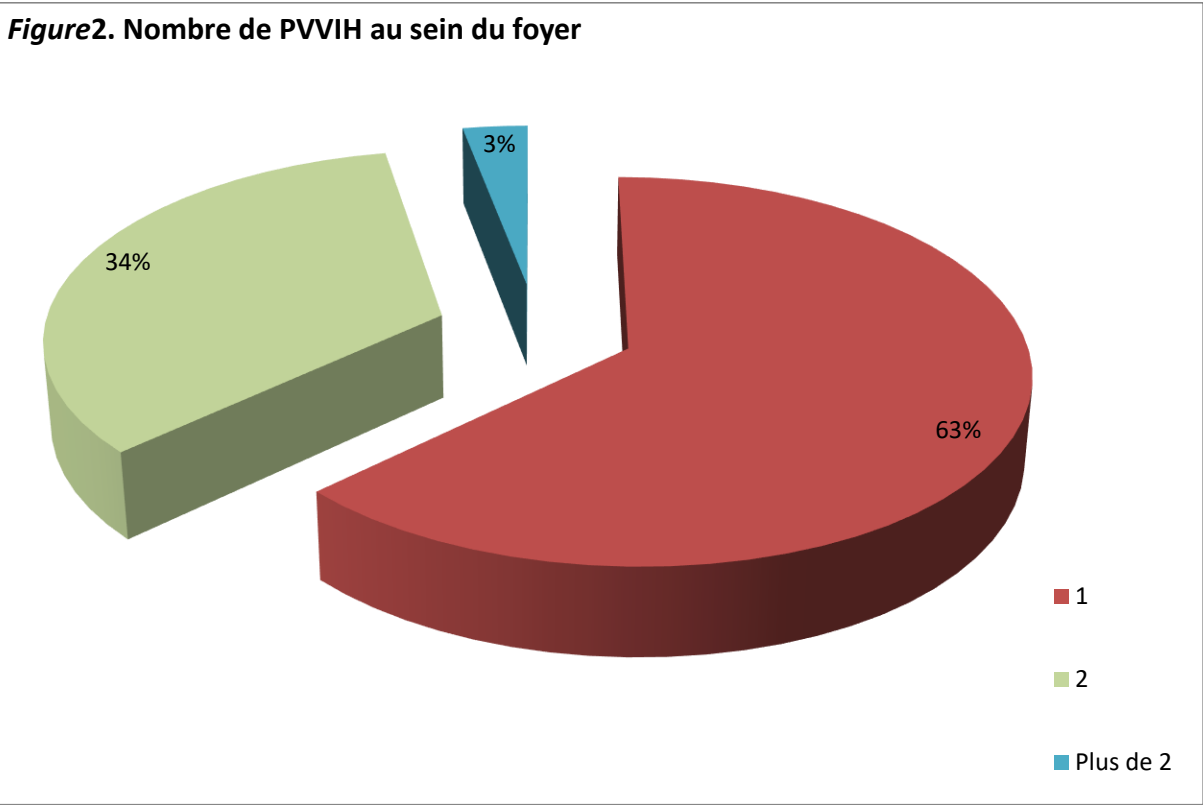
Tableau1. Description de la population d'étude:

N= 100		Pourcentage %
Sexe	Masculin	45%
	Féminin	55%
Age (ans)	Moyenne	36,09
	Minimum	21
	Maximum	71
Ville de résidence	Oran	20%
	Mascara	11%
	Relizane	8%
	Tissemsilet	7%
	Tiaret	5%
	Sidi Belabbes	5%
	Aïn Temouchent	5%
	Adrar	3%
	El Bayadh	3%
	Ouargla	2%
	Naama	2%
	Autres	29%
Centre de traitement de référence (CDR)	Oran	48%
	Alger	24%
	Sidi Belabbes	8%
	Tlemcen	7%
	Autres	13%

Concernant l'appartenance à un sous-groupe de population, nous avons relevé que la plupart de ces PVVIH étaient célibataires ou mariées (**73%**), quant au reste (**27%**) elles faisaient partie des populations-clés (professionnel(le)s du sexe **PS**, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes **HSH**, usagers de drogues injectables **UDI**), avec une prédominance des professionnel(le)s du sexe qui représentaient plus de **48%** de l'ensemble de la population-clé, suivis des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes HSH **29,6%** de l'ensemble de la population-clé (*Figure1*).



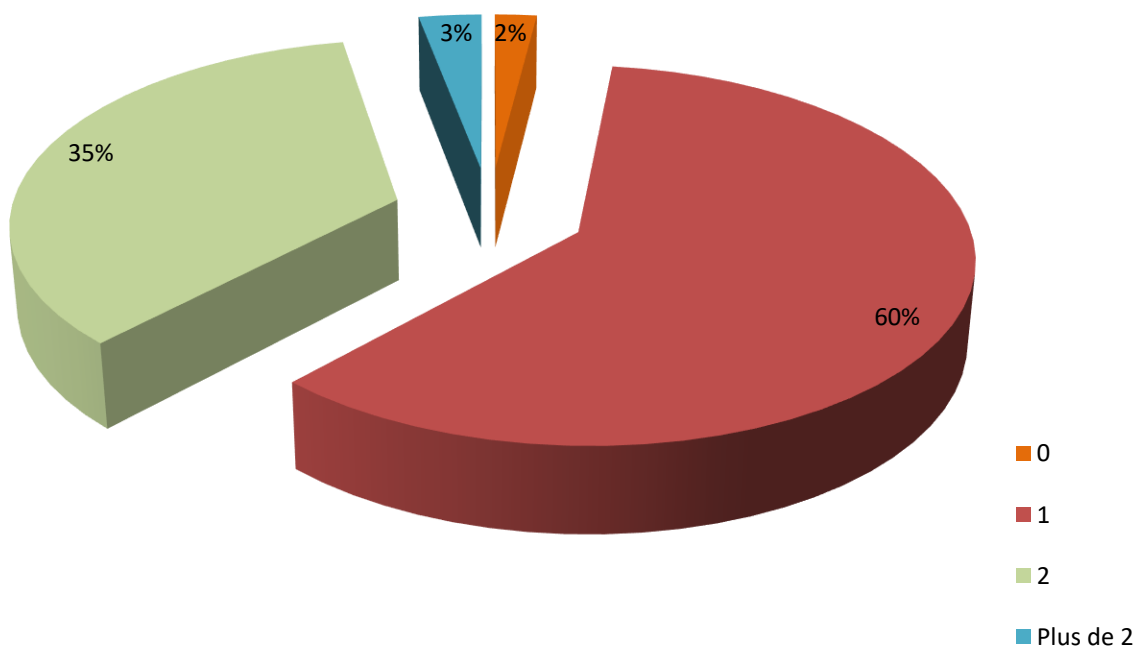
Pour ce qui est du nombre de personnes vivant avec le VIH dans la famille et vivant sous le même toit : La majorité (**63%**) des participants étaient les seules PVVIH au sein de leur foyer, **35%** étaient des couples de PVVIH et **3%** avaient plus de 02 PVVIH au sein du même foyer, représentés par des couples avec leurs enfants (*Figure2*).



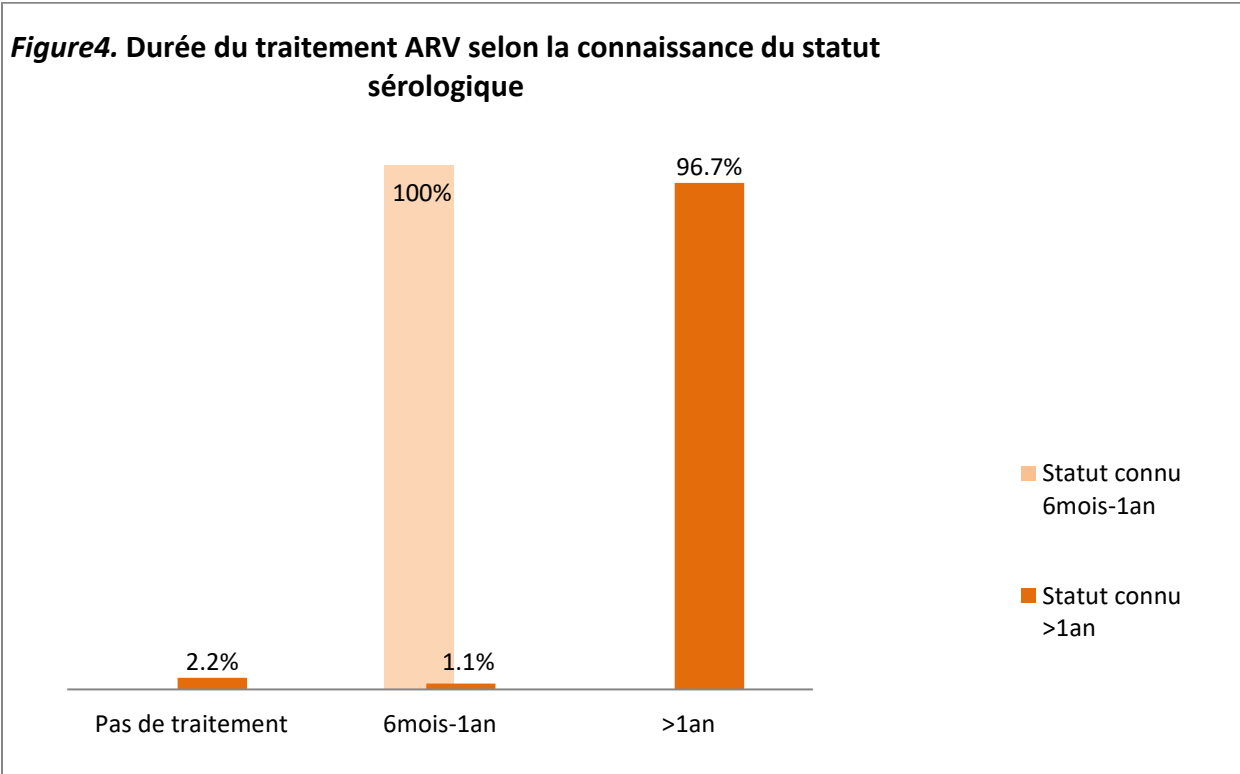
Traitement antirétroviral :

Concernant la prise du traitement antirétroviral ARV, nous relevons que la majorité des participants (**60%**) étaient les seuls à prendre les ARV au sein de leur foyer, **35%** des participants étaient 02 personnes à prendre le traitement au sein de leur foyer, **3%** étaient plus de 02 personnes à prendre le traitement et **2%** des participants n'avaient aucune personne prenant le traitement au sein du foyer (*Figure3*). Ces chiffres rejoignent les résultats sus-trouvés puisque des proportions similaires sont retrouvées pour le nombre de PVVIH au sein du foyer (respectivement **63%** une seule PVVIH au sein du foyer, **35%** couples de PVVIH et **3%** plus de 02 PVVIH au sein du même foyer).

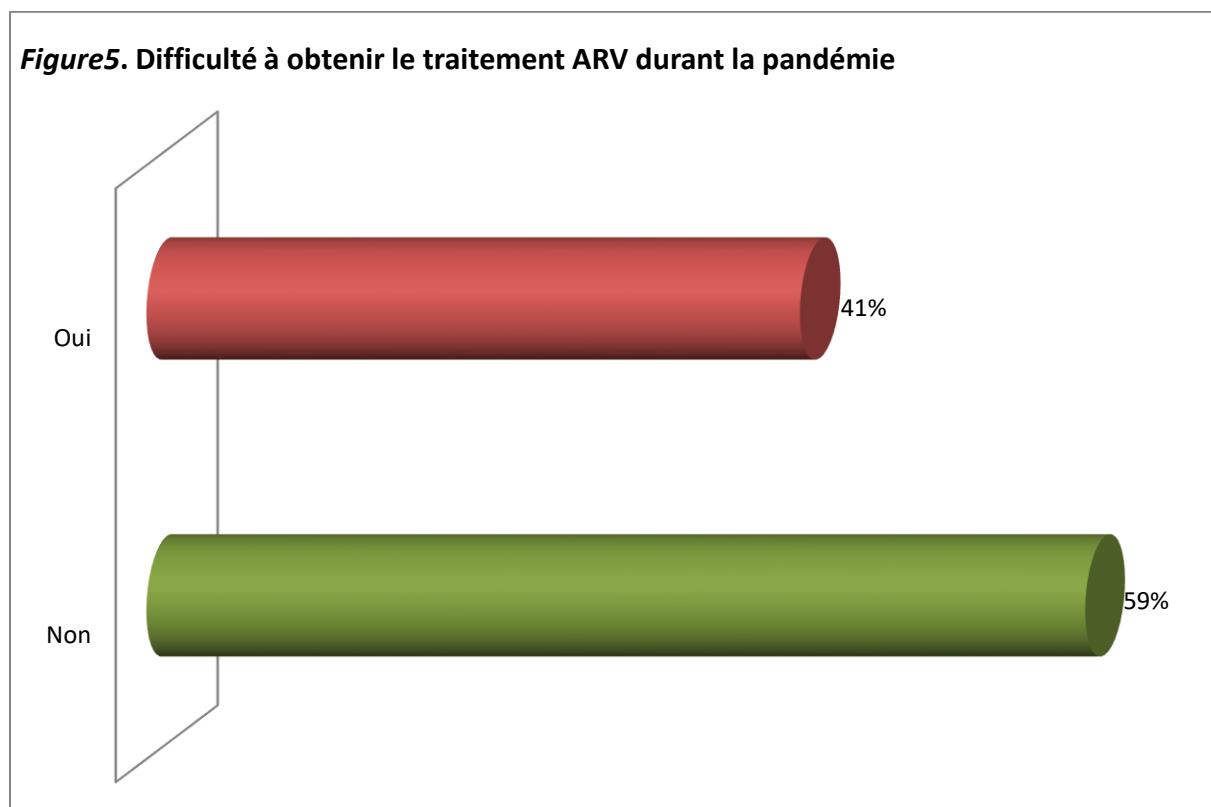
Figure3. Nombre de PVVIH sous traitement au sein du foyer



Néanmoins une meilleure observance est constatée chez les PVVIH connaissant leur statut sérologique depuis moins d'une année puisque **100%** d'entre elles étaient sous ARV depuis la découverte de leur séropositivité par rapport à celles connaissant leur statut sérologique depuis plus d'une année, dont **3,3%** ne prenaient pas le traitement depuis la découverte de leur séropositivité, et **2,2%** ne recevaient aucun traitement ARV (*Figure4*).



Pour ce qui est de l'accès au traitement antirétroviral ARV depuis la crise sanitaire de la Covid19, seulement **59%** des répondants déclaraient ne pas avoir de difficultés, pour se procurer les ARV (*Figure5*). Ces chiffres sont inférieurs aux taux visés par le plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2020-2024⁽⁸⁾, ce qui est loin de la cible 90.90.90, qui s'inscrit dans le cadre des objectifs de développement durable ODD, notamment l'objectif 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ; puisque 90 % des PVVIH devraient être sous traitement et ce afin de rejoindre la stratégie mondiale de l'OMS et de l'ONUSIDA visant à mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici 2030⁽⁷⁾.



Cependant, il faut noter que ce service a été assuré dans près de **89%** des cas par les associations sur le terrain, qui ont veillé à un acheminement régulier du traitement ARV aux PVVIH dans le besoin et ayant des difficultés à se déplacer et ce malgré les contraintes du moment. En effet ces organisations ont été un véritable lien entre les CDR et les PVVIH à travers des collaborations avec ces structures et les professionnels de santé. Cette initiative prise par ces organismes dans cette situation particulière a répondu au besoin de leur population cible mais gagnerait à être développée, subventionnée et coordonnée dans un cadre légal qui était absent, notamment en ce qui concerne l'autorisation d'acheminer le traitement ARV en dehors des centres de références et son transport à travers le territoire national. Dans ce sens les associations ont engagé un plaidoyer auprès des directions de la santé et de la population et des tutelles afin d'obtenir ces autorisations et facilitations.

Selon les répondants, les principaux obstacles empêchant l'accès au traitement antirétroviral étaient par ordre de fréquence : La difficulté liée au confinement, à la distance et au couvre-feu **92,7%** ; l'impossibilité d'accès au centre de traitement de référence CDR **68,3%** ; la peur de la Covid19 **26,8%** ; et la pénurie de traitement **7%** (*Figure6*). Il faut noter aussi que seulement **30%** des participants avaient leur CDR dans leur ville de résidence (*Figure7*), ce qui explique les résultats sus-trouvés, puisque la difficulté liée au confinement, à la distance et au couvre-feu était citée comme le principal obstacle à l'accès aux ARV. En effet ce facteur a un retentissement direct sur le déplacement et la mobilité des individus pour se procurer le traitement ou bien pour assurer un suivi régulier au niveau du CDR puisque la circulation et les transports intra et inter-wilayas étaient réduits lors de la mise en place du confinement et du couvre-feu.

Le 2^{ème} et 3^{ème} facteur évoqués par les participants (l'impossibilité d'accès au centre de traitement de référence CDR et la peur de la Covid 19) sont tout aussi importants et se rejoignent puisque la plupart des CDR et services des maladies infectieuses ont été dédiés au traitement de la Covid 19, ce qui a engendré une difficulté d'accès à ces services, accompagnée d'une réticence des PVVIH vis-à-vis de ces endroits par peur de contracter la Covid 19.

Figure6. Principaux obstacles à l'accès aux ARV durant la pandémie

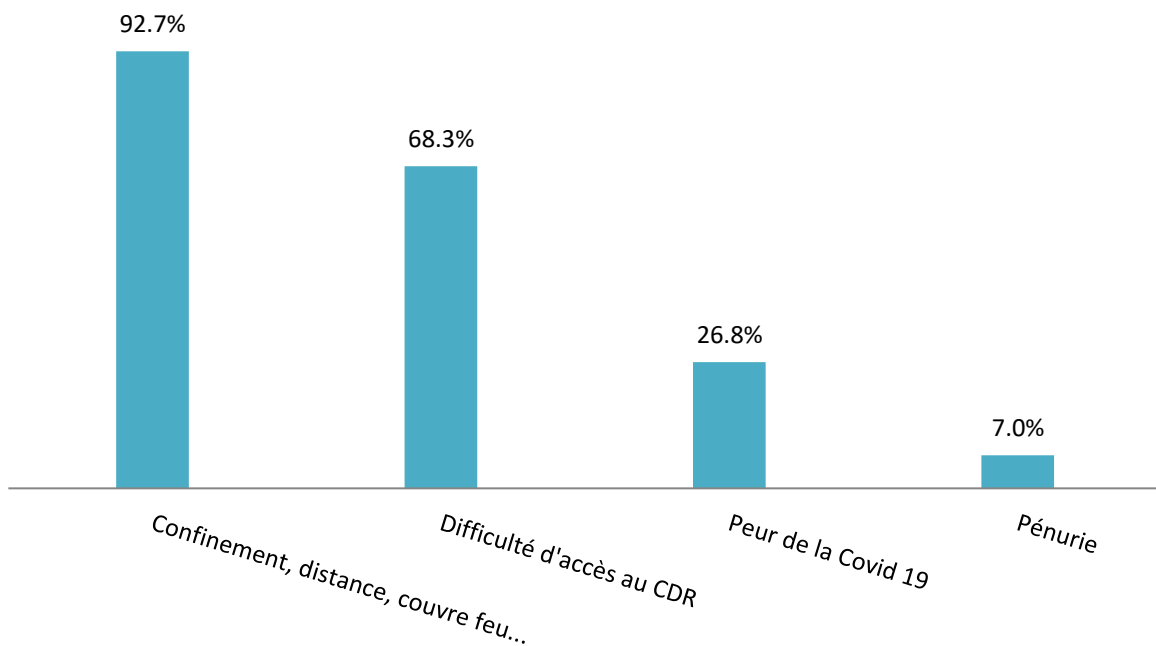
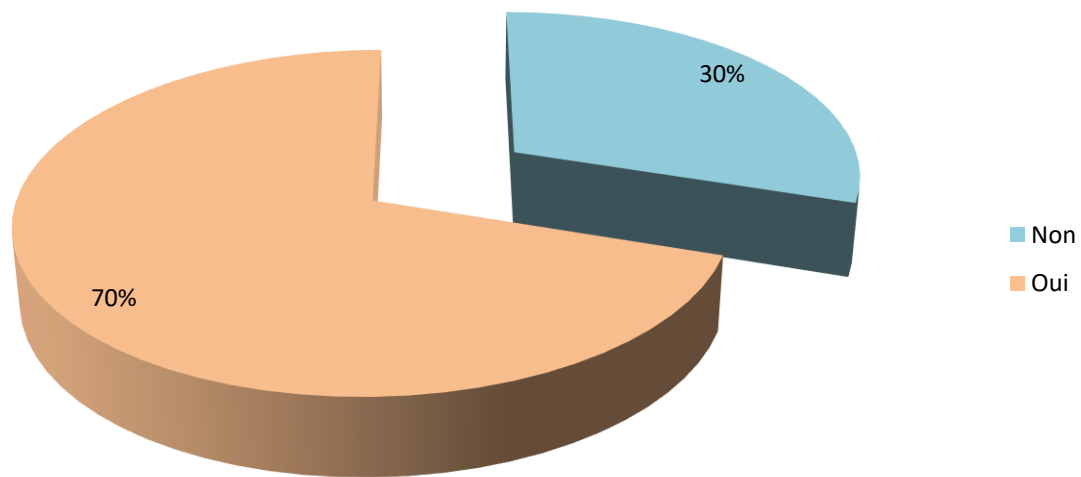
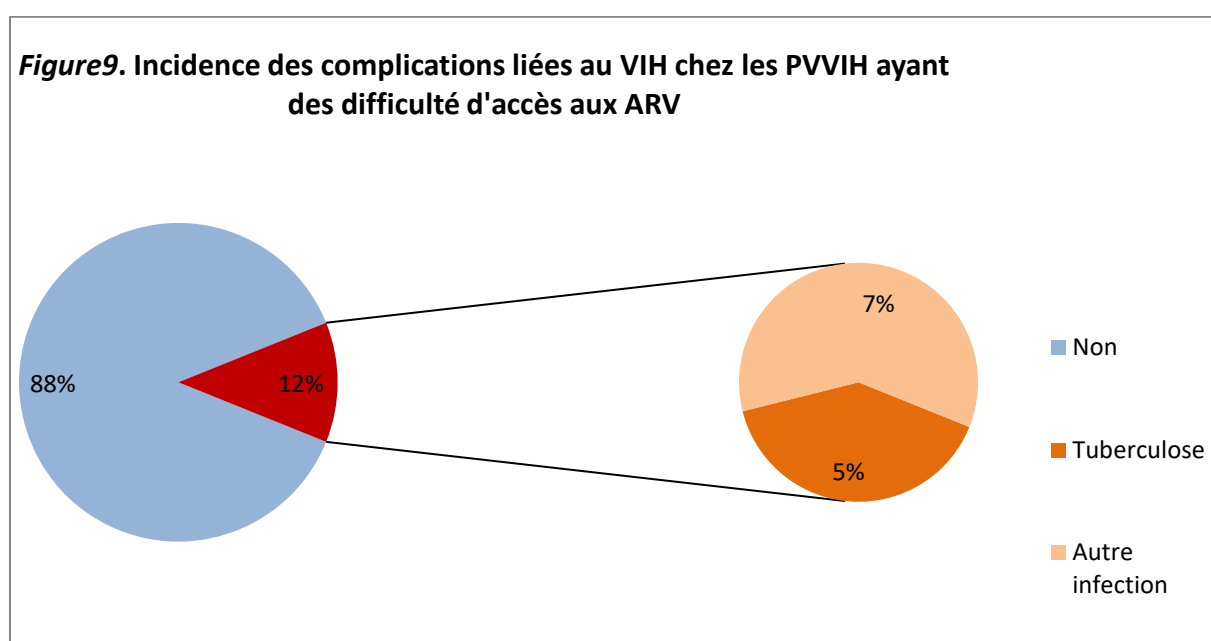
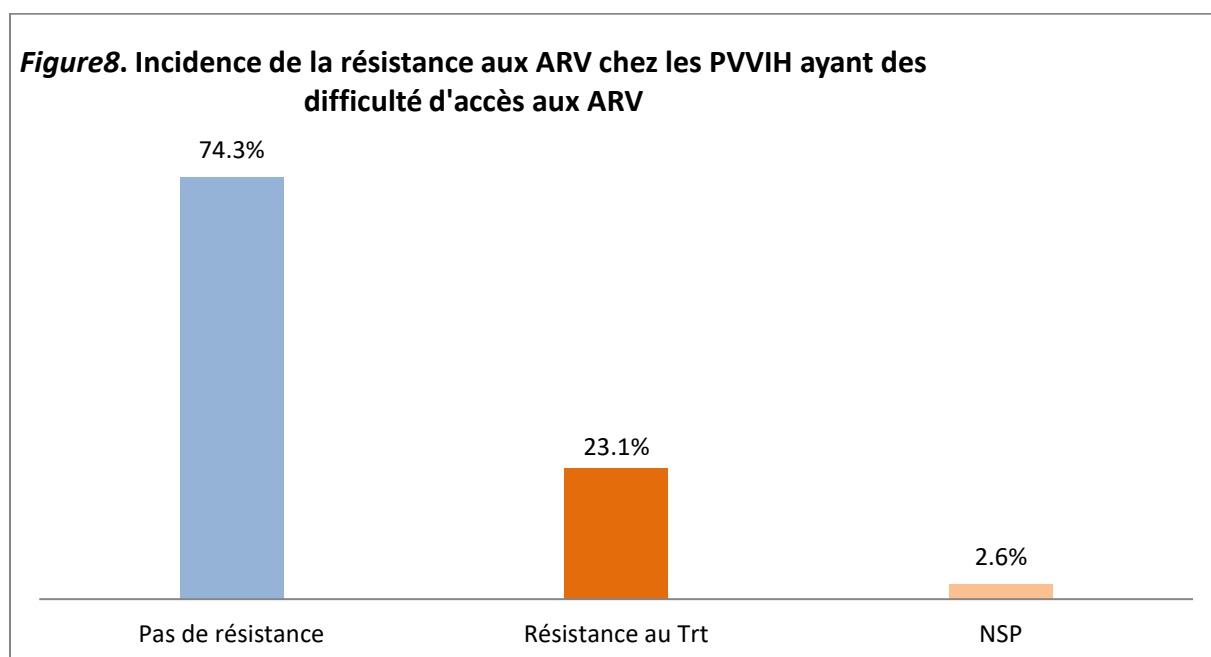


Figure7. CDR à distance du lieu de résidence

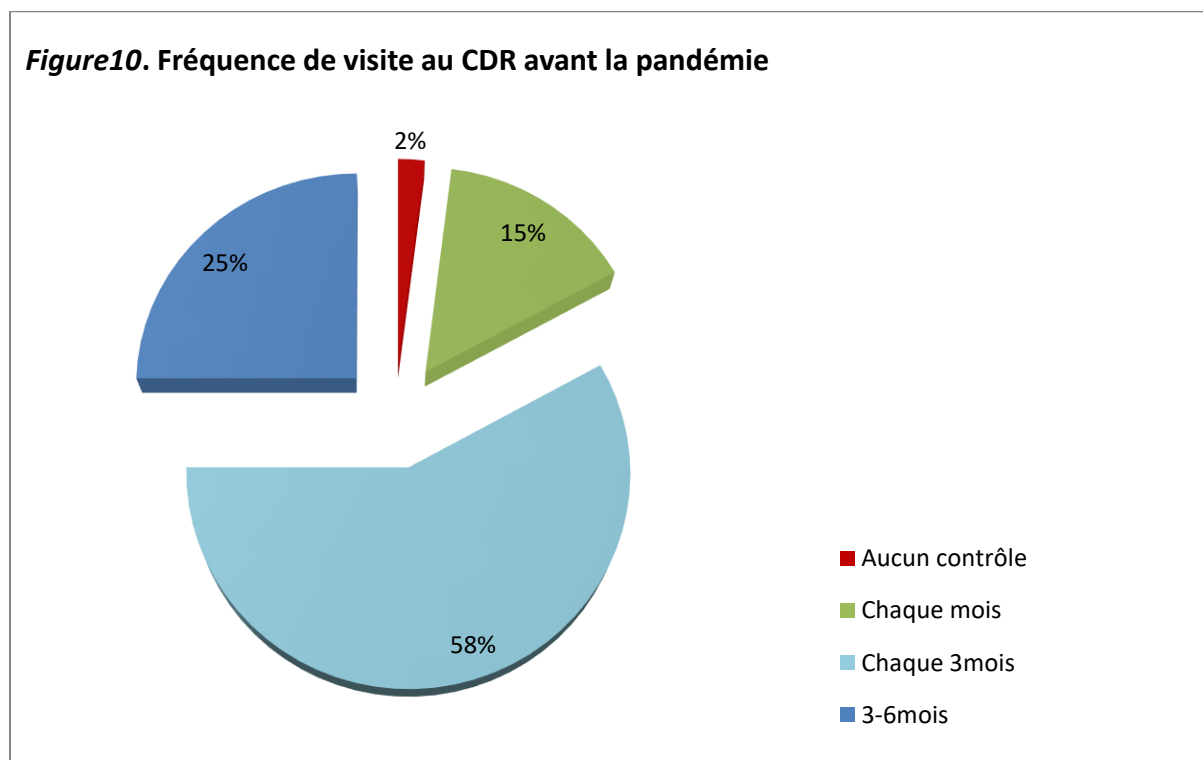


Chez les 41 personnes n'ayant pas pu avoir le traitement correctement, le taux de résistance aux antirétroviraux s'est élevé à plus de **23%** (Figure8) et les complications liées au VIH à plus de **12%**, avec une proportion de **40%** représentée par la tuberculose (Figure9). Ces résistances au traitement et complications liées au VIH représentent des freins à une bonne prise en charge des PVVIH qu'il faudra prévenir et corriger.



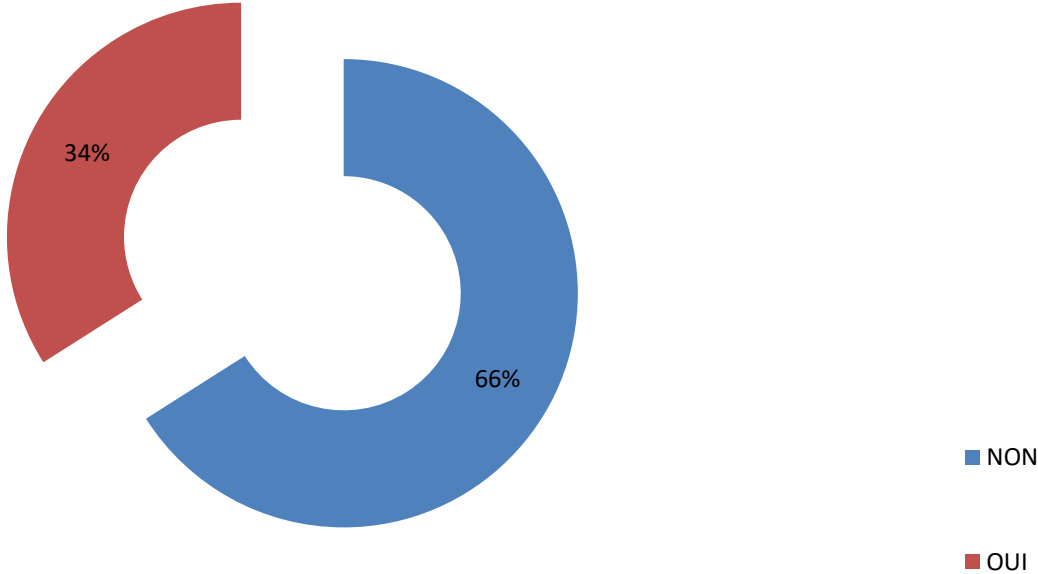
Contrôle clinique et biologique de l'infection à VIH :

Avant la pandémie, la visite au CDR se faisait dans la majorité des cas chaque 03mois (58%), même si ce délai variait de 01 mois (15%) à 03-06 mois (25%), et 2% des PVVIH ne faisaient aucun contrôle au CDR (Figure10). Ces délais sont satisfaisants et traduisent un bon suivi clinique avec une visite régulière au CDR.

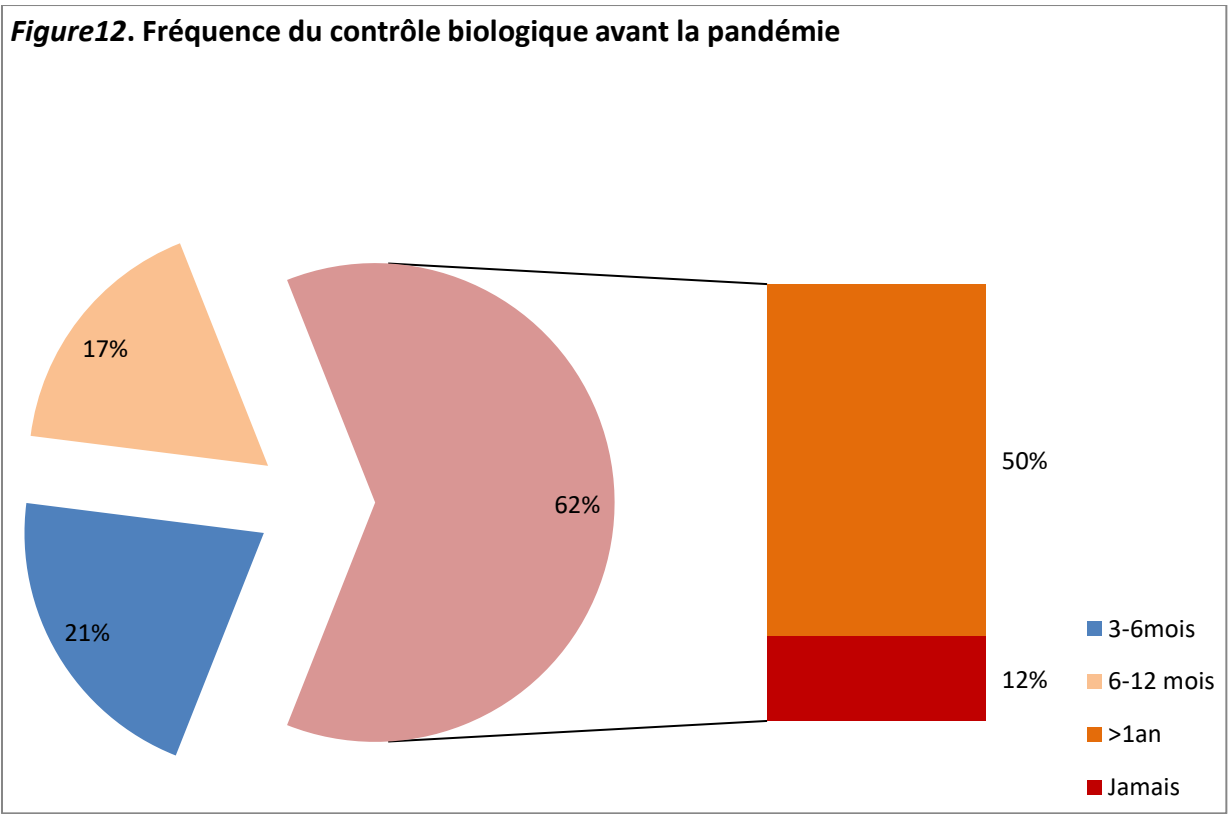


Cependant ce délai a été perturbé et allongé depuis la pandémie de la Covid19 dans **34%** des cas (*Figure11*), ce qui traduit l'impact négatif de la crise de la Covid19 sur le suivi clinique des PVVIH, en termes d'accès aux CDR et aux suivi et soins requis pour une prise en charge optimale.

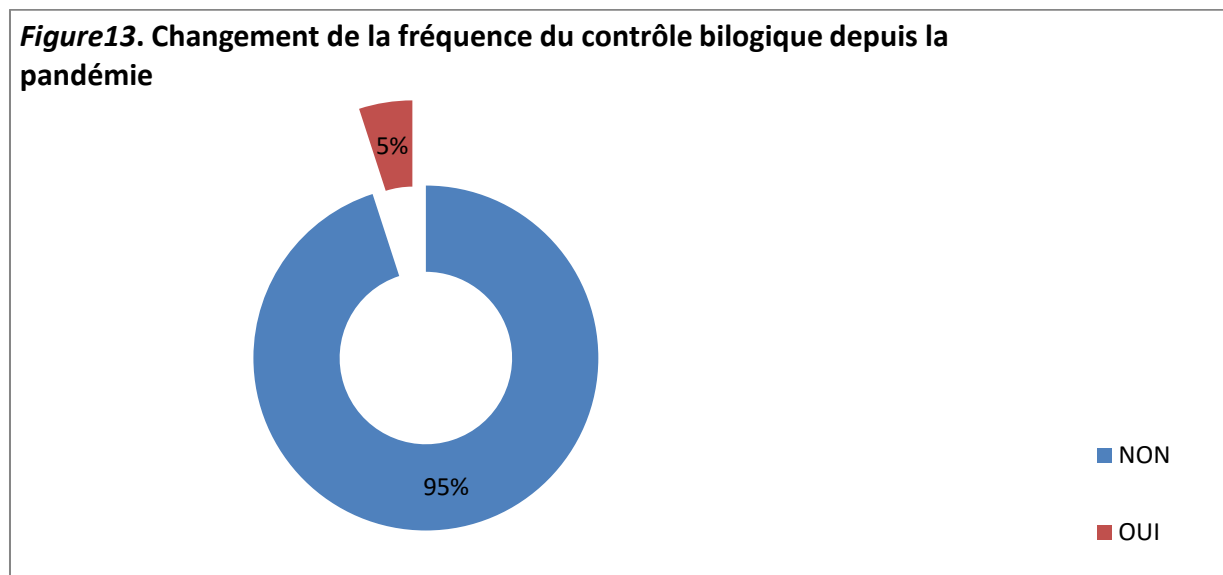
Figure11. Changement de la fréquence de visite au CDR depuis la pandémie



Quant au contrôle de la charge virale et du taux de CD4, les chiffres étaient beaucoup moins satisfaisants puisqu'en dehors de l'épidémie, seulement **38%** des répondants faisaient ce contrôle dans les délais recommandés ⁽⁹⁾, **50%** le faisaient à une fréquence qui dépassait les 12 mois et **12%** n'avaient jamais fait ce contrôle biologique (*Figure12*). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces examens restent indisponibles dans la plupart des CDR et sont coûteux puisqu'ils se font dans le secteur privé, d'autant plus qu'ils sont à la charge des patients et ne sont pas remboursables par la sécurité sociale.



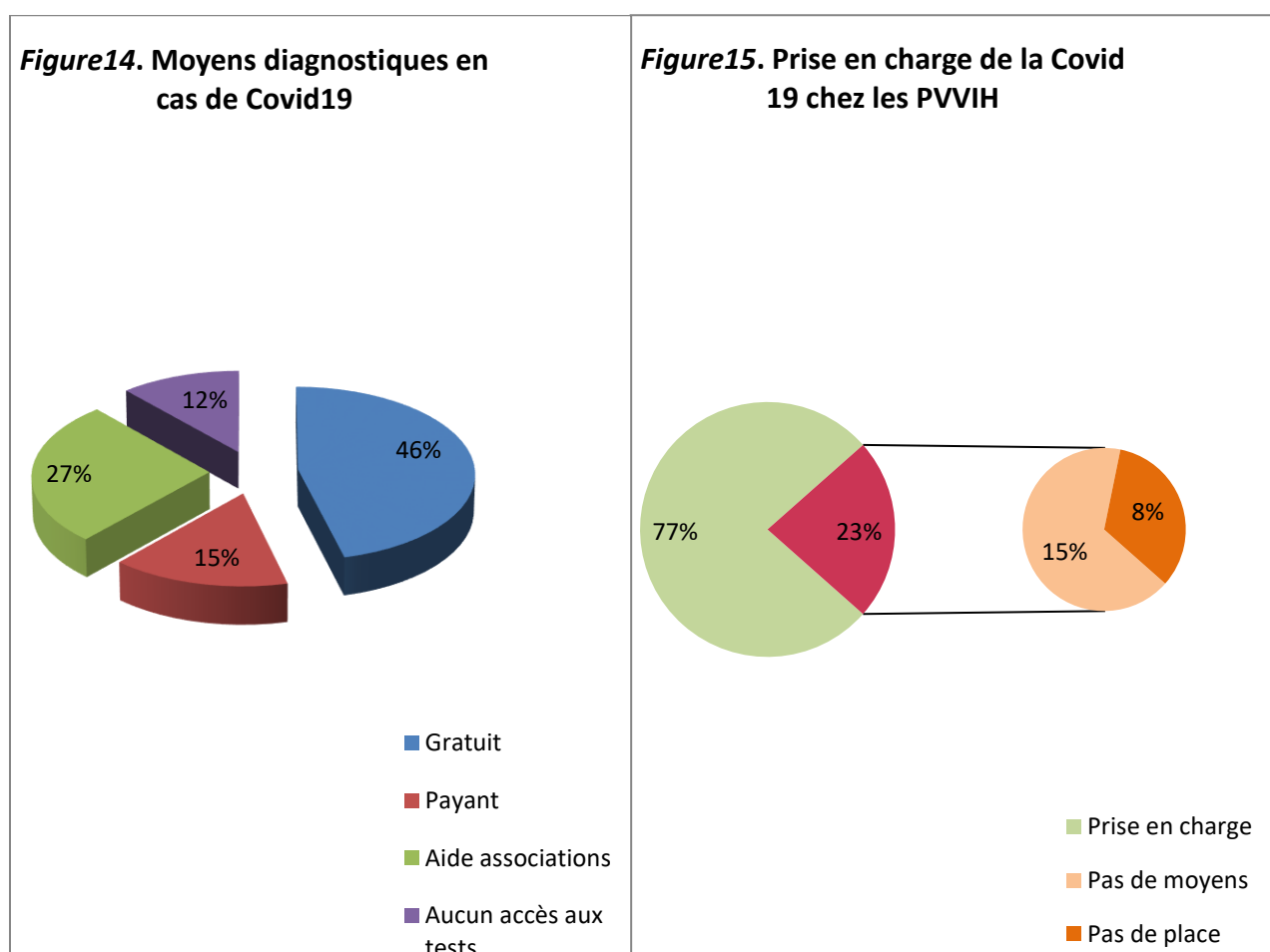
De ce fait la pandémie n'a pas eu un grand impact sur la fréquence de contrôle biologique puisqu'il y avait un changement de la fréquence de contrôle biologique dans seulement 5% des cas (Figure13), ce qui est tout à fait logique vu que ces examens étaient déjà inaccessibles en dehors de l'épidémie.



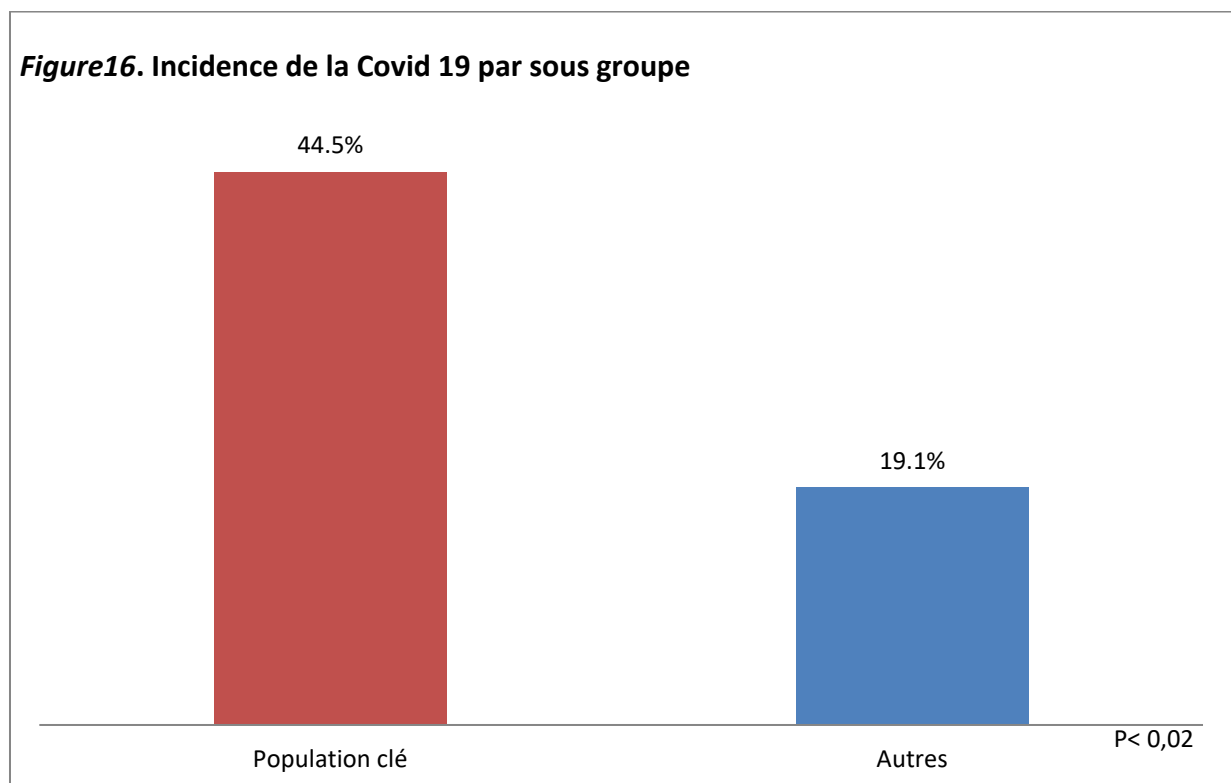
Ce non recours aux contrôles de la charge virale et du taux de CD4, représente un point négatif dans la lutte contre le VIH et la prise en charge des PVVIH puisque 90 % des PVVIH sous traitement devraient voir leur charge virale supprimée et ce afin d'atteindre la cible 90.90.90, dans le but de rejoindre la stratégie mondiale de l'OMS et de l'ONUSIDA visant à mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici 2030, qui s'inscrit dans le cadre des objectifs de développement durable ODD, notamment l'objectif 3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

Atteintes par la Covid19 et autres maladies :

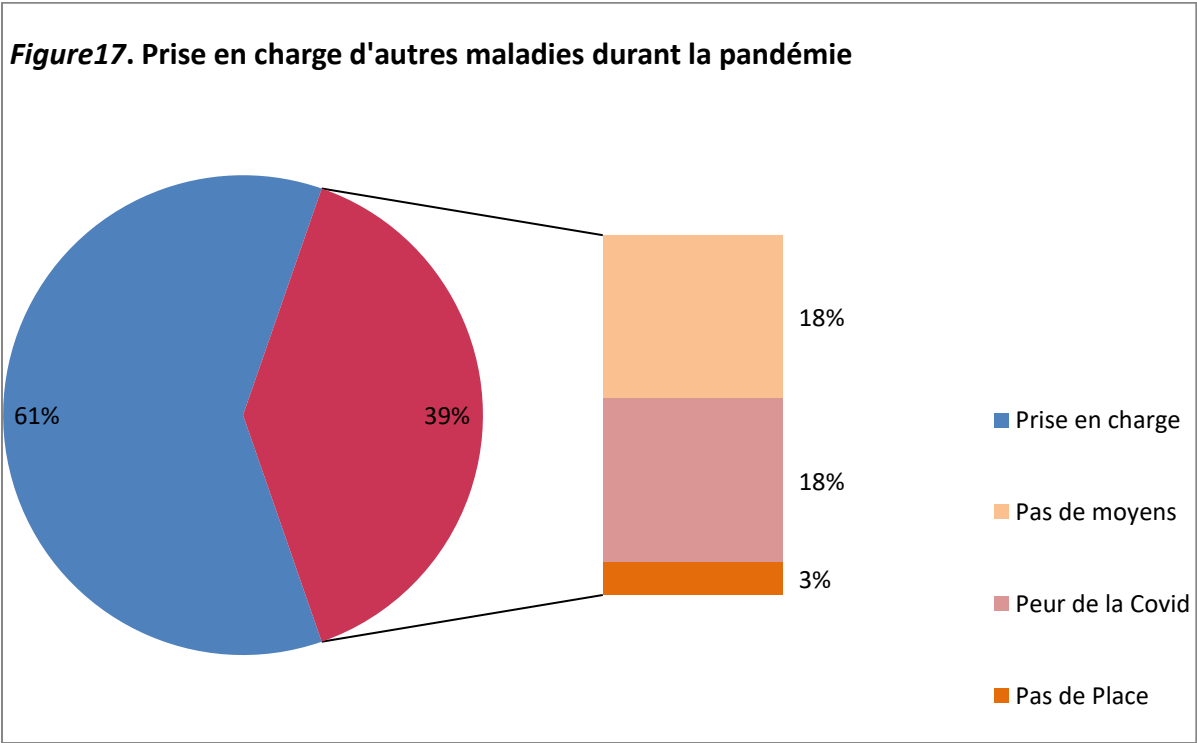
Lors de notre étude, **26%** des participants ont déclaré avoir contracté la Covid19, mais parmi eux seulement **46%** ont bénéficié d'un diagnostic gratuit, **27%** ont trouvé de l'aide auprès des associations, **15%** ont eu recours à des diagnostics payants et **12%** n'avaient aucun accès aux tests diagnostiques (*Figure14*). Il faut noter aussi que **23%** de ces patients n'ont pas pu être pris en charge, soit par manque de moyens **15%** ou bien par manque de place dans les structures de santé **8%** (*Figure15*). Ces aspects-là gagneraient à être corrigés dans le but d'accompagner les PVVIH qui constituent une population plus vulnérable et immunodéprimée que la population générale, et donc de ce fait nécessitant une attention particulière vis-à-vis du risque lié au coronavirus.



L'incidence de la Covid19 était plus élevée parmi la population-clé : **44,5%** contre **19,1%** seulement chez les autres PVVIH (*Figure16*, différence statistiquement significative $p<0,02$) avec un risque relatif RR égal à 2,3 (**RR=2,3**) ce qui veut dire que les PVVIH appartenant à la population-clé ont 2,3 fois plus de risque d'avoir la Covid19 que les autres PVVIH. Cette différence en matière de risque pourrait être expliquée par le statut particulier des populations-clés et leur travail (ex : professionnels du sexe), et pratiques qui exigent un contact plus important avec autrui, entraînant plus de prise de risque et un respect moindre des mesures-barrières. Ceci souligne encore une fois l'importance d'actions de préventions adaptées et spécifiques à l'égard des PVVIH en général et des population-clés en particulier, avec une disponibilité des moyens de protection contre le coronavirus.



Durant cette crise sanitaire, **28%** des personnes vivant avec le VIH ont décrit avoir eu une maladie autre que la COVID19, mais seulement **61%** d'entre eux ont été correctement pris en charge, alors que **18%** n'ont pas eu les moyens de se traiter, **18%** ne se sont pas rendus en structures de santé par peur de la Covid19 et **3%** n'ont pas trouvé de place dans les services d'hospitalisation (*Figure17*).

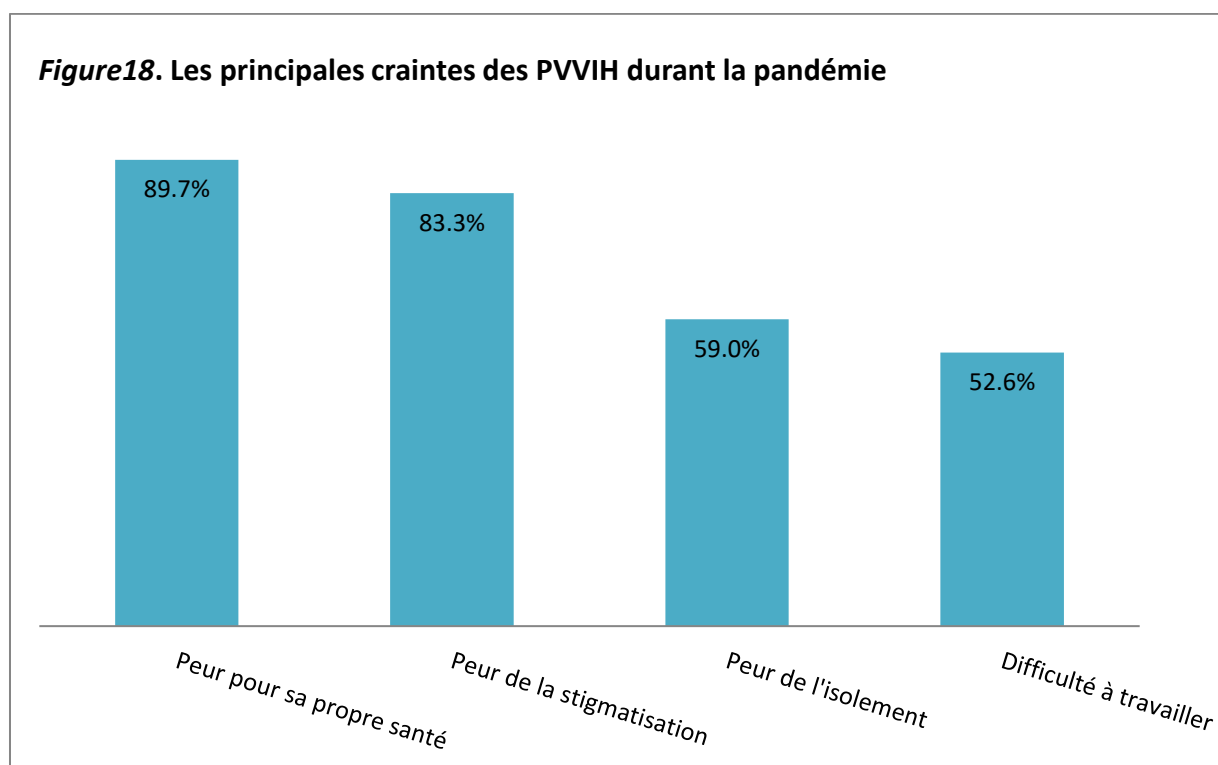


Craines, besoins et attentes :

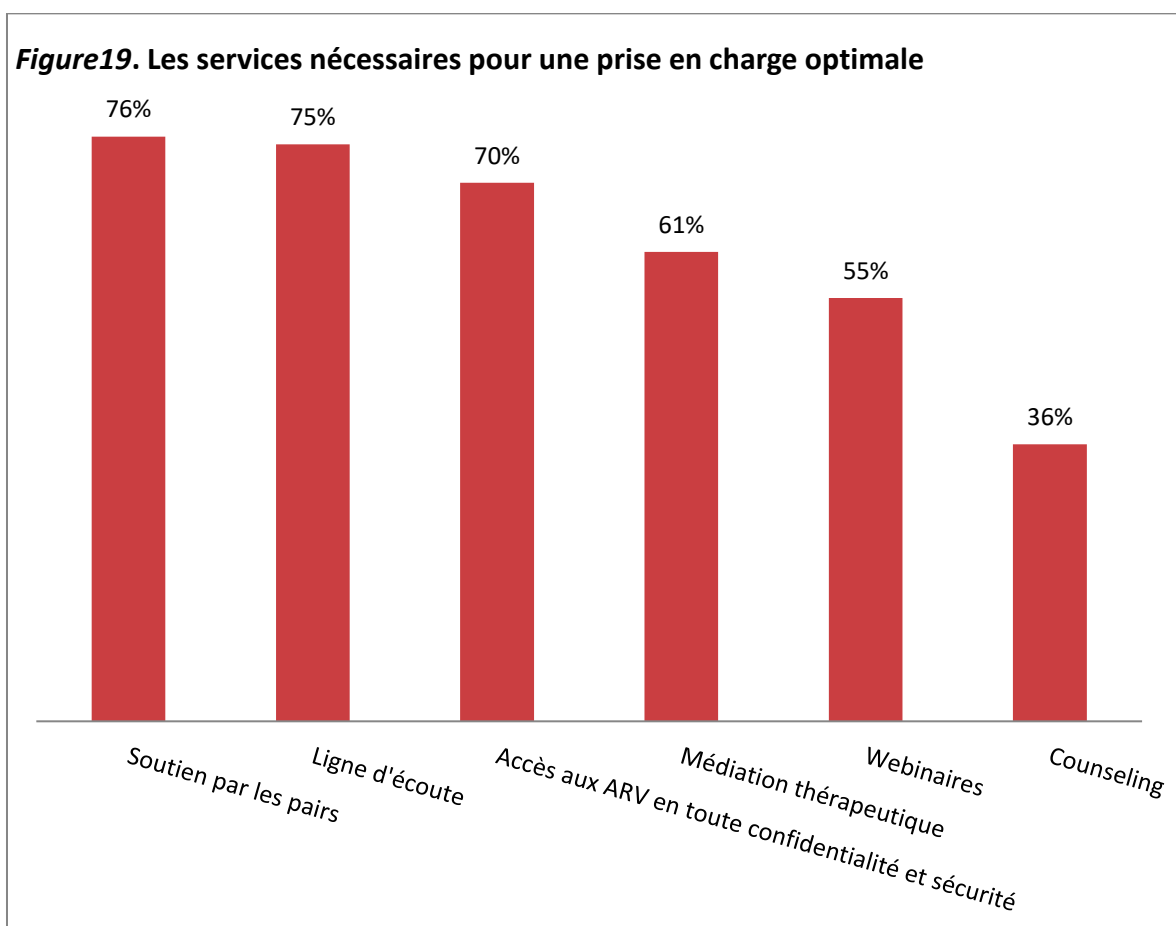
Les participants ont relevé plusieurs craintes relatives à la situation actuelle dont les plus importantes étaient par ordre de fréquence : La peur pour leur propre santé **89,7%**, la peur de la stigmatisation **83,3%**, la peur de l'isolement **59%**, et la difficulté à travailler **52,6%** (*figure18*).

Des résultats similaires sont retrouvées dans une étude faite dans la région MENA : « *LA COVID 19 ET SES CONSÉQUENCES NÉFASTES SUR LES POPULATIONS CLÉS DANS LA RÉGION MENA, SEPTEMBRE 2020* » puisque **38.3%** y craignaient de perdre leur emploi et **72%** déclaraient avoir souffert de solitude pendant le confinement⁽¹⁰⁾.

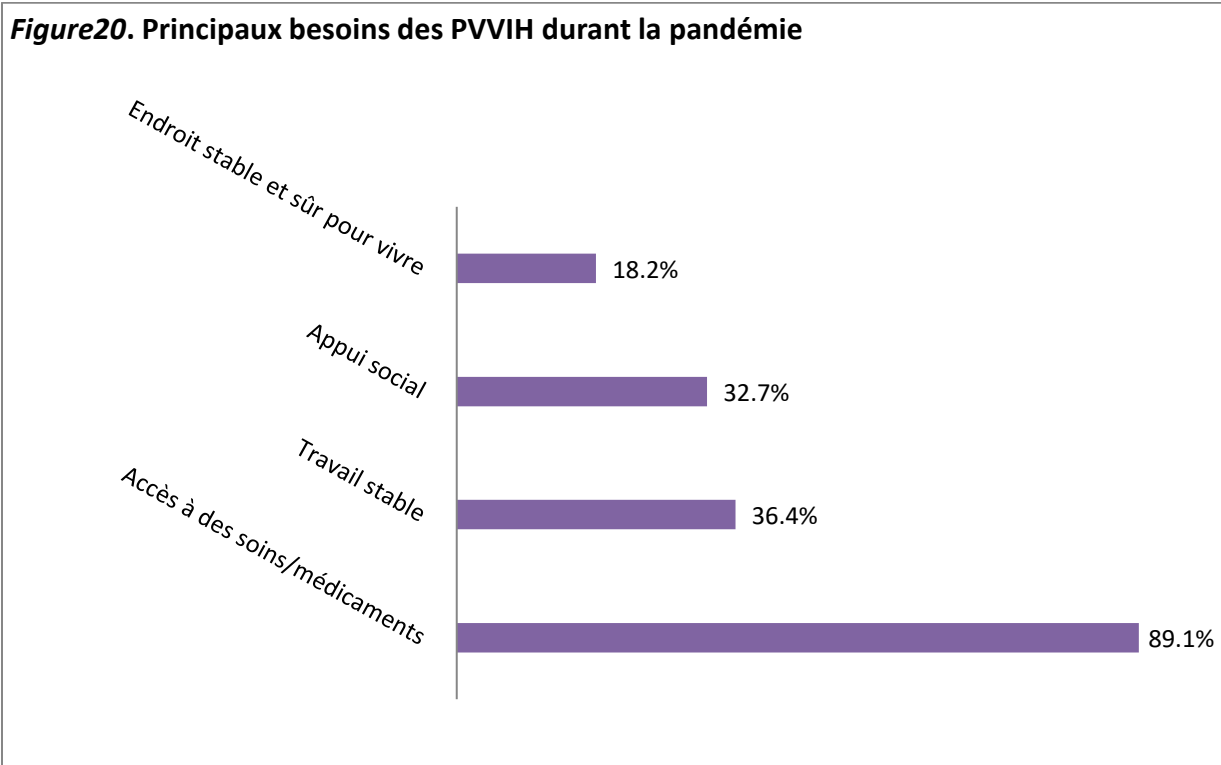
Hormis la peur pour la santé physique, la peur de la stigmatisation et de l'isolement représentent des craintes importantes pour les PVVIH pendant la pandémie, ce qui rappelle les efforts à faire dans ce sens afin de lutter contre la discrimination et la marginalisation de ces populations vulnérables durant cette crise.



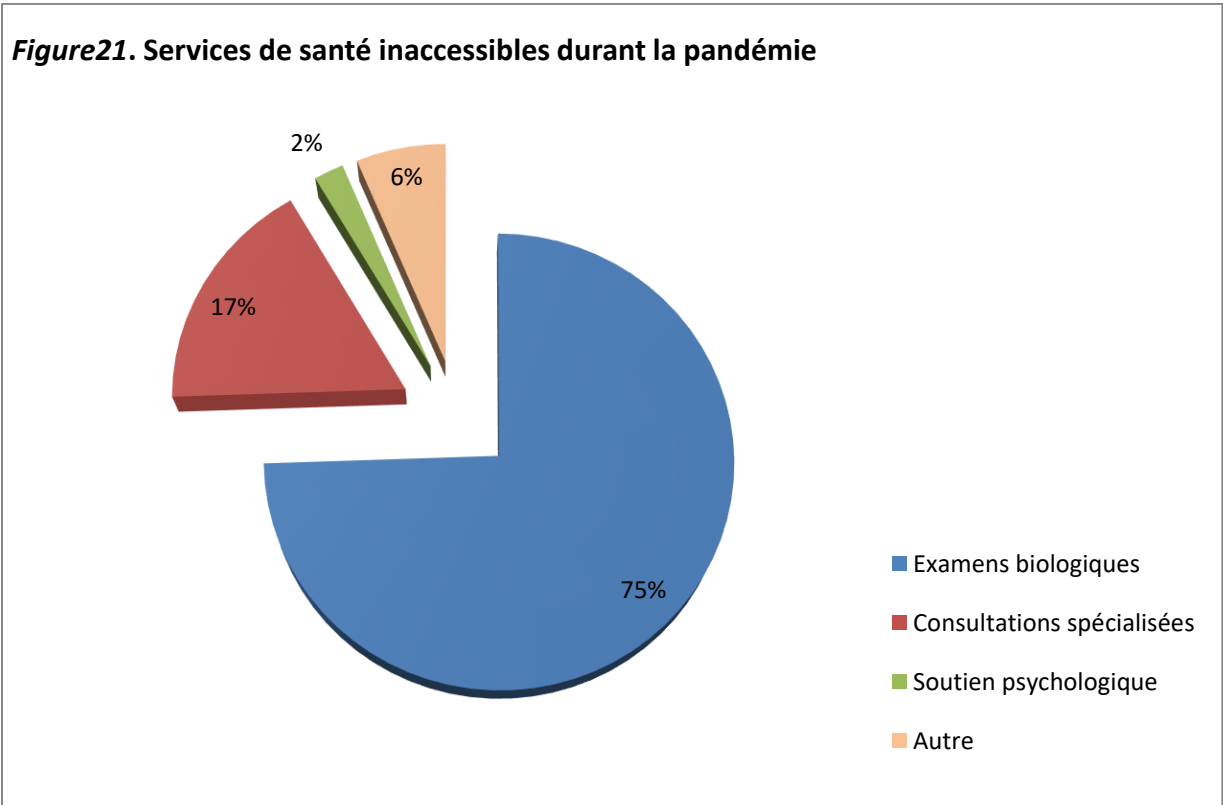
Dans le but de garantir une prise en charge optimale et une meilleure observance et adhésion au traitement ARV, les répondants ont énoncé plusieurs conditions nécessaires, dont les principales étaient : Le soutien par les pairs **76%**, une ligne d'écoute dédiée aux PVVIH **75%**, un accès sécurisé et confidentiel aux ARV **70%**, une médiation thérapeutique **61%**, ainsi que des webinaires par des spécialistes **55%** et le counseling **36%** (*Figure19*). Ces services font partie des activités des associations de lutte contre le VIH, qui nécessitent d'être renforcées et appuyées durant cette période particulière afin de mieux répondre aux attentes de leurs populations cibles mais aussi dans le but de travailler en collaboration avec les structures de santé et le personnel soignant dans la lutte contre le VIH.



Pour ce qui est des besoins spécifiques au contexte actuel, l'accès aux soins et médicaments reste de loin la 1^{ère} préoccupation des PVVIH durant cette période particulière (**89,1%**) et représente un point focal qu'il faudra assurer et renforcer. D'autres besoins tout aussi importants ont suivi tels que l'accès au travail **36,4%**, le besoin d'appui social **32,7%** et la nécessité d'avoir un endroit stable et sûr pour vivre **18,2%** (Figure20).



Lors de cette étude, les PVVIH ont notifié l'inaccessibilité de certains services de santé tels que les examens biologiques notamment la charge virale et le taux de CD4 (**75%** des répondants) ce qui rejoint les résultats trouvés en amont et témoignant de la non disponibilité de ces examens spécifiques dans le secteur publique malgré leur nécessité dans le suivi de l'infection à VIH. D'autres services ont été décrits comme inaccessibles tels que les consultations spécialisées **17%** ; et le soutien psychologique **2%** (*Figure21*).



VII. Conclusion :

En plus d'être confrontées au risque sanitaire lié à la pandémie, les PVVIH font face à d'autres enjeux spécifiques engendrés par le contexte actuel, notamment l'incapacité de maintenir un suivi clinique régulier au niveau des CDR pour leur maladie, combinée à la difficulté d'accès aux ARV, ce qui constitue un frein à l'observance et peut être à l'origine de résistance au traitement. De plus certains services nécessaires comme le contrôle de la charge virale et du taux de CD4, étaient déjà inaccessibles en dehors de l'épidémie, puisqu'ils sont dans la plupart des cas inexistantes dans le secteur public et doivent être pris en charge par le patient.

Tous ces facteurs impactent d'une manière négative sur les actions de lutte contre le VIH puisque ils ralentissent l'atteinte des cibles intermédiaires 90.90.90 de l'OMS dans le cadre de sa stratégie mondiale avec l'ONUSIDA, visant à mettre fin à l'épidémie du SIDA d'ici 2030. De ce fait des stratégies d'action spécifiques à la conjoncture actuelle devront être développées pour répondre aux objectifs du plan national stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA, afin de maintenir les acquis en matière de lutte contre le VIH.

Les populations-clés constituent une tranche vulnérable des PVVIH, qui présente un risque plus élevé de contracter la Covid19 et qui de ce fait requiert des besoins spécifiques et une attention particulière incluant des actions de prévention adaptées à leur égard, avec une disponibilité des moyens de protection contre le coronavirus. Ce point devra être développé et analysé en profondeur lors de prochaines études.

Cependant un point positif est relevé, en termes d'effort et d'initiative du milieu associatif, puisque l'approvisionnement du traitement ARV durant cette période particulière a été assuré en grande majorité par les associations sur le terrain qui ont engagé des plaidoyers auprès des tutelles afin de répondre aux besoins de leur population cible pendant cette crise. Ces organismes qu'il faudra renforcer afin d'optimiser leurs actions vis à vis des personnes vivant avec le VIH, en termes de soutien par les pairs, de mise à la disposition d'une ligne d'écoute pour les PVVIH, d'appui psycho-social et d'autres mesures d'accompagnement. Ceci s'inscrit dans le but global d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des PVVIH, ce qui nécessite une collaboration de ces organisations entre elles, mais aussi avec les structures de santé et le personnel soignant.

VIII. Références bibliographiques :

1. OMS : La COVID-19, graves répercussions sur les services de santé soignant et les maladies non transmissibles Juin 2020.
2. Nations Unies, Analyse rapide de l'impact socio-économique du COVID19 sur l'Algérie – Juin 2020.
3. GNP+, Indice de stigmatisation des PVVIH, rapports par pays, 2016-2019.
4. Le fonds mondial et la région MENA : Un rapport régional d'AIDSPAN 2015.
5. ONUSida Rapport régional Middle East and North Africa Report on AIDS | 2011.
6. Banque mondiale, Nouvelle classification des pays en fonction de leur revenu : 2020-2021.
7. ONU : Les objectifs de développement durable : informations et conseils pour les organisations de volontaires.
8. PLAN NATIONAL STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA 2020-2024.PNS Algérie-IST-VIH-sida 2020-2024.
9. OMS : Dernières informations sur le suivi du traitement: mesure de la charge virale et numération des CD4. Prise en charge du VIH - Note d'information.
10. GLOBAL FUND REGIONAL PLATFORM COMMUNITY SURVEY, *THE SITUATION OF KEY POPULATIONS IN THE CONTEXT OF COVID-19 in The MENA REGION.september 2020.*
11. Suivi de l'adulte infecté par le VIH : Ministère des solidarités et de la santé France.
12. Projected transitions from Global Fund country allocations by 2028: projections by component.
13. Etude immuno-virologique auprès de patient vivant avec le VIH, programme appuyé par le fonds mondial Algérie.

14. Etude bio-comportementale sur les IST/VIH (IBBS) auprès des migrants subsahariens en situation irrégulière en Algérie 2019.
15. VIH au temps du Covid-19 : rencontre de deux pandémies, *Rev Med Suisse* 2021.
16. VIH. Consultation de suivi en médecine générale des personnes sous traitement antirétroviral, Octobre 2018.
17. Organisation internationale du travail : Note de synthèse, Le COVID-19 et le monde du travail: le cas des personnes vivant avec le VIH, juin 2020
18. Suivi de l'adulte vivant avec le VIH et organisation des soins (avril 2018) .CNS et l'ANRS