Recommandations pour le suivi de l'infection au VIH, de la PPrE et de la PPE en période de COVID-19

Mise à jour le 26 avril 2021

Jean-Guy Baril
Claude Fortin
Valérie Martel-Laferrière
Cécile Tremblay
Benoit Trottier
Marie-Louise Vachon

PNMVH | PROGRAMME NATIONAL DE MENTORAT SUR LE VIH ET LES HÉPATITES

Participants

Auteurs:

- Jean-Guy Baril
- Claude Fortin
- Pierre Côté
- Valérie Martel-Laferrière
- Cécile Tremblay
- Benoit Trottier
- Marie-Louise Vachon

Réviseurs:

- Océane Apffel Font
- Anne Bruneau
- Pierre Côté
- Lucie Deshaies
- Evelyne Fleury
- Claude Laberge
- Guillaume Lemieux
- Valérie Marchand
- Laurence Mersilian
- Ken Monteith
- Alain Piché
- Rachel Therrien

Mise à jour 2021

- Modifications faites à la version du 29-01-2021 :
  - Les modifications importantes sont surlignées en jaune.
  - Un encadré indique l'ajout d'une nouvelle diapositive : Nouveau

Objectifs de ces recommandations

- Optimiser le suivi des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), des personnes recevant la prophylaxie préexposition (PPrE) et la prophylaxie postexposition (PPE) dans le contexte de la COVID-19 :
  - en diminuant les contacts en présence pour le suivi des patients, surtout pour ceux qui présentent une vulnérabilité accrue à l'infection par le virus SRAS-CoV-2 :
    - visites médicales;
    - visites à la pharmacie communautaire.
- Mieux utiliser les ressources de laboratoire dans le contexte de la COVID-19.
- Préciser les critères pour la réaffectation ou le retrait préventif du travailleur VIH+ de son milieu de travail.
- Connaître les documents de référence au regard des mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté.

VIH ET COVID :
ÉTAT DES CONNAISSANCES

Contexte

- Il est reconnu que les personnes immunodéprimées sont plus à risque de complications à la suite d'infections respiratoires.
- Avec les données actuellement disponibles, il est difficile d'estimer le risque de complications de cette population à la suite d'une infection par le virus SRAS-CoV-2, mais les personnes avec un déficit immunitaire grave, notamment les personnes atteintes du VIH avec un faible décompte de cellules CD4 et/ou qui ne reçoivent pas de traitement antirétroviral sont considérées plus à risque de développer des complications à la suite de cette infection*.
- Ces recommandations sont formulées en utilisant le principe de précaution dans le contexte où les connaissances actuelles au sujet du SRAS-CoV-2 sont limitées.

*Source : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés, INSPQ, mars 2021.

Risques de complications de la COVID-19

- Les premières méta-analyses ont montré que, comparativement aux personnes chez qui une infection non sévère a été observée, les personnes chez qui une infection plus sévère s'est déclarée avaient un rapport de cotes (RC) plus élevé en ce qui a trait à la présence d'une :
  - hypertension (RC 2,36; IC à 95% : 1,46 à 3,83);
  - maladie du système respiratoire (RC 2,46; IC à 95%: 1,76 à 3,44);
  - maladie cardiovasculaire (RC 3,43; IC à 95% : 1,88 à 6,22).
- Certaines PVVIH présentent également des comorbidités qui augmentent le risque d'une évolution plus sévère de la maladie par SRAS-CoV-2.

Sources : Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, Ji R, Wang H, Wang Y, Zhou Y. March 2020. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Infectious Diseases. Vol. 94, P91-95. DOI : https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017
CDC Interim Guidance for COVID-19 and Persons with HIV, 2020 : https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/COVID-19-and-persons-hiv-interim-guidance/interim-guidance-COVID-19-and-persons-hiv

Facteurs de risque de formes sévères de la COVID-19

En date du 1er novembre 2020, le Québec dénombrait 108 018 cas confirmés de COVID-19 depuis le premier cas en février 2020, dont 6 283 (5,8 %) sont décédés des suites de la maladie. Basé sur l'analyse de ces cas :

- Le fardeau de la maladie en matière de mortalité est plus important chez les personnes de 70 ans et plus parmi lesquelles se retrouvent plus de 90% des décès liés à la COVID-19 au Québec.
- Chez les personnes vivant à domicile (versus en CHSLD ou RPA), les maladies chroniques suivantes étaient associées avec une augmentation du risque de décès après ajustement pour l'âge, le sexe et les comorbidités : maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, maladies rénales, maladies hépatiques, le diabète, l'obésité, l'anémie et le cancer*.
- Les maladies chroniques suivantes n'étaient pas associées avec un risque accru de décès après ajustement pour l'âge, le sexe et les comorbidités : les troubles neurologiques, l'hypertension, l'hypothyroïdie et les problèmes du système immunitaire*.
- Le risque relatif ajusté de décès pour le cumul de comorbidités (de 0 à 4 et plus) augmentait de manière significative avec l'augmentation du nombre de comorbidités*.

* analyses des données de surveillance effectuées par l'INSPQ avec les cas confirmés au Québec au 11 juillet 2020

Source : COVID-19 (SRAS-CoV-2) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques, INSPQ, décembre 2020.

Revue de certaines publications sur le VIH et la COVID-19

- La plupart des données montrent que l'évolution de la COVID-19 n'est pas différente chez les PVVIH qui ont une infection contrôlée et qui n'ont pas d'autres comorbidités associées à une augmentation du risque d'évolution défavorable de la COVID-19.
- Certaines études de cohorte observationnelle rapportent un risque plus élevé d'évolution défavorable de la COVID-19 chez les PVVIH, mais certains facteurs de confusion n'ont pas été pris en compte comme le statut immuno-virologique, l'effet des comorbidités et le statut socio-économique.
- Caractéristiques de publications révisées :
  - certaines études sont descriptives (séries de cas);
  - certaines comparent les caractéristiques des PVVIH ayant eu et n'ayant pas eu la COVID-19;
  - certaines comparent les personnes connues infectées par le VIH à celles qui ne le sont pas, au regard des facteurs de risque et des facteurs d'évolution vers des formes plus sévères de la COVID-19 ou vers un décès, soit dans la population générale soit chez les personnes hospitalisées pour la COVID-19.

Étude descriptive: revue systématique de l'infection au SRAS-CoV-2 chez les PVVIH

- 23 articles rapportant 164 cas adultes de co-infection VIH/SRAS-CoV-2.
- Surtout des hommes (120/142, 84.5%), souvent avec une ou plusieurs comorbidités.
- 15 cas admis aux soins intensifs dont 3 avec comorbidités.
- 16 décès dont 3 avec comorbidités;
- Les hommes VIH+, particulièrement ceux avec des complications potentiellement liées aux antirétroviraux, (diabète, maladie cardiaque) pourraient être plus à risque d'avoir une forme plus sévère de la COVID-19.

Table 2. Results - Overall clinical outcomes

	Total patients n = 164
Alive and no invasive ventilation *(n,%)*	123 (75)
Alive and invasive ventilation *(n,%)*	4 (2.4)
Alive, not reported invasive ventilation *(n,%)*	11 (6.7)
Dead *(n%)*	16 (9.8)
Unreported outcome *(n,%)*	10 (6.1)

Source : Paola Costenaro et al. SARS-CoV-2 infection in people living with HIV: a systematic review Rev Med Virol. 2020;e2155.
PMID: 32875716 DOI : 10.1002/rmv.2155 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/rmv.2155

Comparaison des caractéristiques des PVVIH ayant eu et n'ayant pas eu la COVID-19 : étude observationnelle à Madrid

- Comparaison de 51 cas de co-infection VIH+/SRAS-CoV-2 vs 1288 VIH+ sans SRAS-CoV-2.
- Les comorbidités étaient plus fréquentes chez les patients VIH+ ayant eu la COVID 19.
- L'immunosuppression plus sévère semble augmenter le risque d'une évolution défavorable de la COVID-19.

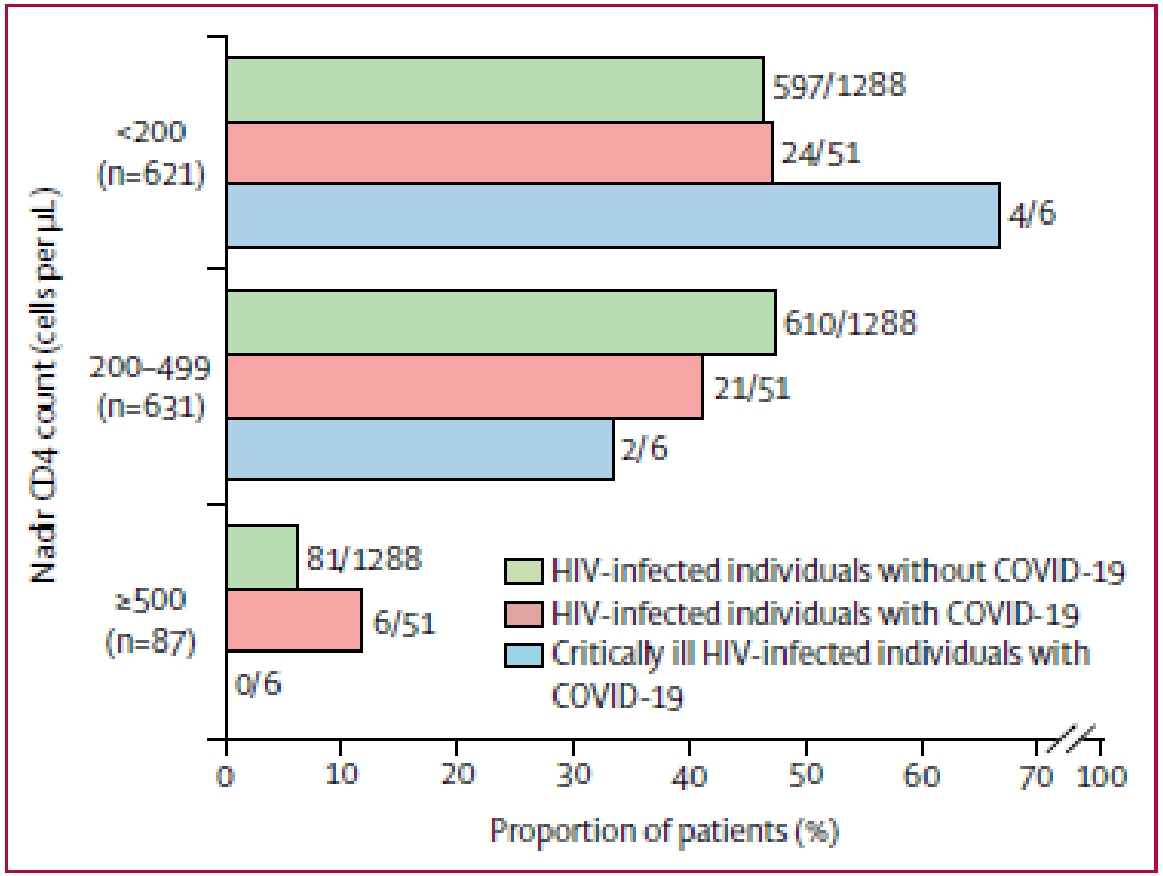


Figure 3: HIV-infected individuals with and without COVID-19 by nadir CD4 cell counts category

Source : Pilar Vizcarra, María J Pérez-Elías, Carmen Quereda, Ana Moreno, María J Vivancos, Fernando Dronda, José L Casado, on behalf of the COVID-19 ID Team. Description of COVID-19 in HIV-infected individuals: a single-centre, prospective cohort. Lancet HIV 2020; 7: e554–64

Étude observationnelle comparative VIH+ et VIH- : évolution de la COVID-19 chez les PVVIH

- Chez 21 VIH+ et 42 VIH- hospitalisés pour la COVID-19.
- L'infection à VIH n'influence pas significativement la présentation et l'évolution de la COVID 19.

TABLE 2.

Hospital Outcomes Among HIV-Positive and Non-HIV Patients

	HIV-Positive, N = 21	Non-HIV, N = 42	
Length of hospital stay, d	6 (4–13), N = 21	5 (3–10), N = 42	0.[illegible]
O2 flow rate AVG, L/min	4.5 (2–16), N = 16	3.3 (2–12), N = 33	0.653
O2 flow rate MAX, L/min	11 (2–38), N = 16	4 (3–15), N = 33	0.681
Fraction of inspired oxygen AVG	79.1 ± 21.4, N = 7	71.88 ± 34.4, N = 12	0.313
Fraction of inspired oxygen MAX	90.0 ± 17.32, N = 7	81.25 ± 35.94, N = 12	0.278
Died or transferred to hospice	6 (28.6%)	10 (23.8%)	0.682
Needed ICU	6 (28.6%)	7 (16.7%)	0.271
Needed invasive ventilation	5 (23.8%)	5 (11.9%)	0.223
Lactate dehydrogenase peak, U/L	477.04 ± 210.37, N = 21	436.30 ± 223.02, N = 37	0.249
CRP peak, mg/L	185.13 ± 107.35, N = 20	128.06 ± 99.29, N = 38	**0.024**
Ferritin peak, ng/mL	1446 (493–2209), N = 20	1156 (314–2148), N = 36	0.617
Procalcitonin peak, ng/mL	0.22 (0.11–0.42), N = 20	0.11 (0.06–0.28), N = 35	0.227
White blood cell count peak, $10^3/\mu L$	8.3 (7.1–12.4), N = 21	7.3 (5.5–11.6), N = 41	0.125
White blood cell count low, $10^3/\mu L$	5.1 (4.3–5.6), N = 21	4.6 (3.6–6.1), N = 41	0.828
D-dimer peak, ng/mL	N = 19	N = 34	0.315
<1000	11 (57.9%)	26 (76.5%)	0.158
1000–6000	5 (26.3%)	6 (17.6%)	0.456
>6000	3 (15.8%)	2 (5.9%)	0.237
Abnormal initial chest x-ray*	19 (90.5%)	27 (64.3%)	**0.027**
Bilateral	18 (94.7%)	23 (85.2%)	
Unilateral	1 (5.3%)	4 (14.8%)	
Chest x-ray bilateral ever*	18 (85.7%)	29 (69.0%)	0.152
Myocardial infarction	1 (4.8%)	1 (2.4%)	0.611
Pulmonary embolism	1 (4.8%)	1 (2.4%)	0.611
Deep vein thrombosis	1 (4.8%)	1 (2.4%)	0.611

Data are represented as median (IQR), mean ± SD, or N (%). Sample size is reported where it differed due to laboratory tests not performed. *P* values were calculated using a 2-sided *t* test for parametric variables and a Mann–Whitney *U* test for nonparametric continuous variables. A Pearson χ^2 test was used for categorical comparisons. $P < 0.05$ (in bold) was deemed significant. Peak laboratory results represent the highest measured value during hospitalization.

*Chest x-rays were considered abnormal if a finding of consolidation, infiltrate, or opacity suggestive of pneumonia/pneumonitis was recorded.

IQR, interquartile range.

Share Image

Source : Karmen-Tuohy S, Carlucci PM, Zervou FN, Zacharioudakis IM, Rebick G, Klein E, et al. Outcomes Among HIV-Positive Patients Hospitalized With COVID-19. J Acquir Immune Defic Syndr 2020;85(1):6-10. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7446982/

Étude observationnelle comparative VIH+ et VIH- : réseau multicentrique TriNETX

- 50 167 patients avec la COVID-19 (49 763 VIH- et 404 VIH+).
- Les PVVIH étaient plus fréquemment des hommes, des afro-américains, et présentaient plus fréquemment une obésité, de l'hypertension, un diabète, une maladie rénale chronique et une dépendance à la nicotine (toutes les valeurs $P < 0.05$).
- Dans une analyse non appariée, les PVVIH avaient un taux de mortalité à 30 jours plus élevé [Risque relatif 1.55; intervalle de confiance 95% (IC 95%): 1.01-2.39] et un plus grand risque de nécessiter une hospitalisation (Risque relatif 1.83; IC 95% : 1.496-2.24).

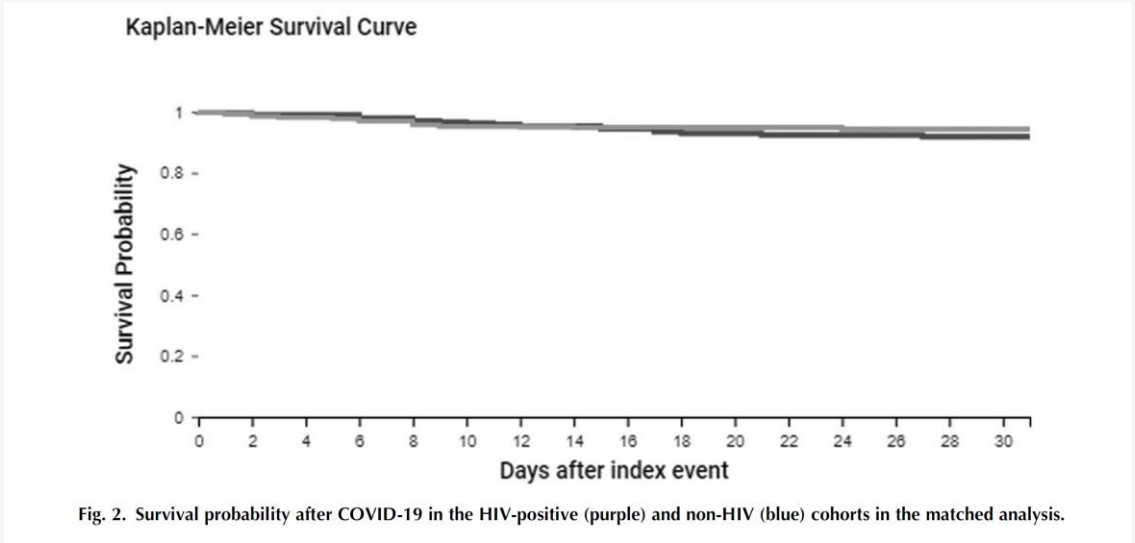


Fig. 2. Survival probability after COVID-19 in the HIV-positive (purple) and non-HIV (blue) cohorts in the matched analysis.

AIDS 2020, Vol 34 No 13

Table 2. Outcomes in the two cohorts.

Outcome	HIV group	Percentage	Non-HIV group	Percentage	Risk ratio	95% CI Lower	95% CI Upper
Before propensity score matching							
Mortality within 30 days	20	4.95	1585	3.19	1.55	1.01	2.39
Inpatient services	78	19.31	5254	10.56	1.83	1.50	2.24
After propensity score matching							
Mortality within 30 days	20	4.95	15	3.71	1.33	0.69	2.57
Inpatient services	78	19.31	46	11.39	1.70	1.21	2.38

95% CI, 95% confidence interval.

Source : Yousaf B et al. Characteristics and outcomes of COVID-19 in patients with HIV: a multicentre research network study; AIDS . 2020 Nov 1;34(13):F3-F8. DOI : 10.1097/QAD.0000000000002666

Étude observationnelle comparative VIH+ et VIH- : réseau multicentrique TriNETX (suite)

- Après appariement 1 : 1 pour l'indice de masse corporelle, le diabète, l'hypertension, les maladies respiratoires chroniques, les maladies rénales chroniques, la race, l'histoire de dépendance et le sexe, une analyse par score de propension ne montrait pas de différence de mortalité entre les deux groupes (Risque relatif 1.33; IC 95%: 0.69-2.57).
- Une plus grande proportion de PVVIH ont dû être hospitalisées (19.31 vs. 11.39%, risque relatif 1.696; IC 95% : 1.21-2.38).

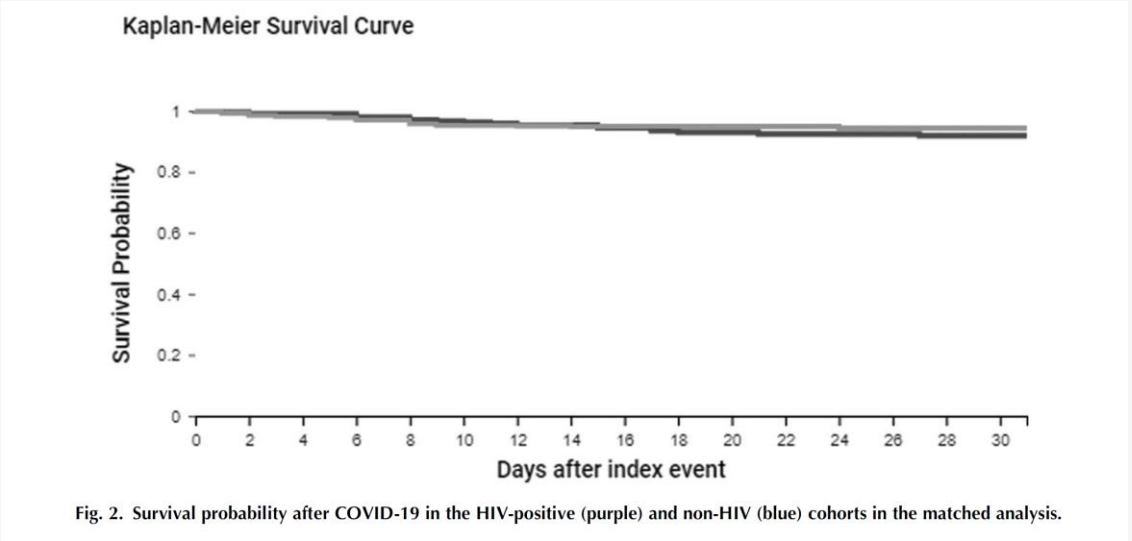


Fig. 2. Survival probability after COVID-19 in the HIV-positive (purple) and non-HIV (blue) cohorts in the matched analysis.

AIDS 2020, Vol 34 No 13

Table 2. Outcomes in the two cohorts.

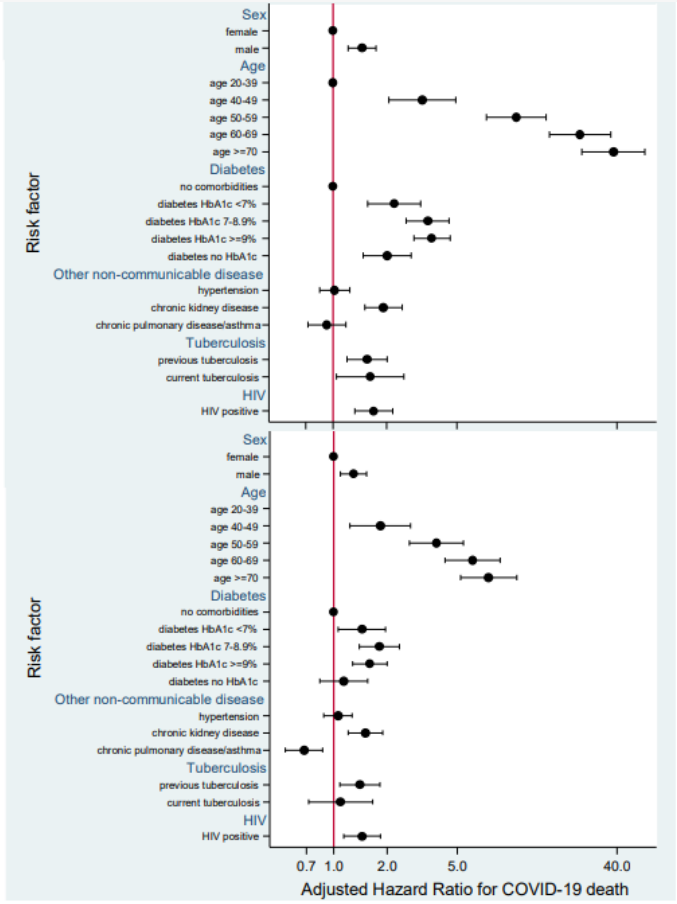
Outcome	HIV group	Percentage	Non-HIV group	Percentage	Risk ratio	95% CI Lower	95% CI Upper
Before propensity score matching							
Mortality within 30 days	20	4.95	1585	3.19	1.55	1.01	2.39
Inpatient services	78	19.31	5254	10.56	1.83	1.50	2.24
After propensity score matching							
Mortality within 30 days	20	4.95	15	3.71	1.33	0.69	2.57
Inpatient services	78	19.31	46	11.39	1.70	1.21	2.38

95% CI, 95% confidence interval.

Source : Yousaf B et al. Characteristics and outcomes of COVID-19 in patients with HIV: a multicentre research network study; AIDS . 2020 Nov 1;34(13):F3-F8. DOI : 10.1097/QAD.0000000000002666

Évolution de la COVID-19 chez des patients VIH+ et VIH- : étude de cohorte en Afrique du Sud

- Sur un registre de données de 3 460 932 patients du secteur public qui inclut 16 % de patients séropositifs pour le VIH, 22 308 ont été diagnostiqués avec la COVID-19.
- L'infection à VIH augmente de 2,14 fois le risque de mortalité associé à la COVID-19.
- Des facteurs de confusion résiduels pourraient expliquer cette différence : population séropositive généralement plus jeune, ne recevant pas toujours de traitements antiviraux pour contrôler le VIH et présentant différentes comorbidités, y compris fréquemment la tuberculose.



Source : Davies MA. HIV and risk of COVID-19 death: a population cohort study from the Western Cape Province, South Africa. medRxiv 2020.

Évolution de la COVID-19 chez des patients VIH+ et VIH- : étude de cohorte chez les patients hospitalisés pour la COVID-19 dans 207 centres au Royaume-Uni

- 47 592 patients avec la COVID-19, dont 122 VIH+ (0,26%).
- Les patients du groupe VIH+ étaient plus jeunes et avaient moins de comorbidités.
- La mortalité cumulative était similaire dans les groupes VIH+ et VIH- (26.7% vs. 32.1%; p=0.16), mais le taux de mortalité était plus élevé chez les VIH + dans les populations de moins de 60 ans (21.3% vs. 9.6%; p<0.001).
- La mortalité était plus importante dans le groupe VIH+ après ajustement pour l'âge (RC: 1.47 p=0.05), ou après ajustement pour d'autres variables comme les comorbidités (RC 1.69; p=0.008) ou lorsque l'analyse était limitée aux personnes de moins de 60 ans (RC 2.87; p<0.001).

Table 4. Cox proportional hazards model of the association between HIV status and day-28 mortality

HIV-positive versus HIV-negative	Hazard ratio	95% CI	P value
Unadjusted	0.77	0.54 to 1.11	0.17
Adjusted for sex	0.76	0.53 to 1.10	0.15
Adjusted for ethnicity	0.88	0.60 to 1.29	0.52
Adjusted for age	1.47	1.01 to 2.14	0.05
Adjusted for age and sex	1.45	1.00 to 2.12	0.05
Adjusted for sex, ethnicity, age, baseline date, and indeterminate/probable hospital acquisition of COVID-19	1.49	1.01 to 2.20	0.04
Adjusted for sex, ethnicity, age, baseline date, indeterminate/probable hospital acquisition of COVID-19, and 10 comorbidities[a]	1.50	1.02 to 2.22	0.04
Adjusted for sex, ethnicity, age, baseline date, indeterminate/probable hospital acquisition of COVID-19, 10 comorbidities[a], and hypoxia/receiving oxygen at presentation[b]	1.69	1.15 to 2.48	0.008
Adjusted for sex, ethnicity, age, baseline date, indeterminate/probable hospital acquisition of COVID-19, 10 comorbidities[a] and hypoxia/receiving oxygen at presentation[b] among individuals aged <60 years	2.87	1.70 to 4.86	<0.001

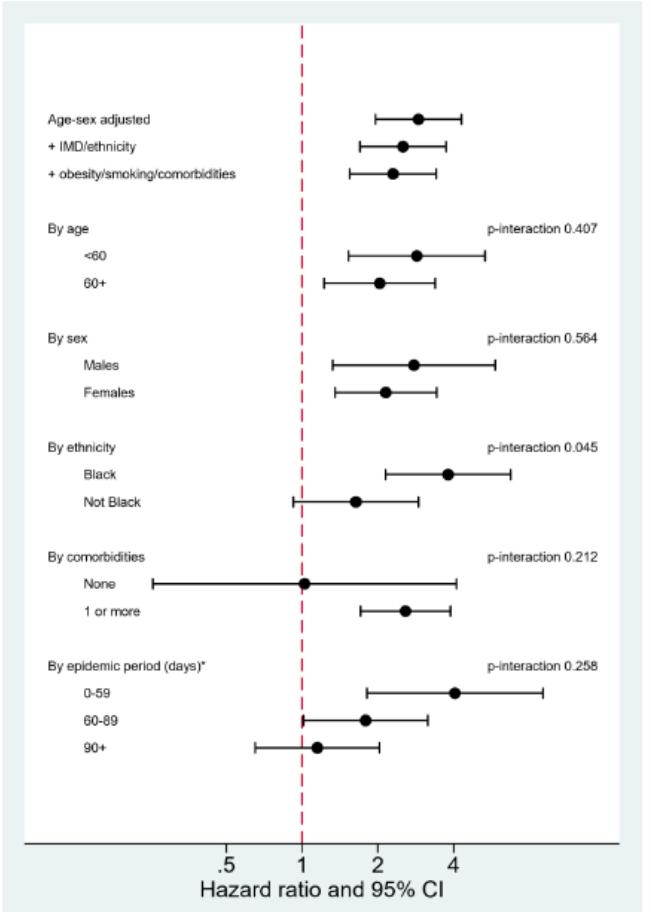
Accepted Manuscript

Source : Geretti A.M. et al. Outcomes of COVID-19 related hospitalization among people with HIV in the ISARIC WHO Clinical Characterization Protocol (UK): a prospective observational study. CID 2020 oct PMCID: PMC7665382 DOI: 10.1093/cid/ciaa1605

Décès reliés à la COVID-19 chez des patients VIH+ et VIH- : banque de données administratives dans une cohorte populationnelle de soins primaires au Royaume-Uni

- Données portant sur 17,3 millions d'adultes, dont 27 840 sont VIH+ (0,16%).
- Durant l'étude, il y eu 14 882 décès reliés à la COVID-19 dont 25 parmi les PVVIH.
- Le risque de décès relié à la COVID-19 des PVVIH était près de trois fois supérieur à celui des personnes VIH- après ajustement pour l'âge et le sexe (RC=2.90; IC 95%: 1.96-4.30).
- L'association, quoique moindre, persistait après ajustement pour le niveau socio-économique et l'ethnicité (RC =2.52; IC 95%: 1.70-3.73) et en ajoutant les comorbidités (RC=2.30; IC 95%: 1.55-3.41). L'association était plus forte chez les personnes de race noire (RC = 3.80; IC 95%: 2.15-6.74), comparativement aux autres groupes ethniques (RC=1.64; IC 95%: 0.92-2.90, p-interaction=0.045).

Figure 3: Hazard ratios for the association between HIV and COVID-19 mortality



Source : Bhaskaran K. et al. HIV infection and COVID-19 death: a population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. Lancet HIV. 2021 Jan;8(1) e24-e32. doi: 10.1016/S2352-3018(20)30305-2. Epub 2020 Dec 11.

Immunosuppression et risque élevé de complications de la COVID-19

Au regard du VIH, l'INESSS a défini les personnes pour lesquelles le risque de complications de la COVID-19 est élevé :

- personnes avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200/mm^3, ou qui présentent un VIH non contrôlé (charge virale détectable) ou des manifestations cliniques d'un SIDA symptomatique.

On ne sait pas si l'immunosuppression causée par le VIH exposera une personne à un plus grand risque de contracter la COVID-19, donc, jusqu'à ce que l'on en sache plus, des précautions supplémentaires doivent être prises pour toutes les personnes vivant avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200/mm^3 , ou qui présentent une charge virale détectable ou une des manifestations cliniques du SIDA.

À l'heure actuelle, rien ne prouve que le risque d'infection ou de développer des complications liées à la COVID-19 soit différent parmi les personnes vivant avec le VIH qui sont stables cliniquement et d'un point de vue immunologique, sous traitement antirétroviral par rapport à la population générale.

Source : COVID-19 et personnes immunosupprimées, INESSS, 24 septembre 2020.

OPTIMISATION DU SUIVI MÉDICAL DE L'INFECTION AU VIH

Plan provincial de priorisation des activités cliniques secteur première ligne médicale – 2 décembre 2020

NIVEAUX DES ACTIVITÉS	Niveau d'alerte 1	Niveau d'alerte 2	Niveau d'alerte 3	Niveau d'alerte 4
Caractéristiques	**Transmission communautaire limitée** • Affectation de ressources minimale en corridors chauds et vigie; • Pas d'éclosion ou rares milieux en éclosion qui demeurent contrôlés; • Retour à une offre de service en équilibre avec la demande.	**Circulation active du virus, mais situation en contrôle** • Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins; • Nombre limité de sites en éclosion • Ajustement du confinement impliquant une augmentation significative de la demande.	**Circulation active du virus, mais situation en contrôle** • Réaffectation des ressources médicales et professionnelles en fonction des besoins; • Nombre limité de sites en éclosion; • Ajustement du confinement de la population provoquant une diminution significative de la demande.	**Circulation active du virus avec dépassement de la capacité du milieu** • Les ressources médicales et professionnelles sont réaffectées massivement selon les besoins; • Éclosions multisites; • Ajustement du confinement de la population limitant de façon importante la demande de services de première ligne.
Priorités cliniques	**S'ajoutent aux activités niveau 2 :** • PAP test; • Suivi en santé mentale pour patients stables; • Prise en charge guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) priorités D-E; • Chirurgie mineure et vasectomie; • Dépistages recommandés, selon l'acceptabilité et la faisabilité.	**S'ajoutent aux activités niveau 3 :** • Suivi pour maladie chronique stable; • Prise en charge GAMF priorité C; • PAP test de plus de 3 ans; • Suivi Société de l'assurance automobile du Québec (excluant gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi).	**S'ajoutent aux activités niveau 4 :** • Dépistage génétique; • Suivi Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (excluant gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi); • Suivi en santé mentale pour patients vulnérables; • Repérage des troubles cognitifs; • Autres vaccinations.	**Activités priorisées :** • Suivi pour maladie chronique instable ou nouveau diagnostic; • Suivi de grossesse; • Suivi en santé mentale pour patient instable; • Vaccination COVID / Influenza; • Gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi; • Suivi 0-2 ans; • Prise en charge GAMF priorités A-B; • Aide médicale à mourir et soins palliatifs.

Source : Plan provincial de priorisation des activités cliniques - Secteur première ligne médicale, MSSS, avril 2021.

Précautions pour toutes les personnes vivant avec le VIH

- Hygiène des mains.
- Étiquette respiratoire :
  - Couvrir bouche et nez lorsque toux/éternuements avec mouchoirs/coude replié.
- Distanciation physique : distance minimale de 2 mètres.
- Port du masque ou du couvre-visage dans les lieux publics tel que recommandé.
- Mettre à jour la vaccination pour le pneumocoque si requis.
- Envisager la vaccination contre la COVID-19 en suivant les recommandations sur les personnes à vacciner en priorité :
  - Le CIQ estime que, chez les personnes immunodéprimées, les avantages de la vaccination contre la COVID-19 surpassent les risques. Toutefois, la réponse immunitaire pourrait être diminuée chez ces personnes.*
- Diminuer le risque d'exposition en diminuant les visites médicales ou en milieu de soins et les visites à la pharmacie dans la mesure du possible.

*Source : Questions et réponses sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 – À l'intention des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, MSSS, 25 mars 2021.

Précautions pour toutes les personnes vivant avec le VIH : vaccination contre la COVID-19

Nouveau

- La personne qui a fait la COVID-19 confirmée par un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour le SRAS-CoV-2 a besoin d'une seule dose du vaccin pour être considérée comme adéquatement vaccinée. De préférence, cette dose devrait lui être offerte au moins 3 mois après la fin de l'épisode aigu de son infection ou au moins 3 mois après son résultat de TAAN positif. Une dose administrée avant ce délai serait valide et n'aurait pas à être redonnée si un intervalle minimal de 21 jours a été respecté entre le vaccin et le début des symptômes ou le résultat TAAN positif.
- Si la personne fait la maladie au même moment qu'elle reçoit sa 1re dose de vaccin contre la COVID-19, elle doit recevoir une autre dose selon un intervalle de 3 mois après le début de ses symptômes ou de 3 mois après son résultat de test diagnostic positif.
- **Cependant, une personne immunodéprimée (voir le définition de l'INESSS*) doit recevoir un total de 2 doses du vaccin contre la COVID-19 même si elle a fait la COVID-19 confirmée par un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour le SRAS-CoV-2 .**

Source : Questions et réponses sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 – À l'intention des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, MSSS, 25 mars 2021.

*COVID-19 et personnes immunosupprimées, INESSS, 24 septembre 2020.

Consultations médicales prioritaires, à faire par télémédecine ou en présence, en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Visite initiale.
- Visites de suivi :
  - Urgences;
  - Patient instable (incluant suivi en santé mentale);
  - Patient n'ayant pas eu de suivi depuis un an;
  - Patient n'ayant pas eu de suivi depuis 6 mois s'il est en en couple séro-différent et s'il n'utilise pas d'autres méthodes que la thérapie antirétrovirale pour la prévention de la transmission du VIH;
  - Gestion de retour au travail et maintien du lien d'emploi;
  - Mise à jour de la vaccination pour le pneumocoque si requis;
  - Vaccination contre la COVID-19 en suivant les recommandations sur les personnes à vacciner en priorité.

Diminuer la fréquence des visites médicales en présence en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Favoriser les visites médicales par téléphone ou par télémédecine.
- Reporter les visites non urgentes.
- Éviter les changements de traitement antirétroviral qui peuvent nécessiter des visites médicales supplémentaires sauf en cas :
  - d'échec thérapeutique;
  - d'intolérance;
  - d'interactions médicamenteuses significatives;
  - de grossesse.
- Prescrire une quantité suffisante de médication jusqu'à la prochaine visite.

Évaluation initiale de la PVVIH– épreuves de laboratoire en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Le même bilan initial doit être prélevé (voir le Guide de suivi de l'adulte vivant avec le VIH).
- Les résultats de certains tests de laboratoire peuvent être retardés.
- Pour diminuer les visites médicales, l'usage du test de libération à interféron gamma (TLIG) est préférable au test cutané à la tuberculine (TCT) pour le dépistage de la tuberculose. On peut considérer de reporter ce dépistage au besoin.

Thérapie antirétrovirale : patient naïf

- Ne pas retarder le début de la TAR après confirmation du diagnostic.
- Les résultats de certains tests de laboratoire pourraient être retardés comme les tests génotypiques de résistance et le test HLA-B*5701.
- Le traitement antirétroviral peut être débuté avant le résultat de ces tests en utilisant des médicaments qui ont une haute barrière génétique à la résistance et un faible potentiel de résistance transmise dans notre population.
- Si le traitement débute avant l'obtention des résultats des tests de résistance, il devrait inclure l'association de deux INTI* et de soit :
  - préférablement, l'un des inhibiteurs de l'intégrase suivants :
    - le bictégravir
    - Le dolutégravir
  - en solution de rechange :
    - le darunavir potentialisé par du ritonavir ou du cobicistat.

  *En raison de la nécessité d'obtenir un résultat au test de l'allèle HLA-B*5701 avant de débuter son utilisation, l'abacavir ne devrait pas faire partie des INTI utilisés en cas d'un traitement rapide.

Source : Ministère de la santé et des services sociaux, La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH – Guide pour les professionnels de la santé du Québec, 2021 (en production).

Suivi de l'infection sous traitement en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Espacer les visites et les prélèvements de laboratoire jusqu'à 6 mois et plus au besoin pour les patients stables qui ont eu une charge virale indétectable lors des deux dernières mesures et qui ont une bonne adhésion à leur médication. Ne pas dépasser 12 mois d'intervalle pour la mesure de la charge virale ou 6 mois d'intervalle chez les personnes en couple séro-différents qui n'utilisent pas d'autres méthodes que la thérapie antirétrovirale pour la prévention de la transmission du VIH.
- Procéder à des visites médicales téléphoniques ou par télémédecine.
- Certains tests moins urgents peuvent être retardés :
  - le dépistage des ITSS chez les asymptomatiques en situation de faible risque (continuer à évaluer les facteurs de risque et offrir le dépistage dans les situations à plus haut risque – se référer au tableau : Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte);
  - la cytologie du col de l'utérus;
  - l'ostéodensitométrie;
  - le dosage plasmatique des médicaments selon l'indication;
  - les tests de tropisme viral selon l'indication.

Suivi de l’infection sous traitement

- Les mesures pour contrôler l’infection à SRAS-CoV-2 peuvent augmenter l’isolement social et le risque de violence conjugale ou intra familiale. Le professionnel de la santé doit être conscient de ce risque accru pour certaines personnes et aborder cette question dans les rencontres en présence et par télémédecine, tout en s’assurant que le patient puisse en parler en privé durant la consultation*.
- Le désir de grossesse et la planification familiale doivent être discutés avec les personnes en âge de procréer. Cette discussion devrait inclure le fait qu’il y a peu de connaissance sur l’effet de la COVID-19 sur la grossesse. Les femmes enceintes sont cependant plus à risque de présenter des symptômes sévères de la COVID-19, en particulier au 2e et au 3e trimestre. Ce risque est plus élevé si la femme présente d’autres facteurs de risque **.
- Des informations utiles pour la prise en charge des troubles liés à l’utilisation d’une substance psychoactive en période de COVID-19 peuvent être obtenus sur le site : Trousse d'outils de Santé Canada : COVID-19 et consommation de substances

*Source : CDC Interim Guidance for COVID-19 and Persons with HIV, 2020.
**https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/informations-pour-les-femmes-enceintes-coronavirus-COVID-19/

Dispensation de la TAR au cours du suivi de l'infection au VIH en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Envisager de servir une provision de médication d'au moins 30 jours et pouvant aller jusqu'à 90 jours lorsque cela est possible selon l'avis du pharmacien.
- Prendre en compte les barrières financières à l'accès à la médication.
- Avoir recours au besoin aux programmes de support financier offerts par les fabricants pour la poursuite ininterrompue de la médication antirétrovirale.
- Envoyer un messager chercher la médication après entente avec son pharmacien.
- Utiliser les services de livraison à domicile lorsque disponibles.

Hospitalisation

- Quand une personne vivant avec le VIH est hospitalisée :
  - Le traitement ARV devrait être continué. Pour les patients qui font partie d'un protocole de recherche, il faut contacter les responsables de l'étude clinique pour continuer la médication, si possible.
  - Quelques traitements ARV sont disponibles en formules liquides et certaines pilules peuvent être écrasées pour les patients gravement malades qui doivent être nourris par gavage.
  - INTUBATION: les cliniciens devraient contacter un spécialiste en VIH afin d'étudier la meilleure façon de continuer le traitement ARV du patient pendant qu'il est intubé.

Source : HHS HIV/AIDS Guidelines Panels Release Interim Guidance for COVID-19 and Persons with HIV

Hospitalisation (suite)

- Quand le patient reçoit un traitement pour la COVID-19, que ce soit dans le cadre d'une étude ou non ou hors-indication :
  - Les cliniciens doivent vérifier les potentielles interactions médicamenteuses entre le traitement pour la COVID-19 et le traitement ARV ainsi que pour les autres médicaments. Des informations sur les interactions médicamenteuses potentielles peuvent être trouvées dans les monographies des produits, les ressources sur les interactions médicamenteuses, les protocoles d'essais cliniques ou les brochures de recherche.
  - Lorsque des études sont disponibles, les cliniciens peuvent envisager d'inviter des patients à participer à un essai clinique évaluant l'innocuité et l'efficacité du traitement expérimental de la COVID-19. Les personnes vivant avec le VIH ne devraient pas être exclues de ces essais.

Source : HHS HIV/AIDS Guidelines Panels Release Interim Guidance for COVID-19 and Persons with HIV

Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte

Interventions cliniques ITSS à maintenir*, à titre indicatif **Adapter l'intervention selon le contexte régional ou local et la disponibilité des ressources humaines et matérielles.**		**PALIER 1** **Vigilance**	**PALIER 2** **Préalerte**	**PALIER 3** **Alerte modérée**	**PALIER 4** **Alerte maximale**
Personnes symptomatiques (ITSS)	◆ Traitement	✓	✓	✓	✓
	◆ Analyses de laboratoires	✓	✓	✓	✓
Personnes asymptomatiques exposées à CT, NG, syphilis, *Trichomonas vaginalis* (TV), LGV	◆ Analyses de laboratoire	✓	✓	✓ Sauf TV	✓ Sauf TV
	◆ Traitement épidémiologique (incluant le traitement accéléré des partenaires[TAP])	✓	✓	✓ Privilégier le TAP pour CT et NG sauf si contre-indication	✓ Privilégier le TAP pour CT et NG sauf si contre-indication

*Pour connaître l'ensemble des recommandations, incluant celles ayant trait à la grossesse, consultez le tableau Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte, MSSS.

Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte

Interventions cliniques ITSS à maintenir*, à titre indicatif **Adapter l'intervention selon le contexte régional ou local et la disponibilité des ressources humaines et matérielles.**		**PALIER 1** **Vigilance**	**PALIER 2** **Préalerte**	**PALIER 3** **Alerte modérée**	**PALIER 4** **Alerte maximale**
Personnes ayant reçu un résultat positif pour une ITSS (incluant l'infection par le VIH)	◆ Analyses de laboratoire ◆ Soutien pour aviser les partenaires ◆ Traitement ◆ Autres suivis recommandés	✓			
Personnes asymptomatiques (ITSS) sans histoire d'exposition	◆ Dépistage et vaccination	**Appliquer l'ensemble des recommandations québécoises**	Acceptable, après évaluation, de reporter, de quelques semaines ou de quelques mois, ou jusqu'à ce que la situation épidémiologique ou le contexte organisationnel le permette, le dépistage ou la vaccination pour les personnes présentant d'autres indications de dépistage d'ITSS ou d'autres indications de vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B ou les VPH. Ces personnes devront être dépistées ou vaccinées le plus rapidement possible lorsque la situation le permettra.		

*Pour connaître l'ensemble des recommandations, incluant celles ayant trait à la grossesse, consultez le tableau Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte, MSSS.

OPTIMISATION DU SUIVI
EN LIEN AVEC LA PPrE ET LA PPE

Interventions cliniques en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) selon la disponibilité des ressources et les 4 paliers d'alerte

Interventions cliniques ITSS à maintenir, à titre indicatif **Adapter l'intervention selon le contexte régional ou local et la disponibilité des ressources humaines et matérielles.**		**PALIER 1** **Vigilance**	**PALIER 2** **Préalerte**	**PALIER 3** **Alerte modérée**	**PALIER 4** **Alerte maximale**
Personnes exposées à une infection par le VIH ou une hépatite virale ET personnes à risque de contracter une infection par le VIH	PPE ou PPrE ◆ administration de la PPE ou de la PPrE ◆ analyses de laboratoire ◆ autres suivis	✓	✓	✓ Selon le risque d'ITSS, espacer les visites de suivi pour le dépistage	

Source : ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19, MSSS, janvier 2021.

PPrE : prophylaxie préexposition au VIH en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Interventions recommandées : se référer au document « La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec ».
- Ajustements en contexte de COVID-19 pour les paliers d'alerte modérée ou maximale :
  - Favoriser les suivis médicaux téléphoniques ou par télémédecine.
  - Maintenir la visite au départ et à un mois.
  - Espacer les visites de suivi aux 6 mois pour les patients qui ont un faible risque d'ITSS et qui ont eu une adhésion parfaite à la PPrE continue ou intermittente lors de leur prise de risque. Maintenir le dépistage de l'infection au VIH et des ITSS de façon plus rapprochée lorsque le risque est élevé.
  - Prescrire une quantité de médication suffisante jusqu'au prochain suivi lorsque ce dernier est retardé.

PPE : prophylaxie postexposition en palier d'alerte modérée ou maximale (zone orange ou rouge)

- Se référer au Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC .
- Envisager de faire des consultations par téléphone ou par télémédecine, lorsque possible.
- Dans les suivis de PPE sexuelle, le dépistage des ITSS requiert parfois une visite en présence lorsque le laboratoire serveur ne procède pas aux prélèvements des sites extra-génitaux. Dans ce contexte, le bilan au mois 1 peut être ignoré lorsque le risque est peu élevé et que le patient y consent. Il faut lui rappeler de se protéger lors de ses relations sexuelles.
- Dans les suivis de PPE professionnelle, envisager de ne faire que des consultations par téléphone ou par télémédecine lorsque possible, si le travailleur exposé peut procéder aux bilans de suivi dans un laboratoire dans la communauté :
  - Faire parvenir les documents de la CNESST par courrier ou en ligne lorsqu'applicable.
  - Lorsque le travailleur n'est pas immun contre le VHB et que l'exposition n'est pas à risque pour le VHB, la vaccination peut être reportée pour éviter des consultations en personne.

RÉAFFECTATION OU RETRAIT PRÉVENTIF DES TRAVAILLEURS INFECTÉS PAR LE VIH

Recommandations de l'INSPQ sur le retrait préventif des travailleurs immunosupprimés

- Ces recommandations sont formulées en utilisant le principe de précaution dans le contexte où les connaissances actuelles au sujet du SRAS-CoV-2 sont limitées et en constante évolution.

Consulter le site internet de l'INSPQ pour avoir la version la plus récente du document COVID-19: Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés

Les travailleurs ciblés susceptibles de développer des complications lors d'une infection par le SRAS-CoV-2 en raison d'une immunosuppression

- Personne qui a récemment reçu ou qui reçoit une radiothérapie, une chimiothérapie ou un traitement par inhibiteur de point de contrôle (immunothérapie).
- Personne présentant des tumeurs solides malignes non hématologiques.
- Personne présentant des troubles hématologiques malins.
- Personne greffée du foie selon l'une des conditions suivantes :
  - la greffe a eu lieu il y a moins d'un an;
  - il y a eu un traitement de rejet dans les 6 derniers mois;
  - le régime d'immunosuppresseurs a été augmenté dans les 6 derniers mois;
  - le traitement associe deux immunosuppresseurs ou plus.
- Personne greffée du cœur, du poumon, du rein, du pancréas, de l'intestin, de l'intestin-foie, de l'intestin-pancréas et autres greffes multiviscérales.
- Personne greffée de cellules souches hématopoïétiques (greffe de moelle osseuse, cordon…) selon l'une des conditions suivantes :
  - selon le type de greffe et l'évaluation de la reconstitution immunitaire par le médecin greffeur;
  - pendant le traitement immunosuppresseur;
  - ou en présence d'une réaction du greffon contre l'hôte (GVHD) active.

Source : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés INSPQ, 4 mars 2021.

Les travailleurs ciblés susceptibles de développer des complications lors d'une infection par le SRAS-CoV-2 en raison d'une immunosuppression (suite)

- Personne qui reçoit de hautes doses de corticostéroïdes, en présence de toutes les conditions suivantes :
  - le traitement est administré par voie systémique (orale ou intraveineuse);
  - le traitement est administré pour une période de 2 semaines ou plus;
  - la dose est plus élevée que 20 mg de prednisone par jour, ou son équivalent.
- Personne qui reçoit un traitement immunosuppresseur de forte intensité déterminé par le médecin prescripteur. À titre indicatif, d'autres facteurs à considérer : l'importance de la morbidité conférée par la maladie sous-jacente; la présence d'une comorbidité significative (p. ex. : diabète, obésité) ou un traitement concomitant quotidien de prednisone (ou son équivalent) à une dose d'au moins 5 mg.
- Personne qui présente une immunodéficience primaire essentiellement de l'immunité cellulaire.
- Personnes avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200/mm^3, ou qui présentent un VIH non contrôlé ou des manifestations cliniques d'un SIDA symptomatique.

Source : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés INSPQ, 4 mars 2021.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression

Nouveau

Mesures à appliquer en tout temps :

- Le télétravail est une mesure de distanciation efficace faisant partie des mesures sanitaires de base recommandées pour tous les travailleurs. Si les possibilités de télétravail sont limitées, les personnes vulnérables doivent être priorisées.
- Le travail en présentiel pour les personnes vulnérables est autorisé si les conditions suivantes sont respectées :
  - L'ensemble des mesures sanitaires de base recommandées pour les milieux de travail sont appliquées incluant notamment :
    - l'utilisation du questionnaire des symptômes de la COVID-19 avant chaque quart de travail;
    - l'application des mesures d'hygiène des mains, le respect de l'étiquette respiratoire et le renforcement du nettoyage et de la désinfection des espaces et outils de travail;
    - le recours aux mesures administratives et d'organisation du travail permettant de limiter les contacts et favorisant la distanciation physique.

Source : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés, INSPQ, 4 mars 2021

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression (suite)

Nouveau

- Les postes permettant une distanciation physique d'au moins deux mètres en tout temps ou presque sont réservés en priorité aux travailleurs vulnérables, dans la mesure du possible.
- Si la distanciation physique d'au moins deux mètres ne peut être respectée, installer si possible une barrière physique adéquate pour séparer les travailleurs entre eux et avec la clientèle.
- Les mesures sont rigoureusement appliquées au cours de la journée de travail, entre l'arrivée et le départ.

Source : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés, INSPQ, 4 mars 2021

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression

Nouveau

- En paliers d'alerte vert et jaune dans la région du milieu de travail :
  - Les tâches à moins de deux mètres d'autrui peuvent être effectuées si les travailleurs sont protégés par des équipements de protection individuels (ÉPI) appropriés. Toutefois, la distanciation physique et l'utilisation d'une barrière physique adéquate doivent demeurer les options de premier recours et les tâches à moins de deux mètres avec ÉPI, limitées le plus possible.
- En paliers d'alerte orange et rouge dans la région du milieu de travail :
  - Les tâches à moins de deux mètres d'autrui doivent être effectuées en présence d'une barrière physique adéquate. Les ÉPI ne sont pas acceptés en remplacement aux barrières physiques.
  - À noter que des interactions brèves à moins de deux mètres, telles que croiser une personne dans un corridor ou dans un escalier sans s'arrêter, représentent un risque faible de transmission du virus. Ainsi, l'impossibilité d'éliminer ces types d'interactions ne doit pas conduire d'emblée à une réaffectation. Nous recommandons toutefois le port d'un masque médical par les travailleurs vulnérables lors de déplacements dans le milieu de travail au cours desquels ces interactions sont susceptibles de survenir.

Source : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés, INSPQ, 4 mars 2021

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression (suite)

Nouveau

- Pour les situations professionnelles à risque élevé d'exposition au SRAS-CoV-2 :
  - Dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, il est recommandé d'éliminer tout contact avec les personnes sous investigation (PSI) ou les cas suspectés ou confirmés de COVID-19 (ci-après « cas COVID-19 »), que ce soit lors d'une intervention à domicile, dans un établissement d'hébergement ou de soins de santé. Ces mesures s'ajoutent à celles recommandées pour toutes les situations professionnelles.

Source : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés, INSPQ, 4 mars 2021

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression

Nouveau

Le retrait des travailleurs vulnérables :

- Le retrait des travailleurs vulnérables demeure justifié en présence d'une transmission communautaire importante et lorsque les mesures préconisées (distanciation ou séparation physique) ne peuvent être appliquées en tout temps.
- Dans des situations de faible transmission communautaire, un retrait n'est pas envisagé si les mesures sanitaires de base recommandées pour tous les milieux de travail sont respectées.
- S'il n'est pas possible d'affecter le travailleur vulnérable à un poste en respectant les présentes recommandations, un retrait du milieu est recommandé. Considérant que la participation au travail est un déterminant de la santé important, les conséquences d'un retrait prolongé des travailleurs doivent être considérées.

Source : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés, INSPQ, 4 mars 2021

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une immunosuppression (suite)

Nouveau

- En raison des incertitudes sur la protection immunitaire conférée par une infection antérieure au SRAS-CoV-2 ou par la vaccination contre la COVID-19 chez les personnes immunosupprimées, ces recommandations s'appliquent aussi aux individus avec un antécédent d'infection et à ceux vaccinés contre la COVID-19. Les recommandations pourront être revues en fonction de l'évolution des connaissances sur l'immunité suite à une infection naturelle et la vaccination.
- Finalement, il convient de rappeler que le travailleur conserve son droit de rester en poste dans la mesure où celui-ci a été adéquatement informé sur les risques reliés à son travail et que l'employeur a pris toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé du travailleur (LSST, art. 51).

Source : COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés, INSPQ, 4 mars 2021

PVVIH sans déficit immunitaire significatif avec maladie(s) chronique(s)

Des recommandations pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques sont aussi disponibles. Les travailleurs ciblés par ces recommandations sont :

- les personnes avec une maladie chronique de l'encadré 1 et qui répondent à un critère de sévérité de l'encadré 2 (voir diapositives suivantes);
- les personnes avec au moins trois maladies chroniques de l'encadré 1;
- les personnes âgées de 60 à 69 ans avec au moins deux maladies chroniques de l'encadré 1;
- les personnes âgées de 70 ans et plus, avec ou sans maladies chroniques;
- les personnes avec une maladie falciforme
  (inclues tous les génotypes : SS, SC, S-beta-thalassémique et autres variants).

Source : COVID-19 (SRAS-CoV-2) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques, INSPQ, décembre 2020.

PVVIH sans déficit immunitaire significatif avec maladie(s) chronique(s) (suite)

Encadré 1. Maladies chroniques identifiées comme facteur de risque de complications de la COVID-19[1]

- Maladies cardiovasculaires excluant une hypertension contrôlée[2].
- Maladies respiratoires chroniques excluant un asthme contrôlé[3].
- Maladies rénales chroniques.
- Maladies hépatiques chroniques.
- Diabète de type 1 ou 2.
- Obésité à partir d'un IMC de 30 kg/m^2.
- Condition médicale entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires).
- Toute condition médicale ou maladie chronique diagnostiquée et associée à un risque de complication de la COVID-19 selon l'avis du médecin traitant.

1 Les conditions médicales associées à une immunosuppression sont traitées dans un avis distinct.

2 Une hypertension non contrôlée est définie comme une pression systolique de 160 ou plus ou d'une pression diastolique de 100 ou plus malgré un traitement approprié et lorsque la tension artérielle est mesurée avec la technique appropriée selon le guide canadien pour l'hypertension : https://hypertension.ca/wp-content/uploads/2018/07/Hypertension-Guidelines-English-2018-Web.pdf

3 Un asthme non contrôlé est défini par l'un OU l'autre des critères suivants :

a. Une réponse positive à trois ou quatre questions sur le contrôle de l'asthme de la section A de la boîte 4 à la page 15 du guide de la Global initiative for Asthma, 2020 : https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/Main-pocket-guide_2020_04_03-final-wms.pdf.

b. La présence d'un des quatre critères sous l'onglet « uncontrolled asthma » présentés dans l'encadré à la page 4 du guide de la Société canadienne de thoracologie : https://cts-sct.ca/wp-content/uploads/2018/01/Recognition-and-Management-of-Severe-Asthma.pdf

Source : COVID-19 (SRAS-CoV-2) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques, INSPQ, décembre 2020.

PVVIH sans déficit immunitaire significatif avec maladie(s) chronique(s) (suite)

Encadré 2. Critères de sévérité

Maladies cardiovasculaires

- Angine de classe II à IV selon la classification de la société canadienne de cardiologie.
- Infarctus du myocarde récent, soit au cours des trois derniers mois.
- Insuffisance cardiaque de stade 3 ou 4, selon la classification du *New York Heart Association*.
- Cardiomyopathie cyanogène ou congénitale.
- Hospitalisation pour insuffisance cardiaque récente, soit au cours des trois derniers mois.
- Une angioplastie ou une chirurgie cardiaque ou vasculaire récente, soit au cours des trois derniers mois.
- Arythmie cardiaque non contrôlée (fibrillation auriculaire rapide, flutter, blocs de haut grade).

Maladies respiratoires chroniques

- Asthme sévère selon les critères de la Société canadienne de thoracologie.
- Maladie respiratoire chronique associée à une dyspnée de grade 3 ou 4 selon l'échelle de dyspnée modifiée du Conseil de la recherche médicale du Royaume-Uni.
- Maladie respiratoire chronique instable (dyspnée augmentée, tolérance à l'effort diminuée, exacerbation répétée).
- Tests des fonctions respiratoires démontrant un syndrome obstructif ou restrictif sévère (VEMS moins de 50 %).
- Hospitalisation ou prise de corticostéroïdes oraux au cours des trois derniers mois pour une maladie respiratoire chronique exacerbée.
- Oxygénothérapie ambulatoire.

Maladies rénales chroniques

- Débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 45.
- Dialyse.

Maladies hépatiques chroniques

- Cirrhose hépatique stade 3 ou 4 selon le score Child-Pugh.

Diabète

- Complications microvasculaires ou macrovasculaires d'un diabète de type I ou II (p. ex. neuropathie, néphropathie, rétinopathie, etc.).

Obésité

- IMC de 40 kg/m^2 ou plus.

Critères applicables à l'ensemble des maladies chroniques

- Complication(s) récente(s) d'une maladie chronique de l'encadré 1 nécessitant une hospitalisation ou un suivi médical étroit au cours des trois derniers mois.
- Avis du médecin traitant d'un risque élevé de complications de la COVID-19 en lien avec une maladie chronique de l'encadré 1 suivant une évaluation médicale.

Source : COVID-19 (SRAS-CoV-2) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques, INSPQ, décembre 2020.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une maladie chronique

- Éliminer tout contact avec des personnes sous investigation ou cas de COVID-19.
- Privilégier et prioriser le télétravail.
- À défaut du télétravail, privilégier et prioriser les postes de travail qui permettent une distanciation physique d'au moins 2 mètres en tout temps.
- Pour les tâches effectuées à moins de 2 mètres qui ne peuvent être éliminées, les mesures applicables en fonction de la situation épidémiologique sont les suivantes :

Paliers d'alertes*			
Palier 1	**Palier 2**	**Palier 3**	**Palier 4**
Les tâches à moins de 2 mètres peuvent être effectuées avec des équipements de protection individuels (ÉPI) de qualité** (masque médical (de procédure) et protection oculaire) comme mesure de dernier recours si l'utilisation d'une barrière physique adéquate n'est pas possible.		Éliminer les tâches effectuées à moins de 2 mètres sans barrière physique adéquate. Les ÉPI seuls ne sont pas acceptés.	

* Pour les travailleurs qui se déplacent à une autre région pour le travail, le palier et les recommandations qui s'appliquent sont celles de la région du milieu de travail.

**Des masques répondant aux critères de conformité de l'American Society of Testing and Materials (ASTM), norme F2100, ou une norme équivalente (p. ex. la norme EN 14683 type IIR) doivent être utilisés.

- Pour le travail en présentiel, l'ensemble des mesures sanitaires de base pour les milieux de travail sont appliquées rigoureusement en tout temps : https://www.inspq.qc.ca/publications/2911-mesures-milieu-travail-COVID19 .
- Mettre en tout temps des ÉPI de qualité à la disposition des travailleurs vulnérables.

Source : COVID-19 (SRAS-CoV-2) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques, INSPQ, décembre 2020.

Recommandations intérimaires pour les travailleurs ciblés en raison d'une maladie chronique (suite)

- Principes généraux :
  - À noter que les maladies chroniques visées ici se limitent principalement à celles qui sont les plus prévalentes chez les adultes. Il n'est pas exclu que d'autres maladies chroniques non identifiées puissent conférer une vulnérabilité à la COVID-19. **Le jugement du médecin traitant face à la vulnérabilité de son patient demeure essentiel et ne devrait pas être remis en question.**
  - En raison des incertitudes sur la protection immunitaire conférée par une infection antérieure au SRAS-CoV-2, les recommandations s'appliquent aussi aux personnes avec un antécédent d'infection.
  - Le travailleur conserve son droit de rester en poste dans la mesure où celui-ci a été adéquatement informé sur les risques reliés à son travail et que l'employeur a pris toutes les mesures possibles pour protéger la santé du travailleur.

Source : COVID-19 (SRAS-CoV-2) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques, INSPQ, décembre 2020.

Certificat médical (exemple utilisé au CHUM)

CERTIFICAT MÉDICAL POUR L'EMPLOYEUR

Date :

Nom du patient :

À qui de droit,

Le patient ci-haut est atteint d'une condition de santé le mettant à risque de complications graves en cas d'infections respiratoires. Dans le contexte exceptionnel actuel en lien avec la pandémie de COVID-19, je fais les recommandations suivantes en tant que médecin traitant :

- ☐ Permettre au patient d'effectuer un travail à partir de son domicile (télétravail).
- ☐ Certaines modifications dans son milieu de travail doivent être réalisées immédiatement soit :
  - ☐ Mise en place des mesures permettant de se laver les mains le plus fréquemment possible.
  - ☐ Mise en place des mesures de distanciation sociale (>2 mètres entre les personnes).
- ☐ En raison de la nature particulière des tâches réalisées, ce patient devrait être réaffecté à des tâches qui ne comportent pas de situation à risque d'exposition à la COVID-19.
- ☐ En raison de la nature particulière du milieu de travail dans lequel il œuvre, ce patient devrait être réaffecté à un milieu ne comportant pas de situation à risque d'exposition à la COVID-19.
- ☐ Autres recommandations suggérées : _____
- ☐ Si ces mesures ne peuvent être appliquées, et en raison de l'application du principe de précaution, je considère que ce patient devrait être retiré du milieu de travail.
- ☐ En raison de l'application du principe de précaution, je considère que ce patient devrait être retiré du milieu de travail.

Signature :

Source : Outils du CHUM

PVVIH EXPOSÉES
OU ATTEINTES DE COVID-19

Critères de référence en cliniques désignées d'évaluation (CDÉ)

Référer en CDÉ tout patient vacciné ou non, répondant au moins à l'un des trois critères suivants (cocher toutes les cases appropriées) :

1) CRITÈRE CLINIQUE A – Le patient présente ≥ 1 SYMPTÔME(S) parmi les suivants :

- ☐ Fièvre (>38);
- ☐ Toux (récente ou chronique exacerbée);
- ☐ Difficultés respiratoires;
- ☐ Anosmie d'apparition soudaine sans congestion nasale, avec ou sans agueusie;
- ☐ Mal de gorge;
- ☐ Rhinorrhée ou congestion nasale de cause inconnue.

2) CRITÈRE CLINIQUE B – Le patient présente ≥ 2 SYMPTÔMES généraux parmi les suivants :

- ☐ Douleur musculaire généralisée non reliée à un effort physique;
- ☐ Céphalée;
- ☐ Fatigue marquée;
- ☐ Perte d'appétit importante;
- ☐ Douleur abdominale;
- ☐ Vomissement ou nausée;
- ☐ Diarrhée (nouvelle ou exacerbée).

3) CRITÈRES D'EXPOSITION

- ☐ Contact domiciliaire symptomatique : voir les critères cliniques A et B;
- ☐ Patient ayant reçu un diagnostic de **COVID-19** dans les **10 DERNIERS JOURS** (**28 jours** si patient immunosupprimé, **21 jours** si patient ayant séjourné aux soins intensifs);
- ☐ Contact d'un cas de COVID-19 prouvé dans les **14 derniers jours**;
- ☐ Séjour de **≥ 48h** à l'urgence ou l'hôpital dans les **14 derniers jours**;
- ☐ Séjour de **≥ 48h** dans une zone considérée à risque (extérieur du Canada ou région en palier orange ou rouge lorsque la consultation a lieu dans une région verte ou jaune);
- ☐ Patient contacté par la santé publique ou visé par une annonce populationnelle de la santé publique.

PRÉALABLES OBLIGATOIRES À LA CONSULTATION – toute consultation ne répondant pas à ces trois critères sera retournée au référent.

- ☐ Absence de critère de référence à l'urgence;
- ☐ N'est pas référé seulement pour un dépistage COVID (si oui, référez la clientèle ciblée en CDD).

Source : Plan provincial de priorisation des activités cliniques - Secteur première ligne médicale, MSSS, avril 2021.

En cas d'infection au SRAS-CoV-2

Quand une hospitalisation n'est pas nécessaire, la personne vivant avec le VIH doit :

- S'isoler à domicile, protéger son entourage et soulager ses symptômes en se référant au Guide autosoins – COVID-19 disponible en ligne.
- Maintenir une communication avec son professionnel de la santé et consulter en cas aggravation des symptômes comme une fièvre soutenue ou l'apparition de dyspnée.
- Continuer son traitement antirétroviral et ses autres médicaments tels que prescrits.

SRAS-CoV-2 : recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé (inspq.qc.ca mars 2021)

- Travailleur non immunosupprimé :
  - isolement à la maison pour 10 jours après le début des symptômes et
  - absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et
  - amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles qui peuvent persister);
  - pour les cas ayant eu une maladie sévère (i.e. hospitalisés aux soins intensifs en lien avec la COVID-19), attendre 21 jours plutôt que 10 jours.

Sources : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires, INSPQ, 9 mars 2021;
COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés, mars 2021.

SRAS-CoV-2 : recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé (inspq.qc.ca mars 2021)

- Travailleur immunosupprimé (selon la définition de l'INESSS: Personnes avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200/mm^3 , ou qui présentent un VIH non contrôlé (charge virale détectable) ou des manifestations cliniques d'un SIDA symptomatique) :
  - isolement pour 28 jours après le début des symptômes (ou date du test si asymptomatique) et
  - absence de fièvre depuis 48 heures (sans prise d'antipyrétique) et
  - amélioration du tableau clinique depuis 24 heures (excluant toux, anosmie ou agueusie résiduelles);
  - ne pas affecter le travailleur aux soins aux cas de COVID-19 confirmés. Voir à ce sujet: SRAS-CoV-2: Recommandations pour la levée des mesures d'isolement des travailleurs de la santé https://www.inspq.qc.ca/publications/2904-levee-isolement-travailleurs-covid19 ;
  - les mesures d'isolement pourraient être cessées chez un travailleur de la santé immunosupprimé pour lequel on aurait obtenu 2 résultats de test de laboratoire négatifs entre le jour 21 et 28 si les critères cliniques sont rencontrés.

Sources : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires, INSPQ, 9 mars 2021;
COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés, mars 2021.

Gestion des cas et des contacts dans la communauté

- Un cas peut être confirmé par laboratoire ou par lien épidémiologique, probable, clinique, suspect, sous investigation, rétabli ou un cas de réinfection.
- Une exposition peut être à risque élevé, modéré ou faible.

Les informations sur l'évaluation et la gestion du risque peuvent être consultées dans le document Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires de l'INSPQ

Références aux documents du MSSS, de l'INESSS et de l'INSPQ

- COVID-19 et personnes immunosupprimées, INESSS, 24 septembre 2020.
- COVID-19 : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunosupprimés, INSPQ, 4 mars 2021.
- COVID-19 (SRAS-CoV-2) : avis scientifique intérimaire pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques, INSPQ, 21 décembre 2020.
- Guide autosoins – COVID-19, MSSS, 23 décembre 2020.
- ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19, MSSS, 21 janvier 2021.
- Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires, INSPQ, 9 mars 2021.
- Plan provincial de priorisation des activités cliniques - Secteur première ligne médicale, MSSS, avril 2021.
- Questions et réponses sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 – À l'intention des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, MSSS, 25 mars 2021.