



Aidspace

Independent observer  
of the Global Fund

## COVID-19 : Une pandémie endémique ? Qu'est-ce que ça veut dire ?

Le mois de janvier 2022 a marqué le deuxième anniversaire de la [reconnaissance de la menace mondiale que représente la COVID-19](#). Petit rappel pour les lecteurs de l'Observateur du Fonds mondial (OFM), les premiers cas de la maladie, liés au virus SRAS-CoV-2, responsable du COVID-19, ont été identifiés à Wuhan dans la province de Hubei en Chine fin 2019. Le 30 janvier 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré le SRAS-CoV-2 comme une urgence de santé publique mondiale. À ce moment-là, la COVID-19 se répandait rapidement. Un peu plus d'un an plus tard, en avril 2021, on comptait 132 millions de cas et près de 2,9 millions de décès [dans le monde](#).

Le 6 février 2022, le Johns Hopkins Coronavirus Resource Center a enregistré un total cumulé de 393,290 814 nouveaux cas et 5,734 564 décès dans le monde. Plus important encore, le nombre de nouveaux cas a atteint son niveau le plus élevé. Au cours de la semaine qui s'est achevée le 23 janvier 2022, il y a eu quatre fois plus de nouveaux cas, 23,280,000 que le précédent pic d'un peu moins de six millions en avril 2021. Une légère baisse a été enregistrée au cours de la semaine se terminant le 30 janvier. Le nombre de décès quotidiens dans le monde a atteint un pic de 100 799 le 24 janvier 2021, alors qu'il y avait moins de cinq millions de nouveaux cas. Le nombre de décès a commencé à diminuer en mai 2021, avec quelques légères fluctuations. Les données les plus récentes font état de 73 902 décès le 6 janvier.

### Aperçus

La COVID-19 n'est plus une entité inconnue. On sait comment elle se propage et que, pour la plupart des gens, une infection n'est guère plus qu'un désagrément. Cela est dû, en partie, à la mise au point et au déploiement de vaccins efficaces, notamment dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Des médicaments ont été et sont en cours de développement et deviendront plus sophistiqués, plus disponibles et, espérons-le, moins chers au fil du temps. On sait

comment prévenir les transmissions à l'aide d'interventions non pharmaceutiques (INM) telles que les masques, la distanciation sociale et le confinement. On reconnaît également que les interventions non pharmaceutiques ont un coût économique, social et éducatif. De plus en plus, l'enjeu semble être d'[apprendre à vivre avec la COVID](#).

La capacité du virus à muter rapidement en a surpris plus d'un. En janvier 2022, le variant le plus courant est Omicron. Le [Wall Street Journal](#) a noté : “Le variant Omicron se propage si rapidement et provoque généralement une forme de maladie si bénigne parmi les populations vaccinées que les pays tolèrent des épidémies de COVID-19 plus importantes, laissant volontiers les infections atteindre des niveaux qui, il n’y a pas si longtemps, auraient été traités comme des crises de santé publique. ... offrant un aperçu d’un avenir dans lequel la COVID-19 est acceptée comme un fait de la vie quotidienne, comme la grippe saisonnière (et) .... couplé à la réalité que les mesures prises pour contenir les poussées antérieures du virus ne fonctionnent pas aussi bien ... Omicron, éclaire la décision des décideurs politiques d’abandonner les mesures restrictives visant à contenir le virus alors que le public est de plus en plus fatigué des restrictions.”

Que devrions-nous mesurer ? Le [British Medical Journal](#) (BMJ) note : depuis l’émergence de la pandémie de COVID-19 au début de 2020, les gouvernements et les agences internationales ont rapporté des données régulières sur les cas et les décès liés à la COVID-19. Ces données ont toujours été utilisées pour suivre les effets de la pandémie sur les vies humaines. De nombreux ensembles de données très utiles sont produits par l’Institute for Health Metrics and Evaluation. Ses données sur la charge mondiale de morbidité et les visualisations associées sont passionnantes. Malheureusement, elles ne sont pas encore assez réactives pour refléter la COVID. Les [statistiques sanitaires mondiales](#) 2021 de l’OMS tentent d’inclure la COVID, elles donnent les causes de décès de 2019 et montrent où COVID-19 s’insérerait en 2020. Les six principales causes de décès en 2019 sont les suivantes : cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), infections des voies respiratoires inférieures, affections néonatales et cancers de la trachée, des bronches et des poumons. En 2020, la COVID-19 sera la [cinquième cause majeure de maladie](#). Mais la pandémie ne concerne pas seulement les maladies et les décès causés par le SRAS-CoV-2. Elle a des effets de grande envergure – directs et indirects – avec des conséquences à court et à long terme pour les [individus et les populations](#).

Au fur et à mesure de l’évolution de la COVID-19, ce qui est considéré comme des données clés a changé. C’est important, d’autant plus que les données doivent contribuer à l’élaboration des politiques. Au cours des premiers mois, le nombre de cas et de décès a capté l’attention du public. Maintenant, nous sommes conscients des limites de nos données et de la manière dont nous devons les interpréter. Il existe un problème supplémentaire, celui de la diversité de la pandémie, des réponses et de l’impact. Le romancier russe Tolstoï a écrit dans son roman Anna Karénine : “Toutes les familles heureuses se ressemblent, mais chaque famille malheureuse est malheureuse à sa manière”. L’expérience d’Omicron est différente dans chaque pays. Elle va des restrictions draconiennes imposées aux voyageurs en Nouvelle-Zélande au laissez-faire du Brésil, en passant par le déni en Tanzanie, l’incompétence flagrante et les messages contradictoires au Royaume-Uni. Il est encore difficile de tirer des leçons universelles de ce tableau confus.

Le nombre réel de cas est, nous le savons, une sous-estimation du nombre réel d’infections. En effet, la plupart des personnes infectées ne seront pas malades ou ne présenteront que des symptômes légers. Une façon de contourner ce problème est observée au Royaume-Uni. Le bureau national des statistiques britannique réalise une [enquête continue sur la prévalence du COVID](#) à partir d’un échantillon représentatif de la population. L’objectif est d’identifier le nombre de personnes qui continuent de contracter la COVID-19, avec ou sans symptômes, qui ont déjà eu la COVID-19, avec ou sans symptômes, et qui ont eu une forte réaction à une vaccination contre le COVID-19. C’est le seul moyen réaliste de suivre l’évolution de l’épidémie, de savoir si elle s’étend ou se contracte et de recueillir des

données par âge. En février 2022, l'enquête a montré des niveaux élevés d'infection, en particulier chez les jeunes. Cette situation sera rendue plus complexe par les réinfections, qui sont en augmentation.

Le nombre de personnes nécessitant des soins est une bonne mesure de la demande et des besoins en ressources. Grâce aux programmes de vaccination, aux expositions antérieures et à la nature moins grave d'Omicron, la proportion de personnes nécessitant des soins dans la plupart des services de santé des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a diminué. Au Royaume-Uni, le 3 février, 478 patients étaient sous ventilateur, contre un pic de 4 077 le 24 janvier 2021. Le nombre moyen de décès pour la dernière période complète de cinq jours, le 30 janvier, était de 215. Le pic a été atteint le 19 janvier, lorsque la moyenne sur sept jours était de 1 364. Sur la base de ces données, il semble que la maladie soit sous contrôle ici. Une [tendance similaire est observée dans toute l'Europe](#). Il est beaucoup plus difficile de trouver des données comparables dans le reste du monde.

Les décès dus à la COVID-19 sont la mesure ultime, mais même ceux-ci sont difficiles à mesurer avec certitude. Au Royaume-Uni, la mise à jour quotidienne indique que les décès dus à la COVID sont ceux survenus dans les 28 jours suivant un test positif. Cela entraîne un surdénombrement, les décès pouvant ne pas être dus à la COVID. Le nombre de décès excédentaires est un meilleur indicateur. Le [British Medical Journal](#) affirme que "la mortalité toutes causes confondues ... prend en compte à la fois les décès directs dus à la COVID-19 et les décès causés indirectement par la pandémie. Les données sur la mortalité toutes causes confondues nous permettent d'estimer le nombre de "décès excédentaires" en comparant tous les décès survenus pendant la pandémie à une estimation de référence, le nombre de décès attendus s'il n'y avait pas eu de pandémie". [The Economist](#) produit d'excellentes données et graphiques sur ce sujet, et il ne semble pas être derrière un paywall. L'OMS et le Département des affaires économiques et sociales des Nations unies ont créé un groupe consultatif technique chargé d'estimer la charge mondiale de surmortalité associée à la [pandémie de COVID-19](#).

Ce qu'il faut surveiller

Variants. Il est possible que de nouveaux variants plus mortels apparaissent : le consensus est que cela est peu probable. Si c'était le cas, la société pourrait revenir à la "nouvelle" normalité. Cependant, Omicron semble éviter une partie de la protection que les vaccins devraient fournir. Il est de plus en plus évident que les réinfections augmentent, mais elles sont, heureusement, moins graves. Cela peut avoir des implications sur la façon dont nous considérons la COVID-19 et la réponse.

Données. Il existe une multitude d'informations disponibles et la plupart d'entre elles sont clairement présentées. Le site web Our World in Data (<https://ourworldindata.org/coronavirus>) fournit l'une des meilleures sources et la plus claire. Nous encourageons vivement les lecteurs à consulter ces sites. Une mise en garde s'impose : la qualité des résultats dépend de celle des données introduites et, malheureusement, de nombreux pays pauvres ont du mal à collecter, rassembler et communiquer leurs données.

Conséquences sociales, économiques et culturelles. Chaque fois que j'écris cette phrase, je suis conscient que nous n'avons pas encore commencé à gratter la surface de ce que la COVID-19 signifie réellement pour nous. C'est là que nous devons mettre l'accent.

COVID long. Si les hospitalisations et les décès peuvent être comptabilisés, la question des COVID longs n'est pas encore totalement comprise. Il s'agit des séquelles débilantes d'une infection. Les personnes qui ont la malchance d'être touchées de cette manière auront besoin d'un soutien à long terme.

Déclarer la pandémie terminée trop tôt. Jeremy Farrar, ancien directeur du Wellcome Trust, a mis en garde dans le [British Guardian](#) contre la vitesse à laquelle certaines personnes veulent passer à autre chose. "Je crains que l'on ne passe trop rapidement à la déclaration de fin de la pandémie et que l'on perde l'humilité d'accepter que nous ne sommes qu'à deux ans de l'apparition d'un nouvel agent

pathogène humain, ce qui représente encore une énorme quantité d'incertitudes, a-t-il déclaré, ... le scénario le plus probable est qu'il y aura une transition vers une endémie d'Omicron, car le variant est moins grave que les autres, mais ce n'est pas la seule possibilité".

## VIH et SIDA, COVID et autres maladies

Lorsque le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été créé en janvier 2002, il y a vingt ans, son mandat semblait relativement simple : s'attaquer à ces trois grandes causes de morbidité et de mortalité. Les 18 années qui ont suivi ont été marquées par d'énormes progrès. Les nouvelles infections au VIH ont diminué de 52 % depuis le pic de 1997. Le nombre de [personnes nouvellement infectées](#) est passé d'environ 3 millions en 1997 à 1,5 million en 2020. Les décès liés au sida ont diminué de 64 % depuis le pic de 2004, où 1,9 million de personnes sont mortes, pour atteindre environ 680 000 en 2020. Des progrès similaires ont été observés pour la tuberculose et le paludisme.

La COVID-19 a mis en péril ces acquis. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent des situations plus graves, le risque de mourir de la COVID-19 est deux fois plus élevé que dans la population générale, et elles présentent des comorbidités plus importantes. À la mi-2021, la plupart des PVVIH n'avaient pas accès aux vaccins COVID-19 et le déploiement reste sclérosé. Les confinements ont perturbé les tests de dépistage du VIH et ont entraîné une chute brutale des diagnostics et des orientations vers un traitement du VIH. [Lors des premiers confinements COVID-19 en 2020](#), le dépistage a diminué de 41%, et les orientations vers le diagnostic et le traitement de 37%, par rapport à 2019.

En tant que chercheur et auteur d'articles sur le VIH depuis 1987, cette synergie entre le VIH, le sida et la COVID est extrêmement préoccupante. J'ai écrit sur ce sujet, à la fois dans le GFO et dans l'African Journal of AIDS Research (AJAR). Il existe quelques études, mais pas encore beaucoup, sur la façon dont les maladies interagissent. En ma qualité de rédacteur en chef de l'AJAR, nous avons décidé d'agir. En novembre 2021, nous avons lancé un appel à contributions pour un numéro spécial intitulé "Le sida au temps de la COVID". Ce sera le deuxième numéro de 2022 publié en juin. Ce ne serait pas un "spoiler" que d'informer les lecteurs que la vitesse et l'étendue de la propagation et les conséquences de la COVID-19 sont les titres de l'histoire.

Entre-temps, quelqu'un d'autre a également décidé d'agir. La semaine dernière, [Reuters](#) a rapporté que d'éminents scientifiques sud-africains allaient enquêter en tandem sur le lien entre les variantes de la COVID-19 et le VIH non traité, alors qu'il est de plus en plus évident que la collision des deux pandémies pourrait générer de nouveaux variants de coronavirus.

[Read More](#)

---