



Independent observer
of the Global Fund

COVID-19 ET VIH/SIDA. LÀ OÙ ILS SE RENCONTRENT ET NE SE RENCONTRENT PAS : ÉPIDÉMIOLOGIE ET SCIENCE

Il s'agit du deuxième article d'une série consacrée à la Covid-19. Dans cet article, nous examinons les similitudes et les différences entre le VIH et la Covid-19; et ce que l'un nous apprend sur l'autre.

Jusqu'à l'arrivée de la Covid-19 début 2020, le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise ([VIH/SIDA](#)) était la maladie la plus grave depuis la pandémie de grippe de 1918. Un certain nombre de pandémies potentielles ont été évitées au cours des 20 dernières années : le [SRAS-CoV](#), un syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), observé pour la première fois en Chine en 2002; [MERS-CoV](#), la cause du syndrome respiratoire du Moyen-Orient ([MERS](#)), qui est apparu en 2012; et [Ebola](#) en 2014.

Nous sommes déjà en mars 2021, et nous célébrons le triste anniversaire de la première année de l'actuelle pandémie de SRAS-CoV-2. Un anniversaire que l'on préférerait oublier. Pour ne citer que quelques dates : le 1er mars 2020, l'Écosse confirme son premier cas de Covid-19 et l'Australie son premier décès; le 2 mars, le Portugal confirme ses deux premiers cas, et l'Irlande annule le défilé de la Saint-Patrick prévu le 17 mars; et le 3 mars, l'Argentine confirme son premier cas.

Il y a un an, les chiffres augmentaient aux États-Unis et dans la plupart des pays occidentaux, tandis qu'au sud, de nombreux pays signalaient leurs premiers cas et décès. Au 9 mars 2020, 11 422 cas étaient signalés dans le monde; et fin mars, il y avait déjà plus d'un million de cas. Moins d'un an plus tard (16 janvier 2021), le cap des 100 millions de cas a été franchi et plus de deux millions de décès ont été signalés. Les pays s'empressaient de confiner et fermaient les frontières.

L'étymologie est compliquée. Le virus est officiellement appelé « coronavirus du syndrome respiratoire

aigu sévère 2 », abrégé en « SRAS-CoV-2 ». Covid-19 est le nom de la maladie. Le [World Health Organization\(OMS\) déclare](#) : « Du point de vue des communications sur les risques, l'utilisation du nom SRAS peut avoir des conséquences imprévues . . . Pour cette raison et d'autres, l'OMS a commencé à se référer au virus comme « le virus responsable de la Covid-19 » ou « le virus Covid-19 » lors de la communication avec le public». Les similitudes avec le VIH et le sida seront évidentes pour les lecteurs de l'Observatoire du Fonds mondial (OFM); cependant, la Covid-19 est unique et catastrophique. Il y a des leçons à tirer de l'épidémie de sida, mais il y a aussi des différences significatives.

Chevauchements épidémiologiques

En 1981, le sida a été reconnu pour la première fois comme une nouvelle maladie, chez des populations spécifiques telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), dans les pays occidentaux. En 1983, la maladie était mieux comprise et était signalée dans les pays en développement. C'est, comme le SRAS-CoV-2, une maladie [zoonotique](#). Les deux proviennent d'animaux sauvages, dans le cas du VIH-1 chez les chimpanzés et du VIH-2 chez les singes mangabey. Le SRAS-Cov-2 seraient passés des pangolins à l'homme, bien que cela soit toujours à l'étude. Les deux ont probablement évolué chez les chauves-souris.

Le nombre de personnes infectées par le VIH a augmenté de façon spectaculaire dans les années 1980 et 1990. Cependant, au fil du temps, il est devenu évident que la maladie affectait de manière disproportionnée des populations spécifiques. Il s'agissait notamment d'hommes gays dans les pays occidentaux; les consommateurs de drogues injectables du monde entier, en particulier en Europe de l'Est; les travailleuses du sexe en Thaïlande; et les conducteurs de longue distance en Afrique. Il était évident que les femmes enceintes avaient environ 30 % de risque de transmettre le virus à leurs nourrissons.

Ce qui a pris plus de 20 ans avec le VIH s'est produit en un peu plus d'un an avec la Covid-19. La vitesse de propagation du SRAS-Cov-2 a été stupéfiante. Il semble qu'à l'échelle mondiale, le nombre de nouveaux cas pourrait diminuer. Le [Johns Hopkins Coronavirus Resource Center](#) [est](#) l'un des nombreux sites [Web](#) qui retrace la pandémie, mais il est facile à utiliser. Il montre le premier pic d'infections en avril 2020, puis une augmentation mondiale constante jusqu'au début du mois de janvier 2021, date à laquelle les chiffres ont commencé à baisser. Il convient de noter que bien que ces données soient fiables dans l'ensemble, il ya des fluctuations quotidiennes. Les totaux quotidiens de décès provenant du même site Web montrent que le nombre de décès par rapport aux cas a diminué. Ceci est révélateur de l'amélioration du traitement et a été mis en parallèle sur une plus longue période dans le VIH. La grande différence est que la plupart des personnes infectées par la Covid-19 se rétabliront et retourneront à une vie « normale ». Les personnes vivant avec le VIH devront commencer le traitement le plus tôt possible et le poursuivre pour le reste de leur vie.

Les questions de mesure qui ont entravé l'utilisation des données sur le VIH et le sida se répètent avec la Covid-19. Par exemple, la mesure de la mortalité due à la Covid-19 est complexe. Au Royaume-Uni, le gouvernement publie chaque jour des moyennes calculées sur sept jours. Soit dit en passant pour les lecteurs de l'OFM qui ne sont pas au fait des subtilités du gouvernement britannique, la santé est une compétence des régions. Cela signifie que les données sont collectées indépendamment, et peuvent être légèrement différentes, en Angleterre, en Irlande du Nord, en Écosse et au Pays de Galles.

Il y a très peu de pays du Sud qui jouissent d'un bon système d'informations sanitaires et sociales (enregistrement des naissances, des mariages et des décès). En général, la meilleure façon de suivre l'impact de la Covid-19 est l'excès de décès par rapport aux moyennes sur cinq ans. Bien sûr, les gens ont une idée de ce qui se passe et à quel point leurs hôpitaux sont occupés. Les progrès de la Covid-19 pourraient être suivis par des moyens non standard. L'équipe du professeur Whiteside à Durban à la Health Economics and HIV and AIDS Research Division (HEARD) de l'Université du KwaZulu-Natal a

mis au point des méthodes pour suivre la mortalité due au sida [au Swaziland à l'aide d'avis](#) de décès dans les journaux et les dossiers des entreprises de pompes funèbres.

Bien que les infections à Covid-19 puissent être répandues (en Afrique du Sud, on estime que jusqu'à 60 % de la population du Cap-Oriental a été infectée), elles sont principalement enregistrées chez les personnes âgées qui sont plus susceptibles de tomber malades, d'avoir besoin de traitement et, malheureusement, de mourir. La plupart des personnes atteintes de Covid-19 ne présentent aucun symptôme léger ou modéré. Certaines nécessiteront une hospitalisation et les cas les plus critiques ont besoin d'oxygène supplémentaire. Le taux de létalité des cas est inférieur à [3%](#), ce qui est inférieur aux épidémies récentes qui ont causé des préoccupations mondiales telles que Ebola, MERS et SRAS. Il est également très différent du VIH, où la plupart des nouvelles infections se produisent chez les personnes dans la vingtaine et la trentaine et, en l'absence d'intervention, les gens meurent.

Le VIH se transmet par des liquides organiques pendant les rapports sexuels non protégés, par le partage d'aiguilles et des mères aux nourrissons. Il suppose une action de la part de la personne, ou trop souvent dans le cas des femmes et des filles, qu'on lui fasse quelque chose. En revanche, la plupart des cas de Covid-19 sont transmis par aérosols; lorsque les gens respirent, ils expulsent l'humidité qui contient des particules virales. Les deux peuvent être évités !

On estime qu'en 2018, 74,9 millions de personnes ont été infectées par le VIH et que 32 millions de personnes sont mortes de maladies liées au sida. Au plus fort, en 2004, 1,7 million de personnes sont mortes; et, en 2018, 770 000 personnes sont mortes. La plupart vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en Afrique subsaharienne. Sans traitement, les personnes infectées par le VIH connaissent des périodes de maladie qui augmentent en fréquence, en gravité et en durée et se terminent par la mort. Le décalage entre l'infection et la mort est d'environ 10 ans. L'histoire de la Covid-19 est encore en cours d'écriture; en chiffres absolus, la charge de travail a déjà dépassé celle du VIH, mais il est probable que le nombre de décès sera plus faible.

Populations à risque

L'âge joue un rôle important dans la mortalité et la morbidité des personnes infectées par le SRAS-CoV-2, bien que la présence de comorbidités augmente considérablement le risque de mourir de la Covid-19. Il s'agit notamment de maladies telles que le diabète et, de plus en plus, l'obésité est impliquée. Il y a une différence marquée dans l'incidence des mortalités liées à la Covid chez les personnes âgées de plus de 65 ans et chez les moins de 65 [ans](#) : les premières recherches menées en avril 2020 ont montré que « la gravité et les résultats de la maladie coronavirus 2019 (COVID-19) dépendent en grande partie de l'âge du patient. Les adultes de plus de 65 ans représentent 80 % des hospitalisations et présentent un risque de décès 23 fois plus élevé que les moins de 65 ans. Toutefois, au cours de la deuxième vague de la pandémie de coronavirus, cela a changé, lorsque les personnes âgées de 20 à 29 ans semblaient représenter le plus grand nombre de nouveaux [cas](#).

L'importance de l'âge peut être illustrée par des données provenant de deux pays, l'Italie et l'Afrique du Sud, avec des populations similaires. L'Italie, un pays dont la population est pratiquement la même qu'en Afrique du Sud, a connu deux fois plus de décès liés à la Covid-19 que l'Afrique du Sud, mais dans le cas de l'Italie, 23 % de la population a plus de 65 ans et 16,2 % a plus de 70 ans. En Italie, 85,3 % des personnes décédées du SRAS-CoV-2 avaient plus de 70 ans. L'Afrique du Sud a une population plus âgée que la plupart des pays africains, mais seulement 5,8 % ont plus de 65 ans.

Connaître les groupes à risque permet à la fois des interventions de prévention et de traitement. Dans le cas du VIH, il y avait des groupes spécifiques, par exemple des enfants nés de mères infectées et d'adolescentes. La mortalité et la morbidité de la Covid-19 sont liées à l'âge. Le concept de réponses ciblées a été bien développé dans l'épidémie du sida et peut être appliqué à cette pandémie. Les

messages de prévention ont des similitudes, et cela sera couvert dans les articles ultérieurs de cette série.

Convergences scientifiques et médicaux

Des coronavirus ont été identifiés au milieu des années 1960. Trois ont spécifiquement retenu l'attention des professionnels de santé : le SRAS-CoV, le virus qui cause le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), observé pour la première fois en Chine en 2002, qui a causé 774 décès; MERS-CoV, la cause du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS), qui est apparu en 2012 et a entraîné 858 décès; et l'actuel SRAS-CoV-2 qui cause la Covid-19.

L'émergence du VIH a conduit à une accélération de la science et cela suppose que la science est allée très vite lorsque la Covid-19 est apparu. Il est vraiment remarquable que des vaccins efficaces aient été mis au point et que leur administration ait commencé en moins d'un an.

Il n'existe pas encore de remède contre la Covid-19, mais il existe des traitements, et la plupart des gens se rétablissent. La gravité de l'infection à Covid-19 a requis des soins infirmiers intensifs et chers pour ceux qui ont été hospitalisés. Dans un certain nombre de pays, les services de santé ont été débordés et le personnel médical forcé de trier, bien que cela n'ait jamais été explicite.

Conclusion

Les épidémies peuvent croître de façon exponentielle. En 1990, le nombre de nouvelles infections à VIH en Afrique du Sud doublait tous les 8,5 mois. [L'effet sur les infections](#) à VIH était clair : «À la fin de 1989, le nombre de Sud-Africains noirs infectés par le VIH âgés de 15 à 49 ans était estimé entre 45 000 et 63 000, et on prévoit que ces chiffres passeront d'entre 119 000 et 168 000 d'ici la fin de 1990, et d'entre 317 000 et 446 000 d'ici la fin de 1991».

Avec la Covid-19, le temps de doublement pour de nouveaux cas positifs s'est calculé en jours. 11 jours seulement ont été nécessaires pour que le monde passe de 100 000 cas (4 mars 2020) à 200 000 cas (15 mars 2020). Sept jours plus tard, la barre des 400 000 cas était dépassée, puis sept jours plus tard, on comptabilisait 800 000 cas. À mesure que le taux de reproduction mondial diminuait régulièrement, le temps de doublement augmentait. En décembre 2020, le taux de reproduction des nouveaux cas s'élevait à 0,94 %, soit un doublement tous les 74 jours. À la même date, le taux de mortalité quotidienne était de 0,72 %, ce qui se traduit par un doublement du nombre de cas en 96 jours.

Grâce au sida, le monde était mieux préparé pour faire face à la Covid-19. Dans un document sur le COVID-19 et le VIH, [l'ONUSIDA](#) observait: « Contrairement à la riposte au VIH, qui a dû construire une infrastructure à partir de rien, les réponses à la Covid peuvent se greffer sur l'infrastructure importante que les investissements dans le VIH ont créée. Par exemple, le personnel de santé nouvellement formé et accrédité, que les investissements dans le VIH ont déployé, y compris plus de 280,000 nouveaux travailleurs de la santé formés par le PEPFAR (le plan d'urgence du président américain pour le sida, aident actuellement, en tant que premiers intervenants, à COVID-19 dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ».

Cette préparation est également évidente dans les précautions adoptées par les travailleurs de santé. La tuberculose et le SRAS-CoV-2 sont des maladies respiratoires. Les travailleurs de la santé, qu'ils travaillent dans les secteurs formel ou informel, sont formés pour se protéger et protéger les autres lorsqu'ils sont en contact avec des patients tuberculeux. Ils sont familiers avec l'utilisation correcte des gants et des masques aussi bien que d'autres vêtements protecteurs.

*Alan Whiteside est titulaire de la Chaire CIGI en politique de santé mondiale, Balsillie School of International Affairs et professeur émérite à l'Université du KwaZulu-Natal. Courriel de contact : awhiteside@ballsillieschool.ca

**Arnau van Wyngaard est titulaire d'un doctorat de l'Université d'Afrique du Sud. Il est associé de recherche au Département des sciences de la religion et de la missiologie de l'Université de Pretoria. Courriel de contact : wyngaard@lando.co.za

Lire la suite:

- https://iv.iijournals.org/content/34/3_suppl/1633 sur les séquences génétiques humaines dans le SRAS-CoV-2 et d'autres virus
- [La riposte de Covid : le rôle crucial des experts du VIH | Santé | Le Gardien](#)

[Read More](#)
