

Bonjour, Dr. Alexander Wolkoff, vous êtes médecin au Brésil, et nous avons eu le plaisir de vous avoir sur la chaîne de France-Soir il y a quelques mois, à propos de l'étude que vous avez réalisée. Et aujourd'hui, vous allez nous parler de la situation particulière qu'il y a au Brésil. Nous allons couvrir la situation de la pandémie, comment les médecins traitent et les conséquences pour les patients. Et merci beaucoup d'être disponible aujourd'hui, Alexander.

Eh bien, merci beaucoup, c'est un plaisir de vous parler à nouveau. Nous pouvons parler de la situation du Brésil concernant la pandémie durant cette année, et jusqu'à présent. Peut-être pourriez-vous présenter le premier diapo PowerPoint que nous avons. J'aimerais dire que nous avons appris l'année dernière certaines choses sur cette maladie. Et nous avons partagé cela avec... avec de nombreux collègues, qui ont publié un article le 13 décembre sur "Reviews in Cardiovascular Medicine", qui traitait des quatre piliers de la réponse à une pandémie, qui étaient tout d'abord d'arrêter la propagation, le contrôle de la contagion comme premier pilier, le deuxième pilier étant le traitement précoce afin de réduire les hospitalisations, le troisième pilier est le traitement tardif à l'hôpital, "filet de sécurité pour la survie", qui comprend des stratégies pour la ventilation non invasive et le traitement de la première phase et de la phase inflammatoire de la maladie, ainsi que la création de lits, de lits de soins intensifs, et un nombre de lits suffisants pour les personnes dans le secteur privé, où nous sommes actuellement, ainsi que la recherche de chiffres dans le secteur public et même la tentative d'aider le secteur public où il est le plus nécessaire et où les gouvernements nous ont demandé d'agir chaque fois que nécessaire. Nous avons également mis en place un programme d'information sur la vaccination, car nous pensons que l'immunité collective est très importante à cette époque. Nous n'en sommes qu'à 10 %, soit environ 12 millions de personnes vaccinées pour la première dose et environ 3 millions de personnes vaccinées pour la seconde dose; des deux principaux types de vaccins disponibles. Et nous pensions qu'il offrait une certaine protection aux travailleurs de la santé. Deux études récentes montrent que ce vaccin a protégé les travailleurs de la santé autour de 73% de l'infection de la nouvelle souche. Comme vous l'avez probablement entendu, les souches de Manaus, qui est au nord du pays...

Les souches brésiliennes !

Oui, en fait, il y a trois souches brésiliennes identifiées en ce moment. L'une est la souche P-1, qui a été identifiée pour la première fois à Manaus en janvier, où j'étais pendant environ 30 jours. Mais il y a maintenant deux autres souches, la P-2, qui prédomine à Rio de Janeiro en ce moment. Et puis il y a la souche P-4 identifiée à Belo Horizonte, qui est un état du sud-ouest du Brésil. Il y a donc maintenant 3 souches brésiliennes identifiées jusqu'à présent par des universités et confirmées par des études.

Quelle est la cause de ces variants ? De ces P-1, P-2, P-3 ?

Je suis désolé, pouvez-vous répéter la question, s'il vous plaît ?

Avez-vous une idée de ce qui a causé ces variants ?

Oui, d'après les documents auxquels nous avons eu accès, ils ont déclaré, que les mutations sont très communes dans ces souches virales, et qu'elles sont attendues deux fois par mois au moins. Nous sommes donc maintenant un an après le premier épisode de la pandémie, à cet instant, de nombreux variants ont émergé, et ceux qui ont eu le plus de succès, en termes de transmissibilité et de létalité et donc de survie dans la population ont été plus prédominants. C'est ce qui s'est passé avec la souche P-1, la

première souche résistante au groupe identifiée à Manaus, annoncée en octobre et novembre de l'année dernière. Il ne s'agissait pas de le variant prédominant. Mais ensuite, avec la propagation de la pandémie, c'est celle qu'ils ont identifiée comme prédominante.

Et ces autres souches ont été identifiées parce que, tout d'abord, les mutations sont attendues, on s'attend donc à ce que des mutations et de nouveaux variants apparaissent.

Et deuxièmement, nous avons une très grande population, et... elle ne s'est pas tout à fait conformée au premier pilier de la réponse à la pandémie, ils n'ont pas respecté le port du masque, la distanciation sociale et l'hygiène des mains etc... Cela a facilité la propagation de ce nouveau variant.

Ce que nous avons trouvé dans notre réseau, en janvier, c'est, qu'une seule souche était prédominante, tout d'abord. La deuxième chose que nous avons pensé, qui peut être montrée dans le prochain graphique.

Mais avant de passer au graphique suivant, j'aimerais commenter le cinquième pilier : ce que nous avons appris, c'est qu'elle était plus mortelle, sur le plan clinique elle a touché des personnes plus jeunes et avec moins de comorbidités qu'au départ. Il y a aussi l'effet de la vaccination, qui a été introduite en premier lieu pour les personnes âgées et les travailleurs de la santé. Ce groupe était donc en quelque sorte protégé, dans sa majorité. Et donc l'élargissement de la transmissibilité a touché plus de jeunes gens. Et ils ont atteint une grande quantité de gens, plus grande que la première vague au début, et ils ont rapidement obtenu des résultats cliniques pires que ceux de la première phase.

C'est ce que nous avons observé dans cette nouvelle vague. Nous avons donc dû introduire le cinquième pilier, dont nous avons tant parlé l'année dernière, et le cinquième pilier... premièrement, était de faire sortir les gens de l'hôpital dès qu'ils allaient mieux.

Nous avons donc, une quantité énorme de personnes, et de ressources, comme des concentrateurs d'oxygène, des concentrateurs d'oxygène portables, et des physiothérapeutes à domicile pour tous ceux qui pouvaient aller les traiter chez eux afin de libérer des lits dans nos hôpitaux, pour pouvoir accueillir plus de personnes qui arrivaient en grand nombre. De plus, nous avons eu de nombreux cas, qui sont sortis de l'hôpital et qui présentaient encore des symptômes, ce que vous pouvez lire dans la littérature médicale, en vous référant au covid chronique ou le covid long, un autre terme utilisé pour cela.

Nous avons donc introduit, un grand nombre de personnes qui ont été traitées à domicile, et qui ont été prises en charge par notre équipe de télémédecine.

Nous avons environ 80 000 consultations en télémédecine dans le pays, et c'était un outil très utile dans le cinquième pilier pour s'occuper des personnes qui sortaient de l'hôpital et qui avaient besoin de temps pour s'occuper de leurs maladies après la phase aiguë de la maladie.

Laissez-moi vous parler de la diapositive suivante, qui vous donne une idée des chiffres publics. Il s'agit d'un article publié, qui est également disponible dans la littérature médicale. Ce qui s'est passé l'année dernière, c'est une grosse vague de mai à juin, en juillet également, puis un déclin en août, septembre et octobre. Nous avons donc eu un pic autour de 1000, un peu plus en juin et juillet.

Notre mortalité dans le secteur public et surtout à l'HMO pour lequel je travaille, était de 20 à 40 % inférieure à celle du secteur public et de l'autre HMO. Lorsque nous comparons les régions, nous agissons sur cinq régions du Brésil. Ainsi, lors de la première vague, les 4 piliers ont été appliqués à la réponse à la pandémie.

Mais ce qui s'est passé à la fin de l'année dernière, et au début de cette année, c'est une augmentation des cas. Comme je l'ai déjà dit, cela a commencé dans la partie nord du pays à la mi-février.

Il a dépassé le pic de l'année dernière. Et à partir de là, nous avons eu une augmentation, un montant substantiel de morts, de nouveaux cas, et c'est... C'est dû à de multiples facteurs.

Et tous les facteurs ont à voir avec les quatre premiers piliers que j'ai mentionnés, c'est-à-dire : des mesures tardives du contrôle des contagions dans de nombreux États, et c'est une responsabilité des États, ils doivent agir. Déterminer quels secteurs peuvent être ouverts ou quelles villes ou quelles régions...

Ce sont les mesures de santé initiées par le gouvernement ? Ces mesures sanitaires ?

Oui. Oui, certaines d'entre elles, ont été retardées, ou certaines personnes ne se sont pas tellement conformées, donc nous avons eu une plus grande transmissibilité d'un côté, des nouvelles

souches, des nouveaux variants, et d'un autre côté, une faible conformité, et surtout parmi les jeunes et les travailleurs, bien sûr.

D'autre part, les faibles niveaux de vaccination, qui sont passés de 2 % à 10 % seulement au cours du dernier mois, de la mi-mars à la mi-avril, ce qui est un peu tard pour cela.

Donc ça en explique une partie. Ca explique en partie l'augmentation ?

Oui, oui, rappelez-vous, il s'agit des décès quotidiens en moyenne sur sept jours, c'est encore élevé. Comme vous pouvez le voir, il est passé de 1000 morts à presque 4000 morts. Ca a été publié, au mois de mars. Mais nous savons maintenant que c'était beaucoup plus que ça.

Et vous dites qu'il y avait de multiples raisons et vous avez mentionné seulement les deux premières : le faible niveau de vaccination et ensuite certaines... différences dans le calendrier et la conformité du contrôle de la contagion. Y a-t-il d'autres raisons ?

Oui, probablement. Il y a une raison importante que je dois mentionner, si vous passez à la diapositive suivante, je pourrais en dire plus. Le deuxième pilier que nous avons mentionné, provient du même article publié dans la littérature médicale internationale concernant deux états et leurs différences. Je peux vous dire que je sais, j'étais là en première ligne. Donc ce graphique, je peux vous dire ce qu'il s'est passé sur le terrain. Eh bien, l'état d'Amazonas a eu une augmentation... C'était partout dans les journaux. Nous manquions de nombreuses ressources dans le système public, y compris d'oxygène, ce qui était une situation très difficile. J'étais là dans les pires jours. Heureusement, nous n'avons perdu aucun patient à cause de ça. Mais le contrôle de la contagion a échoué. Et nous avons une énorme quantité de gens qui couraient vers les urgences, qui étaient bondées. Nous devons donc... ouvrir des lits dès qu'ils étaient disponibles, et en soins intensifs, les lits étaient peu nombreux.

Et l'État voisin, qui l'état de Para... en fait ça a commencé en Amazonaz, ça s'est étendu à Para, parce que ce sont des États voisins, et que le fleuve Amazone fait passer le commerce et beaucoup de choses par le fleuve Amazonas.

Donc à Para, ça a commencé dans le sud-ouest de l'État, puis dans la capitale, la nouvelle souche, la souche P-1. Et ce qui s'est passé ici, c'est que le nombre de cas, comme vous pouvez le voir sur le graphique, n'a même pas atteint un tiers des cas en Amazonas. Et les seules différences entre les deux États en matière de santé publique, a été de soutenir le traitement ambulatoire précoce du covid-19. Et cela a commencé depuis le 21 mai de l'année dernière, où j'étais déjà présent, à Para, à cet endroit, l'État a soutenu le traitement ambulatoire précoce.

Nous avons constaté une augmentation des cas, il s'agissait de la souche P1, la même variante qui s'est retrouvée en Amazonas, les mesures de santé publique ont été prises, et la différence a été, le deuxième pilier que j'ai mentionné.

Les médecins ont donc traité tôt ?

Oui, à l'échelle de l'Etat, ils ont donné ce qu'ils avaient, ils ont eu l'hydroxychloroquine, l'ivermectine, ils ont prescrit du Zinc, et cela a fait une différence pour l'état de Para. Je ne dis pas qu'on est à l'abri de la souche P1, le nombre de cas a augmenté, mais pas autant qu'au début, en Amazonas. Et ceci est très similaire à ce que nous avons observé dans le secteur privé pour lequel je travaille, et par rapport à 4 autres régions, que nous avons observé dans la partie nord-est, ainsi que dans le sud et dans la partie sud-est. Si vous pouvez revenir au deuxième PowerPoint qui est dans ce document. Oui. Ce que nous voyons maintenant, c'est que le nombre de cas est soit stable, soit en baisse. Nous sommes au milieu du mois d'avril et notre taux de mortalité, est encore de 20 à 40 % inférieur à celui des autres régions qui

n'ont pas adopté ou là ou le gouvernement n'a pas soutenu le deuxième pilier pour de nombreuses raisons. Nous avons vu dans la deuxième vague que le deuxième pilier du traitement précoce, le traitement précoce à domicile, permet de réduire les hospitalisations et les décès, et nous permet de disposer de suffisamment de lits et de lits de soins intensifs pour traiter nos patients. Je suis très satisfait...

Cela a permis une meilleure gestion des ressources.

Oui !

Cela empêche les gens soient hospitalisés. Et juste, Alexander, juste pour une question. Vous avez mentionné que certaines décisions ont été prises au niveau de l'État, notamment en termes de mesures pour la contagion de l'épidémie... de la pandémie. Y a-t-il des différences entre la décision de l'État d'Amazonas et celle du Para en ce qui concerne les traitements précoces ? Est-ce au niveau de l'État que la décision a été prise à Para ou au niveau des médecins individuels ?

Je suppose que dans le secteur public comme dans le secteur privé, cela dépend des deux côtés. Si le gouvernement décide de soutenir un traitement précoce, et si les médicaments sont accessibles au public, et si les médecins les prescrivent, ce qui est la deuxième mesure importante. La chose dans son ensemble devient plus visible, les résultats.

Je vous donne un exemple, dans le secteur privé, nous savons que près de la moitié des médecins ne prescrivent pas, ou choisissent de ne pas prescrire, même si les médicaments sont disponibles comme dans le public. Donc c'est les chiffres que nous avons, la prescription est une décision médicale, et il est très important que ça le reste.

Donc nous devons faire, c'est de montrer les chiffres, et nous devons montrer les preuves que nous avons apprises, et comment cela fait la différence, afin de prendre la décision de prescrire.

Même si l'État recommande un traitement précoce, vous avez toujours des médecins, qui décident de ne pas suivre la recommandation de l'État, c'est ce que vous dites ?

Oui, oui.

Les médecins sont libres de décider par eux-mêmes, ce qu'ils peuvent faire avec leurs patients ?

Oui. Oui. L'année dernière, en mai, le ministère de la Santé, a publié, une recommandation, soutenant, le traitement précoce, comme l'une des mesures contre la pandémie. Mais c'est seulement une recommandation. Et encore, aujourd'hui, un an après, les gens se demandent, si c'est bien de prescrire. Nous devons donc encore dire aux médecins, que si vous choisissez de prescrire au bon patient, au bon moment, le bon médicament, avec la bonne dose, au bon moment, cela fera une différence dans les hospitalisations.

Vous devez diffuser cette information ?

Oui, oui.

Juste peut-être une question, à propos des patients. Vous montrez les graphiques, d'une courbe brésilienne, où vous avez identifié, les personnes qui sont mortes de covid-19. Ces personnes sont-elles testées par des tests PCR quand elles sont classées positives covid-19 ? Ou comment savez-vous qu'elles le sont ?

OK, le ministère de la santé du pays, a adopté trois façons de diagnostiquer le covid, la première de toutes, est une clinique.. et un diagnostic clinique et épidémiologique, donc basé sur les aspects cliniques et les aspects épidémiologiques, le médecin peut raisonnablement utiliser une CIM compatible au covid. La deuxième façon de diagnostic, est en utilisant une radiographie d'imagerie ou un scanner, ce qui ajoutent des aspects cliniques et des résultats radiologiques spécifiques, permettant d'établir un diagnostic covid.

Et le troisième est le test, le niveau de test n'est pas encore élevé parmi nous.

Les gens dans cette étude, ne sont que des personnes testées. Donc, le diagnostic doit être clinique, épidémiologique, ou radiologique.

C'est ce que nous avons fait l'année dernière, et ce que j'ai dit dans notre dernière interview, où nous avons obtenu 70 000 patients testés, et les avons divisés en groupes selon les âges et les comorbidités. Et nous avons également conclu à la première vague, que le traitement précoce à domicile, faisait une différence dans les hospitalisations, chez les patients diagnostiqués cliniquement, et avec des tests.

Et en ce qui concerne la vaccination, vous dites que le niveau était relativement bas, puisqu'il n'y a que 12 millions de personnes vaccinés. Cela a-t-il été décidé comme étant, d'une part, une mesure clé de la réponse à l'épidémie ? Et avez-vous un problème d'approvisionnement en vaccins ? Avez-vous des priorités, vous savez, comme des priorités parmi les patients âgés ou les patients avec des comorbidités ?

Oui, le plan national d'immunisation, est l'une des priorités du ministre de la santé. Ils ont également investi dans le développement de deux vaccins, en commençant par les vaccins produits au niveau national. Le matériel a été importé, mais ensuite, il a déjà commencé à être produit au niveau national, parce qu'au niveau international, il y a un problème avec les vaccins à grande échelle.

Alors, quel type de vaccin avez-vous décidé de produire localement ?

Nous avons deux types de vaccins produits localement. L'un provient d'un virus inactivé, qui est produit à l'institut de Sao Paulo, et l'autre est un vaccin recombinant qui est produit à L'Institut national.

Et puis vous avez le vaccin Pfizer ?

Oui, oui, et aussi le vaccin Pfizer. Il y en a d'autres qui sont encore en... phase 3 des études, comme le vaccin Sputnik Five, qui n'a pas encore été approuvé par les autorités nationales, l'Institut national. Et le Johnson Johnson est toujours dans à l'étude aussi.

Et, lorsqu'il s'agit, de surveiller les effets secondaires de la vaccination, avez-vous observé des problèmes liés aux vaccinations, tels que des thromboses ou, vous savez, des effets indésirables graves, comme, je ne sais pas si vous en avez entendu parler, mais en Europe, il y a une grande discussion autour du vaccin AstraZeneca, qui a été arrêté dans certains pays. Avez-vous eu de telles observations au Brésil ?

Le moindre effet secondaire lié au vaccin est communiqué au ministère de la santé, et ils n'ont pas encore publié leurs données, je ne peux donc pas le savoir. Mais il y a des commentaires selon lesquels certains cas auraient pu se produire ici aussi, en relation avec les cas allemands et français qui ont été diffusés. Mais il n'y a pas encore de données fermes à ce sujet. Il y a une possibilité que le vaccin Johnson et Johnson ait été interrompu aux Etats-Unis la semaine dernière. Je ne sais pas si vous avez entendu dire qu'ils ont vacciné 5,8 millions d'Américains et que 6 d'entre eux ont eu des effets secondaires concernant des thromboses et ce genre de complications. Donc cette semaine, en début de semaine, ils ont arrêté les vaccinations de l'usine Johnson et Johnson.

Je ne sais pas s'ils ont repris, je dois vérifier avec mes collègues ou les nouvelles. Mais je n'ai pas entendu dire s'ils ont recommencé.

Dès que ceux que nous avons sont disponibles, nous allons vacciner. Nous produisons environ 200 à 300 000 vaccins par jour. L'état de Sao Paulo, j'ai entendu hier, que nous allons bientôt atteindre l'immunité collective. Donc ils ont un programme l'ouverture de l'état de Sao Paulo, qui est le plus peuplé du Brésil.

Et peut-être une dernière question, concernant cette pandémie globale, avez-vous observé une différence, dans la réponse, en ce qui concerne les comorbidités des patients, comme l'obésité, le diabète ou le surpoids, etc. Parce que nous savons que les États du nord du Brésil ont, je dirais, des revenus inférieurs à ceux du sud et des États. Avez-vous observé des différences chez vos patients ?

Non, non, dans le nord et dans le sud, où nous avons des équipes, nous n'avons pas eu de données concernant une quelconque différence, ils ont été affectés de manière égale, je dirais, pour le moment.

Et Alexander, je pense peut-être à une autre question. Quel a été le rôle des médias, selon vous, dans la diffusion de l'information ? Pensez-vous que le traitement de l'information, parce que vous avez mentionné que certains médecins, n'étaient pas prêts à prescrire, malgré le fait que le gouvernement avait préconisé des traitements précoces, et que la population n'avait pas, je dirais, suivi la recommandation concernant les mesures de contrôle de la contagion, les médias ont-ils joué un rôle d'une manière ou d'une autre ?

Ce que j'ai vu dans les médias brésiliens, c'est une communication massive sur le contrôle de la contagion, la nécessité de porter des masques et d'appliquer la distanciation sociale. Mais même dans les Etats du sud, qui sont économiquement meilleurs en ce moment, environ 44% des gens se sont conformés à cette information. J'ai donc vu cela, et j'ai vu une communication large et massive concernant les vaccins. De nombreux experts ont souligné l'importance des vaccins et du contrôle de la contagion. Ce qu'il s'est passé, c'est que pour appliquer un contrôle des contagions, les gens doivent être économiquement prêts pour cela. Et comme la majorité des gens ne sont pas prêts à ce que leurs enfants restent à la maison, comme les chiffres nous l'ont dit, la conformité a été un facteur déterminant dans la propagation des nouveaux variants. Mais je vois aussi que les médias ne disent pas l'importance du traitement précoce, car les données sont encore très controversées, même dans la littérature médicale, et pour quels patients, dans quelle phase de la maladie, nous devrions agir, sur les traitements précoces. C'est très controversé, même dans les journaux médicaux.

Vous dites donc qu'il n'y a pas de consensus scientifique autour du traitement précoce ?

Non, non, il n'y en a pas. Tout est très controversé, si le pourquoi du comment, sur les médicaments, sur les personnes, sur le nombre de jours et sur les patients, ce qui est très acceptable car il s'agit d'une nouvelle maladie, nous avons donc beaucoup à apprendre dans bien des aspects.

Pensez-vous que l'analyse bénéfices/risques de ces traitements précoces, comme vous l'avez mentionné, ils n'obtiennent pas la part de voix que vous souhaiteriez qu'ils obtiennent en raison de la controverse. Et si vous comparez cela au vaccin et parce que vous avez mentionné qu'ils étaient encore en phase 3, ils sont encore des thérapies expérimentales. Donc vous pensez que l'équilibre entre le pour et le contre des bénéfices/risques des traitements précoces par rapport à la vaccination, ces traitements précoces, ils ont une grande expérience, vous avez beaucoup d'expérience avec, et j'ai parlé au Dr. Fernando Hassouna qui a une grande expérience de l'ivermectine, sans effets secondaires, etc. Alors, pensez-vous qu'on leur donne une chance égale ou non ?

Non, je ne le pense pas, même si les vaccins existent depuis de nombreuses années, et qu'ils sont très sûrs, les traitements précoces fait l'objet d'une grande controverse, d'une controverse politique et scientifique sur le choix du médicament, le moment de son utilisation et son utilité. Et les vaccins non, il n'y a pas de question à propos du fait que tout le monde devrait être vacciné. Et quelqu'un doit penser aux effets secondaires de ça aussi. Mais il y a des effets secondaires dans les traitements précoces, mais nous ne les avons pas vus les faibles doses et la courte durée qu'ils requièrent.

Eh bien, Alexander, merci beaucoup pour votre temps aujourd'hui. Il a été très intéressant de parcourir ce panorama de la situation brésilienne.

Pour résumer, nous avons examiné la situation générale au Brésil, la différence entre deux États, l'État de Para et l'État d'Amazonas, où l'une des principales différences est le non-respect de la distance sociale et peut-être une plus grande propension au traitement précoce, nous avons aussi parlé de la vaccination. Merci beaucoup pour votre temps et merci aussi d'avoir pris le temps de vous rendre à Manaus, car je sais que c'était un moment difficile pour vous.

Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion d'en parler. Nous avons fait beaucoup pour traiter nos patients et nous sommes très heureux d'en parler. Merci beaucoup.

Merci beaucoup. Alexander.