Le Chroni Cœur XPRESS

Journal de
la Société québécoise
d'insuffisance cardiaque

OCTOBRE 2021

MOT DU PRÉSIDENT
Un nouvel outil de communication
page 2

LIGNES DIRECTRICES
Les nouvelles lignes directrices canadiennes de la gestion pharmacologique de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite (ICFÉR) mettent en relief un changement dans le paradigme du traitement de cette condition. Faits saillants.
page 3

CLUB DE LECTURE
L'étude AFFIRM-AHF
page 7

CAS CLINIQUE
Greffe et hésitation vaccinale : comment agir avec bienfaisance ?
page 10

À VOS AGENDAS
Formation continue
page 13

mot du président

C'est avec enthousiasme que la SQIC vous propose ce nouvel outil de communication pour vous présenter ses activités et partager avec vous les toutes dernières nouvelles en insuffisance cardiaque.

Un grand merci au comité de la relève et à son dynamisme sans lequel cette première lettre d'information n'aurait pas vu le jour ! C'est en effet du jamais vu à la SQIC, le comité relève est désormais composé d'une trentaine de résidents et jeunes professionnels sous la direction du Dre Lauren Basmadjian.

Cette année encore, un symposium de grande qualité a été préparé par notre comité scientifique. Plusieurs conférences exceptionnelles vous attendent, en collaboration notamment avec l'Association des cardiologues du Québec, la Société Canadienne de Cardiologie et le Groupe d'Insuffisance cardiaque et de Cardiomyopathie (GICC) de la Société Française de Cardiologie. Nos participants pourront notamment assister à un atelier interactif permettant de cumuler des crédits de formation continue de section 3.

Nos patients seront aussi à l'honneur, avec une série de conférences qui leur est destinée. Nous espérons que cela deviendra une tradition dans les années à venir.

La SQIC c'est aussi la recherche. Un grand pas a été franchi cette année grâce à l'implication de notre vice-présidente, Jacinthe Leclerc, qui va pouvoir dresser le portrait de l'insuffisance cardiaque au Québec à partir de données dénominalisées de Vision C+. Un webinaire est d'ailleurs offert en marge du congrès à ce sujet.

Enfin, la SQIC a débuté des travaux en vue de développer un programme d'éducation pour les professionnels et les patients en lien avec l'amyloïdose. Plusieurs cliniciens de différents centres hospitaliers sont impliqués dans ce projet provincial. Restez à l'écoute, nous vous tiendrons au courant de ce grand chantier dans les tous prochains mois.

Il y a un vent de renouveau qui souffle à la SQIC après ces deux dernières années de COVID-19, bien difficiles pour les patients et leurs soignants. Nous vous invitons à vous impliquer et à apporter toujours de nouvelles idées. La SQIC, c'est votre association !

Dr François Tournoux
Président de la SQIC

LIGNES DIRECTRICES

Kevin Haddad
& Karla Samman
R3, programme
de médecine interne
Université de Montréal

Les nouvelles lignes directrices canadiennes de la gestion pharmacologique de l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite (ICFÉR) mettent en relief un changement dans le paradigme du traitement de cette condition. **Faits saillants.**

Le nouveau « étalon d'or » des soins pharmacologiques de l'ICFÉR repose sur l'initiation de chacune de ces quatre molécules parallèlement (et non séquentiellement), en l'absence de contre-indication :

1. **un inhibiteur du récepteur de l'angiotensine et de la néprilysine (ARNI)** comme traitement de première ligne ou après le titrage de l'inhibiteur de conversion de l'angiotensine/inhibiteur du récepteur de l'angiotensine (IECA/ARA) ;
2. **un B-bloqueur** ;
3. **un antagoniste du récepteur des minéralcorticoïdes (ARM)** ;
4. **un inhibiteur du co-transporteur sodium-glucose de type 2 (iSGLT2)**.

Il faut titrer chacun des médicaments jusqu'à la dose maximale prouvée en insuffisance cardiaque ou celle tolérée par le patient, et ce en l'espace de 3 à 6 mois. L'effet synergique de ces différentes classes visera la diminution de la mortalité cardiovasculaire et les hospitalisations pour insuffisance cardiaque, basé sur les études cliniques randomisées (ÉCR) de qualité.

1. La classe ARNI

Abordons pour commencer la classe ARNI. Depuis *PARADIGM-HF*, beaucoup de données provenant d'ÉCR appuient la place plus répandue de cette molécule dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Il est désormais recommandé d'utiliser un ARNI plutôt que les IECA ou ARA comme traitement de première intention chez les ICFÉR, et ce pour réduire les décès cardiovasculaires, les hospitalisations pour insuffisance cardiaque, de même que les symptômes d'IC. Une autre précision des nouvelles lignes directrices est la place accordée aux ARNI en contexte d'une défaillance cardiaque de novo, où il serait raisonnable d'initier le traitement avec cette classe plutôt que les IECA/ARA tel que démontré dans l'étude *PIONEER-HF*. Tout comme les inhibiteurs de l'axe rénine-angiotensine-aldostérone, un traitement aux ARNI nécessite un suivi de la pression artérielle, ainsi que du bilan rénal et électrolytique. Il serait même requis de réduire la dose de certains diurétiques à l'introduction d'un ARNI.

Pour leur part, les indications des IECA et ARA n'ont pas changé depuis la mise à jour des lignes directrices de 2017, sauf une utilisation recommandée plutôt en deuxième intention, laissant la place aux ARNI comme première ligne de traitement. Rappelons que parmi les effets secondaires d'un IECA, on note la toux (10 %) et l'angioedème (< 1 %). Dans ces cas, un ARA est une alternative appropriée. Il n'y a pas de différence entre les deux classes quant au risque de développer une hyperkaliémie, une hypotension ou une insuffisance rénale.

2. Les B-bloqueurs

Les B-bloqueurs occupent également la même place dans les nouvelles lignes directrices par rapport aux précédentes. Il s'agit d'un traitement pilier de l'ICFÉR et son utilisation est recommandée à la fois en contexte d'IC chronique, de novo ou même d'hospitalisation pour une décompensation cardiaque (aussitôt le patient jugé hémodynamiquement stable). Le titrage de cette molécule est complété aux 2 à 4 semaines. Les effets secondaires à surveiller, entre autres, sont les symptômes de réactivité bronchique ou l'apparition d'un bloc auriculo-ventriculaire.

3. Les ARM

Les ARM sont indiqués chez tous les patients avec un diagnostic d'ICFÉR. Malgré cette recommendation, inchangée depuis 2017, et les bénéfices escomptés, on constate que cette molécule est souvent sous-utilisée chez ces patients (environ 33 % selon certains registres. Parmi les effets secondaires, un regard plus attentif doit être porté à la kaliémie (notamment si le K+ dépasse 5.5 mmol/l). L'effet sur la pression artérielle est plutôt négligeable.

4. Les inhibiteurs du SGLT2 (iSGLT2)

La quatrième classe de médicament à utiliser en première intention en ICFÉR est celle des inhibiteurs du SGLT2 (iSGLT2). L'intérêt de cette classe à réduire les risques de décès d'origine cardiovasculaire, d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque et l'amélioration de la qualité de vie s'est consolidé dans de multiples ÉCR (comme DAPA-HF et EMPEROR-Reduced). L'usage de la molécule est donc recommandé maintenant chez les patients avec ICFÉR, qu'ils soient diabétiques ou non. Également, les iSGLT2 sont recommandés chez les patients diabétiques avec maladie coronarienne sans égard au statut d'IC, pour réduire le risque de décès et d'hospitalisations pour IC. Leur usage doit également s'étendre chez les patients diabétiques âgé de > 50 ans avec facteurs de risque athérosclérotiques, pour diminuer les hospitalisations pour IC.

En guise de rappel, peu de données existent pour recommander l'usage de cette classe chez les patients avec un débit de filtration glomérulaire de < 30 ml/min/1.73m^2, et les iSGLT2 sont contre-indiqués en cas de diabète de type 1. Parmi les effets secondaires à surveiller, on note les infections mycotiques, l'hypotension, la déshydratation (surtout en combinaison avec d'autres diurétiques et en contexte de maladie aiguë), et rarement l'acidocétose diabétique euglycémique (incidence 0,1 %). Pour le moment, les données probantes appuient la sécurité des iSGLT2 en cas d'IC chronique chez des patients évalués en ambulatoire, en attendant des données plus définitives pour étendre leur utilisation dans des contextes d'IC de novo ou d'hospitalisation pour IC.

Poursuivons maintenant avec des médicaments qui peuvent complémenter ces quatre molécules pionnières du traitement de l'ICFÉR.

Les inhibiteurs du nœud sinusal

Les inhibiteurs du nœud sinusal optimisent l'effet des bêtabloqueurs en réduisant davantage le rythme cardiaque (RC) au repos, sans effet sur la TA ou la contractilité myocardique. Tout comme les lignes directrices de 2017, l'ivabradine demeure recommandée chez les ICFÉR en rythme sinusal supérieur à 70 bpm avec symptômes persistants malgré optimisation de la première ligne de traitement (SHIFT Trial). Ce médicament est à éviter en présence d'hépatopathie avancée, mais n'a aucun effet sur la fonction rénale.

Stimulateur de la guanylate cyclase soluble

Chez les patients avec symptômes progressifs depuis 6 mois ou hospitalisation malgré thérapie conventionnelle adéquate, un stimulateur de la guanylate cyclase soluble (sGC, Verciguat) peut être considéré. Quoique modeste, l'essai VICTORIA démontre une réduction combinée de la mortalité cardiovasculaire et du délai pour une hospitalisation subséquente chez des patients avec mauvais pronostic. Cet effet est observé en post-hospitalisation, période pronostique critique pour la prise en charge de l'ICFÉR. Par contre, dans des analyses de sous-groupes, la réponse clinique semble atténuée chez les patients avec un NT-proBNP élevés (> 8 000 pg/ml). À noter que le Verciguat requiert une approbation conditionnelle au Canada et ne doit pas être combiné avec des nitrates. Les effets secondaires rapportés incluent l'hypotension symptomatique et l'anémie.

La digoxine

Le rôle de la digoxine dans le traitement de l'ICFÉR demeure très controversé, notamment puisqu'il est supporté par de faibles recommandations. Similairement aux lignes directrices de 2017, cette molécule peut être considérée chez les patients avec ICFÉR et fibrillation auriculaire avec un mauvais contrôle du rythme et/ou des symptômes persistants malgré un dosage optimal de bêtabloqueurs ou quand les bêtabloqueurs sont non tolérés, que ce soit dans un contexte d'IC chronique, d'IC de novo ou d'hospitalisation pour IC. Elle peut aussi être tentée chez l'ICFÉR en rythme sinusal avec des symptômes persistants ou sévères malgré un traitement optimal avec les médicaments de première ligne. Il faut éviter de suspendre le traitement lorsque le patient est hospitalisé.

La combinaison (H-ISDN) d'hydralazine (H) et d'isosorbide dinitrate (ISDN)

En ICFÉR, cette combinaison a été mise de l'avant il y a plusieurs années. Malgré le manque d'évidence robuste récente, celle-ci peut être considérée chez les patients avec ICFÉR qui sont intolérants aux IECA, ARA et ARNI dans le contexte d'IC chronique, d'IC de novo ou d'hospitalisation pour IC. À noter qu'il faut éviter les nitrates ou l'hydralazine seuls en ICFÉR. Dans la population afro-américaine avec symptômes marqués, les vasodilatateurs sont recommandés en plus du traitement pionnier comme première ligne.

L'indication d'un défibrillateur implantable (DCI) ou d'une thérapie de resynchronisation cardiaque (TRC)

En termes de *devices*, les recommandations pour l'évaluation de l'indication d'un défibrillateur implantable (DCI) ou d'une thérapie de resynchronisation cardiaque (TRC) en électrophysiologie sont inchangées depuis 2017. Dans un premier temps, la FEVG devrait être réévaluer après 3 mois de traitement pharmacologique optimal (incluant un ARNI et de l'ivrabradine si indiqué) +/- une procédure de revascularisation avant de référer le patient pour un *device*. Pour un patient qui rencontre toujours les indications pour un DCI à ce moment (c-à-d une CMP ischémique avec un NYHA 2-3 et une FEVG < 35 % ou un NYHA 1 et une FEVG < 30 % ou une CMP non-ischémique avec un NYHA 2-3 et une FEVG < 35 %), il faut aussi considérer les comorbidités du patient, sa fragilité et son état neurocognitif. Cette évaluation globale du patient aidera à déterminer si un défibrillateur est approprié ou pas. De plus, il est primordial de discuter des objectifs de soins avec le patient.

ICFÉR : FeVG ≤ 40 % + symptômes

Traiter les comorbidités selon les recommandations de la SCC (FA, IRC, DB, ...)

Titrer les diurétiques à la dose minimale efficace pour maintenir l'euvolémie

INITIER LA THÉRAPIE STANDARD

- **ARNI ou IECA/ARA** puis substituer avec ARNI
- **B-bloqueurs**
- **ARM**
- **Inhibiteur du SGLT2**

Thérapies non pharmacologiques (exercice, éducation...)

Planification des soins avancés et des objectifs de soins

ÉVALUER LES FACTEURS CLINIQUES POUR DES INTERVENTIONS ADDITIONNELLES

FC > 70 BPM et rythme sinusal
- Considérer Ivabradine

Hospitalisation récente pour IC
- Considérer Vériciguat

Patient de race noire avec thérapie optimale ou patient intolérant aux ARNI/IECA/ARA
- Considérer une combinaison d'hydralazine-nitrates

Contrôle sous optimal de FA, ou persistance de symptômes malgré thérapie optimale
- Considérer Digoxine

Initier la thérapie standard le plus tôt et titrer à chaque 2-4 semaines jusqu'à la dose maximale cible ou celle tolérée sur 3-6 mois

RÉÉVALUER LA FEVG, LES SYMPTÔMES ET LE RISQUE CLINIQUE

NYHA III/IV, IC avancée ou marqueurs à haut risque

Considérer :
- **Référence pour thérapie avancée d'IC (support mécanique/greffe)**
- **Référence aux soins palliatifs**

FeVG ≤ 40% et patient ambulant

- **Référence aux recommandations de la SCC pour la thérapie CRT/ICD**

FeVG > 35 %, NYHA I et patient à bas risque

- **Continuer la même prise en charge, réévaluer au besoin**

Adapté des lignes directrices canadiennes 2021

L'étude AFFIRM-AHF

Emmanuel Bebawi
M.D., Pharm. D., M.Sc.
Médecin résident au tronc commun de médecine interne
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Université de Montréal

Il existe peu de données ayant spécifiquement évalué prospectivement les effets du fer intraveineux (IV) sur le risque d'hospitalisation ou de décès chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche réduite (ICFÉR). L'étude AFFIRM-AHF a évalué l'effet du carboxymaltose ferrique IV chez les patients hospitalisés pour IC aiguë présentant une carence en fer.

Méthodologie

Étude randomisée, contrôlée à double insu et multicentrique (121 centres provenant d'Europe, d'Asie et d'Amérique du Sud).

Critères d'inclusion :

- Hospitalisation pour IC, FEVG < 50 %
- Carence en fer (ferritine < 100 ng/ml ou 100 ng/mL ≤ ferritine ≤ 299 ng/ml si saturation transferrine < 20 %)

Critères d'exclusion :

- Syndrome coronarien aigu/accident ischémique transitoire ou accident vasculaire cérébral au cours des 30 derniers jours
- Revascularisation coronarienne ou intervention cardiaque dans les 30 jours
- IC terminale
- Hémoglobine < 8 g/dl
- Fer intraveineux ou transfusion sanguine au cours des 3 derniers mois ou fer oral > 100 mg/jour au cours du dernier mois

Le carboxymaltose ferrique IV est initié lorsque le patient est près d'un congé de l'hôpital et est suivi d'une deuxième dose à 6 semaines. Des doses d'entretien aux semaines 12 et 24 doivent être administrées si la carence en fer persiste avec un taux d'hémoglobine de 8 à 15 g/dl.

Groupe de patients étudiés

1132 patients hospitalisés pour IC aiguë (âge moyen 71 ans ; 55 % d'hommes ; 95 % blancs) ayant reçu ≥ 40 mg de furosémide IV, dont 567 sujets dans le groupe carboxymaltose ferrique et 565 sujets dans le groupe placebo.

Résultats

- L'issue primaire composée (hospitalisations pour insuffisance cardiaque et décès cardiovasculaires (CV) sur 52 semaines est survenue chez 52,5 % des sujets dans le groupe carboxymaltose ferrique comparativement à 67,6 % dans le groupe placebo (p = 0,059).
- L'administration de carboxymaltose ferrique IV réduit les hospitalisations pour IC de 26 % (NNT = 8) et est associé à une tendance à la baisse (non statistiquement significative) de l'issue primaire composée (Hospitalisation IC et décès CV).

TABLEAU 1
Évènements cliniques[1]

	Analyse en intention de traiter modifiée	Analyse de sensibilité pré-COVID-19
Hospitalisations IC et décès CV*	0,79 (0,62-1,01)	0,75 (0,59-0,96)
Hospitalisations IC*	0,74 (0,58-0,94)	0,70 (0,55-0,90)
Décès CV‡	0,96 (0,70-1,32)	0,94 (0,68-1,29)

* Rate ratio (IC 95 %)
‡ Hazard ratio (IC 95 %)
Pour voir plus de résultats, consulter l'intégralité de l'étude : https://www.thelancet.com/action

Conclusion

Chez les patients hospitalisés pour une IC aiguë ayant une carence en fer, le carboxymaltose ferrique IV initié peu de temps avant la sortie de l'hôpital a réduit les hospitalisations pour IC, mais pas les décès CV, à 1 an.

Commentaires

- Ces résultats sont cohérents avec les études antérieures montrant que le fer IV améliore les symptômes et la capacité fonctionnelle chez les patients atteints d'IC chronique.[2,3]
- AFFIRM-AHF a exclu les patients atteints de myocardite, de cardiomyopathie restrictive, y compris la cardiomyopathie amyloïde et hypertrophique.
- L'analyse de sensibilité pré-COVID-19 pour l'issue primaire est positive. Par contre, la prudence est de mise dans l'interprétation de ces résultats. Il est possible que la COVID-19 ait dissuadé les patients de se présenter à l'hôpital pendant la pandémie. Il est toutefois difficile d'imputer des causes précises pouvant expliquer ce résultat.
- Le carboxymaltose ferrique IV n'est pas disponible au Québec, par contre les cliniciens peuvent utiliser soit le fer-saccharose, le complexe de gluconate ferrique de sodium ou le fer-isomaltoside.

Références

1. Ponikowski P, Kirwan BA, Anker SD, McDonagh T, Dorobantu M, Drozdz J, et al. Ferric carboxymaltose for iron deficiency at discharge after acute heart failure: a multicentre, double-blind, randomised, controlled trial. Lancet. 2020;396 (10266):1895-904.

2. Okonko DO, Grzeslo A, Witkowski T, et al. Effect of intravenous iron sucrose on exercise tolerance in anemic and nonanemic patients with symptomatic chronic heart failure and iron deficiency FERRIC-HF: a randomized, controlled, observer-blinded trial. J Am Coll Cardiol. 2008; 51:103-12.

3. Anker SD, Comin Colet J, Filippatos G, et al. Ferric carboxymaltose in patients with heart failure and iron deficiency. N Engl J Med. 2009;361:2436-48

CAS CLINIQUE

Lauren Basmadjian, M.D.
Résidente en cardiologie
Université de Montréal

Brigitte Voisard
Étudiante au doctorat en psychologie
Université de Montréal

Greffe et hésitation vaccinale : comment agir avec bienfaisance ?

Mme A, âgée de 62 ans, est suivie depuis plusieurs années pour de l'insuffisance cardiaque (IC) idiopathique maintenant terminale. Elle a un traitement médical optimal ainsi qu'un défibrillateur. Elle a également bénéficié d'un MitraClip dans l'espoir que ce traitement permette d'éviter des épisodes d'IC décompensée. Malheureusement, moins de 4 semaines après cette procédure, elle se retrouve hospitalisée à nouveau pour de l'IC décompensée et un syndrome cardio-rénal. Comme à l'habitude, elle s'améliore rapidement avec une perfusion d'inotrope. Une évaluation médicale, psychologique et sociale approfondie conclut qu'elle est une candidate idéale pour une greffe cardiaque ou une assistance ventriculaire gauche (LVAD) en « pont vers la greffe ».

Hélas, il y a un hic… La patiente refuse catégoriquement de se faire vacciner contre la COVID-19. Pour elle, le vaccin est de nature expérimentale. La patiente décrit une peur qui semble être partagée et alimentée par son entourage, et elle défend son droit à une opinion en ce sens. Dans le contexte du marathon pandémique actuel, cette situation ne manque pas de susciter de la frustration au sein de l'équipe traitante. Toutefois, elle dévoile aussi un débat éthique et moral important : devrions-nous accepter de greffer ou même d'offrir des LVAD à des patients qui refusent de se faire vacciner ? La réponse à cette question n'est peut-être pas si simple et il n'existe aucune ligne directrice officielle pour adresser cette question.

→ Il y a plusieurs arguments scientifiques, probabilistes et éthiques en faveur de la vaccination comme prérequis à la greffe.

La COVID-19 peut être sévère chez 14 % des patients avec un taux de létalité (CFR) de 2,3 %[1]. Chez les patients IC ou immunosupprimés post-greffe, ces statistiques sont encore plus sombres avec une étude qui démontre que chez les patients post-greffe, le CFR augmente à 20 %[2]. Comparé à cela, le taux d'effets adverses sévères liés à la vaccination contre la COVID-19 de 0,006 % est quasiment négligeable[3]. Ces chiffres motivent la recommandation officielle de l'*American Heart Association* et de l'*International Society of Heart and Lung Transplantation* en faveur de la vaccination contre la COVID-19 pour tous les patients IC ou transplantés. D'un point de vue probabiliste, il est dans l'intérêt du patient d'être vacciné et nous pourrions considérer la vaccination obligatoire comme un acte de bienfaisance[4].

Selon les données de Transplant Québec pour l'année 2020, 55 Québécois.es étaient en attente d'une greffe cardiaque. Parmi eux, 39 ont eu leur greffe avec un temps d'attente moyen de 234 jours. Chaque année, des gens meurent sur la liste d'attente[5]. Les greffés pédiatriques non-vaccinés contre la rougeole ont des issues moins favorables et ont plus de rejet[iv]. Il n'a pas encore été déterminé si ceci s'applique aussi aux greffés atteints de la COVID-19. Étant les gardiens (*gatekeepers*) de l'allocation de cette ressource limitée, nous avons le devoir de choisir les candidats avec la meilleure chance d'issue favorable. Dans ce cas-ci, des gens vaccinés. Quoiqu'il n'y ait pas d'étude à ce sujet, plusieurs professionnels de la santé craignent qu'un refus vaccinal témoigne d'une tendance vers la non-observance, ce qui est une contre-indication bien acceptée[iv].

→ De l'autre côté de la médaille, il existe des arguments qui réfutent la non-observance vaccinale comme contre-indications à la greffe.

Certains argumentent que le patient a le droit à son autonomie et que de ne pas offrir une greffe sur la base d'un refus vaccinal franchit une barrière morale. Les risques associés au refus vaccinal et les risques associés à la COVID-19 chez cette patiente si elle l'attrape ne sont qu'hypothétiques. Les risques de morbidité et mortalité si la même patiente ne reçoit pas de greffe sont au contraire réels et immédiats. Il n'y a également aucune preuve tangible que les patients qui refusent la vaccination seront non-observants aux autres traitements. Donc, il serait peut-être préférable de respecter le patient et de faire confiance à sa parole dans ce contexte[iv].

Plusieurs études ont évalué les causes qui peuvent motiver l'hésitation vaccinale et soulignent certaines thématiques récurrentes. La confiance que les gens accordent à la science, aux professionnels de la santé, à l'industrie pharmaceutique, aux politiciens ainsi qu'au vaccin en soi joue un rôle majeur dans l'acceptation d'un vaccin[6,7,8]. Les expériences antérieures avec le système de santé, l'opinion de l'entourage, les convictions religieuses et politiques, les médias, l'internet et les réseaux sociaux viennent tous teinter cette confiance[vii]. En général, les nouveaux vaccins génèrent plus de résistance que les anciens[vi]. La perception du risque associé à la maladie que l'on tente de prévenir versus celui du vaccin (qui est souvent surestimé) y contribue également. Cette évaluation du risque est souvent basée sur des croyances et opinions personnelles plutôt que sur des données probantes. De plus, la vaccination contre la COVID-19 est devenue un enjeu socioculturel et politique hautement médiatisé qui dépasse largement le consentement à un traitement médical par un individu. L'hésitation vaccinale est donc très complexe et est influencée par plusieurs facteurs qui n'ont souvent rien à voir avec des analyses statistiques de risques et bénéfices ou de raisonnement logique fondé sur la science.

Ainsi, de citer des statistiques pour convaincre ce type de patients à se faire vacciner n'est pas la meilleure stratégie à adopter. Qui plus est, des études faites auprès de parents hésitants à faire vacciner leurs enfants ont souligné une tendance chez ceux-ci à avoir consommé une quantité importante d'information (ou de désinformation) à ce sujet[vii]. Dans le contexte de la COVID-19 où la désinformation est devenue une épidémie en soi, l'impact de la stratégie de l'éducation peut en être d'autant plus limité. En tant que professionnels de la santé fidèles à la rigueur scientifique, nous sommes plusieurs à nous sentir contrariés et démunis dans ces situations. Il serait probablement pertinent et important de mieux outiller les professionnels de la santé pour ces discussions délicates qui risquent d'être nécessaires dans les mois et années à venir.

Nous risquons de rencontrer ce débat de plus en plus. Il faudra sans doute une prise de position officielle à ce sujet et une approche uniforme dans tous les centres de transplantation à travers le pays pour assurer une allocation juste des greffons. Si la vaccination devient une obligation pour être éligible à une transplantation, ce qui semble être la tendance non officielle dans certains centres canadiens, il faudra faire attention de ne pas avoir un discours coercitif qui viendrait brimer la confiance de certains patients et nuire à la relation patient-équipe traitante. Il faudra également aider les équipes de greffe à mieux comprendre comment contrer l'hésitation vaccinale aux niveaux populationnel et individuel.

Références

1. McIntosh Kenneth & al., "COVID-19: Clinical Features", UpToDate, 2021 June 10.

2. Alfishawy M & al. "COVID-19 Mortality in Transplant Recipients". Int J Organ Transplant Med. 2020;11(4):145-162.

3. "Reported side effects following COVID-19 vaccination in Canada", https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccine-safety/summary.html, mise à jour le 13/08/2021

4. Kates OS & al. The limits of refusal: An ethical review of solid organ transplantation and vaccine hesitancy. Am J Transplant. 2021 Aug;21(8):2637-2645. Epub 2021 Jan 23.

5. « Transplant Québec - Statistiques officielles2020 », https://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/bilan_2020_public_ v2.pdf, 12/02/2021

6. MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. "Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants". Vaccine. 2015 Aug

7. Eve Dubé & al. (2013) "Vaccine hesitancy, Human Vaccines & Immunotherapeutics", 9:8, 1763-1773, DOI: 10.4161/hv.24657

8. Murphy J & al. "Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom". Nat Commun. 2021 Jan 4;12(1):29. doi: 10.1038/s41467-020-20226-9

Formation continue

à vos AGENDAS

OCTOBRE 2021

1. Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire

21 au 24 octobre 2021 – mode virtuel
https://ccs.ca/CCC/CCC2020/fr/index.html

NOVEMBRE 2021

2. Webinaires de l'European Society of Cardiologie

How to implement new therapies in clinical practice

10 novembre 2021 – Europe : de 18 h à 19 h
Canada, heure de l'est : 12 h à 13 h
https://www.escardio.org/Sub-specialty-communities/Heart-Failure-Association-of-the-ESC-(HFA)/Education/Webinars/how-to-implement-new-therapies-in-clinical-practice

The first HFA Clinical Practice Update Course on Heart Failure

25-27 novembre 2021
Option virtuelle disponible
https://www.escardio.org/Education/Courses/Organised/The-First-HFA-clinical-practice-update-course-on-heart-failure

3. Société canadienne de cardiologie

Webinaire sur demande à propos des lignes directrices de la CCS
https://ccs.ca/fr/webinaires-sur-demande-a-propos-des-lignes-directrices

4. Podcast pour la première ligne de la SQIC

Fin novembre – début décembre