

■ Billet du mois

Le patient doit toujours être la priorité, pas la technique !

Conversation avec le Pr Martine Gilard,
présidente de la Société française de cardiologie



“La technique est moins importante que les hommes ou que la société, l’important, c’est le projet humain qui est derrière.”

~ Dominique Wolton

Le professeur Martine Gilard, cardiologue au CHU de Brest et présidente de la Société française de cardiologie, a accepté de répondre aux questions de François Diévert pour *Réalités Cardiologiques*. Ces questions concernent principalement les objectifs de son mandat de présidente et sa vision de la cardiologie interventionnelle. Celle-ci semble pouvoir se résumer en une pensée simple : “Tant avant la technique qu’au bout du bout de la technique, une seule chose compte : le patient.”

Réalités Cardiologiques : Madame le Professeur Martine Gilard, quel a été votre parcours professionnel avant d’arriver à la présidence de la Société française de cardiologie ?

Pr Martine Gilard : J’ai été interne des hôpitaux de Brest après avoir fait mon externat à Clermont-Ferrand puis à l’hôpital Cochin à Paris. C’est à Brest que j’ai donc fait tout mon parcours de spécialité, interrompu un an par un programme post-doctoral (*fellowship*) aux États-Unis à l’hôpital de Washington avec Augusto Pichard et au CHU de Lyon dans l’unité de recherche de Gérard Finet.

Par l’internat, j’ai la double spécialité cardiologie et radiologie, mais je me suis orientée vers la cardiologie interventionnelle avec une attirance nette pour l’ima-

gerie, notamment endocoronaire. Nous avons été un des premiers centres à pouvoir disposer de l’échographie endocoronaire. Nous avons ensuite travaillé avec l’angioscopie coronaire et l’OCT (tomographie de cohérence optique), élément qui nous a valu il y a quelques années une Victoire de la médecine.

En parallèle, et afin d’avoir une vision d’ensemble de notre profession, je me suis progressivement investie dans notre société savante, la Société française de cardiologie (SFC), d’abord comme membre du GACI (Groupe athérome et cardiologie interventionnelle) dont je suis devenue la présidente en 2007. Cela permettait d’avoir une certaine influence auprès des médecins sur des sujets me tenant à cœur. Les étapes suivantes ont été de devenir membre du conseil d’administration de la SFC puis

membre du bureau jusqu’à mon élection comme présidente.

Dans une vision de promotion de la recherche, notamment clinique, il est apparu au cours des années que la recherche clinique dans un seul centre devenait difficile à mener et qu’il fallait une collaboration de plusieurs centres afin d’aboutir à des projets régionaux et nationaux, d’où l’importance d’une collaboration médiée par la SFC que je souhaite promouvoir et encourager.

RC : Que pensez-vous apporter à la SFC ou à la cardiologie durant votre mandat ?

MG : J’ai trois grands objectifs :

>>> Le premier concerne la recherche. M’étant inspirée de l’approche du Pr Jean-Claude Daubert qui avait créé

I Billet du mois

une journée recherche en 2005, j'ai souhaité poursuivre ce projet en organisant une journée recherche afin d'évaluer la position de la France dans ce domaine. Sept groupes de travail ont participé à cette journée avec différents objectifs comme faire l'état des lieux de la recherche clinique en France, demander à ceux qui avaient fait aboutir une recherche d'envergure de nous aider à comprendre leur action, déterminer quelle doit être la communication de la SFC en matière de recherche notamment dans sa promotion, évaluer l'état de pensée des jeunes vis-à-vis de la recherche... Cette journée de réflexion a eu lieu le 5 octobre 2018 et a permis d'importants échanges ayant conduit à la création d'un comité de pilotage dont l'objectif est de faire aboutir les améliorations qui nous ont semblé réalisables.

Un complément d'objectif en matière de recherche concerne l'épidémiologie et notamment les registres afin de les rendre plus performants. Cela peut être fait en les reliant au système de santé, en particulier l'INDS (Institut national des données de santé) et nous avons été la première société savante à postuler auprès de cette entité pour faire aboutir un projet pilote : le remplacement valvulaire aortique percutané ou TAVI. Notre objectif est que le médecin prenne en charge la première étape, c'est-à-dire qu'il remplisse initialement les données du registre par l'intermédiaire de son logiciel-métier. Puis nous ferons en sorte que ce registre soit relié au PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) pour l'obtention des données hospitalières, au SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie) pour le suivi après l'hospitalisation et enfin au CépîDc (Certificat électronique de décès). Le suivi serait donc simplifié. Le projet concernant le TAVI a été accepté en mars 2018, il est actuellement en discussion auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). S'il aboutit, il permettra d'avoir un suivi simplifié et exhaustif.

>>> Mon deuxième grand objectif concerne l'enseignement. En commun avec le Collège national des enseignants en cardiologie, le Syndicat national des spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux et le Collège national des cardiologues des hôpitaux, nous avons élaboré un dossier de plus de 150 pages afin d'expliquer pourquoi nous souhaitons que la formation des cardiologues se fasse en 5 ans, sauf pour la cardiologie et la rythmologie interventionnelles qui, elles, doivent s'étaler sur 6 ans. Cette proposition vient tout récemment d'être acceptée par le ministère, elle se concrétisera donc prochainement.

Par ailleurs, comme j'ai eu la chance de bénéficier en Europe de formations à la communication, notamment au public, je souhaite que les cardiologues en bénéficient aussi. Je promeus donc (et c'est déjà en cours), pour de jeunes praticiens hospitaliers, des formations à la communication auprès du public mais aussi en matière d'élaboration de programme scientifique pour une réunion par exemple.

>>> Mon troisième grand objectif concerne la position de la France en Europe. Comme la France est à l'origine de nombreuses découvertes et d'une recherche clinique de qualité, il me paraît indispensable qu'elle soit plus présente dans les instances cardiologiques européennes et participe à des réseaux, notamment dans les groupes de travail et dans l'élaboration des recommandations européennes.

RC : Vous vous êtes récemment investie dans la promotion du vaccin antigrippal pour les patients mais aussi pour les médecins. Pour quelles raisons ?

MG : La promotion du vaccin antigrippal me paraît être une mesure importante, ce d'autant qu'il s'agit d'une mesure simple, efficace mais malheureusement encore trop souvent négligée. Ainsi, la couverture vaccinale reste insuffisante en France avec moins d'une personne à risque sur deux vaccinée.

Rappelons que les maladies cardiovasculaires sont des maladies chroniques, que les patients atteints de ces maladies sont fragilisés et qu'ils ont de nombreuses comorbidités. Il est donc essentiel, afin de prévenir des complications propres à leur maladie cardiaque, que ces patients soient vaccinés. Une cible prioritaire doit être le patient insuffisant cardiaque. Mais le patient coronarien aussi. Il a ainsi été montré une corrélation temporelle entre les épidémies de grippe et la survenue des infarctus du myocarde et des AVC. Surtout, une méta-analyse récente de deux essais thérapeutiques contrôlés a démontré que, comparativement au placebo, la vaccination contre la grippe réduit de façon nette et significative la mortalité cardiovasculaire, cette réduction étant de 80 % en valeur relative (HR : 0,19 ; IC 95 % : 0,20-0,77). Il s'agit d'un geste simple et indispensable.

Les risques de la vaccination sont rares. Il s'agit d'un vaccin à base de virus inactivé qui a très peu de contre-indications : hypersensibilité et allergie à l'un de ses composants, en particulier à l'œuf. Ses effets secondaires sont bénins et passagers. Ils disparaissent en général après un ou deux jours sans traitement. Ils peuvent comprendre des maux de tête, des sueurs, des douleurs musculaires ou articulaires, de la fièvre, un malaise, des frissons, une fatigue, voire une réaction au site d'injection. Les effets indésirables graves sont très rares et ne remettent pas en cause une balance bénéfice-risque favorable. Ainsi ont été, entre autres, rapportés de rares cas de diminution transitoire des plaquettes, de lymphadénopathie, de névralgie, de paresthésie, de convulsions fébriles, de troubles neurologiques comme une encéphalomyélite, de syndrome de Guillain-Barré, de vascularite avec atteinte rénale transitoire. Mais, rappelons-le, ces événements sont très rares.

Le cardiologue doit donc inciter le patient à se faire vacciner et il doit lui aussi se vacciner. Il s'agit pour moi d'une obligation morale pour au moins deux

Pourquoi se vacciner et faire vacciner contre la grippe ?

Les professionnels comme les malades doivent se vacciner contre la grippe :
 – les professionnels de santé pour ne pas être un vecteur de contamination ;
 – les patients pour diminuer le risque de complications. Certaines sont spécifiques des maladies cardiaques, comme une décompensation cardiaque, et de nombreuses données indiquent qu'il existe un risque accru d'infarctus du myocarde en cas de survenue de grippe.

raisons : ne pas être le vecteur de la maladie et être présent en cas d'épidémie justifiant une action médicale.

RC : Vous êtes spécialiste en cardiologie interventionnelle, notamment coronaire. Quels sont pour vous les progrès les plus importants dans ce domaine au cours des dix dernières années ?

MG : Cette spécialité a beaucoup mûri. À ses débuts, avec les premières angioplasties et les stents, le moteur de la spécialité était surtout technologique : comment résoudre les défis techniques posés ? Puis les études, peu nombreuses au départ, se sont amplifiées et multipliées et le moteur de la spécialité est devenu la culture des études d'évaluation des techniques, donc les grandes études randomisées.

Cela a eu deux conséquences :

>>> La première a été que nous avons compris que, pour prendre en charge un syndrome coronaire aigu, l'angioplastie coronaire est la technique de choix, devant la fibrinolyse, avec une réduction de la morbi-mortalité. Cela a validé l'utilité de l'angioplastie coronaire dans la maladie coronaire instable mais, en parallèle, il est apparu que l'angioplastie ne modifiait pas le pronostic dans la maladie coronaire stable. Elle ne faisait qu'améliorer les symptômes. En mûrissant cette spécialité a commencé des études reposant plus sur le patient lui-même que sur la technicité, tout ayant été dit dans ce domaine. C'est alors qu'est apparue la FFR permettant d'évaluer le retentissement hémodynamique des lésions et non plus seulement leur aspect morphologique. Et là, nous avons

assisté à un saut qualitatif : l'approche physiologique a pris le pas sur la technicité. Depuis cette année, nous savons que, lorsque le traitement – l'angioplastie – repose sur l'analyse morphologique de la lésion, cela ne modifie pas le pronostic, alors que s'il repose sur l'analyse du retentissement de la lésion, le pronostic est amélioré. Ce constat a été validé notamment dans le registre SCAAR.

>>> La deuxième conséquence est que le développement du TAVI a profité du cheminement fait en cardiologie interventionnelle coronaire. Il a donc été rapidement soumis aux essais thérapeutiques randomisés et aux registres. Cela a permis d'améliorer les techniques et la sélection des patients. De ce fait, dans les recommandations, le statut clinique du patient a rapidement été un des critères devant guider sa prise en charge au-delà du simple fait de sa maladie valvulaire aortique. Cette surspécialité s'est donc très rapidement centrée sur le patient et c'est une évolution favorable.

RC : Comment voyez-vous l'évolution de la cardiologie interventionnelle ?

MG : À l'heure des objets connectés, je souhaiterais que les dispositifs implantables, y compris les stents, soient connectés afin d'alerter le médecin en cas de dysfonction ou de complication, notamment en cas de resténose par exemple. Cette recherche est en cours. L'autre évolution viendra probablement, après des échecs initiaux, d'une amélioration de la technique des stents résorbables qui devrait être l'avenir de la technique.

Concernant le TAVI, tout indique que cette technique ne remplacera pas la chirurgie valvulaire mais lui sera com-

plémentaire permettant tant au médecin qu'au patient de choisir le traitement le mieux adapté et le moins risqué dans une situation clinique donnée. Si les chirurgiens pouvaient implanter des bioprothèses valvulaires de plus grand diamètre, il est possible que l'évolution de la technique du TAVI vers le *valve-in-valve*, c'est-à-dire la possibilité d'implanter une prothèse valvulaire percutanée dans une bioprothèse valvulaire, orientera progressivement le choix des chirurgiens vers l'implantation, dans certaines situations cliniques, d'une bioprothèse alors qu'ils auraient, avant le TAVI, implanté une prothèse mécanique. D'ailleurs, une des évolutions des bioprothèses est la création de modèles pour lesquels l'anneau valvulaire pourra se dilater et permettre une implantation de valve percutanée en cas de dégradation de cette bioprothèse. L'implantation de bioprothèses pourrait donc devenir une option préférentielle dans certains cas par rapport aux prothèses mécaniques.

RC : Il y a maintenant une profusion d'informations médicales et des connaissances médicales au point qu'il devient difficile pour un médecin de faire une synthèse de ces données. À titre personnel, face à ce problème, que conseillez-vous aux médecins ?

MG : Il y a en effet pléthore d'études et de publications. Il faut faire un tri qui commence par le choix de ses sources d'information. À titre personnel, j'essaie de ne pas m'éparpiller et d'aller chercher l'information sur les sites officiels de sociétés savantes, notamment européennes ou américaines. Au niveau français, il serait utile de pouvoir créer des sites spécifiques par maladie, mais cela demande encore beaucoup de travail et, dans un mandat électif de deux ans, il faut définir des objectifs, peu nombreux, afin de les faire aboutir. Il est certain en tout cas que la pléthore d'informations constitue un vrai problème pour lequel il n'y a pas de solution simple.

Billet du mois

La croissance exponentielle des connaissances médicales

- Il a été estimé que, dans les années 1980, les connaissances médicales avaient doublé tous les 8 ans et qu'en 2020, elles doubleront tous les 73 jours ! Ainsi, un étudiant en médecine qui sera diplômé en 2020 aura vu le volume des connaissances médicales doubler 4 fois uniquement pendant la durée de ses études.
- À la mi-octobre 2018, il y avait 5 251 journaux médicaux indexés dans Medline ; 813 598 articles médicaux y avaient été indexés en 2017. En 1975, 10 nouveaux essais cliniques se terminaient chaque jour ; en 1995, il y en avait 55 et, en 2015, 95.
- Il est devenu impossible pour un clinicien d'assimiler cette croissance exponentielle des connaissances.
- D'après : DENSEN P. *Trans Am Climatol Clin Assoc.* 2011;122:48-58 et <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=currentlyindexed> et https://www.nlm.nih.gov/bsd/stats/cit_added.html et CATILLON M. www.nber.org/aging/valmed/WhitePaper-Catillon10.2017.pdf.

RC : Pensez-vous que le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication, notamment celui de l'intelligence artificielle qui pourrait bientôt permettre d'analyser l'imagerie plus sensiblement et spécifiquement que les médecins, puisse modifier la pratique de la médecine ?

MG : L'imagerie a fait progresser notre pratique quotidienne. Si la machine aide

à mieux interpréter, pourquoi pas. Mais attention, d'une part, l'artéfact existe y compris pour les systèmes sophistiqués, et la machine peut faire des erreurs. C'est ce que nous avons appris par exemple avec l'imagerie endocoronaire où de nombreuses exceptions ne rentraient pas dans les algorithmes d'interprétation. Et, surtout, d'autre part, la médecine n'est pas une science : le médecin a affaire à un patient et chaque patient est unique. Il ne faudrait donc pas résumer

un patient à une maladie, comme pourraient le faire certains médecins et bien sûr les machines, par exemple à "une insuffisance mitrale grade 4". Ce n'est pas cela la médecine. La question est : *"Quel est et qui est le patient qui a cette insuffisance mitrale de grade 4 : symptomatique ? grabataire ? très actif ? quels sont ses souhaits ?"*

Par extension, je ne pense pas que la télé-médecine puisse se substituer au contact avec le patient. En effet, le simple fait de voir le patient se mouvoir depuis la salle d'attente jusqu'au bureau de consultation apporte déjà beaucoup d'éléments permettant de penser à ce que devra être sa prise en charge.

Le patient doit toujours être la priorité, pas la technique.

*Propos recueillis par le Dr F. DIÉVART
Clinique Villette,
DUNKERQUE*