

# L'épidémie invisible

Repenser le dépistage et le traitement des maladies cardiaques structurelles en Europe



**Santé et soins**

Communauté

**Prévention**

International

**Inégalités**

Espérance de vie

**Maladies et affections**

Résumé

## Résumé

### Le problème

Dans un monde vieillissant, le fardeau imputable aux maladies évitables ne cesse d'augmenter, ce qui génère des dépenses de santé mais également un impact socio-économique.

Les maladies cardiaques structurelles contribuent à ce fardeau ; pour autant, ces maladies ne font pas partie des priorités de santé en Europe. Il est critique d'investir dans le dépistage et le traitement des maladies cardiaques structurelles en Europe. Le programme « Prévention dans un monde vieillissant »<sup>1</sup> de l'International Longevity Center (ILC) a souligné le fait qu'il n'est jamais trop tard pour prévenir les problèmes de santé; la prise en charge du fardeau des maladies cardiaques structurelles peut contribuer au « Bien-vieillir » et à l'allongement de l'espérance de vie.

14 millions de personnes à travers l'Europe sont atteintes de maladies cardiaques structurelles.<sup>2</sup> Elle font partie des maladies cardiovasculaires liées à l'âge, et présentent un taux de mortalité élevé si elles ne sont pas détectées et traitées assez tôt. Elles affectent également la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes,<sup>3</sup> et les formes sévères génèrent une fatigue et un essoufflement même au repos.<sup>4</sup> Certaines personnes qui en souffrent doivent même rester alitées.<sup>5</sup> Compte tenu du vieillissement de la population, il est estimé que le nombre de personnes vivant avec une maladie cardiaque structurelle atteindra 20 millions d'ici 2040, soit une progression de 43%.<sup>6</sup>

Les maladies cardiaques structurelles non traitées peuvent faire peser une lourde charge sur les systèmes de santé et de protection sociale, ainsi que sur la société au sens large. Les personnes qui en sont atteintes ont souvent des besoins sanitaires et sociaux importants et sont dans l'incapacité de contribuer à la société comme elles pourraient le faire en l'absence de la maladie. Le nombre d'hospitalisations dues aux maladies cardiaques structurelles a doublé au cours des 20 dernières années et va sans nul doute continuer d'augmenter.<sup>7</sup> En l'absence de données normalisées, nous ne possédons de chiffres pour cette maladie dans sa globalité. Nous savons cependant que le nombre de personnes de plus de 65 ans qui décèdent de sténose aortique (un type de maladie cardiaque structurelle) est en progression,

contrairement aux chiffres de la maladie coronarienne, qui ont récemment diminué.<sup>8</sup>

Or la plupart des maladies cardiaques structurelles peuvent être traitées avec succès, avec disparition des symptômes et retour à une espérance de vie normale. De nouvelles thérapeutiques ne cessent d'être mises au point.

Outre les bénéfices pour le patient, le traitement des maladies cardiaques structurelles ont montré une réduction de 50 % du nombre d'hospitalisations.<sup>9</sup> Toutefois, des obstacles perdurent en matière de dépistage et de traitement de cette maladie, le plus important d'entre eux étant un âgeisme omniprésent. Des symptômes tels que la fatigue et l'essoufflement sont souvent considérés comme des signes « normaux » du vieillissement, si bien que les personnes ne cherchent pas à obtenir de l'aide et n'en reçoivent pas.

## **Les obstacles au changement en Europe**

Un diagnostic et un traitement précoces des maladies cardiaques structurelles sont essentiels. Plus les personnes vivent longtemps avec cette maladie, plus le taux de mortalité augmente. Mais la sensibilisation du grand public, et même de certains professionnels de santé, reste faible et inégale à travers l'Europe. Selon une enquête européenne sur la santé cardiovasculaire menée en 2019 dans divers pays européens et portant sur les personnes âgées de plus de 60 ans, le niveau de sensibilisation le plus élevé n'était que de 12 % (aux Pays-Bas), tandis que le plus faible n'atteignait que 2 % (en Belgique).<sup>10</sup>

Le dépistage de la maladie par les systèmes de santé est lui aussi insuffisant. Une simple auscultation cardiaque au stéthoscope permet de détecter une maladie cardiaque structurelle potentielle, qui devra être confirmée par échocardiogramme. Malheureusement, ces auscultations au stéthoscope ne sont pas systématiques: un tiers des participants à l'enquête européenne de 2019 portant sur les personnes de plus de 60 ans ont en effet déclaré que leur médecin généraliste effectuait une auscultation cardiaque au stéthoscope « occasionnellement », tandis que seuls 28 % d'entre eux bénéficiaient d'une auscultation cardiaque à chaque visite. Aucun pays européen n'a mis en place de programme de dépistage précoce des maladies cardiaques structurelles,

et l'utilisation systématique de stéthoscopes numériques n'est pas encore la norme.

Lorsqu'une maladie cardiaque structurelle est détectée, un nombre considérable de personnes ne reçoivent aucun soin, malgré l'existence de divers traitements.<sup>11</sup> Selon les données recueillies, cette situation pourrait être due en partie à un manque de connaissance des traitements, et en partie au fait que les cliniciens n'impliquent pas les patients dans les décisions de soins les concernant ou n'utilisent pas d'outils d'évaluation gériatrique appropriés pour déterminer si un traitement est adapté à la personne âgée. Les recommandations des sociétés médicales pour le traitement des maladies cardiaques structurelles ayant été établies sur la base de personnes plus jeunes, il convient de donner plus d'importance aux besoins des personnes âgées.<sup>12</sup>

La collecte de données sur cette pathologie reste insuffisante, les estimations de prévalence en Europe étant basées sur des études aux échantillons limités. Il existe donc peu de données sur les inégalités en matière de traitement ou de résultats pour ces pathologies, ce qui limite l'adaptation des programmes en fonction des situations spécifiques.

La pandémie COVID-19 et la pression supplémentaire qu'elle a exercée sur les systèmes de santé en Europe ont intensifié le fardeau des maladies cardiaques structurelles. Outre son impact sur le fonctionnement des services de soins cardiovasculaires, la COVID-19 semble avoir un impact sur le cœur lui-même. Les réformes qui devront être apportées aux systèmes de santé des suites de la pandémie de COVID-19 seront l'occasion de faire en sorte que chaque personne souffrant d'une maladie cardiaque structurelle soit diagnostiquée et reçoive le traitement approprié.

Maladies cardiaques structurelles: une prise de conscience qui s'accroît Nous disposons aujourd'hui de plus de moyens que jamais pour venir en aide aux patients, y compris les personnes très fragiles, mais nous devons appréhender correctement le problème de l'âgisme omniprésent au sein des systèmes de santé et de la société au sens large. Nous ne devons pas passer à côté de cette occasion qui nous est donnée de permettre à ces patients d'avoir des vies saines et productives.

## Recommandations

Sur la base des preuves disponibles et des entretiens menés avec cinq experts, nous avons formulé des recommandations sur la façon dont les gouvernements, les systèmes de santé et les patients peuvent assurer un meilleur dépistage et un meilleur traitement des maladies cardiaques structurelle. Ces recommandations s'articulent autour d'un certain nombre de domaines différents.

### Renforcer la sensibilisation et améliorer le dépistage et le traitement

Renforcer la sensibilisation du public et des professionnels de santé:

- **Nous devons améliorer la sensibilisation aux maladies cardiaques structurelles auprès du grand public**, en sensibilisant les gens aux symptômes afin qu'ils se fassent soigner. Les décideurs politiques devraient investir dans des campagnes publiques de sensibilisation afin d'informer le grand public sur les maladies cardiaques structurelles et leurs symptômes.
- **Les médecins généralistes doivent être mieux informés sur les maladies cardiaques structurelles** et bénéficier de la formation nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, incluant l'examen régulier du cœur des patients âgés.

Assurer un diagnostic précoce grâce à un meilleur dépistage:

- **L'investissement dans le dépistage précoce doit occuper une place centrale dans la lutte contre le fardeau des maladies cardiaques structurelles** : l'Union européenne et les gouvernements nationaux devraient financer des programmes de dépistage précoce et les personnes de 65 ans et plus devraient avoir droit à un bilan annuel, qui devrait inclure une consultation de dépistage des maladies cardiaques structurelles et une auscultation au stéthoscope. L'Union européenne et les gouvernements nationaux devraient également mettre des fonds à disposition pour l'établissement de programmes de dépistage précoce.

Assurer un traitement de haute qualité:

- **Les recommandations médicales sur le diagnostic et le traitement des maladies cardiaques structurelles doivent être mises à jour régulièrement** afin d'intégrer les derniers développements dans la prise en charge de ces maladies. Elles doivent indiquer clairement où et quand diagnostiquer et traiter les maladies cardiaques structurelles et être adoptées par les systèmes de santé européens en tant que norme d'excellence en matière de soins.
- **Des parcours de soins clairs doivent être créés, avec** des centres spécialisés dotés d'équipes multidisciplinaires formées, où seraient traités tous les patients atteints de maladies cardiaques structurelles.

### **Inspirer et impliquer les décideurs politiques, les professionnels de santé et les patients**

Soutenir la collaboration et le partenariat au niveau européen:

- **Nous devons renforcer la collaboration transnationale et favoriser une approche multipartite** afin d'assurer le partage des bonnes pratiques. Nous appelons à une action commune européenne et/ou au développement d'un réseau de référence européen sur les maladies cardiaques structurelles.

Sensibiliser les responsables et les décideurs politiques au problème des maladies cardiaques structurelles:

- **Nous avons besoin de l'engagement et du soutien des décideurs et politiques nationaux** : nous devons démontrer les avantages financiers du dépistage, du diagnostic et du traitement précoces des maladies cardiaques structurelles. Chaque pays devrait mettre en œuvre une stratégie cardiovasculaire incluant une approche globale de gestion des maladies cardiaques structurelles.

Lutter contre l'âgeisme:

- **L'impact de l'âgeisme sur le diagnostic, l'orientation vers des spécialistes et le traitement doivent être au cœur de la réponse politique**, aussi bien dans les politiques de lutte contre les maladies cardiaques que dans les politiques

relatives au « Bien vieillir ». Il est souhaitable que les initiatives de santé postérieures au Livre vert de l'UE sur le vieillissement prêtent une plus grande attention à l'impact de l'âge.

Impliquer les patients dans les décisions relatives aux soins:

- **Les patients de tous âges devraient être encouragés à consulter leur médecin afin de recevoir un diagnostic et un traitement appropriés.** Chaque patient devrait pouvoir participer à des discussions éclairées et transparentes avec les cliniciens afin de décider du traitement le mieux adapté à ses besoins individuels et à sa situation personnelle.

Amplifier la voix des patients:

- **Les groupes de patients devraient jouer un rôle clé dans la sensibilisation aux maladies cardiaques structurelles -mettant en évidence le fardeau qu'elles causent – et contribuer à l'élévation de leur priorisation dans l'agenda politique.** En faisant participer les patients aux décisions de planification des soins de santé et de protection sociale, il sera possible d'établir des priorités et des services qui répondent mieux aux besoins de chaque communauté.

Renforcer les effectifs des professionnels de santé et soutenir la formation professionnelle:

- **Nous devons renforcer les effectifs des professionnels de santé et veiller à ce qu'ils bénéficient de la formation nécessaire pour effectuer des procédures spécialisées.** Nous avons aussi besoin de professionnels ayant les compétences nécessaires pour établir des diagnostics par échocardiographie. Nous devons adopter une stratégie de gestion prévisionnelle des professionnels de santé en Europe, afin qu'ils soient en mesure de répondre à la demande croissante, à l'évolution des traitements et à la normalisation des spécialités émergentes.

## **Technologie et collecte de données plus efficaces**

Meilleure collecte de données:

- **Chaque pays européen devrait collecter des données robustes et normalisées sur les maladies cardiaques**

**structurelles, destinées à être partagées dans toute l'Europe pour mieux comprendre les effets de la maladie sur différentes communautés et identifier les inégalités en matière de traitements ou de résultats.** Les sociétés médicales et autres parties prenantes clés devraient être consultées sur les données collectées, y compris le type et la gravité de la maladie, le traitement administré et les résultats. Nous devrions également créer un registre européen des patients atteints de maladies cardiaques structurelles.

Nouvelles technologies et innovations:

- **Les cliniciens et les systèmes de santé doivent tirer parti des innovations en matière de dépistage, de diagnostic et de traitement.** Le stéthoscope numérique est un exemple d'innovation susceptible d'améliorer considérablement le dépistage des maladies cardiaques structurelles. Les décideurs du secteur de la santé et les politiques devraient encourager l'adoption de nouveaux outils de diagnostic et méthodes de traitement innovants qui sont susceptibles d'améliorer les résultats pour les personnes souffrant de maladies cardiaques structurelles.

Financement de la recherche:

- **L'Union européenne dans son ensemble, ainsi que chacun de ses États membres, doivent continuer à investir dans la recherche sur les maladies cardiaques structurelles;** nous avons également besoin de créer et d'adopter rapidement de nouveaux traitements efficaces.

## Passer des recommandations à l'action

Nous sommes conscients du fait qu'il existe déjà une volonté et un engagement politiques émergents en faveur d'investissements dans le domaine des maladies cardiaques structurelles. Lancée en mars 2021, la coalition européenne contre les maladies cardiaques structurelles (EU SHD coalition) vise à rassembler des leaders d'opinion, des responsables politiques et des patients pour œuvrer ensemble à la priorisation de la politique de lutte contre ces pathologies.<sup>13</sup> Entré en vigueur en mars dernier, le



programme européen pour la santé (EU4Health) 2021-2027<sup>14</sup> fournira un financement de 5,1 milliards d'euros aux pays de l'Union européenne, aux organisations de santé et aux organisations non gouvernementales (ONG). Nos recommandations sont en ligne avec les objectifs de ce programme, notamment la promotion de la santé et la prévention des maladies, auxquelles 20 % au minimum du financement global sont réservés. Le *Next Generation Recovery EU*<sup>15</sup> est un plan de relance de l'Union européenne qui attribuera 750 milliards d'euros aux États membres afin de stimuler la reprise économique après la pandémie. Une part importante de ces fonds sera consacrée aux soins de santé et à la transformation numérique. Nous sommes convaincus que ces trois initiatives représentent une occasion unique pour passer des recommandations à l'action.

**Auteurs:** Arunima Himawan et Brighter Together Consulting

## Sources

- <sup>1</sup>International Longevity Centre, 2020. Never too late: Prevention in an ageing world. Disponible à: <https://ilcuk.org.uk/prevention-in-an-ageing-world/> (Dernière consultation en mai 2021)
- <sup>2</sup>Eurostat Projections démographiques EU28 (Dernière mise à jour février 2020) - D'Arcy et al. 2016, *Large-Scale Community Echocardiographic Screening Reveals a Major Burden of Undiagnosed Valvular Heart Disease in Older People*.
- <sup>3</sup>The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*, (Little, Brown & Co., Boston, Mass, 1994).
- <sup>4</sup>The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*, (Little, Brown & Co., Boston, Mass, 1994).
- <sup>5</sup>The Criteria Committee of the New York Heart Association. *Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels*, (Little, Brown & Co., Boston, Mass, 1994).
- <sup>6</sup>Eurostat Projections démographiques EU28 (Dernière mise à jour février 2020) - D'Arcy et al. 2016, *Large-Scale Community Echocardiographic Screening Reveals a Major Burden of Undiagnosed Valvular Heart Disease in Older People*
- <sup>7</sup>Meinertz T, Hamm C, Papoutsis K, et al. Deutscher Herzbericht 2016. Dtsch Herzstiftung; 2016:212. <https://www.herzstiftung.de>. Consulté le 4 mars 2020.
- <sup>8</sup>Source: World Health Organization Cause of Death Query online. Disponible à: [http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/causeofdeath\\_query/](http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/causeofdeath_query/)
- <sup>9</sup>D. Cohen et al. (2017) Cost-effectiveness of transcatheter vs. surgical aortic valve replacement in intermediate risk patients results from the PARTNER 2A and Sapien 3 intermediate risk trials [ONLINE] [https://www.acc.org/-/media/Clinical/PDF-Files/Approved-PDFs/2017/10/24/TCT17\\_Presentation\\_Slides/Tue\\_Oct31/PARTNER-2A-SAPIEN-3-Cost-Effectiveness-TCT-2017.pdf](https://www.acc.org/-/media/Clinical/PDF-Files/Approved-PDFs/2017/10/24/TCT17_Presentation_Slides/Tue_Oct31/PARTNER-2A-SAPIEN-3-Cost-Effectiveness-TCT-2017.pdf)
- <sup>10</sup>European heart health survey 2019, Luise Gaede MD Marta Sitges MD Johnson Neil Eleonara Selvi William Woan Richard Derks Helge Möllmann MD <https://doi.org/10.1002/clc.23478>
- <sup>11</sup>Heart Valve Voice (2016) The 2016 UK Heart Valve Disease Survey. Accessible à: [https://www.heartvalvevoice.com/application/files/3614/9482/8596/Heart\\_Valve\\_Voice\\_UK\\_Survey\\_2016\\_.pdf](https://www.heartvalvevoice.com/application/files/3614/9482/8596/Heart_Valve_Voice_UK_Survey_2016_.pdf); Annual number of candidates for transcatheter aortic valve implantation per country: current estimates and projections *European Heart Journal* (2018) 39, 2635–2642 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy107> Andras P. Durko<sup>1</sup> et al.
- <sup>12</sup>Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al. 2017. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 38(36): 2739–91
- <sup>13</sup>EU Structural Heart Disease Coalition, 2021. Tackling the burden of structural heart disease: A European coalition. Accessible à: <https://structuralheartdiseasecoalition.eu/> (Consulté le avril 2021)
- <sup>14</sup>Commission européenne, 2021. Recovery plan for Europe. Disponible à: [https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe\\_en](https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_en) (Consulté le avril 2021)
- <sup>15</sup>Commission européenne, 2021. *Recovery plan for Europe*. Disponible à: [https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe\\_en](https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_en) (Consulté le avril 2021)

## Remerciements

ILC tient à remercier les personnes suivantes qui lui ont fait bénéficier de leur expertise et de leurs connaissances en participant à sa recherche: Professeur Alessandro Boccanelli, cardiologue, et Président de la Société italienne de cardiologie gériatrique; Professeur José Zamorano, Chef du service de cardiologie de l'hôpital universitaire Ramon y Cajal de Madrid ; Professeur Martine Gilard, Directrice, Département de cardiologie interventionnelle de l'université de Brest et ancienne Présidente de la Société Française de Cardiologie; Keith Pearce, Consultant chercheur en cardiologie, et Président sortant de la British Society of Echocardiography; et Wil Woan, Directeur général de Heart Valve Voice UK. Nous tenons également à remercier Brighter Together Consulting, qui a mené les entretiens et contribué à la collecte des preuves, ainsi qu'à la rédaction du présent rapport.



Edwards

Le rapport a bénéficié de l'aimable soutien de Edwards Lifesciences.

L'International Longevity Centre UK (ILC) est un groupe de réflexion britannique spécialisé sur l'impact de la longévité sur la société. Créé en 1997, ILC est l'un des membres fondateurs de l'International Longevity Centre Global Alliance, un réseau international sur la longévité.

Nous possédons une expertise inégalée en matière d'évolution démographique, de vieillissement et de longévité. Cette expertise nous permet de mettre en lumière l'impact du vieillissement sur la société et de collaborer avec des experts, des décideurs politiques et des praticiens pour susciter des discussions et élaborer des solutions innovantes pour une société où chacun peut s'épanouir, indépendamment de son âge.

**ilc...**

**International  
Longevity Centre UK**

Vintage House  
36-37 Albert Embankment  
London SE1 7TL  
Tel : +44 (0) 203 242 0530

[www.ilcuk.org.uk](http://www.ilcuk.org.uk)

Publié en mai 2021 © ILC-UK 2021 Numéro d'inscription  
au Registre des associations caritatives: 1080496.