Cordiam ESC CONGRESS 2026

Interview de Charlotte Cohen par Nicolas Danchin

ESC à Munich : « On est dans une bonne dynamique en cardiologie »

À l'occasion de l'ESC à Munich, la Dr Charlotte Cohen, cardiologue en région parisienne, partage ses impressions sur une première journée particulièrement riche. Nouvelles recommandations, simplification des classifications, place croissante des incrétines, intelligence artificielle, réadaptation cardiaque et échanges entre confrères : elle livre un regard à la fois enthousiaste, critique et très concret sur l'évolution de la cardiologie.

Participer au congrès de l'ESC est toujours un moment particulier. Cette année, j'ai eu la chance d'être invitée à Munich, et j'en suis très reconnaissante. Ce congrès est assez extraordinaire : il permet énormément de rencontres et d'échanges, avec cette impression d'être véritablement au cœur de l'actualité de notre spécialité.

Je n'avais pas vraiment préparé cette première journée ni n'avais d'attentes particulières. J'ai plutôt l'habitude de vivre les moments au fur et à mesure et de voir ce qu'ils peuvent m'apporter. Je me suis simplement levée très tôt pour être présente dès l'ouverture, et j'ai commencé par une session consacrée aux nouvelles recommandations.

Des recommandations qui tendent à simplifier notre pratique

J'ai le sentiment que nous sommes actuellement dans une bonne dynamique en cardiologie, avec une volonté de simplifier certaines classifications et de rendre les choses plus compréhensibles.

C'est notamment le cas pour l'insuffisance cardiaque. Là où nous avions auparavant plusieurs stades, les nouvelles recommandations proposent une approche qui me paraît plus simple, notamment autour de la fraction d'éjection : au-dessus ou en dessous de 50 %, avec les notions de fraction d'éjection préservée ou réduite.

Cette simplification est intéressante, car elle facilite à la fois notre pratique et la compréhension des maladies par les patients.

Nous avons également eu une présentation consacrée aux maladies cardiovasculaires et rénales. Là encore, un élément m'a particulièrement frappée : la place croissante des **incrétines et des agonistes du GLP-1** dans nos recommandations.

Pendant longtemps, certains cardiologues ont pu considérer que ces traitements relevaient davantage de la diabétologie, et qu'ils n'étaient pas forcément de notre ressort. La forme injectable a probablement également constitué un frein. Mais aujourd'hui, compte tenu des bénéfices démontrés pour nos patients, il devient difficile de considérer que ce n'est plus notre problème.

Pour les derniers récalcitrants, je pense qu'il faut vraiment s'y mettre !

Une nouvelle définition de l'infarctus pour parler un langage plus simple

Autre moment intéressant : la présentation d'une nouvelle définition de l'infarctus du myocarde.

En rentrant le soir, je me suis fait une réflexion : il s'agit déjà de la cinquième définition, alors que lorsque j'ai commencé mes études de médecine, nous en étions seulement à la deuxième. Soit cela signifie que mes études de médecine remontent vraiment à longtemps, soit cela montre surtout à quel point nos connaissances et nos classifications évoluent !

En tout cas, je trouve que cette nouvelle définition rend les choses plus claires.

La classification précédente, avec les infarctus de type 1, type 2, type 3, etc., n'était pas toujours facile à retenir ni à utiliser au quotidien. Je ne suis d'ailleurs probablement pas la seule à ne pas la connaître parfaitement !

La nouvelle approche, distinguant notamment les infarctus primaires, secondaires ou induits par une procédure, me paraît plus lisible. On peut ensuite préciser le mécanisme dans la classification.

L'intérêt est finalement assez simple : **nous allons pouvoir parler un langage plus commun**, entre professionnels, mais aussi avec les patients.

La réadaptation cardiaque : une salle qui se vide, et un message qui interroge

La journée s'est poursuivie avec ce qui constitue, à mes yeux, une vraie nouveauté : les premières recommandations consacrées à la réadaptation cardiaque.

Et c'est probablement là que j'ai ressenti une certaine tristesse.

Au moment où cette session a commencé, la salle s'est vidée de moitié.

Je trouve que c'est un message assez triste pour notre spécialité. Je suis personnellement convaincue qu'il faut parfois revenir à des choses beaucoup plus basiques : permettre aux patients de comprendre leur maladie, optimiser et titrer leurs

traitements, les accompagner dans leur prise en charge et, surtout, les réentraîner à l'effort — voire simplement leur apprendre à refaire de l'exercice.

Nous disposons aujourd'hui d'un arsenal thérapeutique extraordinaire, avec énormément de molécules à introduire et à optimiser. Mais cela ne doit pas nous faire oublier les fondamentaux.

Et les bénéfices de la réadaptation cardiaque sont déjà largement démontrés, avec des niveaux de recommandation très élevés dans de nombreuses pathologies.

Je trouve donc dommage que ce sujet suscite moins d'intérêt, en tout cas si l'on se fie à la fréquentation de la salle.

La valve tricuspide : quand l'expertise permet de rendre les choses simples

J'ai ensuite assisté à un tutoriel de Julien Dreyfus consacré à la valve tricuspide, qui est évidemment l'un de ses sujets de prédilection.

Comme toujours, il nous a beaucoup parlé d'anatomie, en rappelant notamment la grande variabilité de cette valve. La forme classique à trois feuillets ne représente finalement qu'une partie des situations, et certaines valves peuvent notamment présenter quatre feuillets.

Pour les réparations transcathéter, cette connaissance précise de l'anatomie est évidemment essentielle. Les différentes vues présentées étaient particulièrement didactiques.

J'aime beaucoup la façon dont Julien explique ces sujets : il rend quelque chose de très complexe extrêmement simple et compréhensible.

Mais c'est justement cela qui est impressionnant : **il lui a fallu des années d'expertise pour réussir à nous rendre les choses aussi simples.**

Intelligence artificielle : vers une nouvelle répartition des tâches ?

Autre sujet qui m'a beaucoup intéressée : l'intelligence artificielle appliquée au diagnostic.

Lors d'un tutoriel consacré à l'amylose, il a notamment été question de l'utilisation de l'IA pour analyser très finement les électrocardiogrammes et détecter des signes précoces d'amylose.

Je trouve cette approche particulièrement pertinente.

J'ai parfois peur que nous soyons progressivement moins performants dans l'interprétation des ECG. Et je fais le même constat avec l'auscultation.

Je suis probablement moins compétente en auscultation que les cardiologues plus expérimentés, non pas parce qu'ils sont « vieux », mais parce qu'ils ont acquis une

expertise clinique considérable. Notre génération s'est davantage appuyée sur l'échocardiographie. Lorsqu'un doute se présente, nous passons peut-être moins de temps à ausculter et nous allons plus rapidement vers l'imagerie.

Dans ce contexte, si l'intelligence artificielle peut nous aider à détecter des signaux faibles sur un ECG, je trouve cela extrêmement intéressant.

Mais ce qui m'a encore davantage impressionnée, c'est son utilisation en échocardiographie.

L'idée est notamment d'utiliser l'IA pour réaliser automatiquement certaines mesures à partir des images échographiques. Et je trouve cela très positif.

Je suis personnellement très favorable à la **délégation des tâches**. Notre expertise médicale doit être utilisée là où elle apporte le plus de valeur, notamment pour les situations complexes et la prise de décision.

Si certaines étapes techniques de l'échocardiographie peuvent être automatisées ou réalisées par des techniciens avec l'aide de l'IA, pourquoi ne pas le faire ?

Cela permettrait aux cardiologues de consacrer davantage de temps et d'expertise à ce qui nécessite réellement leur intervention.

Je suis donc franchement favorable au développement de ces solutions.

Les incrétines : le bénéfice cardiovasculaire est-il uniquement lié à la perte de poids ?

La journée s'est également poursuivie avec une session de débat consacrée à une question très actuelle : **le bénéfice cardiovasculaire des incrétines, notamment des agonistes du GLP-1, est-il principalement expliqué par la perte de poids ?**

Le débat était organisé sous la forme d'un « pour ou contre ».

Sans grande surprise, le premier intervenant a essayé de démontrer que la perte de poids expliquait une grande partie du bénéfice cardiovasculaire.

Mais on voit bien qu'il existe probablement de nombreux mécanismes impliqués. Certains sont aujourd'hui compris, tandis que d'autres restent encore à découvrir.

Cette classe thérapeutique paraît donc particulièrement intéressante, et son importance dans la cardiologie va clairement continuer à progresser.

Encore une fois, je pense qu'il faut que les cardiologues s'y mettent vraiment.

L'ESC, ce sont aussi les rencontres en dehors des sessions

Enfin, la journée s'est terminée avec mon groupe de cardiologues français.

Et c'est aussi ce que je trouve formidable dans un congrès comme l'ESC.

Il y a évidemment tout ce qui se passe dans les sessions : les recommandations, les études, les débats, les nouvelles technologies et les avancées scientifiques.

Mais il y a aussi tout ce qui se passe autour.

Les discussions informelles permettent de partager nos pratiques, de confronter nos expériences, de faire émerger des idées de recherche, d'imaginer de nouvelles collaborations et, surtout, de créer des connexions.

C'est finalement cela que j'aime particulièrement dans l'ESC : **pouvoir se connecter avec la cardiologie européenne, mais aussi avec des cardiologues du monde entier.**

Au-delà des recommandations et des innovations, ce sont ces échanges qui font aussi la richesse d'un congrès.

Interview réalisé par Nicolas Danchin