

INTERVIEW SUR LE DIVAN  
Claude Almange

**Par Adeline Basquin**

Mars 2016

Chers Amis,

Sur la proposition de plusieurs d'entre vous, j'ai demandé à mon (ancien) patron, Claude Almange, de se prêter au jeu de l'interview sur le divan. Il m'a fait le grand plaisir d'accepter et de nous raconter son parcours, ses joies et ses regrets. C'est aussi une nouvelle occasion pour moi de le remercier de m'avoir donné le goût de la cardiologie, et la passion de la cardiologie pédiatrique et congénitale. J'espère être digne de son enseignement riche de son savoir, de son expérience et des plus belles valeurs humaines.



Bonne lecture !

**AB : Quel a été votre parcours professionnel ?**

CA : J'ai fait médecine après des études plutôt littéraires, puisque j'ai suivi ce que l'on appelait à l'époque la série A et philo. Ayant eu un échec « injustifié » au bac de philo en juillet (qui ne s'est pas renouvelé en septembre !), j'ai jugé qu'il fallait faire autre chose que de la philosophie ou des études littéraires ! Faire médecine s'est décidé assez tard, donc. D'abord, je pensais que compte tenu de mes antécédents littéraires, il n'était pas possible de faire médecine, et c'est un ami qui m'a démontré le contraire, ce qui s'est avéré exact mais malheureusement ne serait plus possible actuellement. J'ai fait médecine à Rennes, après le PCB (Physique – Chimie – Biologie) qui était la propédeutique médicale en fac des sciences, année de préparation obligatoire pour rentrer en fac de médecine. J'ai ensuite passé le concours de l'externat en 2<sup>e</sup> – 3<sup>e</sup> année (il n'y avait pas la moitié des étudiants qui parvenaient à être externe à l'époque). Après trois ans d'externat, j'ai passé le concours de l'internat, qu'on pouvait passer dans plusieurs villes, sans pour autant pouvoir aller partout. Par exemple, à l'époque, on ne pouvait pas se présenter à Paris, mais les Parisiens pouvaient se présenter en province ! Après, le concours de Paris a été ouvert aux provinciaux mais comme il y avait un oral, cela n'a pas changé grand-chose car ceux qui le présentaient étaient descendus à l'oral ! On n'avait donc aucune chance d'avoir l'internat de Paris, jusqu'à ce que le concours soit

totalemment anonymisé.

#### **AB : Quand avez-vous voulu faire de la cardiologie ?**

CA : Je suis passé dans les unités de cardiologie pendant mon externat et cela m'avait bien intéressé. Mais à l'époque, je penchais vers la neurologie, pour rester un peu dans l'esprit littéro-philosophique ! Et puis j'ai effectué mon premier stage d'interne en cardiologie chez Mr Leborgne à Rennes, et cela m'a beaucoup plu car j'ai constaté qu'il y avait des thérapeutiques assez efficaces, en tout cas très efficaces par rapport à la neuro ! Donc, j'étais décidé pour la cardio. Là est arrivé le service militaire (18 mois à l'époque), et au retour j'avais quelques mois de battement. Le Pr Leborgne m'a proposé, en attendant mon poste, d'aller faire un stage à Paris, à l'Hôpital Broussais, chez son maître Pierre Soulié. Il était intéressé par les cardiopathies congénitales et avait fait sa thèse dans les années 1955 sur le canal atrioventriculaire quand il était chez Mr Soulié. Il m'a demandé d'aller y étudier la mécano-phono-cardiographie. C'est une technique complètement obsolète de nos jours, mais que j'ai trouvée très intéressante pour l'apprentissage (et ultérieurement pour l'enseignement) de l'auscultation cardiaque. On enregistrait les sons et la morphologie des battements cardiaques sous forme de carotidogramme ou d'apexogramme. Je me rappelle, après être rentré de Paris, avoir fait au bout de huit jours le diagnostic de cardiomyopathie obstructive sur un carotidogramme. Quand cela a été confirmé par un cathétérisme effectué à Paris, cela m'a permis de marquer un très bon point ! Pendant quelques années cette technique a été intéressante : on portait par exemple le diagnostic de sévérité d'un rétrécissement aortique sur le temps d'ascension et d'éjection du phono-carotidogramme. Cela m'a beaucoup instruit pour l'auscultation cardiaque et c'est pour cela que j'ai toujours beaucoup aimé celle-ci.

Donc je suis allé à Broussais en 1968, où en plus d'acquérir cette technique, j'ai suivi les visites, les consultations, et le staff, qui avait lieu un matin sur deux me semble-t-il – où il y avait 100-120 personnes dans l'amphi ! J'y ai appris beaucoup, notamment aux côtés d'un professeur agrégé, remarquablement brillant dans le domaine des valvulopathies : Jean Acar. Il y avait également chez Mr Soulié deux salles d'hospitalisation de cardiopathies congénitales, où les patients étaient des grands enfants et des adultes. Ces deux salles étaient gérées par Pierre Corone et Pierre Vernant. Ce dernier était déjà agrégé à l'époque. Et puis, j'ai quitté Broussais le 30 avril 1968, juste avant les événements de mai qui ont été particulièrement houleux pour le service de Mr Soulié (ce qui ne m'a pas étonné) !

C'est donc après la fin de mon internat à Rennes, effectué essentiellement en cardiologie générale, que j'ai véritablement découvert les cardiopathies congénitales. En 1971, j'ai fait un post-internat pendant 18 mois à Bicêtre, dans le service du Dr Nouaille. On le voyait très peu car il était gravement malade. Ce service avait été créé à la fin des années 50, sous l'impulsion de Robert Debré, grand patron de la pédiatrie française, initialement pour prendre en charge les cardiopathies rhumatismales. Au fil des années, l'incidence des cardiopathies rhumatismales ayant considérablement diminué, le service s'était réorienté vers la prise en charge des cardiopathies congénitales.

À l'époque, c'était un bâtiment de deux étages qui comportait quatre salles d'hospitalisation, accueillant au total 90



patients qui étaient exclusivement des cardiopathies congénitales du nouveau-né, du nourrisson et des enfants, recrutement très différent donc du service du Pr Soulié. Cela en faisait bien sûr le plus gros service de France, et apparemment un des plus importants du monde, ce qu'avait dit un collègue canadien venu en visite dans le service un jour (a posteriori je pense que c'était Jean-Claude Fouron). Cependant, le personnel en était tout à fait restreint. Il n'y avait que trois temps pleins, deux chefs de clinique et Mr Nouaille (qui était, comme je l'ai dit, le plus souvent absent) : Antoine Casasoprana qui assurait en pratique la direction du service, Paule Loth, chef de clinique, et Michèle Thibert qui dirigeait l'hémodynamique. Par ailleurs, il y avait heureusement des temps partiels, qui travaillaient en libéral l'après-midi (P. Lucet, J-N.Mercier), comme les cathétériseurs (L. Auriacombe, G. Simon). L'ensemble de ces praticiens avaient une très grande expérience et m'avaient très bien accueilli, en particulier A. Casasoprana. Avec sa grande gentillesse, celui-ci m'a appris l'essentiel de ce que je sais en cardiologie pédiatrique. Il est devenu un de mes amis les plus chers. On avait la chance de pouvoir bénéficier de l'expérience et de la grande compétence de celle qui était la véritable découvreuse de la trisomie 21 : Marthe Gautier. Celle-ci s'était orientée après sa découverte vers les cardiopathies congénitales, mais voyant qu'elle n'avait pas d'avenir hospitalier dans ce domaine, elle était entrée à l'Inserm pour devenir directrice de recherche. Cependant, elle continuait à venir deux à trois fois par semaine dans le service de cardiologie infantile, faire une visite, très suivie en raison de sa compétence et de sa grande prestance. Tous les samedis matin, il y avait un staff médico-chirurgical (on travaillait le samedi matin à l'époque !). Les chirurgiens parisiens (essentiellement de Laennec et Marie Lannelongue) venaient y faire leur « marché », comme on disait. On voyait Jean-Paul Binet, Jean-Yves Neveux, J. Langlois, Éric Hazan, Claude Planché, Yves Lecompte, Jean-Pierre Bex... C'est là que j'ai fait la connaissance de Claude Rioux (futur chirurgien rennais). Il y avait aussi Georges Lemoine qui était un grand spécialiste de l'intervention de Senning. Cela a d'ailleurs sans doute un peu participé à retarder l'avènement du switch artériel à Paris, car il avait de tels résultats avec les Senning – mortalité de l'ordre de 3-4% – que les praticiens hésitaient beaucoup à tenter une autre intervention.

J'ai profité de mon séjour à Bicêtre pour y faire ma thèse qui a porté sur le troncus arteriosus du nourrisson. J'ai pu recueillir 74 observations, ce qui était de très loin la plus grosse série mondiale, les autres portaient sur 10 ou 12 cas. Le recrutement du service était tout à fait extraordinaire, car les patients venaient de toute la France. 74 observations, c'était considérable, mais malheureusement parmi elles il y avait 43 pièces anatomiques. C'est là que j'ai appris la classification de Van Praagh, qui était quasiment inconnu à l'époque, ainsi que sa conception du conus.

Le weekend, je rentrais à Rennes par le train ; le trajet durait plus de 4h à l'époque. Mais cela me permettait de lire et je me souviens très bien avoir lu l'article de Mr Fontan dans les Annales de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire. Quelques jours plus tard, à Bicêtre, devant une atrésie tricuspide, je me rappelle avoir dit : « Est-ce que l'on ne pourrait pas lui faire une intervention comme celle qu'a décrite Fontan à Bordeaux ? ». Personne n'avait vu l'article. Un autre matin, je suis arrivé après avoir lu dans le train un article de la revue Cœur et Médecine Interne sur le syndrome de Gorlin. Dans le service, le jour même, on voit un patient dysmorphique et je remarque qu'il avait une lentiginose. J'ai évoqué un syndrome Leopard. J'ai marqué beaucoup de points grâce au train !

J'y ai aussi pris des gardes. Quand il y avait une urgence néonatale, l'écho n'existant pas, on se basait sur la clinique ; l'interne utilisait lui-même le saturomètre. Si la saturation était très basse, on se disait que cela avait des chances d'être une transpo. On se basait aussi beaucoup sur la radio, suivant que les poumons étaient clairs ou chargés. Ensuite, on n'avait pas grand-chose à proposer ; il n'y avait pas de garde de Rashkind (premier geste de cathétérisme interventionnel, faut-il le rappeler ?). On attendait le lendemain matin pour avoir un cathétérisme diagnostique par un cathétériseur expérimenté et qui faisait le Rashkind si besoin. Faire un Blalock Hanlon en urgence pouvait arriver mais restait exceptionnel. Le cathétérisme a considérablement évolué, à l'époque c'était un geste très délicat. Les désilets n'existaient pas. Les cathétérismes des nourrissons se faisaient par dénudation de la veine saphène et chez les adolescents de la veine humérale ; le Rashkind se faisait par dénudation de la veine fémorale. Une fois l'examen fini, on ligaturait les vaisseaux, ce qui fait qu'après un Rashkind, s'il s'était bien passé (ce qui était loin d'être toujours le cas ! La mortalité était non négligeable) le bébé ressortait avec un œdème de jambe impressionnant, cyanique. Pour les petits, il n'y avait pas de possibilité de cathé par voie artérielle, et pour les plus grands, il fallait une dénudation chirurgicale – en l'occurrence c'était presque toujours Francine Leca qui intervenait – de l'artère fémorale qui devait également être suturée. Pour entrer au cathé, c'était très long et difficile mais comme je suis resté 18 mois, j'ai finalement réussi à intégrer le cathé et à me former à Bicêtre. J'y ai appris beaucoup car le cathétérisme était un examen diagnostique déterminant : il n'était pas rare que l'enfant descende au cathé sans que le diagnostic ne soit posé. L'échographie n'existait pas et la clinique avec la radio, et parfois l'ECG, était capitale. J'ai vu le diagnostic d'Apso porté de façon exacte sur la seule clinique.

Ultérieurement, le service de cardiologie infantile a été pris en main par Jean Kachaner, et a été transféré à Necker.

Quand je suis revenu à Rennes en 1973 pour effectuer mon clinicat chez Mr Leborgne, j'avais l'étiquette de cardiopédiatre, et j'étais le seul référent de Bretagne ! Sur le Grand-Ouest, il n'y en avait qu'un deuxième qui était Jean-Briec Bouhour à Nantes et ce, pendant quelques années – pas très longtemps car ensuite Michèle Lefèvre, qui était rennaise d'origine, a été nommée à Nantes.

À cette époque, la Filiale de Cardiologie Pédiatrique de la Société Française de Cardiologie, fondée par les Prs Dupuis de Lille et C. Pernot de Nancy, ne comptait guère plus d'une vingtaine de membres.

On a commencé le cathé, avec A. Renault, pédiatre libéral qui s'intéressait aux cardiopathies congénitales. L'écho n'existait pas, et on faisait deux matinées de cathé par semaine.

À propos d'écho, je me rappelle la première publication d'écho à la Société Française de Cardiologie, c'était en 1974. Elle a été présentée par le médecin général Pernod qui exerçait à l'hôpital militaire Percy. Il a présenté une échographie, de la valve mitrale je crois, en TM. Il y avait une pause après sa présentation, tout le monde disait : « Il n'y a que les militaires pour s'intéresser à des c\*\*\*\*\* pareilles ! ». C'était la rigolade générale. Cela m'a beaucoup appris ! Cela a été pareil pour le doppler et d'autres techniques. J'ai pensé depuis lors qu'il ne fallait pas avoir un a priori négatif sur une technique et qu'il fallait attendre pour juger.



**AB : Dans le service, à Rennes, en quelle année l'écho est-elle arrivée ?**

CA : C'est arrivé vers 1975-1976, c'est Alain Michardière qui a été le premier (je crois) à en faire. Il n'y avait que du TM, mais le Bidi est arrivé très vite après. Loïc Révillon, qui a été chef de clinique pendant trois ans chez Mr Leborgne, est ensuite parti à Sainte Justine à Montréal chez A. Davignon faire de l'écho pendant six mois ; il a été le premier à avoir une compétence en échocardiographie pédiatrique à Rennes. C'est avec lui que j'ai appris les bases de l'écho pédiatrique. Cela n'avait rien à voir avec la technologie d'aujourd'hui, cependant on arrivait quand même à faire des diagnostics avec le TM. J'ai vu également apparaître l'échocardiographie fœtale. En 1982, au premier congrès d'échocardiographie fœtale qui avait lieu à Strasbourg, j'ai présenté le premier diagnostic anténatal de troncus arteriosus sur des images TM ! Il y avait un gros vaisseau surplombant le SIV, avec à l'origine une valve manifestement anormale...

**AB : Pourquoi vous êtes-vous plus particulièrement intéressé aux congénitaux adultes ?**

CA : Je m'y suis intéressé très tôt car j'ai commencé en connaissant les adultes, et ce n'est qu'ensuite que j'ai connu les enfants. Le continuum dans le suivi m'a semblé d'emblée important et particulièrement intéressant, alors que les congénitaux adultes étaient considérés comme insignifiants par certains. Le nombre de ces malades ne cesse d'augmenter et il est donc indispensable de s'en occuper. Quel bonheur de suivre une patiente de soixante ans qui a été la première malade ayant bénéficié d'une anastomose de Blalock en Europe par Pr d'Allaines, en présence d'Hélène Taussig !

Et quand on arrive aux congénitaux adultes, on rencontre des jeunes femmes cardiaques qui veulent des grossesses. Quand j'étais interne, c'était toujours le même adage : « Cardiaques : jeune fille = pas de mariage, jeune femme = pas de grossesse, grossesse = pas d'accouchement ». On interdisait sans savoir mais les femmes ne respectant pas toujours les consignes, j'ai constaté que dans la plupart des cas, tout se passait bien. Donc la grossesse chez les femmes cardiaques, et les congénitales en particulier, m'a tout de suite intéressé, sujet qui n'était pas du tout porteur à l'époque !

Et puis, on a appris d'autres choses : ainsi, Mr Leborgne suivait une patiente depuis l'enfance qui avait un Fallot et qui vivait depuis plus de 20 ans avec un Blalock. À l'époque, quand un Blalock marchait bien, on ne se lançait pas dans la cure complète. Il ne fallait donc pas qu'elle ait de grossesse. Par chance, la pilule arrive. Au 15<sup>e</sup> jour de pilule, brutalement, elle thrombose son Blalock. Cela a été, je crois, une des premières – si ce n'est la première – publication à avoir attiré l'attention sur le risque thrombogène des œstroprogestatifs. Elle a failli en mourir, elle a été opérée en urgence. Il aurait mieux valu qu'elle ait sa grossesse, cela se serait sûrement mieux passé pour elle !

Chez les congénitaux adultes, les progrès de la chirurgie ont permis des évolutions extraordinaires. Vous connaissez cette patiente du service, secrétaire de mairie, porteuse d'une atrésie tricuspидienne palliée par un Blalock, qui a vécu correctement jusqu'à l'âge de 57 ans où elle a développé un rétrécissement aortique dégénératif.



Elle a eu une prothèse mécanique et dix ans après, elle est toujours vivante. La même semaine où je faisais opérer cette patiente, je donnais mon accord pour une IMG d'un fœtus ayant la même pathologie. Ça interpelle un peu... Même si chaque cas est différent et qu'il est difficile de prédire précisément l'évolution.

**AB : Quel a été votre meilleur souvenir ?**

CA : Sur l'ensemble de ma carrière, voir l'amélioration au fil des années des possibilités inespérées de prise en charge et des solutions chirurgicales a été un grand bonheur. Personnellement, la première réparation endoventriculaire, le premier REV fait par Yves Lecompte, a été réalisée chez une de mes patientes qui avait une transpo, CIV, sténose pulmonaire avec des branches pulmonaires de mauvaise qualité. Elle a été opérée par Yves Lecompte à l'âge de deux mois en catastrophe car elle allait mourir. Mon plus grand bonheur a été de la voir à 28 ans avoir un enfant dans de bonnes conditions.

**AB : Quel a été votre plus grand regret ?**

CA : Mon grand regret, c'est de ne pas avoir pu créer à Rennes une véritable unité de cardiologie pédiatrique et congénitale médico-chirurgicale. Cela ne s'est pas fait pour des tas de raisons. D'abord, les pédiatres n'y étaient pas favorables. Et puis le milieu cardiologique n'était pas prêt à aider la cardiologie pédiatrique, car c'est, pour les cardiologues, une entité mineure. Donc personne n'a vraiment poussé dans ce sens-là. Et comme je ne suis pas bagarreur par tempérament, je ne me suis sans doute pas battu suffisamment. J'en ai bien conscience. Finalement, seul point positif, cela nous a laissé la liberté de pouvoir confier nos malades aux chirurgiens de notre choix, selon la technique adéquate.

**AB : Avez-vous un conseil à donner aux jeunes qui voudraient être cardiologue pédiatre et congénitaliste ?**

CA : D'abord, il vaut mieux être cardiologue de formation, avec une compétence en pédiatrie. Ensuite, il faut s'accrocher, ne pas se laisser intimider, car les cardiopédiatres congénitalistes sont sous-estimés et les projets de carrière difficiles, surtout en France, hélas. Une fois qu'ils se seront accrochés et spécialisés, ils verront que c'est une spécialité tout à fait complète et formidable. C'est la plus belle à mon avis, et la plus riche des satisfactions.

