

INTERVIEW SUR LE DIVAN  
Jean Kachaner

**Par Magalie Ladouceur et Adeline Basquin**

Décembre 2016

Chers Amis,

Pour continuer dans l'histoire de la cardiologie pédiatrique française, nous ne pouvions pas oublier Jean Kachaner. Ce dernier s'est prêté avec beaucoup de style au jeu de l'interview sur le divan qui s'est déroulée à Necker. Vous découvrirez au fil de cet entretien avec quelle rapidité notre spécialité a évolué ces 50 dernières années, conduisant à l'émergence de nouvelles problématiques et de nouveaux patients.

Bonne lecture !



**ML : On va commencer par ce qui vous a conduit à faire de la cardiologie pédiatrique. Quel était votre parcours ?**

JK : Il y a comme dans toutes les aventures humaines, beaucoup de hasard et un peu de nécessité. La question avant celle-ci, c'est pourquoi j'ai fait médecine ? Pas du tout par vocation. Je déçois toujours beaucoup mes interlocuteurs quand ils me demandent pourquoi, ils s'attendent à des sentiments très nobles. Ce n'est pas du tout cela, je n'étais pas doué pour les mathématiques et les grandes écoles d'ingénieur m'étaient fermées. En fait, je suis un littéraire et j'étais assez doué pour les sciences humaines, mais cela ne menait nulle part, qu'à devenir professeur de Lettres pour enseigner auprès des étudiants qui deviennent à leur tour professeurs de Lettres, etc., et après cela c'est le chien qui se mord la queue, et cela ne m'intéressait pas beaucoup. Les écoles de commerce m'ont tenté un moment, mais pareil.

Bref, la vraie raison pour laquelle j'ai fait médecine, c'est que c'était des études longues et j'étais très heureux dans ma vie d'étudiant. C'est vraiment pour cela que j'ai fait médecine. Après, la spécialisation... à un moment donné, j'ai décidé de faire de la pédiatrie. Là non plus, je ne saurais pas dire pourquoi. Toujours est-il que j'ai fait un internat pédiatrique. C'était une formidable école, pas seulement une école de médecine, c'était surtout à l'époque une école de rigolade et j'en ai vraiment bien profité.

Alors au cours de cette internat, on fait des rencontres, parce que la pédiatrie, ce n'est jamais que de la médecine générale. Il faut à un moment donné se trouver une sous-spécialité quand on est humble, une surspécialité quand on est orgueilleux. J'ai en fait commencé par faire une rencontre fondamentale, celle de Gilbert Huault, qui tout à fait par hasard m'a demandé ou m'a fait demander par un de ses collaborateurs si je ne voulais pas occuper mon clinat à faire de la réanimation pédiatrique. C'était une spécialité qui n'existait pas, et qu'ils étaient en train d'inventer. Comme je n'avais pas d'autre choix, je me suis lancé dans cette aventure qui est la plus fascinante de ma vie, puisque c'est une médecine que l'on inventait, qui n'était pas très prenante, mais très exceptionnelle, très extraordinaire. On découvrait, on inventait des choses, des techniques, des instruments, des méthodes...

Et puis surtout, il m'a appris une façon de se comporter en médecine. Cette médecine que l'on ne faisait nulle part ailleurs : on la faisait debout, contrairement à la médecine assise où l'on se met autour d'une table et on discute de dossiers, en prenant du café, là c'était debout 24 heures sur 24. Il n'y avait pas de raison, c'était celui qui savait qui était le chef, il n'y avait pas de hiérarchie du grade, du titre, de l'ancienneté. Il y avait la hiérarchie du savoir et puis le recours, quand on ne savait pas, à ceux qui savaient. Toutes sortes de principes qui ont complètement transformé mon éthique médicale.

Alors, à l'occasion de ces sept années passées au contact de la réanimation pédiatrique polyvalente, je me suis tout particulièrement intéressé aux suites postopératoires de chirurgie cardiaque, et en particulier des chirurgies cardiaques à cœur ouvert, à la fin des années 1960 et au début des années 1970. Il y avait beaucoup d'échecs dans les deux services de chirurgie cardiaque parisiens, qui étaient le top à l'époque : l'hôpital Laennec et le centre chirurgical Marie-Lannelongue. C'est pourquoi ils nous ont demandé de nous intéresser aux problèmes des suites postopératoires de chirurgies cardiaques.

On est allé à Londres, on a travaillé beaucoup avec le groupe de *Great Ormond Street* et on a importé à l'hôpital Saint Vincent de Paul, où se trouvait le service, les méthodes qui étaient pratiquées par nos collègues anglais et qui donnaient des résultats formidables. Du coup, on a à nouveau inventé un système très particulier, où on allait chercher les patients en salle d'opération, à la fin des interventions, avec des ambulances spécialement équipées. Cela ne s'appelait pas encore le SAMU, cela s'appelait les ambulances CARA. On allait les chercher, on les installait de la table d'opération sur le brancard de transport et puis on les mettait dans le camion. Évidemment, tout était arrangé pour pouvoir assurer la continuité des soins, très intensifs. Puis on les amenait à l'hôpital Saint Vincent de Paul, et en deux ou trois ans, tous les Mustard, les Senning, et les Fallot du nourrisson, ne mourraient plus. On a donc pris en charge ce problème, et je crois qu'on l'a résolu.

Évidemment, c'était une étape et cette activité a finalement été réintégrée dans les services de chirurgie, qu'elle n'aurait jamais dû quitter. Je me souviens d'avoir eu pour élèves pas mal de gens qui sont devenus les grands réanimateurs des services de chirurgie cardiaque comme Jacqueline Brunou par exemple au CCML. Donc voilà, cela a été un contact extrêmement enrichissant sur le plan de l'éthique médicale et sur le plan de la surspécialité qui pointait à l'horizon.



Je dois dire enfin qu'au cours de mon internat, j'ai fait une autre rencontre qui m'a beaucoup marqué, beaucoup orienté : celle de Marthe Gautier. Elle était assistante du service de cardiologie pédiatrique de l'hôpital Bicêtre et je l'ai fréquentée à trois reprises : deux semestres d'internat, et un semestre de pseudo-clinacat. Je suis devenu complètement « addict ». Pas tellement à la spécialité – j'aurais pu m'intéresser à toute autre chose – mais surtout à la façon dont Marthe Gautier faisait son travail, l'envisageait. Cette finesse, cette intelligence, cette culture. Cela a très très vite fonctionné, et j'ai fait ma thèse avec elle. Enfin, nous sommes devenus très amis et nous le sommes toujours, car elle a 92 ans maintenant et elle survit avec une tête qui marche extrêmement bien !

Donc, j'étais déjà extrêmement intéressé par la cardiologie des enfants, chez Gilbert Huault, et je me suis intéressé à la chirurgie cardiaque des enfants, son aspect médical postopératoire. C'était clairement le sujet qui m'intéressait dans la pédiatrie et il s'est trouvé – c'est là que le hasard est intervenu à nouveau – qu'il y avait une opportunité dans la succession de la chefferie de service de cardiologie pédiatrique à l'hôpital Bicêtre. Son chef, Jean Nouaille était mort. Marthe Gautier, qui était le successeur évident, légitime, ne pouvait pas parce qu'elle avait été nommée assistante selon les anciens systèmes. Elle n'avait donc pas les titres qu'il fallait au moment où il aurait fallu. Bref, cela ne pouvait pas être elle, et elle a d'ailleurs fini comme Directeur de recherche dans un laboratoire prestigieux de l'Inserm, où elle a fait à nouveau de grandes découvertes en hépatologie. Donc, ce poste se trouvait vacant et on a pensé que je ferais un bon candidat pour l'équipe. J'ai été nommé d'abord en assistant de Michel Ribierre, qui était un pédiatre de l'hôpital Necker Enfants Malades, qui est venu à l'hôpital Bicêtre, pour assurer la chefferie de service.

Nous avons fait un couple assez sympathique parce qu'il s'occupait essentiellement de toutes les corvées, les problèmes administratifs et il nous a laissé faire, Alain Batisse et moi. Il a été mon grand complice fondateur de la médecine en lui donnant un aspect moderne, intensif et de développement. Là aussi, je lui ai laissé choisir ce qu'on voulait lui imprimer. Voilà pourquoi j'ai fait de la cardiopédiatrie.

### **ML : Passionnant ! Qu'est-ce qui vous a le plus marqué dans ce parcours ? Qu'est-ce qui vous a le plus ébloui ?**

JK : Beaucoup de choses, énormément de choses, puisque j'ai eu une chance – là encore, c'est le hasard – d'avoir été au bon endroit au bon moment. J'ai connu la cardiologie pédiatrique au cours de mon internat, la période des années 1960. Je rappelle que la chirurgie cardiaque à cœur ouvert a été inventée aux États-Unis dans le milieu des années 1950. Elle a été importée quelques années plus tard en France et a démarré de façon très chaotique. Donc, au milieu des années 1960, on était encore dans une période très compassionnelle, où ce type de médecine était réservée à des femmes, parce qu'elles sont plus compatissantes que les hommes peut-être, et avec peu de moyens. Le diagnostic, sans dénigrer ces méthodes, était essentiellement clinique et on avait d'ailleurs beaucoup réfléchi à l'époque sur les moyens d'approcher au mieux le diagnostic par des procédés très simples. L'étalon diagnostique était le cathétérisme cardiaque, il n'était pas question d'échographie à l'époque. Le cathétérisme cardiaque chez l'enfant était donc une aventure très compliquée, très dangereuse, qui donnait des résultats assez aléatoires, pas toujours très informatifs. Autrement dit, on est parti de pas grand-chose. J'ai connu cette époque

véritablement pionnière et j'avais quitté le navire à une époque – on en parlera peut-être tout à l'heure – où j'avais le sentiment que la plupart des problèmes avaient été réglés et qu'il n'était plus possible de dire à des parents que leur enfant avait une malformation cardiaque, et que c'était très embêtant, parce que l'on ne savait rien faire pour cela. C'est fini cela, on a des solutions pour tout et la plupart des solutions sont de vraies solutions. Il reste encore évidemment une part où les solutions sont de qualité moyenne mais quand même, on a presque tout résolu.

Donc, ce qui m'a ébloui dans ce parcours, c'est d'abord la rencontre avec un certain nombre d'hommes et de femmes qui sont devenus mes collaborateurs. C'est un mot que je n'aime pas trop, car cela a une connotation un peu péjorative de supérieur à inférieur. J'ai été tellement élevé dans l'éthique, dans la hiérarchie horizontale, que jamais de la vie je ne pouvais imaginer une direction descendante, verticale. La rencontre de personnes comme Alain Batisse au début et ensuite des personnes aussi exceptionnelles que Laurent Fermont, que Daniel Sidi, beaucoup de mes internes qui sont devenus mes chefs de clinique, Damien Bonnet naturellement, et puis tant d'autres. Nous avons eu à nouveau le sentiment que, dans le domaine de la cardiologie pédiatrique, comme je l'avais vécu pour la réanimation pédiatrique polyvalente, l'on était en train de faire avancer la discipline et qu'en définitive, on l'écrivait. On ne la lisait pas dans les revues spécialisées – parce que c'était l'époque qui voulait cela – et puis il y avait un groupe de gens qui étaient très décidés à faire avancer les choses. Nous n'avons jamais manqué de moyens et nous n'étions pas nombreux à faire ce type de médecine, donc je n'en ai pas à tirer une gloire particulière.

Il y avait une cardiologie pédiatrique à l'époque. Elle était parisienne. L'Assistance Publique n'avait que ce service dans ses spécialités et ne nous a jamais refusé quoique ce soit, donc on a été très gâté de ce côté-là. Donc on a vécu toute une série de révolutions culturelles éblouissantes comme l'apparition de l'échographie, naturellement, qui a complètement changé les choses, avec ses évolutions très techniques, très brillantes au point de prendre la place que l'on sait dans l'évaluation des malformations cardiaques aujourd'hui. Il y a eu l'apparition de traitements efficaces. C'était extraordinaire parce qu'avant, quand on avait un enfant qui avait une acidémie parce qu'il était en collapsus du fait d'une malformation cardiaque en insuffisance cardiaque grave, on donnait du bicarbonate de soude pour lutter contre cela. Puis à un moment donné, les prostaglandines sont apparues. Pour les jeunes, pour toi, c'est quelque chose de tellement évident, mais pour nous, c'était la nuit qui cessait, le jour qui apparaissait et on voyait ces enfants mourants s'éveiller à la vie. On pouvait enfin travailler dans une grande sérénité et on n'avait plus besoin d'appeler le chirurgien la nuit. Le cathétérisme interventionnel a démarré grâce à Jean-François Piechaud. C'est une rencontre tellement particulière. Ce type, venu d'ailleurs de nulle part, a pris la place considérable qui a été la sienne. Il a suscité toute une école autour de lui, parfois à son corps défendant mais cela ne fait rien, il l'a quand même suscitée. On en recueille les fruits encore aujourd'hui. On avait la possibilité de faire notre métier dans la sérénité et non plus dans l'urgence, dans la course après la vie et après la mort pour tenter d'arracher les enfants, au prix parfois de séquelles, à des situations extraordinairement difficiles. Voilà, cela a été une révolution culturelle tout à fait considérable.

Et puis il y a eu la rencontre avec des chirurgiens, qui naturellement sont nos collègues privilégiés. Nous faisons le même type de médecine. D'ailleurs, une de mes grandes joies a été de pouvoir collaborer avec un groupe de

personnes à Paris d'une qualité exceptionnelle qui, quand on fait l'histoire de la chirurgie cardiaque pédiatrique, comptent parmi les très grands chirurgiens cardiaques au monde. Je veux parler d'Éric Hazan avec qui j'ai fait mes études de médecine, je veux parler de Claude Planché qui nous a quittés récemment, de Jean-Yves Neveux et puis de la génération qui l'a suivi, à savoir Pascal Vouhé, ce chirurgien splendide qui est toujours en activité, et qui a tant fait pour la discipline. La rencontre et le travail avec ces gens-là ont été pour moi une grande source de joie parce que cela a été une source de succès. J'ai pu assister à des progrès exceptionnels dans les domaines des soins opératoires et postopératoires. Ils se sont considérablement enrichis au cours des décennies suivantes en termes de méthodes de prise en charge pendant l'opération, pendant la circulation extracorporelle, pendant la protection du myocarde, et surtout après l'intervention, en salle de réanimation avec l'apparition de substances qui vous paraissent complètement évidentes comme le monoxyde d'azote ou les drogues anti-hypertensives. Quand je pense à la première bouteille de monoxyde d'azote que l'on a eue, qu'on transportait avec un petit Fenwick, et que l'on n'osait pas faire rentrer dans une chambre tellement elle était poussiéreuse. On voyait à nouveau les enfants qui étaient en train de mourir d'hypertension pulmonaire se calmer, ressusciter... Tout cela a contribué à faire de cette discipline difficile, risquée et crispante par la qualité aléatoire des résultats, une spécialité beaucoup plus sereine où on peut discuter d'indication opératoire à des âges incroyables, où on peut discuter d'indication opératoire dans des syndromes polymalformatifs comme la trisomie 21, chose qui était interdite dans les années 1970 : « Vous n'y pensez pas, il va prendre la place d'un autre... ».

Voilà quelques-uns de mes éblouissements au cours de cette carrière, qui, je le répète, est partie d'une phase où on s'occupait des enfants en leur donnant des extraits de plantes, des incantations et beaucoup de compassion, à une discipline fondée sur des bases scientifiques et disposant de moyens extraordinaires qui permettent de résoudre presque tous les problèmes.

#### **ML : Que trouvez-vous de bien et de moins bien dans la cardiologie pédiatrique et congénitale aujourd'hui ?**

JK : Il y a beaucoup plus de bonnes choses que de choses moins bien, naturellement. Je vais commencer par quelque chose de marginal mais qui me tient beaucoup à cœur, parce que je pense qu'elle s'intéresse aux problèmes actuels de la cardiologie pédiatrique, ceux qui ne sont pas encore résolus et qui ne sont pas de notre ressort géographique. Ce sont les ONG, comme la Chaîne de l'espoir, comme le Mécénat Chirurgie Cardiaque et puis d'autres que je connais moins bien, à Strasbourg, à Monaco et ailleurs sans doute, où les gens vont dans les pays dits sous-développés. On peut dire sous-développés ou en voie de développement encore qu'à mon avis, ce n'est pas pour demain le développement. Enfin, parce que là-bas, on meurt de Tétralogie de Fallot et on meurt de CIV, et on dit même que la transposition des gros vaisseaux n'existe pas. On n'en voit jamais, forcément, il n'y a pas de néonatalogie, ils meurent tous à la naissance. La cardiologie pédiatrique, elle est là en ce moment dans le monde. Alors évidemment, quand on est au nord et à l'ouest, on n'a pas du tout la même vision que quand on regarde vers le sud et vers l'est, où les problèmes sont ceux que moi j'ai connus il y a une cinquantaine d'années. Je trouve que c'est bien que ces ONG, selon des méthodes qui leur appartiennent et qui sont éventuellement différentes, aillent sur place, créent des instituts ou fassent venir des enfants via des médecins formés spécialement

à cela. Je participe à ce type de choses en ce moment, je veux dire la formation des spécialistes à notre discipline. Cela est quelque chose qui me paraît important actuellement et qui me réjouit parce que cela fonctionne, plus ou moins bien, mais dans l'ensemble avec plus de très bons résultats que d'échecs.

Alors maintenant, pour parler de la façon dont je vois la cardiologie pédiatrique aujourd'hui, quand j'assiste – parce que je le fais encore de temps en temps, ne serait-ce que pour voir les amis – à quelques réunions scientifiques, j'ai un peu le sentiment justement qu'« on a tout résolu ». Cela peut paraître présomptueux, mais en réalité, quand on regarde les titres des communications et les sujets qui sont traités, on a un peu le sentiment d'être à la marge de la spécialité. Cela ne veut pas dire que la marge n'est pas importante, mais quand on sait d'où on vient, on voit bien que de nos jours, on s'intéresse à des cardiopathies que l'on négligeait complètement par le passé. Les cœurs univentriculaires sont des vedettes, on s'intéresse à leur traitement, à l'optimisation de leur traitement, à toute sorte de méthodes permettant d'évaluer les résultats à long terme des interventions qui ont été promues dans les années 80 ou 90. On s'intéresse aux hypoplasies du cœur gauche qui étaient complètement négligées. Enfin, on s'y intéresse de façon là encore assez marginale, parce qu'il y a une autre évolution culturelle, à laquelle, je pense, je n'ai pas fait référence tout à l'heure, mais qui a aussi complètement bouleversé la spécialité, du moins dans notre environnement géographique : je parle de la cardiologie fœtale. Grâce à Laurent Fermont et aussi à Bernard De Geeter à Strasbourg, elle est devenue une vraie spécialité, qui là encore a bouleversé le paysage de la cardiologie pédiatrique. Alors là, un peu par l'absurde, dans la mesure où le dépistage devenait de plus en plus efficace, on a surtout dépisté des malformations très graves qui ont conduit, et qui conduisent toujours, à la suppression du patient, ce qui n'est pas vraiment une forme de médecine très satisfaisante. On résout le problème en supprimant l'élément du problème ; ce n'est pas véritablement cela, la médecine. Mais quand même, indépendamment de cela, elle a permis de repérer les malformations pour lesquelles il y a des solutions très satisfaisantes. Cela a permis le développement de stratégies de prise en charge avec le discours prénatal, l'annonce répétée, sereine avec les familles et leur prise en charge psychomédico-pédagogique on peut dire, puis la prise en charge physique du bébé très tôt dans la vie si c'est nécessaire dans des unités que l'on a toujours appelées de nos vœux, où on peut réunir sur le même étage la médecine, la réanimation, les investigations, la chirurgie, l'obstétrique.

Il y a toute une série de champs qui paraissent encore aujourd'hui futuristes, inconcevables, mais qui sont probablement les terrains à venir de cette discipline. Il s'agit de comprendre le pourquoi des malformations cardiaques. On a avancé dans ce domaine, mais il reste beaucoup, beaucoup de points obscurs, et je ne peux pas croire que dans un avenir – que je ne connaîtrai certainement pas, que vous autres finirez sans doute par connaître – on ne saura pas pourquoi. Et si on sait pourquoi, on pourra peut-être dépister ces causes, intervenir. On parle beaucoup de génétique, il est en effet très probable que des anomalies de beaucoup de nos gènes sont au minimum des éléments fragilisants qui, à la faveur d'un pathogène de rencontre, va favoriser l'éclosion d'une cardiopathie congénitale. Il y a des modèles fascinants comme la micro-délétion 22q11 avec ses cellules rhombencéphaliques, et la migration. Tout cela est tout à fait étonnant. Mais alors, est-ce que cela veut dire pour autant, pour reprendre cet exemple qui est connu depuis très longtemps, est-ce que pour autant, on sait traiter la microdélétion 22q11 et s'opposer à l'apparition des cardiopathies conotruncales ? Je ne crois pas, mais pourquoi ne pas imaginer que l'on puisse intervenir et remplacer in utéro le gène délété par un gène sain. C'est une espèce de rêve, utopique, je ne



sais même pas si le concept a du corps, mais pourquoi pas, c'est une des utopies qui deviendront peut-être des réalités. Voilà une des voies de recherche. Il y a un grand pan de cardiologie pédiatrique que sont les myocardiopathies, dont beaucoup encore, restent idiopathiques. Même pour celles qui sont connues pour avoir un substratum métabolique, énergétique, identifié dans la chaîne respiratoire mitochondriale par exemple, c'est très bien de le savoir, mais est-ce que pour autant, on est capable d'intervenir sur cette chaîne respiratoire mitochondriale pour en modifier la physiopathologie et permettre à ces enfants de guérir ? Non, mais peut-être qu'on y arrivera. Voilà les types d'avancées, à propos de quelques exemples de progrès, que je pense que l'on peut être en droit d'espérer.

Alors est-ce que la cardiologie pédiatrique deviendra pour autant une discipline de laboratoire ? J'espère que non, parce qu'il y aura de toute façon des Tétralogies de Fallot et des communications interventriculaires et des canaux artériels... Il faudra les prendre en charge, les soigner, les traiter, comme on l'a toujours fait. Mais à côté de cela, et je pense que c'est le rôle d'un centre de référence comme celui-ci, d'être à la pointe de la recherche dans ce domaine, comme il l'a, je crois, toujours été, sans forfanterie, simplement parce qu'on était longtemps là où il fallait à Paris, capitale de la France, dans un grand bassin de population avec beaucoup de moyens.

**ML : Pour les plus jeunes, ceux qui sont internes ou jeunes chefs qui veulent faire carrière ou du moins consacrer une grande partie de leur vie à cette discipline, vous avez des conseils à leur donner ?**

JK : Le problème de la cardiologie pédiatrique, c'est qu'il y a une chose que l'on ne changera pas – si, peut-être qu'on la changera, c'est peut-être l'un des progrès futurs – c'est diminuer le nombre de cardiopathies congénitales à venir. Pour le moment, il est d'une remarquable et d'une insupportable stabilité. Donc le nombre de patients reste le même. En France, il doit y avoir 4 à 5 000 nouveaux cas par an, dont la moitié sont des petites choses de rien du tout, qui vont disparaître. Donc les vrais problèmes concernent 2 500 patients par an, ce n'est strictement rien du tout. Je parle du problème de la cardiologie pédiatrique qui n'est rien par rapport aux vrais problèmes de santé, comme l'hypertension artérielle, le cancer du sein, le cancer du côlon, le diabète, on peut multiplier les exemples.

Donc, le nombre de soignants doit s'adapter à ce nombre de patients. Il y a un fromage, il est petit, on ne peut pas s'asseoir à plus d'un certain nombre autour du fromage, sans quoi on va se marcher sur les pieds. C'est ça le problème de la promotion des jeunes qui voudraient faire carrière dans cette spécialité. Je pense que les besoins sont limités, ça c'est clair. Il y a tout le territoire de la France, mais je répète qu'il y a 2 500 nouveaux cas, sérieux, pour toute la France pour une année. Alors, il y a des régions où l'on s'occupe de mieux en mieux des cardiopathies, il y a les cohortes de survivants, ce n'est pas 2 500 qui remplacent 2 500, ils viennent naturellement s'ajouter, et font la boule de neige. Et puis, il y a des sous-sous-disciplines dans la discipline qui peut-être manquent de bras : il y a le rythme, le fœtus, il y a les cardiopathies congénitales de l'adulte et il y a plein d'autres choses. Mais je mettrais en garde un jeune contre la difficulté à trouver un emploi, qu'il soit dans l'institution publique ou dans des institutions privées, en cabinet de ville, à cause de la limitation des besoins. Nécessairement, l'offre de soins est limitée, à moins qu'ils ne trouvent un créneau peu occupé, innovant, peut-être dans la recherche embryologique, anatomique. Je pense à cela, parce que c'est quelque chose qui est assez peu développé en France, probablement

qu'il y a dans ce domaine des possibilités. Mais dire : « Je vais faire de la cardiologie pédiatrique pour ouvrir une consultation en ville, acheter un appareil d'échographie... », pourquoi pas, mais à un moment donné, il va falloir partager le fromage pour que cela soit rentable.

Dans les institutions publiques c'est la même chose, les services sont assez équipés en personnel, je le sais parce que j'en parle souvent avec Damien Bonnet. Les emplois ne se ramassent pas à la pelle, et je trouve que dans ce domaine, il a fait un très très bon travail. Mais une fois de plus, sa détermination personnelle mais aussi le fait de vivre dans un environnement très stimulant comme Necker, comme Paris, comme l'Île-de-France, cela aide. Mais à une période où l'on n'arrête pas de parler de restrictions, de diminution du nombre de fonctionnaires, je pense qu'il y aura un certain nombre de difficultés.

Comme conseil, je donnerais à quelqu'un qui veut s'adonner à cette spécialité de commencer par réfléchir sur le créneau qu'il veut occuper. Je lui conseillerais de choisir, si c'est dans son goût, un créneau peu fourni où il peut encore y avoir de la demande, parce que, si c'est pour faire de la cardiologie pédiatrique lambda, clinique, faire des consultations de diagnostic et de prise en charge de suivi, il va avoir du mal.

#### **ML : Est-ce que vous avez quelque chose de plus que vous voulez communiquer ?**

JK : Non, je veux dire une fois de plus mon bonheur d'avoir fait ce métier. J'ai eu la chance de le connaître à une période où il était précaire dans ses méthodes et ses résultats et où il y avait beaucoup de larmes. Quand l'hôpital Bicêtre a ouvert, le service de cardiologie pédiatrique de l'hôpital Bicêtre a été fondé. À l'époque, j'y étais externe. J'étais dans la première équipe d'externes en 1956 de Jean Nouaille, et il y avait 90 lits sur trois niveaux. 80 de ces 90 lits étaient des lits de grands enfants destinés à prendre à charge les complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. On passait notre temps à pleurer sur les pauvres enfants qui venaient mourir des valvulopathies ou des cardiopathies rhumatismales en général, et auxquelles on ne savait pas faire grand-chose d'autre que de distribuer des gouttes de digitaline et d'injecter du Lovurit (c'était le diurétique mercuriel que l'on avait à l'époque), car on n'avait que cela, ou à ponctionner des épanchements pleuraux d'insuffisance cardiaque et de beaucoup pleurer.

Et puis, il y avait dix berceaux, comme on dit, dans un coin du deuxième étage que l'on appelait la crèche, dont s'occupait Marthe Gautier, et qui étaient des nouveau-nés bleus, qui avaient réussi à survivre depuis la maternité. L'atrioseptostomie n'était pas encore née, c'est venu plus tard tout cela.

Donc j'ai connu cette période, et puis, je le répète, j'ai quitté la spécialité à un moment où on avait l'essentiel, je crois. Les découvertes, les révolutions, les unes après les autres et puis voilà. Cela été une très très grande joie et une expérience humaine assez exceptionnelle par le hasard, qui fait que j'avais 20 ans, quand j'étais externe en cardiologie pédiatrique et puis c'est tout. Cela s'est passé comme cela, parce que j'étais là. Merci beaucoup.

