

## CHAPITRE V

« ...Hors l'Église, point de Salut ! »

*« Ce qui ne tue pas  
rend plus fort. »*

Dès que nous eûmes commencé à traiter nos patients par des méthodes autonomes visant à conserver systématiquement les membres, quelques signes d'alarme auraient pu nous laisser prévoir les difficultés à venir. Les réticences pour obtenir un certain nombre d'examens complémentaires (sous prétexte que d'autres services s'en passaient) se multiplièrent. Selon eux, on désorganisait un labo de pharmacie extérieur en envoyant trop de dosages de médicaments dans le sang, des dosages pourtant indispensables à l'individualisation du traitement... Il fallait trouver d'autres solutions !

La première alerte sévère fut la plainte au Conseil de l'ordre, posée en 1983, contre le chirurgien orthopédiste du service, en l'occurrence mon mari, qui avait commis « la faute » impensable de sauver la jambe d'une petite fille qu'on prévoyait d'amputer ailleurs. Il subissait, à ce moment-là, de la part du milieu cancérologique français traditionnel, une pression très forte. Or, sa propre expérience lui avait déjà montré l'inutilité de l'amputation chez l'adulte. Il ne voyait pas pourquoi cela serait différent chez l'enfant. La chirurgie conservatrice était accusée, sans que ses détracteurs puissent argumenter leur position, de mettre en jeu la vie des patients

en augmentant le risque de récurrence locale. Le père de la petite fille, qui avait déniché le chirurgien avec beaucoup de mal (car on lui en avait caché l'existence), avait souhaité rendre publique cette possibilité aux autres parents en contactant des journalistes qui avaient fait paraître un article dans le *Figaro Magazine* parlant de plusieurs professeurs d'Université et du docteur Delépine. Seul ce dernier fut poursuivi pour publicité.

Les longs mois de la procédure furent très pénibles pour notre famille, d'autant que Gérard venait de s'installer en ville, rejeté par le milieu hospitalier. Il n'était pas « politiquement correct », car trop indépendant et catalogué à gauche.

Lors de l'instruction, il fut demandé au docteur Gérard Delépine quels articles prônaient le traitement chirurgical sans amputation. Lorsqu'il fit parvenir ses articles personnels, on lui fit remarquer qu'ils constituaient peut-être une preuve de sa bonne foi mais en aucun cas de la logique scientifique de son approche.

Le professeur plaignant affirmait que l'amputation était la meilleure solution. Le chirurgien attaqué ne pouvait citer d'autres autorités reconnues ayant écrit les mêmes choses que lui ; ses tentatives étaient donc suspectées de charlatanisme. En un mot, on lui démontrait que l'esprit de la Sorbonne médicale était bien vivace : « Si Aristote l'a dit, c'est vrai, mais si Aristote ne l'a pas dit !... »

Il obtint finalement un non-lieu grâce au témoignage du professeur Jean Debeyre, son chef de service d'orthopédie à Henri Mondor qui fut appelé comme caution scientifique et morale. La publication, à la même période, des conclusions d'un audit du ministère de la Santé américain réunissant médecins, patients, familles et représentants du ministère de la Santé démontrait que le pronostic vital des tumeurs osseuses était égal ou meilleur chez les patients opérés par chirurgie conservatrice que chez les patients amputés, conforta cette décision.

La petite fille d'alors a maintenant 21 ans ; elle nous envoie de superbes témoignages de reconnaissance. Elle a surtout gardé sa jambe ! C'est une des fidèles de l'association AMETIST<sup>1</sup> (Assistance aux malades en traitement intensif en spécialité tumorale) ainsi que ses parents.

Quelques mois passèrent dans le silence du vieil hôpital Hérold situé à Paris, dans le XIX<sup>e</sup> arrondissement, et considéré comme un « hôpital de seconde catégorie » au sein de l'AP-HP, et appelé à disparaître quand le prestigieux (avant même d'exister) hôpital Nord ouvrirait ses portes. C'était prévu entre 1984 et 1986 mais l'ouverture fut retardée jusqu'en 1988.

À Hérold, les locaux étaient vétustes bien que très humains grâce à leur disposition pavillonnaire. Nous étions souvent soumis à ce que nous appelions le « syndrome d'Hérold ». Des patients arrivaient de province ou de l'étranger pour une pathologie grave. Attirés par notre réputation grandissante (car on commençait à savoir « qu'on n'amputait pas »), ils étaient très surpris que ce service novateur se trouve dans un vieil établissement dont l'aspect évoquait plus l'hôpital de proximité que l'hôpital moderne où se concentrent les services de pointe !

Néanmoins, le dévouement du personnel soignant (peu nombreux), la chaleur humaine de l'équipe médicale et paramédicale, toujours prête à trouver une solution pour améliorer le confort des patients (possibilité de confectionner des repas à toute heure, lit pliant pour la mère restant 24 heures sur 24 près de son enfant), les explications théoriques et pratiques sur la maladie, ainsi que sur les traitements donnés conduisaient la totalité des patients à apprécier le

1. Association créée en 1990, animée uniquement par des bénévoles et ne devant ses subsides qu'à des cotisations et à des concerts donnés gratuitement par notre pianiste concertiste, Daniel Gourdon, très impliqué dans notre lutte.

service en deux ou trois jours. L'adopter était, pour eux, d'autant plus facile qu'ils avaient, entre-temps, pu expérimenter personnellement l'inhumanité des grands hôpitaux « modernes », à l'occasion d'examens para-cliniques (scanner, scintigraphie osseuse, etc.) qui ne pouvaient être réalisés sur place.

En 1985, le traitement des dix premiers patients soignés pour ostéosarcome localisé confirma les résultats des articles du professeur Rosen (traitement appelé T 10). De plus, l'analyse des premiers résultats pharmacocinétiques (dosage de médicaments dans le sang) nous parut très intéressante. Nous les présentâmes à un congrès de « pharmacocinétique » en 1986. Lors de cette réunion, nous sentîmes cependant que nous avions empiété sur « un domaine réservé » et que l'on ne désirait pas que des cliniciens publient dans un domaine biologique. Pourtant, encouragés par d'autres cliniciens qui avaient particulièrement étudié la pharmacocinétique du Méthotrexate chez le sujet âgé, nous allions continuer à explorer ce sujet passionnant des corrélations entre la réponse clinique d'une tumeur aux produits de chimiothérapie et les dosages sanguins et urinaires d'un même médicament. D'ailleurs, cette approche est admise depuis longtemps, par exemple dans le domaine de l'épilepsie et des maladies infectieuses, pour équilibrer le traitement des patients. Mais en cancérologie, nous n'en étions qu'à la préhistoire.

L'étude clinique des patients traités par le protocole T 10 de Rosen nous parut tellement prometteur que nous décidâmes de publier nos résultats préliminaires lors d'un congrès international. Nous étions frappés par la différence évidente des résultats entre le protocole utilisé précédemment par notre équipe (protocole multicentrique européen associant deux médicaments) avec 40 % de survie en rémission complète à deux ans et cette première survie de dix patients en rémission complète à 100 % à deux ans !

Il s'agissait, certes, de résultats préliminaires, mais tellement flagrants qu'ils méritaient d'être rapportés, d'autant qu'ils confirmaient les résultats publiés par le professeur Rosen en 1978 et en 1982 et que la plupart des équipes d'autres centres rapportait également leurs résultats à dix-huit mois ou à deux ans...

Lors des présentations en congrès, nous ne suscitâmes que peu de commentaires ou un silence poli. Aussi notre stupéfaction fut-elle complète quand les premières « rumeurs » nous arrivèrent par différents biais...

Un professeur parisien me dit fort gentiment lors d'un congrès international de cancérologie à Budapest en 1986, que nous pratiquions de « l'oncologie pédiatrique clandestine » ! C'était pour moi une grande surprise ! J'exerçais comme médecin titulaire des hôpitaux dans un service de pédiatrie de CHU, au sein de l'AP-HP. Notre patron, chef de service de l'époque, était conseiller au ministère de la Santé et membre du Conseil national d'université de pédiatrie. Il affectionnait, d'ailleurs, de présenter nos résultats, ceux de son service, comme témoignage de son efficacité. Jusqu'alors le mot de « clandestinité » ne m'avait pas paru s'adapter à ce genre de situation...

Nous fûmes encore plus étonnés et scandalisés quand les rumeurs, dans plusieurs hôpitaux publics, en salle de garde, dans les réunions de comités médicaux consultatifs et les « couloirs » nous apprirent que nos résultats étaient mensongers, truqués, fallacieux et surtout que nos malades n'existaient pas...

Pourquoi me serais-je battue en 1986 pour publier, contre l'avis de nombreux collègues, les mauvais résultats de nos propres malades traités par le protocole bi-drogue européen (40 % de survie à deux ans) pour publier l'année suivante des résultats truqués ?

Mais où est le rationnel dans les rumeurs et la diffamation, quand il s'agit uniquement de détruire une équipe qui pourrait

devenir concurrente. Diffame, diffame, il en restera toujours quelque chose...

J'appris, à cette époque, que des responsables d'un service d'oncologie pédiatrique français se seraient plaints auprès du Comité national d'éthique parce que nous pratiquions l'oncologie pédiatrique à Hérould. Pourtant, administrativement, tous les services de pédiatrie sont spécialisés seulement en médecine infantile. Les orientations oncologie, cardiologie, pneumologie... ne sont que des sous-spécialités non reconnues par les textes français ou européens et peuvent être exercées théoriquement par tous les pédiatres. Notre salut n'aurait été dû, semble-t-il, qu'au professeur Jean Bernard, alors président du Comité national d'éthique qui connaissait bien l'agréé du service. Depuis, aux moments de doute, le professeur Jean Bernard nous a reçus à son domicile et nous a réconfortés en nous déconseillant de porter plainte en diffamation pour ne pas renforcer les ragots. Il n'a probablement pas été pour rien dans l'issue favorable des nombreux combats que nous avons menés par la suite. Qu'il en soit ici profondément remercié.

Bon an, mal an, nous continuions à travailler et soigner de nombreux malades, et sur les 68 lits de pédiatrie générale d'Hérould, notre unité avait fini par occuper 25 lits. Personnellement, je gardais des contacts très étroits avec le service du professeur Mathé à Paul Brousse, profitant aussi souvent que possible des fameux « symphagium », réunions à l'heure du déjeuner combinant repas (très écologique, suivant les goûts asiatiques du professeur Mathé !) et enseignements théoriques, conférences brillantes ou revues de dossiers selon les jours. La personnalité, hors du commun, du professeur Mathé, ainsi que celles de quelques-uns de ses contradicteurs, donnaient à ces réunions une saveur toute particulière. Le mélange d'intérêt scientifique à un spectacle artistique, humoristique, parfois violent et grave, souvent amical, parfois très « salle de garde », rendait ces réunions très

attachantes et jamais égalées depuis (en tout cas pour moi). Jusqu'en 1990, j'assurais une consultation hebdomadaire d'oncologie pédiatrique ouverte en 1983-1984 dans ce service. Je profitais, à cette occasion, de l'enseignement sur l'oncologie générale du professeur J.-L. Misset, toujours disponible et d'une grande gentillesse, et de la fidèle Marina Musset, toujours prête à seconder le professeur Mathé.

Fin mai 1985, j'arrivai à ma consultation dans le service du professeur Mathé. Mon mari, chirurgien orthopédiste dans le même service, m'appela. Je découvris, sur la table d'examen, une malheureuse fillette dont le membre inférieur droit était monstrueusement déformé en un immense gigot rouge inflammatoire et très douloureux.

Elle avait consulté quatre mois plus tôt en province où on avait diagnostiqué un cancer de l'os. Une amputation du membre avait été conseillée. Les parents, qui souhaitaient un autre avis, avaient consulté dans un centre parisien, et les médecins leur avaient dit qu'on traiterait partout de la même manière, en province comme à Paris !

Dans ce contexte, les parents décidèrent de ne pas imposer une mutilation à leur fille et consultèrent un praticien de médecine parallèle. Ce qui était prévisible arriva : la tumeur grossit de façon monstrueuse, et la petite souffrit le martyre.

Tout à fait par hasard, il se trouva qu'une de ses tantes lointaines, Madame Couvrat-Desvergnes, travaillait bénévolement auprès du docteur Gérard Delépine à sa consultation de Paul Brousse, et connaissait ses travaux dans le cadre de la chirurgie conservatrice des tumeurs osseuses. Elle conseilla donc à la famille de venir consulter l'équipe.

Son cancer nécessitait, de toute évidence, un traitement par chimiothérapie à base de Méthotrexate à haute dose. L'enfant fut hospitalisée en urgence, et subit la chimiothérapie dès l'entrée à Hérould. Ce traitement se révéla rapidement efficace, la tumeur fondit sous nos yeux, de même que la douleur se dissipa progressivement après trois cures.

Le moral de la jeune fille remontait d'autant que le chirurgien avait confirmé qu'il pouvait, *a priori*, pratiquer une résection de la tumeur tout en conservant le membre en remplaçant l'os malade par une prothèse. Celle-ci permettrait l'appui immédiat. La tante, qui suivait souvent le chirurgien au bloc, avait tenu à assister à l'intervention.

Le lendemain, la petite fille revint dans notre service pour y recevoir rapidement la chimiothérapie post-opératoire qui diminue probablement le risque de récurrences tardives. Elle toucherait des cellules « mises en phase » (en éveil : en période de reproduction) par l'acte opératoire et par l'anesthésie. Malheureusement, Vanessa présenta, dès son retour, une jaunisse sévère avec un ralentissement du rythme cardiaque. Nous n'avions pas, alors, de garde sur place ni de réanimation, et nous nous relayions à trois médecins, Hélène, l'agrégé et moi, quand l'état des malades le nécessitait. Aussi, nous décidâmes de transférer Vanessa dans un service de réanimation, ou proche de la réanimation, au cas où une aggravation nécessiterait une ventilation. Nous prîmes contact avec le service de réanimation d'un autre établissement de l'AP-HP, mais l'état de santé de l'enfant jugé peu inquiétant à l'arrivée permit à la petite d'être admise dans le service de pédiatrie le plus proche. Son état s'améliora rapidement. Mais, au lieu de la renvoyer dans le service d'origine, le chef de ce service d'accueil transitoire décida de ne pas le faire, sous prétexte que nous n'étions pas compétents pour soigner les cancers de l'os. Il nous traita de charlatans. Il voulut la transférer dans le service qui, justement, avait proposé, quelques mois plus tôt, une amputation à Vanessa !

Le personnel médical de ce service se montra menaçant envers mon mari, qui avait pourtant permis à Vanessa de conserver sa jambe. Imaginez le désarroi des parents qui, enfin, avaient repris espoir. Ils ne comprenaient pas, étaient complètement perdus. Néanmoins, ils résistaient et n'accep-

taient pas le diktat qu'on voulait leur imposer. Les jours passaient et la malade ne recevait pas la chimiothérapie, pourtant vitale dans son cas.

La tante de Vanessa rencontra le fameux chef de service qui, en ville, aurait sans nul doute été poursuivi pour détournement de malade ; mais les règles déontologiques à l'hôpital public sont beaucoup moins respectées.

L'entrevue fut épique ! Le médecin la traita d'agitée et ne voulut rien entendre. Les parents étaient effondrés. Ils ne pouvaient pas imaginer que les querelles entre médecins puissent se régler sur le dos des patients.

Les parents, toujours sous le coup du risque d'amputation qui leur avait été conseillé par l'équipe du centre anticancéreux proche, refusaient fermement de céder. Le temps passait toujours sans chimiothérapie adaptée. La tante raconte : « Au quatrième jour de son hospitalisation, le professeur a convoqué les parents pour leur dire que Vanessa ne devait, en aucun cas, retourner à Héroid mais qu'il fallait la faire suivre par le service de référence, signer un engagement de cinq ans, et ne plus avoir de contact avec l'équipe de "charlatans" qui lui avaient mis sa jambe dans cet état. Il leur dit également qu'il fallait tout reprendre à zéro, qu'il l'avait d'ailleurs montrée à un chimiothérapeute de ce centre. À l'appel des parents de l'enfant, je suis arrivée comme une folle et j'ai insisté pour le rencontrer. Il s'est montré menaçant, me disant que j'avais mis cette enfant en "danger de mort" en la confiant à "ces gens-là" qui "bricolaient" des maladies aussi graves. N'étant impressionnée ni par ses grands airs supérieurs ni par son titre de professeur, l'entretien a tourné à l'orage. Je lui ai demandé de prendre immédiatement contact par téléphone avec le professeur Goutallier à Henri Mondor, s'il avait la moindre inquiétude concernant la jambe de Vanessa, ce qu'il a catégoriquement refusé de faire. À partir de cet instant, il nous a carrément flanqué à la porte de son bureau en me disant qu'il me laissait deux heures

pour trouver une solution puisque j'étais si forte, car il allait mettre l'enfant dehors, celle-ci n'ayant plus rien à faire dans son service».

La tante « agitée » avait multiplié les démarches pendant le séjour de Vanessa pour trouver une solution, d'autant que les parents désespéraient de plus en plus devant la souffrance de leur fille. Les internes du service n'osaient pas la soigner et tournaient la tête en passant devant sa chambre ! Et ils ne savaient probablement pas quoi faire devant cette jambe ! La petite s'enfermait de plus en plus et ne communiquait plus guère avec l'extérieur, devinant probablement ce qui se jouait à ses dépens ! Enfin, Madame Couvrat-Desvergnès put joindre le professeur Mathé quand il rentra de congés. Celui-ci, avec son tonus bien connu et son autorité de grand patron, exigea que la patiente lui soit adressée. Ce qui fut fait !

Madame Couvrat-Desvergnès poursuivit son récit, commentant une lettre du patron du service d'accueil au professeur Mathé :

« Mais puisque les parents étaient incapables de prendre une décision et que c'était une "tante remuante" qui gérait toute cette affaire, il était content que Vanessa soit prise en charge à Paul Brousse, donnant à Mathé... les conseils sur la poursuite de la chimiothérapie ! Sa crainte étant qu'elle retourne à Hérold ! »

Le 8 juillet 1985, le professeur Mathé lui répondait d'une manière cinglante : « Je te signale que le docteur Delépine est considéré à l'échelle mondiale comme l'un des plus grands orthopédistes modernes qui œuvre dans le domaine de la chirurgie dans des services hautement spécialisés qui tentent de réduire la mutilation. Il ne "bricole" pas, contrairement aux médecins non spécialisés qui osent parler des maladies qu'ils ne connaissent pas, ceci au seul but de ton éducation déontologique. »

Je ne décolérais pas, allant jusqu'à mettre en cause mon engagement dans ce métier !

Si on pouvait ainsi prendre en otage et maltraiter les patients que vous avez veillé pendant un mois, et cela sans la moindre justification technique, autant abandonner...

Alors que nous nous battons pour commencer au deuxième jour post-opératoire, et au plus tard au cinquième, à un moment où les patients sont encore bien fatigués par l'opération, plus de dix-huit jours s'étaient écoulés sans chimiothérapie ! Enfin, Vanessa passa de chez le professeur Mathé qui la renvoyait à Hérold.

Elle arriva méconnaissable, maigre, quasiment autistique, anorexique, sans réaction. Sa jambe était dans un état pitoyable et il fallait pourtant reprendre son traitement rapidement, sinon, elle allait mourir de son cancer !

Moi qui avais dit que j'arrêtais de traiter des enfants cancéreux si je ne récupérais pas Vanessa, j'étais au pied du mur ! On avait, entre-temps, reçu le résultat de l'examen de la pièce opératoire qui avait confirmé la bonne réponse clinique. Au microscope, il n'y avait pratiquement plus de cellules tumorales vivantes, il fallait reprendre le Méthotrexate !

Pourtant, nous n'étions pas tranquilles. Compte tenu de ce que les parents avaient pu entendre sur notre compte et malgré leur confiance initiale, qu'auraient-ils dit ou fait si la nouvelle cure avait été mal tolérée ? Après une si longue interruption du traitement, les chances de survie avaient diminué ! Les seules chances de la sauver étaient, bel et bien, de recommencer immédiatement !

Je ne vous décris pas notre état à tous. Hélène, alors interne, passa la première nuit de traitement auprès d'elle ! Je me souviens de cette nuit d'angoisse comme si c'était hier ! Heureusement tout se passa bien. Dieu avait dû trouver que Vanessa, sa courageuse famille et nous-mêmes, avions assez souffert comme cela ! Le reste du traitement se termina sans

problème particulier et Vanessa put reprendre une vie à peu près normale quelques mois plus tard.

Néanmoins, l'absence de soins de sa jambe pendant les premiers temps conduisit à des problèmes cutanés sérieux. Quand on dut allonger sa prothèse, lors de sa croissance, des réinterventions successives avec chirurgie plastique furent nécessaires.

Aujourd'hui, Vanessa va très bien. Elle a 26 ans, ses deux jambes, et travaille. Néanmoins, sa souffrance psychologique après cette lourde épreuve a été très difficile à surmonter et elle en présentait encore des séquelles récemment !

Madame Couvrat-Desvergnès, la tante « agitée », devint, en 1990, la première présidente de l'association AMETIST qui, par la suite, a ardemment défendu notre service contre les multiples tentatives de déstabilisation et de fermeture... Elle sait de quoi elle parle !

Les parents portèrent plainte auprès du directeur général de l'AP-HP et Monsieur Choussat, le nouveau directeur qui trouva ce dossier sur son bureau quand il arriva. C'est ainsi qu'il fut, d'emblée, au courant de l'existence de ce petit service de cancérologie pédiatrique qu'il sauva plus tard !

C'est au moment de la fermeture de l'hôpital Hérold, dont les services devaient être regroupés avec ceux d'un autre établissement en un hôpital dont on savait à l'avance qu'il serait autoproclamé « centre de référence », premier hôpital moderne d'Europe, etc. que les choses se gâtèrent très sérieusement. C'était le fameux hôpital Nord dont les fondations avaient été annoncées.

Nous étions sous une direction provisoire depuis le départ du précédent patron. Le professeur J. S. n'avait pu être nommé chef de service (nous étions entre deux lois hospitalières concernant les procédures de nomination à ce type de poste). On apprit, par hasard, grâce à un bavardage entre secrétaires, deux mois avant le déménagement que nous pré-

parions tous avec fébrilité et angoisse, que « nous n'irions pas à l'hôpital Robert Debré ».

Mais où donc allait être transféré notre service de soixante-huit lits toujours très actif ?

On apprit, par des voies détournées, qu'une réunion s'était tenue à la Pitié dans le but de nous transférer dans cet hôpital. Malheureusement, le chef de service intérimaire n'avait pas été convoqué, et le doyen de la Faculté de la Pitié n'avait pas été consulté préalablement. Sur des questions de forme, cette hypothèse fut éliminée d'emblée ! On parla, alors, toujours dans les couloirs... d'un transfert éventuel à l'hôpital Jean Verdier.

À ce moment-là, quelques jours avant la fermeture programmée du service, dans une ambiance très tendue, je parvins à convaincre mon chef de Service de se battre pour aller à l'hôpital Robert Debré. Fort de l'expérience acquise dans un précédent hôpital, il m'avait prédit que jamais je ne parviendrais à les convaincre. Jeune encore, j'essayais de lui démontrer que lorsque nos collègues verraient nos petits patients dans le hall en bonne santé, sur leurs deux jambes, ils seraient convaincus.

Mon innocence le faisait sourire !

Et il avait raison. Quelle est la place du patient dans les luttes de pouvoir et d'influence au sein du milieu médical ? En tout cas, elle n'est pas plus importante que celle du citoyen au sein des luttes de pouvoir dans les institutions syndicales ou politiques... Néanmoins, nous décidâmes de nous battre pour nous installer à Robert Debré où était notre place naturelle, puisque Hérold devait être transféré à Robert Debré ! Je ne voyais pas pourquoi nos patients n'auraient pas pu bénéficier d'un environnement neuf, avec sur place l'IRM, la réanimation, la chirurgie, la cardiologie et nombreux laboratoires de recherche qui, logiquement, auraient dû nous permettre de travailler plus facilement et plus efficacement.

Nous menions d'autant plus ce combat avec courage, que pendant des années, nous avons difficilement vécu dans notre vieil hôpital en l'absence de tous ces compléments indispensables à la pratique d'une médecine hautement spécialisée. On nous avait reproché de vouloir faire de la cancérologie pédiatrique dans un «hôpital de brousse», sans le confort et le plateau technique indispensable, et on voulait nous refuser l'opportunité de travailler dans des conditions «normales» ! Durant deux petits mois, entre le moment où nous apprîmes que nous n'étions plus prévus à Robert Debré et son ouverture début mai 1988, nous multipliâmes les rencontres avec des responsables de l'Assistance Publique de Paris, obtenant finalement une rencontre avec Monsieur Jean Choussat, directeur général de l'AP-HP. Celui-ci nous reçut, étonné que notre dossier émanant de la direction des Affaires médicales fût «vide». Aucun document ne lui avait été communiqué ! Heureusement, il n'était pas trop tard pour y remédier. Aussi reçut-il sans plus tarder, outre l'historique administratif, tous les documents démontrant que nos communications et publications en congrès internationaux étaient nombreuses et appréciées et que notre travail était sérieux et méritait d'être poursuivi. Il faut croire que nous fûmes convaincants, puisque ce fut lui qui trancha notre affaire une première fois (il allait nous aider à plusieurs reprises jusqu'en février 1998). Il envoya, le 26 avril 1988, une note au directeur de Robert Debré, instituant quinze lits d'oncologie pédiatrique au sein du service de pédiatrie générale de cinquante lits dont le professeur J. S. était le chef de service intérimaire, dans l'attente des nominations officielles des chefs de service. Le 1<sup>er</sup> mai 1988, Robert Debré ouvrait, par transfert d'un premier service et, le 8 mai, nous avons rejoint nous-mêmes Robert Debré...

Nous passions de soixante-huit lits à cinquante lits (dont quinze d'oncologie).