

Laisse battre ton cœur en Birmanie

Professeur Daniel Loisançe
Chirurgie Cardiaque
CHU Henri Mondor, Créteil.

Il pleut et l'air est glacial. Le ciel est plombé. Je sors d'une réunion au cours de laquelle les patrons de plusieurs services de chirurgie de l'Assistance Publique se rencontraient pour analyser les divers problèmes auxquels ils sont confrontés. Si l'identification de ces problèmes est aisée pour un chirurgien qui passe sa vie dans son service, pénurie d'infirmières et de panseuses de bloc opératoire, difficultés de recrutement des jeunes internes qui à terme assureront la relève, difficultés de fonctionnement au quotidienimaginer les solutions efficaces est un exercice difficile tant la machine administrative est peu réactive et lourde. Bref, il faudra être patient ! Le Professeur Alain Patel, chef du Service d'orthopédie de Garches, à qui je fais part de mon amertume, me lâche 'fais comme moi, viens en Asie' !

Quelques mois plus tard, j'atterris à l'aéroport de Yangon, ayant décidé une courte escale au retour d'un voyage de conférences en Chine, pour évaluer la situation de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque en Birmanie, pardon au Myamar. L'aérogare est vieillotte, mais au loin, un nouveau terminal est en construction. Dans le hall d'arrivée, la file d'attente à l'immigration bien longue, la climatisation en panne et l'atmosphère brûlante. Partout des touristes, facilement identifiables : des européens, âgés pour la plus part, en tenue de vacances, ne se déplaçant qu'en groupe, exprimant bruyamment leurs impressions. Entre les groupes, quelques jeunes adultes d'origine asiatique, voyageant seuls, équipés des attributs du jeune cadre tonique et dynamique, pressés d'en finir avec la tracasserie administrative, constatant avec dépit le silence de leur téléphone portable. Et soudain, un panneau sur lequel est écrit au feutre AMFA.

L'AMFA est l'association médicale franco asiatique. Créée il y a plus de vingt ans dans l'atmosphère de l'Université Paris Descartes et de son département des affaires internationales L'AMFA organise l'amélioration du niveau de la médecine dans le sud est asiatique, en Thaïlande, au Laos et en Birmanie notamment. Association de bénévoles, elle a pour philosophie la formation et le transfert des connaissances et du savoir faire dans des pays restés quelque peu à la traîne du formidable progrès médical auquel nous assistons depuis une trentaine d'année dans les pays occidentaux. Former les infirmières et les médecins aux nouvelles techniques, aider les équipes locales à aménager des services hospitaliers performants, envoyer des équipements et en assurer la maintenance, donner des prothèses trop coûteuses pour ces pays pauvres, telles sont les actions particulièrement efficaces car ciblées que le Président de l'AMFA a menées dans le domaine de l'orthopédie, de la traumatologie,

de la chirurgie pédiatriques avec un grand succès. Est il souhaitable et sera-t-il possible d'étendre à la cardiologie cette action ?

L'efficacité de l'AMFA dans ces pays lointains est d'emblée évidente. Sitôt réceptionné, tout va alors très vite pour moi : plus de file d'attente mais un mouvement de dépassement rapide, plus de tracasserie administrative mais un policier zélé qui ne prendra que quelques secondes pour noter sur une liasse de feuilles de papier jaunies, séparées par des carbonnes, mon nom, prénom, nom de mon père, date de délivrance du passeportbousculé par mon hôte qui lui répète sans cesse : « Professor...Paris...cardiac surgery » et lui tend une feuille de papier sur laquelle je vois de nombreux cachets !!! J'apprends que c'est une attestation émanant du Ministère de la Santé du caractère tout ce qu'il y a de plus officiel de ma visite dans le pays. Tout s'enchaîne effectivement alors très vite. Nous sommes rejoint par un jeune birman très sympathique, parlant un anglais compréhensible, qui se présente comme étant le jeune chirurgien du Service, remplaçant son Patron retenu à l'hôpital. Nous embarquons rapidement dans le minibus un peu vieillot mis à ma disposition par le Ministère.

Nous traversons les faubourgs dans une chaleur lourde. La circulation est intense. Les voitures feraient en France le bonheur des collectionneurs : toutes plus vieilles les unes que les autres, laissant dans leur sillage un nuage épais de pollution. Le chauffeur est à droite : souvenir des anglais ? non : ces voitures sont achetées au Japon, sur le marché de l'occasion et arrivent ici par cargos entiers ! « Nous sommes trop pauvres...c'est tout ce que nous pouvons acheter ». De temps en temps, un quatre quatre tout neuf : la voiture d'une ONG, paraît-il !

De part et d'autres des larges avenues, des immeubles récents ayant poussé au milieu de vieilles cabanes et d'une multitude de petites échoppes. Ils sont récents mais déjà les façades sont couvertes d'une couche noire, mélange de pollution et de mousse, tant l'humidité de la région est considérable. Pendant la saison des pluies, le déluge est quotidien ! Nous traversons un quartier résidentiel où de vieilles maisons de style anglais de toute évidence pas très bien entretenues se perdent dans des jardins florissants, souvenir probable de l'occupation britannique. Nous longeons un grand lac sur les berges duquel sont aménagés des espaces de détente et de sport, puis l'université : elle aussi de style anglais, dans un grand parc plutôt mal entretenu. Curieusement, peu de monde dans cette université. La réponse à mon étonnement est toute simple : les étudiants ont été installés en dehors de la ville. Je n'apprendrai qu'à ma troisième visite que ce changement est une des conséquences des « événements ». Nous arrivons dans le centre ville, dominé par la grande pagode : couverte de feuilles d'or. Son sommet brille dans un ciel parfaitement bleu. Pas étonnant qu'elle soit décrite dans tous les récits de voyage, de Kipling à Pierre Loti, comme la première vue de Rangon quand on arrive par bateau. Nous verrons cela de plus près si l'hôpital ne me dévore pas trop. Ce qui surprend le plus dans cette traversée de la ville, est certainement une activité intense, beaucoup de monde partout, chacun portant le longyi traditionnel, les hommes comme les femmes. Partout aussi des enfants, souvent très jeunes, le visage couvert d'une pâte blanche, le tanaka, et de très nombreux adolescents. Certains portent l'uniforme de leur collège : ils sont peut être pauvres mais ils ont sûrement gardé le sens de la discipline !

Trente minutes plus tard, nous arrivons à l'hôpital général de Yangon. Un garde débonnaire filtre l'entrée d'un ensemble de bâtiments recouverts de crépis rouge sang. Tout ceci date des anglais, de la fin du XIX siècle. Beaucoup d'allure mais de toute évidence un besoin de restauration complète.



Le Service de Chirurgie Cardiaque est au premier étage. Pour y arriver, vous avez le choix entre un ascenseur modèle La Samaritaine entièrement d'époque et jamais restauré, et une cage d'escalier tout en marbre blanc constellé de tâches. A nouveau, de lourdes grilles et enfin le Service : tout s'articule le long d'une galerie couverte très animée, encombrée des familles de malades hospitalisé, de consultants, et surtout, bien identifiables par leurs uniformes, jupe longue droite, chemisier blanc, coiffe amidonnée, les infirmières, en rouge, les surveillantes en vert émeraude et les aides soignantes en bleu marine.

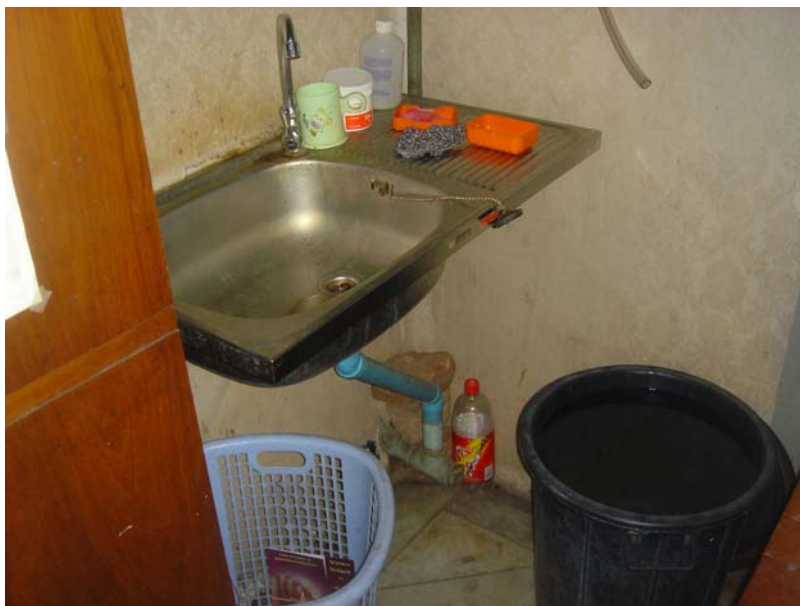


N'ont-elles pas belle allure, dans leurs uniformes !

La visite du service est vite faite; une grande salle de réunion, plutôt sinistre, avec une grande table basse et de nombreux fauteils d'un autre âge, des montagnes de cartons le long des murs, une vieille machine à écrire Remington modèle début du XX siècle,



et un lavabo en inox, seul point de lavage des mains visible dans le service.



Deuxième étape : la salle d'opération, au plafond défoncé, carrelée jusqu'au plafond, elle aussi encombrée de cartons, de tables croulant sous du matériel et de nombreux paquets ficelés soigneusement (du matériel stérile ?). Ensuite, l'unité de soins post opératoires aux murs recouverts de contreplaqués, avec quatre lits métalliques repeints il y a quelques années, un unique moniteur de pression et d'électrocardiogramme modèle début de l'introduction de l'électronique dans les réanimations. Enfin, trois grandes chambres d'hospitalisation. Chaque chambre est divisée par des rideaux en quatre petites cellules. Chaque cellule contient un lit aux montants de bois, recouvert d'un matelas éventré qui laisse sortir du crin. Quelques lits sont occupés par un malade qui a su transformer cet espace inhospitalier en quelque chose de plus habitable : un couverture de couleur, des bouteilles thermos, quelques paquets qui de toute évidence renferment la nourriture et ce qu'il faut pour la consommer. La famille est très présente, nombreuse, assise par terre, très impliquée dans le confort du malade. Les murs sont recouverts d'un carrelage qui laisse voir son ancienneté. Les rideaux ont dû être propres.

Curieusement, dans ces alvéoles où pour rien au monde je serais prêt à passer une seule nuit, se dégage une atmosphère de grande sérénité. Le chirurgien assistant dans le service qui dirige la visite, sent ma réaction et très simplement, avec un très large sourire, me dit, : « nous sommes très pauvres, ce n'est pas grave car nous sommes très riches dans notre cœur ». J'apprendrai plus tard que j'ai reçu là ma première leçon de bouddhisme ! Je n'ai pas souvenir d'un tel contraste, même dans les villes les plus reculées de Chine, entre un environnement si pauvre et une atmosphère si sereine.

Mon souci est immédiat : comment peut on faire de la chirurgie cardiaque dans un gourbi pareil. Je deviens suspicieux, et redemande à voir la salle d'opération. Il y a bien une machine cœur poumon pour réaliser les interventions à cœur ouvert. J'arrive à comprendre qu'elle sert chaque semaine, le plus souvent une seule fois, parfois deux, que l'essentiel de l'activité opératoire concerne des interventions de chirurgie thoracique ou de chirurgie vasculaire, parfois la chirurgie cardiaque à cœur fermé. Je redemande à voir les instruments et je retrouve des instruments qui ont totalement disparu en France. J'ose et me fait traduire le registre de salle d'opération, dans tous les pays du monde la bible de la salle d'opération : il est bien vrai que l'on pratique ici, certes en petit nombre, des interventions de chirurgie valvulaires à cœur ouvert, peut être une cinquantaine par ans, essentiellement des opérations valvulaires, jamais de pontages coronaires. Il va y en avoir du travail pour tout mettre en ordre et arriver à un niveau de propreté, de technicité qui autorise la chirurgie sûre et reproductible que nous connaissons en Europe !

A ce moment de la visite, je fais savoir que je souhaite aller aux toilettes. Je suis accompagné vers un local dont la seule vue me conduit à demander d'être accompagné immédiatement à l'hôtel !

LES PREMIERS MALADES

Allant de surprises en surprises, je découvre vite que mon court séjour à l'hôpital de Yangon est vu par l'équipe locale comme une occasion inespérée de voir opérés des malades à risque élevé qu'elle-même hésite à prendre en charge. Une dizaine de dossiers me sont présentés, tous aussi complexes les uns que les autres. Restant trois jours à Yangon, il est évident que je sélectionnerai trois malades. Belle occasion de vivre les véritables conditions de travail et par conséquent de connaître dans le plus petit détail les besoins réels.

La salle d'opération elle-même est comme je l'ai déjà noté convenable : spacieuse, bien éclairée. L'intervention à réaliser étant devenue toute proche, je prends la vraie mesure du problème ! La table d'opération est un modèle très ancien, la commande de la position de la table s'effectuant comme dans le temps en Europe, par une pédale. L'appareil d'anesthésie est lui aussi très ancien. Je n'ai pas souvenir d'avoir vu un appareil de ce type en France ! Je m'apercevrai en cours d'intervention que l'air de cette salle d'opération contient de nombreux parasites : en particulier, les « pigeons fleas », des mouches de pigeons,



Salle d'opération au Yangon General Hospital

mouches microscopiques qui se logent dans les plumes du pigeon particulièrement nombreux dans le faux plafond de la salle d'opération ! En cours d'intervention, je ressens des démangeaisons insupportables sur la figure et suis obligé de me dé-stériliser pour me gratter ! Un vieil adage est confirmé : on ne réalise véritablement bien les problèmes que lorsque l'on se trouve en situation réelle.

Autre surprise : la stérilisation des instruments. J'avais imaginé que l'autoclave permettant la stérilisation selon les procédures habituelles que j'avais repéré était fonctionnel. En réalité, il est en panne depuis longtemps et la stérilisation des instruments est faite comme dans le plus vieux temps, en les immergeant longtemps dans de l'eau bouillante.



La stérilisation des instruments comme dans le temps : par ébullition !

Par ailleurs, l'installation électrique de la salle d'opération fait peur. De toute évidence, elle est très ancienne, bricolée en fonction des besoins et devrait être revue complètement.



L'installation n'est pas aux normes !

Dernière observation surprenante : la panseuse instrumentiste sort des sacs stériles tout le matériel possible et imaginable : elle craint si fort de ne pouvoir répondre à une demande urgente du chirurgien qu'elle anticipe largement, ce qui transforme sa table d'instrumentation en un amoncellement de pinces, ciseaux de tout type. Il y aura, pour régler ce problème un énorme travail de formation !

Quoiqu'il en soit, les trois interventions se déroulent bien. Les chirurgiens locaux, l'un d'eux est une jeune femme, paraissent avoir une grande habitude de la chirurgie générale. Comme disait mon Maître monsieur Dubost quand on lui présentait un chirurgien qu'il ne connaissait pas: « fils ...il en est ou il n'en est pas ? ». De toute évidence, les chirurgiens ici « en sont » ! Et tout cela dans une atmosphère très détendue, le large sourire des instrumentistes et des aides bien visible sous les bavettes.

Je comprends très vite pourquoi les chirurgiens locaux avaient préféré ne pas opérer seuls ces malades : le premier avait été opéré à deux reprises à cœur fermé, et lors de la dernière opération, une plaie du ventricule avait posé de très gros problèmes ! Le cœur aujourd'hui est caché derrière une épaisse couche de couenne cicatricielle. Rien de tel qu'un malade comme cela pour se mettre en jambe ! J'y passerai la journée ! Le lendemain, le second cas est une anomalie de la valve aortique arrivée à un stade évolutif que l'on ne peut imaginer dans nos pays. Quant au troisième, il s'agissait d'un patient coronarien ayant présenté plusieurs infarctus dans les années récentes, bref un malade difficile ! Tout cela ne laissera pas de temps pour le tourisme !

La rumeur va vite et le troisième jour, croyant le programme terminé, je reçois la visite du responsable du service de cardiologie, à l'étage en dessous, qui jusqu'alors s'était fait particulièrement discret. Il veut me parler de la maladie coronaire de son surveillant général. L'indication opératoire est formelle, mais je dois repartir dès demain. « Je le ferai lors de mon prochain voyage ! ». « mais il ne peut attendre ! » me répond toujours avec un large sourire le cardiologue. Un quatrième malade sera donc opéré, dans les mêmes conditions de fortune, avec la même évolution favorable...juste avant mon départ pour l'aéroport !

Dans des conditions de fortune, en effet. Aucun examen biologique pour surveiller le malade pendant l'intervention, des instruments de base certes mais aucun instrument spécifique de cette chirurgie hautement spécialisée et extrêmement technique, des sutures mais pas les bonnes, surtout du matériel prévu à usage unique, mais ici restérilisé cinquante fois ! Conditions de fortune certes, mais une équipe débrouillarde, motivée et ...souriante ! J'apprend que j'ai un bon karma. Difficile d'en savoir plus à ce stade, mais j'apprendrai plus tard qu'il vaut mieux avoir un bon karma, quand on est le chirurgien ou l'opéré !

LES SUITES OPERATOIRES

Elles se déroulent dans l'unité de soins post opératoires. Quatre lits sont installés dans une grande pièce. Les murs sont partiellement carrelés, partiellement recouverts de contreplaqués. Un seul appareil de surveillance est visible. Il n'existe qu'un seul ventilateur d'un modèle très ancien. Le défibrillateur est lui aussi particulièrement obsolète. Un seul lit donc est véritablement fonctionnel, mais ce seul lit est servi par deux infirmières qui d'emblée retiennent l'attention : souriantes, extrêmement souriantes, en apparence sûre d'elles mêmes, sans cesse en mouvement, aux gestes précis et sûrs. A l'évidence, elles sont du métier !

Pas étonnant donc que la qualité de la surveillance repose non plus comme dans nos pays sur la technologie mais sur le sens et l'observation clinique : la couleur de la peau, la chaleur des mains et des pieds, la présence de sueur sur le front, l'état de remplissage du bocal rouge (qui recueille le sang épanché par les drains thoraciques) et du bocal jaune (la poche à urines) : le bocal rouge est plein, le bocal jaune vide, alors le malade est en état de choc hémorragique ; le bocal rouge est vide, le bocal jaune est plein, alors tout va bien !.....Je cherche l'appareil pour mesurer les gaz du sang qui permet de décider de sevrer le malade de la ventilation artificielle, l'appareil permettant la mesure des électrolytes, si nécessaire à la surveillance du potassium, dont une anomalie peut provoquer l'arrêt cardiaque, l'appareil de surveillance de la coagulation, indispensable pour ajuster le traitement anticoagulant....Rien de tout cela n'existe.

Pour un chirurgien français, responsable à Paris d'une unité de soins post opératoire équipée des dernières innovations technologiques mais qui se désespère de l'abandon de l'examen clinique des malades et fustige en permanence la fuite du médecin dans la technologie, le choc est total ! Je ne peux que penser à mes confrères à l'Académie Nationale de Médecine qui ne cessent de regretter le temps où les médecins examinaient les malades, de rédiger des Recommandations, d'alerter les responsables des Facultés de Médecine....en vain ! Ne dit on pas pour rire que le stéthoscope ne sert plus aujourd'hui qu'à reconnaître un médecin dans le couloir du Service.

Malgré cette absence d'équipements « indispensables », mais aussi probablement du fait de la grande qualité de la surveillance infirmière, les suites opératoires de ces quatre premiers opérés sont d'une incroyable simplicité : sevrés du ventilateur dès le soir de l'intervention, ils sont souriants, expriment déjà leur reconnaissance, collaborent parfaitement avec les infirmières aux premières exercices de kinésithérapie. Le malade quitte les soins intensifs le lendemain de l'intervention, laissant le seul lit fonctionnel disponible pour l'opéré suivant.



un médecin de Bago, complètement invalidé par une maladie mitrale, le lendemain de son opération, trois semaines avant la reprise complète de ses activités.

LES PREMIERS CONTACTS OFFICIELS

Le soir de mon arrivée je retrouve le Professeur Alain Patel, accompagné d'un jeune chirurgien français, installé à Nouméa, qui l'a rejoint pour une mission d'interventions et de formation de l'équipe des chirurgiens orthopédistes. Ils travaillent à l'hôpital orthopédique qui bénéficie depuis de nombreuses années du soutien de l'AMFA et du dynamisme de son Président. A côté de Patel, une jeune panseuse de l'Assistance Publique de Paris, et surtout Mariane que je ne connaissait pas, la cheville ouvrière de l'organisation, responsable à Paris de toute la logistique, qui réunit, trie, emballe, expédie les équipements que Patel peut localiser dans les hôpitaux parisiens, équipements défalqués, destinés à être jetés, mais aussi auprès des fabricants les prothèses de hanche de genoux, les clou-plaques bref toutes ces prothèses coûteuses, beaucoup trop coûteuses pour les malades de Birmanie.

C'est l'occasion de comprendre l'efficacité de l'AMFA en Birmanie. L'aventure qui a commencé il y a plus de vingt ans repose sur le dynamisme et le charisme du Professeur Patel. Il a accueilli dans son service de Garches quelques chirurgiens birmans, orthopédistes et pédiatres, les a formé aux techniques modernes de chirurgie orthopédique et surtout a su nouer avec eux des relations quasi fraternelles. De fil en aiguille, la collaboration s'est renforcée et Patel a contribué à l'essor de la chirurgie traumatologique, de l'orthopédie et de la chirurgie pédiatrique tant à Yangon qu'à Mandalay.

Le grand principe de l'AMFA, former les personnels et transmettre le savoir faire dans un climat de grande confiance mutuelle, a totalement transformé les services, et permis d'offrir à une population très pauvre des soins de toute première qualité. Ce travail de vingt ans vaut aujourd'hui à l'AMFA une place unique parmi les diverses organisations humanitaires présentes dans le pays, la confiance totale des administrations tant hospitalières que centrales.



Introduit par Patel, mes premiers contacts avec l'administration sont donc d'emblée très cordiaux. La directrice de l'hôpital me demande mon avis sur les installations actuelles, mes conseils sur les priorités, car « vous devez savoir que nous sommes pauvres ». Dans les quelques minutes qui suivent, le responsable des travaux à l'hôpital est devant moi et aussitôt, nous parlons du plafond de la salle d'opération, de l'unité de soins intensifs et des conditions de l'hospitalisation des malades. Je n'oublie pas les piètres conditions d'hygiène dans le service, lui parle des toilettes. Nous classons les priorités et elle m'assure qu'elle saura trouver les moyens de faire ce qu'il faut ! « Bien sûr ce ne sera pas luxueux, mais je serai content ». Tout a été réglé en moins d'une heure ! Le devis des travaux est fait. Pour moins de 12 000 euros, on pourra faire l'essentiel, la salle d'opération et les soins intensifs. Mais c'est encore trop pour ma gentille directrice : il faudra trouver de l'argent et l'aider !

Le Ministre de la Santé a organisé un dîner pour toute l'équipe de l'AMFA. Belle occasion d'évaluer le contexte dans lequel se dérouleront nos efforts. Clairement, la priorité est la tuberculose, la malaria, le sida qui font encore des ravages considérables. La cardiologie et la chirurgie cardiaque sont laissées de côté. Cependant, toute l'aide que nous pourrions apporter tant dans l'amélioration des hôpitaux que dans la formation des personnels sera encouragée et autant que possible amplifiée. Ainsi, nous parlons beaucoup de la formation des chirurgiens : les faire venir à Paris sera trop compliqué : inscription obligatoire dans une formation universitaire et difficulté de recrutement comme faisant fonction d'interne ou vacataire, problèmes de visa et de carte de séjour, financement de ces séjours !. Patel a trouvé la solution : la formation à Bangkok dans le grand service de chirurgie cardiaque à l'hôpital universitaire, sous notre contrôle. Nous sélectionnerons les candidats les plus méritants, les Affaires Etrangères de Thaïlande offriront les bourses. Le lendemain du dîner, les curriculum vitae des trois jeunes internes me sont remis !

Par moment, je trouve la discussion surréaliste car je finis par comprendre que, dans ce pays, il n'y a aucune prise en charge des malades, pas de sécurité sociale, pas d'assurance privée. Les médecins temps plein à l'hôpital sont payés 18 dollars par mois, les infirmières 10 dollars. Tout ce petit monde est obligé de consulter le soir pour « survivre » dans des « cliniques privées ». Quant au malade, c'est simple : ou « he can afford it », et il devra tout payer, la valve, le circuit de circulation extra corporelle, les médicaments ... jusqu'à la plus petite compresse, ou il ne peut pas payer, et il ne lui reste plus que ses yeux pour pleurer ! Comme dans tous les pays en voie de développement, la population privilégiée, fortunée même, ne connaît pas ce problème : la médecine moderne n'est pas loin, à moins d'une heure d'avion, à Bangkok, Kuala Lumpur ou Singapour, pour plus de dix fois le coût de revient à Yangon. Mais pour les autres, la quasi-totalité de la population !!!

La fin du dîner est sympathique: petit cadeau souvenir pour chacun et ... « surtout n'oubliez pas Mandalay ». Médecin de formation, ancien chef de Service dans cette ancienne capitale de la Birmanie, il me fait bien comprendre que ce que nous faisons à Yangon est bien, mais ne suffira pas. Nous mènerons donc de front le développement des deux structures !

LE BILAN DE CETTE PREMIERE MISSION

Quatre jours m'auront suffi pour comprendre la situation : des hôpitaux vétustes, des médecins et des infirmières pleins de bonne volonté, désireux d'améliorer leur performance, dans une attente extrême d'aide tant matérielle que morale, des malades pauvres, très pauvres même, une absence complète de tout système de prise en charge ou d'assurance.

La route est tracée, toute simple: suivant l'exemple donné par Patel, il faudra apporter du matériel, former les médecins et les infirmières, mettre la main à la pâte localement et vivre en conditions réelles le progrès. Trouver à Paris du matériel, des prothèses et tout ce qu'il faut pour les mettre en place, les oxygénateurs, les filsTrouver les financements privés pour organiser les prochaines missions. Tout cela dans un climat unique : une très forte motivation de faire mieux chez les médecins, une confiance et une reconnaissance sans limite des malades.

(La suite du récit sera accessible sur le site AMFA dans les prochains jours.)