

## **Laisse battre ton cœur en Birmanie**

Professeur Daniel Loisançe  
Chirurgie cardiaque  
CHU Henri Mondor, Créteil

Printemps2005- automne 2007  
Chapître 3

Depuis, la rédaction du chapitre précédent, en mars 2005, au décours de la seconde mission, beaucoup d'eau a coulé sous les ponts. Notre action pour le développement de la chirurgie cardiaque en Birmanie s'est intensifiée : des missions se sont rendues en novembre 2005, février 2006 et plus récemment en novembre 2006, missions réalisées seul, puis accompagné d'une infirmière de bloc opératoire et d'une infirmière de soins intensif de mon Service à Henri Mondor. Leurs observations seront intéressantes à rapporter.

Ces missions ont permis de poursuivre les efforts de formation des personnels médicaux et des personnels infirmiers sur place, de réaliser des interventions chez des malades cardiaques graves, qui, sans ces missions, étaient condamnés à mourir à brève échéance ; de vérifier la pérennité du bon résultat immédiat de ces interventions en revoyant les anciens opérés ; surtout de faire le point sur les progrès accomplis depuis la première mission exploratoire en novembre 2005 ; enfin d'évaluer les actions à mener pour amplifier l'amélioration des conditions de travail à la fois à Yangon, et à Mandalay. Ces missions enfin ont permis d'apprécier l'évolution générale de la situation dans le pays et son impact sur la chirurgie cardiaque.

Je n'ai pas eu la possibilité, au retour de ces missions, de faire un bilan d'étape de notre engagement en Birmanie. En effet, la situation en France ne m'a pas permis d'avoir l'esprit suffisamment libre pour faire partager mes impressions sur cette action.

Force est d'observer que au cours de ces dix huit derniers mois, la situation française ne s'est guère améliorée, et ceci est probablement un « understatement » ! Le « climat » général dans les services s'est davantage dégradé, conséquence de la pénurie d'infirmières, responsable de la fermeture de lits, de lits de soins intensifs post opératoire notamment. A l'automne 2005, les lits fermés pendant la période de congés estivale n'ont pas été ré ouverts et sont depuis restés fermés. En clair, sur les quinze lits de soins intensifs de chirurgie cardiaque dont nous disposions avant cet été funeste de 2005, dix lits seulement sont opérationnels. La pénurie en outre aggravée dans mon Service par le fait que les malades de chirurgie vasculaire sont désormais pris en charge dans l'unité de soins post opératoires de chirurgie cardiaque, conséquence de la restructuration imposée par l'administration. Dans les faits ceci veut dire que de quinze lits opérationnels dédiés à la chirurgie cardiaque, seulement sept lits sont aujourd'hui disponibles. Pour la chirurgie vasculaire les six lits dédiés se sont transformés en trois lits. « L'augmentation de l'activité est notre priorité absolue » entend on tous les jours

dans la bouche d'une Directrice Générale, ... mais madame, comment peut on augmenter l'activité avec une telle réduction de moyens. Cette « politique de reconquête de l'activité » a, quand on regarde la réalité des moyens alloués, bien peu de chance d'aboutir.

Dans les faits, au quotidien, cette pénurie de moyens infirmiers veut dire programmes opératoires non tenus, urgences refusées et dirigées dans d'autres hôpitaux et ... accroissement du malaise des personnels avec précipitation de départ en province pour raison personnelles ! Dans les dix huit derniers mois vingt deux infirmières du service sur les soixante dix ont demandé leur changement. La grande majorité était venue me voir pour me faire savoir leur décision et m'en donner les raisons. L'entretien était souvent émaillé de pleurs car ces infirmières étaient pour la majeure partie d'entre elles les plus anciennes du Service, totalement dévouées et très motivées pour aller de l'avant, fières d'avoir participé à la vie d'un service très actif. « C'est très bien, elles sont là depuis trop longtemps ». Telle a été la réaction de la responsable des infirmières à la direction de l'hôpital. « La mobilité est gage de performance », autre avis de cette spécialiste ! Mais où sont les remplaçantes ? Dans ce contexte, la réaction de mes infirmières vis-à-vis des stagiaires birmanes a été tout à fait intéressante. Dans un premier temps, une réaction de franche hostilité : Ah ! Monsieur Loisanca a trouvé un truc pour pouvoir travailler davantage ! J'ai dû expliquer que ces stagiaires n'étaient pas les infirmières espagnoles que l'administration avait essayé de faire venir pour boucher les trous. Elles sont bien là en stage pour se former. Néanmoins, il a fallu batailler pour les faire accepter et leur permettre de s'habiller en salle d'opération et de se former au travail d'instrumentiste. En unité de soins intensifs, il a aussi fallu batailler pour éviter que nos petites birmanes ne soient considérées comme des aides soignantes tout juste bonnes à faire les toilettes. En réalité après quelques mois, elles ont été acceptées et même demandées par les chirurgiens des autres services !! Il a alors fallu batailler pour les garder dans le service et pouvoir leur donner effectivement une formation en chirurgie cardiaque et en chirurgie vasculaire.

Les médecins dans cet hôpital qui ne se reconnaît plus quant à eux sont totalement déstabilisés par la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière. En réalité, très peu nombreux sont ceux qui se sont donnés la peine de lire les ordonnances et les nombreux décrets d'application parus au cours des années 2005 et 2006. Ils auraient alors réalisé que cette nouvelle gouvernance hospitalière était une occasion unique, qui probablement ne se renouvellera pas, de moderniser la gestion de l'hôpital, de redonner aux médecins une responsabilité réelle dans cette gestion. Ils n'ont retenus que la menace de suppression des services, ce qui n'est pas dans les ordonnances, les modalités de la nomination des chefs de service et de recrutement des collaborateurs, le nouveau statut des praticiens hospitaliers, le financement de l'hôpital non plus sur la base d'un budget global mais en fonction de l'activité ! Et les « syndicats » de médecins, si peu représentatifs en fait, d'entretenir une désinformation source de démobilisation ! Combien de chefs de service n'ont pas demandé le renouvellement quinquennal de leur fonctions ou ont quitté l'hôpital (trois dans notre hôpital) ou plus simplement ont modifié leur emploi du temps, augmentant le temps consacré à la lecture du Monde dès 14 heures, puis à la navigation sans but sur internet.

Certains membres de l'administration quant à eux ont entrepris une guerre de tranchée, n'hésitant pas à rédiger une thèse de troisième cycle sur le thème : « l'avènement de la gestion par Pôles à l'hôpital : dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ». Cet article publié dans le grand journal des gestionnaires d'hôpital développe l'idée que l'hôpital est le champ clos d'une lutte entre deux pouvoirs, le pouvoir administratif et le pouvoir médical. Le premier tient sa légitimité de la population, à travers le vote par le Parlement d'un budget de

la santé qu'il est chargé d'utiliser au mieux, le second lui du malade car il a le savoir et le pouvoir de guérir. Le risque de la nouvelle gouvernance est celui de la contamination du pouvoir administratif, devenant plus proche des réalités quotidiennes, par la malade et le médecin. Quand je pense que l'on abat des arbres pour fabriquer du papier et que ce papier devient le support de telles choses..., je ne peux m'empêcher de me dire que le monde ne tourne pas rond. Le malaise hospitalier est bien réel quand on lit de telles âneries. La solution: peut être envoyer ce jeune directeur d'hôpital dans un service actif au contact du malade ou, si cela ne suffit pas, lui payer la balade en Birmanie pour qu'il y découvre ce qu'est véritablement un hôpital: non pas une plateforme technique, dévoreuse de budgets, qu'il faut gérer au mieux, mais un endroit vers lequel se dirigent des malades, souvent en détresse totale, qui font tout pour rencontrer des médecins, ces médecins étant aidés dans la tâche par une administration. Le partenariat dans la prise en charge des malades sur la base d'une confiance mutuelle et non pas une prétendue lutte de pouvoir! Il est effarant de voir qu'aujourd'hui, un médecin soit obligé de rappeler de telles vérités premières!

Dans ce contexte, je me suis efforcé de tenir la route, de faire au mieux avec des moyens insuffisants, préférant maintenir et développer la qualité du service aux malades à la participation à d'innombrables réunions de réflexion et de concertation, d'organisation des soins, de la réanimation, du bloc opératoire... et j'en passe. J'ai renoncé à faire entendre mon avis quand j'ai pris conscience que les chirurgiens ne 'étaient pas qualifiés pour faire fonctionner un bloc opératoire! J'ai par contre essayé dans le cadre de mes activités à l'Académie Nationale de Médecine de mieux comprendre le déficit de la Sécurité Sociale, les modalités optimales de la formation des jeunes médecins à l'activité clinique, les conditions souhaitables à l'accueil des médecins formés à l'étranger et désirant s'installer en France, les conditions optimales du succès de la grande réforme hospitalière. J'ai surtout essayé malgré les difficultés de la vie hospitalière au quotidien, de poursuivre le travail entrepris il y a plus de trente ans: former les jeunes, faire de la recherche et préparer la chirurgie de demain. Faire en sorte que notre génération soit remplacée par de jeunes chirurgiens adroits de leurs mains mais aussi bien formés dans leur tête, curieux, critiques, imaginatifs et surtout travailleurs. Oui, il y a encore des jeunes qui bien pris en main pourront contribuer à redresser la situation actuelle. Par ailleurs, j'ai continué à nous confronter au monde extérieur en participant à de nombreux congrès de notre spécialité. J'ai pu alors réaliser clairement la perte de visibilité de la chirurgie française à l'étranger: moins de participation active aux congrès, moins de publications dans mes grandes revues scientifiques internationales!

Ce travail d'organisation de la résistance à la dégradation générale ne peut en fait être conduit et poursuivi avec ardeur que si parallèlement il s'associe à une action, elle, sûrement utile et positive. Cet antidote à la morosité est bien pour moi bien sûr la Birmanie!

Je me suis donc occupé à améliorer les conditions de notre aide à la chirurgie cardiaque en Birmanie. Motiver les industriels pour qu'ils nous donnent des valves cardiaques, des fils de suture, des oxygénateurs, bref tout le matériel indispensable. Susciter des dons pour financer les missions, bien que le thème chirurgie cardiaque en Birmanie soit bien peu excitant et que le rendu de notre prospection soit bien faible! Vous pensez! Aider la Birmanie! Pas question! Comme si les malades cardiaques, comme tous les autres malades, devaient être privés d'aide au prétexte que le pays n'est pas dirigé selon des procédures acceptées dans les pays développés, et être pénalisés à deux titres, celui d'être malade et celui d'être birman! Entre nous, est ce bien là la meilleure méthode pour aider une population en difficulté? Cette action en faveur de la Birmanie, d'une population qui manque d'à peu près tout, n'est elle pas

au contraire l'occasion de nous sortir du marasme général dont nous souffrons dans notre pays trop riche ?

La formation des infirmières birmanes à Paris s'est poursuivie dans de bonnes conditions. La promotion 2005 a regagné son pays, remplacée par une nouvelle promotion. Depuis janvier 2006, quatre petites birmanes de Yangon et Mandalay que j'avais sélectionnées l'an passé, participent à la vie du Service tant au niveau du bloc opératoire que de l'unité de soins intensifs. Elles reçoivent une formation à l'école des infirmières de bloc opératoire et des cours de français donnés deux fois par semaine par deux bénévoles de l'AMFA. Leurs conditions d'existence ne sont pas simples car rares sont les infirmières du service qui s'intéressent à elles, les sortent, leur montrent Paris ou les invitent dans leur famille. La bourse allouée par l'AP HP a été réduite à 380 euros par mois. L'administration facilite peu leur existence : les demandes de carte de séjour n'ont, du fait de la lenteur administrative, toujours pas été attribuées, près de dix mois après leur arrivée. J'ai cependant alerté le Préfet du Val de Marne de cette anomalie sans toutefois recevoir de réponse ! Bref, ceci n'est qu'une péripétie par rapport au bénéfice de leur stage : elles ont l'occasion de voir fonctionner un service actif où des procédures rigoureuses et efficaces permettent de garantir au malade des soins de qualité. Elles prennent conscience de ce qu'elles devront faire dès leur retour, notamment en terme d'organisation de leur travail. Bref, malgré la modicité de leur bourse, malgré l'éloignement de leur milieu familial, elles sont heureuses d'être parmi nous, bien que nous soyons bien peu nombreux à nous intéresser à elles !

J'ai surtout réalisé que cette action en faveur de la Birmanie ne pouvait rester une affaire de quelques uns mais qu'elle serait sûrement plus efficace si elle pouvait s'inscrire dans le cadre d'actions institutionnelles. L'occasion a été en novembre 2005 offerte par le Ministère des Affaires Etrangères français qui a pris l'initiative de relancer les partenariats interhospitaliers avec les pays en voie de développement. Signer une convention inter hospitalière entre l'hôpital Henri Mondor et l'hôpital de Mandalay permettrait déjà de donner quelque fonds facilitant l'organisation des missions. Il permettrait surtout de donner à cette action un label officiel rendant plus convaincante notre action. Il devrait aussi faciliter une plus forte implication des structures administratives de notre hôpital et faciliter l'organisation de missions d'infirmières. J'ai été très heureux d'apprendre au printemps 2006 que notre déclaration d'intention était retenue, qu'une mission en Birmanie de monsieur d'Oriano, responsable de ce projet au ministère avait visité Mandalay et trouvé que ce que nous avions entrepris correspondait tout à fait à l'esprit des conventions inter hospitalières. Très bonne nouvelle qui facilitera singulièrement la mission de novembre 2006.

### **Le retour à Yangon le 1<sup>er</sup> Novembre 2006**

La date de cette mission n'a pas été fixée par hasard : les vacances scolaires commencent, pour une durée de quinze jours. L'activité dans le Service étant désormais rythmée par ces congés scolaires, une salle d'opération est fermée ainsi que des lits de soins intensifs. L'objectif affiché par l'(ex) Directrice de l'AP HP, qui nous a quitté brutalement en septembre dernier, estimant sa mission achevée ( ! ), a bien peu de chance d'être atteint si toutes les six semaines il faut réduire la voilure !

L'arrivée à Yangon est toujours un grand moment. Après plus de 12 heures de voyage, dès l'ouverture de la porte de l'avion une bouffée de chaleur pénètre la cabine et fait immédiatement prendre conscience que nous sommes arrivés dans un autre monde. Les travaux de construction de la nouvelle aérogare ne sont pas terminés et une véritable armée d'ouvriers s'affaire pour finir un bâtiment moderne qui a bien une forte teinture d'extrême orient. Le toit mais surtout les grandes statues en pierre représentant des gardiens de temple donnent le ton. Par contre, les bus n'ont pas changé : ils sont toujours aussi vétustes. Les responsables des bagages sont toujours aussi nombreux et aussi rapides !



Le plus drôle dans ce grand tohu bohu est certainement le fait que les chariots de bagages ne sont pas tractés comme cela se voit partout mais tirés par trois ou quatre solides gaillards ! Le tout dans une chaleur étouffante.

Naturellement, comme les fois précédentes, j'appréhendais un peu les formalités administratives d'autant plus que en plus de ma petite valise, j'avais près de 60 kilos de bagages, le tout représentant en plus un gros volume. Merci la Thai ! Mais une fois de plus, j'ai pu constater la grande efficacité de notre organisation, puisque le représentant du Ministère de la Santé, cette fois sans sa (très jeune et jolie) femme était là, filant de l'un à l'autre, évitant tout problème ou toute question d'un agent un peu trop zélé. Les gros cartons contenant les oxygénateurs, les caisses pleines de matériels sont rapidement empoignées par de nombreux porteurs et sorties de l'aéroport. Elles auraient dû intéresser la douane, mais personne ne les voit !

Le comité d'accueil est là aussi comprenant les anciennes stagiaires à Paris, au grand complet, l'adjoint du Chef de Service et les jeunes chirurgiens. Deux mini bus vont transporter tout ce petit monde naturellement directement à l'hôpital, où les malades pré sélectionnés nous attendent.

Le trajet dans une chaleur suffocante est tout à fait intéressant. Je suis surpris par l'absence d'encombrements : il y a beaucoup moins de voitures qu'il y a six mois et un an. «le prix de l'essence a encore augmenté ! ». Il faut décoder : le prix de l'essence a été doublé du jour au lendemain ! Les voitures sont les mêmes qu'auparavant, paraissant encore plus vieilles, lâchant un nuage de pollution ! « L'importation de voitures neuves est interdite » ! Toutes ont la conduite à droite. Vestige du temps des anglais : erreur ! : « Ces vieilles voitures viennent du Japon » ! Bon moyen de se débarrasser des vieux modèles ! Les bus locaux sont intéressants : de vieux camions transformés en transport en commun dans lesquels s'agglutinent une grappe humaine.



De temps en temps, nous croisons d'étranges guimbardes : un châssis de camion sur lequel a été installé un moteur récupéré je ne sais mais qui marche ! et permet de transporter du matériel de construction !



Je suis frappé par le grand nombre de motos, sur lesquelles se sont installées des familles entières. Autre signe des difficultés de la population pour acheter de l'essence : « deux gallons par jour aux pompes officielles, et s'il faut plus, il fut acheter au marché noir, à un prix très supérieur ». Je n'avais pas souvenir de ce problème ! Ou n'était ce qu'un premier exemple de l'aggravation de la situation de la population. J'apprendrai vite que le prix du riz a aussi beaucoup augmenté, qu'il en est de même du prix des tomates, de celui des poivrons et des épices, bref de tout ce qui fait la vie de chaque jour. Mais, ce qui frappe le plus dans ce climat de difficultés croissantes, est le fait que les gens restent toujours aussi souriants, donnent même l'impression d'être insouciant et heureux . Le bouddhisme leur permet de supporter beaucoup de choses ! J'essaie d'en savoir plus sur l'évolution de la situation politique, particulièrement critique en ce 1<sup>er</sup> novembre puisque j'ai pu lire dans les journaux occidentaux que l'envoyé du Secrétaire Général de l'ONU arrive dans le pays le 4. Réponse à une question précise sur cette visite : « la mousson a été très dure » ! Message reçu et plus de question sur ce sujet trop sensible. Ce ne sera que dans des discussions très privées avec mes amis birmans que j'apprendrai que rien n'a changé sur cette planète reculée du monde, que la pression des pays occidentaux aggrave la misère du peuple, que l'avenir est difficile à prévoir.



Dernières observations lors de ce trajet vers l'hôpital : les immeubles en construction il y deux ans et lors de mon dernier voyage il y a plus de six mois ne sont pas terminés. Les autres bâtiments présentent les mêmes façades grises, conséquence de l'humidité extrême qui règne dans le pays, humidité aggravée par des chutes de pluie considérables au cours des derniers mois. En effet la période de la mousson a été particulièrement longue cette année ce qui n'a pas facilité la vie déjà complexe de la population.

### **L'hôpital, deux ans après**

J'ai du mal à le croire, mais il y a déjà deux ans que je suis arrivé la première fois à Yangon. J'ai, en entrant dans la cour de l'hôpital, la même impression : un bâtiment qui a beaucoup d'allure, rappelant le style colonial anglais, la façade rouge brun. On pourrait se croire au Indes ! Mais que tout ceci sent le vieux. Ces bâtiments n'ont jamais été restaurés. La marque de la mousson encore récente est évidente : les murs dégoulinent encore ! et les plantes sauvages poussent allègement dans les gouttières.

La seule marque de changement est le fait que la grande cour a été partiellement goudronnée. Je m'en étonne ! Ceci a été fait au printemps dernier, lors de l'hospitalisation d'un haut dignitaire du régime. Seul d'ailleurs le trajet entrée de l'hôpital, entrée du bâtiment où était hospitalisée cette personnalité a été concerné par les travaux ! Drôle n'est ce pas !

Beaucoup de monde partout, des familles entières chargées de paquets qui probablement viennent aider l'un de leurs proches hospitalisé. L'hôpital donne des soins mais ne s'occupe pas du tout de la nourriture et du confort du patient. Alors il faut bien se débrouiller et toute la famille est mobilisée !

Pour arriver au premier étage, je prends l'ascenseur : une pièce de musée. Le liftier manipule sans peine une lourde grille et nous donne accès au monte charge. J'ai la surprise de voir qu'il va ranger son casse croûte de midi dans la cage d'ascenseur entre les étages.



Le service lui-même va me surprendre. Certes l'unité de soins post opératoire, que nous avons pu rénover l'an passé, n'a pas bougé: propre, fonctionnelle. Mais un grand changement m'attend : une grande salle de malade dans laquelle on pouvait hospitaliser quatre patients a été totalement remise à neuf. Les murs sont carrelés jusqu'au plafond. Le plafond lui-même est impeccable. Le sol, fait de larges plaques de marbre, a été poncé et a beaucoup d'allure. Quatre lits modèle occidental c'est-à-dire avec un cadre métallique blanc, un sommier et un matelas ont remplacé les planches de bois sur lesquelles les familles de malades vont installer ce qui sert de matelas. Tout est très propre, net et tranche avec ce que l'on peut voir dans les autres grandes salles de malade. Très surpris, je m'étonne et j'apprends vite que cette rénovation a été possible grâce à une donation faite par un ancien malade. J'avais bien expliqué lors de mes précédentes visites que si moi je faisais des cadeaux, les birmans pouvaient aussi faire des cadeaux. La leçon de toute évidence a été bien apprise et le résultat est là. Le principe aides toi le ciel t'aidera a décidément du bon. L'essentiel est de le mettre en pratique. Je demande aussitôt à revoir la salle des pansements qui m'avait laissé un souvenir épouvantable. Là encore ; surprise : tout est propre bien que vieux. Il faudrait tout reprendre, de l'installation électrique aux points d'eau, du plafond au plancher (en marbre, mais constellé de tâches). Ce sera pour une prochaine fois ! Quant à la salle de réunion du service, elle est aussi encombrée de cartons qu'avant, aussi mal entretenue. Il reste de quoi faire !



J'ai la grande joie de revoir les malades opérés lors des précédentes missions. J'ai du mal à les reconnaître tant ils respirent désormais la santé. Je suis particulièrement surpris par une femme pour lesquels l'intervention avait été particulièrement délicate et dont les suites opératoires avaient été quelque peu houleuses. Elle a pris du poids et n'a plus ce faciès

angoissant des grands cardiaques. Nous ne pouvons pas en opérer beaucoup, mais au moins ceux qui peuvent être opérés vont vraiment bien.

Je ne résiste pas à montrer la photo d'un malade opéré il y a deux ans : souffrant d'une maladie mitrale ancienne, il était condamné au lit, il ne pouvait exercer son métier de médecin généraliste à Bago, une grande ville située à une centaine de kilomètres de Yangon. Pour cette raison, il ne pouvait subvenir aux besoins de sa famille, et son seul avenir était de mourir à brève échéance, laissant les siens dans une misère inéluctable. Nous avons beaucoup hésité pour l'opérer compte tenu du risque opératoire important. En fin de compte tout s'est très passé. J'ai déjà montré une photo de ce malade, assis dans son lit de soins intensifs, au lendemain de son intervention (chapitre 1). Je n'ai pas résisté à l'envie de prendre une nouvelle photo, qui illustre bien le progrès accompli au cours de ces deux dernières années. Ce malade, au courant de ma nouvelle visite, tenait absolument à me voir et n'a pas hésité à faire un voyage long et pénible pour me rencontrer. Aujourd'hui, ce malade mène à nouveau une vie normale, travaille comme médecin généraliste à temps plein, a repris son action dans la lutte contre la tuberculose chez les enfants de sa ville. Jugez par vous-même du



changement !

Le moment le plus important arrive alors. La sélection des futurs opérés parmi les nombreux malades qui ont été pré sélectionnés. Pour chaque malade, j'assiste à une présentation très formelle par l'un des internes du service. Tout le monde est là, la surveillante du service, la sœur, mais aussi les infirmières, les locales et celles qui avaient été stagiaires à Paris, les médecins et les chirurgiens du service. Le malade est entouré de sa famille et attend le verdict avec impatience et de toute une certaine angoisse de ne pas être retenu. Je vais ainsi « screener » une bonne dizaine de patients, coronariens ou valvulaires. Le choix définitif doit tenir compte non seulement des besoins de chaque malade mais aussi, je n'ose pas dire surtout, des possibilités techniques : j'ai apporté tant de valves, je pourrais donc opérer tant de malades ! et il faut dans ce choix tenir aussi compte des caractéristiques de chacune des prothèses valvulaires que j'ai apportées, la taille et le modèle ! Pas facile !

Il est évident que je n'ai pas apporté assez de matériel, alors qu'à Paris j'étais content d'avoir récupéré à droite et à gauche une bonne quinzaine de prothèses. Il vaut mieux devant ces malades oublier les difficultés que j'ai dû surmonter pour récupérer parfois une seule prothèse. Pour les patients coronariens, pour lesquels ne se pose pas de problème de prothèse, la sélection s'opère sur la nature des lésions coronaires et l'état du ventricule. Les premières sont difficiles à analyser car les documents radiologiques ne sont que d'une qualité très médiocre. Quant à l'évaluation de l'état du ventricule, aucun examen type ventriculographie ou échocardiographie n'est disponible. Il faut se contenter de l'histoire clinique, si tant est que cette seule histoire clinique permet de préjuger avec précision et certitude de l'état du ventricule. Il faudra bien un jour apporter une bonne machine d'écho !

J'avais lors de la visite rapide du service entr'aperçu un jeune malade, allongé sur son lit et pas bien du tout. Je m'étonne de ne pas le voir dans la liste des malades proposés pour une intervention. On m'explique qu'il est trop mal, et que l'on ne peut risquer une intervention car cela pourrait signifier gâcher une prothèse. J'ai du mal à accepter le raisonnement et je propose que l'on regarde les choses d'un peu plus près. En réalité, ce patient souffre d'une fuite mitrale, d'évolution très rapide. L'insuffisance cardiaque est très sévère et déjà le foie et le rein ne fonctionnent plus bien. Le malade ne survit que grâce à l'oxygène qui lui est administré. Effectivement le risque opératoire est énorme, et par voie de conséquence le risque de gaspiller des moyens est réel. Mais je ne peux m'empêcher de penser que si l'on réussit à faire une correction parfaite des lésions, rapidement, dans les meilleures conditions, alors l'avenir peut être tout autre, la récupération rapide et complète, la mort certaine à brève échéance évitée. Tout est fonction de moi. Faut il se ranger à l'avis des médecins locaux, essayer d'utiliser les maigres moyens disponibles chez les patients les moins atteints pour lesquels un bon résultat est quasiment certain et alors abandonner ce malade à son triste sort ou faut il prendre des risques et lui donner une chance ? quitte à passer localement pour un irresponsable ! Je me donnerai quelques jours avant de faire savoir la décision finale que je prendrai mais dans ma tête, l'affaire est entendue!



Ainsi, dans les deux heures qui suivent mon arrivée, j'ai une première idée du programme de ces quelques jours : beaucoup de travail en perspective ! Le premier malade sera opéré dès le lendemain. J'annonce qu'il faudra travailler le week end : pas de tollé, mais des sourires amusés : « nous ne sommes pas surpris et nous sommes prêts ». Nous nous mettons à la tâche avant donc l'arrivée de mon soutien logistique, mes deux infirmières de Paris, l'une panseuse de bloc opératoire et l'autre spécialiste des soins intensifs.

Avant de quitter le service et d'aller à l'hôtel récupérer un peu du voyage et de cette arrivée en fanfare, reste un grand moment : l'ouverture des colis et la répartition de ce que j'est apporté entre le service de Yangon et celui de Mandalay. On m'explique qu'à Mandalay, l'activité opératoire est très faible, que l'expérience en chirurgie à cœur ouvert est très faible. Bref je dois comprendre que la division équitable n'est pas 50-50, mais doit être 80-20. Très vite, je suis obligé de froncer les sourcils et de rappeler que je dois, sur instruction des plus hautes autorités, aider au développement de la chirurgie cardiaque à Mandalay. Cette seule évocation de l'autorité suprême suffit à régler le problème ! Mais ils auront essayé !

Le lendemain, la journée va commencer très tôt, car le programme est chargé. Une intervention le matin et l'après midi une conférence devant les chirurgiens de la Myanmar Medical Association qui tient sa réunion d'enseignement annuelle.

Cette réunion est une expérience intéressante. Elle est inaugurée par le Deputy Minister en personne. Quelques chirurgiens arrivent en retard : ils sont aussitôt rabroués par le Ministre qui leur rappelle leurs obligations : non seulement participer aux enseignements de la formation continue mais surtout être présent avant l'arrivée du Ministre ! La formation

continue est en effet obligatoire dans ce pays, et le respect de l'autorité naturel ou/et obligatoire. Le discours du Ministre est amusant : il est fait tantôt en birman et je dois avouer que je ne peux rien comprendre, tantôt en anglais ou plutôt en anglais birman. Les propos tenus en pseudo anglais sont de toute évidence pour moi et Alain Patel qui nous a rejoint. Il est beaucoup question de lavage des mains, de lutte contre l'infection. Nous sommes très loin des recommandations du CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales pour les non initiés), mais le message est sûrement plus clair et surtout a beaucoup plus de chance d'être accepté. Patel m'apprend en fait que le Ministre a publié un livre sur le sujet ! La conférence est émaillée sans être interrompue de coupures du micro, conséquence de la coupure d'électricité. Le ministre devient inaudible mais un grondement sourd apparaît, signalant la mise en route des générateurs ! Très couleur locale. Quand mon tour arrive de présenter l'état actuel de la chirurgie des coronaires, je décide de faire simple et de me limiter aux fondements de la chirurgie coronaire : l'importance de la qualité de l'indication opératoire, la rigueur avec laquelle les techniques d'anastomose des vaisseaux coronaires doivent être appliquées, ...A la fin de ma présentation, je suis assailli de questions et de commentaires. Je réalise qu'il y a dans l'auditoire de nombreux chirurgiens qui ont dû aller à Singapour ou à Bangkok pour se faire opérer les coronaires et que depuis ils mènent une vie normale. Ce qui paraît les préoccuper le plus est en fait le moment où cette chirurgie sera devenue courante dans leur pays ! Aider au développement de cette chirurgie correspond donc parfaitement à l'un des gros soucis de la population médicale. Nous sommes donc sur la bonne voie.

Cette semaine va se dérouler sans difficultés, chacun des opérés présentant des suites opératoires simples. Je suis à nouveau très frappé par l'importance qu'a ici l'examen clinique du malade et une parfaite continuité dans la prise en charge médicale. L'examen clinique est à vrai dire le seul outil disponible,. De façon très surprenante, il paraît suffire bien que les facteurs de risque opératoire chez les malades sélectionnés soient très nombreux. La couleur de la peau, la moiteur du visage et la chaleur des extrémités, l'inspection du bocal jaune (l'urine) et du bocal rouge (le sang drainé hors du thorax) donnent déjà une première idée. L'auscultation et la prise manuelle de la pression artérielle aident aussi. Surtout, les infirmières et les médecins ne quittent pas les malades des yeux ce qui leur permet d'avoir une bonne idée de la tendance évolutive et d'anticiper les problèmes. Je l'ai déjà souligné : nous sommes à des années lumière de ce qui se passe dans nos unités de soins intensifs où, pour être caricatural, dès qu'un problème survient, le réanimateur prescrit une radio ou un écho et naturellement attend les résultats avant de prendre la plus petite décision. Cette priorité donnée à l'examen complémentaire sur l'examen clinique conduit à des retards dans la prise de décisions, représente une dépense considérable et au final ne donne pas au malade de plus grandes chances. Allez faire comprendre cela à nos réanimateurs me semble être une mission impossible tant la perte du sens clinique est avancée. Est-ce cela le progrès ? Pour ma part, cette expérience de la chirurgie dans un pays peu équipé est bien enrichissante, et ce à de multiples égards.

Cette semaine a permis d'améliorer le fonctionnement du Service. Mes infirmières ont fait un gros travail au quotidien pour rendre plus fonctionnels les rangements des matériels. La peur de manquer de l'essentiel a en effet conduit les panseuses locales à tout conserver, même le matériel tellement périmé qu'il peut être dangereux de l'utiliser. Le stock de prothèses valvulaires est tellement maigre que nous retrouvons sur les étagères des prothèses dont la date limite d'utilisation est novembre 1993. Les conserver leur donne l'illusion de disposer de

ce qu'il faut ! On a un peu l'impression que jeter ces matériels trop anciens et impropres à l'utilisation leur est impossible !

Par contre, l'intérêt d'avoir formé à Paris les infirmières panseuses et les infirmières de soins intensifs nous apparaît très clairement évident. Il y a désormais un cahier de soins infirmiers, un cahier de prescription et de surveillance. Les soins infirmiers eux même sont réalisés de manière convenable. Seule l'hygiène est précaire et ce tout simplement parce qu'il n'existe qu'un seul point d'eau : il va servir à tout, au lavage des mains comme à l'entretien des bouches d'aspiration et celui des poches à urine. Tous ces équipements, en France à usage unique, sont ici lavés et ré utilisés, jusqu'à ce qu'ils rendent l'âme. Pénurie, pénurie !

Bien sûr, il y a des pratiques qui nous surprennent. Les pansements par exemple. En France, tout le monde est habitué aux pansements bien stériles et étanches qui permettent d'éviter toute contamination des incisions pendant les premiers jours post opératoires. Au troisième jour, ces pansements sont retirés et la paroi est laissée à l'air libre, protégée par une couche de Bétadine qui est appliquée plusieurs fois par jours. Là bas pas de pansements occlusifs et pas de Bétadine. On se débrouille ! J'apprends même que l'on ne veut pas de pansements occlusifs car il y a un risque de voir les vers et les petites bêtes se glisser sous le pansement. Il est bien préférable de voir ce qui se passe ! J'ai été cependant très surpris par l'absence d'infection dans la semaine suivant l'intervention.

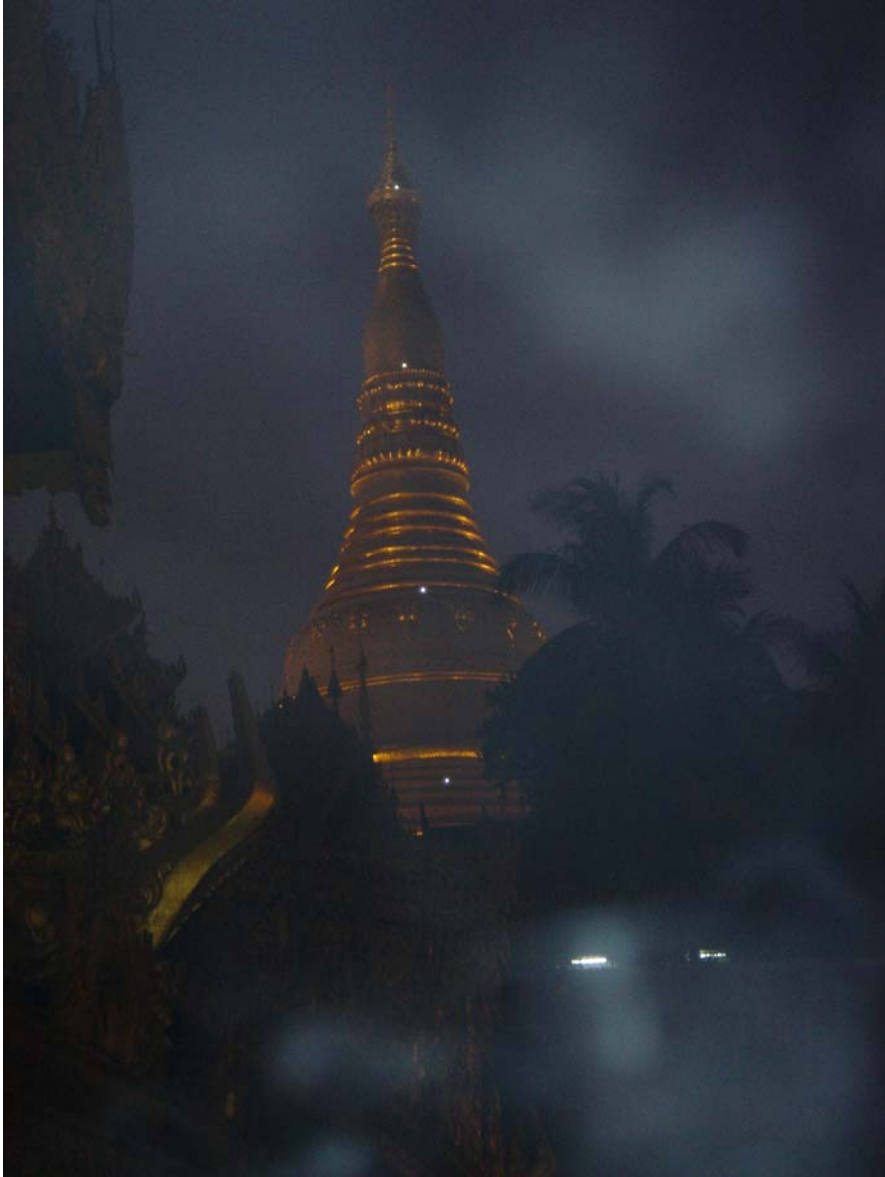


En salle d 'opération, un effort bien visible de rationalisation a été fait. Les panseuses n 'amènent plus en dalle d 'opération que les matériels qui sont véritablement indispensables. Les tables des instrumentistes, il y a deux ans encombrées de tous les instruments du service, sont désormais tout à fait fonctionnelles et bien rangées. L 'instrumentiste sait anticiper les besoins des chirurgiens et le déroulement de l 'intervention est tout à fait soft. Bien sûr, le niveau de confort est précaire, la lumière du scialytique de qualité médiocre ; bien sûr il faut savoir faire avec, mais ..... que de progrès par rapport il y a deux ans ! Projets nous dans l 'avenir et on peut être sûr que si la tendance continue, un niveau tout à fait convenable sera rapidement atteint.

Je suis très frappé par le niveau d 'investissement des infirmières. Pendant la pause thé vert, les discussions en français me permettent de réaliser que dans le service, les infirmières sont dévouées corps et âme à leur travail. Elles habitent à proximité immédiate, dans l 'enceinte même de l 'hôpital. Elles n 'ont pratiquement aucune vie personnelle, pas de petit copain. Pire, elles ne conçoivent pas qu 'il puisse en être autrement. Elles me font penser à ces bonnes sœurs des cliniques privées il y a plus de quarante ans, que j 'avais connues quand je débutais mes études de médecine ! Le plus extraordinaire est qu 'elles sont de toute évidence parfaitement épanouies.

L 'importance du travail dans le service fait que nous avons été très occupé et n 'avons eu que très peu de temps pour visiter la ville. Pas de tourisme donc au cours de ce séjour. Juste une visite à la grande pagode Swedagon, un soir, à la bonne heure, c'est-à-dire au coucher du soleil. Nous y avons retrouvé la même atmosphère de grande sérénité, de grande ferveur. Peut être quelque chose de différent : le très grand nombre de touristes européens, tous lourdement armés, visitant le lieu à travers l 'objectif de leur caméras ou de leur petits appareils de photo numérique. Leur déplacement en troupeau compact ne paraît pas perturber les locaux. Ces touristes imposeront ils un changement dans le pays ? On peut toujours espérer qu 'au minimum ils permettront d 'améliorer les affaires et par voie de conséquence, le niveau de vie des birmans. Cela toutefois n 'est pas très sûr ! Espérons qu 'au moins ils ne pollueront pas trop cette population qui, bien que pauvre, fonctionne encore sur des bases très différentes des pays dits civilisés. Cette réflexion nous conduit une fois de plus à s 'interroger sur le rôle du bouddhisme dans ce pays : j 'ai déjà effleuré le problème, mais promis, j 'y reviendrai en détail.

Cette semaine à Yangon se termine très vite. La seconde étape du voyage, Mandalay, commence, semaine occasion de nouvelles impressions.



La pagode Swedagon, le soir de la pleine lune, occasion d'une grande fête populaire. Je ne peux vous décrire cette fête où la population se retrouve autour de la pagode, pour partager un repas, chanter et danser, mais surtout.....faire des vœux, des donations à la pagode pour gagner une meilleure existence ultérieure, et .....remercier Bouddha pour les bonheurs de l'existence actuelle ! Notre petite équipe, ce soir là, préparait son existence future en pontant les coronaires d'une jeune femme en piteux état !

## **Mandalay**

Mandalay est la ville la plus importante dans le nord de la Birmanie. Elle a été la ville principale du pays au XIX et XX siècle. Les derniers rois birmanes y étaient installés dans un immense palais somptueux, qui a été détruit pendant la dernière guerre avant d'être chassés par les anglais au milieu du XIX siècle. La domination coloniale a laissé ici des traces bien visibles. Mandalay est par ailleurs le point de départ vers des sites anciens comme Amarapura, Sagaing la ville aux mille monastères perchée au dessus de la grande rivière Ayeyarwaddy.



La ville est organisée autour de l'ancien Palais Royal ou du moins ce qu'il en reste, et des « moats », ou fossés remplis d'eau qui dessinent un immense carré autour du Palais. Au centre de cette île, une restauration catastrophique des vestiges de l'ancien Palais, qui ne présente aucun intérêt. La ville elle-même est traversée par de grandes avenues perpendiculaires, très

larges, dans lesquelles le trafic est fait surtout de vélos et de bicyclettes. On ne trouve pas à Mandalay cet enchevêtrement de petites rues tortueuses qui fait le charme de certains quartiers de Yangon. Partout, de vieilles maisons style colonial, pas très bien entretenue, mais qui ont dû être très belles, et qui rappellent que le colon anglais avait un réel sens de son confort ! La pollution ici est beaucoup moins forte qu'à Yangon. Le tout donne une impression générale tout à fait différente, une impression de gros bourg de province tranquille.

La ville est surplombée par une colline, la Mandalay Hill, au sommet de laquelle a été aménagée une pagode, une pagode de plus me direz vous, mais dont la particularité est d'être particulièrement kitch ! et d'où la vue sur la ville est particulièrement impressionnante au coucher du soleil. L'autre intérêt de cette colline est d'offrir à la population un lieu d'exercice physique et il est bien amusant de voir tous ces birmans procéder à son ascension, à la fraîche, au petit matin.

Naturellement, il y a beaucoup de monastères : il faut bien des structures pour accueillir ces très nombreux enfants et adolescents, au moins 900 000, qui vont y passer de quelques semaines à quelques mois ou années. Il est tout à fait banal de les voir marcher chaque matin en une longue file indienne, le bol d'offrande dans les bras, avançant sans un mot, nu pied. Ils vont recueillir les offrandes en nature ou en espèces que préparent chaque famille.

L'arrivée à Mandalay est amusante. Le petit avion se pose sur un aéroport tout neuf, de toute évidence totalement surdimensionné, totalement désert ! La salle de récupération des bagages est un hall immense, très moderne mais à peine éclairé, dans lequel il n'y a personne ! Délire de grandeurs de quelques autorités locales ou ambition démesurée des responsables du pays ? Quoiqu'il en soit l'effet est tout à fait surprenant.

Le comité d'accueil est là, fait de l'un des chirurgiens de l'hôpital, de l'anesthésiste et de deux panseuses, anciennes stagiaires à Paris. La voiture que nous utiliseront est la voiture de l'AMFA, un break Toyota en bon état, un peu poussif mais confortable. Cette voiture de l'AMFA est le premier signe d'une très forte implantation locale de l'association de notre ami Patel. Ici, il est chez lui !

La route vers la ville traverse les rizières. Au début, il s'agit d'une autoroute dont une voie a été ...condamnée ! Le revêtement est défoncé, séquelles des inondations récentes. Tout est couleur locale : le char en bois, tiré par des buffles, les femmes et les enfants au travail, pour ...réparer la route, portant des paniers remplis de cailloux. Un tel spectacle de femmes et d'enfants au travail est banal dans le pays, choquant peut être pour nos yeux d'occidentaux. Nous aurons l'occasion de le revoir maintes et maintes fois. Le salaire quotidien est de un dollar, suffisant pour faire (sur)vivre toute la famille. Je vous rappellerai qu'une infirmière à l'hôpital touche 12 dollars par mois et qu'un médecin reçoit de 15 à 20 dollars. Les proportions sont respectées !

Cette « autoroute » rejoint la nationale Mandalay-Yangon. La route devient étroite, bombée. Elle est aussi naturellement défoncée. Elle est surtout très encombrée : les éternels camions dans lesquels s'agglutinent les voyageurs, les camions chinois, monstrueux et très lourdement chargés, les chars à bœufs, les motocyclettes sur lesquelles sont grimpées de 3 à 5 personnes, rarement protégées par des casques, et enfin les vélos. Tout le monde klaxonne. Personne ne respecte le code de la route ! Chaque croisement ou dépassement constitue un véritable miracle et plus d'une fois nous avons peur de renverser soit un piéton soit un vélo. Mais au

final, tout se passe bien. Une barrière et un péage. Elle se lève quand nous arrivons : la voiture de l'AMFA a été reconnue ! Sinon, nous aurions dû payer quelques shiats.

La route traverse des faubourgs très animés, où sont juxtaposées de grandes constructions industrielles, une pagode, des maisons individuelles construites sur pilotis ou des maisons récentes en béton. Tout ce qui est moderne est chinois ! Merci à la politique des sanctions menées par les Etats-Unis : la Birmanie tend à devenir une province chinoise ! Tout au long de la route, une impression de gentil capharnaüm bien sympathique. Le tout donne une impression de vie trépidante, grouillante mais aussi de grande anarchie. Partout des grands arbres qui vont protéger la route du soleil brûlant. Sous les arbres, dans des fauteuils en bambou, les hommes au repos !

L'arrivée se fait comme il se doit à l'hôpital général de Mandalay. Il s'agit d'un grand hôpital pavillonnaire. A l'entrée, les urgences : un grand bâtiment plutôt ancien, mais bien entretenu, dont la quasi-totalité des équipements a été offerte par l'AMFA. Immédiatement à proximité, un bâtiment tout neuf dont l'entrée, qui a de l'allure, est fermée par des grilles : il s'agit du nouveau centre d'accueil des urgences, qui depuis un an ne peut ouvrir faute d'équipements. Un peu plus loin, le hangar sous lequel sont rangées les ambulances du SAMU, création de l'AMFA, de beaux camions ambulance sur la carrosserie blanche desquels ressortent en grosse lettre le sigle AMFA et un ....drapeau français !

Le service de chirurgie cardiaque s'étend sur deux étages: au rez de chaussée, deux grands salles de malades séparées par un poste infirmier. Au premier, deux salles d'opération et une unité de soins intensifs équipée d'un lit monitoré. Tout est un peu vieux, pas luxueux du tout, mais très net et très propre. Contrairement à Yangon, où tout est sombre, la lumière ici entre très facilement par de larges fenêtres, et contribue à cette impression de propreté.



*L'une des deux chambres communes du service. Notez que l'hôpital ne fournit que les lits et le matelas. Les draps, la nourriture, les seringues seront apportées par la famille du malade.*

Les personnels médicaux du service se résument à un Chef de Service, deux adjoints et de nombreuses infirmières. Contrairement à l'équipe de Yangon, ici il y a peu de monde, mais l'équipe paraît plus soudée, plus homogène et on peut l'imaginer plus efficace.



Le Chef de Service (à gauche sur la photo) a été formé en Grande Bretagne dans les années 80. Son adjoint (le plus à droite) est lui resté en Ecosse pendant deux ans. Ils ont une bonne pratique de la chirurgie cardiaque à thorax fermé et pratiquent en routine des interventions simples comme le ligature de canal artériel chez l'enfant, la réparation de coarctation de l'aorte. Par contre, ils n'ont qu'une très faible expérience de la chirurgie cardiaque sous circulation extra corporelle chez l'adulte. Aidé par les chirurgiens de Yangon, ils ont réalisé quelques interventions très simples comme la fermeture de communication inter auriculaire. Par contre, aucune intervention de chirurgie valvulaire ou de chirurgie coronaire n'a jamais

été réalisée. Nous sommes là pour les aider à franchir ce cap. Ils sont d'autant plus motivés que dans cette région, il y a beaucoup de malades valvulaires ou coronariens dont l'état impose une intervention. Jusqu'à présent, les malades riches partent à Singapour ou Bangkok, les pauvres, eux, ont leur yeux pour pleurer mais aucune chance de survivre.

Le Chef du Service avait préparé cette mission de novembre 2006 avec le plus grand soin. Nous avons en 2005 commencé les premières interventions sous circulation extra corporelle et fait la première valve aortique, le premier pontage coronaire. En février, j'avais opéré cinq malades. Cette activité nous avait habitué à leur façon de travailler : beaucoup de rigueur, de préparation, pour limiter au maximum l'imprévu en salle d'opération. Le challenge est d'autant plus délicat que les soins intensifs ne sont équipés que d'un seul lit monitoré et tout malade non sevré de toute surveillance et de tout traitement au lendemain de son intervention conduit à interrompre le programme opératoire.

Sept jours à Mandalay, cela veut dire au moins sept malades. Le problème est que dans ces sept jours il y a un week end et le 14 novembre, jour de la fête nationale, autant de jours fériés. Je n'ai pas besoin de faire le moindre commentaire, mais je comprends que travailler ces jours fériés a été anticipé ! Ah ! que nous sommes loin de Paris !

Le travail va commencer dès le lendemain. La salle d'opération, spacieuse et claire est parfaitement propre. Bien sûr, le système D est passé par là : le défibrillateur est branché sur une batterie. Mais tout est fonctionnel. La position de la table d'opération est difficile à régler. Mais le scialytique est convenable. Le local qui m'est attribué pour me changer sert de chambre à l'anesthésiste. Originaire de Yangon, anciennement affecté à Yangon, il a été récemment nommé à Mandalay. Il n'a cependant pas les moyens de ré-installer sa famille et en conséquence habite à l'hôpital. « C'est très bien comme cela, me dit-il, car ainsi je suis totalement disponible et en plus sur place ! ». Belle conception du service public, et aussi bel exemple pour nos anesthésistes à Paris, toujours prêts à prendre leur temps de repos compensateur. Il faut dans la vie savoir ce que l'on veut : en chirurgie cardiaque, il faut être disponible, que cela plaise ou non au Syndicat des Médecins Anesthésistes. Le drame en France est qu'il n'y a aucun moyen de faire une différence entre celui qui a compris ce message pourtant simple et celui qui applique les règlements, des règlements pondus par des administrateurs qui tombent dans les pommes à la seule évocation d'une goutte de sang, des administratifs lourdement influencés par les anesthésistes. Le maître mot à l'AP HP, je l'ai déjà dit, est la reconquête : ce n'est sûrement pas avec un tel équipage que le bateau ira plus loin et plus vite.

Ce que je re-découvre à Mandalay, c'est le rôle essentiel du chef de service. Bien que de personnalité assez effacée, notre homme contrôle tout, voit tout, est présent partout. Le service entier ne fonctionne que par lui et pour lui. Il est présent jour et nuit, passant son temps à anticiper les problèmes, organiser et organiser encore la vie de son service. J'évoque avec lui l'intérêt de faire venir en mission une surveillante, pour l'aider à organiser. Sa réponse est très claire : je n'ai pas besoin de surveillante, l'autorité ne se partage pas. Dévouement total à sa mission mais aussi les pleins pouvoirs. Circulez il n'y a rien à voir : voilà ce qu'il dirait à ces innombrables comités transversaux qui s'infiltrèrent de plus en plus dans la vie des services parisiens.

Ces caractéristiques du fonctionnement de ce service sont telles que je vois avec un grand optimisme le développement de la chirurgie cardiaque dans cette structure. Cette impression très favorable va encore s'accroître quand je rencontrerai le directeur de l'hôpital, qui a bien

compris sa place dans le dispositif : aider à l'activité. De la même manière, la rencontre avec les médecins cardiologues est très enrichissante : ils sont tout prêt à faire de leur mieux dans la sélection des candidats potentiels à une intervention, avec leur maigre moyens techniques mais avec leur grand sens clinique. Tout se présente donc très bien.

Il n'est pas étonnant que dans ce contexte, la mission se déroule parfaitement bien ? Dès six heures du matin, l'évaluation de l'opéré de la veille permet de donner le feu vert pour une prochaine intervention. Ici, on n'attend pas la radio du jour, mais on prend son stéthoscope et on regarde le malade ! On n'attend pas le kiné mais on donne un malade un ballon de baudruche et on lui demande de gonfler un ballon plusieurs fois dans la matinée. Bien sûr, le premier ballon est à peine gonflé, mais après plusieurs essais, les gros ballons bien gonflés sont accrochés aux montants du lit, témoignant de l'ardeur du malade pour récupérer une bonne ventilation. Autre « innovation » intéressante : sitôt transféré dans la grande salle commune, le malade est habillé normalement : une chemise propre et un longyi, autant de vêtements apportés par la famille qui campe à la porte du service. Belle façon de retrouver la forme après une grosse intervention ! Ceci me rappelle ce que faisait le Professeur Hahn dans sa superbe clinique suisse de Génollier vers laquelle venait le monde entier pour se faire pointer. Essayez d'introduire ces pratiques dans mon service à Paris ! Le CLIN (lutte contre l'infection) ou le CLUD (lutte contre la douleur) me sauteraient dessus illico presto ! précédant de peu le comité de défense des usagers qui protesterait contre cette mise à contribution du malade dans sa guérison.



Ces pratiques doivent cependant avoir du bon. L'observateur indépendant qu'est Anne d'Ornano, qui apporte un soutien efficace à la pédiatrie et à l'orthopédie à Mandalay, avait souhaité à la fin d'un repas visiter ce service. Nous avons ainsi débarqué à l'improviste tard le soir. Elle n'avait pu cacher sa stupéfaction devant l'excellente forme de l'opéré du matin et le fait que l'opéré de la veille ne ressemblait plus à un malade. Il faudrait peut être créer à Paris un groupe de réflexion sur ce thème, qui serait suivi de réunions de concertations sur le relevé de décision, suivi lui-même par un contrôle par un comité de suivi indépendant des premiers. Dans une telle organisation, le comité de défense des usagers devient effectivement une nécessité, car le dérapage dans ces structures complexes est inévitable.

La photo du malade que vous pouvez voir est intéressante. Elle a été prise le lendemain d'une intervention de remplacement de la valve aortique, siège d'une fuite massive depuis des mois et responsable d'une insuffisance cardiaque majeure. Le risque opératoire prédictif est élevé et mes infirmières qui ont bien l'habitude de sentir les malades m'avaient fait part de leurs craintes. Déventilé quelques heures après l'opération, il a quitté les soins intensifs à la 18ième heure, pour faire la place au suivant, mais surtout parce qu'il ne posait plus aucun problème. Seul un capteur au bout du doigt et un peu d'oxygène dans le nez pour rappeler qu'il est tout de même sous haute surveillance ! Notez aussi sur la photo que les draps du malade ont été apportés, comme la nourriture et les seringues, par la famille !



Passons sur la position des mains ; certains diront que les chirurgiens complètement paranos aiment voir leur malade dans cette attitude de profond respect. Je ne suis pas sûr que cela soit vrai, mais cette position des mains me semble plus traduire la grande humilité du malade devant son existence même que quoique ce soit d'autre. Cette autre photo, prise à l'insu du malade dans la période précédant immédiatement l'entrée en salle d'opération me confirme dans mon analyse.



Toutes les interventions se sont donc bien déroulées, même une intervention de sauvetage réalisée chez un jeune homme moribond. Je n'avais encore jamais vu une insuffisance mitrale aussi sévère chez un jeune adulte. Nous avons retrouvé sur ce malade le même débat qu'à Yangon chez l'autre jeune homme que l'on voulait laisser à son triste sort. Ce malade a été l'occasion d'une rencontre particulièrement émouvante avec la famille, les parents et les frères et sœurs. Très simplement, mon collègue birman a expliqué que la situation était très grave et que sans intervention, une dégradation rapide puis la mort allaient intervenir. Bien sûr, l'opération comportait un très gros risque, mais il pensait que cette option chirurgicale était la meilleure. La réponse de la famille est poignante ; « nous avons vendu la maison pour amener le fils à l'hôpital. Si vous ne l'opérez pas, il mourra et nous aurons tout perdu, la maison et le fils ? Si vous l'opérez, et que tout se passe bien, il y vivra et nous retrouverons bien une autre maison ». Comment dans ces conditions refuser de prendre des risques ? Pour bien comprendre cet épisode, il faut bien sûr se rappeler que là bas, il n'y a pas de sécu, pas de cmu, et que le seul moyen d'avoir accès aux soins est bien sûr de payer.

Là bas chaque malade représente une histoire tragique, bouleversante même. Je ne peux oublier la véritable colère d'une amie visitant la Birmanie, médecin, qui avait essayé en vain de faire opérer un enfant porteur d'une coarctation, et qui est mort très rapidement. Je ne peux

oublier une jeune adolescente porteuse d'une malformation de la valve aortique, qui se présentait dans un tableau d'insuffisance cardiaque gravissime, qui m'avait été montrée en novembre 2005. Je n'avais plus avec moi de valve aortique. Force était donc de la faire attendre février et la prochaine mission. Je me suis débrouillé avec beaucoup de difficultés dès mon retour pour me procurer une prothèse valvulaire adaptée à son cas. A mon arrivée, en février, j'apprends qu'elle est morte quelques jours plus tôt. La seule solution pour régler ces problèmes n'est pas de faire de grands discours, mais de bien former ces chirurgiens, de les rendre autonomes, de leur permettre de mettre leur expertise au service des malades.

Former cette équipe est bien devenu notre souci ! Mais pour cela, il faut des moyens et .....de la persévérance.