

Laisse battre ton coeur en Birmanie

Chapître 5 : La route de Mandalay

Enfin, Mandalay ! Depuis le temps que l'on m'en parle ! Kipling, le Palais de Verre, les grands rois de Birmanie au XIX siècle, la colonisation par les anglais ! Je me suis aperçu que d'une façon générale, dans le monde, là où les anglais se sont installés, on peut être sûr que la vie est agréable ! Alors, Mandalay ne devrait pas décevoir.

L'arrivée à l'aéroport de Mandalay a de quoi surprendre. Le petit avion, un ATR, se pose sur un aéroport gigantesque. L'aérogare est de construction récente et a fière allure, celle d'un grand aéroport international. Il y a de nombreuses passerelles pour débarquer « au contact » les passagers de gros porteurs. Notre avion est trop petit et reste « au large ». En vérité, j'apprends qu'aucun appareil n'a jamais utilisé ces installations modernes. Nous avons droit par contre à un bus antédiluvien pour rejoindre les halls d'arrivée très spacieux. Un seul problème : il n'y a personne dans cet immense aérogare. Nous attendons, autant qu'à Charles de Gaulle, nos bagages qui vont être crachés par un tapis roulant aussi performant qu'à Los Angeles ! Quelques petites valises sur un grand tapis roulant, cela surprend ! Heureusement, il y a nos sacs et nos paquets, volumineux, qui finissent là un long périple, des soutes du Service de Chirurgie cardiaque à Créteil jusqu'ici. Délire de grandeur de quelques responsables locaux ou prévision erronée d'un avenir touristique qui ne se concrétise pas ?

Comme à Yangon, j'ai droit à un . Il est fait d'un assistant du service, d'une panseuse et de notre chauffeur AMFA. En effet, à Mandalay, l'AMFA est omniprésente. Ce que m'avait raconté Patel sur son action dans le secteur est en vérité très en deçà de la réalité : je m'apercevrai vite que tout ce qui marche à l'hôpital est possible grâce à ce qu'il a fait. Revenons à notre arrivée : je découvre la voiture ! L'AMFA a une voiture, un break Toyota, en bon état de marche et un chauffeur ! Merci Patel, car cela est bien commode, sinon totalement indispensable. Comme quoi, il connaît bien son affaire ! Notre collègue birman ne perd pas une minute : il a dans les mains le programme opératoire de la semaine ! Wait a minute, il va sûrement falloir revoir les plans.

Le voyage vers Mandalay est un vrai voyage, un bien long voyage. L'aéroport a été construit à des lieues de la ville. Ici, je vous l'ai déjà dit, on a vu grand ! Cet aéroport est desservi par une autoroute moderne, large, avec de jolies plantations sur le terre-plein central. Parfait pour voir passer un convoi de voitures officielles ! Parfait probablement pour isoler l'endroit stratégique qu'est l'hôpital, mais svp, pas de mauvais esprit. En fait, cette autoroute est comme l'hôpital, complètement déserte. Elle est en relativement bon état et traverse des rizières ou des champs de tournesol. Les seules et rares rencontres que nous faisons sont quelques chars à bœufs, sauf qu'ici les bœufs ont une vilaine bosse entre les antérieurs. Tout à fait dépayasant et très couleur locale.

La traversée des faubourgs de la ville est impressionnante : la circulation est très dense, faite non plus comme à Yangon de voitures pétaradantes mais de vélos et de motocyclettes. Ils sont trois ou quatre sur une moto, sans casques ! Le miracle se reproduit à chaque tour de roue : les vélos donnent l'impression de se jeter sous la voiture mais finalement tout se passe sans incidents. Nous traversons un « péage » où tout un chacun doit s'arrêter et payer sa petite

obole : pas nous ! Les gardes, ils sont au moins trois ou quatre, ont identifié la voiture et nous ne sommes pas arrêtés. Mince privilège que nous devons au grand sigle AMFA peint sur le capot de la voiture. Nous arrivons en ville. Une ville d'allure récente, bien organisée mais sans charme. Nous passons devant la nouvelle gare, un grand bâtiment moderne. A proximité immédiate, en plein centre ville donc, l'hôpital.

L'hôpital de Mandalay

L'hôpital de Mandalay est très différent de l'Hôpital Général de Yangon. Il s'agit cette fois d'un hôpital pavillonnaire de construction récente. Chaque bâtiment est une structure allongée de deux étages, dédiée à une activité particulière : il y a le bâtiment des urgences, directement placé à l'entrée principale de l'hôpital, le bâtiment pour le SIDA, un autre pour les maladies pulmonaires, un hôpital d'enfants.....Le Service de Chirurgie Cardiaque a été installé à côté du bâtiment des maladies cardiaques et du service de neurologie. Chacun de ces bâtiments est séparé du voisin par des cours intérieures et des passages couverts. Chacune de ces cours est encombrée de familles qui campent dans des conditions de fortune alors que l'un de leur proche est hospitalisé.



Partout du linge sèche au soleil, des corps allongés sur des nattes, des enfants qui jouent d'un campement à l'autre ! Tout à fait vivant mais bien surprenant. Au sol, sur le ciment défoncé par endroits, des tâches rouges : ici, après avoir mâché son bétel, on crache ! Nous sommes bien en Asie, où cracher ou éructer est parfaitement admis. Les bâtiments sont en bon état,

recouvert d'un torchis blanc qui doit être renouvelé de temps en temps. Le long d'une rue intérieure, un grand café et un petit supermarché de toute évidence actif. Il faut bien nourrir les malades hospitalisés. Sous un hangar, trois magnifiques camions ambulance blancs, couverts des sigles SAMU et AMFA.



Sur les portes et sur les ailes des petits drapeaux français ! En face, dans une cahute, le bureau de l'AMFA, le centre névralgique de la communication et de l'organisation. Thida est employée par l'AMFA et assure le lien avec Paris. Je suis ravi de la connaître et de réaliser comme elle est débrouillarde. Sans elle, je ne sais comment nous ferions pour organiser les missions : nos amis chirurgiens locaux sont fâchés avec internet et /ou ne lisent leurs mails que de façon totalement aléatoire. La réalité est plus complexe : tous les mails sont filtrés !

A l'entrée de l'hôpital, une belle construction toute neuve s'impose : déjà par sa fière allure, surtout par les grandes grilles qui ferment l'entrée principale. Il s'agit du nouveau centre d'accueil des urgences, de construction très récente, mais qui ne peut ouvrir faute d'équipements. C'est ça la Birmanie ! Ce n'est pas très grave car l'ancien bâtiment, encore en bon état, est parfaitement fonctionnel. Pas étonnant qu'il soit en bon état : partout des petites affiches indiquant que les peintures ont été refaites par mme d'Ornano, que les lits sont offerts par l'AMFA, que Servier, Sanofi et quelques autres ont financé les installations. Le jour d'arrivée de mon premier voyage, une demi douzaine d'ouvriers était en train de repeindre la façade. Le chauffeur me dit en rigolant « pas étonnant, monsieur Patel arrive bientôt ! ». Je parlerai au directeur de l'hôpital de ce nouveau bâtiment des urgences. Il me répondra, en se lamentant, qu'il n'a pas les moyens d'acquérir les équipements, mais que peut être l'AMFA pourrait aider !



Le Service de Chirurgie de chirurgie cardiaque



L'entrée du Service de Chirurgie Cardiaque est magistrale ! Un grand panneau au dessus de la large porte annonce le saint des saints. Très fier, le responsable du service, entouré de tout son

staff, m'attend dans l'entrée. En réalité, ce service n'est pas grand, mais fichtrement fonctionnel ! Il est distribué sur deux niveaux. En bas, deux grandes salles d'hospitalisation claires, carrelées, bien propres. L'équipement est sommaire : huit lits en métal, sans sommier et sans matelas. Pas étonnant : la famille du malade doit apporter le matelas, la literie et ... la nourriture.



Entre les deux salles communes, le bureau de la surveillante et des infirmières se résume à un grand meuble sur lesquels sont « rangés » une multitude de registres : celui des admissions, celui des transmissions. Tout est noté, y compris l'heure de passage des médecins ! Chaque jour, un rapport d'activité est fait, les événements particuliers étant décrits dans le plus grand détail. Une phrase, réécrite chaque jour retient mon attention : « It is my honor to report... » : vieille tradition anglaise, qui témoigne du grand respect des infirmières de garde pour la surveillante qui lira le rapport ? Enfin deux bureaux, l'un pour les médecins (pas d'ordinateur sur la table de travail, mais un lit, car ici le médecin de la salle dort sur place) l'autre pour le chef de service. Aux murs, une image de Bouddha, des photos du Chef de Service le jour de remise de son diplôme, et quelques badges d'inscription à des congrès américains : l'American College of Cardiology 1987, un autre 1992. Notre cher homme ne doit pas voyager beaucoup ! Un ordinateur modèle ancien et un ... lit, car le chef de service dort aussi dans le service, la nuit qui suit une intervention sérieuse. Une grande armoire fermée d'un cadenas : j'apprendrai vite que dans cette armoire, le Patron conserve tous les médicaments, tout ce qui est précieux comme les cahiers de rapport d'activité qu'il doit envoyer chaque année au Ministère. J'apprendrai aussi que pratiquement chaque jour, il envoie un fax au Ministère pour rendre compte des événements de la journée ! Quand je pose des questions sur ce qui rapidement me fait penser à big brother, il me répond qu'il fait beau, pas trop chaud ! Point final !

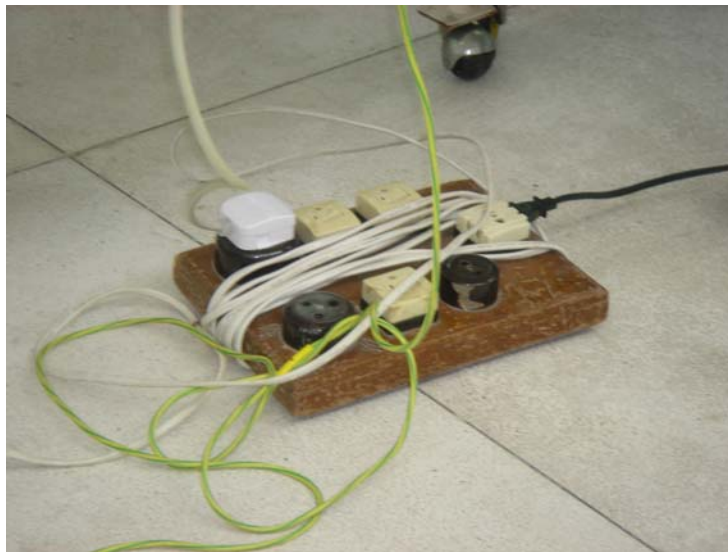
Au premier étage, les salles d'opération : spacieuses et claires.



Il y en a deux, bien propres et de toute évidence parfaitement entretenues. Bien différentes donc de celles de Yangon. Elles sont parfaitement climatisées. Comme à Yangon, de grands obus d'air comprimé et d'oxygène sont entreposés dans un coin. Les scialytiques sont d'un modèle très ancien mais ont l'air convenables. Les machines d'anesthésie ne sont sûrement pas récentes ! Dans l'une des deux salles, j'ai la surprise de voir qu'il y a un écran de scope : il y a donc un peu d'électronique dans une salle donc probablement la possibilité de faire de la chirurgie cardiaque. Un peu comme à Yangon, on s'est débrouillé pour que tous les équipements puissent fonctionner. Bien sûr, l'installation ne correspond pas aux normes auxquelles nous sommes habitués à Mondor, mais qu'importe, cela marche ! Le défibrillateur est branché sur une batterie !



A vrai dire, ce qui m'inquiète le plus est l'installation électrique :



Il est sûrement pas évident d'éviter avec une telle installation sous la table d'opération un problème majeur pendant l'intervention : un grand bol d'eau glacée utilisée pour protéger le cœur pendant l'intervention ou tout simplement une bonne hémorragie, une vraie comme heureusement il n'y en a pas souvent, et en plus des ennuis directement dus à l'accident, il faudra faire face à une coupure d'électricité. Restons zen !

A côté des salles d'opération, une pièce avec deux lits : l'unité de soins intensifs post opératoires.



Un vieil appareil de radio, modèle armée américaine 1920 trône au milieu de cette pièce : sûrement une belle machine pour irradier le personnel, mais sûrement pas pour faire de bonnes radios du thorax. Je vais réussir, contre la promesse d'envoyer de Paris un appareil moderne, à l'évacuer. Cependant, je suis sûr qu'ils l'ont rangé quelque part pour éventuellement s'en réserver, dès que j'aurai le dos tourné ! Deux ventilateurs et un scope résumant les équipements disponibles pour la prise en charge post opératoire des malades. Je demande où est l'appareil de mesure des gaz du sang : on me répond que l'on ne peut pas faire de gaz du sang. De même, je demande comment on mesure les électrolytes : on ne peut pas les doser. Bref, il n'y a rien, mais ce qui s'appelle rien pour évaluer les grandes constantes biologique des malades. Mais alors comment fait on pour les surveiller. J'apprendrai vite !

Au total, cette première visite me laisse une certaine inquiétude : comment peut on faire dans ces conditions de la chirurgie cardiaque. Je m'étonne et j'apprends qu'il n'y a pas de problème, que l'on fait régulièrement des interventions à cœur fermé type commissurotomie mitrale ou fermeture de canal artériel. J'insiste et finit par apprendre que quelque fois le Patron a fermé une communication inter-auriculaire (l'une des interventions les plus simples) ou extrait des tumeurs intra cardiaques (apparemment un problème fréquent dans le pays). Bref ; pas grand-chose ! La tâche va être rude, car de toute évidence, dans ce Service, l'activité de vraie chirurgie cardiaque n'est qu'épisodique et c'est franchement préoccupé que j'achève cette première visite.

Mon moral, en berne, est vite remonté quand je rencontre l'une des infirmières du service qui a séjourné une année en France : gentille comme tout, elle parle un français compréhensible. En réalité, elle se serait jetée dans mes bras si elle n'avait pas été retenue par les chirurgiens du Service. En français, elle m'explique que depuis son retour, elle est malheureuse car transférer ici ce qu'elle a vu à Paris est un vrai problème : il y a peu de matériel, et les chirurgiens locaux de toute évidence ne sont pas des battants. Pas de matériel, peu d'opérations, et cependant plein de malades, dont on ne peut s'occuper. En outre, elles sont très contrôlées et ne peuvent faire comme à Paris, c'est-à-dire bien ranger les stocks (il n'y en a pas !), séparer les instruments en fonction de leur utilisation (tout est mélangé car il n'y a pas assez pour organiser une boîte spécifique pour chaque type d'intervention). Bref, elle est ravie de me voir et me le fait bien comprendre car, enfin, les choses vont bouger ! Nous sommes là pour cela !

Une mission ordinaire

En ce printemps 2007, nous avons déjà effectué quatre missions à Mandalay : en novembre 2005, puis en février et en novembre 2006, enfin en février 2007. En 2006, j'ai pu, grâce à la signature d'une convention de partenariat entre l'hôpital Henri Mondor et l'Hôpital de Mandalay, sous la houlette du Ministère de Affaires Etrangères français, obtenir le financement du voyage de deux infirmières de mon service, l'une infirmière de réanimation, l'autre infirmière panseuse de bloc opératoire. Cette convention, outre le petit crédit qu'elle nous procure, a pour mérite essentiel d'institutionnaliser notre action personnelle à Mandalay. Désormais, ces voyages ne sont plus la dernière danseuse du Professeur, mais l'action d'un hôpital, soutenue par un grand ministère dans le cadre de l'aide aux pays en voie de

développement. Ce que nous avons fait en 2005, accueil des infirmières à Paris, formation sur place des médecins, a donc convaincu nos tutelles et le ministère. Tant mieux !

Chacune des missions à Mandalay se déroule de la même manière. Le premier soir est consacré à l'analyse de ce qui a été prévu par le Chef de Service. Il a d'ailleurs déjà fait le programme opératoire ! Cela se passe par l'examen très attentif des dossiers puis par un examen clinique du candidat à l'opération.



Tous ces malades viennent de loin et sont accompagnés par leur famille qui va les prendre en charge totalement pendant leur hospitalisation. Les dossiers se résument à un carnet sur lequel sont notées toutes les visites chez le médecin. Le malade garde précieusement ce carnet, mémoire de son passé médical. C'est en quelque sorte la version papier du dossier patient que notre Ministre de la Santé essaye d'implanter en France ! L'essentiel dans ce carnet est écrit en birman, pour moi incompréhensible, ou en anglais, un peu plus compréhensible ! Aucun résultat d'examen biologique. Aucun compte rendu de radio. Parfois un échocardiogramme, qui a été fait « en ville », le soir par l'un des cardiologues de l'hôpital qui arrondi ainsi ses fins de mois. Les images ont dû être faites un soir de brouillard, car pour être précis, elles sont illisibles ! Quant au compte rendu écrit par le cardiologue, il est fascinant par son imprécision : par exemple, maladie mitrale, est-il écrit. Il suffisait de prendre un stéthoscope pour le savoir ! L'écho n'apporte rien de plus. Vas-tu savoir s'il s'agit d'une fuite ou d'un rétrécissement ! Ce n'est pas grave, car à l'oreille, le fin clinicien sait reconnaître de quoi il s'agit. Quant à l'évaluation des risques de gravité de cette « maladie mitrale », on reste totalement sur sa faim ! Et pourtant, il y a une indication opératoire. En matière de coronaire, on est mieux loti : les coronarographies sont de qualité technique acceptable. Certes, il n'y a pas beaucoup d'injections et de séquences filmées, mais les lésions essentielles sont bien visibles. L'impression générale est que les cardiologues sont excellents dans leur démarche

d'investigation clinique, satisfaisants dans leurs conclusions pratiques (il faut opérer oui ou non), mais qu'ils dépendent totalement de leur sens clinique. Ce qu'ils essaient de trouver dans les examens complémentaires est de peu d'utilité soit parce que ces examens sont mal faits soit parce qu'ils ne savent pas les exploiter. Conclusion pratique : il y a beaucoup de travail de formation à faire à ce niveau.

L'examen clinique des candidats à l'intervention reste donc l'élément décisif de la décision. La démarche n'est pas évidente pour un chirurgien qui a pris à Paris de bien mauvaises habitudes : chez nous, les décisions sont collégiales et les examens complémentaires ont largement pris le pas sur la clinique. Qui se sert encore de son stéthoscope ? Il est plus facile de demander une écho, un scanner ou une RMN ! Je ne cacherai pas que ce retour à la clinique et à la seule clinique a pour moi une certaine saveur ! Une autre difficulté tient au barrage de la langue : ces pauvres bougres comprennent-ils ce qui est prévu pour eux ? Il est loin ce consentement éclairé du malade qui est désormais indispensable en France pour faire la plus petite intervention. Ce qui s'impose là est la confiance aveugle, aveugle certes mais totale ! Tous espèrent beaucoup de l'intervention et compte tenu de leur état, ils n'ont pas tort !



La première soirée de chaque mission se termine de la même manière : un dîner (birman) avec les médecins essentiels à la vie de l'hôpital : le recteur, un gastro entérologue qui de tout évidence est passionné par ces missions de chirurgie cardiaque, les assistants du service, le cardiologue. Je ne vous cacherai pas que lorsque ce voyage à Mandalay intervient après une semaine passée à Yangon, tout va bien. Par contre, lorsqu'il est la première étape de notre séjour en Birmanie, la fatigue du voyage saut de puce depuis Paris nous tue : les onze heures d'avion jusqu'à Bangkok puis les deux heures de transit, puis le vol jusqu'à Yangon et, cerise

sur le gâteau, les deux heures de transit à l'aéroport de Yangon, dans la moiteur étouffante de la salle d'embarquement pas climatisée ! Le trip en voiture de l'aéroport de Mandalay et la visite des malades à l'hôpital ont raison des plus costauds. C'est dire la diplomatie qui est nécessaire pour faire comprendre à nos hôtes, si heureux de nous revoir que « maybe, it is time to go to bed » avec l'accent bien sûr. Bref, on n'est pas là pour rigoler ! Cette première soirée a tout de même un certain charme : elle nous conforte dans l'idée qu'il y a beaucoup à faire et que nous sommes attendus.



Dès le lendemain, les interventions vont commencer. Le principe est simple : intervention le matin. Le malade doit aller bien car il n'y a pas trop à attendre de son séjour en réanimation, je devrais plutôt dire en salle de réveil, car il n'y a guère de possibilité de véritable réanimation. Il reprend conscience tôt dans l'après midi. Il est sevré de son ventilateur en fin de journée, passe la nuit sous surveillance continue et doit laisser la place le lendemain pour le malade suivant. Quand je parle de surveillance continue, je ne fais que décrire ce que l'on ne voit plus à Paris : l'infirmière et le médecin réanimateur ne quittent pas le malade des yeux. Le chirurgien assistant n'est jamais très loin. Quant au médecin anesthésiste, il habite dans la pièce adjacente. Tout le monde est sur le pont et ce toute la nuit.



Le malade doit aller bien ! Sinon, le plus petit retard dans ce schéma va être catastrophique : il entraîne le blocage du programme opératoire ! Le sans faute est donc un must tout au long de la procédure de la salle d'opération à la salle de réveil. J'avais cru voir deux lits dans cette salle de réveil. Nous avons envoyé de Paris deux ventilateurs et deux scopes, les lits sont donc équipés. En réalité, les médecins locaux n'ont pas trop confiance et préfèrent s'occuper d'un seul malade à la fois. Là encore, il y a une grande marge de progrès !
Sitôt transféré dans la salle commune d'hospitalisation, le malade est pris en charge par les infirmières et ...la famille.



Celle-ci va jouer un très grand rôle, habillant le malade dès le lendemain de l'intervention, donnant à boire et à manger, surtout jouant le rôle du kinésithérapeute. Et je te tape dans le dos pour aider le malade à cracher, et je t'encourage à gonfler un ballon de baudruche, équivalent local de nos systèmes de ventilation assistée non invasive. Le malade n'a guère de chance de se laisser aller ! C'est ce que l'on pourrait appeler une réhabilitation précoce, rapide et intensive. Il n'est pas difficile de mesurer le progrès dans cette réhabilitation : les ballons de baudruche sont conservés, accrochés au pied du lit : le ballon du premier jour est à peine gonflé. Celui du lendemain est déjà plus gros. Après trois jours, ce sont de beaux ballons multicolores, sur lesquels il est possible d'écrire au feutre non seulement la date mais aussi l'heure de la performance ! Après trois jours d'intervention, la salle d'hospitalisation prend grâce à ces ballons un petit air de kermesse !



Chaque intervention est parfaitement préparée et à vrai dire va se dérouler comme à Paris, ou même mieux qu'à Paris si on considère le timing : ici, on ne perd pas de temps et chacun s'active ! La seule différence, et elle n'est pas mince, est la qualité des aides opératoires. Ce sont les assistants du Service qui ont cette responsabilité. En réalité, leur expérience chirurgicale est si faible qu'il faut tout reprendre à zéro. Pas facile, surtout en cas de difficulté opératoire ! Leur formation a été assurée localement. L'un d'eux est cependant parti en Angleterre pendant un an : il n'a certainement pas eu accès à la salle d'opération, sinon la qualité de l'enseignement qu'il a reçu est catastrophique. Les gestes les plus simples ne sont pas maîtrisés : ainsi tenir les écarteurs correctement pour faciliter le travail du chirurgien est au dessus de leur compétence. Ils ne cessent de bouger, changeant l'exposition du champ opératoire et quand ils sont (gentiment) rappelés à l'ordre, ils tirent du mieux qu'ils peuvent au risque de tout arracher. Heureusement, la chirurgie cardiaque peut être une chirurgie pour solitaire et tout se passera bien ! « Je suis bien seul » dira le professeur Vouhé lors de sa première intervention de chirurgie pédiatrique en février 2007. « Tu n'en est que plus méritant » lui répondis je (!) cependant prêt à m'habiller et mettre un terme à son supplice. Ma panseuse de Mondor très souvent n'en croyait pas ses yeux : je reste paraît il parfaitement zen, sans un mot plus haut que l'autre, imperturbable. « Je ne vous savais pas si patient » me lâcha t elle un jour.

Hormis ce problème des aides opératoires, dramatique en soi car il montre bien tout le chemin qu'il va falloir parcourir pour en faire des chirurgiens autonomes, tout est parfait. Le médecin anesthésiste ne dit pas un mot mais fait ce qu'il a à faire rapidement et bien. Plus important encore, il ne quitte pas le malade des yeux. Le rêve quoi : à Paris, ce ne sont que jacasseries, entrées et sorties de la salle d'opération, commentaires déplacés et j'en passe. A Paris le rapport anesthésiste chirurgien est totalement inversé : les premiers mènent le jeu, permettant au chirurgien d'opérer. En Birmanie, l'anesthésiste est là pour aider le chirurgien : nuance ! Les syndicats d'anesthésistes sont passés par là et ont créé toute une génération de militants souvent plus motivés par l'affirmation de leur responsabilité que par la qualité du travail. Si en plus on introduit la notion de temps de récupération après une garde, vous pouvez imaginer facilement la facilité avec laquelle un chirurgien peut créer un tandem soudé. Le responsable de la CEC est extraordinaire : ses nerfs sont en acier et quand il y a en pleine circulation extra corporelle une panne d'électricité, le chirurgien ne s'en aperçoit quasiment pas. Sans un mot, il suit les procédures d'urgence et tourne la pompe avec la manivelle prévue à cet effet. Il s'intéresse à ce qu'il fait, cherchant par tous les moyens à être aussi parfait que possible. Pour être plus disponible pour les malades, il habite dans la pièce mitoyenne du bloc opératoire ! Pour lui ces missions sont certainement des instants de grand bonheur. Il se régale avec les circuits de CEC tout préparé, modernes, bien conçus pour accroître la sécurité de la circulation extra corporelle. Il n'y a en fait pas grand-chose à lui apprendre. Une question me tarabuste chaque jour : où a-t-il donc appris son métier ! Est-ce pendant un stage de trois mois à Bangkok ou dans les livres ? Son niveau de compétence me rend perplexe quand je repense à celui des jeunes chirurgiens du service. Ne serait ce pas là la preuve que celui qui veut peut et réussit quand celui qui attend qu'on lui apprenne a bien peu de chance de progresser.

La limite de cet exercice est probablement la chirurgie pédiatrique. En février 2007, Vouhé, chef du Service de Chirurgie cardiaque pédiatrique à Necker, remarquable chirurgien, a accepté mon invitation à venir se rendre compte sur place des problèmes à régler pour développer ce type de chirurgie dans une ville où les besoins sont considérables. Très justement, il est venu avec Sidi, le chef de service de cardio-pédiatrie à Necker. La particularité de cette chirurgie est que toute faute se paye tout de suite ! Qu'elle intervienne dans l'indication ou dans la réalisation de l'intervention, la plus petite erreur va se solder par une catastrophe. Dans une telle spécialité, la piètre qualité de l'évaluation pré opératoire et les insuffisances des aides opératoires constituent des obstacles rédhibitoires au développement de cette activité. La conclusion essentielle de sa mission sera sans appel : il faut d'abord former les locaux au métier de chirurgien cardiaque pour adulte et après, ...on verra. Ce qu'il a mal perçu est que pour faire de la chirurgie cardiaque, le Chef de Service a dû mobiliser tout l'hôpital : pendant les missions, il y a un ingénieur de garde, qui essaye de limiter le risque de panne d'électricité, et faisant ce qu'il faut quand malgré tout elle survient. Il y a le responsable de gaz médicaux qui la clé à molette à la main essaye de maintenir constante la pression de l'air comprimé et du vide. Le centre de transfusion travaille toute la nuit. Les équipements manquants sont empruntés dans le service de réanimation et, le plus difficile, les médicaments et le petit matériel sont recherchés là où on peut les trouver, c'est-à-dire à la pharmacie de l'hôpital et au marché. Ce que notre chef de service trouve est parfois surprenant : j'ai vu des ligatures chirurgicales sur l'emballage des quelles on peut lire « gift of USA to the people of Irak » ! Elles ont voyagé ces sutures ! J'espère que les généreux donateurs américains ne liront pas ces révélations sur le destin particulier de leur cadeau ! Les problèmes les plus difficiles à régler concernent la protamine, un antidote de l'héparine, un puissant anticoagulant indispensable pour la réalisation de la CEC. Le médicament vient des Indes, je ne sais trop comment. Il y a de quoi avoir peur car l'emballage est inquiétant, le

carton humide, les inscriptions en partie effacées. Bref, notre Chef de Service, débrouillard et autoritaire, est un très bon organisateur, un fin logisticien comme on dirait à Paris.

Ce chef de service gagne à être connu. Petit, l'air rusé, il a l'air tout à fait décidé. Il voit tout, contrôle tout, décide de tout. Il n'hésite pas à payer de sa personne. De toute évidence, il est un excellent cardiologue clinicien. Il connaît parfaitement bien la « thérapeutique », cette spécialité qui consiste à utiliser des médicaments. Son seul problème est probablement de ne pas être très actif en salle d'opération. Je lui fait part de mon étonnement et il me répond sans hésiter, très serein qu'il ne veut pas faire courir des risques excessifs à son malade. Il se sent très responsable ce qui de toute évidence le limite aux gestes simples qu'il connaît bien. Pas étonnant donc qu'avec un tel Patron, les deux assistants du Service se sentent castrés, hésitent à entreprendre, à prendre des risques. J'ai la confirmation de mon évaluation de ces personnages au cours d'un dîner : j'apprends ainsi que pour améliorer son petit salaire (de l'ordre de vingt dollars par mois), il a le soir, comme la grande majorité des médecins hospitaliers, une activité privée en ville. Je ne suis pas surpris outre mesure quand il me dit qu'il ne fait que des consultations. Contrairement à ses collègues chirurgiens, il n'opère pas ! Cet homme est donc un grand sage, un chirurgien a compris que pour éviter les soucis, par peur de ne pas être à la hauteur, il suffit de ne pas opérer. Ce souci explique probablement la faible activité du Service qui rend la petite panseuse formée à Paris si malheureuse ! Cette attitude va bien avec le reste du personnage. Il me dit consacrer à la méditation, chaque jour, au moins une heure, s'isoler dans un monastère deux semaines d'affilée pour méditer à temps plein ! Il m'invitera à Sagaing, une très jolie ville le long du grand fleuve, connue pour le grand nombre de monastères : il a fait là une donation à un monastère et construit un cabanon dans lequel il s'isole du monde ! J'y suis cordialement invité mais c'est probablement très surpris et très déçu qu'il m'entend lui répondre « thank you » et lui faire comprendre que je décide de faire un break, je préfère le bord de la mer, une maison ou un hôtel confortable. Non, je ne passerai pas deux semaines dans son cabanon de Sagaing, car je n'aime pas le sommier en bois, la natte faite de feuilles, les petites bêtes toute la nuit, car j'aime les salles de bains confortables et ... Par contre, j'en convient le site est remarquable, l'air léger, l'atmosphère calme et sereine.

Chaque semaine à Mandalay passe vite : l'essentiel des journées se passe à l'hôpital. A chaque voyage, j'essaie de prévoir une petite balade, pour découvrir le pays et ses habitants. Plusieurs fois, j'ai dit à mon collègue local que je souhaiterais visiter le pays Karen, ou le village des femmes au cou de girafe ! Chaque fois la même réponse : trop tard, je n'ai pas demandé l'autorisation ! Il faut donc une autorisation pour aller dans certains coins du pays ! Non me dit il mais c'est un problème de sécurité ! Ah bon, ces coins sont dangereux ! Mais non, mais il ne faut pas prendre de risque ! Ah oui, j'ai bien compris que notre ami, fervent adepte de la méditation, n'était pas l'homme à prendre des risques. La discussion se poursuit : les routes ne sont pas bonnes, il n'y a plus de places dans l'avion ! Bref je ne pourrai pas compter sur lui pour aller voir ce qui m'intéresse, à savoir la Birmanie qui n'est pas indiquée dans les guides de toutous.

Les touristes, parlons en ! Beaucoup de français, mais aussi des italiens, de rares américains, des vieux, même des très vieux, parfois handicapés, peu de jeunes. Bardés de caméscopes et d'appareils de photo numérique ils ne restent à Mandalay que le temps de la visite à Mahamoudi, le grand bouddha. J'ai bien l'impression que le programme est bien balisé et que ces malheureux touristes ne voient que ce que l'on a décidé de laisser voir. Revenons aux distractions : la visite de la pagode avec le fameux Mahamoudi, surtout la visite des quartiers des artisans, le fameux pont en teck, la pagode en teck, le marché couvert. J'ai

fait le tour de ce qu'il y a à voir à Mandalay. J'oubliais la visite à l'orphelinat que j'ai décrit par ailleurs Pas grand-chose en fait mais à chaque fois une visite très enrichissante.

Les tailleurs de pierre et les sculpteurs de bois.

La visite la plus impressionnante est sans hésiter la visite du quartier des tailleurs de pierre. Ce quartier s'étend le long de la route de Sagaing, pas très loin de la grande pagode Mahamoudi. Des dizaines d'échoppes sont installées de part et d'autre de la rue principale. Devant chaque échoppe, des enfants et des jeunes adultes, des garçons et des filles, sont assis à crouppeton, autour d'un bloc de marbre ou des statues de bouddha aux différents stades de leur fabrication. Les blocs sont dégrossis avec une scie circulaire. Puis, au ciseau, la pierre prend progressivement l'allure d'un bouddha assis. Il y en a des centaines. Tout ceci se passe dans un nuage de poussière de marbre. Aucun de ces jeunes artistes n'est protégé contre l'inhalation de la poussière. Ma première réaction a été d'imaginer ces enfants trois ou quatre ans plus tard, gravement insuffisants respiratoire. Je racontais ce que j'avais vu à un ami gallériste à Saint Germain, ancien tailleur de marbre à Carra rare. Il a bien rigolé : mon cher Professeur, il n'y a pas de silice dans le marbre. Le marbre, c'est du carbonate de calcium ! Le pire qu'ils risquent est de « l'encrassement pulmonaire », mais la silicose, jamais. Allons bon ! Pas grave !





Tout le monde paraît s'amuser. Le plus impressionnant est la phase de polissage du marbre. Elle se fait au papier de verre mouillé dans l'eau, puis tenez vous bien à main nue ! Trois ou quatre jeunes filles vont ainsi polir un beau bouddha assis pendant des jours, jusqu'à ce qu'il soit parfaitement luisant. Je n'ai pas vu utiliser la recette des grands polisseurs de marbre : à la fin de la procédure, le polisseur utilise de la toile de jute imbibée d'acide oxalique et de poudre de plomb. Cela révèle les cristaux de carbonate de calcium et donne au marbre toute sa vie. Il faudra que je demande à mon ami grand spécialiste comment sans cet artifice, ils réussissent à obtenir cet éclat du marbre si particulier. A ce propos, savez vous pourquoi on prépare volontiers le turbot à l'oseille ? Non ! Et bien sachez que c'est la même histoire que le polissage du marbre : le turbot dans votre assiette contient encore plein de petits bouts d'arêtes. L'arête c'est du carbonate de calcium. L'oseille lui c'est de l'acide oxalique. L'acide oxalique, donc de l'oseille, dissout le carbonate de calcium donc les bouts d'arête ! Bon appétit !



Des bouddhas donc, il y en a de toutes les tailles ! Des petits et des immenses, devant peser plusieurs tonnes. S'il y en a autant en fabrication, c'est que sûrement il y a en aval un formidable marché. Pas étonnant, car la Birmanie est couverte de bouddhas, et la première chose que vous dit un touriste est l'indigestion de bouddhas qu'il ressent après quelques jours de visite dans le pays ! Tout est prévu ici pour écouler la production: les bouddhas parfaitement finis sont soit déposés dans la boutique, et vous pouvez les voir serrés les uns contre les autres, soit emballés dans des containers en bois qui sont fabriqués dans la cour, derrière la maison. Le patron de l'échoppe habite sur place et pratiquement dans chaque boutique vous trouverez une mère avec un très jeune enfant dans les bras. La plus grande surprise vous attend quand vous demandez le prix. Une belle pièce de 25 kilos, à vrai dire le maximum que l'on peut espérer ramener à Paris sans trop de problème, vous est proposée pour 40 dollars ! Le même à Yangon vaut le double. A Bangkok, ce même bouddha a pris cent ans est vaut désormais plus de 1000 dollars. Le voyage à Paris le vieillit de cent ans supplémentaires et cette belle antiquité vaut désormais dans les boutiques de Saint Germain entre 4000 et 5000 euros. C'est la vie et ils doivent le savoir, mais cela ne les perturbe pas. Ah bouddhisme quand tu nous tient !



Quand vous en avez assez de ces bouddhas en pierre, vous changez de rue et trouvez le quartier des sculpteurs sur bois.



Même chose : une armée de très jeunes enfants, des jeunes filles sont assis devant de petits échoppes. Ils tiennent avec leurs pieds un bout de bois et sculptent un bouddha assis ou un bouddha couché. Là encore il y en a pour tous les goûts, des petits des grands et des franchement très grands, alors le plus souvent des bouddhas debout. Je suis surpris de voir que les plus grands sont en réalité assemblés : à droite on vous fait les jambes, la jupe et le torse, à gauche les mains, derrière la tête. Une fois assemblé, vous ne verrez plus rien. D'autant que le plus souvent, ce bouddha va être recouvert de peinture ou de laque. La touche finale consiste à déposer les feuilles d'or. Tout ce travail extraordinaire est fait dans la boutique à l'abri du vent et de la poussière. Lors d'une visite, je me suis intéressé à la fabrication des mains d'un grand bouddha. Une fois l'essentiel du travail terminé, ces mains devaient être fixée sur la statue. Le petit sculpteur, intrigué par l'intérêt que je portais à son travail, me fait comprendre qu'il est prêt à me vendre ces mains ! Un dollar me dit il ! L'affaire fut naturellement vite conclue !



Vous pouvez passer des heures dans ce quartier qui grouille d'activité jusqu'à tard dans la nuit. Ils n'arrêtent jamais le travail. Le plus sympathique est certainement qu'ils ont l'air contents de leur sort. Je finis par apprendre qu'une journée de travail est payée moins de un dollar. Cela n'a pas l'air de les déranger. La formation se fait sur le tas et en réalité il n'est pas

trop difficile de repérer le débutant de celui qui assure, qui a de l'expérience. Ce sont de vrais artistes : essayez de transformer un bout de bois dur en main de bouddha et vous en reparlerez différemment ! Tout ceci me rappelle les Ateliers d'Angkor, où les orphelins (et ils sont nombreux à Siem Reap) et les aveugles qui sont pris en charge dans une école de peinture et de sculpture : en trois mois, ils deviennent de vrais professionnels, capables de vous faire un bas relief khmer en grès rose ! Ou une tête de Jaravarman VII. Vous pouvez les trouver dans une petite boutique très jolie dans l'une des trop rares rues piétonnières de Saint Germain (le quartier, pas la ville), mais pas au prix de Siem Reap.

Quand la nuit tombe, assez tôt, le travail continue. Puis chacun se restaure. A cet effet, ils allument des petits barbecues et se font chauffer une tambouille locale, qui à vrai dire à l'air bien sympathique. Les bols sont vite remplis et se vident également à tout vitesse. Tenant le bol près de la bouche, ils poussent la nourriture avec les baguettes. Il fallait y penser. Souvent au coin de la rue, un marchand ambulancier vous propose des plats plus élaborés. Autour, les plus paresseux s'agglutinent pour partager le dîner, et toujours dans une atmosphère très festive. Ce qui frappe beaucoup dans le quartier est cette atmosphère très détendue, les gens souriants. Et pourtant... ! ils ne doivent pas être bien riches.

La grande pagode Mahamoudi

Il s'agit là de l'un des plus hauts lieux de Mandalay. Bien sûr les touristes s'y précipitent. A distance de la pagode, les bus sont stationnés dans de grands parkings. Les touristes doivent laisser les chaussures dans les bus et il est bien amusant de les voir marcher sur les gravillons pieds nus ! Ils ne sont pas très nombreux et en fait la population locale est très dominante dans cette foule qui se presse vers la pagode. Comme toujours, quatre passages couverts, bordés d'échoppes convergent vers le centre de la pagode. Dans chaque, toute une famille qui cherche à attirer le chaland. Il y a de tout, des bouddhas en bois ou en pierre, des longjys et des vêtements birmans, des articles en laques tous aussi beaux les uns que les autres, et des images de bouddha enfermées dans une sorte de petit aquarium, avec un fond de toute les couleurs, la tête du bouddha cernée d'une guirlande multicolore : plus kitch que cela tu ne pourras pas trouver ! Ca et là, assis par terre, des femmes autour d'un étale de bouts de bois, du tanaka, que l'on frotte sur une pierre ronde mouillée d'un peu d'eau : la mixture ainsi produite est alors étalée sur la figure ou sur les bras et est censée garantir une peau de bébé. Cette préparation est parait il aussi le meilleur traitement de l'acné et de toute sorte de maladie de peau. En fait la majeure partie des jeunes filles utilise ce tanaka comme maquillage. Les mères décorent le visage de leurs enfants de motifs de toute sorte. Les vieilles femmes recouvrent leur face burinée d'une épaisse couche ! Bref, il y en a pour tous les goûts mais dans l'ensemble l'effet est toujours agréable à regarder. Ce qui est vraiment marrant, c'est que le tanaka se marie parfaitement bien avec le teint des femmes birmanes : quand une femme européenne, nos panseuses par exemple, s'amuse à faire pareil, elles ont plutôt l'air déguisées qu'autre chose !

Finalement, après ce passage entre les échoppes, nous arrivons devant le fameux bouddha. Il a une histoire extraordinaire : troué au bord du golfe de Bengale, il a été transporté ici au milieu du XIX siècle, sur des chars à boeufs et par bateau. Un voyage extraordinaire quand on considère les moyens de l'époque. Et tout cela pour montrer la grandeur des souverains installés à Mandalay.



Il est assis dans une grande nef, couvert d'or. En réalité, il apparaît même être gras comme une caille ! surtout à la ceinture et sur les cuisses. En effet, la tradition est de recouvrir ce bouddha de feuilles d'or. La tradition est ancienne et ce sont des tonnes d'or fin qui sont déposées là où l'on peut c'est-à-dire sur les suisses et les flancs du bouddha jusqu'à hauteur d'homme. La taille de notre Bouddha s'épaissit de plusieurs millimètres par an ! Que d'or, déposé cérémonieusement par des pauvres souvent de très pauvres gens. Seuls les hommes sont autorisés à faire ces gestes et à approcher de la statue.



Les femmes sont assises à la birmane, sur les cuisses et font leur dévotion. Il y a des bans mais personne ne s'en sert. Il y a en permanence une centaine de femmes, très concentrées, très ferventes, commençant et achevant leur prière en faisant le salut : le front et les deux mains doivent toucher le sol, et ce quelque soit l'âge. Les enfants imitent les mères et expédient leurs trois saluts à toute vitesse ; les mères et les grands-mères sont plus sérieuses et prennent leur temps. Tout cela intervient dans un grand silence. La débauche d'or et la grande ferveur de l'assistance frappent, interpellent très violement. Le bouddhisme est vécu ici très intensément. J'apprends que quelque soit l'heure de la journée ; il y a toujours autant de monde. Les touristes se baladent autour de cette foule en prière, intrigués, surpris, sans que cela ne paraisse gêner qui que ce soit. Ça et là, de grandes urnes en plastique transparent, toutes presque pleines de billets de banque : ce sont des offrandes que chacune des personnes visitant la pagode n'oublie jamais de faire.

Autour de grands panneaux couverts de photos : comme à la pagode Swedagon à Yangon, ce sont les photos de cérémonies au cours des quelles les dignitaires du régime, en grand uniforme mais nu pied viennent eux aussi payer leur respect à Bouddha. Sous les photos, les légendes sont écrites en birman, ce qui ne nous aide pas à reconnaître chacun de ces dignitaires. A force de le voir partout, nous reconnaissons cependant « number 1 » et « number 2 » accompagnés d'une armée de généraux et de colonels, de leurs épouses. Il est bien clair que le bouddhisme dans le pays n'est pas seulement une affaire philosophique mais bien un moyen de tenir le pays. De toute évidence, cela n'a l'air de gêner personne alors pourquoi se faire plus royaliste que le roi ? Cette affaire du bouddhisme, véritable religion d'état, de la façon dont il est vécu au quotidien par la population, quelque soit les classes sociales, de l'importance qu'il a dans l'organisation de la société mais aussi dans le comportement de chacun continue à me tarabuster. Je commence à avoir une petite idée de ce qui se passe, mais ceci est tellement complexe que je ne me sens pas encore prêt, après six voyages, pour en parler. Il faut digérer tout ce que j'ai appris des différents responsables bouddhistes, des notables et tout ce que je peux avoir ressenti tant à l'hôpital que dans les différentes rencontres non professionnelles. Patience ! le sujet m'intéresse, il me passionne même, mais il ne faut pas dire de bêtises !

(suite au prochain numéro)

