

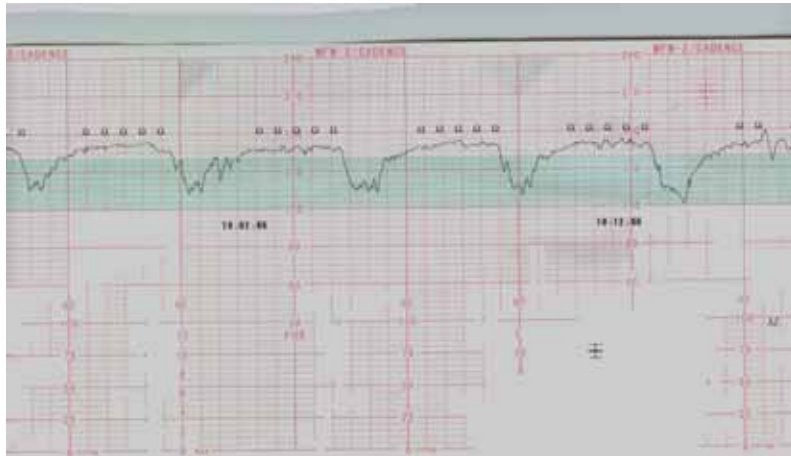


Université Claude Bernard de Lyon



Hôpitaux de Lyon

Rapport de la mission d'enseignement d'obstétrique et de gynécologie à l'Institut Médical de Kaboul



9 au 21 mai 2004

Dr Pasquier Jean Charles
Praticien hospitalier universitaire
UFR Grange Blanche

avec Madame le Docteur Nafissa Nacéri
pour la traduction



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan

PLAN

INTRODUCTION.....	3
ASPECTS PEDAGOGIQUES	4
Enseignement universitaire	4
Formation continue	5
a. sur la reconnaissance de la souffrance fœtale (SF)	5
b. Organisation d'une conférence par le département de gynécologie obstétrique de l'institut médical de Kaboul.	11
ASPECTS HOSPITALIERS.....	13
Le rapport du matin.	13
Le bloc opératoire	13
PROPOSITIONS POUR LA COLLABORATION LYON-KABOUL EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE.....	14
Voyage en France	14
Mise en place d'un tableau de bords de la naissance au sein de la maternité de Malalaï	14
ASPECTS LOGISTIQUES.....	16
Voyage	16
Logement	16
Sécurité	16
CONCLUSIONS.....	15

INTRODUCTION

La mission gynéco obstétricale de mai 2004 s'inscrit dans un rapprochement durable entre l'Institut Médical de Kaboul, la maternité de Malalaï d'une part et l'Université Claude Bernard et les Hospices Civils de Lyon d'autre part. En effet, elle constitue le 5^{ème} échange bilatérale entre les institutions franco afghanes dans notre discipline. Grâce aux efforts fournis par chacun, un climat de confiance et de travail a pu s'installer, et à partir de la qualité des relations professionnelles et humaines acquise la construction de projets à partir de séjour de courtes durées apparaît désormais possible.

L'objectif de cette mission a été défini par les cadres afghans de gynécologie obstétrique en accord avec les responsables de l'ambassade de France et consistait à accompagner les professionnels de santé et à aider à la formation des futurs médecins à pouvoir au quotidien répondre aux besoins de santé de leurs concitoyens. Nous avons essayé de maintenir cette priorité dans chacune de nos démarches tout en cherchant également à transmettre une connaissance qui réponde aux exigences de la médecine basée sur les preuves. La difficulté la plus importante étant de trouver l'équilibre entre : rester au plus près des demandes des médecins afghans qui sont les seuls à connaître les besoins réels de leur pays et, oser proposer des ouverture vers de nouveaux domaines de la connaissance.

La proposition de l'introduction de nouvelles techniques médicales n'a pu s'envisager qu'après discussion avec les partenaires afghans et je pense que grâce au climat de confiance réciproque cette discussion a été possible et a permis d'autoriser l'introduction de la notion de recherche de souffrance fœtale par monitoring électronique à la maternité de Malalaï .

Cette mission a permis donc de participer activement à la formation initiale en délivrant un enseignement de gynécologie et d'obstétrique au sein de l'Institut Médical de Kaboul, mais également de proposer une aide pour la formation continue des médecins afghans spécialistes en gynécologie obstétrique sur le monitoring fœtale et d'aider à l'organisation par le département universitaire de gynécologie obstétrique de sa première conférence sur les complications de l'accouchement. Notre mission n'aurait pas pu se réaliser sans l'aide du Dr Nafissa Nacéri médecin Afghane en formation pour un an sur Lyon qui fut notre traductrice mais aussi notre conseillère au quotidien et qui nous fit l'honneur de nous accueillir dans sa maison à des nombreux reprises.

Introduction du Dr Nafissa Nacéri

De puis la nouvelle collaboration Franco- Afghane c'est la deuxième mission obstétrique pour le département obstétrique et gynécologie de l' institut médical à l'hôpital de Malalaï a Kaboul . Nous avons essayé de répondre de notre mieux aux attentes de nos institutions, de l'Ambassade de France et avons essayé d'être utile pour l'Afghanistan. Nous présentons dans ce rapport les aspects universitaires et les aspects hospitalier de notre voyage a l'hôpital de malalaï et à l'IMK.

Je suis Dr nafisa naseri gynécologue obstétricienne de l'hôpital malalaï et enseignant de la département obs/gyn de l'IMK, voyageait et travaillais avec M. Pasquier Jean Charles praticien hospitalier universitaire UFR Grange Blanche, comme un traducteur pendant son séjour a Kaboul. Nous somme allé ensemble le 7 mai , et il est retourné après notre mission, et je suis revenu a Lyon le 9 juin 2004.

Pour moi cette mission n'aurait pas été possible sans le travail de préparation des Dr Pasquier, Pr Froment et Dr Timour , Ambassade de France a Kaboul (Dr Tissot , Dr Latif et Florence Morestin) et la organisation de l'EGID .

Je les remercie tous .

B. ASPECTS PEDAGOGIQUES

A) Enseignement universitaire

1. Objectifs

L'objectif initial de la mission était de fournir une aide aux formateurs afghans pour l'organisation de l'enseignement en gynécologie et obstétrique.

2. Programme des cours

Le programme des cours a été donné par le Dr Jewake responsable de l'enseignement. Les cours ont été donnés en gynécologie et en obstétrique. Nous avons essayé de préparer l'enseignement avec les enseignants afghans : le Dr Jewake Zoubeida enseignant pour l'année 2004 en gynécologie et le Dr Fahima Aram responsable pour l'année 2004 en obstétrique.

3. Enseignement d'obstétrique

Lors de la mission de 2002 les cours avaient tous été préparés avec des transparents comme support. Un polycopié écrit en dari (« premiers pas en obstétrique ») avait également été donné aux étudiants.

Cette année le programme d'obstétrique a été enrichi par le Dr Fahima Aram et le polycopié « premiers pas en obstétrique » a été distribué aux étudiants. Par contre les transparents n'ont pas été utilisés par le Dr Fahima Aram car elle ne possède par de rétro projecteur et celui que nous avons laissé en 2002 n'est plus disponible.

Deux cours ont été travaillés avec le Dr Fahima Aram

- La physiologie fœtale
- La physiologie de la grossesse.

L'enseignement a été délivré par le Dr Fahima et nous avons essayé de mener une réflexion commune sur l'amélioration possible de l'approche pédagogique. Les cours avaient déjà été préparés avant notre arrivée sur support papier, l'ensemble du texte du cours avait été écrit par le Dr Fahima Aram. Nous avons revu ce cours ensemble, mais il n'a pas été souhaitable de modifier la structure du cours. L'utilisation du tableau a été vivement recommandée pour d'une part permettre aux étudiants de connaître le plan du cours, d'autre part pour dessiner des schémas. Pendant les cours à l'institut médical de Kaboul, le Dr Nasseri traduisait la leçon du Dr Fahima Aram. Celle ci présente une forte autorité sur les étudiants malgré son jeune âge et une aisance manifeste dans l'exercice de l'enseignement magistral. Elle a débuté son cours par des questions interactives en choisissant quels étudiants devraient répondre.

4. Enseignement en gynécologie

Nous avons travaillé en 2002 avec le Dr Jewake et la collaboration a été plus rapidement mise en place. Par contre, en 2002 l'enseignement de la gynécologie n'avait jamais été réalisé. Elle nous a demandé de présenter trois thèmes aux étudiants

- Le cycle menstruel
- Les aménorrhées primaires et secondaires
- Les métrorragies.

L'enseignement a été délivré à l'institut médical de Kaboul en français et les cours ont été traduits par le Dr Naseri. Nous avons utilisé deux supports pédagogique différents ; pour le cycle menstruel nous nous sommes servis du tableau uniquement et, pour le cours portant sur les aménorrhées et les métrorragies nous avons utilisé un support informatique avec ordinateur portable et vidéo projecteur. Les conditions de travail pour ces cours ont été excellentes, les amphithéâtres permettent de parler sans microphone et d'avoir une vision globale de l'auditoire.

Pour le cycle menstruel nous avons articulé le cours autour de trois schémas : l'axe hypothalamo hypophysaire, la maturation ovocytaire, la courbe ménothermique et hormonale. Un étudiant est venu au tableau reprendre l'ensemble de la démonstration et a proposé brillamment un résumé du cours

Pour le cours sur les aménorrhées, nous avons essayé de privilégier l'entrée dans les cours par la clinique. La présence de caractéristiques sexuelles secondaires, la taille de la patiente...

Le contenu des cours devait osciller entre l'évidence base médecine pour la rigueur scientifique et la réalité quotidienne sur Kaboul pour l'applicabilité de l'enseignement. Néanmoins, même si la disponibilité de certains dosages pouvait être différée dans le temps sur Kaboul, il a été décidé que ces techniques seraient présentées aux étudiants.

B. Formation continue

a. Sur la reconnaissance de la souffrance fœtale (SF)

La recherche de détresse fœtale n'apparaît pas comme une priorité dans la santé publique afghane. En effet l'Afghanistan présente actuellement un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde. En France, le taux de mortalité maternelle est de 8 à 9 pour 100 000 naissances, au Bangladesh il est de 800 pour 100 000 naissances alors qu'il est supérieur à 1 600 pour 100 000 naissances en Afghanistan.

La première question à se poser était : est-il licite de proposer une introduction de la recherche de la souffrance fœtale à l'hôpital de Malalaï dans ces conditions ? Cette décision a été longuement discutée et de nombreux avis ont été sollicités afin de ne pas engager la maternité dans une démarche non prioritaire. Nous avons évoqué cette question avec les médecins afghans en priorité mais nous avons consulté également des experts obstétriciens français, et du Bangladesh. Nous avons longuement parlé avec le Dr Naseri avec qui la communication est facilitée par sa bonne connaissance du français et sa connaissance de notre culture médicale. Nous avons présenté le projet au Dr Mehr Afzoun directeur de la santé de la mère et de l'enfant au ministère de la santé en Afghanistan et au Dr Fahima Sakandary directrice de la maternité de Malalaï . De la discussion avec les multiples experts est ressortie l'idée que, si la détection de la souffrance fœtale n'apparaît pas comme une priorité de santé publique en Afghanistan, son introduction dans un centre de référence apparaît licite. En effet la maternité de Malalaï présente plusieurs particularités. La maternité de Malalaï recueille un

nombre important de grossesses à hauts risques et même si l'idée de régionalisation des soins n'est pas formalisée en Afghanistan avec une organisation des maternités selon le niveau de prise en charge pédiatrique. Elle apparaît également comme un centre de formation pour les étudiants et pour les médecins en activité.

De par cette double particularité, recrutement de patientes aux antécédents chargés et centre de diffusion de l'information, la maternité Malalai apparaît comme étant le centre d'excellence de l'obstétrique en Afghanistan. A ce titre l'introduction de cette technique a pu être envisagée. Mme la directrice est apparue très motivée pour cette formation et a spontanément créé une liste de médecins seniors pour suivre cet enseignement.

Nous nous sommes réunis à 4 reprises pendant 3 heures avec 7 à 10 médecins seniors du service, le matin après le rapport quotidien. Chaque séance était composée de deux parties :

- une première partie pratique avec sélection des patientes et réalisation des ERCF
- une seconde partie théorique. Un effort a été réalisé pour que les tracés utilisés dans la partie théorique à titre d'exemples soient les tracés réalisés à la maternité de Malalai .

Définition des objectifs

Nous avons convenu avec les médecins du service que cette formation devrait répondre aux objectifs suivants :

- Découverte de l'appareil de l'enregistrement de rythme cardiaque fœtal (RCF)
- Mise en place des appareils de monitoring fœtal dans le service
- Apprentissage de la séméiologie du RCF
- Sélection des indications de surveillance du rythme cardiaque fœtal
- Mise en place de protocole de prise en charge en cas de SF
- Mise en place d'un groupe de travail sur l'analyse du RCF
- Modalité pratique de maintenance de l'appareillage.

Le programme de formation

1. Première séance : Découverte de l'appareil de l'enregistrement de rythme cardiaque fœtal et installation dans les services

Nous avons trouvé avant le départ un appareil Hewlett Packard auprès de la maison Lépine. Cet appareil était un appareil d'occasion révisé et en parfait état de marche. Des capteurs neufs ont été achetés par le Pr Froment sur de crédit du conseil général ainsi que du papier perforé permettant une autonomie de fonctionnement de 1000 heures. Ce matériel a été transporté sans difficulté de Lyon à Kaboul dans une valise et a été convoyé comme bagage accompagné.

Sur place nous avons trouvé 3 appareils d'ERCF « don du peuple japonais ». Ce matériel était neuf et disponible dans deux salles d'hospitalisation de patientes à hauts risques.

Ils étaient utilisés uniquement pour détecter les bruits du cœur du fœtus, mais l'utilisation de l'impression sur papier de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal n'avait jamais été réalisée, de plus aucun support théorique n'accompagnait le don de ce matériel.

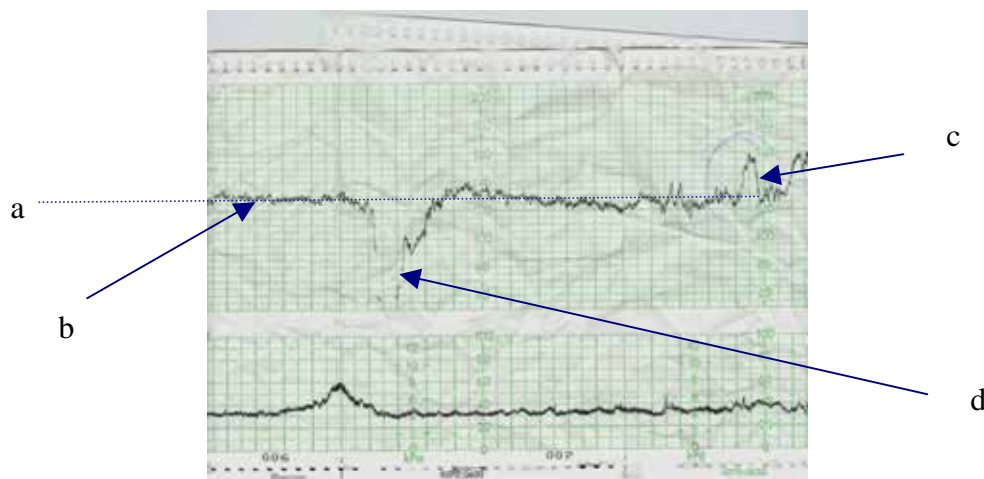
Nous avons repris les appareils un par un afin de les rendre fonctionnel et homogène dans les informations qu'ils délivraient. Une notice d'information était disponible en anglais. Certaines modifications ont été nécessaires et le réglage des appareils a pu être réalisé afin qu'ils consomment le moins possible de papier et qu'ils délivrent tous le même type de tracé. A la fin du premier jour 4 appareils étaient disponibles.

Les premiers enregistrements ont été réalisés par les médecins afghans dans deux salles d'enregistrement. Il a été décidé de débiter l'enregistrement des rythmes cardiaques fœtaux dans les salles de surveillance de grossesses à risques.

2. Seconde séance : Apprentissage de la sémiologie du RCF

Les bases de la sémiologie de l'analyse de l'ERCF ont été expliquées à partir d'un exposé au tableau, de documents papier remis à chaque participant, et d'exemples réalisés avec les médecins de l'hôpital (voir document ci dessous). Ces séances théoriques ont été traduites à partir du français en Dari par le Docteur Naseri. Le faible nombre de participants a permis de réaliser une séance interactive pendant laquelle il était facile d'estimer la compréhension de l'enseignement par chacun.

Document 1 : premier tracé ERCF à la maternité de Malalai



La notion de bien être fœtal a été définie à partir

- du rythme de base, (a sur le document 1)
- de la présence d'oscillation, (b sur le document 1)
- de la présence de réaction, (c sur le document 1)
- de l'absence de décélération. (sur le document 1 on trouve une décélération en d).

3. Troisième séance : Sémiologie de la détresse fœtale avec reconnaissance des décélérations des tracés pathologiques : tracé plat et tracé sinusoidal.

Cette séance a permis de consolider les acquis de sémiologie de l'analyse du tracé et d'expliquer la physiologie de la souffrance fœtale à partir des échanges vasculaires materno-fœtaux. Il a été possible pendant cette réunion d'aborder de manière libre les stratégies employées dans le service. Les questions autour de la place des antibiotiques dans la rupture prématurée des membranes à terme, l'intérêt de la corticothérapie dans la prévention de la maladie des membranes hyalines, la place du Misoprostol dans le déclenchement des patientes avec une rupture prématurée des membranes ont été des sujets spontanément abordés par les médecins afghans auxquels nous avons essayé de donner notre opinion faisant l'effort de la

fonder sur la réalité afghane. Cette séance d'enseignement a été riche de ces discussions sur ces sujets libres d'obstétrique pendant au moins la moitié du temps.

4. Quatrième séance

L'enseignement sur la contraction utérine a été plus difficile à aborder. La notion d'intensité relative et non d'intensité absolue obtenue à partir du capteur externe a été un point sur lequel nous avons passé beaucoup de temps. Après l'enseignement de la reconnaissance de la souffrance fœtale, nous avons abordé les notions de réanimation in utero.

- Libération de la veine cave inférieure
- Diminution de la pression intra utérine
 - Tocolyse
 - Arrêt des ocytociques
- Préparation de l'accouchement en urgence si nécessaire
 - Extraction instrumentale
 - Césarienne

Remarque : nous avons pris la liberté de ne pas mentionner l'oxygénation de la mère dans la réanimation in utero devant l'absence de niveau de preuve supérieure et les difficultés que cela pourrait entraîner actuellement à la maternité de Malalaï.

5. Cinquième séance : sélection des indications de surveillance du rythme cardiaque fœtal

Cette réunion a permis de discuter et de retenir les points suivants :

- Pas d'ERCF en dessous de 35 sa

Ce seuil a été établi comme seuil de viabilité en dessous duquel il ne paraît pas licite dans un premier temps de rechercher une souffrance fœtale. En effet, compte tenu des moyens de réanimation et de prise en charge du prématuré, l'extraction d'un enfant en dessous de 35 sa (seuil défini par les médecins afghans) ne permet pas de donner des chances de survie assez importante à un nouveau né.

- Indication d'ERCF en anté partum

Le RCF pourrait être proposé en unité de grossesse à haut risque

- sur les antécédents de complications obstétricales (antécédent de mort fœtal in utero, de retard de croissance in utero...)
- pour les patientes présentant une pré éclampsie
- pour les patientes présentant une RPM avant terme ou à terme

- indication d'ERCF en per partum

- pour les présentations du siège
- pour les déclenchements de l'accouchement.

Il n'a pas été possible de poursuivre de manière exhaustive la liste des indications de l'ERCF et de proposer une liste validée par une seconde lecture. Nous ne nous permettons pas à distance de modifier ce travail même si il ne peut être pris pour une liste définitive.

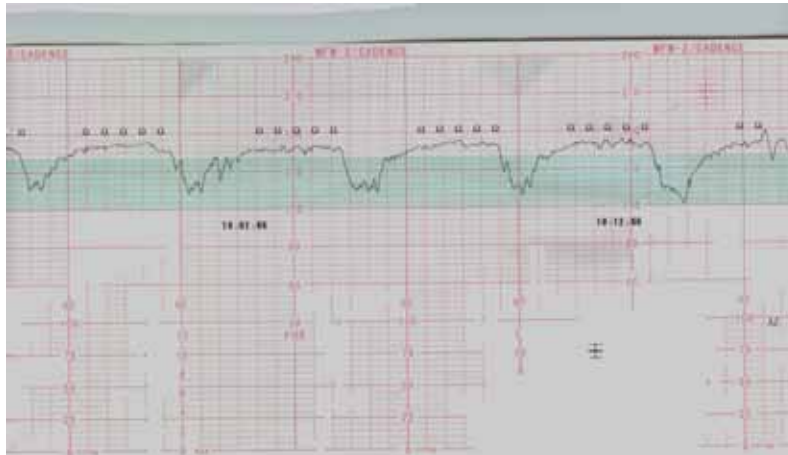
La conclusion de cette séance a été centrée sur l'avenir de ce groupe de travail nouvellement constitué sur l'analyse de l'ERCF et la maintenance du matériel.

La souffrance fœtale : premier résultats et difficultés

Le dossier suivant est une illustration de la bonne pénétrance de la notion de souffrance fœtale au sein de la maternité de Malalāi à la suite de la formation que nous présentons comme un cas clinique.

Lors de la contre visite nous avons été appelé pour une patiente dont le fœtus pouvait présenter d'après le médecin de garde une SF. Il s'agissait d'une patiente de 28 ans ayant déjà eu 5 grossesses. Un seul enfant était vivant. Il ne m'a pas été possible de savoir dans quelles circonstances les enfants étaient décédés. Le motif de l'hospitalisation était une rupture prématurée des membranes 72 heures auparavant, sans contraction utérine.

Le médecin de garde qui avait participé à la formation a posé l'indication de surveillance du RCF. L'analyse du RCF montre un tracé tachycharde peu oscillé non réactif avec des ralentissements. La patiente présentait vraisemblablement des contractions mais celle ci étaient non douloureuses, non ressenties et n'ont pas été enregistrées.



Tracé 2 : patiente avec une RPM de plus de 72 heures.

Sur le plan clinique, le médecin de garde a examiné la patiente qui présentait une dilatation cervicale de 2 cm et le liquide était méconial.

Il a été décidé en accord avec le médecin de garde une extraction par césarienne pour SF devant les arguments suivants :

- Anomalies du RCF : tachycardie fœtale, ralentissements
- Liquide méconial
- Antécédents obstétricaux de la patiente

La réalisation de la césarienne a nécessité l'autorisation de la mère de la patiente et de son mari. La césarienne a été réalisée par le médecin et l'équipe de garde.

Naissance d'un enfant de sexe masculin eutrophique de 3,1 kg, score d'APGAR (-, -, -).

Le lendemain l'enfant était légèrement ictérique, la mère était hospitalisée dans le service et nourrissait son enfant.

A partir de ce cas concret plusieurs problèmes sont apparus devant un diagnostic positif de souffrance fœtale. En effet la surveillance du bien être fœtal ne peut être envisagée que si une démarche thérapeutique adaptée est proposée en cas de diagnostic positif de souffrance fœtale.

Plusieurs questions ont été posées au groupe :

- Peut on proposer une extraction par césarienne en urgence à une patiente Afghane et quelles sont les conditions nécessaires ?
- Quel est le délai acceptable entre la prise de décision et la naissance?
- Qui doit réaliser la césarienne et qui prend en charge la patiente sur le plan anesthésiologiste ?
- Dans quelles conditions peut on proposer une réanimation à la naissance à la maternité de Mallalai et une prise en charge pédiatrique adaptée ?

Aucun protocole n'a pu être écrit. Nous avons essayé de faire prendre conscience au groupe que l'introduction du RCF à la maternité de Malalai pouvait entraîner une modification assez importante du fonctionnement de l'équipe de garde. De plus, le tracé apparaît légalement comme un trace écrite et minutée de l'accouchement et peut être un excellent outil d'évaluation interne.

A l'issue de cette formation il n'est pas possible d'affirmer que les médecins de Malalai formés possèdent parfaitement l'outil monitoring fœtale, mais une introduction à cette nouvelle technologie a pu être délivrée à des médecins motivés et seniors du service, de plus ceux ci ont pu travailler au chevet de leurs propres patientes. Si un groupe de travail continue les réunions, une dynamique pourra être possible au sein de la maternité de Malalai autour de ce thème.

b. Organisation d'une conférence par le département de gynécologie obstétrique de l'institut médical de Kaboul.

L'idée d'organiser une réunion scientifique est rapidement apparue lors des discussions avec les médecins du département de gynécologie obstétrique. Aucune manifestation de ce genre n'avait jamais été organisée par ce département. Dans une logique d'encadrement nous avons essayé de les aider à mettre en place cette manifestation dans les différentes étapes de l'organisation.

Les étapes suivantes ont été parcourues :

Choix du sujet de la conférence

En décembre 2002 une conférence avait été organisée par l'UNICEFF sur la mortalité maternelle en Afghanistan. Nous avons décidé de centrer le sujet sur la pratique obstétricale et choisi les **complications de l'accouchement** comme thème de la réunion.

Répartition des orateurs

Il a été décidé de réaliser 5 communications de 15 minutes avec 5 minutes de discussion. Nous avons tenu à ce que tous les enseignants du département présentent un sujet. Le Docteur Mehr Afzoun a également été invitée en tant que représentante du ministère de la santé.

Envoi des invitations

Le doyen de la faculté et le vice doyen ont été invités. Les médecins des 4 maternités de la ville ont été invités. Nous avons envoyé 16 invitations personnalisées à des confrères. Ces plis ont été adressés par porteur spécial grâce au soutien de l'ambassade de France. Chacun des directeurs des 4 maternités a reçu une affichette pour affichage dans son service afin que tous les médecins désireux de participer puissent venir.

Choix des sujets et répartition

Nous avons retenu les sujets suivants

- Epidémiologie des complications de l'accouchement
Dr Mehr Afzoun
- Dystocie
Dr Zoubeida Jewak : Annexe 1
- Souffrance fœtale
Dr Jean-Charles Pasquier : Annexe 2
- Accouchement par le siège
Dr Nafissa Naceri : Annexe 3
- Hémorragies du post partum
Dr Fahima Aram

La préparation des sujets a été réalisée en commun avec pour la recherche documentaire l'utilisation de l'outil Internet disponible dans la salle Lyon Ali-Abad organisée par l'ambassade de France. Chaque présentation a été préparée sur power-point et a été répétée avec chacun des membres du département de gynécologie-obstétrique.

Réservation de la salle

La salle retenue finalement a été la salle de l'hôpital de Malalai. Il a été évoqué la salle de l'hôpital Ali Abad ou une salle au ministère de la santé.

Choix du jour de la conférence

Nous avons retenu le jeudi 20 mai, le matin à 10 heures. Ceci correspond à un jour de fin de semaine qui pourrait être l'équivalent du samedi matin de l'organisation de la semaine française. Cette date est un jour ouvrable en Afghanistan et ne correspond pas à un moment de consultation ou d'activité opératoire réglée.

Organisation du buffet

Le financement du buffet a été assuré grâce à la participation de l'ambassade de France. Le Dr Nafissa Naseri s'est occupée de la commande et du choix du fournisseur. 40 boîtes individuelles ont été commandées au Chiken Burger (« The best Burger in Kabul »).

Impression de l'abstract Book

L'idée de l'Abstract Book a été apportée par le Dr Mehr Afzoun. Cet abstract book a été composé par les diapositives des présentations faites par chacun des orateurs. Dans un pays où il est difficile d'avoir accès à une source d'information écrite, l'idée de laisser une trace de la réunion et que les médecins puissent conserver des documents est une idée très forte.

Déroulement de la conférence

Une quarantaine de personnes ont assisté à cette réunion et les 4 maternités étaient représentées. La conférence s'est déroulée sans incident si ce n'est une difficulté à respecter les horaires de chacun des orateurs.

Débriefing

Nous avons souligné la qualité des présentations des membres du département et essayer de réfléchir sur l'objectif de telles manifestations. Le fait de donner la parole à la salle, le rôle de l'animateur par rapport aux orateurs ainsi que le respect des horaires ont fait l'objet d'une discussion.

ASPECTS HOSPITALIERS

Le rapport du matin.

EN 2002, pour participer au rapport du matin de Malalaï , il avait été nécessaire d'obtenir une autorisation du ministère. Cette formalité n'était pas nécessaire pour cette mission de mai 2004. Nous avons assisté à tous les rapports du matin. Ces rapports sont présentés par trois internes :

- un interne d'obstétrique,
- un interne de gynécologie et
- un interne pédiatrique.

Ceux-ci présentent uniquement les problèmes rencontrés lors des dernières 24 heures. Les cas les plus difficiles sont commentés par les médecins seniors. Les problèmes organisationnels sont également abordés. Ce rapport du matin est un moment-clé de la maternité de Malalaï. Il est certainement un moment privilégié pour faire passer des messages car il est bien structuré et regroupe la totalité des médecins.

Le bloc opératoire

Nous avons été invités à visiter le bloc opératoire et à pratiquer des gestes chirurgicaux. Nous avons opéré des patientes en collaboration avec les médecins afghans. La pratique de ces gestes s'inscrit dans le cadre de formation des chirurgiens à de nouvelles techniques chirurgicales.

Les conditions de propreté du bloc opératoire de Malalaï sont tout à fait acceptables mais nous avons noté peu de différence entre les conditions chirurgicales de 2002 et celles de 2004. Les boîtes d'instruments proposées étaient peu fournies et avec du matériel de qualité médiocre. Par contre les ligatures qui avaient été réalisées avec du CATGUT CHROME en 2002 ont pu être faites avec de l'ERCEDEX avec des aiguilles serties. Ce fil est le même fil que celui utilisé en France actuellement dans la plupart des blocs opératoires. L'aspiration fonctionnait mal, le bistouri électrique n'était pas disponible, le cyalitique éclairait peu.

PROPOSITIONS POUR LA COLLABORATION LYON KABOUL EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Cette dernière partie est une liste des idées de collaboration pouvant être développée entre Lyon et Kaboul. Cette liste ne constitue pas des projets mais seulement des pistes qui pourront être discutées avec les autorités universitaires et l'ambassade de France à Kaboul.

Voyage en France

Nous pensons que le voyage en France de médecins Afghans est une garantie pour l'établissement de liens forts entre nos structures. Les rencontres que nous avons eues avec le Dr Mehr Afzoon qui avait été la première à venir sur Lyon, la qualité de la collaboration qui s'est instaurée avec le Dr Nacéri en témoignent. Le Dr Nafissa doit poursuivre son séjour d'étude jusqu'au mois d'octobre 2004. Il a été proposé que le Dr Fahima Sakandary vienne également en France pour un stage de courte durée. Après discussion avec le Dr Tissot, il a été proposé que le Dr Sakandary directrice de la maternité de Malalāi vienne pour une dizaine de jours au moment du congrès annuel du collège des gynécologue obstétriciens des hospices civils de Lyon à l'automne prochain. Les enseignants de Lyon ont été informés et ont approuvé cette idée à notre retour en France.

Mise en place d'un tableau de bord de la naissance au sein de la maternité de Malalāi

La saisie d'un tableau de bord de la naissance avec un minimum d'informations qui sont actuellement saisies de façon manuelle pour chacun des accouchements, pourrait être réalisée sur un support informatique. Ce matériel permettrait aux internes de réaliser leurs monographies avec une exhaustivité sur les dossiers. D'autre part, ces indicateurs permettraient aux médecins de Malalāi un suivi régulier de leur activité. Cette idée a été discutée avec le responsable du projet santé de l'Ambassade de France, le Dr. Tissot. Nous avons évoqué cette idée également avec le Dr Naseri qui pourrait centrer son mémoire d'attestation d'étude universitaire des pathologies de la grossesse en cours sur Lyon. Ce projet pourrait être mis en place à son retour. Pour l'instant nous avons évoqué l'idée de saisir le mois de janvier des années 2002, 2003, 2004. Ces trois mois pourraient fournir un collectif de plus de 15 000 naissances et permettraient de donner des indicateurs sur le fonctionnement de la maternité.

CONCLUSION

Cette troisième mission à Kaboul reste marquée par une collaboration étroite avec les médecins afghans et le support sans réserve de la Cellule Santé de l'Ambassade de France. Nous restons persuadé que la qualité des échanges en obstétrique repose sur deux piliers. L'installation dans la durée des échanges constitue le premier pilier. En effet les médecins afghans semblent être extrêmement sollicités par des aides internationales mais l'accueil que nous avons reçu montre bien l'intérêt qu'ils portent à des échanges se prolongeant dans le temps par la répétition des voyages. Le second pilier est constitué par la bilatéralité des échanges et les voyages organisés pour les médecins afghans en France. Ces voyages sont des vecteurs d'information importants qui associent aussi bien le soin lui même que l'organisation des soins ou la démarche évaluative.

L'introduction de la recherche de la souffrance fœtale à la maternité de Malalai et l'organisation de la première conférence du département de gynécologie obstétrique s'inscrivent dans le respect de nos partenaires afghans et dans la volonté de les aider à retrouver leurs places dans la communauté internationale scientifique.

Conclusions du Dr Nafissa Naceri

D'après moi notre mission à Kaboul était efficace, surtout par rapport à l'utilisation des appareils d'ERCF, ce qui est très important parce que il y avait déjà 3 machines japonaise mais personne ne pouvait les utiliser. Maintenant 10 médecins à l'hôpital peuvent utiliser 4 appareils pour prévenir et diminuer la mortalité et morbidité néonatal pendant la travail et l'accouchement. La directrice de l'hôpital Malalai était vraiment content .

Notre travail avec les enseignants du département obs/gyn et le déroulement de la conférence était un succès pour les jeunes enseignants du département car c'était la première fois que se déroulait une conférence dans ce département .

Les étudiants étaient très contents des cours .

Je voudrais que se poursuive les relations scientifiques entre université Claude Bernard et l'IMK et les hôpitaux de Lyon et Kaboul .*

Rapport de mission reçu et validé le 7 mars 2005

par l'Ambassade de France à Kaboul

- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -



Nafissa Naceri

ASPECTS LOGISTIQUES

Voyage

Lyon Paris : Train

Paris Bakou : Avion + nuit à Bakou

Baku – Kaboul : Avion

Il a été difficile de sortir de l'aéroport de Baku avec le Dr Naseri qui est ressortissante Afghane. Je pense qu'il peut être possible que cette formalité soit anticipée.

Voyage Kaboul- Lyon : Retour sans difficulté

Kaboul – Baku : Avion et Nuit à l'hotel

Baku – Paris : Avion

Paris – Lyon : Train

Logement

Nous avons été logés dans la Guest house organisée par l'ambassade. Il s'agit d'une guest house située très près de l'hôpital Ali Abad. Propreté des chambres +++, propreté des sanitaires +. Le petit déjeuner, le déjeuner et le dîner étaient disponibles tous les jours de la semaine. Le fait de loger dans cette guest House permet de rencontrer d'autres missionnaires ce qui fournit des moments privilégiés.

Sécurité

Kaboul est une ville actuellement sans couvre feu. Nous n'avons pas été inquiétés pendant tout le séjour. Un évènement tragique est survenu dans la ville pendant notre séjour, deux ressortissants suisses auraient été retrouvés tués par lapidation dans un parc de Kaboul.

ANNEXES

Présentation du Dr Zoubeida Jewak : 6 premières diapositives

Dystocia

Dr Zoubeida Jewak
Departement O G
May 20th 2004
Kabul

1

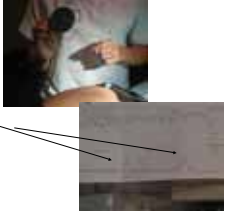
Normal labor

- ☞ Uterine activity
- ☞ Cervical change
- ☞ No cephalo pelvic disproportion

2


Uterine activity

Ask the patient
Palpation
tocogram




3

Cervix for nullipare



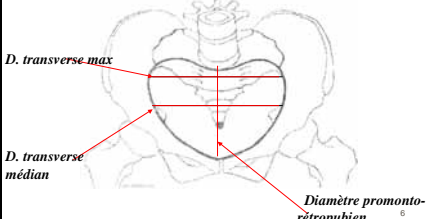
4

cervix for multipare



5

Pelvic structure



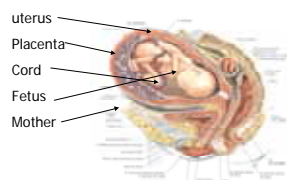
6

Présentation du Dr Jean-Charles Pasquier : 6 premières diapositives

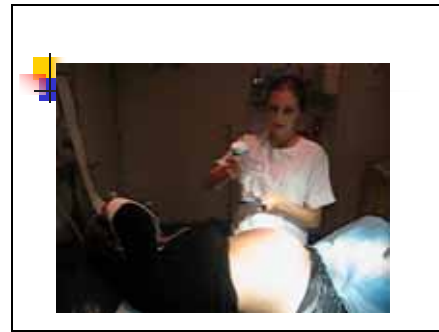
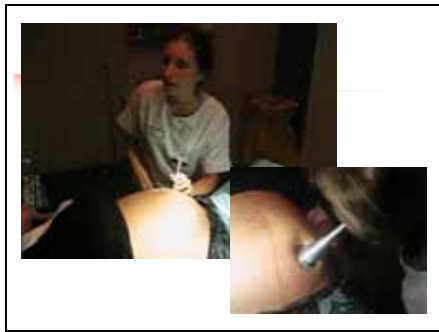
Fetal distress

Dr Jean- Charles Pasquier
Hôpital E Herriot
Lyon (France)

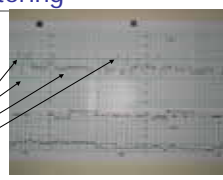
Etiology



uterus
Placenta
Cord
Fetus
Mother



Fetal monitoring



- baseline
 - 120 à 160 bpm
- Oscillations
- Réactions
- No deceleration

Présentation du Dr Fahima SaKandary : 6 premières diapositives

Is breech presentation a difficult delivery ?

Dr Fahima Aram
 Departement Gynecology – Obstetric
 Medical Institut of Kabul

Epidemiology

- 4.8% of birth
 - For example
 - In France 750 000 birth / year
 - 36 000 breech presentation/ year
 - Commun delivery

Complications

- Prolapsed Cord
 - 0 - 2% complets breech
 - 5 - 10% incomplets breech
- Extended arms
 - 0 - 5.6%
- Arrested head
 - 0 - 8.5%
- Perinatal mortality
 - 0 - 48 / 1000 birth

Cheng M Obstet Gynecol 1993;82:605-18.

Hannah et coll study

- 2088 patients
 - 121 center
 - 26 countries
 - Develloped countries and undevelopped

Lancet 2000

Trial random

- 1039 patients for vaginal delivery
- 1039 patients for prophylactic C section

■ Evaluation

- Perinatal mortality
- Morbidity

52 / 1039 [5.0 %] 17 / 1039 [1.6%]

RR 0.33 IC 95% 0.19-0.56 p<0.0001

But

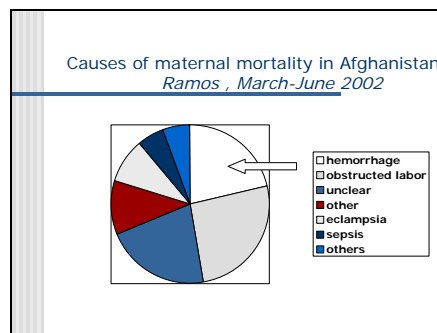
C section increase mothers' complication

- Relative risk of mortality 2.7 [1.2 – 5.9]
- And complications in 4.5%
 - hemorrhage > 1500ml (2.4%)
 - Iterative laparotomy (1.6%)
 - Pelvic Infection (1.5%)
 - Thrombosis (1.5%)
 - Sepsis (0.3%)
 - Pneumonia (0.3%)
 - Coagulaopathy (0.1%)

Présentation du Dr Nafisa Naseri : 6 premières diapositives

Post partum hemorrhage

Dr Nafisa Naseri
Departement Gynecology – Obstetric
Medical institut of Kabul



Management during pregnancy (prophylactic)

- Diagnos anemnia and treat
- Diagnos coagulopathy
 - Previous hemoptysis
 - Previous hemorrhage
 - 20% of recidive in case of PPH
- Chose the site of delivery
 - Transfert the patient to center of excellence

Management during delivery (prophylactic)

- Intra venous catheter
- Reducing delay between second stage of labor and third stage of labor

Management after delivery (prophylactic)

- Active management of third stage of labor
 - Immediate oxytocin
 - Within 1 minute of delivery of the baby
 - Give oxytocin 10units IM (make sur there is no additional baby)
 - Controlled cord traction (...)
 - Uterine massage
- Examination for tears
- If anormal third stage of labor
 - Action

A mide wife find a women with vaginal bleeding just after deliver

- Mide wife has
 - to call doctor
 - During the day
 - During the night
 - to send blood for
 - Group ABO, rhesus
 - Coagulation time
 - hemoglobin