



Université Claude Bernard Lyon 1



Hôpitaux de Lyon

Rapport de la mission d'enseignement d'obstétrique à l'institut médical de Kaboul



Dr Pasquier Jean Charles
Praticien hospitalier universitaire
UFR Grange Blanche
Juillet 2002



Avec le soutien de l'Ambassade de France à Kaboul

Plan

INTRODUCTION.....	3
ASPECTS PEDAGOGIQUES.....	4
A) Enseignement universitaire.....	4
B) Polycopié : « premiers pas en obstétrique ».....	7
C) Monographies.....	7
D) Préparation de l'examen.....	9
E) Préparation de la mission d'enseignement de la gynécologie.....	9
ASPECTS HOSPITALIERS.....	10
A) Le rapport du matin.....	10
B) La trajectoire de la patiente.....	11
C) Le bloc opératoire.....	12
D) Les soins post opératoires :.....	12
PROPOSITIONS POUR LA COLLABORATION LYON-KABOUL EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE.....	13
Enseignement universitaire.....	13
Recherche documentaire.....	13
Mission d'anesthésie sur l'hôpital de Mallalaï.....	13
Aide avec création d'une société savante de gynécologie obstétrique afghane.....	14
Voyage d'étude.....	14
Fourniture de matériel informatique au sein du département de gynécologie obstétrique ..	14
ASPECTS LOGISTIQUES.....	15
CONCLUSIONS.....	16
Annexe 1 : Programme de l'enseignement d'obstétrique.....	17
Annexe 2 : exemple de cours.....	18

INTRODUCTION

De 1947 à 1978 l'université de Lyon a été en lien étroit avec l'institut médical de Kaboul. Les échanges ont été interrompus pendant de nombreuses années difficiles pour l'Afghanistan. A l'initiative de Monsieur le Docteur Timour un rapprochement entre les deux institutions universitaires a été mis en place. Celui-ci est soutenu par le Ministère des Affaires étrangères qui finance l'ensemble de la relance de cette coopération. La mission d'obstétrique est la première mission de cette nouvelle collaboration franco-afghane. La réalisation d'une première mission est chargée d'inconnue et d'aléatoire. Elle peut apparaître par certains aspects comme le brouillon des missions suivantes. 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 de notre voyage mais également les quelques contacts fructueux que nous avons pu établir avec les médecins hospitaliers de la maternité de Mallalaï.

Les échanges avec les afghans : médecins, étudiants, patientes ont été possibles grâce au travail du Dr Saifi Najib. Le Dr Saifi est un médecin orthopédiste de formation séjournant actuellement sur Paris. Nous avons voyagé ensemble à l'aller et au retour. La présence d'un traducteur parfaitement bilingue a permis de gagner un temps précieux et d'éviter de commettre des fautes relationnels par ignorance.

Enfin, cette première mission n'aurait pas été possible sans le travail de préparation des Dr Timour et Pr Froment, de Mme Dumas des relations internationales (UCLB), des Dr Tissot et Dr Latif (Ambassade de France). Elle n'aurait pas été possible non plus sans l'appui de Monsieur le Pr Mellier, ni sans l'appui de mes collègues de l'hôpital Edouard Herriot qui sont restés à Lyon « garder la maison ».

Un grand merci à tous.

ASPECTS PEDAGOGIQUES

A) Enseignement universitaire

1. Objectifs

L'objectif initial de la mission était de fournir un enseignement universitaire aux étudiants de 5^{ème} année de l'Institut Médical de Kaboul. Cet enseignement devait être délivré à deux reprises : d'une part aux étudiants de la Faculté Curative et d'autre part à l'ensemble des étudiants réunis en une même session de la Faculté de Stomatologie et de Pédiatrie.

Il a été nécessaire de modifier l'objectif initial et de laisser une part importante à la formation des formateurs. Après avoir rencontré les enseignants afghans à Kaboul, et compte tenu du contexte : les étudiants étaient en grève, et certains passaient les examens pendant notre séjour, nous avons convenu le schéma suivant avec les enseignants afghans et le doyen de la faculté de Kaboul :

- le séminaire de formation initial en obstétrique sera organisé par les docteurs Jewake, Nafissa et Pasquier. Cet enseignement sera proposé par les trois enseignants pour la faculté curative.
- le même enseignement sera repris par les enseignants afghans pour la faculté de stomatologie et de pédiatrie.

Le Docteur Jewake, responsable du Département de Gynécologie Obstétrique et le Dr. Nafissa sont apparues comme étant très motivés par cette collaboration pour l'enseignement.

La réalisation d'un polycopié en Dari est apparu comme un objectif secondaire de la mission d'obstétrique.

2. Programme des cours

Le volume horaire prévu était de 90 minutes par semaine, pendant le premier semestre comptant 17 semaines, soient 17 thèmes d'enseignement.

Nous avons décidé avec le Dr Jewake et le Dr. Nafissa d'établir un programme couvrant la totalité de l'obstétrique pendant un séminaire d'une semaine. Cet enseignement prend place de l'enseignement hebdomadaire.

Nous avons essayé de privilégier l'entrée dans les cours par la symptomatologie, par exemple :

- fièvre et grossesse,
- hémorragie et grossesse...

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

Le contenu des cours est donné en annexe 1.

3. Préparation des cours (Photo 1)

Lors de l'établissement du programme, les orateurs responsables ont été désignés. Pour chaque cours, le modèle suivant a été respecté :

- après une discussion ouverte sur la thématique, définition de cinq objectifs pédagogiques sur le cours.

- Exemple d'objectif pédagogique pour le cours « hémorragie et grossesse » :
« Connaître les différences sémiologiques entre l'hématome rétroplacentaire et le placenta prævia. »
- à partir de ces objectifs pédagogiques, une recherche documentaire a été réalisée sur les documents disponibles. Il s'agissait essentiellement de manuels généraux en français et en anglais, mais également d'un ouvrage de référence sur la prise en charge obstétricale normale et pathologique délivrée par l'UNICEF.
- établissement du plan du cours et sélection des informations délivrées.
- discussion sur l'iconographie et les transparents à présenter lors du cours.
- réalisation des transparents par l'orateur. Les enseignantes afghanes n'avaient jamais utilisé ce support pédagogique.

Pour réaliser une heure de cours, trois heures de préparation ont été en moyenne nécessaires.

4. Déroulement des cours

a. Lieu d'enseignement

Nous avons changé de salle à quatre reprises. Les premiers cours ont eu lieu dans la salle de l'Hôpital Ali Abad, puis la mission française d'Anesthésie ayant besoin de cette salle d'enseignement, nous avons travaillé dans la salle de cours de la maternité Mallalaï. De retour sur l'Institut Médical de Kaboul, nous avons donné un cours dans le grand amphithéâtre de 1200 places ; enfin, une salle au-dessus de la bibliothèque, dans la partie droite de l'Université a été aménagée avec des chaises à tablette, de l'électricité, et a permis de réaliser le reste des heures de cours.

Cette salle rectangulaire n'est pas adaptée pour un effectif supérieur à 200 étudiants.

Le amphithéâtres de l'institut médical de Kaboul sont en cours de réparation et devraient être disponible avant la fin août.

b. Matériel pédagogique

Un rétroprojecteur fourni par le Dr. Timour a fonctionné pendant la totalité des cours. Il a permis la projection de transparents réalisés par l'orateur responsable. Les Dr. Nafissa et Jewake réalisaient elles-mêmes leurs transparents. Le Dr. Saifi traduisait mes transparents en Dari.

Le transparent me paraît un meilleur support pédagogique à Kaboul que le tableau, d'une part, mais aussi que l'ordinateur avec projecteur d'autre part. Le transparent permet une plus grande autonomie des médecins afghans, et permet de travailler avec un support homogène entre enseignants français et enseignants afghans. Par ailleurs nous ne possédions pas de logiciel en dari pour l'utilisation d'un micro-ordinateur.

c. Durée des cours

Nous avons réalisé des séances de 2h30 par après-midi. Les cours avaient lieu , au début de notre mission, de 14h à 16h30, puis, à la demande des étudiants, nous avons avancé l'horaire de 13h à 15h 30, aucune pause n'était proposée au étudiants pendant ces cours.

d. Enseignement en Dari

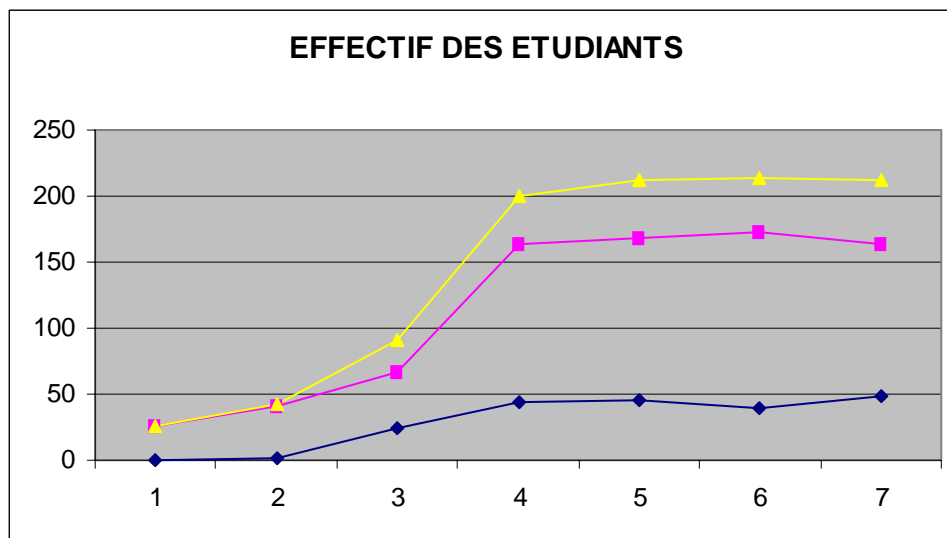
Les cours ont été proposés directement en Dari par les Dr Jewake et Nafissa. Notre cours était traduit avec facilité par le Dr Saifi.

5. Etudiants

Il s'agissait d'étudiants de 5^{ème} année.

L'effectif des étudiants participant à l'enseignement a été croissant avec une participation supérieure à 220 étudiants. Les étudiantes sont arrivées plus tardivement. Elles ont paru plus attentive et prenant plus de notes que leur collègues étudiants. Elles étaient pratiquement toutes dans les premiers rangs.

Le graphe suivant présente l'effectif total, l'effectif des étudiants et l'effectifs des étudiantes



Nous n'avons jamais compris comment les étudiants étaient renseignés du lieu et de l'horaire du cours lors des changements de salle successifs.

Les étudiants afghans ont participé aux cours, et répondaient facilement aux questions. Leur participation active est devenue plus difficile avec l'effectif croissant.

6. Débriefing

Après chaque cours, une réunion avec les deux médecins afghanes est réalisée. Cette réunion permettait de discuter des stratégies pédagogiques utilisées, de réaliser une autocritique et un ajustement du niveau de connaissances pour les étudiants.

B) Polycopié : « premiers pas en obstétrique ».

La réalisation d'un document disponible pour les étudiants est apparu rapidement comme une autre priorité de notre mission. Après discussion avec le D. Tissot, de l'Ambassade de France et le Docteur Latif, nous avons démarché plusieurs imprimeurs sur Kaboul. Le prix de revient d'un polycopié d'une centaine de pages était voisin de 1,5 \$ US par unité, sur une base de 400 exemplaires. Après accord du Dr. Tissot, nous avons présenté le projet au Dr. Nafissa et au Dr. Jewake qui ont rapidement accepté l'idée de ce travail commun.

Le polycopié est la transcription de l'enseignements délivrés aux étudiants de 5^{ème} année.

Chaque chapitre correspond à un cours magistral. L'iconographie reprise dans le polycopié est celle qui était projetée aux étudiants dans le cours.

Pour le texte : il a été demandé aux enseignants de fournir un texte après avoir donné leur cours. Le Dr Nafissa, le Dr Jewake ont donné un texte manuscrit directement en dari. J'ai écrit mes cours sur ordinateur et le Dr. Saifi les a traduit en dari.

Les documents en dari étaient ensuite remis à l'imprimeur : celui-ci les tapait et nous rendait les feuilles pour correction. Ces corrections ont été réalisées par le Dr. Saifi essentiellement, mais aussi par le Dr. Nafissa et le Dr. Jewake.

Il n'y a pas eu de « back translation » par défaut de temps.

Un atlas des principales malformations fœtales a été réalisé à partir des diapositives de la photothèque de M. le Professeur Thoulon, de Lyon. Il n'a pas été possible de proposer ce cours aux étudiants.

Le polycopié n'était pas disponible le jour de notre départ et un travail important restait à réaliser sous la responsabilité des Dr Nafissa et Jewake pour le contenu et des Dr Tissot et Dr Latif pour la validation de la maquette.

Les modalités de distribution du cours polycopié n'était pas définies à la fin de la mission. Deux alternatives étaient possibles :

soit une distribution gratuite du polycopié marquant la reprise de la collaboration entre LYON et KABOUL ;

soit une vente à prix coûtant aux étudiants, et dans ce cas, un polycopié sera vendu contre une somme de 1\$ (l'équivalent de 40.000 afghanis).

C) Monographies

Une réunion de méthodologie avec les internes d'obstétrique et de gynécologie a été organisée à la maternité de Mallalāi.

Les internes d'obstétrique afghans sont tenus de réaliser une monographie pendant leur internat. Il s'agit de l'équivalent d'un mémoire de fin d'études ou d'une thèse. Le sujet est décidé et proposé par le ministère qui incite les internes à réaliser des études sur une période de 6 mois, avec 3 mois d'étude rétrospective et 3 mois d'étude prospective.

Cette réunion, à laquelle ont participé 6 internes sur 10, s'est déroulée le jeudi 18 juillet après midi, ce qui correspondrait à un samedi après midi en France. Etaient présents également à cette réunion le Dr Nafissa, le Dr. Jewake, mais aussi le Dr. Meher Afzoun, chef du service d'Obstétrique de la maternité de Mallalāi.

Les thématiques des monographies présentées étaient les suivantes :

- Trois monographies sur les hémorragies du post partum,
 - o Prévention de l'hémorragie du post partum par l'utilisation d'ocytocine systématique.
 - o Etude descriptive de 600 cas d'hémorragies du post partum.
 - o Hystérectomie d'hémostase : à propos de 20 cas sur 6 mois.
- Fibrome et utérus. Etude descriptive sur 50 cas de myomectomie et d'hystérectomie pour fibrome sur Mallaläi.
- Grossesses multiples à la maternité de Mallaläi.
- Prolapsus utérin à Kaboul. Etude de 100 cas en 6 mois, dont 10 cas chirurgicaux.
- Soins postopératoires : douleurs post opératoires, protocole de soins et de surveillance.

Nous avons été particulièrement impressionnés par l'étude en cours sur les grossesses multiples sur une période de 6 mois à la maternité de Mallaläi. Madame le Dr. Marmoud a présenté une série de 170 grossesses multiples dont 162 patientes présentant des grossesses gémellaires, quatre patientes présentant des grossesses triples, quatre présentant une grossesse avec des jumeaux siamois. Nous donnons en exemple le tableau 1 et le tableau 2 remis par le Dr. Marmoud sur cette étude.

Tableau 1 : Diagnostic de gémellarité :

Moment du diagnostic	Effectif	Pourcentage
Antepartum	58	34,11
Intrapartum	48	28,23
Au moment de l'accouchement	64	37,64
TOTAL	170	

Tableau 2 : Prématurité et gémellarité

Age de la grossesse à la naissance	Effectif	Pourcentage
A terme	112	65,9
Prématuré	58	34,1
TOTAL	170	

Nous avons essayé de présenter une introduction à la réflexion méthodologique en demandant à chaque interne de définir : l'objectif de son travail, l'hypothèse, la population étudiée, le facteurs étudiés et les critères de jugement, le type d'analyse souhaitée. Nous sommes parvenu

à une réflexion sur les problèmes de biais de sélection des études à base hospitalière par exemple, sur l'utilisation d'échelles analogiques visuelles pour la monographie sur les soins post opératoires.

Après présentation par chacun des internes du sujet de leur monographie, nous avons essayé de réaliser avec eux l'équivalent d'une recherche documentaire en essayant d'identifier les mots-clés. Une fois ceux-ci sélectionnés ensemble, nous nous sommes engagés à faire passer, via le Dr. Tissot, par e-mail, cinq articles par sujet.

Le Dr Nafissa était très intéressée pour réaliser une étude prospective sur les ruptures utérines à Mallalaï sur une année. Nous n'avons pas eu le temps de finir le protocole de recherche avec elle.

D) Préparation de l'examen

En collaboration avec le Dr. Jewake et le Dr Nafissa, nous avons élaboré les modalités d'examen de fin de semestre pour la discipline d'obstétrique.

10 questions à réponses ouvertes et courtes ont été retenues comme modalités d'examen.

E) Préparation de la mission d'enseignement de la gynécologie

Il a été convenu avec le Dr. Jewake et le Dr. Nafissa que le principe de l'enseignement par orateurs différents, afghans et français, serait maintenu ainsi que le projet d'un polycopié de gynécologie. Il nous semble important de modifier néanmoins la préparation des cours. Les thématiques ayant déjà été réparties par orateur, il serait intéressant de faire passer au Dr. Jewake et au Dr. Nafissa des articles récents en anglais, afin qu'elles puissent documenter leur enseignement sur les données récentes de la science.

ASPECTS HOSPITALIER

Nous n'étions pas mandaté pour travailler sur l'hôpital de Mallalaï, ce rapprochement s'est effectué dans le cadre universitaire. Il nous a paru important, dans le cadre de notre mission universitaire, de pouvoir approcher la réalité de la pratique médicale à Kaboul. L'enseignement de l'obstétrique ne peut s'envisager sans connaître les moyens disponibles dans le pays et les pratiques locales afin de délivrer un enseignement adapté. Le Dr. Nafissa étant médecin à l'Hôpital de Mallalaï, nous nous sommes orienté vers cet établissement.

La maternité Mallalaï est la maternité la plus importante de Kaboul. Elle effectue près de 16 000 accouchements par année. Plus de 40 médecins obstétriciens travaillent dans ce centre et 8 infirmières anesthésistes. Nous présentons l'approche modeste que nous avons eu de la maternité. Il ne s'agit en aucun cas d'un Audit de la maternité de Mallalaï.

1. Le rapport du matin.

Pour participer au rapport du matin de Mallalaï, il a été nécessaire d'obtenir une autorisation du ministère.

Nous avons assisté à 7 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.

En fin de rapport, parfois, un cours est proposé. Nous avons assisté à 4 cours :

- un cours sur le déclenchement du travail,
- un cours sur le vacuum extractor,
- un cours sur le score d'Apgar et
- un cours sur les modalités d'induction de l'ovulation.

Nous avons également été invité à proposer un enseignement type formation continue par la directrice de l'hôpital sur la colposcopie et le cancer du col de l'utérus. Cet exposé non préparé a duré 45 minutes et a été traduit par le Dr Saiffi.

Ce rapport du matin est un moment-clé de la maternité de Mallalaï. Il est certainement un moment privilégié pour faire passer des messages car il est bien structuré et regroupe la totalité des médecins.

2. La trajectoire de la patiente .

Avec le Dr. Meher Afzoun, nous avons réalisé la trajectoire de la patiente depuis son arrivée à la maternité de Mallaläi jusqu'à sa sortie.

La patiente admise à l'intérieur de l'hôpital est vue tout d'abord en consultation par un médecin. La salle d'examen est composée de deux lits et le matériel médical est : un appareil à tension, un foetoscope, des doigtiers d'examen.

- Si la patiente est en travail, elle est dirigée vers une chambre où se déroulera la première phase du travail au cours de laquelle il n'y a pas de surveillance systématique.
- Si la patiente présente une pathologie gynécologique elle est orientée vers ce service.
- Si la patiente est en travail et au début de la seconde phase du travail, elle est admise en salle d'accouchement. Celle-ci est constituée de deux pièces avec chacune trois tables d'accouchement pour les primipares et deux lits d'accouchement pour les multipares. Nous n'avons pas assisté à des accouchements au sein de ces salles. L'état de propreté de la salle d'accouchement est tout à fait respectable.

Une fois que la patiente a accouché, son dossier est saisi sur un cahier d'accouchement. Sur ce cahier, sont reportées les informations suivantes concernant la patiente :

- Nom
- Prénom
- Age
- Origine Géographique
- profession de la patiente
- Profession du mari
- Le type de grossesse, simple ou multiple
- Le mode d'accouchement,
- Le mois de délivrance
- L'Apgar du bébé
- Eventuellement, pathologie pendant la grossesse

Après la naissance, la patiente est séparée de son enfant. Celui-ci est porteur d'un bracelet avec un numéro correspondant au numéro de la mère. Les enfants sont regroupés dans une salle de puériculture (photo de couverture). Ils sont lavés puis langés. Les mères sont orientées vers des salles de post-partum.

Il est possible pour les mères de visiter leur enfant dans une salle appropriée.

La durée d'hospitalisation est généralement inférieure à 24 heures, mais nous n'avons pas pu avoir de données fiables à ce sujet.

La séparation de la mère et de l'enfant, qui apparaît comme étant non recommandée dans nos pratiques, nous est apparue comme étant un gage de sécurité pour la surveillance de la mère en post partum. En effet, tant qu'une mère n'a pas son enfant, il n'est pas envisageable qu'elle quitte la maternité.

C) Le bloc opératoire

Nous avons été invités à visiter le bloc opératoire et à pratiquer des gestes chirurgicaux. Nous avons opéré trois 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 médecins afghans étaient intéressés par la pratique de la laparotomie selon la technique de Cohen.

- Patiente n° 1 : annexectomie gauche plus kystectomie droite. Il s'agissait de kystes bénins.
- Patiente n° 2 : myomectomie : un myome de 4 cm, situé sur le fond utérin et un myome de 7cm, sur la face latérale droite de l'utérus.
- Patiente n° 3 : une césarienne pour utérus cicatriciel et disproportion fœto-pelvienne.

Les conditions de propreté du bloc opératoire de Mallalaï sont tout à fait acceptables. Nous n'avons pas vérifié l'asepsie des instruments et des vêtements. Il ne semble pas qu'il y ait eu des témoins dans les boîtes, mais ceci reste à vérifier.

Le matériel disponible au bloc opératoire est rudimentaire. Les boîtes de chirurgie sont peu fournies, l'aspiration fonctionnait mal, le bistouri électrique n'était pas disponible, le cyalitique sur huit ampoules, seules deux fonctionnaient, les sutures disponibles étaient essentiellement du catgut chromé monté sur des aiguilles à chas mal affûtées.

L'anesthésie est réalisée par des infirmières anesthésistes. Il n'y avait pas d'oxygène disponible ce jour à Mallalaï. Il n'y a aucune surveillance automatisée des patientes : pas de scope, pas de Dynamap. Les malades sont ventilées à l'embu.

D) Les soins post opératoires :

Les patientes, après le bloc opératoire, sont orientées vers une salle de réveil. Celle-ci est la chambre la plus proche du bloc opératoire. Il n'y a aucun matériel de surveillance spécifique. Nous avons pour chacune de nos patientes rappelé au personnel infirmier, la nécessité de ne pas quitter cette salle dans la période post opératoire.

Les jours suivant l'intervention, nous avons pu retrouver facilement nos patientes. Celles-ci n'étaient pas choquées de voir un chirurgien occidental homme venir prendre de leurs nouvelles. Les suites opératoires ont été simples pour les trois patientes.

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 discuté entre les autorités universitaires et l'ambassade de France à Kaboul.

Enseignement universitaire

L'apport d'enseignants étrangers semble important pour les étudiants de l'Institut Médical de Kaboul. Les étudiants étaient satisfaits. Nous avons envisagé une évaluation du séminaire d'obstétrique par un pré test – post test. Devant la difficulté à débiter l'enseignement la réalisation du pré test n'a pas été possible. Devant le mouvement de grève des étudiants de début juillet nous n'avons pas osé proposer un test d'évaluation à la fin du séminaire. Il n'est donc pas possible aujourd'hui de savoir si l'enseignement d'obstétrique a été utile aux étudiants. La réalisation d'une évaluation systématique des missions d'enseignement pourrait être envisagée.

En accord avec le doyen de l'institut médical de Kaboul, le responsable médical de l'ambassade de France une part importante a été laissée à la formation des formateurs. Il a été facile de travailler dans une réelle collaboration avec les enseignants afghans. Nous n'avons pas pu évalué l'apport de cette collaboration. L'orientation des missions d'enseignement en collaboration avec les enseignants afghans a été profitable pour les deux parties. Pour les disciplines où un enseignant referant afghan existe, cette collaboration semble être intéressante.

Recherche documentaire

Il pourrait être important qu'un effort soit réalisé pour la recherche documentaire. Si la formation des formateurs est poursuivie, il n'est pas envisageable que les enseignants puissent réaliser leurs cours sans ouvrages de référence et sans articles récents.

Pour la réalisation des monographies par les internes une aide pourrait être réalisée pour trouver des articles récents. Cette aide permettrait aux internes afghans de travailler dans le courant pédagogique de l'evidence base medecine. Dans un premier temps une sélection d'article à partir de mots clés pourrait être envoyée. Une bibliothèque a été restaurée sur l'institut médical de Kaboul, il faudrait vérifier si elle présente des abonnements à des revues médicales.

Mission d'anesthésie sur l'hôpital de Mallalaï

Nous avons présenté les membres de la mission des Hospices civils de Lyon en anesthésie aux médecins de la maternité de Mallalaï. Une réunion informelle avec les infirmiers anesthésistes de la maternité a été organisée. L'anesthésie loco régionale n'est actuellement pas développé sur la maternité de Mallalaï.

Aide avec création d'une société savante de gynécologie obstétrique afghane.

Il a été évoqué avec le Dr. Meher Afzoun et le Dr. Tissot. La possibilité d'une aide à la création d'une société savante afghane.

Nous n'avons pas été averti d'un rendez-vous avec le Dr. Maroun, responsable de cette société en gestation. Ceci constitue un des échecs majeurs de notre séjour à Kaboul. Nous avons évoqué avec le Dr. Meher Afzoun l'importance de l'organisation d'un congrès sur Kaboul qui permettrait une structuration de la société savante d'une part, et d'autre part constituerait un outil important de formation continue. Compte tenu de l'isolement scientifique des médecins afghans durant ces années difficiles, il nous a paru intéressant de proposer que des médecins étrangers puissent participer à des communications scientifiques dès ce premier congrès.

Voyage d'étude

Dans le cadre de ce rapprochement, un médecin de la maternité de Mallalaï pourrait être invitée à Lyon pour le congrès de Gynécologie Obstétrique : « les Journées Henri Pigeaud ».

Ce médecin resterait 15 jours sur la région lyonnaise et le voyage serait financé par l'ambassade de France. Nous avons proposé de loger ce médecin pendant 15 jours.

Cette idée est un projet qui doit, bien sûr, être confirmé par les responsables de l'Université Claude Bernard, par les responsables des HCL, dans la mesure où la personne pourrait avoir accès à l'Hôpital, par les enseignants responsables de la Gynécologie Obstétrique sur Lyon, par le représentant de l'ambassade de France.

Fourniture de matériel informatique au sein du département de gynécologie obstétrique .

L'aide à l'acquisition et la mise en place de matériel informatique pourrait être un projet intéressant au sein du département de gynécologie obstétrique. 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, le ministère demande de faire des monographies prospectives de trois mois. D'autre part, ces indicateurs permettraient aux médecins de Mallalaï un suivi régulier de leur activité. Cette idée a été discutée avec le médecin responsable de l'ambassade, le Dr. Tissot.

Le matériel informatique est disponible sur Kaboul, et des formations sur des logiciels de base Excel, Word, Power Point sont également disponibles sur Kaboul.

ASPECTS LOGISTIQUES

Voyage

Voyage Lyon Kaboul

- Lyon- Saint Exupéry - Paris, en vol interne ;
- Paris-Delhi, par Air-France. Escale de 12 heures à Delhi. Achat du billet localement auprès de la compagnie afghane. Nous avons eu quelques difficultés pour obtenir ce billet car il fallait sortir de l'aéroport et nous n'avions pas de visa pour l'Inde. Le personnel d'Air France nous a permis d'obtenir ce billet.
- Delhi – Kaboul avec la compagnie locale. A l'arrivée, le Dr. Tissot et le Dr. Latif nous attendaient et nous ont accueillis.

Voyage Kaboul- Lyon

- Kaboul – Dubai : escale de 12 heures à Dubai. Il est possible de sortir de l'aéroport de Dubai sans visa avec un passeport français.
- Dubai – Paris, de nuit.
 - Paris – Lyon par TGV au départ de Charles de Gaulle.

Sur place un taxi était disponible dès 8 heures le matin à la Guest House. Il restait ensuite à notre disposition toute la journée.

Logement

Nous avons été logés dans la Park guest house : il s'agit d'une guest house située en plein centre. Propreté des chambres +++, propreté des sanitaires +, un sanitaire pour trois chambres. Un patio très agréable permet de se retrouver où des boissons (thé et eau) sont distribuées et il est possible d'acheter des boissons gazeuses sur place. Le petit déjeuner du matin est particulièrement copieux. Prix par journée = 35\$. Il n'y a pas eu de dépassement excessif.

Repas

Nous avons pris les repas dans les restaurants locaux. Ces repas sont à base de kebab et de riz afghan.

Sécurité

Kaboul est une ville actuellement avec un couvre feu à partir de 23 heures. Celui-ci a toujours été respecté. Nous n'avons pas été inquiétés pendant tout le séjour.

Se pose le problème des mines qui sont présentes dans tout le pays et à cause desquelles il est hors de question de sortir des sentiers balisés. En plein centre de Kaboul, ce problème n'apparaît pas.

CONCLUSIONS

La connaissance que l'on acquiert en 15 jours passés dans un pays qui était inconnu est modeste. Sur le plan pédagogique il ne m'est pas possible de savoir si cette première mission a été efficace, c'est à dire si l'information a été correctement transmise aux étudiants, et si cette information était adaptée aux besoins du pays. Afin de limiter les risques de délivrer un enseignement non adapté il paraît important de parvenir à réaliser une collaboration avec les médecins enseignant Afghans. Cette collaboration est une source importante de savoir réciproque, elle permet aux enseignants afghans d'accéder aux données récentes qui nous sont lus facilement accessibles, elle permet à l'enseignant français de découvrir ou redécouvrir des pathologies peu fréquentes en France mais pouvant être un problème de santé publique en Afghanistan. La remise en question des savoirs dans ces situations différentes et difficiles doit être une préoccupation pour chaque cours délivré.

**Rapport de mission validé en novembre 2002
par l'Ambassade de France à Kaboul
- Les constats et propositions appartiennent à l'auteur -**



André Tilot

Annexe 1 : Programme de l'enseignement d'obstétrique

- Chapitre 1 : Anatomie Obstétricale
Dr Nafissa Nässeri
- Chapitre 2 : Première consultation en obstétrique
Dr Jean Charles Pasquier
- Chapitre 3 : Le placenta
Dr Jean Charles Pasquier
- Chapitre 4 : Incompatibilité rhésus
Dr Nafissa Nässeri
- Chapitre 5 : Hypertension artérielle et grossesse
Dr Zebaida Jewak
- Chapitre 6 : Métrorragies du second et troisième trimestre
Dr Nafissa Nässeri
- Chapitre 7 : Hyperthermie et grossesse
Dr Zebaida Jewak
- Chapitre 8 : HIV et grossesse
Dr Jean Charles Pasquier
- Chapitre 9 : Pathologies de la grossesse
Dr Zebaida Jewak
- Chapitre 10 : Prématurité
Dr Jean Charles Pasquier
- Chapitre 11 : Première phase du travail
Dr Nafissa Nässeri
- Chapitre 12 : Accouchement eutocique
Dr Nafissa Nässeri
- Chapitre 13 : présentation dystocique
Dr Zebaida Jewak
- Chapitre 14 : Forceps et vacuum extractor
Dr Nafissa Nässeri
- Chapitre 15 : Procidence du cordon et dystocie des épaules
Dr Jean Charles Pasquier
- Chapitre 16 : césarienne
Dr Jean Charles Pasquier
- Chapitre 17 : Troisième phase du travail
Dr Zebaida Jewak
- Chapitre 18 : Atlas des principales malformations foetales

Annexe 2 : exemple de cours

Le mode d'accouchement d'une patiente contaminée par le virus du SIDA

Dr PASQUIER JEAN-CHARLES

Remarque préliminaire : l'objectif de ce cours est de présenter aux étudiants un mode de connaissance basé sur les preuves. Nous avons pris l'exemple de la transmission verticale du virus du SIDA à partir duquel nous montrons l'avancé de la connaissance grace aux différentes études réalisées. Une place importante a été donnée aux études randmisées.

D'après l'UNAIDS (the joint United Nations programme on HIV and AIDS) (1), 600 000 enfants sont contaminés chaque année par un mode de transmission vertical materno- foetal. Il existe une grande hétérogénéité, selon les pays, pour cette transmission. En effet, l'accès aux anti-viraux et l'utilisation de la césarienne prophylactique ont diminué de manière importante le risque de transmission materno-foetale dans les pays riches, alors qu'elle reste très importante en dehors de ces précautions inaccessibles dans les pays en voie de développement. Moins de 200 enfants par année sont contaminés de cette manière aux USA, ce qui correspond à la contamination d'une matinée pour le reste de la planète. (2)

1. Les mécanismes de contamination verticale.

Le risque de contamination du fœtus pendant la grossesse est important et a été évalué autour de 25% en dehors de mesure prophylactique. Cette transmission se déroule essentiellement au moment de l'accouchement mais peut se dérouler également pendant la grossesse. Pendant l'accouchement, le fœtus peut se contaminer par voie ascendante, par exemple en cas de rupture prolongée de la poche des eaux ou par contact direct avec les voies génitales au cours du passage par la filière pelvienne. Une contamination par voie transplacentaire est également décrite. Il s'agit soit de transfusion materno-foetale de petites quantités de sang contaminé, soit de passage de virions. Enfin, la contamination peut être possible pendant l'allaitement (3).

2. Les facteurs de risque de contamination verticale

Pour qu'il existe une transmission, deux paramètres sont nécessaires : un réservoir de virus et une voie de communication entre les deux individus. Des facteurs de risques de contamination sont en rapport avec les paramètres suivants (4) :

Facteurs de risques liés à une importante réserve virale

Facteurs de risque lié à une facilitation de la transmission du virus

- Manœuvre instrumentale pendant l'accouchement (Forceps)
- Rupture des membranes prolongée
- Accouchement prématuré
- Ordre de naissance des jumeaux (le 1^{er} plus souvent contaminé)

3. Les moyens de protection de la transmission materno-fœtale.

Les moyens de protéger le fœtus font appel à la pharmacopée et au choix du mode d'accouchement.

La Zidovudine

Les femmes porteuses de VIH ont un risque d'environ 25% de transmettre le virus à leur nouveau-né en l'absence de mesure prophylactique. En 1994, la publication des résultats de l'étude ACTG-076 (AIDS Clinical trial Group 076) a confirmé le rôle important joué par l'administration de zidovudine (AZT ou ZDV) à la mère pendant la grossesse, le travail, et chez le nouveau-né durant la période néonatale (5). Le risque de contamination diminue alors à 8%. L'utilisation de la Zidovudine a été testée par 4 essais randomisés contre placebo. Ces 4 essais représentant 1585 patientes, ont été repris dans une méta analyse de la Cochrane library (6). Comparé au placebo l'utilisation de la Zidovudine diminue de manière significative le risque de transmission materno-fœtal : risque relatif : 0.54, 95% (CI) 0.42-0.69). Par contre il n'a pas été mis en évidence qu'un traitement long protégerait mieux le fœtus qu'un traitement court.

La césarienne prophylactique

La césarienne prophylactique est la seconde arme thérapeutique à la disposition de l'obstétricien. Après des résultats obtenus à partir d'études d'observation, des études randomisées ont mis en évidence le rôle protecteur de la césarienne. L'étude européenne a inclu des patientes entre 34 et 36 semaines d'aménorrhée, séropositives HIV-1 (7). Le mode d'accouchement, tiré au sort, était soit une césarienne prophylactique à 38 sa, soit un accouchement par voie basse. Le taux de contamination materno-fœtale était de 3.4% (7 enfants sur 203) dans le bras césarienne prophylactique et de 10.2% dans le bas accouchement par voie basse (15 sur 167 nouveau-nés) (p=0.009).

L'association AZT + césarienne prophylactique

Une étude de 1985 à 1996 a comparé, au sein d'une même cohorte, 902 patientes recevant de la Zidovudine et 1917 patientes sans thérapie antivirale. Le taux de contamination fœtale dans le groupe bénéficiant de la Zidovudine et d'une césarienne prophylactique était de **0,8%**, alors que ce taux était de 7,0 % si le mode d'accouchement n'était pas une césarienne prophylactique. Dans le groupe sans antiviraux, le taux de contamination était autour de 17,5% quel que soit le mode d'accouchement.

De 1993 à 1998, un essai prospectif randomisé et contrôlé a été réalisé testant la Zidovudine associée à la césarienne prophylactique. Dans le bras Zidovudine, le taux de transmission était de 2,1 % en cas de césarienne prophylactique (3/141) et de 3,3% en cas d'accouchement par voie basse (3/92). Dans le bras sans anti-rétroviraux, le taux de transmission était de 6,8% en

cas de césarienne prophylactique (4/59) et de 18,9% pour un accouchement par voie basse (14/74). Une méta analyse publiée en 1999 reprend les résultats de 15 études de cohorte qui ont comparé l'utilisation de la Zidovudine. Elle trouve un risque de transmission materno fœtale de 2,1% (4/191) si les patientes sont prises en charge par l'association Zidovudine + césarienne prophylactique (8).

Il est admis actuellement que l'association Zidovudine + césarienne prophylactique permet d'obtenir une diminution de la transmission materno- fœtale.

1. UNAIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic* June 2000. Geneva: UNAIDS, 2000.
2. Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS surveillance report*. Atlanta, GA: CDC, 2000:25. (No 12, volume 2.)
3. Blanche S., Rouzioux C., Moscato M.L., Veber F., Mayaux M.J., Jacomet C. A prospective study of infants born to women seropositive for human immunodeficiency virus type 1. *N Eng J Med*, 1994, 331, 1173-1180.
4. Landesman S.H., Kalish L.A., Burns D.N., Obstetrical factors of the transmission of human immunodeficiency virus type I from mother to child. *N Eng J Med*, 1996, 334, 1617-1623.
5. Connor EM, Mofenson LM. Zidovudine for the reduction of perinatal human immunodeficiency virus transmission: pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076--results and treatment recommendations. *Pediatr Infect Dis J*. 1995 Jun;14(6):536-41. No abstract available.
6. Brocklehurst P. Interventions for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD000102
7. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. The European Mode of Delivery Collaboration. *Lancet* 1999 Mar 27;353(9158):1035-9
8. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1--a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group. *N Engl J Med*. 1999 Apr 1;340(13):977-87.