



Université Claude Bernard de Lyon



Hôpitaux de Lyon

**RAPPORT DE MISSION**  
**D'ENSEIGNEMENT**  
**SYNTHESE CLINIQUE ET**  
**THÉRAPEUTIQUE**  
**À L'INSTITUT MÉDICAL DE**  
**KABOUL (AFGHANISTAN)**

**26 octobre – 10 novembre 2002**

**DR Q. TIMOUR**

**Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier**



**Avec le soutien de l'Ambassade de France en Afghanistan**

# PLAN

## INTRODUCTION

- Contexte
- Objectifs de la mission

## PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT ET CONSTITUTION DES GROUPES

1<sup>ère</sup> Séance : mardi 28 octobre 2002

## DÉROULEMENT DE L'ENSEIGNEMENT

### A - contenu de l'enseignement et programme réalisé

1 - 2<sup>ème</sup> séance : mardi 29 octobre, groupe I : 3h

2 - 3<sup>ème</sup> séance, mercredi 30 octobre, groupe II : 3h

3 - 4<sup>ème</sup> séance, jeudi 31 octobre, groupe III : 3h

4 - 5<sup>ème</sup> séance, samedi 2 novembre, , groupe IV : 3h

5- 6<sup>ème</sup> séance, dimanche 3 novembre, , groupe IV + groupe V : 3h

6 - 7<sup>ème</sup> séance, lundi 4 novembre, , groupe VI : total 2h

*1 - prescription chez le sujet à risque physiologique*

a - facteurs génétiques:

b - nouveau nés et enfant de bas âge

c - personnes âgées

7 - 8<sup>ème</sup> séance, mardi 5 novembre, , groupe VII + quelques étudiants des groupes IV, V et VI : 3h

d - femmes enceintes

8 - 9<sup>ème</sup> séance, mercredi 6 novembre, , groupe VIII + quelques étudiants des groupes IV, V, VI et VII : 3h

*2 - Prescription médicamenteuse chez le sujet à risque physiopathologique*

\* *insuffisance hépatique*

\* *insuffisance rénale*

\* *pathologie cardiaque sous - jacente*

\* *désordres métaboliques*

9 - 10<sup>ème</sup> séance, jeudi 7 novembre, , groupe IX + quelques étudiants des groupes IV, V, VI, VII et VIII : 3h

**3 - Prescription médicamenteuse chez le sujet à risque "thérapeutique": interactions médicamenteuses.**

*1° - les interactions médicamenteuses favorables*

*2° - les interactions médicamenteuses défavorables*

**B - Conditions d'enseignement**

*1 - Organisation matérielle*

*2 - Evaluation du niveau des étudiants*

**ANALYSE DE LA MISSION**

**A - Les points forts**

**B - Les points faibles**

1 - défaut d'organisation

2 - enseignement par groupe de 20 étudiants

**PROPOSITIONS**

**A - Pour assurer la pérennisation de l'enseignement**

**B - Les problèmes logistiques**

**REUNIONS**

**A - Avec Dr F. TISSOT**

**B - Avec Pr. AFZAL ANWAR et ses collaborateurs**

1 – Enseignement

2 – Bourses de formation

**AUTRES DEMARCHES DE LA MISSION**

**REMERCIEMENTS**

# INTRODUCTION

## *Contexte:*

Dans le cadre de la coopération entre l'Institut Médical de Kaboul (IMK) et l'Université Claude Bernard de Lyon, il a été décidé d'effectuer, pour les étudiants de 7<sup>ème</sup> année (année du stage), un enseignement de synthèse clinique et thérapeutique. Cet enseignement m'a été confié. J'ai proposé qu'il soit dispensé de manière interactive (groupe de 20 étudiants) à l'aide de cas cliniques - QCM..

## *Objectifs:*

Les objectifs fondamentaux de cet enseignement étaient : 1) d'évaluer les connaissances des étudiants au début de chaque séance (pré-test) ; 2) de présenter des cas cliniques comportant chacun un certain nombre de QCM (20 à 30 selon le dossier) ; 3) de faire un enseignement interactif selon les modalités suivantes :

- \* lecture et analyse du cas clinique ;
- \* proposition des QCM ;
- \* réponse aux QCM ;
- \* analyse des réponses justes et fausses :
- \* analyse du (des) mécanisme (s) responsable (s) ;
- \* choix d'un médicament efficace basé non seulement sur l'efficacité du médicament mais également adapté au terrain du patient: *notion du bénéfice/risque*.

L'enseignement a, de plus, comporté des notions sur la prescription de médicaments chez le sujet à risque : physiologique, physiopathologique et "thérapeutique" : interactions médicamenteuses".

# PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT ET CONSTITUTION DES GROUPES :

## 1<sup>ère</sup> Séance: LUNDI 28 octobre 02

La première séance, à laquelle assistaient entre 70 à 80 étudiants, était consacrée :

1 - à la description des objectifs de l'enseignement : le but étant de permettre une meilleure prise en charge du patient. Pour atteindre ce but, des cas cliniques dans différents domaines (cardiologie, infectiologie, stomatologie, pharmacologie, thérapeutique) seront présentés. Par ailleurs, il sera abordé la conduite de prescription médicamenteuse chez le sujet à risque :

+ physiologique : nouveaux - nés et enfants de bas âge, sujet âgé, femme enceinte, allaitement et problème d'ordre génétique (déficit enzymatique ou types d'acétyleurs) ;

+ physiopathologique : insuffisance cardiaque, hépatique, rénale, ischémie myocardique, désordres métaboliques, malformations,

+ thérapeutiques : interactions médicamenteuses dans ses aspects :

- favorables : synergie, potentialisation, antagonisme ;

- défavorables: d'ordre physico-chimique, cinétique et dynamique,

2 - à la constitution des groupes : cet enseignement ne peut être rentable que s'il est interactif, ce qui nécessite la constitution de petits groupes de 20 étudiants.

Il a été convenu que chaque groupe bénéficierait de 3h d'enseignement. Neuf groupes ont donc été constitué :

+ groupe I : mardi 29 octobre de 14 h à 17 h

+ groupe II : mercredi 30 octobre de 14 h à 17 h

+ groupe III : jeudi 31 octobre de 14 h à 17 h

+ groupe IV : samedi 2 novembre de 14 h à 17 h

+ groupe IV + groupe V : dimanche 3 novembre de 14 h à 17 h

+ groupe VI : lundi 4 novembre de 14 h à 16 h

+ groupe VII : mardi 5 novembre de 14 h à 17 h

+ groupe VIII : mercredi 6 novembre de 14 h à 17 h

+ groupe IX : jeudi 7 novembre de 14 h à 17 h

## **DÉROULEMENT DE L'ENSEIGNEMENT**

L'enseignement a comporté essentiellement des cas cliniques - QCM. L'exposé de cas clinique était suivi d'un certain nombre de QCM dont les réponses étaient initialement demandées aux étudiants (maximum 20 % de réponses justes étaient données par ceux-ci). Ensuite pour chaque question, les 5 propositions étaient reprises une à une et des explications étaient fournies quant au pourquoi de la réponse (juste ou fausse) et les mécanismes responsables étaient, chaque fois que possibles, abordés. Cet enseignement était innovant pour les étudiants et leur a donné satisfaction.

### **A - contenu de l'enseignement et programme réalisé**

#### **1 - 2<sup>ème</sup> séance : mardi 29 octobre, groupe I : 3h, cas clinique : cardiotoxicité des digitaliques : 3h**

Survenue des signes d'intoxication digitalique chez un patient respectant scrupuleusement la posologie prescrite et dont la kaliémie était normale. Il présentait par ailleurs une affection cancéreuse pulmonaire responsable d'une hypercalcémie. L'objectif étant de faire comprendre aux étudiants l'influence de l'hypercalcémie dans l'exagération des effets des digitaliques : que l'hypercalcémie soit obtenue par l'injection intraveineuse du calcium (ce qui est contre-indiquée chez un patient digitalisé) ou soit la conséquence d'une autre pathologie, en l'occurrence chez ce patient, atteint d'une affection cancéreuse.

#### **2 - 3<sup>ème</sup> séance, mercredi 30 octobre, groupe II : 3h**

A la suite de ce premier cas clinique et sur la demande des étudiants, la cardiotoxicité iatrogène a été abordée dans son ensemble. Cet enseignement a, par ailleurs, permis de rappeler les différentes phases du potentiel d'action cardiaque et d'évoquer les effets arythmogènes des antiarythmiques sur : 1) la phase 0 (antiarythmiques de classe Ia, Ib et notamment Ic de Vaughan-Williams), notamment en présence de facteurs de risque (ischémie myocardique avec ou sans infarctus du myocarde, désordres métaboliques, interférences médicamenteuses etc...) ; 2) la phase 2 ( $\beta$ -stimulants et  $\beta$ -bloquants, et d'une manière générale les produits inotropes positifs ( $\beta$ -stimulants, digitaliques) et inotropes négatifs ( $\beta$ -bloquants, calcium bloquants etc).

#### **3 - 4<sup>ème</sup> séance, jeudi 31 octobre, groupe III : 3h**

Un second dossier clinique a permis d'aborder le cas d'un patient qui a présenté une syncope d'une durée courte (8 secondes) survenue en période nocturne de repos (bradycardie) et qui, à son arrivée à l'hôpital, présentait un allongement de l'intervalle QT (490 ms) et une kaliémie basse (3,3 mmol/l). Son traitement comprenait un seul produit, en l'occurrence l'amiodarone. Le diagnostic de torsades de pointes était retenu compte tenu l'allongement de l'intervalle QT, bradycardie de repos, kaliémie basse et son traitement habituel par l'amiodarone qui est un anti-arythmique de classe III de Vaughan - Williams capable de s'opposer à la sortie cellulaire des ions potassium et, de ce fait, capable de générer des torsades de pointe.

Ensuite avec différentes questions était abordé le cas des autres médicaments torsadogènes, notamment ceux utilisés par les médecins généralistes tels que les macrolides et les facteurs de risque (bradycardie, hypokaliémie) devant être surveillés par le généraliste. Il a également été abordé le rôle : 1) de tous les facteurs physiopathologiques responsables de l'hypokaliémie (vomissements et diarrhées chroniques) ; 2) des médicaments hypokaliémisants (minéralocorticoïdes, glucocorticoïdes, diurétiques de l'anse et thiazidiques, etc) ainsi que le risque de l'association de deux médicaments potentiellement torsadogènes.

#### **4 - 5ème séance, samedi 2 novembre, groupe I: 3h**

Un troisième cas clinique était présenté aux étudiants de ce groupe. Il s'agissait d'une patiente âgée, fortement hyperthermique (40,02°C) présentant des signes neurologiques (sommolence) mais étant consciente. L'objectif étant de faire faire le diagnostic de pneumonie par les étudiants. Ensuite ont été abordés avec différents QCM, l'intérêt de l'antibiogramme et le choix de l'antibiotique approprié. Il a, notamment, été abordé le problème du choix d'un antibiotique sur une liste proposée par un laboratoire d'analyses bactériologiques. L'objectif étant qu'entre plusieurs molécules d'efficacité comparable, le choix soit guidé par le terrain (contre-indication de l'administration des pénicillines si allergie, des tétracyclines si grossesse et des macrolides si insuffisance hépatique).

#### **5 - 6ème séance, dimanche 3 novembre, groupe IV + groupe V : 3h**

L'enseignement du cas clinique précédent n'ayant pas pu être terminé le samedi 2 novembre, les étudiants de ce groupe ont demandé d'assister à l'enseignement du dimanche 3 novembre en même temps que ceux du groupe IV. Cette demande a, bien entendu, été acceptée.

Dans un premier temps, sur une durée d'environ 30 minutes, l'essentiel du cas clinique précédent a été expliqué aux étudiants du groupe V. Une discussion animée a ensuite été lancée sur l'antibiothérapie en général et en Afghanistan, sur les modalités du choix de telle ou telle molécule, sur l'intérêt éventuel de l'association de plusieurs antibiotiques entre eux, de l'intérêt de l'antibiogramme, du cas particulier de la tuberculose avec l'association systématique, à Kaboul, de 4 antibiotiques (isoniazide, ethambutol, rifampicine et streptomycine) etc...

L'enseignement de ce cas clinique qui a finalement été fait sur une durée d'environ 5 h 30 (en deux séances) a suscité beaucoup d'intérêt de la part des étudiants. Si les propositions du Doyen et de ses collaborateurs (voir rencontre avec le Doyen et collaborateurs) sont retenues, un enseignement de ce type à l'aide de cas cliniques en infectiologie, par un infectiologue, devrait se développer.

#### **6 - 7ème séance, lundi 4 novembre, groupe VI : total 2h**

##### **Prescription médicamenteuse chez le sujet à risque :**

Cet enseignement ne s'est pas fait à l'aide de cas clinique à proprement parler mais des QCM et des questions en rapport avec ce sujet ont été présentées aux étudiants. Si quelques connaissances concernant le risque allergique étaient acquises et quelques précautions de règles chez la femme enceinte, beaucoup d'éléments avaient un caractère nouveau pour ces étudiants. Après une évaluation des connaissances au début de chaque

séance concernant l'importance des facteurs de risque dans le choix d'un médicament, cet enseignement s'est déroulé de la façon suivante :

***1 - prescription chez le sujet à risque physiologique :***

***a - facteurs génétiques :***

- + déficit enzymatique : pseudocholinestérasés et curares ;
- + types d'acétyleurs et isoniazides

***b - nouveaux-nés et enfant en bas âge :*** médicaments contre-indiqués, médicaments faisant l'objet de réduction posologique (raison, mécanismes) ;

***c - personnes âgées***

**7 - 8ème séance, mardi 5 novembre, groupe VII + quelques étudiants des groupes IV, V et VI : 3h**

**Prescription médicamenteuse chez le sujet à risque physiologique (suite)**

***d - femmes enceintes :***

- + rôle de chacune des trois entités physiologiques durant la grossesse (mère, placenta, embryon ou fœtus selon le stade de la grossesse)
- + modifications hormonales et risques particuliers
- + activités métaboliques du placenta
- + médicaments tératogènes
- + médicaments fœtotoxiques
- + cas particuliers des stupéfiants

**8 - 9ème séance, mercredi 6 novembre, groupe VIII + quelques étudiants des groupes IV, V, VI et VII: 3h**

***2 - Prescription médicamenteuse chez le sujet à risques physiopathologiques***

\* ***insuffisance hépatique*** ; a été abordé le rôle du foie dans la dégradation et l'élimination des médicaments. Des exemples de médicaments devant être utilisés à posologie réduite ou étant contre-indiqués en fonction du degré d'atteinte hépatique ont été présentés et leur importance discutée. Il a également été envisagé le cas des médicaments à effet du premier passage hépatique important (propranolol, par exemple) dans l'éventualité d'une insuffisance hépatique ou anastomose portocave. Les valeurs des transaminases (SGOT et SGPT) dans la quantification de la fonction hépatique et, en conséquence, dans l'utilisation des médicaments ont été abordés.

\* ***insuffisance rénale*** : une liste a été proposée aux étudiants comprenant les médicaments contre-indiqués ou devant faire l'objet d'une réduction posologique en fonction du degré de l'atteinte rénale. L'importance de la clairance de la créatinine dans l'adaptation de la posologie des médicaments a été abordée et, pour différentes valeurs, des exemples et la façon de calculer la quantité à administrer d'un médicament ont été présentés et discutés.



\* **ischémie myocardique** : le cas particulier de l'ischémie myocardique avec ou sans infarctus du myocarde a été enseigné lors de l'emploi des médicaments cardiotropes, notamment, des digitaliques et des anti-arythmiques de classe Ia (quinidine, disopyramide) et Ic (cibenzoline, propafénone, flécaïnide). L'importance de cette pathologie a été soulignée lors des tentatives désastreuses de l'administration des anti-arythmiques dans le traitement des arythmies per ou pos-ischémiques. L'illustration en a été faite avec l'étude CAST (Cardiac Arrhythmia Suppression Trial, 1989 et 1991). Il a ainsi été démontré pourquoi de telles substances, habituellement anti-arythmiques et antifibrillantes ventriculaires devenaient pro-arythmiques et profibrillantes ventriculaires.

\* **pathologie cardiaque sous - jacente** : il leur a été présenté les résultats des études personnelles en rapport avec la mort subite survenant chez les patients psychiatriques traités par les neuroleptiques. L'accent a été mis sur le rôle de facteurs de risque dans la survenue de mort subite chez des patients soumis à un traitement psychotrope. Ces facteurs, représentés par des pathologies cardiaques sous-jacentes à l'expression clinique souvent silencieuse, voire absente et identifiées à l'autopsie du bloc cœur - poumon, étaient représentés par des cardiopathies arythmogènes du ventricule droit dont une des formes est la maladie du Hul ; des malpositions de l'artère interventriculaire antérieure emprisonnée dans la masse du muscle du ventricule gauche ou entourée de formation musculaire, des hypertrophies ventriculaires gauches, des cardiomyopathies dilatées etc...). dans de telles situations, l'emploi de certains médicaments, notamment ceux ayant la capacité de s'opposer à l'entrée du Na<sup>+</sup> dans les cardiocytes ventriculaires, en l'occurrence des psychotropes, peut favoriser la survenue des arythmies pouvant dégénérer en fibrillation ventriculaire.

\* **désordres métaboliques** : l'importance de l'équilibre ionique et thermique lors de l'emploi de certains médicaments a été présenté et leurs risques et mécanismes ont été discutés. Il a ainsi été abordé le risque de la survenue d'une arythmie : 1) de réentrée chez des patients traités par les anti-arythmiques et souffrant par ailleurs d'une hyponatrémie de dilution (ADH) ou de déplétion ; 2) par retard de repolarisation cardiaque chez des patients traités par des anti-arythmiques de classe Ia (quinidine, disopyramide), de classe III (amiodarone, tosylate du brétylium et sotalol) et d'un seul représentant de classe IV (bépridil), des antibiotique macrolides (érythromycine, notamment), de certains antihistaminiques H1 (térfénadine) et de certains psychotropes etc... chez des patients souffrant d'une hypokaliémie quelle qu'en soit la cause, pathologique (diarrhée, vomissements chroniques) ou pharmacologiques (minéralocorticoïdes, glucocorticoïdes, diurétiques thiazidiques ou de l'anse etc...).

## **9 - 10ème séance, jeudi 7 novembre, groupe IX + quelques étudiants des groupes IV, V, VI, VII et VIII : 3h**

### **3 - Prescription médicamenteuse chez le sujet à risque "thérapeutique" : interactions médicamenteuses.**

Le chapitre des interactions médicamenteuses a été abordé dans un premier temps dans ses aspects favorables et dans un second temps dans ses aspects défavorables :

**1° - les interactions médicamenteuses favorables** : les raisons de l'association de deux médicaments ont été évoquées afin d'obtenir :

+ **soit une synergie d'effet** : efficacité identique mais réduction de la toxicité

+ ***soit une potentialisation*** : efficacité plus élevée que celle obtenue lors de l'utilisation séparée de chacun des constituants

+ ***un effet antagoniste*** : neutralisation de l'effet d'un médicament par un autre, soit par un mécanisme compétitif au niveau des récepteurs ( $\beta$ -bloquants et  $\beta$ -stimulants, morphiniques et leurs antagonistes), soit par antagonisme d'effet (antialdostérones physiologiques et aldostérone, inhibiteurs calciques et catécholamines).

**2° - les interactions médicamenteuses défavorables** : l'essentiel de cette séance a été consacré à cette partie de l'exposé au cours de laquelle ont été abordées :

+ ***les interactions médicamenteuses d'ordre physicochimique*** : par réaction acide - base (héparine et aminosides mélangées dans la même seringue)

+ ***les interactions médicamenteuses d'ordre pharmacocinétique*** :

- ***au niveau digestif*** (cholestyramine et médicaments acides simultanément prescrits, tétracyclines et calcium quelle qu'en soit l'origine : alimentaire ou médicamenteuse)

- ***au niveau des protéines plasmatiques*** : compétition entre deux médicaments ayant le même site de fixation protéique. Par exemple, les médicaments acides faibles et l'albumine plasmatique : compétition entre un anti-vitamine K et un anti-inflammatoire non-stéroïdien aboutissant à des hémorragies parfois graves par augmentation de la fraction libre donc active de l'anti-vitamine K. L'appréciation de l'efficacité des anti-vitamines K par la détermination de l'INR (international Normalized Ratio) plutôt que celle du taux de prothrombine a également été précisée.

- ***au niveau hépatique*** : ont été abordées l'accroissement de la synthèse des enzymes de cytochromes P 450 par certains médicaments (***inducteurs enzymatiques*** : barbituriques, rifampicine et di-phényl hydantoiné) et leur inhibition par d'autres (***inhibiteurs enzymatiques*** : les macrolides : érythromycine, clarithromycine et azithromycine, les phénicolés, les anti H2 : la cimétidine, et à des degrés variables les nitroimidazolés). Avec ces médicaments, différents exemples d'interactions nuisibles ont été cités, notamment entre :

• ***anti-vitamines K et inducteurs enzymatiques*** : risque de rebond des phénomènes thromboemboliques;

• ***dérivés d'ergot de seigle et inhibiteurs enzymatiques*** : phénomène d'ergotisme avec la survenue possible d'une ischémie myocardique et / ou ischémie de vaisseaux fémoraux avec risque de gangrène des membres inférieurs pouvant nécessiter l'amputation du membre atteint.

- ***au niveau rénal*** : baisse de l'excrétion des digitaliques lors de leur association à la quinidine ou rétention des sels du lithium lors de leurs associations aux anti-inflammatoires, notamment, non stéroïdiens.

+ ***les interactions médicamenteuses d'ordre pharmacodynamique*** :

Ce type d'interactions a été illustré à l'aide de nombreux exemples : association de deux médicaments myélotoxiques (antithyroïdiens de synthèse et noramidopyrine), néphrotoxiques: (ciclosporine et aminosides), ototoxiques (aminosides et acide étacrynique) ou ayant une toxicité digestive commune (corticoïdes et anti-inflammatoires non - stéroïdiens).

+ *les interactions médicamenteuses mixtes* : pharmacocinétique et pharmacodynamique : entre aspirine (antiagrégant plaquettaire) et anti-vitamines K (anticoagulant).

+ *les interactions médicamenteuses de mécanismes complexes* : entre vaccins vivants atténués et corticoïdes qui comporte un risque mortel.

## **B - Conditions d'enseignement**

### *1 - Organisation matérielle :*

L'enseignement s'est initialement déroulé dans une salle du Département de Bactériologie du Pr. OBAIDOBALDULLAH (séances I, II et III) et ensuite dans une des nouvelles salles (N°3) mise en état par l'ISAF. Cependant, l'absence d'électricité certains jours m'obligeait à interrompre les cours aux environs de 17h15 correspondant à la tombée de la nuit. Ces salles étant munies d'un grand tableau blanc (panneau magnétique) qui permettait d'écrire les noms importants et de tracer les schémas. Pour ce cours, je ne disposais pas de micro-ordinateur portable ni de vidéo projecteur. Ce matériel sera dans l'avenir d'un apport considérable pour présenter les schémas, les tracés d'anomalies ECG (blocs supraventriculaires, blocs de branches, torsades de pointes d'origine médicamenteuse).

### *2 - Evaluation du niveau des étudiants :*

Ce point a été évalué par des pré-tests (environ 20 % de réponses justes) avant chaque cours et quelques tests à la fin des derniers cours (résultats très satisfaisants).

Par ailleurs j'ai été très satisfait :

- de l'attention et l'écoute des étudiants ,
- des questions en cours d'exposé et de l'aspect interactif particulièrement apprécié par les étudiants eux-mêmes,
- des commentaires des étudiants à la fin de chaque cours.

## **ANALYSE DE LA MISSION**

### **A - Les points forts**

1 - l'envie d'apprendre, que j'ai ressentie, au sein du milieu étudiant est considérable. Cette formation est nouvelle pour eux et n'a jamais été enseignée auparavant. Les étudiants m'ont demandé de continuer nos cours selon cette modalité dans d'autres domaines en 7ème année afin de les préparer à la vie professionnelle. Cette demande s'adresse à l'ensemble des enseignants lyonnais et le souhait des étudiants afghans est son extension dans les domaines de médecine interne, pédiatrique, infectieuse et chirurgicale.

2 - dispenser un enseignement les jours fériés (mercredi 6 novembre et jeudi 7 novembre 2002) sur la demande appuyée des étudiants, ce qui indique que cet enseignement a été vivement apprécié.

3 - l'aide considérable apportée localement à l'organisation des cours, et à la présence quasi constante du Dr. Latif DELIRI. Cette présence a permis d'aplanir les difficultés qui n'ont pas manqué de se présenter lors de cet enseignement.

## **B - Les points faibles**

### 1 – défaut d'organisation

Cet enseignement n'était pas connu de tous les étudiants qui ne fréquentent pas beaucoup la faculté étant donné qu'ils sont en stage hospitalier. Des affichages dans les différents hôpitaux pourraient régler ce problème.

Aucune femme n'a participé à ces cours.

### 2 - enseignement par groupe de 20 étudiants :

Le grand problème réside dans le fait que cet enseignement abordait l'étude des cas cliniques qui étaient différents d'un groupe à l'autre. Mais, il est difficile de faire un enseignement interactif à plus de 20, maximum 30 étudiants. L'idéal étant : 1) soit de répéter les mêmes cours à tous les groupes, ce qui demande un temps considérable donc impossible à réaliser (9 chapitres répétés 9 fois : 81 séances d'enseignement) ; 2) soit de faire participer l'ensemble des étudiants (200 environ) à tous les cours, ce qui fait perdre son caractère interactif.

Cependant, si ce type d'enseignement est renouvelé, mon choix irait plutôt vers la 2ème solution afin que, dans un laps de temps court : 15 jours (compatibles avec mes activités en France), l'ensemble des étudiants puisse profiter de l'ensemble des cas cliniques enseignés.

## **PROPOSITIONS**

### **A- Pour assurer la pérennisation de l'enseignement**

1 - il est nécessaire que les périodes d'enseignement soient anticipées par l'Institut Médical de Kaboul. En particulier l'information devrait être disponible pour tous les étudiants, évitant la perte d'assistance en début d'enseignement.

2 - la disponibilité d'un matériel d'enseignement présent sur place éviterait le transport de ce matériel par les missionnaires. Ce matériel pourrait comprendre :

Un rétro projecteur présent sur place,

Un micro ordinateur portable,

Un vidéo projecteur,

Un appareil de projection de diapositives.

## **B - Les problèmes logistiques**

1 - Afin de libérer autant que faire ce peut le missionnaire de contraintes logistiques, il serait nécessaire d'anticiper les conditions de logement minimales et acceptables.

2 - Il est sûrement possible d'optimiser le voyage, et en particulier éviter le détour par Dubaï, en choisissant une ligne Francfort Kaboul.

# **REUNIONS**

## **A - Avec Dr F. TISSOT:**

Deux rencontres ont eu lieu avec le Dr F. TISSOT : une première fois le jour de mon arrivée le dimanche 27 octobre 2002 et une seconde fois le lendemain 28 octobre, respectivement à mon hôtel et dans les locaux de l'Ambassade de France.

Au cours de ces réunions, les points suivants ont été abordés :

- la visite à Kaboul de la délégation afghane,
- la traduction des cours du Pr. J. HONNORAT. Sur la demande du Dr F. TISSOT, j'ai accepté de servir d'interprète au Pr. J. HONNORAT lors de ses visites et consultations à l'hôpital. En fait, mon intervention s'est limitée à une seule matinée, celle du mardi 29/10/02, car le mercredi 30 octobre était un jour férié (1er jour de ramadan) et le lendemain jeudi, veille du week-end, (pont officiel accordé) ;
- le problème des traducteurs que nous n'arrivons pas à résoudre de façon satisfaisante. En effet, il manque du personnel afghan francophone ayant une connaissance médicale satisfaisante dans la discipline enseignée. Une demande émanant du Dr N. SAIFI, qui a déjà assuré la traduction des cours d'obstétrique et de la psychiatrie et qui se chargera de la traduction de la gynécologie, fait état de son embauche en tant que traducteur officiel des missions d'enseignement. Cette proposition, si elle est retenue, résoudra le problème mais présente deux inconvénients : 1) en cas d'empêchement du Dr N. SAIFI, tout le système risque de s'écrouler ; 2) faire appel au Dr N. SAIFI nécessite sa démission de son poste à Paris (même si ce n'est pas un poste titulaire). De plus, cette démission pourrait nous poser des problèmes sérieux si son contrat avec l'ambassade est résilié pour quelque raison que ce soit ;
- possibilité de stages pour les étudiants des UFR, facultés de médecine de Lyon dans le CHU de Kaboul. Cette proposition retient l'attention du Dr F. TISSOT sous réserve que 1) ils soient validants ; 2) qu'il y ait une réciprocité ;
- l'itinéraire des missionnaires: actuellement, pour regagner Kaboul, le missionnaire doit passer, depuis Lyon, par Paris et Dubaï (retour : même trajet mais en sens inverse). Avec la mise en place, depuis environ 1 mois, d'une liaison Frankfurt - Kaboul, assurée par la compagnie afghane Ariana, cet itinéraire devrait être privilégié puisqu'il permettra au missionnaire de gagner un temps précieux ;
- dans la mesure du possible, il serait intéressant d'inviter quelques Directeurs des laboratoires pharmaceutiques à la réunion du jeudi soir;

- projet d'un congrès français ou européen de pharmacologie à Kaboul à l'horizon 2004/2005 ;
- remise au Dr F. TISSOT de 5 tensiomètres et 5 stéthoscopes par le Dr Q. TIMOUR. Ces appareils ont, ensuite, été remis par le Dr F. TISSOT au Dr EXEER, Directeur de l'hôpital Ali Abad ;
- remise à la bibliothèque de l'IMK d'un livre de Radiologie (offert par le Pr. JC FROMENT) et d'un livre d'Odontopharmacologie, d'un autre sur les accidents cardiovasculaires des anesthésiques locaux et enfin de 2 tomes du Harison, référence en médecine interne (offert par le Dr Q. TIMOUR) ;
- demande au Doyen AFZAL ANWAR de mettre, à la disposition des missionnaires de l'UCBL, un bureau. Cette demande a été acceptée par le Doyen de l'IMK. Ce bureau sera baptisé "bureau des enseignants de l'UCB Lyon I à l'IMK". Le Dr F. TISSOT en assurera la remise en état et procédera à son ameublement. Il n'est pas impossible qu'à terme, soit mise, dans ce bureau, à la disposition des missionnaires, un PC (e-mail, internet). Ce matériel est actuellement accessible à l'Ambassade de France et facilite grandement la vie des missionnaires ;
- contact de FR3 pour la couverture médiatique lors de la venue de la délégation afghane à Kaboul ;
- Problème de lecture optique pour la correction des QCM si les grilles de réponses sont photocopiées ;
- envoi de tous les rapports des missionnaires avant la réunion avec la délégation de Kaboul à Lyon. Celui du Pr. X. MARCHANDISE est désormais disponible ;
  - Préparation des questions d'examen. Ce point intéresse tous les missionnaires ;
- cours de français intensif pour le Dr LATIF durant la 2ème semaine de son séjour à Kaboul.

**B - Avec Pr. AFZAL ANWAR, Doyen de l'IMK, Pr. CHERAGH ALI, Conseiller du Ministre de l'enseignement supérieur et Vice - doyen chargé des affaires scientifiques et Pr. OBAID ABIDULLAH, Vice-doyen chargé des enseignements.**

Au cours de mon séjour à Kaboul, deux réunions ont été organisées avec les autorités de l'IMK en présence du Pr. J. HONNORAT et du Dr Deliri LATIF (assistant du Dr F. TISSOT, à l'ambassade de France), une première fois dans un restaurant (à notre invitation) et une seconde fois au domicile du Pr. OBAID ABIDULLAH, Vice-doyen chargé des enseignements.

Deux domaines ont été abordés :

### **1 – Enseignement :**

Le Doyen Afzal ANWAR et ses collaborateurs évoquent les besoins de l'IMK en matière d'enseignement et détaillent leurs propositions qui s'orientent dans trois directions :

- 1 - dans les disciplines dans lesquelles il y a un manque d'enseignants afghans :  
Anesthésiologie, Radiologie ;

2 - dans les disciplines dans lesquelles il y a une forte demande de collaboration de la part des enseignants afghans : Gynécologie, obstétrique, neurologie, psychiatrie, biostatistiques et chirurgie ;

3 - et enfin, une demande nouvelle émanant de l'intérêt qu'ont porté les étudiants aux cours de synthèse clinique et thérapeutique. Cet enseignement qui a été dispensé en petits groupes de 20 étudiants a effectivement suscité un vif intérêt à tel point que les étudiants ont demandé à ce que l'enseignement se poursuive le mercredi 6 novembre (jour férié) et le jeudi 7 novembre (pont officiel), ce qui fut fait. Dans ce sens, l'équipe dirigeante de l'IMK demande à ce que des disciplines de médecine générale puissent être enseignées par les français en 7<sup>ème</sup> année (année du stage) au cours de laquelle les étudiants ont beaucoup de temps libre. Le doyen pourrait dégager 150 à 200 heures durant la 7<sup>ème</sup> année. Il pense que n'ayant aucun enseignement théorique durant la 7<sup>ème</sup> année, une formation appropriée à l'aide de dossiers de patients et de cas cliniques permettrait une meilleure formation de ces étudiants et les prépareraient à la vie professionnelle. Les disciplines préconisées sont la médecine générale, la pédiatrie, la chirurgie et la synthèse clinique et thérapeutique.

Une proposition calquée sur le modèle français enseigné dans le module 11 (module qui, à la suite des nouvelles réformes, remplace la Synthèse Clinique et Thérapeutique) pourrait servir de base de discussion. Selon le Doyen et ses collaborateurs, un tel enseignement permettrait aux futurs généralistes d'acquérir une formation solide leur permettant de prendre en charge et de soigner leurs patients et, le cas échéant, de les orienter vers un spécialiste.

Si le principe d'un tel enseignement est retenu, il aura pour avantage de former en même temps les futurs cadres de l'IMK choisis parmi les meilleurs à l'issue de l'examen dont le déroulement sera sous l'entière responsabilité des enseignants français. L'attribution à de jeunes Enseignants de bourses de formation, de durée variable (1 an, par exemple : 6 mois de cours de langue, 6 mois de stage dans une spécialité) aura l'avantage : 1) de motiver les étudiants pour s'engager dans les spécialités démunies d'Enseignants; 2) de sélectionner les meilleurs éléments pour une future formation en France dans des disciplines choisies en fonction des besoins de l'IMK.

## **2 – Bourses de formation :**

Le Doyen et ses collaborateurs demandent l'attribution de bourses pour des durées variables allant de 6 mois à un an permettant une formation accélérée de leurs cadres actuellement en poste et privés de formations appropriées depuis de nombreuses années. Ils insistent surtout sur la nécessité d'étendre la collaboration interdisciplinaire.

L'objectif essentiel de ces demandes étant, bien entendu, la consolidation de la formation des cadres actuels et la formation de jeunes futurs cadres.

Le Dr Q. TIMOUR fait remarquer 2 points importants :

- 1 - l'absence de coordination notamment la non transmission des informations aux étudiants, (début de cours, emploi du temps, salles de cours etc...), ce qui fait perdre en général une journée d'enseignement. Il en est de même de la non prise en compte des jours fériés, ponts etc..., ce qui raccourci d'autant la durée de l'enseignement

dommageable pour l'enseignant français qui ne peut pas prolonger son séjour à Kaboul étant donné ses charges hospitalo-universitaires en France ;

- 2 - l'impossibilité pour un enseignant français de rester 6 mois à Kaboul, comme cela avait été demandé par le doyen AFZAL ANWAR.

### **Autres démarches de la mission :**

Rencontre avec Madame le Proviseur du Lycée Malalaï à laquelle j'ai remis une boîte comprenant des compresses, des antiseptiques et de médicaments antalgiques de palier I de la part du Pr. JP VIALE

## **REMERCIEMENTS**

Remerciements aux personnes qui ont contribué à la réalisation et au bon déroulement de cette mission

A Lyon :

Mme Y. DUMAS (Responsable Administratif des Relations Internationales, Antenne Santé).

A Kaboul :

Le Dr F. TISSOT, Responsable Santé en Afghanistan

Le Dr L. DELIRI, Chargée des relations missionnaires - Ambassade de France

Pr. A. ANWAR, Doyen de l'Institut Médicale de Kaboul,

Pr. CHERAGH ALI, Conseiller du Ministre de l'enseignement supérieur et Vice - doyen chargé des affaires scientifiques

Pr. OBAID ABIDULLAH, Vice-doyen chargé des enseignements.

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



*André Timour*