

FACULTE DE MEDECINE , DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DU MALI

ANNEE :1997

N° : 1

EVALUATION DU CENTRE DE SANTE
COMMUNAUTAIRE DE SEBENIKORO-KALABAMBOUGOU
AU TERME DE 5 ANS D'ACTIVITES
1992 A 1996

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le/10 /1997

Devant

La Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-stomatologie du Mali

Par

OUMAR DIAN BAGAYOGO

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine
(**DIPLOME D'ETAT**)

JURY :

PRESIDENT :

Professeur **ABDOU ALLASSANE TOURE**

MEMBRES :

Docteur **MAMADOU SANGHO**

Docteur **ALOU SYLLA**

DIRECTEUR

Docteur **HUBERT BALIQUE**

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 1996 - 1997

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR : OUSMANE DOUMBIA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE GENERAL : BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE
ECONOME : MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R & PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel-Karim KOUMARE	Chef D.E.R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho.Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Mr Abdoulaye K. DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortho.Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA	Ortho.Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Path.Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie Organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
-------------------	-------------------

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef de D.E.R
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou K.TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M.KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastro-Entérologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Hamar A.TRAORE	Médecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE
Mr Adama D.KEITA
Mme Tatiana KEITA

Médecine Interne
Radiologie
Pédiatrie

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA

Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacie Chimique Chef de D.E.R
Pharmacologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA

Matières Médicales
Galénique

5. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAIGA

Toxicologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique Chef de D.E.R

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa MAIGA

Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie
Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE
Mr Sory I.KABA

Santé Publique
Santé Publique

5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Daouda DIALLO
Mr Bakary I.SACKO
Mr Sidiki DIABATE
Mr Boubacar KANTE
Mr Souleymane GUINDO
Mme Sira DEMBELE
Mr Modibo DIARRA
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA
Mr Nyamanton DIARRA
Mr Moussa I.DIARRA
Mr Mamadou Bakary DIARRA
Madame SIDIBE Aissata TRAORE
Mr Siaka SIDIBE

Botanique
Bactériologie
Physique
Chimie Générale et Min.
Biochimie
Bibliographie
Galénique
Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du Milieu
Mathématiques
Biophysique
Cardiologie
Endocrinologie
Médecine nucléaire

PERSONNEL D'ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE
Docteur Tahirou BA
Docteur Amadou MARIKO
Docteur Baidi KEITA
Docteur Antoine Niantao
Docteur Kassim SANOGO
Docteur Yéya I.MAIGA
Docteur Chompere KONE
Docteur Almahady DICKO
Docteur Mohamed TRAORE
Docteur Reznikoff
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE
Docteur Hamidou B.SACKO
Docteur Hubert BALIQUE
Docteur Sidi Yéhiya TOURE
Docteur Youssouf SOW

H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
H.G.T.
I.N.R.S.P.
I.N.R.S.P.
P.M.I.SOGONINKO
KATI
IOTA
IOTA
H.G.T.
C.T.MSSPA
H.G.T.
H.G.T.

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO
Pr M.L.SOW
Pr S.S.GASSAMA
Pr D.BA
Pr M. BADIANE
Pr B.FAYE
Pr Eric PICHARD
Dr G.FARNARIER

HYDROLOGIE
MED.LEGALE
BIOPHYSIQUE
BROMATOLOGIE
PHARMACIE CHIMIQUE
PHARMACODYNAMIE
MEDECINE INTERNE
PHYSIOLOGIE

DEDICACES

Je dédie cette thèse

A **ALLAH (SWA)** Le Créateur des mondes et à son Prophète **MOHAMMAD (SAW)**

Aux victimes de la pathologie iatrogène.

A mon père

Très tôt tu as compris la nécessité de chose scolaire et très tôt tu nous as indiqué le chemin de l'école. Toi qui n'as jamais ménagé tes efforts et ton amour pour faire de nous un homme. Ta persévérance et ton bon sens m'ont rendu un grand service malgré mon niveau d'intelligence. Je suis sûr que tu es fier de ma réussite scolaire; je ferai en sorte que tu en sois d'avantage de ma vie professionnelle. Puisse **ALLAH** Le Glorieux te garder encore longtemps parmi nous afin que tu puisses continuer à guider nos pas.

A ma mère (in memorium)

Tu as été très tôt arrachée à notre affection. Je ne t'oublierai jamais et tâcherai de refléter tes qualités de respect, de justice et de sagesse comme on me l'a souvent raconté.

Puisse **ALLAH Le Miséricordieu** t'accordes Sa grâce.

A mes mamans

FATOUmata IBRAHIM et AISSATA ALHAGI, pour les sacrifices consentis pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Puisse **ALLAH Le Très Haut** prolonger vos jours afin que vous puissiez à présent trouver un peu de consolation auprès de votre fils qui vous aime énormément.

A ma maraine **SAFIATOU ALHADO** (in memorium)

Toi qui m'a ouvert les yeux, toi qui m'a appris à marcher et à parler. Repose en paix.

A mes frères

ALASSANE, ALHOUSSEYNI, MOHAMED LAMINE, ABOU MAHAMANE, MOHAMED CHEICK HAIDARA. Pour votre soutien moral et materiel. Je resterai profondement reconnaissant.

A mon frère **MAHAMANE dit MODIBO** (in memorium)

Tu as toujours souhaité ma réussite. J' aurais voulu de tout mon coeur que tu assistes à ma soutenance; mais **ALLAH Le Tout Puissant** a décidé autrement. **Qu'ALLAH Le Tout Miséricordieu** t'accepte dans son Paradis.

A mes soeurs

AMINATA, FATOUMATA, KHADIDIATOU, MAMOU, AICHA, CHETTI, MOUNEISSA, HAWA, ZEYNA, SAOUDA HAIDARA. En temoignage de votre amour filial et du soutien que vous avez voulu nous reserver.

A ma soeur **FANTA DIARRA.**

En temoignage de votre amour exceptionnel à mon égard.

A mon cher cousin **BADI HAIDARA**

Pour vos sages conseils et votre soutien moral et financier.

A ma femme **AICHATA HAIDARA dite MAICHA.**

Pour les sacrifices consentis afin que je puisse finaliser ce travail. Merci pour ta compréhension ,

Qu'ALLAH L'UNIQUE fasse de notre union un foyer de pitié, d'amour et de concorde.

A mes belles soeurs

AMINTA MAHAMANE, MARIAM ALI, KADIATOU BARRY, PINDA DIAKITE.

En signe de votre indefectible attachement.

A mon fils **MAHAMANE dit MODIBO HAIDARA**

Ta naissance fut un bonheur inestimable pour moi. Puisse **ALLAH Le TOUT PUISSANT** prolonger nos jours afin que tu puisses bénéficier d'une affection filiale.

A la famille **BAGAYOGO** du PointG

COUMBA KONATE et ses enfants **MOUSSA, MARIAM, CHEICK OMAR, OUMOU, ABDOULAYE, ABOUBACAR TAMBA, NANTENIN DJELIKA** et **BEREIMA BAGAYOGO**. Vous aviez été pour moi plus qu'une famille. **QU'ALLAH LE COMPATISSANT** continue de guider vos pas.

A tous les 33 frères et soeurs fondateurs de la **Ligue Islamique Foi et Action (LIFA)** notamment **Dr ETHMAN RASSOUL, EL BADAWI, YOUSOUF KIENTEGA, ABDILLAH I ISSOUF NOUR, THIerno B BAGAYOGO, DJMANDE TOUMTOUKA, KOROTOUMOU COULIBALY, HABIBOU NARE, YOUSOUF ALI DEMBELE**. Ensemble nous avons compris la nécessité de s'unir pour s'apprendre les preceptes de notre religion et ensemble nous avons créé la **LIFA** dans notre école. Aujourd'hui, la **LIFA** est devenue **LIEEMA** grâce au concours inestimable d'étudiants d'autres établissements. **Qu'ALLAH Le COMPATISSANT** fasse que vous posiez encore d'autres actes nobles comme celui-là et Qu'IL vous accepte dans son Paradis.

REMERCIEMENTS

Aux frères et soeurs de la **LIEEMA** en particulier les membres du **Bureau Exécutif National (BEN)**. Merci pour l'oeuvre accomplie.

Aux frères du Conseil Consultatif: **CHEICK OUMAR BAGAYOGO, THIAM DOULA, DAGNOGO BAKARY, BALLA CISSE.**

Aux frères du commissariat aux comptes. Merci pour le soutien spirituel et moral.

A tous les frères et soeurs de la **FMPOS**. notamment **FATOUMATA B MAIGA dite ANNA, AMINATA MAIGA, FADIMA TALL, OURA A DIALLO, LALIA A COUNTA, NIAGALE SIDIBE, FATOUMATA NIANGALY, SINDE SOUMARE, FALLY SECK, DEMBA DIARRA, CHOUABOU DIARRA, DJADJE MAIGA, TALHATA HAIDARA, AHMEDOU, ARGUEIBI, SINA OUATTARA, ABDRAMANE SAMAKE, AMADOU DIA, TIEMOKO TRAORE, BOUBACAR FOFANA, FALAYE KEITA**. Merci pour le respect, les conseils et la sincérité.

A mes collègues de promotion

Courage et bonne chance dans la vie professionnelle.

A mes amis

IDRISSA SOW, PATHE DIALLO, SOULEYMANE BAMBA, YACOUBA KEITA, YACOUBA DJOURTE, KASSIM KAYANTAO, ISSAKA SAGARA, YOUSOUF TRAORE, ALASSANE TANGARA, SIAKA DIALLO, SEYDOU KONE, DJIBRIL KOITA, MODIBO DEMBELE, TIDIANI DOLO, CHEICK A T TRAORE, SEYDOU A TRAORE. Pour l'aide mutuelle et les échanges de connaissance.

A mes aînés les Docteurs

ALASSANE DICKO, BABA SIDIBE, ALMOUNER TALIBO, AMADOU BOCOUM.

Toute ma sympathie.

A mes collègues de la Médecine Interne

BOUBACAR M DICKO, BERNARD CHETCHA, FATOUMATA SYLLA, MODIBO DICKO, OUSMANE A A DICKO. Pour l'aide mutuelle et les échanges de connaissance.

A mes cadets

ALI TOURE, GILLES KROUPKO, HONORE COULIBALY. Du courage vous êtes arrivés.

Au personnel de la Médecine Interne

Aux majors **AMADOU COULIBALY, COUMBA TRAORE, OUMAR DRAME, ABDOULHAMIDE TOURE.**

Aux AT Mm **COULIBALY, SALY, TENIN, KANTA, SEBASTIEN, DJIBY, SANABA, Mm GUINDO, BATOMA, AWA, HELENE.** Je vous remercie pour votre constante amitié.

AU Dr CISSE ROKIA

Toute ma reconnaissance.

Aux familles

TEMBELY

KONE

KEITA

DABO

CISSE

Pour votre sympathie.

A tout le corps professoral de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

A mes maîtres

Le Professeur ALI NOUHOUM DIALLO

Président de l'Assemblée Nationale du Mali, Professeur Agrégé de Médecine Interne.

Le Professeur HAMAR ALASSANE TRAORE

Professeur Agrégé de Médecine Interne

Le Professeur DAPA ALI DIALLO

Professeur Agrégé d'Hématologie

Le Docteur MAMADOU DEMBELE

Assistant Chef de Clinique en Médecine Interne.

Le Docteur SIDIBE ASSA TRAORE

Assistante Chef de Clinique Spécialiste d'Endocrinologie.

Le Docteur ABDEL KADER TRAORE

Assistant Chef de Clinique en Médecine Interne.

Le Docteur ABDOULAYE DIALLO

Spécialiste d'Anesthésie Réanimation.

Le Docteur IDRISSA CISSE

Spécialiste de Dermatologie

Vous nous avez appris à être ce que nous sommes aujourd'hui. Nous ferons tout pour être à la hauteur de vos attentes.

A la cellule informatique de la FMPOS

Pour l'aide mutuelle et les sages conseils.

A notre Maître et président du jury.

Le professeur MAHAMANE KALIL MAIGA.

Professeur agrégé de Néphrologie, chef de service de la Néphrologie de l'Hôpital National du Point "G".

Honorable maître, c'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur et votre assuidité dans vos démarches diagnostiques, votre ouverture aux débats sans distinction des niveaux théoriques de formation, font de vous véritable pédagogue. L'intérêt que portez à vos étudiants, la clarté de votre enseignement expliquent l'affection que vous vouent les promotions qui ont bénéficié de votre riche enseignement.

Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.

A notre maître et juge.

Le Docteur CISSE IDRISSE .

Spécialiste de Dermatologie, ancien Interne du service de Médecine de l'Hôpital National du Point "G". Vos qualités intellectuelles, votre démarche méthodique, votre simplicité et votre accueil chaleureux font de vous un homme admirable.

Veillez accepter cher maître IDI toute notre reconnaissance.

Aux membres du jury

A notre maître et juge.

Le Docteur SIDIBE ASSA TRAORE.

Spécialiste d'endocrinologie, assistante chef de clinique au service de Médecine interne de l'Hôpital National du Point "G". Chargé de cours à la FMPOS.

Votre simplicité, votre disponibilité, votre sens élevé de l'humanisme sont là quelques unes de vos qualités que nous avons beaucoup appréciés tout au long notre séjour dans le service.

La facilité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail témoigne de votre constante disponibilité malgré vos multiples occupations.

Soyez rassurer de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Le professeur HAMAR ALASSANE TRAORE.

Maître de conférence agrégé de Médecine Interne, chef de service de la Médecine Interne de l'Hôpital National du Point "G". Nous avons reçu de vous un excellent encadrement. Nous avons pu apprécier au cours de ce travail, vos immenses qualités de professeur méthodique et d'homme de science connu pour sa rigueur scientifique. Trouver ici, l'expression de notre grande reconnaissance et notre fidèle attachement.

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION-----	1
II-	GENERALITES-----	2
III-	RAPPELS -----	6
IV-	MALADES ET METHODE -----	12
V-	RESULTATS -----	16
VI-	COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	34
VII-	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS -----	39
VIII	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	40

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Le terme iatrogène, dans son sens large, s'applique à tout trouble ou à toute affection provoquée par un acte médical.

Les pathologies iatrogènes constituent un sérieux problème car elles sont douloureusement ressenties par les médecins et surtout par les malades.

Sachant que la formation des médecins aux maladies du sujet âgé pendant leurs études est insuffisante.

Le diagnostic des pathologies iatrogènes est délicat à faire notamment du fait des difficultés de distinction entre effets secondaires du médicament et pathologie intercurrente et de l'impossibilité de trouver un groupe de comparaison pertinent.[8]

Cette pathologie est peu étudiée et souvent non prise en compte.

Son étude permettra une meilleure connaissance des maladies iatrogènes et des objectifs thérapeutiques.

Leur fréquence est diversement appréciée dans la littérature; elle varie habituellement de 4,2 à 10,3%, avec une moyenne estimée entre 7et8% des hospitalisations.[6] Les publications sont rares dans ce domaine.

Elle n'a jamais été évaluée dans les services de médecine interne de l'hôpital du G.

Il nous a paru opportun de prouver son existence afin de la réduire au maximum.

C'est pour ces raisons que nous nous sommes fixés les objectifs suivants:

OBJECTIF GENERAL

Etude de la pathologie iatrogène dans le service de médecine interne du point G.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Evaluer la fréquence des pathologies iatrogènes dans le service de médecine interne.
- Déterminer les étiologies les plus fréquentes des pathologies iatrogènes en médecine interne.
- Evaluer la nature des maladies iatrogènes.

GENERALITES

II. GENERALITES

1-DEFINITION

La pathologie iatrogène est un accident prévisible ou imprévisible après la prescription d'une molécule ou la réalisation d'un acte technique à visée diagnostique ou thérapeutique.

2-EPIDEMIOLOGIE

Le développement et la prescription de thérapeutiques efficaces souvent agressives et le caractère de plus en plus inacceptable de la survenue d'accidents thérapeutiques parfois très graves font que les risques iatrogènes deviennent une préoccupation importante pour les responsables de santé publique. Il était donc naturel que la revue d'épidémiologie et de santé publique s'y intéresse en consacrant un numéro spécial au <<risque iatrogène>>.

Habituellement, le risque iatrogène est entendu comme le risque lié à l'utilisation par un patient d'une thérapeutique ou d'une intervention prescrite par un médecin. La responsabilité de l'épidémiologiste ou du spécialiste de santé publique consiste à évaluer les risques au niveau de la population, à en comprendre l'origine, à détecter le plus précocement possible la survenue d'incidents ou d'accidents liés à l'utilisation d'intervention ou la prescription d'une thérapeutique afin que des mesures rapides puissent être prises. C'est ainsi que dans cet ensemble d'articles sont décrits l'organisation et les résultats de la pharmacovigilance en France, l'évolution des risques liés aux transfusions sanguines, l'apport des registres des malformations congénitales dans l'évaluation des risques tératogènes, les risques particuliers aux patients infectés par le VIH, la surveillance des vaccins après leur commercialisation. Ces articles décrivent bien l'intérêt des systèmes de surveillance mais aussi leurs limites. L'attention que le prescripteur doit porter aux conséquences néfastes éventuelles de ces prescriptions pour un individu demeurent essentielle. En effet, c'est le plus souvent le repérage de cas individuels que génère des hypothèses sur certains risques.

Les outils épidémiologiques permettent de confirmer ou d'infirmier ces hypothèses. De même les systèmes de surveillance ont montré leur efficacité lorsque la nature du risque a été identifiée mais sont moins opérationnels pour la mise en évidence de risques nouveaux. La notion de risque iatrogène est étendue à d'autres aspects qui concernent directement les épidémiologistes.

Le premier concerne les risques liés au dépistage qui sont souvent méconnus dans ce domaine, il appartient à l'épidémiologiste de mettre en place les enquêtes permettant d'évaluer ces risques. Ceci est d'autant plus important que le dépistage s'adresse à des populations bien portantes, ce qui rend encore plus inacceptable la survenue d'effets secondaires néfastes. L'exemple du cancer du sein a été choisi, mais ce qui est décrit peut s'appliquer à d'autres maladies.

Un autre aspect concerne les risques liés aux enquêtes méthodologiquement discutables.

L'utilisation de la méthodologie épidémiologique comme toute technique, n'est pas exempte de risque.

Par conséquent même si les principes généraux peuvent être acquis facilement, l'application de la méthodologie épidémiologique à des problèmes précis nécessite une formation approfondie.

La diffusion de certains résultats et les conséquences néfastes qui peuvent en résulter, représentent un troisième aspect.

Le thème choisi, très actuel, est celui des enquêtes génétiques.

Les effets néfastes éventuels d'une diffusion incontrôlée ne doivent pas amener à une censure, mais à une réflexion sur la dissémination des informations scientifiques.

Cette réflexion a déjà été amorcée dans le colloque « éthique et recherche en santé publique » en 1992, dont une synthèse a été publiée par la revue d'épidémiologie et de santé publique [5]

Evaluation des risques liés aux transfusions sanguines dans les pays industrialisés et les pays en voie de développement.

.Bien que de nombreux progrès aient été réalisés, la transfusion de produits sanguins labiles n'est pas dénuée d'événements indésirables. Les risques transfusionnels peuvent être liés à l'environnement complexe de la chaîne transfusionnelle, qui va du donneur volontaire au receveur du produit.

Les accidents hémolytiques graves restent très préoccupants et les plus négligés. Les risques liés aux produits sont essentiellement de nature infectieuse l'hépatite C est devenue le risque infectieux majeur même si les contaminations liées au HIV sont toujours préoccupantes. La mesure des risque résiduels peut être faite à priori par modélisation des données existantes, ou à posteriori, par des études épidémiologiques. Le problème des risques nouveaux, liés à la diffusion de nouveaux produits ou à des agents infectieux non conventionnels souligne l'importance de la mise en place d'un dispositif d'hémovigilance.

Les risques indépendant du receveur, sont essentiellement des maladies transmissibles: la syphilis et les autres pathologies bactériennes sont très rares et actuellement bien contrôlées, soit par le dépistage soit par les techniques d'asepsie. Le risque bactérien nécessite cependant toujours une vigilance, notamment du fait de l'augmentation de l'utilisation des plaquettes, de la conservation de produits à 22° ou de l'allongement récent du délai de conservation des concentrés de globules rouges à 42 jours au lieu de 35 jours.

Le risque d'accidents mortels à *Yersinia enterocolitica*, bien documenté dans la littérature récente, reste préoccupant. Paludisme, trypanosomiase, leishmaniose et filariose ne sont pas habituellement un problème dans les pays industrialisés. La pathologie induite par le virus HTLV1 ,le VIH, les hépatites qualifiées de non A non B constituent le risque infectieux majeur de transfusion sanguine [10]

Dans les pays en voie de développement on peut énumérer les risques suivants: les accidents hémolytiques et surcharge volémique, les perturbations métaboliques et de l'hémostase, les perturbations de la température, les réactions allergiques per ou plus rarement post - transfusionnelles (érythème local, urticaire, démangeaisons, asthme, oedème de quincke, souvent collapsus).Des accidents tardifs comme les infections transmises par la transfusion(hépatite virale, paludisme, syphilis, mononucléose infectieuse, maladie des inclusions cytomégaliqes, maladie de Chagas,-le Kala-Azar, la fièvre Q). La transmission transfusionnelle du *Tréponema pallidum* est exceptionnelle et se rencontre lorsque le donneur est encore en phase présérologique. La transmission du virus d'Epstein Barr et du cytomégalovirus s'observe lorsque le sang injecté a été prélevé moins de quarante huit heures auparavant, le virus de l'immunodépression acquise le plus redoutable), la surcharge en fer et l'allo- immunisation.[7]

Risques iatrogènes particuliers aux patients infectés par le VIH

Les sujets infectés par le virus de l'immunodéficience humaine sont victimes de complications iatrogènes particulières, voire spécifiques. Les principales caractéristiques des risques encourus sont décrites: l'intolérance médicamenteuse, en premier lieu au cotrimoxazole et à la thiacetazone, est extrêmement fréquente; la toxicité des anti-viraux analogues nucléosidiques est proche de celle d'une chimiothérapie; les infections nosocomiales en général, sont plus fréquentes que chez les sujets non infectés par le VIH.

Elles sont en particulier illustrées par les infections sur cathéters centraux qui ont une incidence élevée chez ces malades; il s'agit cependant de relais souvent nécessaire pour un traitement anti-cytomégalovirus ou une nutrition parentérale. Une meilleure compréhension des différents mécanismes toxicité/efficacité de chaque traitement devrait permettre de diminuer la morbidité excessive résultant des complications iatrogènes.

La principale conséquence de l'infection par le VIH est une immunodépression, elle même responsable d'une incidence élevée des infections par divers micro-organismes. Les techniques d'investigation à visée diagnostique, les gestes et prescriptions à visée thérapeutique sont responsables directement ou indirectement; d'effets secondaires; c'est le risque iatrogène. De nombreuses complications sont naturellement communes à d'autres causes d'immunodépression, mais au cours de l'infection par le VIH, la prise fréquente et souvent associée d'antibiotiques, d'anti-viraux, d'antifongiques et /ou d'anti-parasitaires, augmente le risque d'apparition de manifestations et de potentialisation des différents composés administrés.

la toxicité médicamenteuse chez ces patients s'explique d'une part parce que l'expression de la toxicité liée à certains médicaments largement prescrits y est particulièrement fréquente, d'autre part parce que certains médicaments toxiques sont réservés au traitement de l'infection par le VIH.[9]

RAPPEL

III-RAPPELS

3.1 Hypoglycémie

a) Définition: diminution du taux de glucose dans le sang. Par extension, ce terme désigne l'ensemble des manifestations cliniques très diverses, de causes variées, qui sont liées à l'abaissement du taux de sucre sanguin au-dessous de la valeur limite de 0,70g/litre.

b) Manifestations de l'hypoglycémie:

elles sont extrêmement nombreuses et peuvent réaliser chez le même malade les tableaux les plus divers. Elles sont cependant réunies par un syndrome biologique commun: l'abaissement de la glycémie à jeun, les perturbations de l'épreuve de tolérance au glucose (la courbe d'hyperglycémie provoquée est aplatie et l'onde secondaire d'hypoglycémie est anormalement ample et prolongée). Ces manifestations regroupent des signes de neuroglycopenie et ceux de la riposte au système neurovégétatif. Ainsi on retrouve au cours de l'hypoglycémie

3.1.1 Les troubles digestifs:

sont essentiellement caractérisés par une sensation de faim impérieuse, pouvant revêtir une particularité et s'accompagner d'une anxiété très pénible. A cette sensation de faim s'associent un dégoût alimentaire, des crises de bâillement et, plus rarement, des vomissements.

3.1.2. Les troubles cardio-vasculaires:

sont très variés: crises de palpitation, tachycardie, angoisse, gêne précordiale, troubles du rythme que précise l'ECG, modification de la tension artérielle habituellement dans le sens de l'hypertension.

3.1.3. Les accidents neuropsychiatriques:

sont particulièrement fréquents et constituent le principal danger de l'hypoglycémie. Certains accidents restent mineurs et viennent souvent révéler l'hypoglycémie: obnubilation passagère, tremblement, céphalées, vertiges ou sensation déroboement des jambes, troubles oculaires (fatigue de l'accommodation, diplopie passagère, baisse de l'acuité visuelle), troubles de l'équilibre (démarche ebrieuse), troubles névrotiques (irritabilité ou dépression).

Les accidents neuropsychiatriques majeurs sont d'une toute autre gravité et groupent des accidents paroxystiques, en règle réversibles et des accidents prolongés, ou permanents, conséquence de phénomènes hypoglycémiques prolongés ou récidivants.

Les accidents paroxystiques sont très polymorphes: convulsions généralisées ou, plus rarement, état de mal comitial, paralysies (hémiplégies ou monoplégies, paralysies des nerfs crâniens surtout), leur caractère essentiel et constant est leur rapide réversibilité.

Les accidents psychiatriques aigus vont poser des problèmes médico-légaux délicats; ces accidents comportent pour la plupart d'entre eux un état confusionnel, accompagné d'activité psychomotrice pouvant simuler l'ivresse et se manifester par des fugues, du somnambulisme, de la fabulation, des propos incohérents, etc... Mais l'accès peut être caractérisé par un état d'excitation avec agressivité, crises de colère ou, au contraire, dépression anxieuse, crises de mélancolie et même tentative de suicide.

Le coma hypoglycémique est le plus typique des accidents paroxystiques: c'est un coma avec sueurs profuses, signe de Babinski bilatéral, contractures musculaires et même convulsions partielles ou généralisées. Les accidents neuropsychiatriques permanents sont dominés par les manifestations psychiatriques (irritabilité permanente avec idées dépressives, nervosité excessive, fatigabilité, angoisse, anxiété voire états pseudo-dementiel). A côté de ces troubles psychiatriques chroniques on peut observer des manifestations neurologiques durables: hémiplégie, syndrome parkinsonien, syndrome amyotrophique.

3.1.4. Les troubles généraux et vasomoteurs:

sont essentiellement, la fatigue avec sensation de malaise, sueurs abondantes, des alternatives de rougeur et de pâleur de la face, des phénomènes d'horripilation avec <<chair de poule>>et, plus inconstamment, une hypothermie.

c) Causes de l'hypoglycémie:

elles sont extrêmement polymorphes. Certaines hypoglycémies sont provoquées, d'autres sont spontanées et, parmi elles, on peut distinguer les hypoglycémies fonctionnelles et les hypoglycémies organiques.

- Les hypoglycémies provoquées:

elles s'observent surtout chez les diabétiques présentant un surdosage en insuline, mais des accidents hypoglycémiques ont aussi été signalés au cours de traitements par sulfamides hypoglycémisants. Les suicides ou les crimes par injection d'insuline sont exceptionnels.

- Les hypoglycémies spontanées:

.les hypoglycémies par lésion organique relèvent soit d'un excès de production d'insuline pancréatique(tumeurs bénignes ou malignes du pancréas ou simple hyperplasie des îlots de Langerhans),soit d'un hypofonctionnement de glandes endocrines à action hyperglycémisante(hypophyse, surrénales, thyroïde et parathyroïdes),soit d'un défaut de fonctionnement du foie, dont le rôle dans la régulation de la glycémie est considérable.

.les hypoglycémies dites fonctionnelles: témoignent d'un simple dérèglement du système maintenant l'équilibre glycémique, sans aucune lésion anatomique organique.

C'est par un tel mécanisme que l'on peut expliquer les hypoglycémies observées au cours des troubles gastro-intestinaux, après gastrectomie notamment, au cours de l'effort musculaire, au cours des grandes dénutritions (régime trop pauvre en hydrates de carbone), les hypoglycémies par défaut d'assimilation (diarrhées au long cours), les hypoglycémies par excès de déperdition hydrocarbonée (lactation; grossesse). Mais, le plus souvent, aucune cause ne peut être retrouvée; on parle alors d'hypoglycémies cryptogénétiques, ce sont les plus fréquentes

3.3. - Escarre = Escharre:

croûte noirâtre et dure résultant de la nécrose sèche d'un revêtement cutané ou muqueux.

a) - Les étiologie des escarres: l'escarre peut survenir brusquement, à la suite de brûlure ou de l'action d'un caustique, mais elle peut aussi survenir de façon apparemment spontanée, lorsque des causes locales (paralysies, troubles trophiques, appui prolongé sur un point du corps, mauvaise hygiène), s'ajoutent à une altération de l'état général (diabète, dénutrition, sénilité).

b) - Signes: l'escarre se manifeste surtout aux points d'appui: talons, fesses, sacrum, tubérosité de l'ischion (os iliaque), omoplates, coudes, occiput. Elle est souvent précédée d'une phase de lividité (blancheur de la peau), correspondant à une diminution de la circulation locale. Une fois constituée, la croûte tend à se détacher, laissant une plaie noirâtre étendue, profonde, suintante, mais atone (saignant peu), sans tissu de granulation. elle est très sensible à l'infection et la cicatrisation est longue.

c) - Prévention des escarres: tout sujet alité doit être l'objet de soins attentifs; les zones de pressions maximales seront massées régulièrement, une toilette complète sera faite tous les jours et les régions pouvant être souillées par les excréments ou par les écoulements de pus seront nettoyées chaque fois que ces incidents se produiront. Au cours de la journée, le malade sera changé plusieurs fois de position et, si possible, placé sur un matelas alternant, dont les diverses séries d'éléments assurent par gonflages et dégonflages successifs un massage des différents points de pression tout en réduisant la durée de souffrance de ceux-ci.

d) Du talc, des solutions antiseptiques (merbromine) et des pommades trophiques (nutritives) seront appliquées aux points menacés. Les peaux de mouton, les ronds de caoutchouc, les peaux d'orange, bien qu'assez peu efficaces pour prévenir les escarres, améliorent le confort du malade.

La lutte contre la maladie en cause et l'amélioration de l'état général font partie de cette prévention.

3.4 Le Lyell (syndrome de) :

Il s'agit d'une affection bulleuse aigue de la peau, caractérisée par un décollement intra-épidermique extrêmement étendu, donnant à des régions entières du corps l'apparence de la brûlure du second degré. Le retentissement sur l'état général est sévère. Cette affection semble pouvoir être déclenchée par la prise de certains médicaments, sulfamides en particulier. Sa survenue est totalement imprévisible. L'affection guérie, il n'en persiste pas de lésions durables.

3.5 Infections nosocomiales:

l'infection nosocomiale ou infection contractée à l'hôpital est un phénomène préoccupant dans toutes les unités et tout particulièrement en réanimation, par sa fréquence son incidence éventuelle sur le pronostic de l'affection initiale et par son surcoût.

A Les bactériuries:

il est plus juste de parler de bactériuries que d'infection urinaire car le tableau clinique n'est pas toujours complet. On ne peut parler de bactériurie nosocomiale certaine que si on dispose d'un examen cyto bactériologique des urines pratiqué à l'entrée et que celui-ci soit avéré négatif ou encore que l'examen cyto bactériologique des urines, revenu positif, soit à un germe différent de celui de l'entrée. On retient comme bactériurie tout compte de germes s'il y a présence de pus; en l'absence de pyurie, on retient un compte de germes supérieur ou égal à 100000/ml.

b)- Les septicémies nosocomiales:

la positivité d'une seule hémoculture suffit pour les germes réputés pathogènes mais il faut deux hémocultures positives prélevées dans deux séries différentes pour les autres bactéries.

c)- Les colonisations des cathéters veineux et artériels (centraux et périphériques): il faut une culture positive de l'extrémité du cathéter en quantité significative en l'absence de signes généraux attribuables aux cathéters. Localement il peut exister un érythème, mais sans suppuration locale franche. La colonisation peut provenir d'un foyer à distance au même germe que celui isolé du cathéter.

3.7 La laparoscopie:

examen endoscopique de la cavité péritonéale. Après injection d'air dans la cavité péritonéale, on pratique sous anesthésie locale une boutonnière de 0,5 à 1cm dans la paroi abdominale, par laquelle on fait passer l'endoscope. On peut ainsi examiner et photographier la surface foie, de la vésicule biliaire, de la rate, des ovaires et étudier l'état du péritoine. On peut utiliser la laparoscopie pour injecter dans la vésicule biliaire un liquide opaque aux rayons x (cholécystographie de Royer) ou pour choisir l'emplacement d'une ponction biopsie du foie ou d'une biopsie péritonéale. La laparoscopie a donc aujourd'hui un intérêt pratique considérable. Nos recherches ne nous ont pas permis de retrouver une fréquence des iatrogènes liées à la laparoscopie Mais une étude faite à l'hôpital National du point "G" de Bamako au Mali en médecine interne a montré que le nombre des incidents et accidents de la laparoscopie, pratiquée uniquement sous anesthésie locale et par voie sous ombilicale, était faible:(une infection mortelle à bacille gram négatif et une éventration bénigne dans une série de 495 examens réalisés en 6 ans).[4]

Le taux de mortalité était de deux cas pour une série de 500 laparoscopie pratiquées dans le service de médecine de l'hôpital national du point "G" de 1976 à 1983. [12]

Par ailleurs dans la littérature une étude faite en 1989 sur 200 observations de cholécystectomie par laparoscopie sous anesthésie générale donnait: une mortalité nulle. Dans deux cas (1%) une hémorragie et 7 cas complications post opératoires (3,5%); dans tous les autres cas (96,5%), les suites opératoires n'ont posé aucun problème.[3]

METHODOLOGIE

IV MALADES et METHODE

4.1 Malades

*** Critères d'inclusion:**

- nous avons inclu tout malade quelque soit l'âge et le sexe chez qui une pathologie iatrogène a été diagnostiquée et qui a nécessité ou non une hospitalisation.

- Inclusion après avis concordants d'au moins deux médecins du service.

- Les PI(pathologies iatrogènes) sont classées en quatre groupes:

A- PI induisant une hospitalisation.

B- PI présente à l'entrée et prolongeant une hospitalisation motivée par une autre cause.

C- PI survenant au cours d'une hospitalisation et prolongeant celle-ci.

D- PI présente soit à l'entrée, soit au cours de l'hospitalisation mais n'induisant pas et ne prolongeant pas l'hospitalisation.

- Ces groupes seront divisés en classes en fonction du mode de survenance de l'accident

(3 classes)

1- PI secondaire à l'absence d'indication ou au non respect des contre-indications et/ou des précautions d'usage.

2- PI survenant alors que l'indication et l'utilisation étaient correctes, respectant les contre-indications et les précautions d'usage.

3- PI survenant après une auto- médication ou le non respect d'une prescription médicale

*** Critères exclusion:**

- sont exclus de l'étude tout malade ayant présenté une Pathologie iatrogène développée en dehors de la période d'étude.

- tout malade hospitalisé en dehors de la médecine interne.

4.2 Méthodes

4.2.1 Le cadre de l'étude:

L'hôpital national du point G est situé à huit kilomètres environ du centre ville, perché sur une colline d'où il tire son nom. Les travaux de sa construction commencèrent en 1906 et il ne fut fonctionnel qu'en 1912. Sa situation géographique rend son accès difficile. Depuis la création de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie actuelle (Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto stomatologie) il a une vocation de centre hospitalier universitaire (CHU) malgré l'absence de statuts officiels.

Le service de médecine interne fait partie des onze services qui le composent en plus du laboratoire et de l'administration. Service de référence national, il occupe les sites de l'ancienne maternité et pharmacie.

Notre service comprend:

- Quatre unités d'hospitalisation A, B, C et D d'une capacité totale de 63 lits.
- Une salle d'endoscopie haute et laparoscopie.
- Une salle de rectoscopie.
- Quatre bureaux de médecin servant également de salle de consultation.
- Quatre bureaux d'infirmier major.
- Quatre salles de garde pour infirmier.
- Une salle des dossiers.
- Une salle de réunion siège des staffs internes du service.
- Une salle de garde des "internes".
- Quatre salles pour garçon de salle.
- Quatre magasins.

Le personnel est composé de deux professeurs agrégés dont un d'hématologie et un de médecine interne assistés de deux chefs de clinique interne en médecine, d'un spécialiste en endocrinologie et un dermatologue.

Le personnel comprend en plus:

- Huit techniciens de santé dont les quatre majors.
- Six agents techniques de santé.

- Trois aides soignants.
- Trois filles de salle.
- Neuf garçons de salle.

cinq étudiant de sixième année faisant fonction d'interne dans le service.

En 1996 le service avait trois jours de consultation externe, deux jours de visite générale des malades hospitalisés dans les quatre unités, trois jours de "staff" dont deux internes, deux jours d'endoscopie haute, un jour de rectoscopie et un jour de laparoscopie.

Au total le service assure cinq consultations externes par semaine effectuées par les quatre médecins.

Le service assurait aussi la garde de médecine en alternance avec les autres services (deux gardes par semaine) et parallèlement un étudiant (interne) assurait la garde interne du service quotidiennement

4.2.2-Periode d'étude:

. notre étude s'est déroulée sur dix huit (18) mois ,de juillet 1995 à décembre 1996 incluse.

4.2.3Type d'étude:

il s'agit d'une étude prospective longitudinale.

4.2.4-Mode de recrutement:

Le recrutement s'est fait d'une part par l'intermédiaire du service des urgences et d'autre part sur convocation pour hospitalisation programmée.

Le service de médecine interne regroupe les unités suivantes: maladies infectieuses, hématologie, diabéto- endocrinologie, et gastro-enterologie.

La recherche de pathologies a été systématique, qu'elles soient symptomatique ou non. Tous les malades hospitalisés au cours de cette période étaient examinés par nous même.

Après la sortie, les dossiers de tous les malades hospitalisés ont été revus pour rechercher une PI qui n'aurait pas été décelée durant l'hospitalisation.

L'inclusion n'était retenue que si les avis d'au moins deux médecins du service concordent. Il arrivait aussi que des cas soient directement identifiés au cours de la visite générale des malades hospitalisés par les médecins du service. Pour la confirmation d'une PI, la théorie de cause à effet après prescription d'une molécule ou réalisation d'une technique était de mise. Un certain nombre d'examen complémentaires (NFS , Ionogramme sanguin , Hémoculture , Glycémie, ECBU, Selles POK) ont été réalisés quand cela était nécessaire. Par ailleurs nous n'avons pas pu réaliser pour tous les malades deux examens capitaux pour notre étude à un moment donné soit pour raison technique soit pour problème financier. Ainsi donc n'ont été retenues que les PI considérées comme vraisemblables ou très vraisemblables selon les critères d'imputabilité de la pharmacovigilance.

RESULTATS

V RESULTATS

Durant notre période d'étude, 1192 entrées(610 hommes et 582 femmes) ont été enregistrées dans le service de médecine interne.

68 pathologies iatrogènes chez 60 (25 femmes et 35 hommes) malades ont été recensées en médecine (A,B,C,D) sur 18 mois soit 5% des hospitalisations.

Le sexe ratio(1,4) ne différait pas de celui des autres malades hospitalisés de façon significative (1,04) toujours avec un plus grand nombre d'hommes. ($p=0,0002$)

5.1 -RESULTATS GLOBAUX

5.1.1 Tableau I Répartition des patients selon les tranches d'âge "10"

Tranches d'âge	Effectifs	%
10 - 19	6	10
20 -29	8	13,3
30 -39	9	15
40 -49	10	16,7
50 -59	4	6,6
60 -69	18	30
70 -79	3	5
80-89	1	1,7
> 89 ans	1	1,7
Total	60	100

L'âge moyen était de 46,12 ans avec un écart type de 20,69 des extrêmes entre 10 et 115.

5-1.2 Tableau II Répartition des malades selon le sexe.

sexe	Effectifs	%
F	25	41,7
M	35	58,3
Total	60	100

Le sexe masculin est le plus représenté dans notre échantillon .

5-1.3 Tableau III : Répartition des malades selon la profession.

Profession	Effectifs	%
Fonctionnaires	20	33,3
Ménagères	17	28,3
Elèves	7	11,7
Cultivateurs	7	11,7
Commerçants	6	10
Autres	3	5
Total	60	100

Les fonctionnaires et les ménagères sont les plus représentés dans notre échantillon.

5-1.4 Tableau IV : Répartition des malades selon l'ethnie.

Ethnies	Effectifs	%
Bambara	17	28,4
Peulh	11	18,3
Sarakolé	11	18,3
Malinké	4	7
Sonrhai	3	5
Maure	3	5
Sénoufo	2	3
Mossi	2	3
Autres	7	12
Total	60	100

Dogon(1) Minianka(1) Somono(1) Bozo(1) Kassonké(1) Metisse(1) Diawando(1).

Trois ethnies dominent le tableau IV soit respectivement : bambara(28,4%) ,peulh(18,3%) et sarakolé(18,3%).

5-1.6 Tableau VI Répartition des malades selon les médicaments et actes techniques responsables des accidents iatrogènes.

Nature	Observations	%
Actes techniques	16	23,5
Insuline	15	22
manque de soins de nursing	11	16
Anti-tuberculeux	7	10,3
Chimiothérapie anti-cancéreux	6	9
Diurétiques	3	4,4
corticoides	3	4,4
Médicaments traditionnels	2	3
Antibiotiques	2	3
Divers	3	4,4
Total	68	100

Divers: sulfamide hypoglycémiant(glibenclamide)(1),Anti-depresseur(amitriptyline)
(1)hydroxycarbamide(1)

- Les actes techniques (n=16): lachage de fil de suture(n=3), deux infections du liquide d'ascite après laparoscopie, infection urinaire sous sonde urinaire(n=2), une septicémie après transfusion, une infection sur cathéter, réaction transfusionnelle(n=2), hémorragie interne(n=2), une lipodystrophie sous cutanée(n=1) un emphysème sous cutané(n=1), une chirurgie thyroïdienne entraînant une hypoparathyroïdie (n=1).

5.1.7 Tableau VII Répartition des malades selon le diagnostic définitif.

Pathologies	observations	%
Diabète	18	30
Retrovirose	9	15
Hémopathie	8	13
Tuberculose	7	12
Néoplasie	3	5
HTA	3	5
Cirrhose du foie	3	5
Autres	9	15
Total	60	100

Autres: Bronchopneumopathie(1) Dysenterie(1) Hemorroïdes(1)

Hépatite B(1) Hypoparathyroïdie(1) IC.(1) IRC.(1) Polyarthrite juvénile(1)

Septicémie(1).

5.1.8 Tableau VIII Répartition des malades selon le nombre de PI. associées.

Nombre de PI associées	Observations	%
1	53	88
2	6	10
3	1	2
Total	60	100

On note 7 cas d'association de PI dont 6 fois une double association et une fois une triple association.

5.1.9 Tableau IX Répartition des malades selon le nombre de médicaments pris.

Nombre de médicaments	Effectifs	%
1	4	6,6
2	8	13,3
3	18	30
4	22	36,7
5	6	10
6	1	1,7
8	1	1,7
Total	60	100

La consommation moyenne de médicament était de 3,43 avec un écart type de 1,25 et des extrêmes entre 1 et 8.

22 patients (36,7%) de notre échantillon consommaient 4 médicaments et 18 malades(30%) 3 médicaments.

5.1.10 Tableau X Répartition des malades selon les signes d'accompagnements.

Signes d'accompagnement	Effectifs	%
Fièvre	22	37
Perte de connaissance	3	5
Agitation	1	2
Epistaxis	2	3
Prurit	3	5
Vomissement	3	5
Chute des cheveux	1	2
Signes d'hypoglycémie	14	23
Aucun signe	11	18
Total	60	100

Les signes d'accompagnement les plus rencontrés étaient la fièvre et les signes d'hypoglycémie soit respectivement 37% et 23%.

5.1.11 Tableau XI Répartition des malades selon les données de l'ionogramme sanguin.

Ionogramme sanguin		Effectifs	%
Taux de Na en mEq/l	< ou = 135	5	71,4
	136-144	2	28,6
	144 et plus	-	-
Taux de K en mEq/	Total	7	100
	< ou =3,5	1	14,3
	3,6-5	5	71,4
	5,1 et plus	1	14,3
	Total	7	100

- Ionogramme sanguin: 7 patients (11,6%) de nos 60 avaient bénéficié d'un ionogramme sanguin comportant le taux de sodium et de potassium.

-Natrémie: 5 patients des 7 ont présenté une hyponatrémie, mais nous n'avons retenu que les 3 cas accompagnés de signes de déshydratation.

Le taux moyen était de 131mEq/l avec des extrêmes entre 120 et 140 ,elle a été observée chez deux insuffisants cardiaques et un cas d'HTA.

- Kaliémie: on notait un cas d'hypokaliémie et un cas d'hyperkaliémie mais cette dernière n'était pas accompagnée de signes cliniques ce qui explique sa non prise en compte.

Le taux moyen était de 3,95 mEq/l avec des extrêmes entre 2 et 5,66.

5.1.12 Tableau XII Répartition des malades en fonction des données biochimiques

Examens biochimiques		Effectifs	%
Glycémie en mmol/l	< ou = 4	38	64,4
	4,1-6,99	19	32,2
	7 et plus	2	3,4
	Total	59	100
Créatininémie en micromol/l	< ou =60	7	12,1
	61-120	37	63,8
	120 et plus	14	24,1
	Total	58	100
Urémie en mmol/l	< ou =3	6	16,7
	3,1-7,5	22	61,1
	8 et plus	8	22,2
	Total	36	100

- La glycémie: 38 patients (64,4%) de notre échantillon ont un taux de glycémie inférieur ou égal à 4 mmol/l dont 16 cas d'hypoglycémie significative. Le taux moyen était de 2,41 avec des extrêmes entre 0.96 et 11,83.
- La créatininémie: plus de la moitié de nos patients (63,7%) ont un taux normal. Le taux moyen était de 115 micromol/l avec des extrêmes entre 53 et 548.
- L'urémie: 22 patients (61,1%) des 36 ayant bénéficié ont un taux normal. Le taux moyen était de 6,57 mmol/l avec des extrêmes entre 2,58 et 20,31.

5.1.13 Tableau XIII Répartition des malades selon les données de l'hémogramme.

NFS		Effectifs	%
taux de GB par mm3	<4000	7	13
	4000-10000	29	53
	10000et plus	19	34
	Total	55	100
Taux de GR par mm3	<3000000	12	22
	3000000-6000000	42	76
	>6000000	1	2
	Total	55	100
Taux d'Hb en g/dl	3-5,9	3	6
	6-9,9	19	34
	10 et plus	33	60
	Total	55	100

Hb=hémoglobine GB=globules blancs GR= globules rouges

- Les GB: le taux moyen était de 5465/mm3. avec des extrêmes entre 1100 et 25250. Le tier de nos patients présentait une hyperleucocytose. Cette hyperleucocytose était associée à des ostéites chez des diabétiques, des hémopathies et une infection par les VIH.

- **Hémoglobine:** le taux moyen était de 10,3g/dl avec des extrêmes entre 3,80 et 16,5. 22 patients(40%) de notre échantillon présentaient un taux d'Hb inférieur à 10. On notait 3 cas d'anémie sévère ayant nécessité une transfusion sanguine : un cas d'hémorragie, un cas de maladie de Hodgkin, un cas de polyarthrite juvénile.

- **5.1.14 Sérologie HIV :** sur 22 patients soit (36,6%) de notre échantillon ayant bénéficié 9 ont une sérologie positive au VIH1 dont 7hommes et 2 femmes.

5.1.15 Tableau XV Répartition des malades selon la durée d'hospitalisation(en jour).

Durée de la iatrogenèse en jours	Effectifs	%
1	12	23,1
2	1	1,9
3	3	5,8
4	1	1,9
5	2	3,8
6	1	1,9
7	7	13,5
8	2	3,8
10	8	15,4
14	2	3,8
15	3	5,8
21	2	2,8
25	1	1,9
26	1	1,9
28	2	3,8
30	2	3,8
32	1	1,9
38	1	1,9
Total	52	100

Malgré que la détermination de la durée induite par une PI. était difficile à préciser par rapport celle due à la maladie ayant entraîné l'hospitalisation, elle a pu être faite dans 52 cas (87%). ainsi la durée moyenne était de 10.38 + ou - 9.8 jours avec des extrêmes entre 1 et 38 jours. Les PI. étaient responsables de 540 jours d'hospitalisation dont le coût était évalué à 810.000 francs cfa soit un coût moyen par malade à 15.570 francs

5.2 Résultats analytiques

5.2.1 Tableau XV Répartition des malades selon les classes d'âge et le sexe.

Age	Masculin	féminin	Total
10-19	5	1	6
20-29	3	5	8
30-39	6	3	9
40-49	8	2	10
50-59	2	2	4
60-69	8	10	18
70-79	1	2	3
80-89	1	-	1
> 89 ans	1	-	1
Total	35	25	60

La lecture du tableau XV montre que la classe d'âge (60-69) est plus représentée avec une prédominance du sexe féminin. $p=0,35$.

Cela peut s'expliquer par le fait que le service reçoit surtout des adultes.

5.2.2 Tableau XVI Répartition des malades selon les différents groupes et classes définis.

Classes	Groupes				
	A	B	C	D	Total
1	2	3	10	19	34
2	1	-	9	11	21
3	3	-	1	1	5
Total	6	3	20	31	60

5.2.5 Tableau XIX Répartition des malades selon les classes d'âge et les PI.

PI	Classes d'âge									Total
	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	> 89 ans	
HPG	-	-	1	1	2	10	2	-	-	16
ESC	-	2	3	2	-	1	1	1	1	11
INF	3	3	-	1	-	2	-	-	-	9
ACA	1	-	3	2	-	-	-	-	-	6
TI	-	1	-	-	-	2	-	-	-	3
LFS	-	1	-	2	-	-	-	-	-	3
DICI	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
CC	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2
H Int	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2
TD	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
RT	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2
Divers	2	2	3	1	1	1	-	-	-	10
Total	7	9	12	10	4	21	3	1	1	68

Le tableau XIX fait remarquer une fréquence de PI dans la classe d'âge (60-69) soit 21 (31%) de notre échantillon. On peut noter que 10 cas soit (62%) des hypoglycémies enregistrées se retrouvent dans cette catégorie.

Lexique: HPG=hypoglycémie, ESC=escarre, INF=infection, ACA= atteinte cutanée et allergique, TI= trouble ionique, LFS= lachage de fil de suture, DICI= diabète corticoinduit, CC=chute des cheveux, H int= hémorragie interne, TD= trouble digestif, RT= réaction transfusionnelle.

COMMENTAIRE
&
DISCUSSION

VI COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.1 Aspects épidémiologiques:

Notre étude est essentiellement hospitalière, menée dans un seul service à recrutement adulte. Elle analyse des données relatives chez des malades suivis par nous même sur une période de 18 mois. Elle est entièrement prospective et longitudinale. Cette étude permet de constater que la pathologie iatrogène est fréquente en médecine interne de l'hôpital national du point « G » avec une incidence estimée à 4 nouveaux cas /mois.

Nos recherches ne nous ont pas permis de retrouver une fréquence Africaine de la PI. La fréquence moyenne de 5% retrouvée dans notre série n'est pas statistiquement différente de celle de la littérature qui est 8% [6]. Compte tenu de notre plateau technique on peut considérer que le recueil a été assez complet. Il reste toute fois possible que certaines pathologies soient passées inaperçues; un grand nombre de traitements étant arrêtés dès l'arrivée du malade à l'hôpital. Le lien entre de minimes perturbations et certaines molécules considérées comme anodines n'est probablement pas fait [6].

Le caractère universitaire de l'hôpital tend à augmenter la fréquence des PI décelées.

Brenann rapporte une fréquence de 1% dans les hôpitaux ruraux contre 4,1% dans les hôpitaux universitaires.[6]

Il serait hasardeux d'extrapoler les cas observés à l'échelle de la population en raison du caractère hospitalier de notre étude. Mais certains arguments permettent de penser que la prévalence des PI est élevée au Mali:

- 1- Notre étude n'a concerné que le seul hôpital du point « G » et uniquement le service de médecine interne.
- 2-La méconnaissance de certaines PI.
- 3- Les difficultés de distinction entre effets secondaires du médicament et pathologie intercurrente et l'impossibilité de trouver un groupe de comparaison pertinent.
- 4- L'importance qu'on accorde aux PI. dans nos pays.
- 5- La limitation des moyens financiers des malades.

6- L'effectif déficitaire du personnel soignant.

Notre étude étant la première au Mali dans ce domaine, nous n'avions pas pu faire de comparaison par rapport à des données préexistantes. L'âge moyen des malades de notre série (46,12 ans) est inférieur à celui rapporté par P. Roblot et col (69,2 ans) [6] Cette différence d'écart d'âge entre les malades des deux séries s'explique par l'espérance de vie des populations étudiées.

La répartition de nos malades en fonction du sexe montre une prédominance masculine alors que certains auteurs trouvent une prédominance féminine.[6]

La répartition ethnique de nos malades montre une prédominance de trois ethnies à savoir Bambara, Peulh et Sarakolé. Ceci reflète la distribution ethnique de la population du Mali.

Sur le plan des catégories professionnelles, on constate une nette prédominance des fonctionnaires et des ménagères. Ce état de fait s'explique parce que les fonctionnaires consultent plus à l'hôpital que les autres et la proportion plus importante de ménagères dans la population du Mali.

6.2 Aspects cliniques:

Dans notre étude les sujets jeunes (10-40 ans) consomment plus de médicaments que les malades âgés (60 ans et plus) alors que dans la littérature la consommation médicamenteuse est plus élevée chez les patients âgés.[6]

Les PI induites par les gestes à visée diagnostique ou thérapeutique sont habituellement reconnues. En revanche les maladies iatrogènes induites par les médicaments sont nombreuses et les médicaments variés. Il n'est pas toujours facile de faire le lien entre PI. et une molécule. La nature des PI rapportées varie beaucoup d'une série à l'autre. parmi les facteurs de variation on peut citer les habitudes de prescription, la nature et le recrutement des services concernés ainsi que l'intérêt des médecins concernés pour le dépistage des accidents iatrogènes.[6]

Notre étude retrouve une prédominance d'hypoglycémie, des escarres, des infections et des accidents cutanés et allergiques. P. Roblot et col retrouvent une prédominance de troubles ioniques, neuropsychiatriques et des accidents allergiques et cutanés.[6]

Dans notre série 60,5% des PI observées sont dues à une prise médicamenteuse.

Sur les 16 cas d'hypoglycémie retenus, l'insuline (ordinaire ou retard) est incriminée 15 fois et la glibenclamide une fois. Les hypoglycémies provoquées par l'insulinothérapie sont dues le souvent à un déséquilibre alimentaire qu'à un surdosage malgré l'éducation diététique que les diabétiques reçoivent dans le service. P. Roblot et col retrouvaient seulement trois cas d'hypoglycémie dont deux cas liés aux sulfamides hypoglycémisants et cas dû à l'insuline.[6]

Les 11 cas d'escarre observés sont dûs le plus souvent à un manque de nursing chez des malades grabataires ou comateux. Il faut signaler que les cas d'escarre n'ont pas été notés dans les autres séries.

Dans notre étude 9 cas d'infection sont retenus dont trois cas d'aplasie fébrile sous chimiothérapie anti-cancéreuse, deux cas d'infection de liquide d'ascite après laparoscopie, deux infections urinaires sous sonde urinaire à demeure, une septicémie au cours de transfusion sanguine et une infection locale sur cathéter veineux. P. Roblot et collaborateurs ont retrouvé 6 cas d'infection dont deux septicémies, deux aplasies fébriles, un zona et une infection sur prothèse articulaire.[6]

Les accidents allergiques et cutanés observés dans notre série sont au nombre de 6 dont 4 cas de syndrome de Lyell (3 fois sous anti-tuberculeux avec 2 schémas 2RHZS/6TH et un schéma 2RHZE/6TH), une fois sous Sulfaméthoxazole-triméthoprimine et deux cas de rash cutané sous toujours anti-tuberculeux avec le schéma 2RHZE/6TH. A noter que sur les 4 malades ayant présenté un syndrome de Lyell, 3 sont porteurs du VIH1.

Serge a. et collaborateurs trouvaient dans leur série que le premier médicament susceptible de provoquer des réactions cutanées chez les patient infectés par le VIH était le complexe sulfaméthoxazole-triméthoprimine [11] Cet état de fait peut s'expliquer par prévalence de tuberculose chez nous par rapport aux pays développés. C'est ainsi que dans notre travail les anti-tuberculeux occupent le premier rang des médicaments susceptibles de provoquer des accidents allergiques et cutanés.

Etant donné que trois molécules environ sont susceptibles de provoquer des accidents allergiques et cutanés dans les différents schémas de traitement, il n'est pas aisé d'incriminer une molécules (Streptomycine, Ethambutol et ou Rimifon, Pirazinamide)

Les troubles ioniques représentent trois cas dans notre série alors que P Roblot et Col recensaient 28 cas dans leur série.. La faible représentation des troubles ioniques dans notre travail s'explique par le fait que peu de nos patients ont pu bénéficier d'ionogramme sanguin.

Les deux cas de diabète cortico-induit observés dans notre étude correspondent au chiffre retrouvé chez P. Roblot et col.[6]

Le lachage de fil de suture observé dans trois cas chez nous constitue une entité rare ailleurs car la laparoscopie à but diagnostique est une pratique abandonnée dans les pays développés même si elle garde encore toute son importance en milieu tropical.

On note aussi deux cas d'hémorragie interne post laparoscopie .D. Collet et col dans une étude de 200 observations de cholécystectomie par laparoscopie ont eu aussi deux cas d'hémorragie.[3]Il s'agit d'un accident moins fréquent même si une étude faite sur l'évaluation de l'intérêt de la laparoscopie en médecine interne à l'hôpital national du point "G" nous montrait que les incidents et accidents prévisibles étaient: L'hémorragie vasculaire, les nausées et vomissements, les blessures de rate et la perforation intestinale.[1]

Dans notre travail la PI est présente soit à l'entrée soit au cours de l'hospitalisation mais n'induisant pas et ne prolongeant pas l'hospitalisation dans 52% des cas. Tandis que dans la série de P. Roblot et col, la PI est directement responsable de l'hospitalisation dans 77% des cas.[6] Cela s'explique du fait que dans leur série les PI concernent en premier lieu des malades ambulatoires; ce qui n'est pas le cas dans notre étude.

Aussi on peut constater que la PI est secondaire à l'absence d'indication ou au non respect des contre-indications et/ou des précautions d'usage dans 57% des cas de notre série.

Dans la série de P. Roblot et collaborateurs également plus de la moitié des PI. sont survenues dans les mêmes circonstances que dans notre étude.[6]

La présence de 23 malades dont l'âge est supérieur ou égal à 60 ans nous permet de remarquer que les accidents iatrogènes apparaissent fréquents chez les personnes âgées et associés le plus souvent à un facteur de négligence, en particulier la survenue des escarres.

La durée moyenne d'hospitalisation induite par une PI est de 10 jours dans notre série malgré les difficultés à connaître avec certitude ce délai. Cette durée correspond approximativement à celle de la littérature.[6]

6.3 Aspect évolutif :

Sur le plan évolution on note un seul cas de décès suite à une hémorragie interne après laparoscopie.

Le coût évalué par malade est certainement imprécis, il est de 15.570 f CFA dans notre étude et varie de 8.103 ff à 18.202 ff dans la littérature.[6]

**CONCLUSION
&
RECOMMANDATIONS**

VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion

Au terme d'une étude prospective de 18 mois portant sur la recherche de la PI dans le service de médecine interne de l'hôpital national du point "G" à Bamako au Mali nous pouvons conclure que:

La PI constitue une réalité dans le service de médecine interne de l'hôpital du point "G" avec une fréquence de 5% des hospitalisations.

Elle peut survenir à tout âge, avec une prédominance masculine.

Les étiologies les plus fréquentes sont l'insulinothérapie, les actes techniques (laparoscopie, sonde urinaire, cathéter) le manque de nursing, les anti-tuberculeux, les anti-cancéreux, les corticoïdes et les diurétiques.

Les pathologies iatrogènes les plus rencontrées sont: l'hypoglycémie médicamenteuse, les escarres, les infections, les accidents allergiques et cutanés, les troubles ioniques et lachage de fil de suture après laparoscopie.

Le pronostic est fonction de la reconnaissance et de la rapidité du diagnostic.

La pratique d'un interrogatoire et d'un examen clinique minutieux et complet de routine chez tous les malades hospitalisés de même que les examens complémentaires standards est indispensable à la recherche de pathologie iatrogène.

Recommandations

Aux praticiens

La PI constitue une réalité médicale prévisible ou imprévisible après prescription d'une molécule ou réalisation d'un acte technique à visée diagnostique ou thérapeutique d'où la nécessité de sa recherche systématique chez tous les malades.

La prescription n'étant pas un acte isolé elle doit nécessairement être liée au(x) diagnostic(s), au(x) bénéfice(s) escompté(s) et au(x) résultat(s) obtenu(s).

Aux autorités

L'équipement des hôpitaux en matériels adéquats notamment en matelas à gonflage alternatif.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 ALASSANE BALOBO DICKO

Evaluation de l'intérêt de la laparoscopie en médecine interne à l'hôpital du point "G"

Thèse Méd Bamako 1996 n°2 (2)

2 C HAOND, F TISSOT GUERRAZ, B ALLAOU CHICHE, B BUI-XUAN, S DUPERRET,

M E REVERDY, J M VDRINNE, M SEPETJAN, J MOTIN.

Infections nosocomiales en réanimation. Une année de surveillance portant sur 248 patients de réanimation chirurgicale.

Med Mal Inf, 1996 ;26:1150-1154.

3 D COLLET, R BELLIARD, C DOST, J PERISSAT.

La cholécystectomie par laparoscopie: 200 observations.

Méd Chir Dig 1991;20: 43-44.

4 E. PICHARD, H. A. TRAORE, M. DEMBELE.

Que reste-t-il des indications de la laparoscopie en hépatologie tropicale?

Ann Gastroent érol Hépatol, 1990; 26 (1): 7

5 G. BREART.

Epidémiologie et risque iatrogène. Iatrogenic risk and epidemiology

Rev. Epidem et Santé Publ, 1994;42, 379-380.

6 P ROBLET, L DE BAYSER, J BARRIER, R MARECHAUD, B BECQ-GIRAUDON.

Primum non nocere. Etude prospective de 115 observations de pathologies iatrogènes recueillies en un an chez 106 malades.

Rev Méd Interne 1994; 15: 720-726.

7 Ph BIERLING ET B DREYFUS.

Incidents et accidents de la transfusion sanguine.

Traité de Médecine de Jean Hamburger Flammarion 1981;1: P2651-4

8 PIETTET, FERRY M, SOUBRIEC ET TEILLET.

Pathologie iatrogène du sujet âgé. Encycl. Méd. Chir (Paris France)

Thérapeutique, 25004A10, 1992, 12p.

9 R DE TOURNEMIRE(1), P YENI(1).

Risques iatrogènes particuliers aux patients infectés par le VIH.

The specific iatrogenic risk of HIV infected patients.

Rév Epidém et de Santé Publ, 1994, 42, 434-443.

10 R SALAMOU, S LAWSON AYAYI, L R SALMI.

Evaluation des liés aux transfusions sanguines dans les pays industrialies.

Risk related to blood transfusion in industrialized countries.

Rév Epidém et de Santé Publ, 1994, 42, 408-415.

11 SERGE A, COOPMAN M D, RICHARD A JOHNSON M D, RICHARD PLATT, M D and ROBERT S STERN M D.

Cutaneous Diseases and Drug Reactions in HIV infection

N Engl J Med. 1993; 320: 1670-4.

12 TRAORE H A, PICHARD E, KONATE A, DEMBELE M, DIALLO A N.

L'échographie au cours des hépatopathies à Bamako.

Méd Chir Dig, 1990; 19: 303-305

RESUME DE LA THESE

NOM : HAIDARA

PRENOM : IBRAHIMA

TITRE de la THESE : La pathologie iatrogène dans le service de Médecine Interne du Point G de BAMAKO.

ANNEE : 1995-1996

VILLE de SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU : BIBLIOTHEQUE FACULTE de MEDECINE de PHARMACIE et D'ODONTOSTOMATOLOGIE

SECTEUR D'INTERET : Médecine interne

RESUME

Soixante huit observations de pathologies iatrogènes ont été recueillies de façon prospective en 18 mois chez 60 malades. Chaque observation était retenue si les avis d'au moins deux médecins du service concordait. Les malades ont été classés en 4 groupes en fonction du délai de survenu de la PI. par rapport à l'hospitalisation et en trois classes selon le degré de responsabilité de l'agent causal.

La PI s'observe à tout âge, avec une prédominance du sexe masculin et pour les professions de fonctionnaires et de femmes au foyer.

La fréquence de la PI est de 5% des hospitalisations du service.

Les principaux agents responsables sont les actes techniques (16), l'insuline (15), les anti-tuberculeux (7), les anti-mitotiques (6).

Les principales pathologies rencontrées sont l'hypoglycémie (16), les escarres (11), les infections (9), les accidents allergiques et cutanés (6).

Les facteurs de risques sont l'âge, la séroposivité au VIH, l'insulinodépendance.

La durée moyenne d'hospitalisation induite par une PI est de 10 jours.

Le coût moyen par malade est évalué à 15.570 f CFA.

Un facteur de négligence intervient dans 40%. Un certain nombre de PI pourrait être évité par des mesures simples: le respect des précautions d'usage, la surveillance stricte des malades (soins de nursing) et la limitation de l'automédication.

[4] MOTS-CLES : pathologie iatrogène médecine interne

ABREVIATIONS

ACA	atteinte cutanée et allergique
CC	chute des cheveux
DCI	dénomination commune internationale
DICI	diabète corticoinduit
ESC	escarre
HPG	hypoglycémie
H int	hémorragie interne
IC	insuffisance cardiaque
IRC	insuffisance rénale chronique
INF	infection
LFS	lâchage de fil de suture
PI	pathologie iatrogène
RT	réaction transfusionnelle
SAW	sallallahou alaihi wassallam
SWA	soubahana wata ALLAH
TD	trouble digestif

FICHE D'ENQUETE

LA PATHOLOGIE IATROGENE DANS LE SERVICE DE MEDECINE INTERNE

N° DU DOSSIER:

NOM PRENOMS SEXE

PROFESSION ETHNIE AGE

ADRESSE A BAMAKO
DIAGNOSTIC D'ENTREE
ETABLISSEMENT DE PROVENANCE

1) ANTECEDENTS PERSONNELS
MEDICAUX
CHIRURGICAUX
OBSTETRICAUX

GROSSESSES
AVORTEMENT

2) MODE DE VIE

ALCOOL
TABAC
CAFE

DOSE
PAQUETS/ANNEE
THE

DUREE
COLA

- PRISES MEDICAMENTEUSES

DIGITALO-DIURETIQUES
DCI
VOIE D'ADMINISTRATION

DOSE

DUREE
TYPE D'IATROGENESE

CORTICOIDES
DCI
VOIE D'ADMINISTRATION
D'IATROGENESE

DOSE

TYPE
DUREE

SULFAMIDES HYPOGLYCEMIANTS
DCI
VOIE D'ADMINISTRATION
D'IATROGENESE

DOSE

TYPE
DUREE

INSULINOTHERAPIE
TYPE
POINT D'INJECTION
D'IATROGENESE

DOSE

TYPE
DUREE

A.I.N.S
DCI
VOIE D'ADMINISTRATION
D'IATROGENESE

DOSE

TYPE
DUREE

ANTALGIQUES
DCI
DUREE
VOIE D'ADMINISTRATION
D'IATROGENESE

DOSE

TYPE

ANTIBIOTIQUES
FAMILLE

DCI	DOSE		
DUREE			
VOIE D'ADMINISTRATION		TYPE	
D'IATROGENESE			
ANTI-TUBERCULEUX			
SCHEMA			
DUREE			
VOIE D'ADMINISTRATION		TYPE	
D'IATROGENESE			
ANTI-HYPERTENSEURS			
DCI	DOSE		DUREE
VOIE D'ADMINISTRATION		TYPE	
D'IATROGENESE			
ANTI-COAGULANTS			
DCI	DOSE		
DUREE			
VOIE D'ADMINISTRATION		TYPE	
D'IATROGENESE			
ANTI-PARASITAIRES			
DCI	DOSE		DUREE
VOIE D'ADMINISTRATION		TYPE	
D'IATROGENESE			
ANTIDEPRESSEURS			
DCI	DOSE		
DUREE			
VOIE D'ADMINISTRATION		TYPE	
D'IATROGENESE			
CHIMIOTHERAPIE ANTI-CANCEREUSE			
SCHEMA			
DUREE			
VOIE D'ADMINISTRATION		TYPE	
D'IATROGENESE			
MEDICAMENTS TRADITIONNELS			
DCI	DOSE		
DUREE			
VOIE D'ADMINISTRATION		TYPE	
D'IATROGENESE			
TRANSFUSION SANGUINE			
NATURE	DOSE		
DUREE			
		TYPE	
D'IATROGENESE			
AUTRES A PRECISER			
3) GESTES A VISEE DIAGNOSTIQUE OU THERAPEUTIQUE			
BIOPSIE GANGLIONNAIRE		TYPE	
D'IATROGENESE			
BIOPSIE OSSEUSE			//
BIOPSIE STERNALE			//
FIBROSCOPIE HAUTE			//
INJECTION			//

LAVEMENT BARYTE
LAPAROSCOPIE
PAF
PONCTION STERNALE
PONCTION EVACUATRICE
-ASCITE
-PLEURESIE

//
//
//
//
//
//
//
//

PL
RECTOSCOPIE
UCR
UIV

AUTRES A PRECISER

CATHETER
SONDE URINAIRE A DEMEURE

TYPE D'IATROGENESE
TYPE D'IATROGENESE

4) AUTRES PATHOLOGIEE

ESCARRES

OUI

NON

5) EXAMEN CLINIQUE

ETAT GENERAL
TEMPERATURE
PEAU
ABDOMEN
FOIE
RATE

TAILLE

POIDS

APPAREIL URO-GENITAL

TR
OGE
DDR
OMI

TV
SEINS
ASPECT URINES

COEUR ET VAISSEAUX

POULS
EXAMEN PULMONAIRE
ARTICULATIONS, SQUELETTE

TA

BDC

EXAMEN NEUROLOGIQUE

GANGLIONS
YEUX
THYROIDE
AUTRES

6) EXAMENS COMPLEMENTAIRES

NFS
IONOGRAMME SANGUIN
GLYCEMIE
HEMOCULTURE
ECBU
SELLES POK
RADIOGRAPHIES
ECHOGRAPHIE

AUTRES A PRECISER

7) DIAGNOSTIC DEFINITIF
NATURE DE LA IATROGENESE
NOMBRE DE PATHOLOGIES

8) DUREE D'HOSPITALISATION INDUITE PAR LA PATHOLOGIE IATROGENE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !