

En France on découvre 1 700 nouveaux cas par an et environ 25 000 personnes vivantes sont atteintes.

Faire pratiquer une recherche des anticorps anti VIH et recherche des co-infections VHC /VIH.

3) Hépatite virale B (VHB)

Le risque de contamination par voie sexuelle est majeur, (intérêt du préservatif)

Penser aux blessures , piqûres accidentelles (personnel soignant, éboueurs, femmes de ménage...).

III – B) PREVENTION

- **MST : le préservatif** est toujours d'actualité = la syphilis et la gonococcie reviennent en force dans la communauté homosexuelle : elles facilitent la co-infection par le VIH. Chlamydia, herpès, VIH sont toujours à l'état endémique. Il faut renforcer l'information des jeunes. Insister sur la contagiosité des MST et la bonne utilisation du préservatif.
Deux millions de personnes souffrent d'herpès génital désormais imputable à HSV 1 dans 20 à 40 % des cas du fait de l'augmentation des rapports oro- génitaux..
- **Les partenaires et la famille du patient** contaminé doivent **éviter le partage des objets de toilette**, (rasoir, brosse à dents, pince à épiler, pince à ongles...).
- **CMV** (cytomégalo Virus) = la contamination par le CMV au cours d'une grossesse serait responsable de malformations fœtales plus ou moins graves touchant environ 700 nouveaux nés par an (100 décédant des suites de cette infection)
- Les contaminations des mères séronégatives se font souvent au contact d'un premier enfant qui s'est infecté à la crèche ou à l'école.
- On recommande donc aux femmes enceintes de prendre des mesures d'hygiène lors du contact avec l'urine , la salive ou les larmes de ses enfants. Il ne faut pas utiliser les affaires de toilette de ses enfants, ne pas partager la cuillère d'un bébé ni l'embrasser sur la bouche.
Il s'agit ici de prévenir l'infection congénitale méconnue mais la plus répandue en France.

III- C) HYGIENE AU CABINET MEDICAL

Elle doit être une préoccupation quotidienne du médecin généraliste. Elle permet de protéger les patients mais aussi le praticien d'une éventuelle contamination.

- Il est indispensable d'assurer quotidiennement un nettoyage adapté des sols.
- Une toilette des mains s'impose entre deux consultations.
- La stérilisation du matériel doit comprendre une décontamination par immersion, un brossage, un séchage et la stérilisation proprement dite.
- Le matériel à usage unique doit être privilégié (kits de suture, abaisse langues, spéculums, rectoscopes, seringues).
- La récupération des instruments piquants et tranchants doit être organisée et est obligatoire.

Le risque iatrogène

Pr Arlet Philippe – Dr. Vidal Marc – Dr Maurice BINIASZ

D.U.M.G

Pr. Montastruc Jean Louis – Dr. Damase-Michel Christine

Service de Pharmacologie Clinique

*Centre Midi-Pyrénées de Pharmacovigilance, de Pharmaco-épidémiologie et d'Informations sur le médicament,
C.H.U. de Toulouse, Faculté de Médecine, 37 allées Jules Guesde, 31073 TOULOUSE Cedex*

Iatrogène

Adj. (du grec *iatros* : médecin ; *genos* : génération.) Se dit d'un effet résultant de l'intervention du médecin, éventuellement du fait d'une thérapeutique à effets indésirables

Dictionnaire de l'Académie Nationale de Pharmacie.

* Le médecin peut être iatrogène :

En n'intervenant pas.

En intervenant.

* Le médecin peut être iatrogène du fait d'une erreur.

* Le médecin peut être iatrogène du fait de la bonne prescription d'un traitement à effets secondaires.

Prévisibles et mal maîtrisés.

Non prévisibles.

Sur un terrain physiopathologique à risque.

D'une association malencontreuse connue ou inconnue.

Du fait du dépassement des effets prévus du traitement .

* L'acte médical peut être iatrogène du fait de facteurs d'environnement mal maîtrisés.

* Une mauvaise compréhension ou une réalisation incorrecte d'un acte délégué à un auxiliaire médical peut être iatrogène.

* La mauvaise application de consignes nationales, en particulier en situation épidémique, peut être iatrogène.

* La non déclaration des effets secondaires des thérapeutiques retarde la diffusion de l'information de pharmacovigilance à la communauté médicale.

- *Devant tout incident imprévu il est nécessaire de se poser systématiquement la question d'une cause iatrogène possible.*

Questions à se poser avant de prescrire

Le patient est-il malade ?

Le diagnostic est-il assuré ou hypothétique ?

Quelle est l'évolution naturelle de sa maladie non traitée ?

Sa demande doit-elle être prise en charge par une intervention médicale : médicamenteuse, instrumentale, psychosociale ?

Tous les antécédents personnels et familiaux du patient sont-ils connus ?

L'état physiologique et pathologique est-il bien répertorié ?

Tout traitement concomitant est-il connu et maîtrisé ?

Le patient ou son entourage ont-ils bien compris la posologie, le rythme de prescription et l'utilité du traitement ?

Les intervenants extérieurs connaissent-ils les règles de sécurité et de précaution à prendre pour administrer le traitement ou préparer son administration ?

*

L'objectif thérapeutique est-il clairement défini ?

Que peut-on attendre d'une intervention thérapeutique pour améliorer l'évolution de cette pathologie ?

Que peut-on attendre d'une abstention thérapeutique pour améliorer l'évolution de cette pathologie ?

Y a-t-il une alternative thérapeutique ?

*

Le traitement proposé est-il bien documenté, connu, largement accepté par la communauté médicale ?

Le traitement est-il une innovation thérapeutique prometteuse récente ?

Le médecin prescripteur connaît-il tous les effets secondaires habituels du traitement envisagé ? Sinon peut-il y avoir accès ?

Le médecin prescripteur connaît-il toutes les interactions possibles du traitement envisagé ? Sinon peut-il y avoir accès ?

Existe-t-il des règles spéciales concernant la prescription ou la délivrance du traitement ? Sont-elles respectées ?

*

La posologie est-elle adaptée et suffisante ?

La durée de prescription est-elle adéquate ?

Des facteurs extérieurs, non médicaux sont-ils susceptibles d'intervenir sur l'efficacité, la sécurité la régularité du traitement ?

La voie d'administration est-elle adaptée ?

Existe-t-il des traitements correcteurs ou préventifs des effets secondaires ?

*

Les buts du traitement, ses risques, ses effets secondaires ont-ils été expliqués au patient ou à son entourage ?

L'ordonnance est-elle rédigée clairement ? Est-elle compréhensible ?

Le pharmacien pourra-t-il exercer son rôle de conseil ?

Les consignes, en cas d'incident ou d'accident ont-elles été données au patient ?

La destruction des surplus médicamenteux ou des déchets médicaux est-elle prévue ?

*

Le médecin prescripteur sait-il lire de façon critique un article de thérapeutique ?

Le médecin sait-il différencier les arguments scientifiques et les argumentaires de marketing des visiteurs médicaux ?

Le médecin prescripteur est-il conscient de la pression commerciale de l'industrie pharmaceutique ?

Le médecin prescripteur est-il personnellement abonné à une revue de thérapeutique ?

En cas d'effet inconnu du traitement, le médecin sait-il faire une déclaration de pharmacovigilance ?