

INTRODUCTION

Tous les pays de la partie la plus riche de cette croûte terrestre disent qu'ils ont le meilleur système de santé au monde. C'est également le cas en Belgique.

Ce livre évalue cette affirmation sur son exactitude. Il s'avère qu'il y a des failles dans le maillot. Beaucoup, en fait.

Une des choses qui est absolument fausse et totalement biaisé au fil des ans est du côté des dépenses (des dizaines de milliards d'euros par an). Il y a un subsidier (c'est vous et moi en tant que contribuables) qui ne sait pas comment gérer et qui prend quelques mesures cosmétiques année après année, mais ne parvient jamais à attraper la vache par les cornes.

Ce livre tente de répondre à la question : comment attraper la vache par les cornes.

Comme il convient à un médecin, j'essaie d'abord de faire un diagnostic, puis de fournir un traitement.

Dans la première partie, je vous parle de trois cas cliniques dans lesquels un plan A a toujours été proposé, mais a été annulé par un plan B qui s'avère toujours (environ 10 à 20% et plus) plus cher, mais aussi moins efficace. Les cas sont anonymisés. Tous les trois viennent d'hôpitaux belges, pas nécessairement où j'étais employé.

Le cas A est en fait la raison pour laquelle j'ai commencé à écrire ce livre. Cette affaire et ses conséquences (notamment la mort d'une jeune mère) m'ont tellement bouleversé et s'est avéré être la goutte qui a causé le seau à déborder. C'est un type d'exemple d'un système qui pourri à l'os ne peut pas l'admettre à lui-même.

Le cas B est également un diagnostic plus difficile. Cette fois, cela s'est bien terminé pour le patient impliqué. Il m'a donc donné la permission de publier cette affaire dans ce livre. L'affaire est également sur mon site Web. L'Ordre (des médecins) en a dit que le niveau devrait monter (mais pas du cas A).

Le cas C montre que même avec des diagnostics plus simples, cela peut mal tourner. Et que les erreurs du système (chaque erreur est une erreur de système) peuvent non seulement être trouvées dans les hôpitaux, mais aussi au niveau de la première ligne, sans parler de la communication entre les deux.

La façon de décrire les cas n'est pas comme on peut le trouver dans les revues médicales. La subdivision : histoire, discussion et avec une vision/point de vue du patient peut y être trouvé, mais pas toujours et il faut chercher un peu. La note de bas de page et l'évaluation des coûts ou des bilans (et certainement les réflexions) jamais. Bien que la section des coûts puisse être un peu inepte (j'ai aussi que pouvoir utiliser des prix publics et des allocations INAMI), l'approche de 10 à 20 % et encore plus de réduction des coûts semble à chaque fois se confirmer.

Dans la deuxième partie, je fais quelques propositions de recherche scientifique (tous les trois en processus de soumission au centre de connaissances KCE qui pourra décider d'en faire un sujet d'étude l'année prochaine (si la première proposition peut encore être vu comme endéans ce qui l'on pourrait voir accepté comme sujet dans la ligne de pensée en vigueur, les deux autres ne le sont pas vraiment, et donc, quoique leur intérêt de société est indéniable, plus difficile à convaincre un éventuel sponsor, même dit « non-commercial »). J'ai moi-même fait de la recherche scientifique, j'ai même obtenu un doctorat en 2002, mais avec des sujets de recherche imposés d'en haut. Non pas que des choses intéressantes pourraient en être dit, mais maintenant, 18 ans plus tard, très peu révélateur et ceci quoique j'ai correctement prédit ce que leur valeur respective était. Alors que d'autres y ont investi sans succès des millions d'euros.

D'après les cas, et aussi au départ de la conviction qu'il y a probablement encore plus à collecter de l'anamnèse (interrogation) et de la recherche clinique dans chacun des trois cas, mais aussi dans tant d'autres patients, je propose dans cette partie un certain nombre d'études qui s'inscrivent dans la teneur du livre et qui restent fort lié à la pratique clinique.

La première proposition commence par des données du Bureau d'évaluation et de contrôle médical (SECM) concernant les données sur la consommation de ponction lombaire en Belgique. Invariablement en Belgique, la méningite est traitée en ceftriaxone - acyclovir. Mais, d'après mon expérience, la ceftriaxone est également prescrite en monothérapie ou combinée avec d'autres antibiotiques pour des indications reconnues mais également non reconnues. À la lumière de la formation (donc plus) imminente de résistance, la proposition se pose d'identifier les indications de prescription de ceftriaxone, de proposer une alternative là où la prescription de ceftriaxone est non indiquée et de là émettre une information directe claire à toutes les pharmacies hospitalières en Belgique.

Une deuxième proposition part également des données fournies par le SECM. Ces données confirment mes soupçons comme facilement observables dans les hôpitaux belges, de double utilisation de la tomographie calculée (CT) et des enregistrements de crânes spinotomographiques nucléaires (IRM), c'est-à-dire les deux études chez le même patient au cours du même enregistrement (comme à deux reprises, mais totalement inadéquat, s'est produite dans le cas A). La proposition est donc d'énumérer les indications pour cette double utilisation, puis de tracer une ligne de démarcation de ce qui est et n'est pas indiqué. L'objectif est qu'un(e) neurologue soutienne et confirme cette décision (la proposition a été soumise au comité d'éthique de l'UZ Brussel).

La troisième proposition reste dans le domaine neurologique. Bien que les données SECM, contrairement à la première et la deuxième recherche (et d'autres données plus tard dans le livre) montre une baisse de la consommation au cours des dix dernières années (encore une consommation de 21 millions d'euros par an), de nombreux électroencéphalogrammes (EEG) sont encore effectués sans trop de raison scientifique. Je propose donc que les indications pour l'EEG soient énumérées rétrospectivement dans un ou plusieurs hôpitaux, puis à nouveau discuté avec un(e) neurologue où se trouve la ligne de démarcation entre utile et moins utile (et ce que mérite d'autres recherches, et quoi pas).

La troisième partie contient une série d'articles, dont seul le dernier peut être considéré comme un sujet médical strict. Les autres articles le sont aussi, mais ont obtenu une dimension un peu plus philosophique (j'ai étudié la médecine (avec toutes sortes de diplômes) et également fait un baccalauréat (maintenant appelé bachelor) philosophie). Cependant, je n'ai aucune prétention philosophique. Ce que j'ai fait, c'est découvrir dans la littérature médicale ce qu'il y avait à trouver sur ce sujet, puis construire à partir de là et faire mon truc.

Le premier article traite de la nécessité d'obtenir plus de données épidémiologiques pour appuyer la recherche clinique du diagnostic. Comme vous avez été aidé par des données sur la fièvre et l'examen de la gorge dans le cas B et donc par cela déjà obtenu une forte probabilité de savoir que ce que vous pensiez être pertinent, il était en même temps clair que le médecin aurait ici pu être aidé encore plus par la disponibilité d'un chiffre sur la virulence bas bruit comme une troisième bifurcation. Sous-jacent un plaidoyer pour une pensée plus algorithmique dans la formation de diagnostic, plutôt qu'un vol classique (plus cher) dans le bilan.

Le deuxième article porte sur la protection du dénonciateur. Encore une fois, il y a beaucoup de littérature médicale que j'ai résumé pour vous (j'espère d'une manière claire). Dans l'ensemble, une image assez sombre : zéro protection. L'article vise à encourager la ministre à faire un travail urgent à ce sujet (et pas seulement dans le secteur médical). Si la ministre lit mon article, elle comprendra pourquoi. La peur d'être congédié ou mis sur liste noire (dans mon cas, mon visa étant retiré (ce qui signifie que vous ne pouvez plus utiliser votre numéro INAMI, ce qui est bien sûr à ne pas à rigoler)) est profondément ancré dans le secteur. De toute évidence, si personne n'ose parler, nous n'avancerons pas. Alors c'est juste un regard propre et rien de plus (Keep the aspidistra flying, George Orwell).

Un troisième article traite des paramètres de qualité des soins. Ces dernières années, nos directeurs d'hôpitaux ont beaucoup imposé au-delà des têtes des médecins hospitaliers. En particulier, un médecin bien défini avec beaucoup d'influence dans le secteur, mais qui n'est pas exactement mon ami, s'est avéré très motivé par cela. Vous pouvez comprendre que je veux que ce médecin, qui m'a fait beaucoup de dégâts dans l'intervalle, y soit répondu, bien qu'entre-temps, ces mêmes cadres hospitaliers sont devenus convaincus que ces critères se sont avérés être beaucoup de bêlements et peu de laine (cela a suffi à la direction de l'UZ Gent d'en finir avec le contrat) (en attendant le secteur, vous en tant que contribuable, est déjà plusieurs centaines de milliers d'euros plus pauvre). Mon argument est que regarder la qualité sans regarder son prix est inutile. C'est comme partir en voyage et dépenser de l'argent sans savoir combien, ou l'achat d'une autre propriété ou un vélo sans regarder le prix demandé, vous l'appeler. C'est du suicide au plus pur.

A partir du quatrième article, il semble vraiment y avoir beaucoup de problèmes (les médecins de bonne pensée l'expérience différemment, le décrivant comme "traîner le linge sale (et il ne devrait pas)"). J'ai commencé par la publication triennale (=tous les trois ans) du centre de connaissances (KCE) sur la performance du système de santé belge (c'est-à-dire à partir de paramètres officiels (sélectionnés)). Dans certaines choses, nous sommes bons, dans d'autres mauvais. Il s'avère qu'il y a beaucoup de points de travail. Cela confirme la

base scientifique de la prémisse de ce livre : système coûteux avec résultats plutôt médiocres. Ceci étant digéré, je laisse l'assureur (c'est vous encore une fois, le contribuable) parler. La question clé est, comment pouvons-nous sortir du gaspillage inutile de 10 à 20% (c'est une marge d'épargne décente à une consommation de 23 milliards d'euros par an (Vous le lisez bien 20% de 23 milliards est de 4,6 milliards d'euros/an)). Toutefois, ceci ne signifie pas que vous allez simplement retirer ces milliards du secteur, cela exige une politique bien pensée, avec vision, à court et à long terme. Cela peut également exiger encore plus que cela. Une réponse sur la question si croissance est une constituante (inévitabile, que nous devons accepter) ou plutôt un symbole (que nous courons d'après, mais ne devrions pas réellement le faire).

Dans le cinquième article, j'essaie de formuler une réponse à cette question en donnant un exemple (répondre à une question difficile avec un exemple est souvent une meilleure option que de chercher une réponse abstraite). J'ai pris le dépistage primaire du cancer de la prostate et de son traitement chirurgical à titre d'exemple. Je n'ai pas choisi cet exemple au hasard. Je sais ce que se joue dans le secteur, et que le côté chirurgical, que j'ai laissé à côté jusqu'à présent, n'est pas plus sacré que le Pape. Et comme il s'avère. Quelqu'un comme moi, avec l'œil critique mentionné ci-dessus, a également dû avaler ici quand j'ai mis la main sur les chiffres du dépistage primaire pour le cancer de la prostate au niveau médecin traitant. Je ne m'attendais pas à ce que ce soit si énorme. J'étais consterné. Mais, des faits sont des faits, et ils semblent s'intégrer merveilleusement dans la teneur de mon livre (cet article est plus médicalement formé). Dommage que le SECM ne pouvait/voulait me donner que des chiffres sur cinq ans (après beaucoup d'insistance de ma part cette fois). Je leur ai envoyé mon article. La croissance est un symbole.

C'est comme ça que j'arrive à **la quatrième partie**. Ici, j'explore le bord de ce qu'un médecin devrait être capable de lire. D'autre part, j'ai l'impression que vous ne pouvez pas vraiment faire une différence si vous ne mentionnez pas la radicalité de la discussion. Dans le cas de la médecine, ces sujets sont la maladie (qu'est-ce que c'est?) et (aspects de) la relation médecin-patient. Cependant, parce que je ne suis qu'un médecin, je n'ai pas plus de prétention que celle trouvée dans la littérature. Cependant, dans le premier et troisième article, je tourne fermement les choses à l'envers et voit ensuite ce qu'il en reste (thèse-antithèse-synthèse). Entre les deux, je donne des exemples dans le deuxième article pour montrer que le tableau de travail offert dans le premier article est réalisable (j'ai également élaboré ce tableau de travail pour la fibromyalgie dans un autre article, toute personne intéressée peut me contacter pour demander une copie).

Le premier article traite de la mise en position de la maladie. Cela peut sembler pompeux, mais ce n'est pas le cas. En fait, cela complète ce qui est donné dans le cadre des cours de Marc Vandeweerdt et de Marc Dubois dans la première année de médecine d'assurance. J'ai suggéré aux professeurs de broder plus loin sur cela (et d'y travailler dans un cadre plutôt Nietzschian). Ils étaient d'accord. Néanmoins, une fois l'article écrit, ils n'étaient pas intéressés à y travailler jusqu'au niveau de la revue de médecine et philosophie. Par conséquent, l'article est resté ce qu'il est. Il indique que lorsque vous quittez le discours du médecin, à travers le patient au point de vue collectif, vous devez également remplacer le

discours naturaliste du médecin INEVITABLEMENT par une pensée normative. Pas tant de nouveauté là-dedans. Plutôt dans l'abstrait "compatibilité des trois niveaux". Également innovant est le tableau 2 de cet article. Idées de Nussbaum, Rawls ni Singer ont été incorporées dans l'article.

Dans le deuxième article, je donne des exemples de ma «définition» de maladie du premier article (qui est en fait plus un tableau de travail). Les exemples proviennent des cas de la première partie (syndrome de vasoconstriction post-délivrance, mononucléose surinfectée par *S dysgalactiae* (ou *Peptostreptococcus*), hyperparathyroïdie primaire) et la troisième partie (cancer de la prostate). J'ai écrit cet article sans aucune étude de littérature supplémentaire (seulement Kübbler Ross), ce qui rend l'article plus facile à lire. J'ai examiné les données obtenues sur leur validité au tronc commun du tableau 2 à partir du premier article et n'y ai finalement apporté que quelques ajustements. Un médecin avec de l'expérience sera probablement en mesure d'accepter une grande partie de cette façon de colorer. D'autres nuances sont bien sûr également possibles, les catégories ne sont pas toujours 100 % applicables non plus. J'ai découvert et pas tout à fait de façon inattendue que l'anomalie statistique et le dysfonctionnement ne sont pas (toujours) aussi catégoriquement distingué comme proposé à l'origine.

Dans le troisième article, j'introduis un nouveau concept: **la lueur curative**. J'essaie de savoir dans la relation médecin patient pourquoi celui qui coche (le demandeur de testes / l'opérateur / le praticien...) va au-delà de sa ligne si facilement. Dans la littérature, on reconnaît une telle pré-information, mais pas comme une lueur curative. Cependant, cela existe comme une théorie économique. Sur la façon dont la lueur curative (Saint Martin coupe son manteau) désavantage l'efficacité, je n'ai trouvé que quelque chose dans WIKIPEDIA. Proche de la lueur curative est également un comportement prosocial. J'ai trouvé un article à ce sujet qui distinguait entre le comportement pro social une instigation par orientation téléologique, par l'habitude ou réflexe pavlovien. Dans ce tableau, j'ai déjà inclus une colonne qui aurait également pu s'intégrer dans le quatrième article. Le premier auteur d'Oxford UK n'a pas fait d'autres commentaires.

Dans le quatrième article, je parle du résultat final. Ici aussi, je propose une nouvelle compréhension : la **dilution sociologique** (compréhension qui fonctionne en fait comme un fil tout au long du livre, à partir de la fin de la première partie). Plus de littérature à ce sujet qui m'a permis d'élaborer ce concept plus fortement et bien fondé. Je montre comment cela a été appris dès l'enfance et comment cela est utile dans le milieu de travail jusqu'à la pension. Qu'il y ait aussi des inconvénients attachés à cela, je le montre encore une fois avec un exemple, maintenant avec un de mes amis en tant que patient. Et comment donc, le patient a été négligé. En fait, nous regarderions mieux notre patient malgré tout. C'est un choix judicieux.

CONCLUSION

Afin de trouver une réponse à la question de savoir comment attraper la vache par les cornes, je n'ai pas seulement cherché la réponse dans la littérature strictement médicale. J'ai aussi examiné des aspects psychologiques, sociologiques et métaphysiques. Parce que je ne

suis qu'un médecin, je me rends compte qu'un(e) psychologue, un(e) sociologue et un(e) philosophe peuvent renforcer les points donnés beaucoup plus (sans glisser dans des académismes). Idéalement donc, un livre avec quatre auteurs.

Pour les personnes habituées des soins médicaux, cet exercice (de bêche) peut être assez loin de leur lit. Les médecins sont généralement plus faibles en langue. La première et la deuxième partie devraient être bien lisible, les deux dernières parties peuvent peser un peu plus lourd sur l'estomac. Néanmoins, tout a été construit à partir de la littérature médicale existante. C'est toujours un exercice de bêche. Oui, c'est un défi.

Les psychologues, sociologues et philosophes sont plus susceptibles de trouver leur goût dans les deux dernières parties. Là aussi, j'ai gardé les points aussi denses que possible, sinon vous serez occupé pendant une longue période et vous ne verrez plus la forêt à travers les arbres. Cependant, je les invite aussi à participer à la première partie et, dans une moindre mesure, à la deuxième partie. Grâce à Internet, malgré sa technicité, il n'est pas vraiment impossible de le lire. Lieven Annemans (économiste) en a dit: « Je peux lire ça ».

Je m'adresse aussi à tous les élèves en soin. En fait, ce livre devrait être un must pour chacun d'entre eux. Je ne connais pas un seul manuel en médecine (et j'en ai vu beaucoup) qui va aussi loin dans l'analyse des comportements dans la confrontation maladie pensée / être humain. Je me souviens de mon cours de philosophie dans la première année de médecine. Dans cette année universitaire, il a été débattu si vous aviez besoin d'un tel cours pour être un bon médecin. A l'époque, j'ai pensé que c'était du quatsch. Plus maintenant.

En fin de compte, je me concentre sur les gens de la politique. Ce livre n'est pas seulement un livre théorique. Tout au long du livre, je fais un certain nombre de propositions politiques. Fruits en basses suspensions. À court terme et à long terme. Je les ai résumé à nouveau dans l'après-propos.

Maintenant, je veux éviter que tu dises, je lis juste l'après-propos. J' ai consacré beaucoup de temps et beaucoup étudié. Ce livre n'est pas là pour paresseux (j'invite le lecteur à sauter ce qui est entre parenthèses d'abord, et dans une deuxième lecture (si vous le souhaitez) inclure ce qui est entre parenthèses) (ce qui est entre parenthèses est généralement encore plus intéressant que ce qui est à l'extérieur) (contrairement à d'autres disciplines, cependant, il n'est pas commun dans le secteur médical de travailler avec des notes de bas de page).

En termes de soins, nous n'avons eu jusqu'à présent qu'une politique paresseuse (sans les parenthèses). Il est temps que ça change. Il faut dépasser l'homme ludique.

PREMIERE PARTIE

Cas A

Histoire

Une patiente obèse, âgée de 27 ans éprouve, sans prodromes au préalable, quelques heures avant l'admission une agitation sauvage soudaine. Elle secoue la tête, gesticule avec les bras et les jambes et respire de façon profonde (a).

Antécédents nickel, pas de migraine, G2 A0 P2, dernier accouchement d'il y a cinq mois.

Dans l'ambulance, un milligramme de midazolam est administré par voie intra-musculaire.

A l'arrivée au service d'urgence à l'hôpital, la patiente n'est pas coopérative. Le GCS est estimé à 8/15 (M 4 V 2 E 2) (b). L'examen clinique est par ailleurs banal. TA 12/7 cm Mercure, pouls 80/ minute, régulier et égal. Pas de méningisme, pas d'épilepsie, examen neurologique normal. Pas de fièvre à l'admission.

Prise sanguine démontre une glycémie de 146, les GB à 20.2 avec 88.8 % de neutrophiles et CRP 17.7 mg/dl (c). Normocalcémie. Ethanol négatif. Screening urinaire pour drogues négatif pour cocaïne, (met)amphétamine et cannabis.

En guise de préparation pour le CT crâne (sans contraste) (d) le dosage de midazolam est augmenté (+ 4 milligramme IV) sans influence sur le GCS. Le CT crâne est normal. Après le CT scan, la patiente développe une fièvre (e). La ponction lombaire sous propofol montre un liquide clair et est acellulaire : GB 2/ champ, GR 48/ champ, pas de germes. Un Electro-encéphalogram est négatif pour épilepsie.

Un diagnostic provisoire d'encéphalite à la varicelle (les enfants avaient récemment contracté la varicelle). Administration d'acyclovir 1 gr/ 8 heures IV, ceftriaxone 2 gr / 12 heures et ampicilline 1 gr/ 4 heures (f), ainsi qu'énoxaparine 60 mg/ 24 heures en sous-cutané.

Elle est transférée vers un hôpital central (g). IRM crâne 8 heures après l'admission est négatif. Examen sérologique approfondi mène nulle part : la sérologie pour Hep B, Hep C, HIV, Légionelle, Borrélia, pneumocoques mycoplasme, toxoplasme, Parvo B 19, rougeole, CMV, coxsackie B, adénovirus, RSV, VZV, chlamydia, influenza et para-influenza est négative. Les anticorps Bartonella sont à 1/100 pour l'igM, les igG à 1/640. FAN, ANCA, FR et anticorps CCP et VDRL négatifs. PCR dans le liquide céphalo-rachidien pour Herpès 1 et 2, ainsi que pour virus Hanta, VZV et entérovirus négatifs. Anticorps anti-NMDA et anti-neuronaux négatifs, ainsi que l'anti-GLP 1. Anti GAD 65 positif dans le sérum, mais négatif dans le liquide céphalo rachidien (information UCL). Culture bactérielle et pour BK du liquide céphalo rachidien négative (h).

L'autopsie ne démontre pas d'anomalies corporelles (pas de pathologie ovarienne). L'œdème cérébral macroscopique est confirmé. Au liquide céphalo-rachidien, la protéine 14-3-3 est positive (k). Le teste de confirmation est néanmoins négatif. A l'examen microscopique, le pathologue cérébral ne retient qu'une infiltration lymphocytaire périvasculaire, pas de vasculite.

Quel est votre diagnostic ? : 1) Bartonellose 2) Encéphalite à la varicelle 3) Jacob Kreutzfeld 4) encéphalite auto-immune au GAD 65 5) syndrome post-délivrance vaso-constrictif 6) Pas de diagnose

- 1) Bartonellose (maladie de griffe de chat, germe responsable portant le nom de Bartonella Henselae) se présente usuellement avec de symptômes locaux à la place du griffon, avec en un délai d'une à trois semaines développement d'une lymphangite et ganglions le long du trajet de drainage. Il peut y avoir une fièvre ondulante dans ce décours. Exceptionnellement, la bartonellose peut se présenter sans ses prodromes avec encéphalite, douleurs musculaires généralisées et/ou infestation oculaire. Bartonella Henselae reste très sensible à une pléiade d'antibiotiques. Quoiqu'un échec avec B lactam a été décrit (1) (2), B. Henselae reste extrêmement sensitif (avec un MIC bas) au ceftriaxone et à l'amoxicilline (3). Vu le décès de la patiente, un sérum de contrôle cherchant confirmation d'une infection récente n'a pas pu être envoyé au lab.
- 2) Comme la plupart des encéphalites viraux, encéphalite à la varicelle peut présenter avec des symptômes plutôt bénins, tel qu'un syndrome grippal avec des maux de tête et fièvre, des douleurs musculaires et articulaires, fatigue généralisée et faiblesse. Zoster sine herpette (4) (5) (6) est décrit comme une image de cérébellite, méningite, ophtalmologie, Ramsay Hunt, neurite optique, encéphalite aiguë et vasculopathie. Cette vasculopathie peut se présenter comme AVC, mais seulement chez des enfants jeunes, des personnes âgées ou immuno-compromises (7) (8). Notre patiente présentait avec une encéphalopathie (agitation sauvage), plutôt qu'avec une encéphalite (abattu, fatigue généralisée) (quoique pas tout le monde serait d'accord pour faire cette distinction clinique avec une telle rigidité). Patiente a reçu de l'acyclovir. Le PCR VZV (et herpes) était négatif dans le liquide céphalo-rachidien.
- 3) Leucencéphalopathie progressive multifocale (=PML) est causée par activation du polyomavirus JC humain ubiquitaire (80% des adultes sains), mais que chez des patients immuno-compromis (par exemple patients atteints du SIDA, cancer, des patients transplantés et des patients avec maladies auto-immunes comme le lupus ou la sclérose en plaques). Des médicaments tels que la méthylprednisolone, l'azathioprine, la cyclophosphamide, l'anti-TNF ou le rituximab peuvent causer activation du virus JC. De point de vu clinique – comme le dit le nom-, il s'agit d'une leucencéphalopathie multifocale progressive menant à la mort dans le délais de quelques mois (au plus court 2 mois (9), 3,2 plus/minus 2.8 mois (de 1 à 11 mois) chez des patients atteints du SIDA (10)). Le patient immuno-compétent rarissime atteint de PML ne meurt pas (11). De façon entièrement prédictible, le test de confirmation était donc négatif.
- 4) Encéphalite limbique ou auto-immune a, au paravent, été décrit comme une entité para-néoplaste. On y attribuait une image de présentation pleiotrophe, avec aussi

bien des symptômes qui se développent dans un délai de quelques jours jusque 12 semaines, de désorientation, de confusion, de problèmes de mémoire, d'irritabilité, de dépression et de démence (12), mais aussi bien une image d'attaques consécutives d'épilepsie soudaine (critères de Graus et Saiz pour encéphalite limbique (13)). Plus récemment, une entité d'encéphalite limbique non paraneoplaste a été reconnue comme entité séparée. Nombreux sont les candidats antigène/anticorps (quoique 40 à 50 % des cas d'encéphalite limbique sont anticorps négatifs (14)), comme anti-NMDA et anti GlutamicAcidDecarboxylase (GAD) 65 (15). 80 % des patients avec diabète type I sont porteurs du GAD65 (16). Ceci avère être un pathogène neurologique que dans une minorité des patients. Dans ce contexte, que une positivité dans le sérum et dans le liquide céphalo-rachidien manifeste est requis pour pouvoir poser le diagnostic (15).

L'imagerie est MRI dépendant. Cela montre sur les images T2 une hyper-intensité uni-ou bilatérale de la partie médiane du lobe temporel, à peine prenant le contraste (17-20).

Le pronostic est assez propice, guérison complète a été décrite à l'aide de cortico-stéroïdes ou de thérapie immuno-modulatoire (14) (18). Rapports tout de même de trois décès, mais ceux-ci étaient des cas mixtes avec une encéphalomyélite rigide progressive avec rigidité, le syndrome Stiff Man ou Stiff Limb respectivement (21).

Quoiqu'initialement, des IRM crâne faussement négatifs ont été décrits, l'image clinique de notre patiente ne correspond pas avec les critères cliniques de Graus et Saiz.

- 5) Les syndromes postpartals vaso-constrictifs peuvent se présenter, quoique très exceptionnellement, jusque 6 mois après le partus (contribution KUL). Les cas se présentent d'habitude avec des maux de tête, fréquemment du type coup de tonnerre (22-25). Comme dans notre cas, mais sans revendication de spécificité de cela, des cas de développement d'œdème cérébral fulminant ont été décrits, causé par vasoconstriction cérébrale intermittente mais progressive dans une morphologie typique de « string on beads » (22-25). Un décours fatal après une ou deux semaines s'avère possible (26-28).

La plupart des cas ont néanmoins un décours beaucoup plus doux et peuvent même être auto-limitatif. Dans une revue de 28 patients (29) (âge moyen 29 ans) 89% des patients présentent avec maux de tête, 54% avec convulsions, 8/28 avec une image encéphalopathe (éventuellement accompagnée de troubles visuels et/ou un déficit multifocale neurologique), 11/28 avec saignement intracrânien en une patiente en coma. Dans 61 à 67% des cas, un lien avec hypertension avec protéinurie pendant la grossesse ou dans le post-partal pouvait être établi (30).

A l'imagerie par CT, à part l'œdème, des infarctus cérébraux dans la partie effluente des artères concernées en saignement sub-arachnoïdal ont été retenus (31-33). Des branches de l'artère cérébrale antérieure y sont particulièrement sensibles, quoique l'artère cérébrale media, artère basilaire et les artères cérébelleuses superficielles peuvent également participer (35). Il y a d'ailleurs une suggestion que l'artériographie est au maximum positive le jour 7 du décours (35). A l'IRM, un sous-groupe spécifique de vasoconstriction cérébrale est reconnu (PRES), avec à part

l'œdème vasogène, également des signaux hyper-intenses (a)symétriques à l'imagerie T2 (29).

En ce qui concerne la thérapie, pas de RCT disponible. Néanmoins, l'on plaide l'utilisation de médicaments vaso-actifs, en premier lieu les inhibiteurs calciques comme la nicardipine. Williams et al. ont démontré qu'en comparant des patientes non traitées, il y avait 0/18 de mortalité dans le groupe traité, versus 2/25 dans le groupe non traité (35). Autres thérapies parfois utilisées et rapportées sont le mannitol (en cas d'haute pression intracrânienne), le magnésium (si éclampsie), le méthylprednisone ou la cyclophosphamide (dans le cadre d'un diagnostic différentiel difficile avec des vasculites centrales, cfr. Infra).

En sommaire, il y a tout de même consensus dans la littérature que la présentation, la constellation de symptômes et les données angiographiques sont suffisamment reconnaissables pour que l'on puisse établir un diagnostic de syndrome de vasoconstriction post-partale et de pouvoir le différencier d'athéromatose ou de vasculite (34). Même si le CT artério est protocolé ici comme normal, il se doit de reconnaître que le diagnostic ab initio avait déjà reconnu la constellation spécifique des symptômes.

- 6) L'on peut argumenter que dans ce cas, le processus de diagnostique n'est pas achevé. L'argument peut être que la présentation post-partale est tout de même très tardive. D'autre part, la présentation initiale était telle que, en acceptant que l'agitation initiale était causée par des maux de tête et en y ajoutant la distinction à base purement clinique entre encéphalopathie et encéphalite, une revue secondaire du CT artério s'impose.

L'on peut manifester que le diagnostic différentiel est insuffisamment élaboré. Vasculite cérébrale n'a pas été retenu, mais également ici, on s'attend à une présentation beaucoup plus insidieuse. C'est également plus rare. On revendique que les infarctus au CT sont plus irréguliers dans le contour, et donc moins bien positionnés dans l'effluent de l'artère sensible à de la vasoconstriction. L'on ne sait également pas si la patiente a pris de la bromocryptine en guise de prévention de lactation encombrante. Le médicament est fort connu d'avoir des effets secondaires tels, mais se laisse néanmoins toujours trouver dans le répertoire.

Dans cet article, je me suis limité au diagnostic différentiel que s'est prononcé dans le décours clinique de cette patiente, de l'admission jusqu'après son décès. Toute commentaire la bienvenue.

Notes et commentaires

- (a) A l'arrivée aux soins d'urgence (sans disponibilité d'une hétéro-anamnèse) une image de présentation plutôt atypique, élargissant le diagnostic différentiel d'hyperventilation voire réaction de stress jusque toute cause possible de maux de tête et une forme d'épilepsie. Pour une présentation d'hyperventilation primaire, la patiente est un peu trop âgée, et l'on s'y attend à des symptômes accompagnants comme les spasmes carpo-pédals, voire sottise péri-buccale. Pour une réaction hyper-stressée, on peut s'y attendre qu'elle passera automatiquement ou après

administration de benzodiazépines comme réalisée chez cette patiente. Des maux de tête type coup de tonnerre doivent être distingués de maux de tête type cluster, si les douleurs sont vraiment du type coup de tonnerre, elles peuvent être accompagnées d'un saignement sub-arachnoïdien. Pour une attaque d'épilepsie initial, l'on s'y attend que le coma initial s'aggrave tandis qu'il y a également une acidose de plus en plus profonde menant à une aggravation de l'hyperventilation, ce qui n'était pas le cas ici, même si la patiente a eu du midazolam IV en haute dose.

- (b) Vu la non-coopération de la patiente, l'estimation du GCS est ici plutôt arbitraire. La convention dit que sous 6/15, le patient vaut mieux d'être mis sous sédation en intubé, quoique cela reste bel et bien une décision que du médecin en charge. Avec le diagnostic différentiel en tête de la note de bas de page (a) et la possibilité de récupération spontanée qui en ce moment est toujours présente, cette patiente méritait la possibilité d'une estimation clinique prolongée (un infirmière en charge voyait cela d'une autre façon (cf.infra). Cette prise de position serait moins certaine néanmoins s'il y avait des arguments pour une immunodéficience quelconque (ventilation emporte en soi un risque de 50 % de développement d'une pneumonie de ventilation). Une immunodéficience sous-jacente n'est néanmoins très peu probable chez cette jeune patiente sans aucun antécédent.
- (c) La prise sanguine à l'entrée montre une leucocytose élevée avec shift neutrophilaire et un CRP de 17.7 mg/dl. Les deux valeurs peuvent signaler une réaction « stress », quoique la valeur du CRP est en soi un peu trop haute pour cela. Cette jeune patiente obèse peut par exemple avoir eu une cystite asymptomatique. Néanmoins, cette présentation initiale avait très peu d'une image septique. L'urine était claire. La glycémie sérique était de 146 mg/dl sans aucune information du status prandial.
- (d) Un CT crâne a été effectué. Il aurait pu démontrer un saignement intracrânien, quoique le clinicien savait que le CT crâne allait être négatif, ce qui a été confirmé par radiologue post hoc, ne fut ce qu'après une heure d'attente imposée par le radiologue de garde. Vu le décours qu'a connu cette patiente, le médecin d'urgence peut a posteriori regretter ne pas avoir donné l'ordre de donner du contraste par voie intra-veineuse en pleine nuit, le médecin en question ne pas étant un radiologue. D'ailleurs, souvenez-vous que cette patiente était sauvagement agitée, et qu'il y a besoin d'administration d'une forte dose de midazolam pour pouvoir procéder à l'examen, et que ce dosage risque encore de devoir être augmenté ce qui peut couper l'hyperventilation de la patiente dont elle a peut-être besoin de point de vue physiologique. En plus, d'un point de vue légal, il est obligatoire qu'un radiologue soit présent dans l'hôpital pendant l'administration de contraste intra-veineuse (dans quasi tous les hôpitaux en Belgique, cette règle est non respectée). Dans ce contexte, il ne pouvait pas être argumenté que l'administration de contraste ne pouvait pas attendre le lendemain (donc 8 heures plus tard).

Le CT crâne avec contraste n'a malheureusement ne pas été effectué le lendemain matin et ceci en dépit du fait que le médecin d'urgence y avait insisté par voie écrite et orale. Au lieu, un MRI crâne a été réalisé. L'IRM crâne connaît de maintes avantages en comparaison du CT crâne mais est un examen également plus cher (ce qui, en médecine n'est jamais un argument). Dans la ligne de diagnostic différentiel,

dans le décours des 2 heures d'observation de cette patiente, et également en vue du PL négatif, le diagnostic de vasoconstriction post-partale quoique très tardive pouvait déjà être mis en avant comme argument fort de préférer le CT avec contraste à l'IRM (avec même le besoin de le répéter dans le plus bref délai si le premier CT crâne avec contraste s'avérait être négatif). Il s'avérait néanmoins que d'autres médecins, formés d'une autre façon, n'ont pas éprouvé ce besoin. Ils étaient en ce moment (= le lendemain matin) tous d'accord qu'un IRM devait être effectué. Il s'implique qu'il y a déjà là découplage entre le besoin de réaliser un IRM et la présentation clinique et que ces médecins ont voulu « chercher large » au lieu de se laisser guider par les éléments déjà obtenus. Pire même, après l'IRM, il y avait un soulagement chez les médecins (d'alors troisième ligne) traitants la patiente tellement trompeur, que la patiente a trouvé la mort par la suite.

Just avant le CT crâne, l'infirmière de la note de bas de page (b) a demandé au médecin d'urgence de téléphoner le médecin intensiviste de garde. Quoique le médecin d'urgence lui explique qu'il vaut mieux téléphoner ce médecin après le résultat du CT scan, elle insiste. Le médecin d'urgence fait rapport de cela au médecin intensiviste de garde. Le médecin intensiviste demande si le médecin d'urgence a jugé nécessaire de lui téléphoner et si le médecin d'urgence se sent à l'aise avec cette patiente. Il recommande association de kétamine. Le médecin d'urgence suit les instructions de son superviseur en fonction en laisse chercher de la kétamine (dans le monde des anesthésistes, la kétamine peut être utilisé comme antalgique dans une balance en dose avec le midazolam). Une autre infirmière trouve le dosage de la kétamine proposée trop basse. Vu la possibilité de perte conséquente de l'appréciation de l'évolution clinique de la patiente (en ce moment, il n'y qu'un CT crâne effectué, pas encore de PL), la kétamine n'a pas été administrée. Le superviseur n'est pas venu voire la patiente.

- (e) Après le CT crâne, la patiente développe une fièvre. Fièvre + confusion = ponction lombaire (=PL). Ceci fait abstraction due fait que la patiente aurait pu être moins confuse qu'elle en a l'aire, ce qui néanmoins ne diminue certainement pas l'indication de la PL.

Si l'on est agité tel que notre patiente et d'une telle durée, développement de fièvre est une possibilité certes. Fièvre iatrogène existe également. Dans le cas-ci, l'infirmier principal de garde avait laissé l'ampoule de midazolam attaché sur la conduite entre la perfusion et l'accès intra-veineux de la patiente. Ceci pour éviter que le milligramme de midazolam conséquent ne devait pas à chaque fois être retiré. Bien entendu, chez cette patiente agitée +++, l'ampoule de midazolam s'est ensuite détachée de la conduite, pour pouvoir être retrouvée dans le lit de la patiente. Le médecin d'urgence fait la remarque.

Il va de soi que l'infirmier en charge a dès lors l'obligation de communiquer cela dans le dossier infirmier, certainement avant le transfert au matin au centre tertiaire. Au savoir de médecin d'urgence, ceci n'a pas été réalisé.

Le médecin d'urgence décide de ne pas réaliser la PL soi-même. Il fait un deuxième coup de téléphone au médecin superviseur, et ceci après que le radiologue ait confirmé que le CT crâne était bel et bien négatif.

Le status de la patiente est entre-temps plus calme, il n'y avait plus besoin d'augmenter encore le midazolam. Quand elle sera liée au lit, l'agitation s'aggrave à nouveau. La coopération de la patiente ne s'améliorait néanmoins nullement. L'infirmière de la note (b) dira de cela que le médecin d'urgence « n'est plus bien » (vu son âge ?). Quelques shifts plus tard, elle dira à un collègue infirmier que « ce n'est pas possible (de travailler avec ce médecin).

- (f) Après la ponction lombaire, une thérapie avec de la ceftriaxone et dans ces circonstances l'inévitable acyclovir est entamé, et ceci en dépit du fait qu'il n'y avait pas d'image infectieuse à l'admission (il y avait un CRP, certes). Quoique l'ampicilline a également été débutée, il est fort improbable qu'une méningite à *Listéria* devait être incluse dans le diagnostic différentiel à ce stade. Les antibiotiques ont néanmoins toujours un considérable auréole curative, si cela fonctionne, cela vous met dans la possibilité de vraiment guérir des gens (et donc pas que freiner la maladie, comme dans beaucoup d'autres domaines de la médecine de nos jours). Mais de ce point de vu là, aller penser que dès lors la patiente doit avoir un problème infectieux, est vraiment ne plus regarder le patient, mais bien que juste lui (quand, une semaine après, le médecin superviseur reçoit une lettre de centre tertiaire mentionnant que la patiente est décédée, le médecin superviseur va limoger le médecin d'urgence dans la conviction que l'origine de la pathologie de cette patiente fut infectieuse, tandis que, très clairement, la lettre venant de centre tertiaire le nit.

Également après la ponction lombaire avec son résultat tout à fait négatif (comme pouvait être prévu), le diagnostic différentiel per exclusionem s'est suffisamment rétrécit que le médecin d'urgence sait que le contexte post-partale devient prépondérant. Toujours, ce même médecin demande à l'infirmière de la note (d) s'il peut téléphoner le superviseur pour une troisième fois, étant donné que le shift pour le médecin d'urgence s'arrête à 8 heures, mais que celui du superviseur s'étend encore jusque la soirée du jour suivant. L'infirmière de la note (d) répond que cela n'est plus nécessaire, vu l'image hyper-compétent du médecin superviseur en question.

- (g) Le lendemain matin, la patiente, à la demande du médecin superviseur, a été revue par la neurologue locale. Elle posera le diagnostic d'encéphalite provisoire à la varicelle et organisera le transfert de la patiente vers un centre tertiaire. A ce point-ci (quoique la lettre du médecin d'urgence déjà écrite le suggère), elle se dit être convaincue que cela ne peut aucunement être une image d'hypertension intracrânienne.

Ce même matin, le médecin d'urgence discute du cas avec le chef local des services d'urgence (un chirurgien qui dit que la direction sont des chiens). Le médecin d'urgence accentue le besoin d'un essai de traitement à la nicardipine chez cette patiente. Le chef réplique littéralement : « cette patiente ne devait pas être intubée » (en d'autres mots, il n'a pas compris ce que le médecin d'urgence lui vient d'expliquer et place un entretien antérieur avec les infis bien au-delà de ce que vient de lui dire le médecin d'urgence).

- (h) Le bilan pré- et post mortem a été ce que ceci a été et est à lire dans l'article ici au-dessus. Ceci n'est, sans aucun doute, pas le seul patient où le corps médical consomme à coté du patient, mais plutôt dicté par l'illusion bien connue de ne rien vouloir rater. En abstract, comme d'ailleurs dans tous les cas suivants, ce découplage de ce dossier y donne l'ampleur comme décrit dans l'article.
- (i) L'essai de drainage ventriculaire était prédestiné à échouer vu l'œdème cérébrale généralisé comprimant les ventricules d'une telle façon que quelques ponctions que ce soient allaient dûment mener à l'échec. Si cela n'a pas été motivé par un seul motif pécuniaire, l'on se doit de constater que l'on y découvre une chaleur curative bien particulière nous menant au soupçon de « homo ludens » que le médecin ne semble pas en mesure de le maîtriser (voire également troisième article de la quatrième partie).
- (j) Le CT scan avec contraste et l'IRM (il faudrait une fois vouloir savoir combien d'imagerie se produit les jours avant la mort d'un patient (chiffres officiels : en Belgique, 50 % de la consommation médicale se réalise endéans les six semaines avant le décès du patient) n'ont à ce point toujours pas été soumis à un second jugement. Ceux qui le refusent se croient infallible et laisse primer cette idée d'infaillibilité au-delà d'une élaboration scientifique de ce cas. En plus, d'un point de jugement juridique, notamment les enfants sont abandonnés à leur sort, tandis que, selon la table indicative, ils auraient droit à une indemnisation de 10 Euro/jour, le dossier étant un bon candidat pour soumission chez le fonds pour accidents médicaux (FAM).
- (k) Les pathologues post-mortem ont vraiment cru à un diagnostic final de maladie de Creutzfeld Jacob. Cela était acceptable pour tout le monde, personne n'avait à se reprocher quoi que ce soit. Toujours le même médecin d'urgence que ci-dessus a riposté que cela était impossible en vu de la présentation plutôt aigue de la patiente. L'hygiéniste hospitalière le sait, or, elle n'ose pas.

Evaluation du bilan

Il est clair au lecteur que le bilan chez cette patiente aurait pu se dérouler différemment, plus fort même, aurait du se dérouler différemment.

Il y a 4 possibilité d'issue : 1) comme cela s'est déroulé, avec point final décès, 2) une démission des soins intensifs du centre tertiaire si réponse à la nicardipine le jour 3 de l'admission avec retour au domicile le jour 5, 3) pas de réponse à la nicardipine, mais bel et bien réponse sur thérapie aux stéroïdes et/ou cyclophosphamide avec démission des soins intensifs le jour 5, puis retour au domicile le jour 7 et 4) pas de réponse à aucune des thérapies instaurées avec point final décès au même jour que comme cela s'est déroulé.

Il y a ab initio un tronc commun que personne ne critiquera (à part naturellement le renvoi (incroyable mais vrai) du médecin d'urgence concerné). Le CT crâne sans contraste, la ponction lombaire avec PCR Herpes, l'EEG, le screening urinaire pour drogues, l'administration de midazolam dans les dosages mentionnés et le propofol (quoique un autre

anesthésique aurait pu être choisi) pour pouvoir exécuter la ponction lombaire et le transfert en centre tertiaire semble justifiable pour tout le monde.

Faisons maintenant le calcul des 4 possibles voies d'issus :

- 1) Comme cela s'est déroulé, avec point final décès : pour rappel : on a administré de la ceftriaxone, de l'acyclovir et de l'ampicilline, il y avait deux MRI crâne et un CT crâne avec contraste (72 heures trop tard), il y avait une étude sérologique avec recherche de positivité d'Hep B, d' Hep C, HIV, Légionellose, Borréliose, pneumocoques, influenza, mycoplasma, toxoplasma, Parvo B 19, rougeole, CMV, coxsackie B, adénovirus, RSV, VZV, chamydia, parainfluenza et Bartonellose. Également recherche de positivité du FAN, ANCA, FR et anticorps CCP ainsi que VDRL, anti NMDA, anticorps anti-neuronaux, anti GLP -1 et anti GAD 65. Dans le liquide céphalo-rachidien recherche du PCR varicella, virus Hanta, virus entéro ainsi que anti GAD 65. Tentative de ponction ventriculaire. Induction d'un coma barbiturique. Décès au jour 6 dans un lit de soins intensifs, en dépit de RCP.

Cout de tout cela : wwww.

Wwww se laisse chiffrer ainsi :

- a) Le prix publique d'acyclovir est de 22 Euros par ampoule. A un dosage de 1 gr/ 8 heures cela revient, étant donné que on préconise une durée de traitement de 5 jours avec arrêt de cette thérapie une fois que le résultat du PCR Herpes est connu, à 330 Euros. Pour la ceftriaxone vaut un dosage de 2 gr/12 heures avec un prix publique de 44 Euros par 2 grammes, traitement par la ceftriaxone durant 6 jours revient ainsi à 528 Euros. Comme l'ampicilline a été retiré du marché récemment, pour le calcul, je prend comme référence l'amoxicilline, ce qui a un prix publique de 10 Euros/gram menant donc au dosage approprié et pour les 6 jours de traitement à 360 Euros. Ensemble : $360+528+330 = 1218$ Euro.
- b) Deux MRI sans contraste ont été effectués, un CT crâne sans et un avec contraste. Pour le MRI crâne, il m'a été communiqué le prix INAMI de 118 Euro, pour le CT 95, ce qui donne en tout **426** Euros.
- c) Pour les testes sanguin426s, un cout de 150 Euros est proposé (info du biologiste clinique de l'hôpital concerné). Il faut y ajouter le prix de demande de la sérologie Bartonellose (60.65 Euro), ainsi que le PCR Hantavirus, VZV et entérovirus sur le liquide céphalo-rachidien (chaque 50 Euros). Cout des anticorps anti-neuronaux s'élève à 112.5 Euros, pour anti GAD 65 43.19 Euros (ce dernier test a été examiné dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, donc à calculer deux fois). Pour anti-NMDA 45 Euro (information UZGHB). Pour les anti-GLP 1, j'estime le cout à 100 Euros. Ensemble : **677.65** Euros.
- d) Patiente a « bénéficié » d'une induction dans un coma barbiturique. Il n'est pas clair quand exactement, mais l'on peut s'imaginer que cela a été considéré après le CT contraste (pris 72 heures trop tardivement, le résultat de ce scanner doit être reçu comme un choc aux cliniciens responsables) et ceci jusque la mort de la patiente, donc trois jours en tout. Ce médicament n'est pas tellement facile à obtenir, se donne en Belgique dans l'exécution d'une euthanasie et devra donc être procuré en dehors de cette indication à l'internet. J'y ai trouvé un prix de

demande de 22.13 Euros par gram. Supposons que cette patiente pèse 100 kilogramme, ce qui laisse supposé un dosage d'induction de 1 gram/30 minutes, puis 3 x 500 mg en puis un dosage de maintenance de 100 mg/heure. En total donc 4.9 gram = 108.44 Euro. Ajoutez-y un honoraire forfaitaire de supervision (au nomensoft, code INAMI 202322) valorisé à 150.31 Euros. Ensemble donc **258.75** Euros.

- e) La ponction cérébrale a également un code INAMI (ponction cérébrale trépane) (230322) valorisé à **223.7** Euros.
- f) Le cout le plus large est naturellement le cout de séjour à l'hôpital. Le prix de séjour d'environ 500 Euros. L'on peut donc y déduire que le prix du lit au soins intensifs sera aux alentours de 600 Euros/ jour. Patient y a séjourné pendant 6 jours, menant donc à un cout total de **3600** Euros.

Le cout wwwww s'élève donc à 6404.1 Euros

- 2) CT crâne avec contraste et administration de nicardipine. En cas de réponse à la nicardipine démission du service des soins intensifs le jour 3 vers un service gynéco, retour au domicile le jour 5. Code pour se cout xxxxx.

Ce cout peut être chiffré :

- a) CT crâne avec contraste **95** Euros (si le timing est bon, peut-être un seul CT aurait pu suffire)
- b) Une ampoule de 10 mg/10 ml a un prix publique de 10 Euros. Le dosage est de 50 à maximum 150 ml/heure (la perfusion peut se faire en périphérique, ne nécessite pas nécessairement le placement d'un cathéter central). Si on prend 100 ml/ heure pendant tous jours : cout total **700** Euros
- c) Si la patiente répond à ce médicament, il en suit 3 jours de séjour aux soins intensifs et 2 jours dans un lit conventionnel = 1000 Euros. En total donc **2800** Euros.

Le cout xxxxx s'élève donc à 3595 Euros

- 3) Augmentation de ce même trajet de soin avec deux CT crâne avec contraste et nicardipine et cortico-stéroïdes et/ou cyclophosphamide avec réponse et donc démission de soins intensifs le jour 5 vers un lit conventionnel, sortie vers la maison le jour 7.

Ce cout porte le code yyyyy.

Yyyyy peut être chiffré en tant que tel :

- a) Il est possible qu'on aurait eu besoin de deux au lieu d'un seul scanner crâne : **190** Euros.
- b) Supposons qu'il n'y a pas de réponse à la nicardipine. L'on aurait alors ajouté du méthylprednisolone à 1 gr/24 heures (a un prix publique de 60.73 Euros), ce qui, en cas de réponse aurait été substitué par 64 mg de méthylpred oral par jour (= 1.86 Euro/jour) dès le jour 5. Il est possible que, dès le jour 4 de

l'admission, l'on y ajoute encore de la cyclophosphamide, mais ce cout est également minimal (4.46 Euros/jour), ce qui permet de faire abstraction de ce cout. Cout total des médicaments donc $700 + 3 \times 60.73 = 882.19$ Euros

- c) En ce qui concerne le séjour : 5 jours aux soins intensifs = 3000 Euro et deux jours dans un lit conventionnel : **4000** Euros

Le cout yyyyy s'élève donc à 5072.19 Euros

- 4) Pas de réponse à aucune des thérapies données et décès de la patiente au même moment qu'en réalité. Cout avec code zzzzz.

Ce code zzzzz se laisse chiffré-t-ainsi :

- a) Deux CT crânes avec confirmation du diagnostic : 190 Euros. Vu la non-réponse, l'on fera un troisième CT sans contraste pour mesurer les dégâts : $+ 95 = 285$ Euros
- b) Pas de réponse thérapeutique à la nicardipine durant 6 jours d'essai = 1400 Euros. Méthylpred IV 1 gr du jour 2 à 6 = $60.73 \times 4 = 242.92$ Euros. Cout des médicaments donc en total **1642.92** Euros.
- c) Re-injonction du coma barbiturique à **258.75** Euros.
- d) 6 jours de séjour aux soins intensifs = **3600** Euros.

Le cout zzzzzz s'élève donc à 5786.67 Euro

Conclusion : Il est clair que le cout du lit hospitalier pèse lourd dans le bilan total. Ainsi, le cout wwwww (6404.1) est plus grand que le cout xxxxx (3595), yyyyy (5072.19) et zzzzz (5786.67) respectivement, et que le cout xxxxx est le cout plus petit qui engendre néanmoins le plus grand succès. Même si dans le scénario zzzzz, avec même résultat à déplorer que dans la réalité wwwww, il y toujours une réduction des couts de 9.6 % envers wwwww ($6404.1 - 5786.67 / 6404.1$) (dans le scénario xxxxx, cela est de 43%, dans le scénario yyyyy, cela est de 20.7%) (le cout des examens post-mortem comme dans wwwww et zzzzz n'a pas été pris en compte).

Ce cout est le prix à payer pour la fuite dans le bilan. Le prix de ne pas avoir voulu écouter un collègue en position inférieure et mal jugée. Le juge hautain. Combien difficile à avaler. Ecce.

Aux personnes impliquées

Tout d'abord, dans cette section, je voudrais m'adresser à la personne la plus importante dans ce dossier, à savoir le veuf encore jeune. Bien que je pense absolument que c'est nécessaire, je n'ai pas été autorisé à vous joindre depuis lors (cfr. infra). Tout d'abord, pour partager des souhaits de compassion et de souligner une éventuelle compensation sociale offerte dans le cas de la perte de votre femme et mère de jeunes enfants. Enfin, c'est aussi pour vous révéler le droit au fil de la vérité nuancée après la mort de votre femme, dont vous êtes actuellement sevré, même s'il est conflictuel. Il est important de ne pas vouloir continuer à le nier indéfiniment.