

**LE COUT DES DIAGNOSTICS EMPIRIQUES ET INTUITIFS.
REGARD CRITIQUE SUR L'EPREUVE THERAPEUTIQUE ET SUR LES
MEDECINES NON-CONVENTIONNELLES.**

G.E. Piérard (1)

**(1) Chargé de Cours, Chef de Service, Université de Liège,
Service de Dermatopathologie**

Résumé

Certaines pratiques ont tendance à se développer en réponse à la politique générale des soins de santé, elle-même guidée par des préoccupations médico-économiques. En particulier, l'épreuve thérapeutique permet d'échapper à une éventuelle surconsommation de tests diagnostiques. Le coût de cette pratique n'est pas négligeable. Certains examens diagnostiques simples et non onéreux devraient être réhabilités dans la pratique clinique quotidienne.

L'ouverture de l'art de guérir à certains thérapeutes non médecins qui recourent à des médecines non conventionnelles qui se prétendent douces est en passe de créer de nouveaux problèmes sur le plan de l'économie de la santé. L'errance diagnostique et le confinement thérapeutique à un effet quasi placebo ne seront jamais des facteurs positifs dans la gestion globale des pathologies.

The cost of empiric and intuitive diagnoses. A critique on the diagnostic search using therapeutic prescriptions and on unconventional medicines.

Summary

Some health care-related practices are probably on the rise as a response to the political economy. In particular, the therapeutic prescription looking for a diagnostic information allows to escape from a possible overcharge linked to proper diagnostic methods. The cost of such practice is not negligible. In fact, the best way to handle the problem is to reinstate some simple and cheap diagnostic tests in the daily practice of clinicians.

The opening of the health care disciplines to new categories of non-physician workers is about to create further problems with regard to the health economics. The unsettled diagnosis and the therapeutic limitation to a quasi-placebo effect will never be positive factors in the global gestion of pathologies.

Key words : diagnosis, health economics

Le coût de la régression des soins de santé

Les difficultés socio-économiques et la politique de gestion des soins de santé influencent le comportement du médecin vis-à-vis de son patient. On peut même s'interroger si l'éthique médicale n'est pas écornée par de grands principes médico-économiques (1, 2). Le médecin peut certes rechigner à demander un examen sophistiqué et coûteux. Il ne faut pas cependant perdre de vue que le coût direct ne doit pas être le seul à prendre en considération dans l'évaluation économique. Dans une gestion globale de la santé, un examen diagnostique cher peut s'avérer plus rentable en raison des économies qu'il permet par ailleurs. Dans ce contexte, le médecin est parfois placé devant le dilemme posé entre l'efficacité médicale onéreuse et l'efficacité vue sous l'angle médico-économique.

Le coût des prescriptions intuitives et empiriques

Une pratique de la médecine se place à l'antipode des principes académiques. Il s'agit de la médecine qui fait fi de la rigueur diagnostique pour se contenter de fondements subjectifs. C'est une réponse de la pratique quotidienne lorsque le diagnostic peut s'avérer long et difficile à établir. Un des moyens utilisés est l'épreuve thérapeutique basée sur l'intuition ou l'empirisme.

La gestion globale des pathologies doit tenir compte de l'efficacité de quatre secteurs qui sont ceux de la prévention, du diagnostic, du traitement et de l'accompagnement. Par l'épreuve thérapeutique, le clinicien court-circuite la phase d'établissement du diagnostic et aborde directement la mise en oeuvre de la stratégie thérapeutique. Cette démarche ne se justifie pas en cas d'affection chronique. Mieux vaut profiter de fondements diagnostiques sûrs plutôt que de se précipiter dans des prescriptions qui risquent de compliquer encore plus le tableau clinique. Celui-ci peut alors devenir illisible, même pour des spécialistes chevronnés. Le rôle pivot du généraliste dans la relation entre

le malade et le monde médical est alors mis en brèche puisque le prescripteur devient le responsable d'une mauvaise coordination des efforts.

C'est dans le cadre des affections aiguës, et parfois sous la pression du malade, que l'épreuve thérapeutique est la plus souvent pratiquée. L'espoir d'un résultat rapide motive cette approche sans toutefois la justifier entièrement. Quel en est le coût ? Il est vraisemblablement beaucoup plus élevé que ce que les adeptes de cette pratique peuvent l'imaginer. Il cumule celui du prix du médicament qui a été prescrit, peut être à mauvais escient, et celui d'une pathologie iatrogène qui peut en découler. Ce risque n'est pas à négliger, car le nombre d'effets indésirables rapportés à des centres de pharmacovigilance est lié à l'étendue des indications de chaque médicament (3-8), à la liberté thérapeutique exercée par les médecins et à la compliance des patients (9). Il faut ajouter à cette problématique le retard souvent apporté par cette pratique au traitement efficace de la maladie primitive, ce qui a des conséquences sur les plans de la santé et de l'économie en terme d'incapacité de travail. Il ne faut pas non plus oublier que le médicament, prescrit pour une maladie qui ne le mérite pas, peut en fait "décapiter" ou "blanchir" une autre affection restée méconnue à ce stade. Les exemples foisonnent en pathologie infectieuse. Un antibiotique prescrit pour la couverture d'une fièvre virale peut en fait masquer les signes précoces de maladies telles une borréliose (maladie de Lyme) ou une MST. Le retard apporté au traitement correct et complet de ces pathologies ne peut qu'être dommageable sur les plans de la santé et du coût thérapeutique subséquent.

Les examens complémentaires simples : désuets ou orphelins ?

Il existe une alternative à certaines épreuves thérapeutiques. A l'époque de la biologie moléculaire performante, de l'imagerie médicale en pleine révolution et d'autres avancées technologiques médicales souvent spectaculaires mais onéreuses, il reste des examens complémentaires simples

et d'un coût insignifiant qui peuvent, entre des mains expertes, résoudre rapidement une problématique diagnostique complexe (10). Malheureusement, dans une logique volontairement administrative, l'organisation des soins de santé a réduit en partie le champ d'activité de la médecine générale et de certaines spécialités entraînant la perte progressive de secteurs qui leur étaient traditionnellement rattachés. Dès lors, abandonnés par ceux qui en avaient reçu l'enseignement et méconnus par ceux qui pourraient les réaliser aujourd'hui, y aura-t-il bientôt des examens orphelins comme il y a déjà des médicaments orphelins (10) ? Aujourd'hui, l'examen de choix pour le diagnostic rapide d'une urétrite gonococcique masculine ou d'une infection herpétique (herpès, varicelle, zona) reste l'examen microscopique d'un frottis (11, 12). Celui d'une infection cutanée par un champignon repose sur la méthode au KOH ou sur la biopsie de surface au cyanoacrylate (13). Un simple examen d'urines peut également être très informatif. La simplicité de ces examens, la quasi-instantanéité des résultats, leur sensibilité et spécificité honorables ainsi que leur rapport coût - efficacité en font des prolongements naturels et quasiment sans frais de l'examen clinique (10).

Mais combien de cliniciens utilisent-ils encore un microscope ? Pourtant, le bon sens clinique aidé de moyens techniques modestes sont générateurs de performances diagnostiques de haute qualité qui éviteraient les pièges de l'épreuve thérapeutique. La simplicité de certaines techniques sans prétention leur confèrent apparemment un caractère désuet. Le processus de décision thérapeutique peut cependant s'en trouver aidé car celui-ci est, dans de nombreuses situations, bien éloigné des techniques sophistiquées de la biologie moléculaire.

Le coût du non-traitement, du placebo et du quasi-placebo

S'il existe un coût à l'épreuve thérapeutique, il est d'autres situations bien plus onéreuses. Personne ne met en doute que l'absence de traitement

entraînerait un coût indirect majeur et des conséquences sociales dramatiques. Il s'agirait d'une régression qui plongerait les populations au rang de peuplades dites primitives souffrant d'une morbidité et d'une mortalité inacceptables.

En comparaison à cette situation, quel est le prix du placebo et celui du quasi-placebo ? Cette question de prime abord saugrenue doit être aujourd'hui posée avec circonspection. En effet, que nous réserve l'avenir depuis qu'une décision ministérielle a autorisé certaines pratiques non conventionnelles aux prétentions thérapeutiques non prouvées? Pour certaines d'entre elles, la responsabilité est donnée à des personnes qui n'ont pas la qualité de médecin. Le risque est de naviguer dans l'errance diagnostique au gré du hasard et d'une information inadéquate et tronquée de la pathologie à prendre en charge. A défaut d'études probantes, le bénéfice à en attendre se situe au niveau du placebo ou du quasi-placebo. Le passage de l'illusion à la réalité des thérapies parallèles aura son coût humain et économique. Espérons qu'il soit moins lourd que celui de l'absence de traitement ! En tout état de cause, bien que ces médecins se targuent d'être douces, elles n'échappent pas à ce que d'aucuns appellent un effet nocebo. Les risques sont variés et les conséquences sont parfois grave (14, 15). Les effets secondaires négatifs directement attribuables à la pratique de telles disciplines ne doit pas échapper à la réflexion des pharmaco-économistes.

Bibliographie

1. Williams A.- Health economics : the end of clinical freedom ? Br Med J, 1988, 297, 1183-1186.
2. Williams A.- Cost -effectiveness analysis : is it ethical. J Med Ethics, 1992, 18, 7-11.
3. Lindquist M, Edwards IR.- Adverse drug reaction reporting in Europe: some problems of comparison. Int J Risk Saf Med, 1993, 4, 35-46.
4. Edwards IR, Wiholm BE, Martinez C.- Concepts in risk-benefit assessment. Drug Saf, 1996, 15, 1-7.
5. Edwards IR.- Who cares about pharmacovigilance ? Eur J Clin Pharmacol, 1997, 53, 83-88.
6. Biriell C, Edwards IR.- Reasons for reporting adverse drug reactions - some thoughts based on an international review. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 1997, 6, 21-26.
7. Bateman DN, Sanders GL, Rawlins MD.- Attitudes to adverse drug reaction reporting in the Northern region. Br J Clin Pharmacol, 1992, 34, 421-426.
8. Belton KJ, Lewis SC, Payne S, Rawlins M.- Attitudinal survey of adverse drug reaction reporting by medical practitioners in the United Kingdom. Br J Clin Pharmacol, 1995, 39, 223-226.

9. Murphy J, Coster G.- Issues in patient compliance. *Drugs*, 1997, 54, 797-800.
10. Mahé A, Strobel M.- Quel avenir pour le cytodagnostic de Tzanck ? *Ann Dermatol Vénéréol*, 1997, 124, 837-838.
11. Denis F.- Techniques de diagnostic rapide des antigènes bactériens: actualités et perspectives. *Lettre Infectiol*, 1992, 18, 575-584.
12. Nikkels AF, Debrus S, Sadzot-Delvaux C, et al.- Immunohistochemical identification of varicella-zoster virus gene 63-encoded protein (IE63) and late (gE) protein on smears and cutaneous biopsies: implications for diagnostic use. *J Med Virol*, 1995, 47, 342-347.
13. Piérard GE, Piérard-Franchimont C, Dowlati A.- La biopsie de surface en dermatologie clinique et expérimentale. *Rev Eur Dermatol MST*, 1992, 4, 455-466.
14. Vanherweghem JL, Depierreux M, Tielemans C, et al.- Rapidly progressive interstitial renal fibrosis in young women: association with slimming regimen including Chinese herbs. *Lancet*, 1993, 341, 387-391.
15. Rustin MH, Poulter L.- Chinese herbal therapy in atopic dermatitis. *Dermatol Ther*, 1996, 1, 83-93.

**Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof. G.E. Piérard,
Service de Dermatopathologie, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.**

