

Cabinet Medical

Santourian Jphilippe

Bilan d'Activité 2022

Table des matières

Préambule.....	3
Historique.....	4
Introduction.....	5
Origine de la demande de soin.....	7
Deux années singulières : 2020-2021 le covid.....	7
Evolution globale de la demande de soin au cours des deux dernières années.....	9
Age Moyen de la Patientèle.....	11
Evolution Globale de la patientèle.....	12
Soins aux Malades.....	14
Une médecine holistique.....	14
Une approche Multimodale.....	16
Pathologies soignées.....	18
Pharmacodépendance : la genèse d'une doctrine.....	21
Soins Covid.....	31
Travail personnel.....	32
Ambulatoire 2020-2021.....	33
Ambulatoire 2021-2022.....	39
Ambulatoire fin juin 2022 à la rentrée 2022.....	47
Travail en Réseau.....	49
Soins pour tous et Gratuité des Soins.....	50
Des Honoraires pour des Résultats: l'offre du Dr Santourian aux plus démunis.....	51
Les Actes Gratuits.....	52
Quantitatif.....	52
Qualitatif.....	53
Plateformes en ligne de prise de Rendez vous : les limites de Doctolib.....	56
Vers une offre «publique-privée» de consommation de «soins»: le marché de la «maladie-santé»..	58
Perspectives d'Evolution.....	60
Annexe.....	62

Préambule

Evaluer son propre travail peut être une véritable gageure lorsqu'on ne dispose ni des pré-requis suffisants, ni de l'expérience des succès autant que des échecs, ni de l'humilité nécessaire à leur reconnaissance, pas plus que des multiples regards aussi bienveillants que rigoureux et sévères de ses Enseignants.

Mais lorsqu'on en dispose, on se le doit à soi même.

J'ai eu la chance d'avoir bénéficié de certains de ces avantages et j'ai eu le courage de me soumettre à certaines de ces contraintes.

Par l'aisance que donne l'habitude du labeur et par celle que procure la répétition des modèles d'excellence, je me permet cette audace et m'impose cet exercice depuis que le pli m'a été donné, il y a plus de 20 ans en arrière.

Le travail qui suit est donc une synthèse qui s'inscrit dans la temporalité d'une habitude de travail.

Il ne saurait représenter l'exhaustivité de mon travail d'évaluation, ni prétendre couvrir tous les champs d'évaluation qui pourrait sembler pertinents à d'autres que moi même.

C'est un instantané partiel, arbitraire et ingrat d'une réalité beaucoup plus complexe, et infiniment plus fournie dans le temps *réel* (plus de 20 années....) qu'il ne le laisse paraître.

Avec toute cette imperfection, il tente de représenter pourtant des années de travail silencieux qui se poursuivront jusqu'à mon dernier souffle.

D'une certaine façon aussi, il est un témoignage à la fois d'une vie professionnelle autant que d'une manière de la vivre.

Historique

Après 17 années de pratique de Médecine Conventionnelle¹, et de Formation Professionnelle Continue, notamment dans les axes complémentaires de l'Homéopathie, l'Auriculothérapie, l'Ostéopathie², j'ouvre un cabinet Médical à Lyon en fin d'année 2016.

Ma pratique est très hétéroclite, dès ma sortie de l'Internat Hospitalier en 2002³, et j'ai l'opportunité de pratiquer une médecine de terrain dont le champ s'étendra depuis la médecine rurale, semi rurale, à la médecine de ville, en passant par des détours à l'hôpital et en clinique. J'enchaîne les consultations, les visites à domiciles, les gardes de nuit et de week end, ainsi que les astreintes.

Remplaçant souvent mes confrères de ville, j'ai l'opportunité de faire mes premiers pas en Homéopathie au sein de cabinets conventionnés, à partir des années 2010. La difficulté résidait, en ces périodes, à pouvoir débloquer du temps médical de consultation complètement inhabituel dans le cadre de journées de consultations médicales plus « classiques ».

J'en profite ici pour remercier mes confrères, et tous les patients qui ont bien voulu me faire confiance à cette période. Il était nécessaire de pouvoir se dégager du temps car la pratique de l'Homéopathie me demandait, surtout au départ, bien plus de temps qu'aujourd'hui⁴. Il s'agissait donc d'assurer des plages de consultations nettement plus longues que d'habitude, forcément moins rentables, mais suffisamment pour assurer les frais de fonctionnement des cabinets. J'intercalais ainsi des consultations d'homéopathie au sein d'un agenda de consultations plus « classiques » souvent assez serré.

Ces efforts ont été toutefois un succès dès le départ, le plus souvent. A la fois parce que certaines situations chroniques initialement sans trop d'espoir se voyaient résolues de manière étonnante, et aussi par les échecs qui mettaient en évidence les limites de l'homéopathie et permettaient ainsi d'avoir une pratique en fait synergique entre l'allopathie et l'homéopathie.

1 Dont les détails sont listés en annexe

2 Et d'autres formations comme l'ophtalmologie médicale, ..

3 Voire même pendant l'internat

4 Quelques 2 000 remèdes à connaître.....une bagatelle !

Introduction

Cette année, il est nécessaire de mettre à jour les classiques évaluations sur l'origine de la demande de soin, l'âge moyen de la patientèle, et les soins aux malades :

Plutôt que par habitude, sans doute aussi- et avant tout du fait- de la pandémie de covid de fin d'année 2019, qui a impacté mon exercice tout autant que mon travail de formation continue, de recherche et de rédaction.

De fait, la demande de soin s'est diversifiée d'une manière que je détaillerai plus loin, et les soins eux mêmes ont fait l'objet d'une démarche logistique, notamment, afin de répondre aux épidémies avec autant d'efficacité que possible.

Je n'ai pas le sentiment que l'âge moyen de la patientèle ait beaucoup changée, en tout cas pas en proportion dans mon exercice, et par rapport aux années précédentes, mais j'y reviendrai plus loin.

Après une nécessaire et indispensable **évaluation critique de la pharmacodépendance en France**, qui reste encore le deuxième motif de consultation le plus fréquent de mon activité, je décrirai les soins covid tels que je les ai pratiqués au cours des deux dernières années.

En effet, il me paraît pertinent d'évoquer dans le détail la singularité de l'exercice de l'Art durant les années 2020, 2021, et l'année 2022 en cours ; en effet, il aura fallu déployer une créativité et une adaptabilité aux conditions d'exercice qui aura nécessité, outre le besoin **de se passer d'un hôpital** exsangue, déshumanisé et maladroit pour les soins covid, l'usage efficace des différents modems de communications afin d'informer les patients en amont, de les soigner et de surveiller leur évolution en aval, puis enfin de prendre en charge de manière aussi efficace que possible la période de convalescence ou les séquelles, lorsqu'elles existent, tout autant qu'une approche multimodale à laquelle moi et mes patient(e)s somment désormais aguerris.

Je parlerai aussi de **l'évolution de l'outil numérique** dans le cadre de mon cabinet libéral : il est certain que l'excès de mise à jour et la robotisation des procédures numériques, conjointes à l'excessive diversité des systèmes d'exploitation, m'ont conduit à des choix de stabilité afin de permettre tout à la fois une lecture aussi fiable que possible du passé, autant qu'une pratique de communication et de lecture numérique compatible avec la réalité dans le présent et pour l'a-venir. Là aussi, je tâcherai d'y revenir en détail.

Le travail en réseau qui s'est développé dans le cadre du soin covid de ces 3 dernières années mérite aussi quelques mots.

Enfin je me permettrai quelques éléments de critique sur les rapports entre le libéral et les « services » médico chirurgicaux, qu'ils soient publiques ou privés.

S'il y avait à retenir, enfin, qu'une seule chose dans l'action Politique et Institutionnelle qui achève **le naufrage sanitaire de 2019-2020**, c'est la fermeture des lits hospitaliers depuis lors⁵.

Je ne suis donc pas optimiste sur l'évolution du soin en France. Le soin conventionnel en France est devenu Politique, Industriel, Numérique, et Ségrégationniste.

5 Ce qui, à lui seul, est contraire à tout bon sens. Et pourtant, cela a été fait. Mais il y a bien plus.... : le honteux et inefficace « pass sanitaire », la suspension des soignants bafouant le code du travail, le chantage au travail ou à l'école,....L'apothéose de la Ségrégation.

Mais je suis fermement optimiste sur l'évolution de nos⁶ pratiques holistiques de Soins, Apolitiques et qui Soignent sans distinction de « passeport sanitaire ».

6 Je ne suis pas le seul !

Origine de la demande de soin

Deux années singulières : 2020-2021 le covid

Pour des raisons multiples, une certaine proportion de nouveaux patients, au cours de ces deux dernières années, est venu à moi du fait de son impuissance face aux refus de soin essayés auprès de certains de mes Confrères et Consœurs.

J'ai donc eu des demandes des 4 coins de la France.

Pour cette pathologie, j'avais développé une approche de soin multi-modale, comme à mon habitude de soin depuis ces dernières années.

Je développe un peu plus dans le détail les protocoles de soin dans d'autres documents que j'ai rédigés et auxquels je vous renvoie : il s'agit de la série des « ambulatoires covid » disponibles sur mon blog.

<http://docfranc.eklablog.com/>

Nous avons donc traversé ces trois années, en soignant toutes celles et tous ceux, qui, pour des raisons multiples, ont été les victimes de refus de soins, très souvent au motif qu'ils/elles ne remplissaient pas aux exigences numériques du « *laisser-passer sanitaire* ».

S'il est compréhensible qu'une majorité d'agents administratifs, dans les structures hospitalières, dont les compétences médicales sont nulles, aient pu se laisser duper par un produit d'injection expérimental pour le moins inefficace, il est particulièrement regrettable que des autorités de santé et des professionnels de terrain les aient imité.

Il suffisait pourtant de lire les publications scientifiques et les rapports éloquentes des ANSM.

C'est d'ailleurs ce que j'ai réalisé. J'en ai diffusé une lecture à toutes et tous mes patients dans un but informatif déontologique. Et je vous renvoie à leur lecture : il s'agit de la série « Rapport vaccins covid », rebaptisée ensuite « rapport Produit d'injection expérimental ». Disponibles sur mon blog.

<http://docfranc.eklablog.com/>

Il était effectivement fallacieux d'utiliser le terme « vaccin » pour un produit d'injection expérimentale qui ne remplit pas le cahier des charges du produit de prévention nommé « vaccin ».

Je vous renvoie donc à la lecture de ces rapports.

Je suis heureux et fier du travail accompli au sein de mon cabinet au cours des ces 2 à 3 années pour ce qui concerne la prise en charge précoce des patients malades du covid, injectés ou non.

C'est une belle réussite, issu d'un travail acharné, qui a été la conjonction de l'implication des patients autant que des soignants.

100% de succès sur le nombre de décès (zéro), sur les hospitalisations (zéro), et sur le passage en oxygéo-nécessitance (10% sans aucun passage en Unité de Soins intensifs, au cours, notamment, de l'épidémie de novembre 2021 à avril 2022).

Il y a eu aussi toute la partie informatique liée aux portails sidep : ces derniers dénonçaient le statut viral d'un individu donné aux « *gardes chiourmes* » de certains services hospitaliers et des établissements médico-sociaux ou des ehpad, afin de filtrer leur passage dans ces structures pour accompagner leurs proches malades le cas échéant, mais aussi pour simplement rendre visite à un malade, parent ou non, ou encore passer un examen ou être vu en consultation.

Ces mesures particulièrement humiliantes et discriminantes n'avaient aucun pouvoir sur la fameuse « *circulation virale* », et cela, n'importe quel professionnel de soin avec un minimum de formation sérieuse l'aurait anticipé, mais la fascination pour les gadgets du numérique, l'intelligence artificielle et les injections fallacieuses, conjointes à la peur panique de la maladie covid, étaient à

leur apogée au cours de cette période.

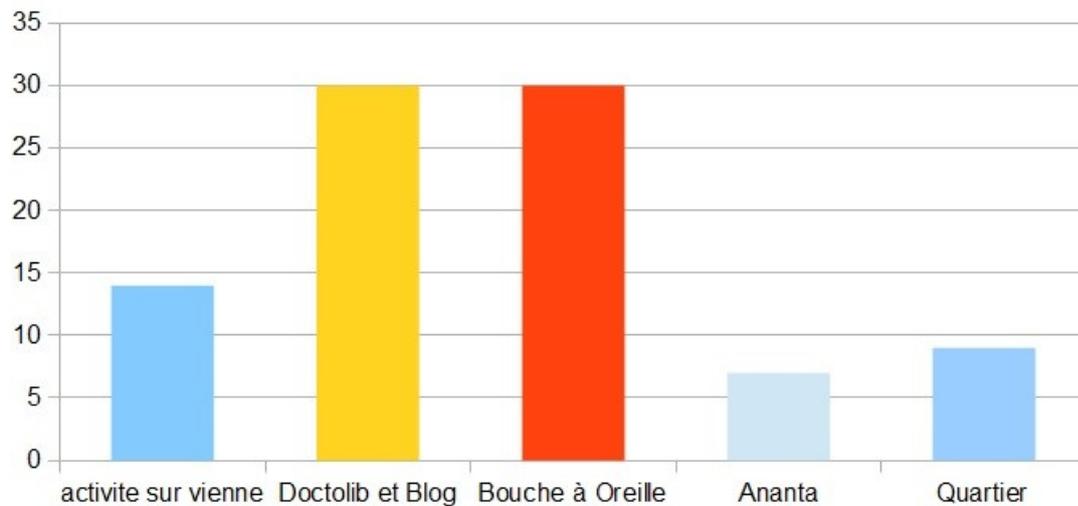
Bref, il fallait aussi s'occuper de rentrer les résultats des différents tests (antigénique, pcr,..) dans ces bases de données afin de permettre aux concernés l'obtention d'un QR code, sorte de tampon numérique permettant l'accès.

Tout ceci, à réaliser en supplément de la routine quotidienne et de la majoration de la charge de travail en consultations (à distance ou présentiel), du soin holistique, de la recherche clinique, du nécessaire et indispensable travail de lecture et critique des articles scientifiques et des rapports des ANSM concernant le produit d'injection de prévention, et de la formation continue.

Un travail titanesque!

Evolution globale de la demande de soin au cours des deux dernières années

Origine de la demande 2021-2022

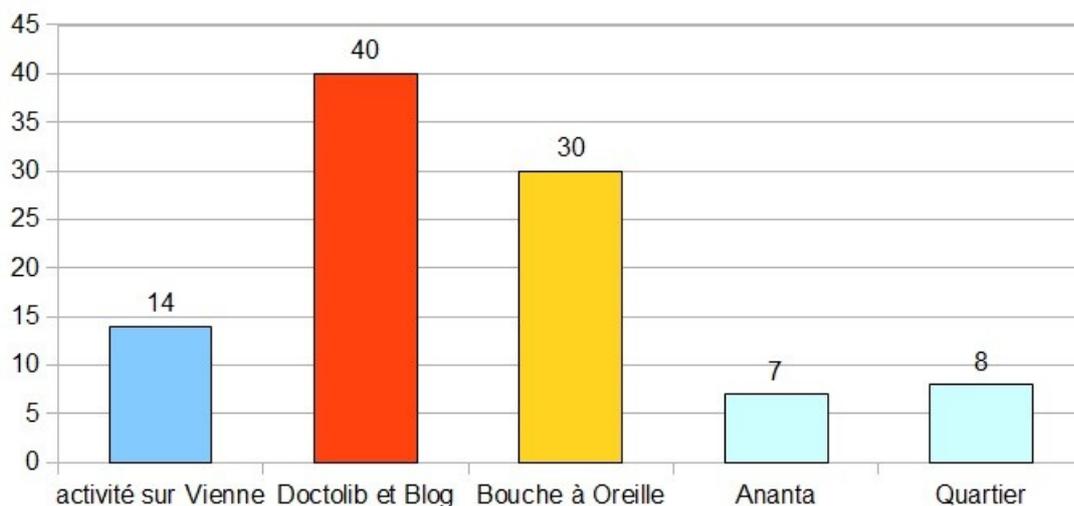


Par rapport aux années précédentes, j'ai noté ces deux dernières années, **une progression du « bouche à oreille »**. Cette dernière s'explique, notamment, par le fait que peu de médecins sont encore à ce jour disposés à prendre en charge un patient covid, fragile ou pas, et encore moins qui ne soit pas injecté par le produit injectable de prévention.

Or, il semble que cette catégorie de demandes représente une part importante de celles qui sont issues du «bouche à oreille».

En 2019, la répartition était la suivante:

Origine de la Demande de Soins



Incontestablement, les années précédentes, c'était le média « internet » et le « bouche à oreilles » qui étaient les deux modes les plus fréquents à l'origine de la demande de soin.

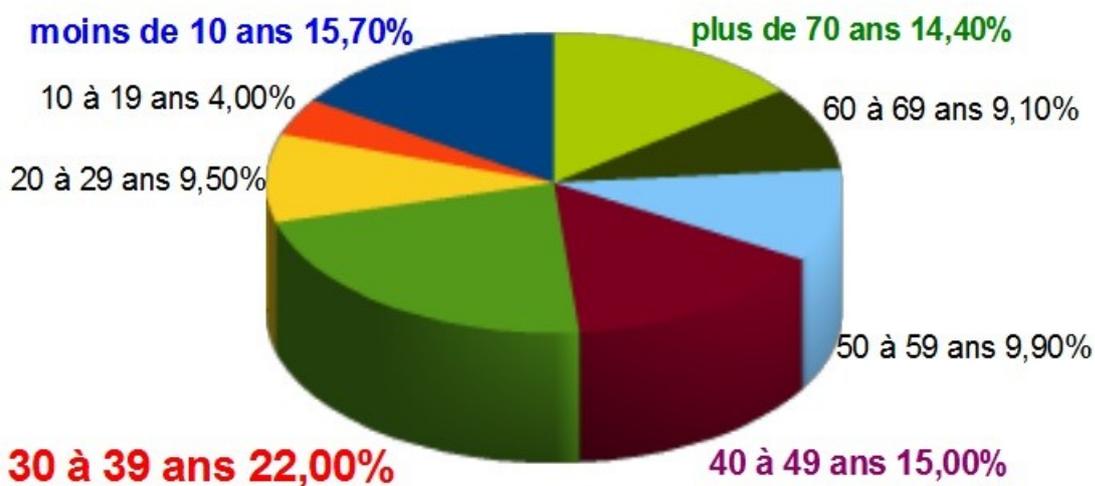
Je rappelle que je ne suis pas sur les « réseaux »⁷ informatiques par choix de confidentialité vis à vis de chacun des patients qui consultent, car j'estime que ces modes de communication peuvent favoriser une vie publique virtuelle qui rendrait confus la notion d'intimité ou de secret médical.

On notera aussi, une relative progression des demandes de soin « de quartier », expliquée d'après moi, et si je peux en juger par ce que m'ont transmis les patients dans cette catégorie, par le fait que c'est souvent le hasard d'un regard à ma plaque, dans une rue dans laquelle, pourtant, leur pas les amène souvent, qui les a poussé à franchir la porte. Mais cette progression reste infime par rapport au « bouche à oreille ».

⁷ Il est possible ou probable, que ces réseaux soient à l'origine aussi de demandes de soin.

Age Moyen de la Patientèle

Age Moyen de la Patientèle



Les **30-50 ans et les moins de 10 ans** semblent bien être les tranches de la population qui consultent le plus à mon cabinet.

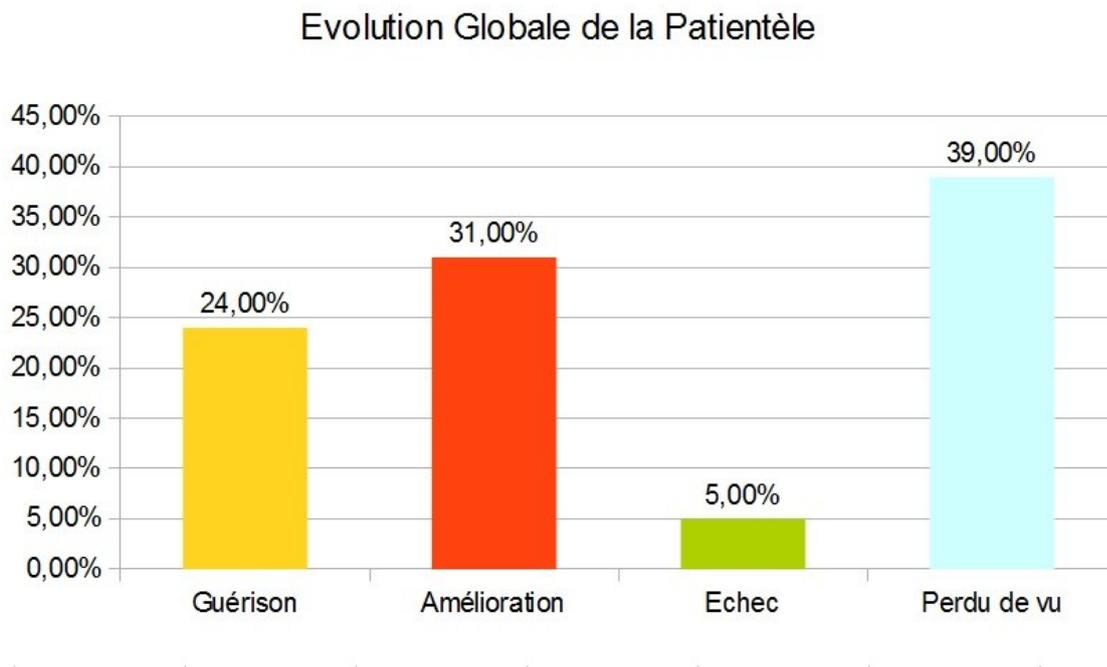
Puis viennent les plus de 70 ans.

Les autres tranches d'âges sont moins représentées.

Au cours des années 2021 et 2022, cette proportion semble s'être maintenue, peu ou prou.

Il conviendrait toutefois d'ajouter que **tous mes patients sont autonomes**, jusqu'aux âges avancées de la vie, quel que soit leur handicap, le cas échéant. Au delà de 70ans, ils font parfois l'objet d'une aide de la part de leurs enfants, à la consultation, lorsqu'ils sont dans une période aigüe rendant délicat leur trajet esseulé jusqu'à mon cabinet.

Evolution Globale de la patientèle



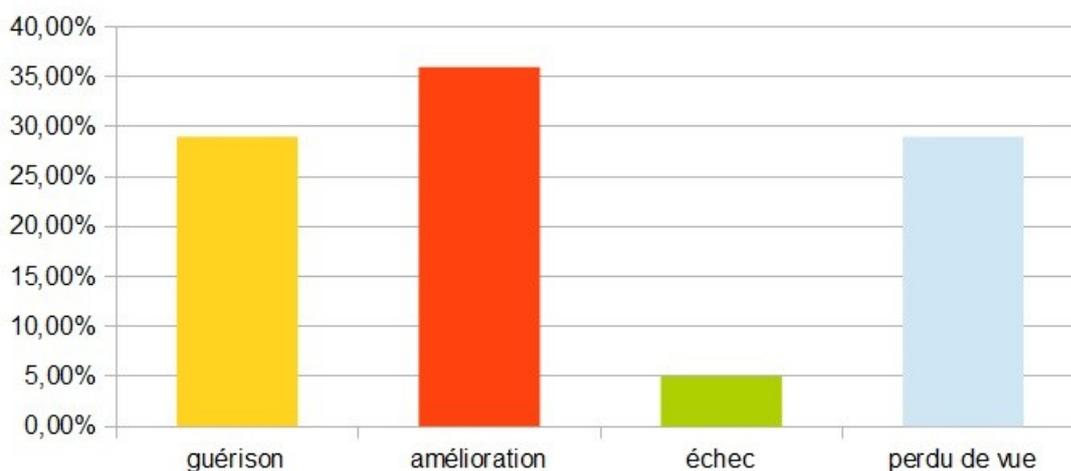
Les proportions des années précédentes n'ont pas changé au cours des années 2021-2022, à une exception près : les « perdu de vu » le sont de moins en moins !

J'ai eu l'agréable surprise de retrouver des patients qui m'avaient consulté qu'une seule et unique fois en 2016, et qui sont revenus me consulter pour un autre motif.

Par ailleurs, j'ai amélioré le suivi de chacun de mes patients, par une participation collatérale (soignant-soigné) selon des échéances individualisées selon chaque patient(e) et selon chaque problème de santé.

Le diagramme s'est transformé en ce qui suit :

Evolution Globale de l'état de santé de la Patientèle
2021-2022

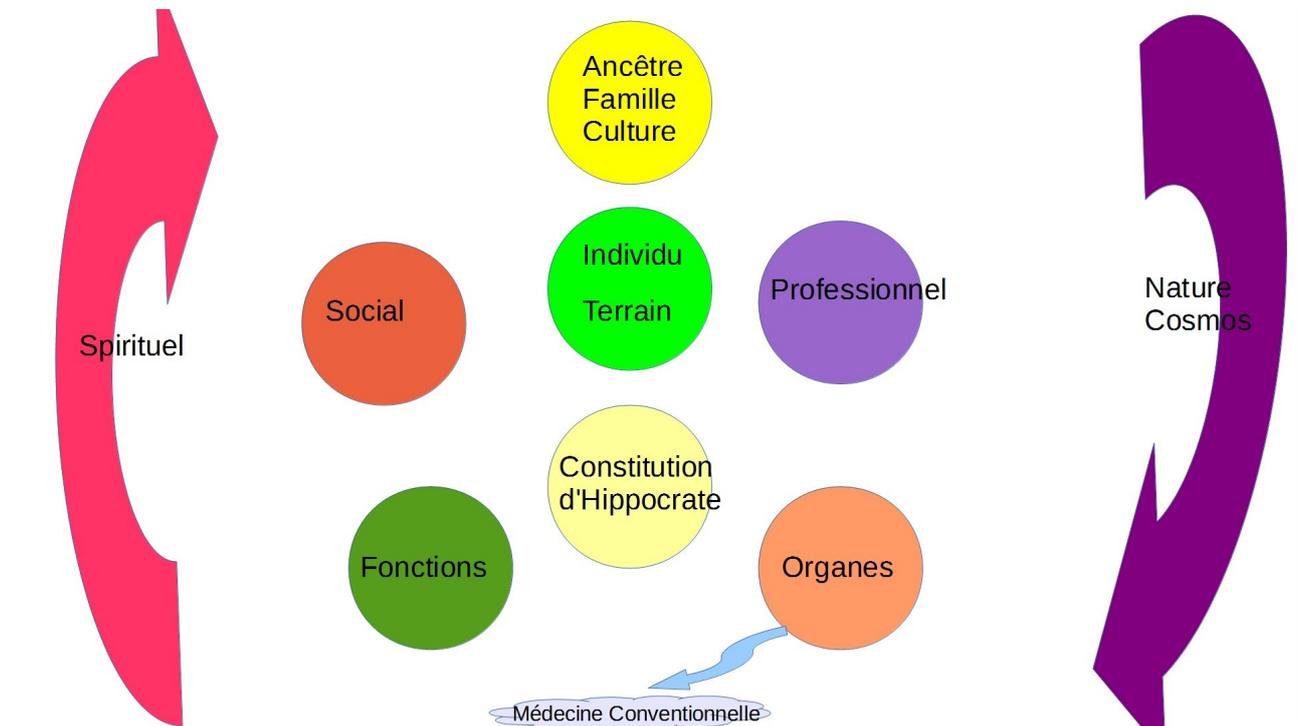


Pour rappel, je définie

- les guérisons par :
 - le retour à un état de santé antérieur à la maladie, *ad integrum*.
 - Le maintien à 5 ans
 - Un retour atténué des symptômes à 5 ans.
- L'amélioration par :
 - le retour à un état de santé à nouveau compatible avec la vie quotidienne dans un délai raisonnable (moins d'un mois)
 - une réduction de la symptomatologie estimée par le patient lui même à près de 90 % dans le même délai
 - un maintien à 5 ans
- L'échec par :
 - l'absence d'amélioration ou de guérison.

Soins aux Malades

Une médecine holistique



Ma prise en charge de la santé d'un individu donné, telle qu'elle s'est développée au fil du temps, des formations, de mes enseignements, de mon apprentissage avec des Seniors de qualité, pourrait être représentée ci dessus.

Aussi étrange pour un néophyte qu'il pourrait lui paraître *a priori*, cette approche est favorisée par les thérapies globales.

Ainsi, prenant l'exemple de l'Homéopathie, la Matière Médicale Homéopathique reprend sous différentes formes, pour presque chacun des 2000 remèdes de sa pharmacopée, les différents items constitutifs du schéma. Idem pour la nutrition ou encore les reflexologies⁸, et même les soins corporels de type ostéopathiques.

Il est important de noter pour autant, qu'à partir de la bulle « organes », se trouve la passerelle avec la Médecine Conventionnelle : celle qui répare l'organe lorsqu'il est lésé.

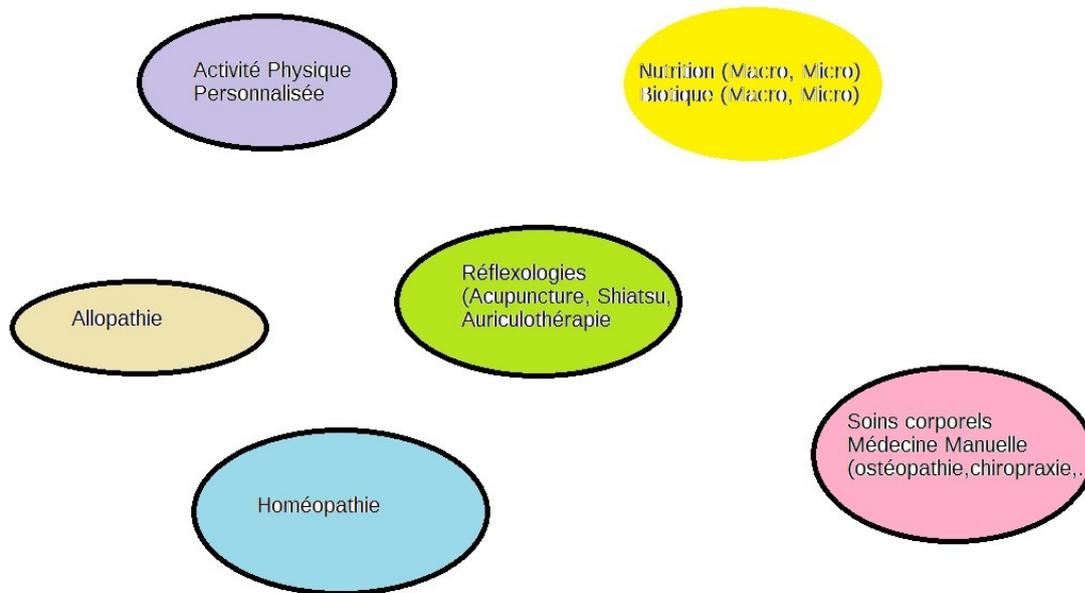
Une partie de la population n'a pas forcément l'accès au soin global de la Médecine holistique, et il est compliqué alors, lorsque l'organe commence à montrer des signes de lésions, de revenir à un état antérieur.

Nous avons alors besoin d'une médecine plus conventionnelle, dont les plus récents progrès ont permis souvent d'apporter une solution avec de moins en moins de gestes invasifs.

⁸ Acupuncture, Shiatsu, Auriculothérapie, et même ostéopathie selon les techniques de Kuchera par exemple.

Pour autant les deux approches peuvent tout à fait se compléter de manière synergique, dans moult situations. Un exemple assez facile à évoquer et à comprendre est celui d'une fracture : pendant que les soins conventionnels permettent sa réduction puis son immobilisation dans des conditions optimales, les soins holistiques permettent d'en accélérer sa consolidation. Cqfd.

Une approche Multimodale



C'est avec la conjonction de l'expérience, des compétences acquises au fil des formations successives, de l'enseignement de professionnels de qualité (médecin ou praticiens du soin au sens plus large), de la réflexion et d'un brin d'intuition ou de sensibilité Humaine, qui ont profondément transformé ma pratique du soin.

Je pense que ce qui a prélué à cette approche est un mélange de recherche de la sincérité dans l'exercice de l'Art, de l'observation des limites d'une certaine médecine, autant que des possibilités d'autres formes de soin et de la recherche fondamentale en pratique clinique.

Le schéma ci dessus est , par conséquent, à prendre comme une tentative de modélisation et non la représentation de la réalité. Ni exhaustif, ni même une synthèse. Simplement une tentative, sans doute maladroite, d'illustrer l'approche de mes soins.

« Multi modale ». Pourquoi ce terme ?

Je n'ai pas trouvé mieux en fait ! L'approche thérapeutique populaire, dichotomique, opposant LE remède à LA maladie est assez réducteur et limitant. Si elle peut exister dans la réalité⁹, elle ne saurait être généralisée , ni généralisable¹⁰.

D'abord parce qu'en abuser en dehors de son champ assez limité se traduira par l'échec, souvent plus tôt que tard¹¹.

Ensuite parce qu'elle est populaire, je viens de l'écrire. Et, selon moi, le professionnel peut (et

9 Comme le Vermifuge : c'est un exemple facile à comprendre. Et à pratiquer.

10 Les maladies immunitaires ou les cancers ne sont jamais accessibles au seul immuno supprimeur ou aux seuls chimiothérapies pour en assurer à défaut l'amélioration sensible, et au mieux la guérison pérenne. C'est un exemple également facile à comprendre. Et il y en a bien d'autres : les troubles du sommeil, les addictions, les allergies, les troubles psychologiques et/ou psychiatriques, les troubles gynécologiques, etc, etc, etc.....

11 Les thérapies « géniques » assez récentes, sont, dans la réalité, plus souvent des échecs que salvatrices, à quelques exceptions près. Mais la communication à ce sujet est très pauvre, au profit d'une promotion bien souvent fleurissant avec l'abus de confiance.....

devrait) se situer à un plus haut niveau, sans pour autant l'exclure le moins du monde.
En effet, elle a sa place.

C'est un travers commun de penser sous forme dichotomique, sans doute fruit d'une culture, qui sépare en opposant. Son complément est la pensée intégrative, qui associe en complémentant.

Etre efficace dans le soin, ne nécessite pas l'abandon de la pensée dichotomique, puisqu'elle est utile pour choisir de deux soins, par exemple, celui qui semble le plus efficace. Mais il faut bien comprendre qu'elle peut aussi être un frein à la raison, aussi paradoxal que celui puisse paraître. Car la raison, le bon sens, dans le soin, sont souvent composés de l'usage conjoint de compétences différentes, parfois opposées mais complémentaires, lorsqu'elles sont efficaces.

Si la simplicité n'exclue pas l'efficacité, il existe aussi des situations complexes particulièrement appropriées à l'approche multi-modale et synergique que je pratique¹².

Mais pour ça, il faut travailler. Il faut observer. Il faut soigner. Il faut accumuler de l'expérience.

Malgré toute la promotion à propos d'« avancées » géniques ou techniques, dont une assez faible part est *réellement* un succès¹³, les grands principes d'Hippocrate sont encore et toujours d'actualité.

« primum non nocere »

« deinde purgare »

« natura medicatrix »

« contraria contrariis »

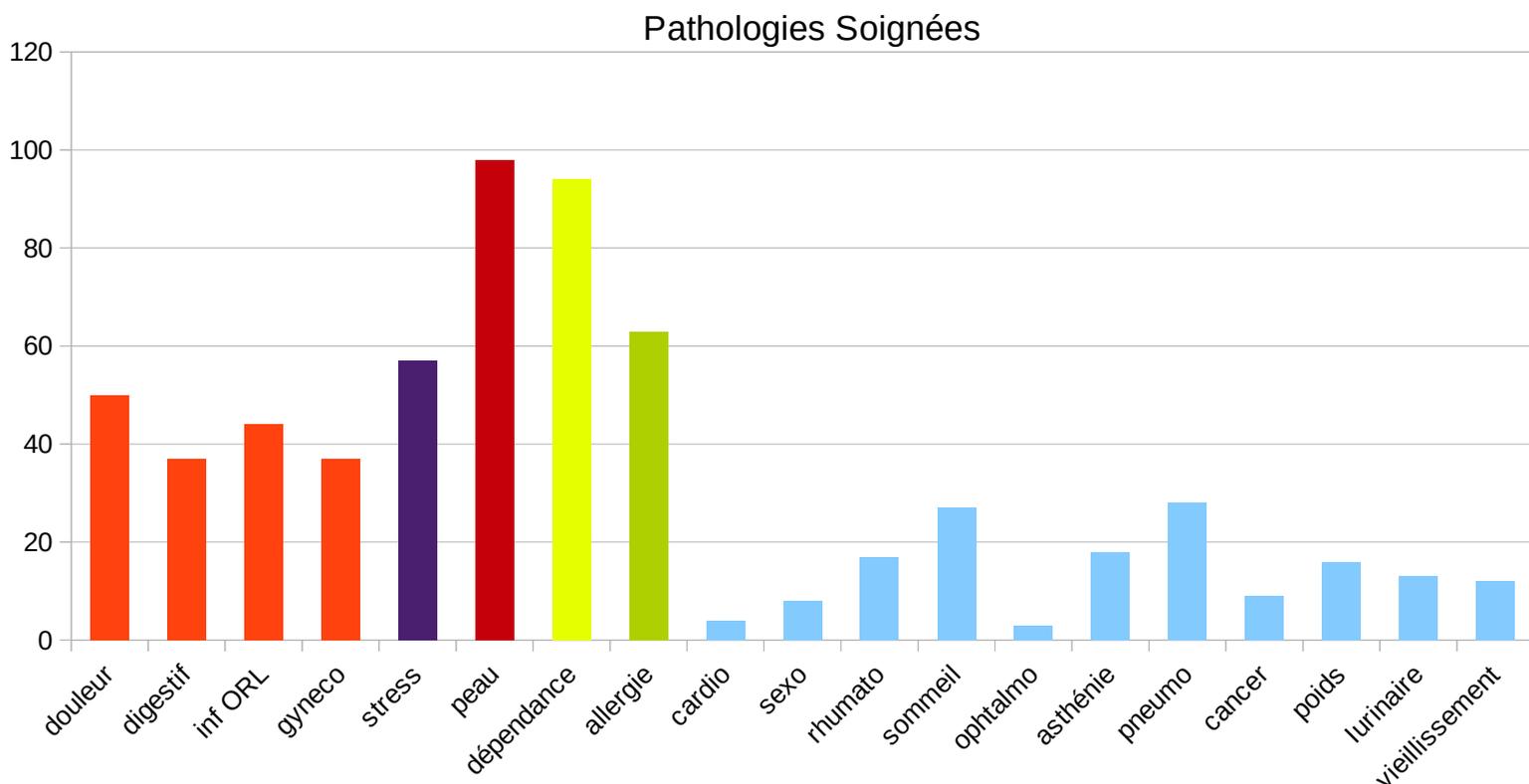
« similia similibus »

....et **leur mise en œuvre est souvent multimodale et synergique**, chacune potentialisant l'autre.

12 Entre autres, toutes celles listées à la note 7.

13 Comme le traitement de l'hépatite C, pour le domaine de la chimiothérapie, ou les remplacements coronaires, dans le domaine de la technique, qui sont des succès dont il ne saurait être question de se passer....

Pathologies soignées



J'ai essayé de grouper les pathologies pour lesquels les patients consultent le plus souvent dans mon cabinet par catégorie d'identification intuitive :

-exemple : « peau » regroupe les psoriasis, les mycoses, les eczémas, les parasitoses cutanées, les vitiligo, les herpès, les varicelles, les maladies infantiles à expression cutanée, ou encore les maladies immunitaire à expression cutanée, et ainsi de suite.

Il est bien évident qu'au sein d'une catégorie de ce style, peut être fait un travail un peu plus détaillé de quantification statistique des proportions de chaque pathologie propre (ex : 15 % d'eczéma, 22 % de psoriasis, etc.), mais j'ai préféré faire un regroupement afin de rendre plus lisible et surtout plus analysable, d'un point de vue d'une médecine holistique.

Et c'est bien ainsi que j'en apporte ici ma lecture :

En effet, **4 premiers groupes de pathologies** émergent de ce diagramme de manière évidente : les problèmes de **peau**, de **dépendance**, d'**allergie** et enfin le **stress**.

Je ne peux rentrer dans le détail dans le cadre de ce bilan, mais ces 4 groupes de pathologies ont tout à la fois une genèse qui peut souvent être commune, une participation biologique inter-causale, et une dimension souvent bien plus large que leur nosographie. Sans doute cette compréhension est à la base à la fois d'une approche efficace sur le court terme, mais aussi d'un accompagnement de qualité sur le moyen et long terme.

La **pharmacodépendance**, en plein essor, mérite quelques points d'éclaircissements, j'y reviendrai plus loin.

Les 4 suivantes sont représentées par la douleur, les infections ORL, les troubles gynécologiques et digestifs.

Là encore, il est important de préciser que, sauf pour la douleur, c'est surtout le caractère chronique des troubles (ORL, digestifs et gynécologiques) qui motive les consultations à mon cabinet.

En effet, ces récurrences ont souvent 3 impacts majeurs qui peuvent influencer sérieusement le niveau de confort de vie:

- ✓ -la récurrence fréquente est source d'absentéisme professionnel tout autant que d'occasions ratées sur le plan sociale ou plus simplement ludique. En un mot, c'est handicapant.
- ✓ -la répercussion psychologique d'une santé vacillante chronique peut conduire à un désengagement (social, professionnel, sentimental,..) ou à une perte de confiance en soi. Ce sont des points de vigilances pour lesquels il faut être attentif, afin de prévenir une évolution morbide à ce niveau, pouvant conduire, trop souvent si un soin adapté tarde à se mettre en place, à un passage à l'acte auto-agressif.
- ✓ -des déplétions en micro nutriments, parfois même en macro nutriments, peuvent être le corollaire de l'évolution de ces troubles morbides, favorisant la chronicité déjà engagée, et peuvent être aussi celui d'une sur- morbidité.

Le rôle d'une Médecine Holistique apparaît alors de manière **double** dans la simplicité et l'unité de son exercice:

En effet elle déploie , sans ostentation, et d'une manière spontanée-et je dirai presque *intégrée à son génome*:

- des possibilités de **soins** aussi adaptées que possible à la situation et à l'individu, compte tenu d'un contexte donné (social, familial, professionnel,..)
- une action de **prévention** sur des dimensions de Santé Publique.

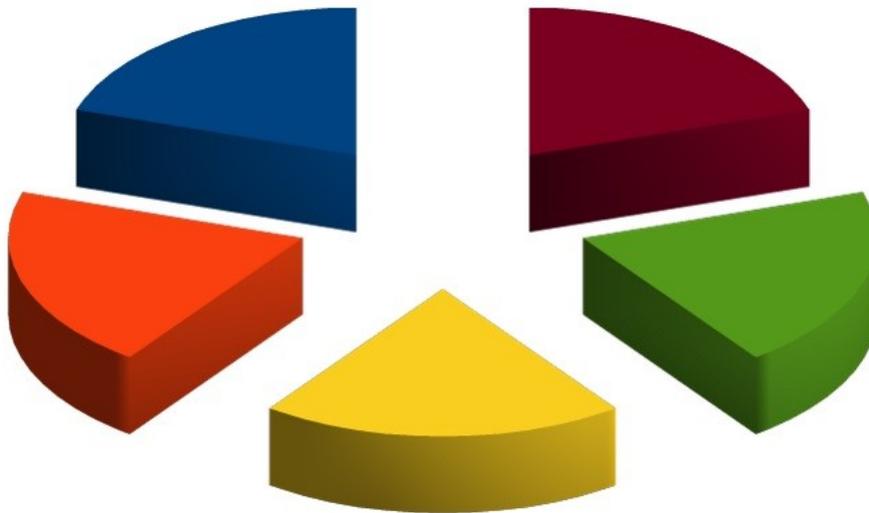
Quant à **la douleur**, il paraît nécessaire d'inviter le lecteur à l'écoute de l'expérience du professionnel:

- ✓ l'approche médicamenteuse, qu'elle soit chimique, phytothérapique, ou homéopathique , pour autant qu'elle soit pertinente selon chaque approche, n'en reste pas moins qu'un raccourci. En effet, il ne peut y avoir de soin face à la douleur sans relation Humaine, avec un grand «H». Cette dimension ne souffre aucune modélisation ni aucun protocole. Elle se crée à chaque fois et selon chaque patient qui souffre, d'une manière unique, et non reproductible. Elle nécessite à la fois des compétences médicales (pharmacologie, gestes techniques, ...) et un exercice de l'Art qui est au-delà de l'analyse modélisatrice.
- ✓ par conséquent, l'approche Homéopathique de la douleur ne saurait se cantonner au remède homéopathique à l'exclusion de tout autre soin, mais elle est bien au contraire le résultat d'une consultation professionnelle dans laquelle les pistes de soin multimodales représentent une partie de l'approche holistique, et au sein de laquelle le remède homéopathique prend sa place en synergie avec le reste.
- ✓ A titre d'information, mon taux de prescription en morphinique est évalué à environ 0,1%, c'est à dire qu'il est non seulement inférieur à la moyenne des médecins spécialistes en algologie (ce qui est évident du fait du biais de recrutement), mais aussi et surtout par rapport à la moyenne des médecins généralistes: ce dernier point s'expliquant aussi par un biais de recrutement, mais aussi par une pratique holistique qui remplace la prescription chimique à égalité dans toutes les autres approches de soulagement de la douleur. J'en

reparlerai plus loin.

Les derniers groupes de pathologies sont représentés essentiellement par: les troubles du sommeil, les troubles pulmonaires, l'asthénie, les troubles du poids, les infections urinaires, les problèmes de rhumatologie, l'accompagnement du vieillissement. Les autres motifs étant plus anecdotiques.

Pharmacodépendance : la genèse d'une doctrine



- dispositifs de soins et de réduction des RSS
- logique d'intervention des acteurs: la Grande Confusion
- logique de toxicomanie des toxicomanes/logique de consommation des usagers
- sémantique du "mésusage" et de ses finalités
- le millefeuille politique et administratif

Que sont ces dispositifs de soins ou de réduction des RSS ?

Et quel est le niveau d'(in)-compétence de ce paysage complexifié à loisir, et qui poursuit sa (dés)-organisation, et le niveau d'(in)-compétence de toutes ces structures?

Il faut y regarder de plus près.

Il est confortable de polémiquer, lorsqu'on est salarié d'une structure dans laquelle on a été promu à son niveau d'incompétence(Principe de Peter).

Ces **rendez vous de polémiques**, institutionnalisés à outrance dans les réunions et autres rencontres «professionnelles», permettent aux plus sournois, et aux moins compétents, de différer l'action jusqu'à l'oubli dans la confusion, et de verser dans la malhonnêteté en toute impunité, voire même avec les accents d'une morale bienveillante.

Ne vous-y trompez pas!

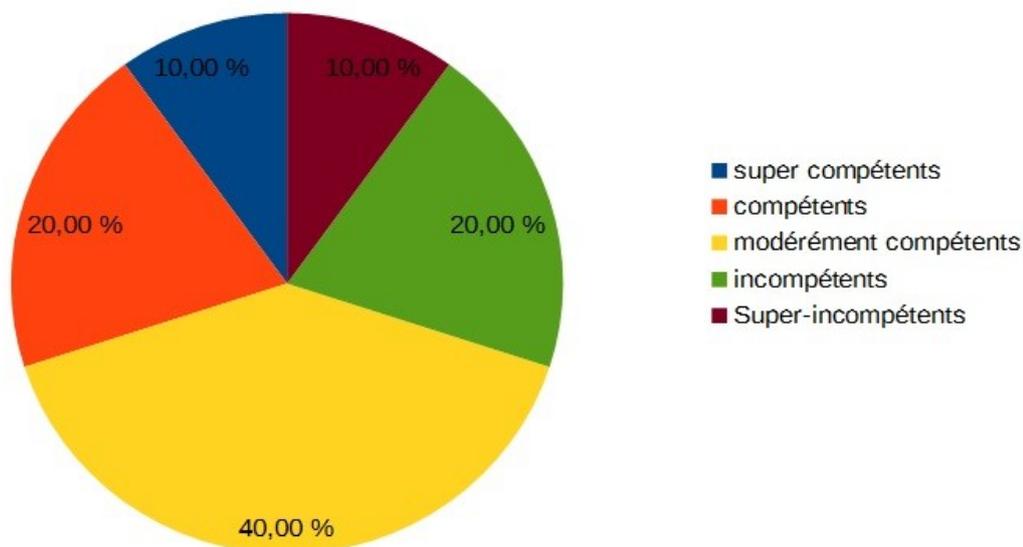
Laurence Peter, près de 50 ans en arrière, avait déjà identifié **l'attrait pathologique pour les réunions et polémiques, des salariés les moins compétents.**

Pendant que le travail était accompli par les salariés les plus compétents.

50 ans après, rien n'a changé sinon la répartition des (in)-compétences au sein des hiérarchies du médical et du médico-social, et la multiplication des travaux flattant la pratique de l'incompétence (rapports, protocoles et procédures, diagnostics territoriaux, commissions d'enquêtes,.....)

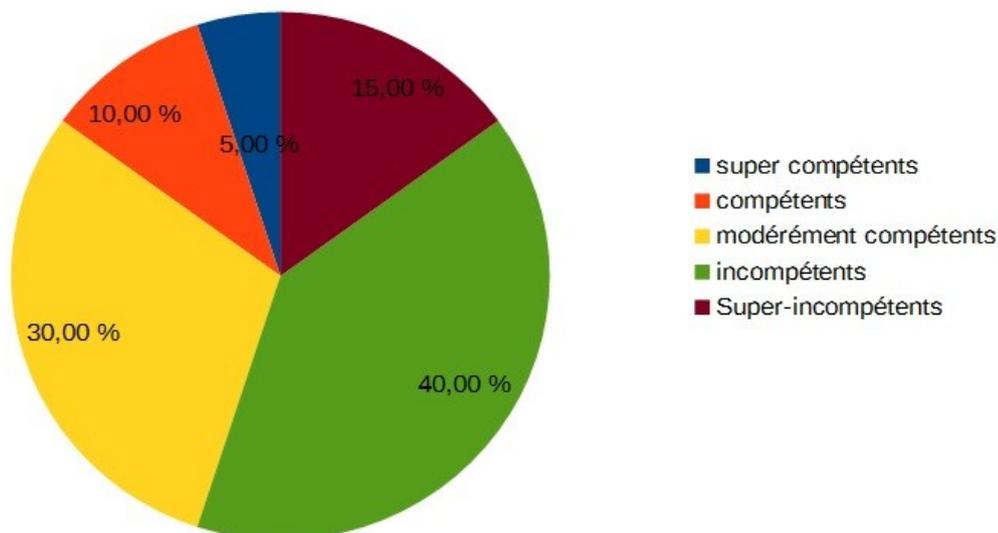
Pour ce qui est du premier point, Laurence Peter estimait qu'il existait une répartition des compétences et incompétences dans la hiérarchie en 1972, comme suit:

Répartition des compétences selon Laurence Peter (principe de Peter) 1972



Depuis lors, et si je peux en juger par ce que j'ai observé au cours de ces 20 dernières années dans le médical et médico-social, la répartition serait plutôt, selon moi, la suivante, en 2022 :

Répartition des compétences selon JPhilippe Santourian 2022



Or, souvenez-vous, le travail est accompli par les salariés les plus compétents: soit les «super-compétents» et les «compétents»:

Ils représentaient peut être 30% en 1972, et aujourd'hui j'estime leur représentation à la moitié, soit -à peine- 15%. Quoi de plus logique qu'ils consultent aujourd'hui plus que jamais, pour un état d'épuisement professionnel?

Laurence Peter évoquait en 1972, que les salariés super-incompétents et incompetents se complaisaient dans les réunions, les polémiques, et autres billevesées technocratiques, qu'ils multipliaient à loisir.

Il est amusant de constater qu'aujourd'hui, ils entraînent avec eux le reste des salariés, soit en fait les «modérément compétents», et les «compétents» dans leur ronde.

Pendant que les super-compétents restent usent une part de leur énergie à déjouer les commandements de la hiérarchie jusqu'au point d'être harcelés: à ce stade le renvoi ou la démission s'imposent.

Dès lors que sont réunies deux conditions:

- ✓ la confusion des rôles, des objectifs et de l'identité au sein de la hiérarchie
- ✓ l'installation d'une plus grande proportion d'incompétence au sein d'un système hiérarchique;

sont facilités, voire encouragés, les pratiques malhonnêtes de détournement d'argent, tout en noyant le poisson quant à la raison du travail individuel.

Au dépend d'un malade ou d'un usager?

La question mérite réflexion sur le fond et la forme, car, pour la forme c'est par l'usage d'une sémantique subversive (malade/usager) sur laquelle je vais revenir plus loin, volontairement construite ou pas, que se prolonge l'escalade des distractions nécessaires et suffisantes au détournement de l'attention du soignant vis à vis du malade.

Ces distractions sont représentées, entre autres, par l'empilage des rapports, procédures, protocoles, plans d'intervention répétitifs et redondants, diagnostics territoriaux à répétition, cellules de crises (crise permanente!), qui, tour à tour, **permettent de différer l'action jusqu'à l'oubli dans la confusion**, et de verser dans la malhonnêteté en toute impunité, voire même avec les accents d'une morale bienveillante, en saupoudrant de petites «mesurettes» bien empreintes de démagogisme, pour sauver la face.

VOILA A QUOI RESSEMBLENT CES STRUCTURES DU SOIN ET DE REDUCTION DES RSS.....

A propos de la logique d'intervention des acteurs: La Grande Confusion

A partir de deux types de prise en charge de la toxicomanie; celle qui consiste à soigner un toxicomane, et l'autre qui consiste à éviter qu'il ne nuise davantage à sa santé¹⁴ tout en poursuivant sa toxicomanie; conjointe à la déliquescence des organismes de soin depuis 20 ans, s'est développée la «Grande Confusion».

Appuyée par une doctrine du «en même temps» dont les pouvoirs politiques passés et en place actuellement ont très largement participé, la «Grande Confusion» est cette nébuleuse philosophique dans laquelle s'engluent soignants, soignés et travailleurs sociaux, pendant qu'une floraison arborescente d'**agents administratifs institutionnels** «s'ingèrent» dans un travail de soin pour lequel ils n'ont aucune formation ni compétences, et abusent de la Trésorerie dédiée au soin des patients et la détournent pour leur plus grand confort et profit¹⁵, forts d'une sémantique, elle-même, confuse à loisir, et d'un désintérêt de la part des soignants et travailleurs sociaux pour la malhonnêteté de certains de leurs employeurs¹⁶, lorsqu'ils ne sont pas complices.....

«En même temps»:

-les services hospitaliers se partagent leur espaces, et l'identité de chacun d'entre eux devient confuse. Les lits dédiés aux cures de sevrage sont retirés, puis attribués, puis retirés, et ainsi de suite, au gré des budgets.....

-Les centres ambulatoires dédiés à des soins ou de la prévention dont les objectifs sont issus d'un besoin local doivent devenir polyvalents: par exemple, un csapa doit être un carrud et vice versa, un elsa ne doit pas faire de consultation externe, mais doit en faire quand même.....

Le «fonctionnement à budget restreint» aide à faire passer la pilule. Le budget n'est restreint que pour celles et ceux qui s'impliquent sur le terrain; pas pour celles et ceux qui «font semblant de travailler» ou qui occupent des emplois redondants ou inutiles.

Ainsi, l'identité même de chacun des centres ambulatoires devient confuse¹⁷.

Ce n'est pas pour rien que se développe le dogme de l' «aller-vers»: le paysage de la Santé, dans le cadre de la toxicomanie, est devenu tellement confus, surtout pour les toxicomanes, conscient ou pas d'être malades, qui sont **face à un puzzle ambulatoire du médico-social, rempli de sigles incompréhensibles pour le non-initiés, témoins d'une multiplicité d'associations, structures, lieux divers, dispositifs, centres, etc... dont l'articulation manque avec les hôpitaux en place (cf DTSPMI2 ; choisiront soit la quête du produit, soit celle du soin.**

La logique de «consommation» du toxicomane est elle-même empreinte d'abus de langage («consommation» au lieu de «toxicomanie») et de la confusion du paysage médico-social ambulatoire.

En effet, la sémantique a tellement évolué que les toxicomanes qui ne se considèrent pas, ni comme malade, ni comme en demande de soin quelconque, n'envisagent même pas l'existence d'un service ou d'une structure qui pourrait se dédier au soin ou à la réduction des RSS:

14 Et, par extension, à sa famille, à son emploi, à son insertion sociale, à ses amis, à la société,.....

15 Les rétro commissions, les postes administratifs redondants lorsqu'ils ne sont pas fictifs, et autres malversations semblent à leur apogée à l'heure où j'écris ces lignes, mais cela n'est en rien une certitude.

16 lorsqu'il n'y a pas complicité.

17 Ce qui est différent, mais qui participe, à l'absence de repères clairs pour les patients, qui sont très souvent perdus devant la multiplicité des sigles, de organismes, des institutions d'un paysage complexe (cf DTSPM Isère 2016)

-Répétons le: ce n'est pas pour rien que se développe le dogme de l'«aller vers» le toxicomane, qui , au final, n'a plus vraiment de bonnes raisons d'aller.....mais d'aller où, justement?

Vers ces structures de soin et de prévention des RSS dont j'ai dressé un portrait flatteur?
A quoi bon, elles ont décidé désormais d'«aller vers» eux.....

Logique de toxicomanie des toxicomanes/logique de consommation des usagers :

Je ne reviendrai pas sur la toxicomanie. J'en ai déjà rédigé un mémoire que je vous invite à aller lire : intitulé «Addictions et Auriculothérapie» disponible en ligne sur mon blog:

<http://docfranc.eklablog.com/>

Version Pdf à télécharger:

<http://ekldata.com/1KjC9HQkuvqIGbBW81WveE5tVOE.pdf>

Ainsi que «Auriculothérapie et Pharmacodépendance»

<http://ekldata.com/Fws4YsFG0Uz0a-cqJwngkCvF5ns.pdf>

Je soulignerai l'impact d'une sémantique adaptée à la réalité *de terrain*.

J'ai soigné des milliers de toxicomanes.

Que leur mode d'entrée dans la toxicomanie soit clair et assez bien détaillé dans mon mémoire «Addictions et Auriculothérapie», sans pour autant être exhaustif, leur poursuite est liée, au moins en partie:

- ✓ à une confusion dans les termes employés, selon l'univers et l'(es) (in)compétences de celle/ celui qui en parle (toxicomane, médical, psychologique, économique, politique,...),
- ✓ à la Grande Confusion que j'ai rappelée plus haut,
- ✓ aux dispositifs de soin égratignés plus haut,
- ✓ aux logiques d'intervention des «acteurs» (comme s'il s'agissait d'une comédie...),
- ✓ et enfin au millefeuille administratif et politique.

Car j'ai aussi croisé des «usagers» de «produits addictogènes», qui ne se reconnaissent pas comme tel, qui recherchent un «produit d'adaptation à leur problème» plutôt qu'un soin, restent dans la confusion et/ou souffrent de la confusion, et qui ont trouvé des institutions de soin dont la composition est à l' image de leur «produit addictogène»: confuse et toxique,.....

Poursuivons avec la Grande Confusion Sémantique et Les polémiques publiques et institutionnelles à propos du mésusage et de ses finalités:

Il existe au moins deux niveaux d'ambiguïté dans la sémantique progressivement employée depuis ces 20 dernières années:

- premièrement: vous remarquerez la dichotomie qui existe entre les termes de la colonne de droite et les termes de la colonne de gauche. En utilisant exclusivement les mots de la première colonne, on assiste passivement à la fois à une dé-médicalisation et une dé-moralisation de la toxicomanie, voire même on pourrait y prendre part. En utilisant exclusivement les mots de la deuxième colonne, on se situe dans le champ médical. En utilisant les deux à la fois, on est dans la confusion. Dés lors, les interprétations, les malentendus, et les polémiques se développent au dépend du soin ou de la prévention. Mais il y a encore un autre niveau d'ambiguïté.
- Vous remarquerez aussi que les termes de la colonne de droite sont souvent généraux et imprécis. Il leur manque un complément de nom pour en apprécier le sens de manière claire et distincte de la colonne de gauche. Ainsi, «usager», par exemple, a un sens très différent selon le contexte, lorsqu'on ne le complète pas. En effet, poursuivre la verbalisation d'«usager» par «usager de.....» va lui donner du sens. C'est un deuxième niveau d'ambiguïté. «Usager de drogue» est déjà différent d'«usager d'un produit», le premier étant toxicomane, et le deuxième n'étant aucunement dépendant, *de facto*. C'est «comme le Porsalu®, c'est écrit dessus»!

Et c'est pourquoi, sur les premières lignes, j'ai volontairement rajouté le complément de nom entre parenthèses. Il permet de se situer sur la finalité de ce qu'il est censé vouloir dire et renseigne sur la finalité de la prise en charge (médicale, sociale, ou économique) de manière claire et intelligible. Sans lui, c'est la porte ouverte à l'ambiguïté et aux polémiques sans fin dont les médiocres se repaissent en «réunions de polémiques», qu'ils multiplient au frais du contribuable.

Le terme «acteur» est, lui aussi, d'une confusion propice à l'intervention de personnel non qualifié, ou l'étant....de moins en moins.....rendant même parfois très flou la limite, voire la différence, entre le soignant et le soigné.....

usager (de drogue), consommateur (de produit..)	vs	Malade, toxicomane
traitement de substitution	vs	Poursuite de la toxicomanie
quête d'un produit (psychédélique)	vs	quête d'un médecin
usager recherche produit (psychédélique)	vs	malade recherche soin
produit	vs	toxique
mésusage	vs	toxicomanie
Réduction des risques (sanitaires et sociaux)	vs	prévention
Acteurs (....?)	vs	Soignant/soigné, Médecin/malade, travailleur social/(marginal,SDF, en difficulté financière, handicapé, condamné,.....), psychologue/malade, thérapeute/malade,...
Salles de consommation à moindre risque Halte Soins Addictions	vs	Salles de shoot

Contrairement au mouvement ambiant, et contrairement à certain(e)s de mes collègues, j'estime que les mots ont un sens.

Leur mode d'emploi est, à la base, fort simple:

-Les employer selon le sens qui est le leur, ou en complétant les noms généraux, permet la précision, depuis la pensée jusqu'à l'Acte, et ne souffre d'aucune possibilité de polémique.

-Les employer selon un contre-sens, voire même en laissant le sens «à l'interprétation» de chacun, utiliser des noms généraux sans complément de nom, permet la confusion et engendre la polémique.

Comme l'avait si bien vu Peter, seuls les plus médiocres trouveront séduisants et confortables leur usage selon le deuxième mode.

Le Millefeuille Administratif et Politique:

Depuis le premier ministre jusqu'à la mildeca en passant par la Fédération Addiction ou encore drogues infos services, les organismes, associations et autres «structures» toutes plus impliquées les unes que les autres, s'empilent sans s'emboîter les unes sur les autres, façon puzzle...?

Les maisons des Réseaux , énième structure s'il en fallait, en fait un exposé navrant dans le DTSPM en Isère. Navrant par le fond plutôt que la forme: **un puzzle ambulatoire du médico-social, rempli de sigles incompréhensibles pour le non-initiés, témoins d'une multiplicité d'associations, structures, lieux divers, dispositifs, centres, etc... dont l'articulation manque avec les hôpitaux en place**

Quant aux réformes successives.....

Je reçois la revue «le Quotidien du Médecin», ainsi que deux autres revues médicales.

Chaque mois, elles évoquent les nouveaux «plans» de sauvetage d'un secteur dévasté.

Chaque année, elle font le vœu d'une restauration d'un secteur en ruines.

Tous les 10 ans, elles répètent les mêmes constats navrants d'inefficacité des mesures précédentes.

Mais qu'importe :

Les «nouvelles» mesures, les «réformes», les «grands débats», les «assises de...», les «Brogie de la médecine», les «Saint Germain des hôpitaux», «les Puységur du médico-social», les «Montbarrey de l'Aumonerie», le fameux «Ségur de la santé»-qui doit vous rappeler quelque chose, non?-, j'en passe et des meilleures, toutes ces réformes plus fumeuses les unes que les autres, ont été empilées les unes sur les autres, à la façon d'un millefeuille, avec la Foi d'un Lendemain meilleur qui n'arrive pas. Qui n'arrivera plus que de manière virtuelle. Affichée, oui. Prétendue, oui. Mais de plus en plus absente dans les faits, voire même à l'opposée d'une réalité rigoureusement sordide.

Ce millefeuille Administratif et Politique participe et participera clairement à la poursuite de la pharmacodépendance pour encore des années.....

Soins Covid

Les deux années qui ont passé ont fait l'objet d'un travail important pour apporter des soins en temps et heures aux patients atteints du covid.

J'en ai fait un exposé détaillé sur mon blog que vous retrouverez en ligne.

Ci dessous la copie de mes rapports.

Travail personnel

Avec la pandémie des années 2020-2021-début 2022, j'ai effectué un travail de quadruple nature :

-la pratique de l'Art Médical en ce qui concerne les patients malades du covid s'est associée à celle de l'Art Médical pour tout le reste de la pathologie aigüe et chronique, dans la même période de temps. J'ai détaillé ce point dans:

la série des «ambulatoire covid»

<http://ekldata.com/5rSonUtGdzgXoCuPqsvu2haTOS4.pdf>

<http://ekldata.com/akCih12AedakRfOfQV7kpSwCjrc.pdf>

<http://ekldata.com/RMF1DslaZLwT2G2aiofVQgUpOAA.pdf>

-la récolte des rapports d'information scientifique sur la maladie et sa restitution sur un mode accessible (vulgarisation) afin d'en informer ma patientèle. J'ai détaillé ce point dans:

la série des Rapports Covid et Produit d'injection Expérimental de Prévention:

<http://ekldata.com/AstmIwybV7wqH0-MXtvAzFFFWU4.pdf>

<http://ekldata.com/N1gijvaj9T4gjseNDg3KUVfDhM0.pdf>

http://ekldata.com/QJFP_xQ9m4PjvAUM2bt-Q1AQRiE.pdf

<http://ekldata.com/W2gdWHhFGvQEdU-K66kD6mdRYiA.pdf>

<http://ekldata.com/N9nFg2dC3WQmImXyLkm-gvL63tQ.pdf>

http://ekldata.com/GSxyQ0M8hlphfAji-UOZebP_9PA.pdf

-la récolte des données d'observation et la description des différents types de soins prodigués aux malades de la pandémie , ainsi que leur restitution en temps réel.

j'en ai fait une revue de la littérature (non exhaustive) à:

http://ekldata.com/BRtSrYrHjCV_bRPdrG1SOV2HJ3Q.pdf

-une attitude psychologique «au péril de ma santé», voire «au péril de ma vie», rapidement relativisée par la réalité de terrain lorsque les soins sont sérieux et interviennent au début de la maladie.

Ambulatoire 2020-2021

Au cours de l'année 2020, j'ai eu relativement peu de cas de covid à soigner.

Les injonctions gouvernementales étaient en faveur d'une non-sollicitation du système de soin habituel, pour plusieurs raisons, certaines très valables, d'autres plus honteuses:

- ✓ des médecins de ville et d'hôpital, des soignants de première ligne finissaient en réanimation et/ou décédaient du covid.
- ✓ les services hospitaliers d'urgence, de soins intensifs et de réanimation étaient anémiés depuis plus de 20 ans.
- ✓ aucun Centre Hospitalier Universitaire ne s'était jamais préparé à pouvoir fonctionner en période d'épidémie, à ma connaissance, depuis au moins 30 an, à l'exception de l'IHU de Marseille.
- ✓ les EHPAD étaient remplies de pensionnaires croupissant dans la crasse et la maltraitance pour une certaine partie d'entre eux, pendant que le rachitisme, le scorbut et la gâle étaient endémiques dans leurs rangs.
- ✓ La médiocrité des institutions dans la lecture des alertes de l'OMS avait laissé s'engorger les hôpitaux bien au delà de leurs capacités d'accueil et encore au delà de leurs stratégies des "vases communicants".....
- ✓ Les institutions bureaucratiques des systèmes de santé étaient en pleine croissance, cherchant même l'apogée de la félicité dans le développement de stratégie permettant de se passer de lits, de soignants et d'hôpital.

Bref, Plusieurs mots d'ordre, en urgence:

Le premier: "*restez chez vous*" était de rigueur. Dans cette situation, effectivement, il fait du sens.

Le suivant: "*prenez du doliprane et appelez le 15 lorsque vous étouffez*" existait déjà avant le covid. Il était confortable de poursuivre dans cette voie qui ne gênait presque personne, à part les assujetés sociaux qui l'avait déjà pratiqué dans le passé.....Paix à leurs âmes.

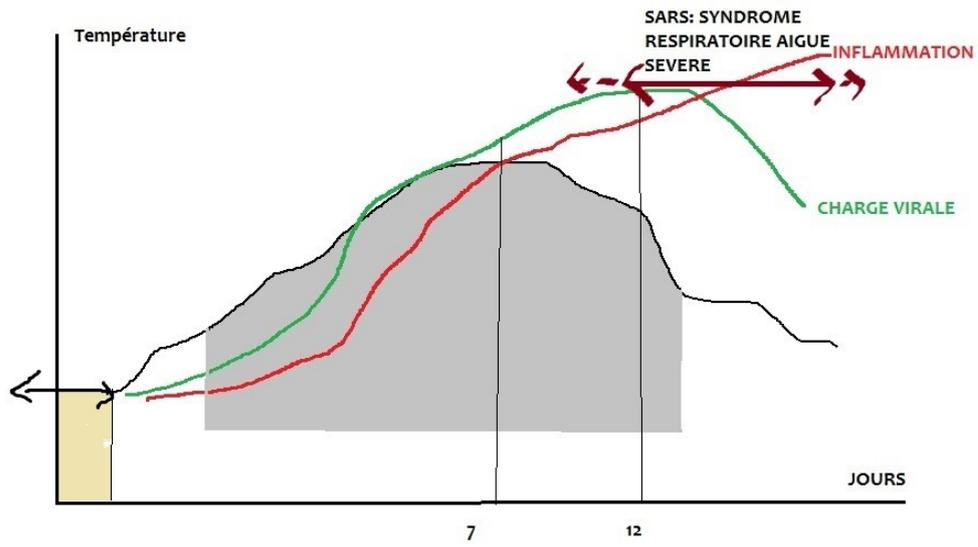
Le troisième: "*nous vous préparons un vaccin qui va vous sauver*", sans plan B, relevait d'une naïveté optimiste, dont l'actualité témoigne de son échec de manière criante à ce jour (janvier 2023).

J'ai donc eu à soigner les quelques patients qui ont été contaminés malgré les confinements successifs, qui me connaissaient et qui considéraient que je pouvais leur apporter quelque soin plus ou moins salubre, en attendant le vaccin.

En voici un rapport aussi complet que possible.

Afin que la lecture de ce qui suit puisse être pertinente, la Grippe peut servir de point de comparaison, puisqu'elle est souvent comparée avec le SARS.....

Ainsi, il me paraît important de faire remarquer que la fréquence de défaillance respiratoire au cours de la Grippe est rare (<1%).



incubation

TOUX

Ci dessous la représentation de l'évolution de la maladie, dans 10 à 20% des cas: le SARS.

Le Protocole DANSE

D-Vitamine à bonne dose

Acide Ascorbique à bonne dose et selon la bonne prise

N-Acétyl Cysteine

Soufre et autres minéralothérapies (zinc, cuivre, or, argent, fer,...sous forme pondérale ou oligo-élémentale)

Etiologique (Antibiothérapie ou antiparasitaire selon les cas)

Le protocole DANSE ambulatoire, mis en place de **manière précoce**, et même sans les doses optimales, a été corrélié, au cours des années 2020 et 2021, à :

-une résolution ad integrum **dans 90% des cas environ**

-et dans 10% des cas, à une nécessité d'hospitalisation et/ou d'oxygénothérapie. le critère retenu pour l'envisager étant le niveau de saturation à l'oxymètre de pouls inférieure à 93-94 %, mais discuté au cas par cas, compte tenu de la faible marge de manœuvre des services d'urgence. Il me paraît important de faire remarquer que la fréquence de défaillance respiratoire au cours de la Grippe est rare (<1%).

Patient	antécédents	age	date	traitement	hospitalisation/besoin d'oxygene	Soins de réanimation	Covid long	Statut à un an
MR PD	Cancer pulmonaire BPCO	>70	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mme ST	néant	40	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mme HM		>70	2020	Protocole DANSE	oui	non	non	guérit
MmeP SM	allergie	40	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mr PP	LLC	40	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mr IJL	OH+PNP	50	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mme LV	OH+anorexie	50	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
MrCB	Obésité morbide+ maladie génétique	50	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mme CB	Obésité morbide	50	2020	Protocole DANSE	oui	non	non	guérit
Mme B A	Surpoids	35	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mr B C	Allergie et polypes sinusaux	35	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Fils de Mr BC		7	2020	0	non	non	non	guérit
Mme RC		35	2020	Protocole DANSE	oui	non	non	guérit
Mr FN	Obésité morbide uricémie	>70	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mme CM	0	55	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mme LL	0	25	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mme AJ	0	25	2020	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mr SP	0	45	2020	Protocole DANSE rotocole	non	non	non	guérit

				DANSE				
MR TR	0	35	2021	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mme VD	0	35	2021	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Fils de Mr TR	0	5	2021	0	non	non	non	guérit
Mme I	0	50	2021	Protocole DANSE	non	non	non	guérit
Mr BH	0	30	2021	Asymptomatique		non	non	guérit
Mme XV	0	45	2021	Asymptomatique		non	non	guérit
Nombreux patients positifs asymptomatiques par ailleurs								

Au cours de l'année 2021, et surtout lors de l'épidémie de fin d'année 2021, j'ai progressivement mis en place **un protocole de deuxième ligne**:

Le Protocole COPA+

Corticothérapie

Oxygénothérapie à domicile

Protection renforcée du catabolisme

Antibiothérapie large spectre

+ le protocole DANSE

+ thérapie de convalescence adaptée et personnalisée

Ambulatoire 2021-2022

La **deuxième épidémie**, en France, en 2020-2021, redémarre progressivement à partir du mois d'août 2020. Lentement, très lentement.

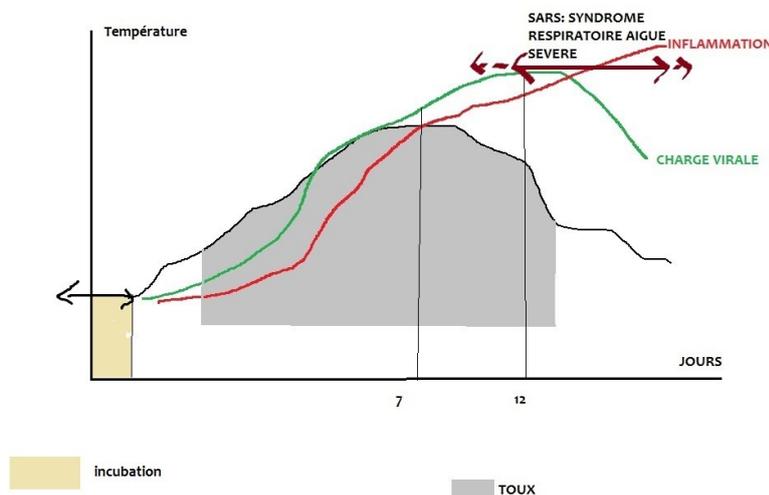
A partir d'octobre 2020, elle prend une ascension exponentielle pour culminer en novembre 2020, et redescendre progressivement à partir de là en début d'année 2021. (4 mois)

Elle va reprendre de manière croissante à partir de février 2021 de manière croissante pour culminer (**troisième pic**) en avril 2021, redescendre encore de manière très lente jusqu'en juin 2021. (5 mois)

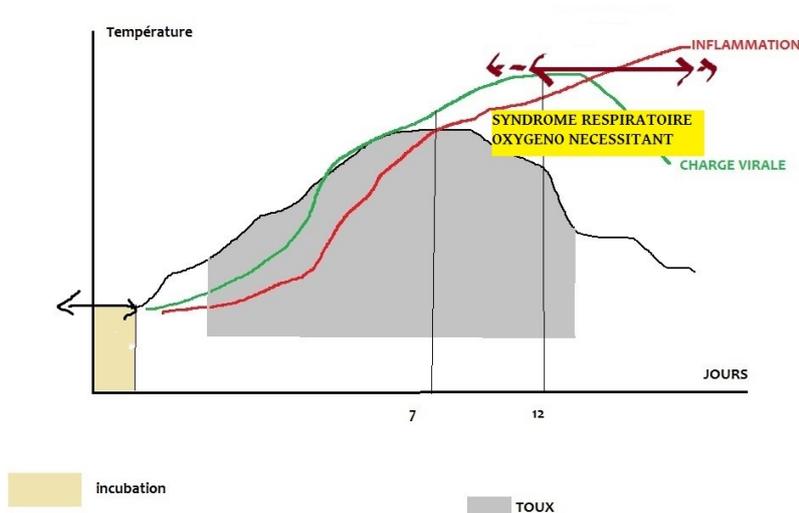
Une **quatrième épidémie** débute alors, de manière beaucoup plus rapide et plus importante, à partir du mois de novembre 2021, culmine en janvier 2022, pour s'achever vers la fin du mois d'avril 2022 (6 mois).

Au cours de la deuxième et troisième épidémie, le Syndrome Respiratoire Aigue Sévère que nous redoutons, s'est progressivement transformé en une entité clinique que j'ai baptisée **SRON : Syndrome Respiratoire Oxygène-Nécessitant**. Et toujours au cours de la deuxième période de la maladie.

2019-2020



2020-2021



Afin que la lecture de ce qui suit puisse être pertinente, la Grippe peut servir de point de comparaison, puisqu'elle est souvent comparée avec le SARS.....

Ainsi, il me paraît important de faire remarquer que la fréquence de défaillance respiratoire au cours de la Grippe est rare (<1%).

	antécédents	Age	Date	traitement	Hospitalisation/besoin d'oxygène	Soins de Réanimation	Covid long	Statut à ce jour
Mr D E	0	26	2020	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr P P	LLC	32	2021	Protocole DANSE	limite	non	non	
Mme O. S	0	25	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr G	0	45	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme G	0	44	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Fils G	0	15	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Fille G	0	12	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr P.	0	56	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme S.	0	51	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme B	0	53	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme I A	obésité	48	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr fils de Mme I A	surpoids	22	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme P C	PR HD	60	2021	Huiles essentielles de tea tree	non	non	non	
Mr P P	0	67	2021	Protocole COPA+	O2 5 jours ambulatoire	non	non	
Mme M D	BPCO tabagisme	89	2021	Protocole DANSE	Hospitalisé 10 jours O2	non	non	
Mr P. Pi	obésité		2021	Protocole DANSE	Hospitalisé 15 jours O2	non	non	
Mme P. F			2021	Protocole DANSE		non	non	
Mme C B*	obésité	45	2021	Protocole DANSE	Oui hospitalisé 8 jours	non	?	
Mme B Cl*	obésité	43	2021	Protocole DANSE	Oui hospitalisé 8 jours	non	non	
Mme P M	Défibrillateur	81	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr P. A	Surpoids diabète HTA	83	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme H h	0	49	2021	Protocole DANSE	non	non	non	

Mr H H	Surpoids	53	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
N H (fils)	0	17	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme G M	Obésité morbide		2021	Protocole DANSE	non			
Mr F P	Surpoids HTA apnée du sommeil	52	2021	Protocole DANSE puis Protocole COPA+	Oui O2 ambulatoire			
Mr F.G		50	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Fils de Mr K J	obésité	30	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme EP	0	48	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme C C	obésité	67	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme M D	0	37	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme N T	0	50	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme YH	0	26	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme M	0	80	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme LB	0	42	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr GC	0	37	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme N B	0	35	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme FD	0	50	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme EA	0	20	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme CA*	0	47	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme PF	0	27	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr P S *	0	27	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme BM	0	42	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme LL	0	36	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr PS	0	47	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme BF	0	32	2021	Protocole DANSE	non	non	non	

Mme RS	0	44	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme A A	0	48	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme Y L	0	67	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme TT	0	35	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme EG	0	25	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme sœur EG	0	24	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme CB	0	32	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr CB	0	30	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr C N	surpoids	25	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr GE	0	45	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme CF	0	28	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr SA	0	44	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme EB	0	48	2021	Protocole DANSE	non	non	non	
Toujours beaucoup de patients positifs asymptomatiques ou paucisymptomatiques								

	antécédents	Age	Date	traitement	Hospitalisation/ besoin d'oxygène	Soins de Réanimation	Covid long	Statut à ce jour
Mr R S	Greffé rénal	67	2022	Protocole COPA+	Oui. O2 ambulatoire			
Mme D G	0	66	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme M.	0	50	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr B R	PTH Insuffisance rénale	80	2022	Protocole DANSE puis protocole COPA+	Oui O2 ambulatoire	non		
Mme L MF		65	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr M B		32	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr R O		52	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme I M		51	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme CL		21	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme Z C		52	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
MmeN G		35	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
Fille Mme NG		5	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
Mme M M		35	2022	Protocole DANSE	non	non	non	
Mr M J*		58	2022	Protocole DANSE protocole COPA+	Oui O2 ambulatoire 5 jours			
Mme M C*		57	2022	Protocole DANSE protocole COPA+	Oui O2 ambulatoire 7 jours avec rechute qq jours après			
Mr M*		86	2022	Protocole DANSE protocole COPA+	Oui, O2 ambulatoire 4 jours			
Mme M*		86	2022	Protocole DANSE protocole COPA+	Oui, O2 ambulatoire 4 jours			
Mr Y		65	2022		non			
Mme Y	myelome	68	2022		non			

Mme Th			2022		non			
Mme B	Obésité	33	2022		non			
Mr B (préventif)		31	2022		non			
Fils nourrisson Mr B		6 mois	2022	Homéopathi e	non			
Mme S		45	2022	Protocole DANSE	non			
Mr B	Rétrécissm ent Mitral	80	2022	Protocole DANSE protocole COPA+	Oui O2 ambulatoir e 4 jours			
Mme B	Myelodysp lasie	80	2022	Protocole DANSE protocole COPA+	O2 ambulatoir e 4 jour			
Mme G	Maladie de Horton	76	2022	Protocole DANSE+ protocole COPA+ adapté à la corticothérapie au long cours	non			
Mr G*	Adénome prostate	81	2022	Protocole DANSE	non			
Mme L C		45	2022	Protocole DANSE	non			
Mme G D	Tabagisme 30PA		2022	Protocole DANSE protocole COPA+	non			

Ambulatoire fin juin 2022 à la rentrée 2022

	antécédents	Age	Date	traitement	Hospitalisation/ besoin d'oxygène	Soins de Réanimation	Covid long	Statut à ce jour
Mr V A	sarcoidose	77	Juin juillet 2022	Protocole DANSE COPA+	non	non		
Mme D M		50	aout2022	personnel	non	non		
Mr F		42	aout2022	personnel	non	non		
Mr T		41	aout2022	personnel	non	non		
Mme B		59	Juillet 2022	Protocole DANSE	non	non		
Mme T		44	Protocole DANSE	Protocole DANSE	non	non		
Mme M I		48	Aout 2022	Protocole DANSE	non	non		
Mr O R		53	Mai-juin 2022	personnel	non	non		
Mr F	surpoids	59	Juin 2022	Protocole DANSE	non	non		
Mme C*	surpoids	72	Juin 2022 (récidive)	personnel	non	non		
Mme B ML*		83	aout2022	personnel	non	non		
Mme D		65	Juillet 2022	Protocole DANSE	non	non		
Mr P		42	Juin 2022	Protocole DANSE	non	non		
Mme M		71	Aout 2022	Protocole DANSE	non	non		
Mr M		60	Juillet 2022	personnel	non	non		
Mme C A	grossesse	32	Aout 2022	homéo	non	non		
Mme B		88	Juin 2022	Protocole DANSE	non	non		
Mme E		62	Juin 2022	personnel	non	non		
Mr E		63	Juin 2022	personnel	non	non		
Mme F		31	Juin 2022	Protocole DANSE	non	non		
Mme M RM		40	Juin 2022	Protocole DANSE	non	non		
Mme CN		53	Aout 2022	homéopathie +DANSe adapté				
Nombreux patients positifs asymptomatiques ou paucisymptomatiques								

90 % des patients soignés ne sont pas injectés par le produit expérimental de prévention. 100 % guérissent. 0 % n'ont eu besoin d'oxygène.

10 % des patients soignés ont été injectés par le produit expérimental de prévention. 100 % guérissent. 0 % n'ont eu besoin d'oxygène.

Il n'y a aucune différence significative dans l'oxygène-nécessité, pour la simple raison que : Dans cet échantillon, 100 % des patients ont guéris et 0 % ont eu besoin d'oxygène. On note une tendance à se soigner soi-même plus importante qu'au cours des épidémies précédentes.

La surveillance des personnes *a priori* fragiles a été la même qu'au cours des précédentes épidémies et je l'ai détaillée dans la partie « mes protocoles de soin » (cf « ambulatoire covid »)

La saturation en oxygène des patients n'est jamais descendue en dessous de 96 % au cours de l'évolution de la maladie, notamment pendant la période critique entre le 7ème et le 12ème jour environ.

A l'heure où j'écris ces lignes (septembre 2022), je n'ai plus de demandes de soin pour covid et il semble que cette épidémie soit en train de se terminer.

Elle n'est donc en rien comparable aux précédentes.

Travail en Réseau

Il a fallu trouver aussi du Temps et des Collègues de tout bord afin d'optimiser les ressources, les connaissances, les expériences et le compétences de chacun afin de rapidement proposer un soin adapté à tous les malades du covid.

Même si, en proportion, il semble que nous ayons été relativement peu à choisir la Voie du Soin, sans attendre les promesses d'un produit injectable expérimental de prévention, notre collaboration dans le but d'une synergie de soin a été un soulagement pour chacun d'entre nous, dans la mesure où le succès a été rapidement au rendez vous.

Tout seul, je n'aurai pas pû être aussi efficace qu'avec l'aide de tous mes collègues de travail(de quelque formation qu'elles/ils soient).

Je tiens à insister sur ce point.

Merci à vous toutes et vous tous.

Point non des moindres, je tiens aussi à remercier tous les malades qui m'ont fait confiance à travers cette période, ainsi que tous les aidants/tes , proches ou parents, enfants ou conjoints, dont le soutien et la collaboration ont été indéfectibles.

Tout seul, je n'aurai pas pû être aussi efficace.

Merci à vous toutes et vous tous.

Soins pour tous et Gratuité des Soins

Quelques patients qui viennent me voir sont en relation avec une partie de la population plus démunie que le reste.

Dans Lyon 3ème, il existe une communauté d'Afrique du Nord dont les revenus sont modestes. Pour elle, l'accès au soin est conditionnée par soit la CMU (couverture médicale universelle), soit l'ALD (affection Longue durée).

La Convention médicale, par l'intermédiaire de la CMU ou de l'ALD, permet l'accès aux *soins remboursés* et aux prescriptions composées de médicaments pour lesquels il existe un accord commercial entre elle et les différentes firmes pharmaceutiques *permettant un remboursement partiel ou total*, que ce soit pour un médicament princeps ou générique.

Ma pratique est elle compatible avec leur précarité sociale ?

En effet, mes prescriptions sont désormais composées de médicaments homéopathiques Non remboursables, de phytothérapie, de gemmothérapie et de compléments alimentaires (vitamines, minéraux, oligo éléments, pré et pro-biotiques, plasma de Quinton, etc.....) pour lesquels ni la CMU, ni l'ALD, ni l'assurance maladie ordinaire ne permettent un remboursement.

Dès lors, même si j'assure la gratuité de ma consultation vis à vis de cette partie de la population, je ne peux garantir la gratuité de mes prescriptions en officine, cette démarche devant être l'objet d'une réflexion éthique autant que sociale, et bien entendu personnelle, du pharmacien avec son client.

Comme je n'ai jamais entendu parler d'aventures de cet ordre, il m'est apparu très tôt de permettre à mes patients les plus démunis d'être soigné par ma pratique des réflexothérapies, que ce soit par l'Auriculothérapie et la Médecine Manuelle.

- ✓ En effets ces deux type de soin permettent de soigner sans prescriptions non remboursables.
- ✓ Leur champ d'action sera essentiellement :

-la douleur

-les troubles fonctionnels

-les dépendances.

Elles ont toutefois leurs limites : l'une d'elle est qu'elles ne peuvent se substituer à des apports nutritionnels optimaux, et que l'apport complémentaire des autres thérapies non remboursées ne peut y intervenir de manière synergique.

Des Honoraires pour des Résultats: l'offre du Dr Santourian aux plus démunis

A partir de la compréhension de l'intérêt et des limites de l'Auriculothérapie et de la Médecine Manuelle, j'ai offert un soin dans ces disciplines aux amis les plus démunis de patients connus, **pour le soulagement de leurs douleurs**, selon le contrat suivant:

- s'ils sont soulagé efficacement (suivi par EVA avant-après la séance avec ré-évaluation à J7-J15-J30), ils s'acquitteraient d'honoraires médicaux compatibles avec leurs moyens et leur trésorerie, dont le montant serait laissé à leur discrétion.
- s'ils ne sont pas soulagé efficacement, ils ne me devraient rien.

Les motifs de consultations sont:

- lombalgies 53% (avec ou sans névralgie (sciatique ou crurale)
- cervicalgies 26% (avec ou sans névralgie cervico brachiale)
- douleurs neuropathiques 12% (traitées par les traitements habituels (lyrica, neurontin, laroxyl, antidépresseurs,...)
- troubles du sommeil 9% (traités par somnifères, antidépresseurs, benzodiazépines....)

Je rajoute que tous ces patients sont connus des services spécialisés des hôpitaux de Lyon, soit dans le cadre de suivi de pathologies chroniques comme le diabète, le surpoids, l'hypertension, soit dans le cadre de consultations des centres anti-douleurs.

Les résultats, dont je publierai les datas dans un autre fascicule, ont été de **2/3 de sédation durable**.

Les Actes Gratuits

Quantitatif

Ils représentent plus de la moitié de mes Actes.

Qualitatif

De manière Traditionnelle, le Médecin a toujours consacré une partie de son activité à la réalisation de ces actes de manière gracieuse. Pour la simple raison qu'une consultation médicale, bien souvent, et même parfois malgré une durée d'une heure, ne permet pas de couvrir tout à la fois.

Dés lors, à quel moment ces actes méritent ils d'être l'objet d'Honoraires, puisqu'ils vont parfois demander un temps conséquent et une expertise, quelquefois équivalents à une consultation ordinaire, et certaines fois même davantage..... ?

A cette intéressante question, ce sont souvent les patients qui y répondent le mieux.

En effet, les patients eux même pressentent la pertinence d'Honorer tels actes plutôt que d'autres.

Conjointe à mon opinion de praticien (et à l'occasion, de patient également), nos avis convergent le plus souvent vers les réponses qui suivent, et qui sont souvent nuancées.

Ainsi, j'ai rédigé le tableau suivant en m'aidant de l'apport du regard de mes patients sur le sujet : Comme vous le constaterez, on en peut se satisfaire de cocher la case « acte gracieux » ou « acte à honorer », justement par la nécessité de mesures que nécessite l'acte médical.

	Actes Gracieux	Actes à Honoraires
ordonnance ou soin intermédiaire entre la consultation et le retour à la santé. Parfois ces ordonnances peuvent se multiplier et se succéder et donner lieu à un véritable accompagnement thérapeutique	Selon les moyens limités de certains, on convient d'une fréquence d'actes à partir duquel les honoraires se justifient. Selon l'aisance de certains autres, on fixe un montant acceptable pour chaque partie et à chaque étape de l'accompagnement.	
rédaction d'un certificat médical	Sur ce point, soit le certificat est simple à élaborer (aptitude au sport ou à un emploi par exemple), dès lors qu'on connaît le patient de longue date et qu'on a développé une relation thérapeutique, j'estime que cet acte doit, et peut rester gracieux, d'autant qu'il survient souvent à distance d'une ou plusieurs consultations de fond.	
rédaction d'une ordonnance, simple, ou complexe, à distance géographique (du cabinet) et/ou temporelle (du temps de la consultation physique)	Une simple ordonnance sera souvent une thérapeutique isolées (zincothérapie, organothérapie). J'estime qu'elle doit, et peut rester gracieuse. Dès lors qu'elle se complique, et pour des raisons évidentes d'explications sur la nécessité de chaque ligne de l'ordonnance, j'estime elle mérite d'être honorée.	
rédaction d'une ordonnance de prise de sang complémentaire, pour laquelle le temps a manqué au cours de la consultation, ou qui paraît pertinent après relecture du dossier (cf plus bas: cas complexes)	Compte tenu de la rapidité de l'expertise (le plus souvent), j'estime qu'elle doit, et peut rester gracieuse.	
suivi téléphonique pour un problème médical dont la consultation n'a été qu'une étape dans le retour à la santé d'un patient donné	C'est à apprécier au cas par cas il me semble, car certains ajustements peuvent être évidents pour le praticien et ne pas lui demander une charge temporelle et intellectuelle trop énergivore. Dans ce cas, l'acte doit et peut rester gracieux. C'est différent lorsque ce suivi nécessite une prise en charge mutli-modale complexe, qui dans ce cas, mérite d'être honorée.	
suivi par e-mail pour le même genre de problème, ou bien pour de l'éducation thérapeutique	L'éducation thérapeutique devrait pourvoir rester gracieuse. Le suivi par e-mail lorsqu'il se décompose en questions-réponses multiples, évoquant là une consultation virtuelle, devrait être et pourrait être honoré.	
Consultations urgentes à distance	Elles méritent d'être honorées. A moins d'une extrême simplicité dans la réponse ¹⁸ bien entendu! Dans ce cas elle doit et peut rester gracieuse	
Traitement de résultats biologiques (prises de sang) après que la consultation ait eu	Lorsqu'ils ne donnent pas lieu à des interventions complexes sur l'ordonnance, ces actes peuvent et devraient rester gracieux. Lorsqu'ils se complexifient, il méritent alors d'être honorés.	

18 Comme de passer sous l'eau froide une partie du corps qui vient d'être traumatisée, par exemple. Et même dans ce cas, vous noterez que le praticien doit s'enquérir du type de traumatisme, de son degré, de sa situation corporelle, de l'âge, des antécédents, et ainsi de suite.....

lieue	
Traitement de dossiers complexes (patients aux pathologies lourdes, pour lesquelles la médecine conventionnelle est arrivée à ses limites)	Lorsque le temps passé, et les niveaux d'expertise s'élèvent, ces actes devraient et pourraient être honorés.

Plateformes en ligne de prise de Rendez vous : les limites de Doctolib

J'ai connu Doctolib dans les années 2017, à une période où les plateformes de prise en ligne de rendez vous se développaient timidement.

✓ Du côté du patient :

Les avantages sont restreints :

-le patient prends directement sur un agenda en ligne son rendez vous à l'heure et au jour de son choix, tranquillement, depuis son domicile, son travail ou son loisir, par l'intermédiaire d'un PC ou d'un smartphone.

-lors d'un premier rendez vous, il peut choisir son praticien sur la base des compétences affichées sur la plateforme.

-le cas échéant, il peut consulter par l'intermédiaire de la visio-consultation à distance. Outil précieux pendant la période des confinements.

Les inconvénients sont un peu plus nombreux :

-lors d'un premier rendez vous, l'image virtuelle du praticien donnée par la plateforme peut finalement se révéler être en décalage avec la réalité.

-il lui est compliqué de joindre directement le praticien, même s'il a déjà consulté une fois, à moins d'une certaine plasticité de pratique de son praticien.

-il doit maîtriser l'outil informatique. Ce qui met d'emblée à la marge toutes les personnes d'un certain âge, qui n'ont pas, ou peu, connu le numérique.

-en cas d'urgence ou de demande pressante, à moins d'avoir développé une relation de confiance avec son praticien, il se heurte aux limites de l'outil : temps de prise en main plus long qu'un appel téléphonique, algorithme de prise de rendez vous chronophage et énergivore, pas d'espace numérique dédié à ces cas de figure,...

-le suivi avec un spécialiste, après une consultation, n'est pas permis, ni par la plateforme, ni, en général, par le praticien spécialisé, à quelques exceptions près.

-les visio-consultations permettent certaines consultations médicales et ne sont pas compatibles avec d'autres. Il n'est pas toujours aisé pour le patient d'en faire la distinction.

-les systèmes d'exploitation de la visio-consultation restent encore imparfaits, avec des bugs chronophages et énergivores, qui font préférer la simple communication « par téléphone » sur ces moments précis.

✓ Du côté du praticien:

les avantages sont restreints:

-facilité d'inscription en ligne.

-visibilité sur internet.

-prise en main rapide.

Les inconvénients sont un peu plus nombreux:

-coût relativement élevé. En fin de contrat, j'étais facturé environ 200€/mois pour la prise en ligne des rendez vous physique et l'usage d'un outil de visio-consultation imparfait.

-résolution médiocre des bugs après-coup, et impossible en direct, sur une visio-consultation, par exemple.

-outil numérique configuré selon une logique inadaptée à un praticien à l'esprit d'initiative.

-développement d'un dossier médical partagé en ligne, dont les échecs successifs en terme de sécurité n'ont toujours pas dissuadé leurs concepteurs.....

-complexification de l'accès à son espace informatique au fil du temps.

-avec le temps et le développement d'une relation « médecin-malade » de qualité, le recours à la plateforme devient rapidement obsolète.

-mises à jour successives qui nuisent à une maîtrise pérenne de l'outil, bien au contraire. Par deux mécanismes synarchiques : le premier est lié à une certaine « obligation » de mise à jour du système par la plateforme, même si le praticien s'était habitué au précédent et qu'il ne souhaite pas en changer. Le second est lié aux mises à jour des systèmes d'exploitation (microsoft ou apple) , également « dans l'air du temps », qui se heurtent à celles de la plateforme, bloquant la prise en main de l'agenda sur le smartphone par le praticien.

-enfin, nécessité impérative d'avoir un support PAPIER qui DOUBLE l'informatique, en cas de panne du système d'exploitation, panne de secteur, panne du PC ou du smartphone, panne de réseau, et ainsi de suite.....

Pour toutes ces raisons énumérées ci dessus, j'ai quitté « doctolib », qui enferme plus qu'il ne libère, à la fois le praticien et le malade, dans une spirale de chantage informatique largement plus énergivore et chronophage que le téléphone, un agenda papier, et une relation basée sur l'implication personnelle et la confiance développée avec le temps.

Vers une offre «publique-privée» de consommation de «soins»: le marché de la «maladie-santé»

Qu'on le veuille ou non, on ne pourra nier la présence de marchés financiers au sein du «système de santé publique».

Et il ne saurait être juste d'en avoir une vision particulièrement négative. Bien au contraire, dans certaines «filières» du soin, l'apport de ces marchés se révèle salvateur pour les malades: les prothèse de hanche, les prothèses de genou, les soins précoces des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) par thrombolyse, les chirurgies de la cataracte, les prises en charge de l'infarctus du myocarde, des troubles du rythme cardiaque, notamment, font partie de ces filières du soin dans lesquels les marchés financiers ont, justement, permis de soigner mieux et de mieux en mieux au fil du temps les pathologies qui les caractérisent.

S'il est particulièrement évident que leur apport est substantiel dans ces «filières», il est discutable dans d'autres:

Ainsi les marchés financiers qui ont permis l'acquisition de matériel et des techniques de soin de plus en plus poussées dans les soins à l'obésité morbide, ou le diabète, par exemple, représentent un secteur du marché de la «maladie-santé» qui peine à démontrer son réel impact salvateur curatif et qui illustre par trop bien tout à la fois le désengagement d'une politique préventive de santé, pourtant toujours aux atours démagogiques engagés, et l'échec d'une éducation à la santé avec un grand «E» et un grand «S». Sans doute, justement, par l'accélération d'une confusion sémantique, là aussi, délétère, mais aussi par la continuité d'un atavisme professionnel: pour beaucoup de professionnels, la prévention en santé publique, c'est de piquer les gens en bonne santé contre un peu tout ce qui pourrait l'être. C'est rapide, pas cher et ça peut rapporter gros. Quitus le Terrain et les Toxiques.....Et tant pis pour les accidents fâcheux éventuels suite aux piqûres, on orientera vers le psy.....

Enfin, et là encore, qu'on le veuille ou non, on ne pourra nier la progression croissante du Numérique dans les marchés financiers de la «maladie-santé»:

Ce marché, d'ailleurs, est-il *réellement* régulé?

Depuis les dossiers médicaux en ligne, «partagés» et «sécurisés», dont les piratages successifs n'ont nullement dissuadés leurs concepteurs ni leurs promoteurs, notamment ministériels, jusqu'aux dispositifs médicaux implantés et de plus en plus «connectés», en passant par les applications-gadgets via mobiles pour presque tout ce qui peut concerner la maladie ou la santé.

Cette boulimie de Numérique-toujours plus, toujours plus vite, sans cesse mis à jour- n'est elle pas pathologique et très discutable lorsqu'on arrive à l'objectivité du soin?

Certes, l'offre est énorme, la propagande bien étudiée et les petites entreprises («start'up» pour parler en mode «novlangue») ou les plus grosses et les moyennes, peuvent trouver là un moyen de capitaliser, et de créer des emplois, de participer à l'économie de marché de la «santé-maladie», à tous les niveaux et au mépris de toute connaissance et conscience du soin, avec un grand «S», dans la mesure où les indicateurs pour mesurer la pertinence de leur offre seront choisis de la manière qui leur sera particulièrement favorable.

On ne peut s'empêcher de voir là une stratégie de vente et une justification de vente qui ressemblent à celle des producteurs, vendeurs, distributeurs et revendeurs d'alcools ou de tabac.

A ceci près que pour ce marché actuel, l'aval des principaux organismes-sinon de tous- de contrôle de la santé (ministère de la santé, hautes autorités de santé, sécurité sociale, en passant par l'OMS), est d'emblée acquis, et que l'appréciation de l'impact d'une énième «révolution numérique» sur la

santé des malades passera , dans le meilleur des cas, *in fine*, par une enquête de satisfaction, à retourner en ligne, dans le pire, par des études dont la vérification de l'authenticité et la véracité prendront les années suffisantes à vendre le «produit numérique» jusqu'à sa prochaine mise à jour avant obsolescence!

N'est ce pas là un «business-plan» bien rôdé?

Perspectives d'Evolution

Evoluer étant inévitable, et les presque 50 années vécues ne pouvant le contredire, on poursuit en général l'évolution par la projection.

Les temps actuels sont troublés, et la projection en pâtit.

En effet, **six pistes** sont intéressantes à explorer à la lecture de ce bilan.

- ✓ **La première** est d'améliorer le suivi des consultations. Le chapitre trois («Evolution de la patientèle») le démontre assez bien. Les patients «perdu de vue» sont nombreux.

Suivre les patients demande un temps supplémentaire aux consultations, et c'est de ce temps qu'il pourrait être question dans le futur.

En effet, il est clair qu'un bon suivi est fait à la fois de l'étude des observations cliniques, que de la réflexion afin d'optimiser les soins de manière individuelle et personnalisée, que du travail d'apprentissage permanent par l'expérience autant que par l'étude des cas cliniques pratiques comme celle des collègues qui partagent leur expérience et découvertes.

Sur cette partie, c'est essentiellement le temps qui doit être géré afin qu'il potentialise les consultations physiques.

- ✓ La **deuxième** est celle de l'amélioration non pas de passerelles entre les médecines conventionnelles et non conventionnelles, mais plutôt d'une intégration conduisant à une nouvelle forme de soin. Ce deuxième point est pour le moins utopique à l'heure actuelle, du moins en France. L'habitude de la médiocrité, la pensée dichotomique érigée en dogme, voire dévoyée pour en arriver au confort dans la ségrégation sanitaire, deviennent le corollaire de la «crise» des psychotropes, à laquelle se rajoute le désastre sanitaire suite au covid-19 qui achève 20 années d'austérité sanitaire, tristement par l'apologie de la ségrégation.

La «crise» des psychotropes ne fait pas partie de l'agenda des politiques économiques qui cultivent aujourd'hui davantage la politique de gestion de la Catastrophe par l'usage (ou l'abus) du numérique, dans une optique fantasmagorique d'un monde ou d'un humain «connecté»

Nous ne pouvons guère faire plus que laisser ce fantasme s'étioler au fur et à mesure que sa mise en œuvre va se heurter au principe de réalité.

Ce qui laisse supposer que les infrastructures actuelles représentant la médecine conventionnelle se transformant en filières industrielles dont les niveaux de qualité, très inégaux géographiquement, risquent d'être voués à une détérioration drastique, par une économie à l'agonie. Sous peu, on ne pourra même plus compter sur elles pour la médecine de lésion. C'est déjà le cas d'ailleurs avec l'introduction de la ségrégation sanitaire à l'entrée des hôpitaux. Hors les murs, on souffre et on agonise dans le silence et le mépris d'un système nombriliste et austère.

- ✓ Par conséquent, et compte tenu du fait que le métier même de médecin ou de soignant *authentique*¹⁹ risque de disparaître en ambulatoire du fait de cette gestion numérique de la santé, peut être qu'il va falloir mettre l'accent sur la Prévention Ambulatoire et la Thérapie Holistique Précoce, afin de maximiser le Capital Santé de la majorité qui ne pourra plus compter sur une Médecine de Lésion sous peu très Sélective et Segregationniste. Et c'est bien la **troisième** piste qu'il va falloir déblayer pour les générations qui arrivent, dont la

19 Et non d'un «technicien du soin» ou d'un «agent» de «soin», «agent» de «prévention», etc....tous les termes gravitant autour du soin étant dévoyés par une terminologie pour le moins confuse.....Relire le chapitre «pharmacodépendance : genèse d'une doctrine».

santé physique et mentale, semble bien, plus que jamais, en grand danger.

- ✓ La **quatrième**, est l'optimisation de l'outil informatique, par un usage raisonné en lien avec la réalité de terrain. Il ne s'agit pas d'exclure l'outil. Il s'agit bien de lui donner sa place. Et de la lui faire conserver. Le nombrilisme numérique laisse à la marge toute une partie de la population, interdit de prendre en considération la réalité de manière sérieuse et interdit de reconnaître ses erreurs. Cette posture dogmatique se nourrit de la peur de ses adeptes d'avoir à être exclu du système, que ce soit soignants, soignés, ou toute la bureaucratie institutionnelle qui la parasite depuis ces 20 dernières années. Il n'y a donc rien à attendre de sempiternelles « réformes » au nom d'un progrès porteur en réalité de régression sociale, sanitaire et économique, qui ne peuvent être que conditionnées par un dogme numérique qui, par définition, rend aveugles et sourds aux désastres successifs et aux erreurs tragiques celles et ceux qui y adhèrent. L'outil numérique est un outil. Pas un dogme. Utilisé comme un outil qui sert, et non un gadget qui dé-sert voire un dogme qui asservirait, il nous permet d'optimiser notre soin.
- ✓ La **cinquième**, est de poursuivre l'engagement dans la promotion des consultations permettant l'accès au soin non remboursé pour les plus démunis. Dans les faits, son apport est substantiel, même si incomplet dans sa mise en œuvre, et -faut il le rappeler?- conditionné aussi par la viabilité économique d'un cabinet qui doit déjà être assez connu et dont la plus grande partie des patients ont les moyens de leur engagement dans la manière de se soigner.
- ✓ La **sixième**, enfin, est de valoriser le niveau d'expertise de la consultation, par la poursuite de la formation continue, la lecture et l'analyse des observations sur les cas complexes, l'analyse de la iatrogénie des thérapies géniques en cours d'expérimentation, que soit des thérapies géniques préventives ou curatives (comme certaines nouvelles chimiothérapies), ainsi que la recherche active des molécules homéopathiques ou des soins holistiques permettant d'en réduire leur impact.

Annexe

A propos de l'Auteur

Parcours Professionnel **hospitalier et en Centres de Soins** :

2018 – 2020: Centre d'Addictologie Ambulatoire des Alpes -Antenne de Vienne.

2002 – 2010: Médecin des mines

2002 – 2010: Médecin du sport - Centre médico-sportif – Firminy

2002 – 2003: Médecin - Clinique de la buissonnière - Médecine physique et réadaptation

1998 – 2002: Interne - Hôpitaux de la Loire

1993 – 1997: Externe - Hôpitaux de la Loire

Exercice Professionnel en Cabinet **Privé** de Soins :

2015 – 2021: Homéopathie, auriculothérapie, micronutrition et médecine manuelle

2002 – 2014: Médecin des mines

2002 – 2010: Médecine traditionnelle

2002 – 2018: Coach sportif

Exercice Professionnel **Associatif** :

Membre - Médecin actif puis honoraire dans l'association TaeKwonDo de la Loire

Membre - Coach personnel du champion international de Tae Kwon Do Me Sakir Uyar

Travaux et publications

2002: Thèse sur l'activité physique pour le maintien de la **santé** et de l'**autonomie** au cours du **vieillessement** -

Publiée dans la revue **neurologie-psychiatrie-gériatrie**

2016: Mémoire sur l'Apport de l'Acupuncture Auriculaire dans la prise en charge des **Addictions**

2020: Mémoire sur l'Apport de l'Acupuncture Auriculaire dans la prise en charge des **Pharmacodépendances**.

2020: Rapport Covid-19.

2021: Rapports Vaccins Covid (4)

2021: Raiders of **The Lost Care**

2021: Bilan D'Activité Médicale Privée

2022: Pratiques Cliniques de Soins Holistiques en Addictologie

2022: Slow Adrenal Insufficiency following BNT 162b2 SARS-Cov-2 vaccine : a case report

2022: Bilan d'Activité Médicale Privée

L'auteur est titulaire des **Formations et Diplômes** suivants:

- *Médecine Traditionnelle Chinoise en 2018*
- *Auriculothérapie en 2016*
- *Medecine Manuelle-Ostéopathie en 2016*
- *Micronutrition en 2015*
- *Homéopathie en 2013*
- *Ophtalmologie médicale en 2012*
- *Spécialité de Médecine Générale en 2002*
- *Doctorat de Médecine en 2002 (« Activité physique pour le maintien et développement de la santé et de l'autonomie au cours du vieillissement »)*
- *Baccalauréat C (Scientifique) en 1991*