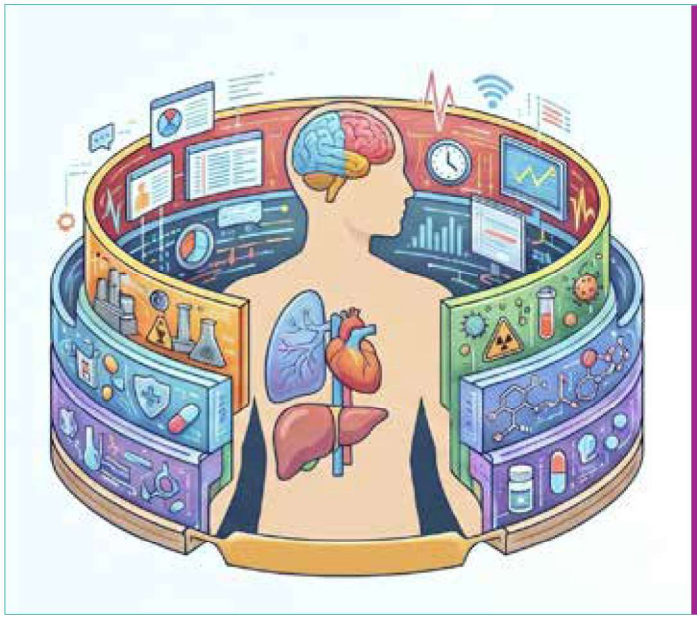


Le Simillimum en tant que concept historique : *pourquoi le patient d'aujourd'hui ne correspond-il pas à un profil de médicament unique ?*

WEB

Dr Nicolay Stoytchev, Bulgarie



Le patient chronique contemporain se présente rarement avec un seul problème. Il vient avec de l'arthrose, de l'hypertension artérielle, une fatigue chronique, dix ans de cures d'antibiotiques derrière lui et une anxiété vague que les médecins ont qualifiée de «fonctionnelle». Tenter de couvrir cette polypathologie avec un seul et unique médicament - le Simillimum classique - est une illusion thérapeutique dans la grande majorité des cas actuels. Le patient réel est trop complexe, trop surchargé par la iatrogénie et trop multicouche pour correspondre à un seul profil de médicament.

Mais cette constatation n'est pas une critique envers les fondateurs de l'homéopathie clinique. Le Simillimum était un concept correct pour son époque - et c'est précisément pourquoi il fonctionnait si bien à l'ère où il a été formulé.

Le monde dans lequel est né le Simillimum

Hahnemann travaillait dans un monde de maladies aiguës. Scarlatine, typhus, dysenterie, pneumonie… des maladies où l'organisme réagit de manière globale et violente, et où le tableau pathologique est relativement pur. Le patient de son temps ne prenait pas de corticostéroïdes pendant des années, ne vivait pas dans un environnement saturé de perturbateurs endocriniens, et le stress chronique de type moderne n'existait tout simplement pas en tant que réalité clinique. Les couches pathogénétiques auxquelles nous sommes confrontés aujourd'hui n'étaient pas présentes dans sa pratique de consultation.

Il en va de même pour les cliniciens de la seconde moitié du XIXe et de la première moitié du XXe siècle, qui ont développé et perfectionné la méthodologie du médicament unique. Lorsque Boenninghausen, Kent et Schmidt décrivent leurs cas, ils travaillent avec des patients dont la réactivité pathologique est beaucoup moins modulée de l'extérieur. L'image symptomatique qui émergeait de l'anamnèse était relativement authentique ; elle reflétait le patient lui-même, et non le patient plus tout ce qui s'est ajouté par-dessus.

C'est pourquoi le Simillimum fonctionnait à l'époque. Non pas parce que la méthodologie était erronée - mais parce que le patient était différent.

Les trois couches de la complexité contemporaine

Le patient chronique d'aujourd'hui porte au moins trois catégories d'accumulations qui modulent activement l'expression de sa constitution pathologique.

1. La couche iatrogène est la mieux documentée et la plus tangible sur le plan clinique. Dix ans d'anti-inflammatoires non stéroïdiens pour l'arthrose suppriment la douleur, mais déplacent le processus pathologique plus en profondeur. Six ou sept cures d'antibiotiques pour des infections respiratoires récidivantes perturbent la régulation immunitaire et restructurent le microbiome intestinal de manières dont les effets à long terme sur la réactivité de l'organisme commencent à peine à être étudiés. L'utilisation chronique d'inhibiteurs de la pompe à protons fait taire des symptômes qui, en homéopathie classique, auraient orienté vers ***Phosphorus***, ***Nux vomica*** ou ***Lycopodium***, et le médecin se retrouve face à un patient sans reflux gastro-œsophagien, mais avec une fatigue chronique vague et un fond dépressif. Les médicaments psychiatriques (antidépresseurs, anxiolytiques, stabilisateurs de l'humeur…) sont peut-être les plus problématiques d'un point de vue homéopathique, car ils agissent directement sur la couche psycho-émotionnelle, d'où l'interprétation classique du cas tire une grande partie des indices constitutionnels.

Le résultat est un patient dont la symptomatologie n'est pas seulement le résultat de sa constitution. Elle est le résultat de la constitution, retravaillée et modifiée par des années d'intervention pharmacologique. Lorsqu'un patient s'assoit devant nous et que nous décrivons ses symptômes, nous décrivons la configuration engendrée par l'interaction de trois ou quatre mécanismes pharmacologiques, et non l'image constitutionnelle authentique.

2. La couche anthropogène est moins visible, mais non moins significative. L'exposition chronique à de faibles doses de perturbateurs endocriniens (phtalates, bisphénol A, pesticides, composés perfluorés…) est l'un des phénomènes les mieux documentés de la toxicologie moderne. Ces substances ne provoquent pas de toxicité aiguë. Elles déplacent lentement et imperceptiblement les axes hormonaux, restructurent les rétroactions neuroendocriniennes et affectent les voies de régulation immunitaire. Leur trace clinique est floue, non spécifique et extrêmement difficile à distinguer de la symptomatologie constitutionnelle.

   Les métaux lourds ajoutent une autre dimension. Mercure, plomb, cadmium, aluminium… chacun avec une affinité différente pour des tissus spécifiques et un profil de neurotoxicité différent. Le patient avec une charge chronique en mercure (amalgames dentaires, consommation de poisson), une fatigue chronique et une labilité psycho-émotionnelle ressemble à un ***Mercurius*** - mais il n'est **pas** un *Mercurius* constitutionnel. C'est un organisme chargé toxicologiquement, dont l'image symptomatique copie le profil du médicament sans refléter la réactivité constitutionnelle réelle.

3. La couche sociogène est la plus difficile à définir, mais peut-être celle qui pénètre le plus profondément dans la symptomatologie. Le stress psychosocial chronique - contrairement au stress aigu, où l'organisme mobilise des réponses adaptatives et se normalise - restructure les axes psycho-neuro-immunologiques d'une manière indiscernable d'une pathologie constitutionnelle. L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, ayant subi dix ans d'activation chronique, produit un tableau clinique rappelant ***Arsenicum album***, ***Natrum muriaticum*** ou ***Lycopodium*** - trois profils constitutionnels fondamentalement différents. Lequel est le vrai ? Aucun d'entre eux. Ou les trois à la fois - ce qui est cliniquement équivalent.

   La surcharge numérique, l'isolement social, la dérégulation du rythme circadien, le manque chronique de sommeil - tout cela est nouveau. Hahnemann n'a jamais vu un patient ayant passé quatorze heures par jour devant des écrans avec une sécrétion de mélatonine perturbée et une attention dispersée. La Matière Médicale ne contient pas ces facteurs de modulation, car ils n'existaient pas.

Ce qui se passe cliniquement : l'espace des symptômes comme artéfact

Lorsque les trois couches agissent ensemble - et chez la plupart des patients de plus de quarante ans, c'est précisément le cas - l'ensemble des symptômes avec lequel nous travaillons n'est pas authentique. C'est un artéfact de l'interaction entre la réactivité constitutionnelle et tout ce qui s'est accumulé par-dessus.

La prise de cas classique suppose que les symptômes sont une expression du patient lui-même. Cette prémisse est correcte chez un patient «pur» avec une image constitutionnelle claire - et de tels patients existent encore. Mais chez le malade chronique polypathologique avec dix ans d'antécédents médicamenteux, vivant dans un environnement pollué avec trois événements traumatisants dans son anamnèse, les symptômes sont un texte écrit par de nombreux auteurs. Ils sont écrits simultanément par la constitution, par la pharmacologie, par la toxicologie et par la biographie.

Appliquer un médicament unique à un tel patient s'apparente à une tentative de trouver le «véritable» auteur d'un manuscrit anonyme collectif. Même si nous avons trouvé le bon médicament pour la couche constitutionnelle, il rencontrera dans son action trois couches de résistance, et le résultat clinique sera imprévisible, incomplet ou temporaire.

Les échecs dans la pratique, attribués à un «mauvais Simillimum», reflètent bien plus souvent cette situation précise - le médecin a trouvé le bon médicament homéopathique, mais a appliqué un outil constitutionnel dans un environnement non constitutionnel.

Le Simillimum aujourd'hui : d'une destination à une cible mouvante

Ce qui précède n'invalide pas le concept du Simillimum. Cela invalide seulement son utilisation naïve - l'idée que pour chaque patient, à chaque consultation, la tâche est de trouver le médicament unique et global et que tout le reste suivra.

Dans la pratique clinique contemporaine, le Simillimum est plus utile comme point de repère, comme objectif final du processus de guérison, que comme stratégie initiale. C'est la chose vers laquelle nous tendons, mais après que les couches ont été identifiées, hiérarchisées et traitées successivement.

Cela nécessite un type de pensée clinique différent. Au lieu de «quel est le Simillimum de ce patient ?» - la question est «quelle est la prochaine couche stratégique à travailler ?» La couche iatrogène nécessite des médicaments capables de contrecarrer les conséquences de l'intervention pharmacologique spécifique - drainage, désintoxication, normalisation de la réactivité. La couche anthropogène

nécessite parfois une approche isopathique ou des médicaments-antidotes spécifiques avant que le traitement constitutionnel ne devienne sensiblement efficace. La couche sociogène nécessite parfois un travail direct sur le profil psycho-émotionnel, avant que la symptomatologie constitutionnelle ne soit visible.

Le Simillimum vient après cela - lorsque le patient est suffisamment «décortiqué» pour que l'image constitutionnelle authentique puisse émerger.

L'application pratique : le diagnostic de la complexité

La valeur clinique de ce qui précède est concrète et directe. Pour chaque prise de cas d'un patient chronique, il est utile de se poser trois questions préliminaires avant de rechercher le Simillimum :

- **Pendant combien de temps et avec quels médicaments le patient a-t-il été traité de manière conventionnelle ?**

  Une utilisation prolongée de corticostéroïdes, d'antibiotiques ou de psychotropes est un signal suffisant que la couche iatrogène est cliniquement significative et doit être abordée.

- **Quelle est l'histoire toxicologique du patient ?**

  Environnement de travail, habitudes alimentaires, histoire dentaire, contexte géographique - tout cela peut contenir des accumulations anthropogènes expliquant un tableau de symptômes ne correspondant à aucun profil constitutionnel.

- **Quel est le contexte psychosocial et depuis combien de temps ?**

  Un patient en état de stress chronique depuis cinq ans ou plus, présente une restructuration psycho-neuro-immunologique suffisamment profonde pour masquer entièrement l'image constitutionnelle.

Si les réponses à ces trois questions indiquent une accumulation significative - la stratégie n'est pas la recherche du Simillimum, mais la cartographie de ces couches.

Conclusion

Les temps ont changé, et avec eux la tâche

Le Simillimum est un concept élégant. Le médicament unique pour le patient unique - il y a en lui à la fois une beauté intellectuelle et une efficacité thérapeutique, pour le bon patient dans le bon contexte. Il continue de fonctionner chez les patients «purs» avec une réactivité constitutionnelle claire - les enfants avant une intervention iatrogène massive, les jeunes gens avec une pathologie aiguë, les cas où l'accumulation polypathologique n'a pas encore dépassé une masse critique.

Mais pour le flux principal de patients chroniques dans la pratique contemporaine - polypathologiques, traités par polypharmacie, toxicologiquement chargés et chroniquement stressés - le Simillimum comme seul et direct objectif thérapeutique est un outil d'une autre époque.

Non pas parce que le concept est faux, mais parce que le patient a changé.
La tâche de l'homéopathe clinicien contemporain est plus complexe que celle de ses prédécesseurs : voir non seulement qui est le patient dans son noyau constitutionnel, mais aussi ce qui s'est superposé - et dans quel ordre travailler avec ces couches pour atteindre finalement cette image authentique pour laquelle le médicament unique a été écrit.

Le Simillimum n'a pas disparu. Il est simplement devenu plus profond.

Nicolay STOYTCHEV

Vous pouvez retrouver ce texte et plus encore sur le blog du Dr Nicolay Stoytchev :
https://blog.homeopat.online