

médalia

Médecine Somato Psychique

RAPPORT DE CAS CLINIQUE Déprogrammation Somato-Psychique

Présenté par :

Mikael MUTSCHLER

Le 12/06/2026

Auteur :

Mikael MUTSCHLER

8 Rue de la Fontaine

65400 ARRAS EN LAVEDAN

mikael.mutschler@gmail.com

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné Mikael MUTSCHLER, certifie être l'auteur du travail présenté et que celui-ci n'a jamais fait l'objet d'aucune présentation.

Mikael MUTSCHLER

Saint-Germain-en-Laye le 12/06/2026

Signature :

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' followed by a cursive 'S' and 'C'.

Glossaire :

AEG : Altération de l'Etat Général

AT : Attraction Tissulaire

BIP : Branche Ischio Pubienne

BO : Bilan Ostéopathique

BPCO : Broncho Pneumopathie Obstructive

C1 : première vertèbre Cervicale

CAE/AZ : Conduit Auditif Externe/Apophyse Zygomatique

CAE/E : Conduit Auditif Externe/Ecaille

CC : Cervico Céphalique

C/c : Céphalique/caudale

C/DC : Compression /Décompression

CDJ : Critères De Jugement

Coro : Coronale

D/G : Droite/Gauche

DSP : Déprogrammation Somato-Psychique

EE : Ecaille/Ecaille

EET : Etat d'Equilibre Tissulaire

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HCD : Hypochondre droit

HTA : Hypertension artérielle

K7K8 : 7e et 8e Cotes

LAC : Loge Antérieur du Cou

LAP : Lombo-Abdomino-Pelvien

LDV : Ligne De Vie

LLI : Ligament Longitudinal Interne

M1 : premier Métatarsien

MES : Marqueurs d'Etat de Santé

MID : Membre Inférieur Droit

MIG : Membre Inférieur Gauche

MIO : Membrane Interosseuse

MRT : Mouvement Respiratoire Tissulaire

MTP : articulation Meta-tarso-phalangienne

O/M : suture Occipito/Mastoïdienne

O/T : suture Occipito/Temporal

P/M : suture Parieto/Mastoïdienne

P/O : suture Parieto/Occipitale

P/Sq : suture Parieto/Squameuse

ROG : Reflux Oeso-Gastrique

ROT : Réflexe Ostéo Tendineux

SI : Sacro Iliaque

VNI : Ventilation Non Invasive

RAPPORT DE CAS CLINIQUE Déprogrammation

Somato-Psychique

Introduction

PREMIERE PARTIE : Présentation

Présentation du patient	1
Ligne de vie	2
Instruction des éléments de la ligne de vie	3
Examen clinique	4
Décision de prise en charge	4
Marqueurs de l'état de santé	5
Le stress	5
Les douleurs aux genoux	5
Le syndrome des jambes sans repos	6
Analyse de résultats	6
Unité du corps	6
Environnement	8
Histoire de vie	9
Etat de santé	10
Projet thérapeutique	10

DEUXIEME PARTIE : Évolution des prises en charge en DSP

Evolution clinique	12
Evolution des marqueurs de l'état de santé	12
Evolution ostéopathique	14
Confrontation entre l'évolution clinique et ostéopathique	15
Evolution et adaptation du traitement	16
Discussion	18

TROISIEME PARTIE : Discussion

Commentaire sur l'évolution	20
Discussion des difficultés rencontrées	20

Perspectives d'évolution et de suivi du patient	21
Cheminement personnel	21
Perspectives d'approfondissement	22

Conclusion

Annexes

Résumé

Abstract

Introduction

Nombreux sont les patients qui présentent une symptomatologie persistante malgré un suivi en médecine conventionnelle.

La Déprogrammation Somato-Psychique par son approche globale permet de diagnostiquer les champs d'information responsables d'altérations de santé.

Elle s'inscrit dans une médecine intégrative humaniste en collaboration avec les professionnels de santé.

Dans le cadre de mon rapport de cas clinique en DSP, j'ai fait le choix de présenter le cas clinique de Mme G., suivie du 23/01/26 au 29/05/26.

Cette patiente, de par ses altérations de santé et les traitements au long court dont elle bénéficie, a toute sa place dans une prise en charge en médecine somato-psychique.

En première partie, je vais présenter Mme G. en tentant de faire ressortir l'importance du contexte environnemental dans lequel elle évolue.

Mise en parallèle avec son histoire de vie et l'ensemble du bilan, elle permet d'inscrire l'accompagnement de Mme G dans la définition de la santé (selon l'OMS).

En suivant, je vais tenter d'observer l'évolution de la patiente afin de confronter les résultats des MES et des bilans en médecine ostéopathique et en DSP.

La dernière partie de ce rapport consistera en une discussion de ces évolutions ainsi qu'un retour sur mon propre parcours.

PREMIERE PARTIE : Présentation

Présentation du patient

Mme G. est une patiente de 65 ans, mère de 2 enfants, mariée et à la retraite depuis qu'elle a 60 ans.

Elle vient me consulter en médecine somato-psychique en raison de son niveau de stress élevé (EVA 3/10 évalué à la première consultation) et de ses gonalgies bilatérales chroniques (EVA 8/10).

D'un point de vue médical, la patiente présente une hyper tension artérielle traitée (Atenolol® 50mg/jr ; Lercanidipine® 10mg/jr) et une hypothyroïdie (suite à l'ablation de la thyroïde) depuis ses 40 ans (Levothyrox® 90mg/jr).

La patiente a un suivi en neurologie depuis ses 63 ans pour une maladie de Parkinson (traitement : Modopar® 125mg 3/jour).

Elle s'occupe régulièrement de sa mère depuis ses 60 ans.

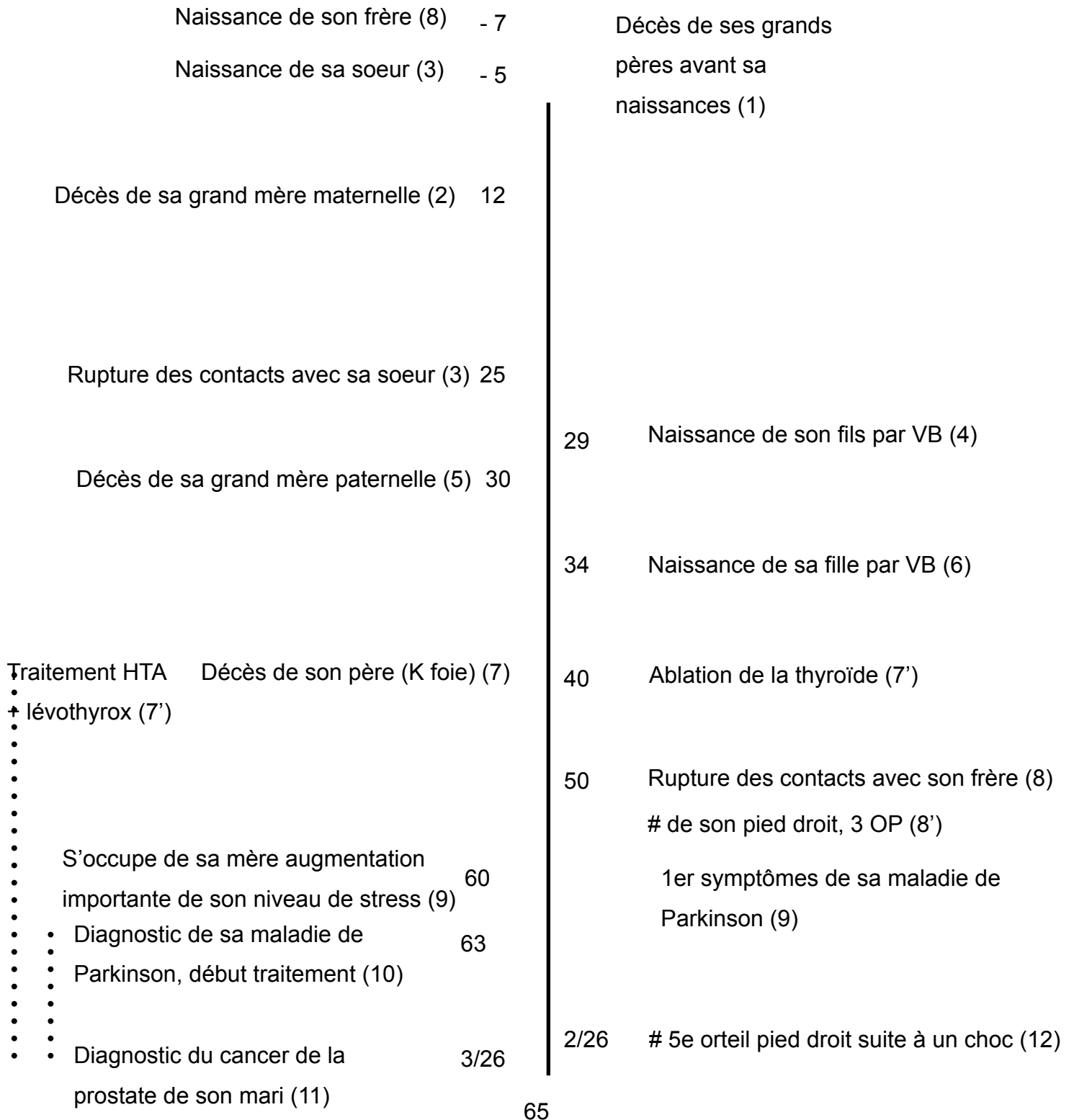
Ce point est l'une des sources environnementales principales de stress selon la patiente.

Mme G. est active, elle aime prendre soin des autres et d'elle-même.

Elle est consciente des éléments qui participent à son état de santé actuel et souhaiterait se sentir plus en forme et parvenir à gérer ses états de stress.

Elle est impliquée et motivée dans la prise en charge.

Ligne de vie



Instruction des éléments de la ligne de vie

1. Décès de ses deux grands pères avant sa naissance, pas de renseignement particulier sur leur décès.
2. Décès de sa grand mère maternelle quand elle est âgée de 12 ans.
3. A l'âge de 25 ans elle coupe les contacts avec sa soeur ainée (+ 5 ans). Elle n'a toujours pas de contact à ce jour.
4. Naissance de son fils Xavier par VB sans péridurale.
5. Décès de sa grand mère paternelle quand elle a 30 ans.
6. Naissance de sa fille Claire par VB.
7. Décès de son père d'un cancer du foie quand elle est âgée de 40 ans. C'est une période difficile de sa vie qui se suit par le diagnostic de nodules thyroïdiens nécessitant une ablation totale de la thyroïde. Le début d'un traitement sous Lévothyrox®, le diagnostic et la mise sous traitement pour une HTA.
Traitement Lévothyrox® 90mg/jr.
Traitement HTA 2 molécules (Atenolol® 50mg/jr — Lercanidipine® 10mg/jr).
Suivi endocrinien et cardiologique.
8. Rupture de contact avec son frère ainé de (+7 ans) quand elle a 50 ans. Toujours pas de contact.
A la même période, elle se fracture le pied droit. Cette fracture nécessite une prise en charge opératoire à trois reprises. Son pied reste gênant au quotidien.
9. S'occupe de sa mère qui perd en autonomie. Ceci engendre une majoration de son niveau de stress. C'est également au cours de cette période qu'elle perçoit les premiers symptômes de sa maladie de Parkinson.

10. Diagnostic de sa maladie de Parkinson à l'âge de 63 ans. C'est le début de sa prise en charge en neurologie. Traitement par Modopar® (125mg 3 fois par jour).
11. Au début de l'année 2026, diagnostic puis annonce en mars 2026 d'un cancer de la prostate de son mari. L'annonce a lieu sur Paris par l'oncologue la veille de la prise en charge en DSP du 27/3.
12. Un mois environ après la première consultation en DSP, alors qu'il y a une amélioration de ses symptômes et de son quotidien, son mari rumine à la maison autour d'un possible cancer de la prostate. La situation est difficile à gérer pour Mme G. avec une augmentation de son stress (retour à l'état antérieur) et un choc sur le 5e orteil du pied droit (possible fracture).

Examen clinique

Suite à ses différents antécédents et suivis médicaux, je porte une attention particulière à son état général et aux posologies médicamenteuses.

La patiente est en forme et il n'y a pas nécessité de pratiquer d'examen clinique particulier.

Il me semble important de préciser que Mme G. est consciente de ses altérations de santé. Elle se sent concernée dans le fait de vouloir aller mieux.

Décision de prise en charge

Les altération de santé sont connues, chroniques et bénéficient de suivis.

L'anamnèse, l'observation et le bilan réalisés me permettent de prendre en charge la patiente en toute sécurité en Médecine Somato Psychique.

Marqueurs de l'état de santé

Afin de suivre l'évolution de Mme G., dans le cadre de notre prise en charge en médecine somatopsychique, j'ai décidé de sélectionner le stress en tant que marqueur d'état de santé.

C'est ce marqueur qui selon la patiente reflète au mieux son état quotidien.

Le stress représente en effet sa qualité de vie, en lien avec sa maladie de Parkinson.

Lors des périodes de stress plus importantes, Mme G. présente plus de signes fonctionnels tels que les tremblements...

Le stress

Pour évaluer son niveau de stress au quotidien, j'ai choisi une EVA classique pour sa facilité et sa rapidité d'utilisation. Mme G. est connectée à ses ressentis, ce qui facilite l'évaluation.

A posteriori, je pense qu'il aurait été plus précis d'utiliser un questionnaire orienté sur ce marqueur en début et fin de prise en charge afin d'obtenir des données plus précises.

J'ai donc évalué l'intensité du stress sur une échelle verbale entre 0 et 10.

10 étant le maximum de stress qu'elle puisse ressentir.

Afin d'observer sa fréquence, j'ai fait un rapport subjectif, au moment des prises en charges.

Ces dernières étant espacées, j'ai pu observer une variation intéressante au cours du temps, et en fonction des événements de vie s'ajoutant (comme par exemple l'annonce du cancer de son mari).

Les douleurs aux genoux

Au cours de notre première prise en charge, Mme G. se plaint de douleurs aux genoux. C'est un motif de consultation important pour elle car elles viennent fréquemment gêner ses déplacements.

J'ai choisi de reporter l'évolution de ces douleurs avec un ressenti subjectif et par une EVA classiquement utilisée dans ces situations.

Le syndrome des jambes sans repos

Depuis le diagnostic de sa maladie de Parkinson, Mme G. se plaint d'un syndrome des jambes sans repos. Ce syndrome se manifeste la nuit. Elle prend du Memozanne® (complément alimentaire) trois fois par jour afin de l'aider. J'ai suivi l'évolution de cette gêne par une EVA classique.

Analyse de résultats

Après décision de prise en charge j'ai réalisé un bilan en médecine ostéopathique et en Déprogrammation Somatopsychique.

Pour des raison évidentes, certaines régions manquent ou restent peu détaillées dans ce bilan.

Unité du corps

A l'observation de Mme G. je remarque une antériorisation de la tête antérieur, un regard perçant avec des yeux en retrait dans les orbites. Elle marche sans hésitation et ne présente pas de tremblement dans un premier temps.

Le bilan ostéopathique sera décrit de haut en bas.

Au niveau cervico-céphalique, l'observation se confirme et s'affine dans sa forme. La tête est étroite, les orbites profondes et l'arête du nez effilée.

Le crâne est globalement dense dans un premier abord et présente un MRT de faible amplitude et fréquence élevée ce qui m'évoque un état de stress sous jacent important.

Bien installé dans la prise de forme l'EET se construit rapidement vers une base latérale à droite en fermeture dans son volume vers la partie médiale du rocher. En effet, c'est comme si tout le volume CC venait plonger vers cet espace pétueux droit hypodense. Rapidement cette construction rappelle un dysmorphisme de type archaïque. En parallèle je ne note pas de trauma crânien dans les antécédents, ce qui favorise le diagnostic de construction archaïque.

Je note également une absence de MRT (2) autour de cet espace temporal droit.

Cette construction semble se projeter dans le vers les région molles de la base du crâne et du tronc cérébral.

Les compliances sont altérées au niveau de l'hémicrâne droit depuis la partie orbitaire (majoritairement) jusqu'à la région pétreuse profonde (F/zyg, Sph/Zyg, Sph/pet verticale et horizontale, O/T, O/M).

La loge antérieur du cou présente une fine cicatrice transversale, vestige de l'ablation thyroïdienne. Elle est creusée et semble se replier en arrière du manubrium sternal, de la première cote gauche et de la clavicule de ce côté. Je retrouve une perte de glissement et de respiration de cet espace « thyroïdien » précisément. Le MRT est altéré ce qui montre un trouble vasculaire de l'espace en question. Cette construction va de pair avec la projection antérieur de la tête. L'espace est fermé d'accès complexe et l'aisance se retrouve avec l'antériorité de la tête et une légère flexion, inclinaison gauche de cette dernière.

Le thorax est comme spasmé, étroit sur les coté, les cotes semblent tirées vers l'intérieur. Il est allongé de l'arrière vers l'avant et fixé en inspiration.

Le membre inférieur droit est en rotation externe, le pied creusé (principalement au niveau des cunéiformes), présente une altération de son MRT au niveau du talus, dans sa partie antéro-externe principalement.

Je retrouve une cicatrice sur la face externe de la fibula, dans son tiers inférieur. Cette dernière est figée, en perte de mouvement physiologique talo-fibulaire et de la membrane interosseuse. L'espace est dense, compact et congestionné.

C'est comme si la région était saturée d'informations ne pouvant reprendre les échanges physiologiques.

En DSP au cours de notre première consultation, j'évoque les MES retenus suite à l'anamnèse : le stress, la maladie de parkinson, la thyroïde, les douleurs aux genoux et le syndrome des jambes sans repos. Je retrouve alors les similitudes suivantes :

MES	CDJ J1	SIMILITUDES
STRESS	EVA 2-3/10	Père
STRESS perçu DSP	9/10	Père
MALADIE DE PARKINSON	Modopar® 125mg 3/jr	Père et convergence avec un EET de type Arch
THYROIDE	Lévothyrox® 90mg 1/jr	Père
GONALGIES	EVA 8/10	Père
SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS	EVA 8/10	Père - Archaïque

En résumé de ce bilan en Déprogrammation Somato Psychique, je note une importante similitude entre les différents MES et l'information « père. »

Je retrouve également une convergence marquée avec un EET de type Archaïque qui se major lors de l'évocation de sa maladie de parkinson.

Etant donné mes apprentissages à ce moment de la prise en charge et la présence d'un stress important de type « fantôme » sur le décès de son père, le diagnostic et le traitement de la première prise en charge portent sur le protocole « fantôme. »

Environnement

Mme G. est mariée et mère de deux enfants.

Elle vit actuellement en Alsace dans une maison de quartier.

Elle est proche de ses enfants et de son mari.

Depuis maintenant 5 ans elle s'occupe quotidiennement de sa mère qui a vu son autonomie diminuer suite à une maladie d'Alzheimer. C'est une des sources principales de stress.

Récemment et avec confirmation au cours de notre suivi, son mari se voit diagnostiquer et annoncer un cancer de la prostate.

Elle a coupé les contacts avec son frère et sa soeur aînés.

Mme G. est une femme dynamique qui sait se prendre en charge et a de nombreuses ressources. Elle est formée à l'auto hypnose.

Elle vient nous consulter suite à la proposition de son fils et est motivée pour la prise en charge. Rapidement elle ressent l'intérêt d'un accompagnement dans sa situation actuelle.

Histoire de vie

Mme G. est la cadette d'une fratrie de 3. Elle a un frère aîné (-7 ans) et une soeur aînée (-5 ans). Dès l'âge de 25 ans elle décide de couper les contacts avec sa soeur. Il en sera de même pour son frère autour de ses 50 ans.

Elle n'a pas connu ses grands pères, sa grand mère maternelle décède lorsqu'elle est âgée de 12 ans et sa paternelle quand elle a 30 ans.

A l'âge de 29 ans elle devient mère d'un garçon (Xavier), la naissance se passe sans complications, par VB, sans péridurale. Elle donne naissance à une fille (Claire) lorsqu'elle est âgée de 34 ans.

Depuis ses 40 ans elle présente ; un suivi en cardiologie pour une HTA (traitée avec 2 molécules Atenolol® 50mg/jr — Lercanidipine® 10mg/jr) et en endocrinologie suite à une ablation totale de la thyroïde (traitée par Lévothyrox® 90mg).

La chronologie de la ligne de vie correspond avec le décès de son père suite à un cancer du foie pris en charge tardivement.

Elle se fait opérer du pied droit à doit trois reprises à ses 50 ans.

C'est dans cette période qu'elle décide de couper avec son frère.

Depuis ses 60 ans elle s'occupe quotidiennement de sa mère qui voit sa santé et son autonomie diminuer (elle est suivie pour une maladie d'Alzheimer).

Mme G. est la seule de sa fratrie à s'en occuper.

C'est depuis ce moment qu'elle ressent des difficultés et une accumulation de son stress.

Elle m'exprime également que c'est autour de ses 60 ans qu'elle a observé les premier symptômes de sa maladie de Parkinson qui sera diagnostiquée et prise en charge à partir de ses 63 ans.

Au début de l'année 2026 son mari se voit diagnostiquer un cancer de la prostate.
L'annonce a lieu la veille de notre seconde consultation en DSP.

Etat de santé

Mme G. est âgée de 65 ans au moment de notre prise en charge.
Elle bénéficie de différents suivis médicaux et d'au moins trois traitements quotidiens.
Elle semble cependant en forme, dynamique et perspicace lors de notre rencontre.

En dehors des phases de stress plus importantes qu'elle a des difficultés à gérer, elle présente un état de santé convenable au vues de son âge et de ses antécédents.

La question peut également être tournée dans l'autre sens :

Son état de santé perturbe-t-il sa gestion du stress ?

C'est alors comme si sa capacité à retrouver un « état serein » était altérée.
En retournant ainsi l'observation, c'est une compréhension plus globale et un accompagnement en médecine somato-psychique visant à améliorer le terrain présent chez Mme G.

Projet thérapeutique

Autour de cette réflexion clinique dans l'accompagnement de Mme G., suite à l'établissement d'un bilan complet en médecine ostéopathique et en DSP et dans le cadre d'un accompagnement thérapeutique globale en médecine somato-psychique, il me semble intéressant de me questionner :

Aujourd'hui, quels sont les champs d'informations principaux, responsables d'altération de santé chez Mme G. ?

S'ils sont responsables, ou participent, à une ou plusieurs altérations de santé chez la patiente, alors ils viennent perturber son fonctionnement global et sa capacité même à gérer son quotidien.

C'est dans cette dynamique qu'il me semble pertinent d'accompagner Mme G.

DEUXIEME PARTIE : Évolution des prises en charge en DSP

Dans cette seconde partie il me semble pertinent de développer les différentes prises en charges en DSP au cours de la clinique supervisée par le Dr Jean-Pierre Guillaume.

Je vais reprendre l'ensemble des MES et des CDJ suivis ainsi que les similitudes qu'ils présentent en traitement DSP.

Evolution clinique

Evolution des marqueurs de l'état de santé

MES	CRITERES DE JUGEMENT			SIMILITUDE
DATE	23/01/26	27/03/26	29/05/26	29/05/26
STRESS	2-3/10	2-3/10	1/10	-
STRESS perçu DSP	9/10	9/10	1/10	-
MAL. PARK	Modop 125mg	125mg	125mg	Arch
THYROIDE	Levothyrox® 90mg	90mg	90mg	-
GONALGIES	Pic 8/10	Pic 8/10	Blocage 6/10	-
JAMBES SANS REPOS	8/10	8/10	6/10	Arch

MES 1 : Le stress

Dès le début de notre prise en charge, il m'a semblé pertinent de suivre l'évolution du stress de Mme G. En effet, c'est pour elle une réelle gêne au quotidien.

De plus, le stress qu'elle évoque m'a rapidement semblé être corrélé avec les autres MES.

Cependant je remarque que l'EVA de notre première consultation est relativement basse alors que la patiente face à moi est inconfortable et présente une accentuation de ses tremblements.

Il y a donc une ambivalence entre ce qu'elle exprime via l'EVA (2-3/10), ce qu'elle verbalise à l'anamnèse et, son « état de présence » observable en tant que thérapeute.

Entre nos deux premières consultations elle ressent une réelle amélioration qui reste subjective et ne ressort pas sur les critères de jugement.

En effet, au moment de notre seconde rencontre, son état de stress retrouvé un niveau important quand elle l'exprime mais encore une fois en décalage par rapport à ce que montre l'EVA.

C'est au moment de la troisième consultation que je la vois enfin être posée, bien plus tranquille dans sa posture, avec moins de tremblements.

Ses premiers mots à ce moment sont : « je suis sereine. »

Encore une fois un décalage avec l'EVA se retrouve car son évaluation à ce moment est 5/10 dans un premier temps. Puis elle se reprend et valide une EVA à 1/10.

MES 2 : Les gonalgies bilatérales

J'ai observé l'évolution des gonalgies par une EVA classiquement utilisé pour le suivi des douleurs. Je me suis proposé de noter son ressenti subjectif car c'est un point que la patiente a fait ressortir à de nombreuses reprises.

Au commencement les douleurs sont bilatérales, régulières et hautes en intensité (8/10). Elle les ressent sous forme de pics au cours de sa journée et m'évoque une gêne au cours de la marche.

C'est à notre troisième consultation que la différence est marquée.

Les douleurs persistent à droite mais sont tolérables et ne surviennent qu'épisodiquement au cours de la journée. Elle ressent alors comme un « blocage » qui se libère progressivement.

Remarque : peut-être qu'un suivi plus détaillé avec le périmètre de marche, le temps que met la douleur à passer, une différenciation droite-gauche... aurait pu être mis en place. De plus un EVA à l'aveugle manque pour l'évaluation.

MES 3 : Le syndrome des jambes sans repos

C'est un des effets secondaires fréquent chez les patients qui bénéficient d'un accompagnement dopaminergique lors d'une maladie de Parkinson.

Pour la patiente, la gêne occasionnée est importante car elle vient perturber son sommeil et engendrer une fatigue.

Ce syndrome s'est manifesté chez elle depuis le début de son traitement autour de l'âge de 63 ans, au moment du diagnostic.

Au bout de trois prises en charge en DSP la patiente me décrit une évolution sur ce point.

Elle m'en parle avec plus de légèreté, comme si c'était normal pour elle que ça s'améliore.

Evolution ostéopathique

Au commencement de notre troisième consultation Mme G. me dit se sentir sereine, ça se voit et ça se ressent dans les tissus.

Au niveau cervico-céphalique, la construction marquée s'est modifiée pour devenir un EET fronto-ethmoïdal antéropostérieur depuis la glabelle vers la crista-galli en projection.

Les compliances latérales droites se sont régulées et le MRT temporal droit s'exprime.

Dans la région thoracique j'observe une libération de « l'étau » antéro-postérieur que j'ai pu retrouver au départ. Je réalise ensuite que l'état de sidération dans lequel elle se trouvait précédemment s'est également levé.

Elle n'est plus dans un état de « stress intense » et ce sont les tissus qui me le confirment.

D'un point de vu postural, les épaules sont relâchées, la tête a retrouvé une mobilité sur le thorax.

Au membre inférieur droit je retrouve une région informante au niveau du médiopied avec un creux marqué, une perte de mobilité physiologique et un MRT altéré au niveau du scaphoïde - cunéiforme 1 et 2.

Mais l'ensemble des paramètres s'améliorent en aisance et les attractions qui persistent m'amènent précisément sur la membrane interosseuse dans son tiers distal, proche de l'espace tibio-fibulaire inférieur.

La région se précise donc dans sa construction et surtout elle a évolué favorablement au BO alors même que je n'ai effectué aucun traitement en médecine ostéopathique de l'espace membre inférieur droit.

Ce point nous montre l'importance de l'unité du corps mais surtout de l'interconnection présente au sein de cette unité.

La psyché se retrouve dans le corps et lorsqu'elle évolue les informations se modifient et le corps suit, même à distance.

Confrontation entre l'évolution clinique et ostéopathique

L'évolution de Mme G. au cours de l'accompagnement en DSP est positive tant d'un point de vue clinique que ostéopathique.

Même si l'évolution des critères de jugement au fil des séances reste modérée, il me semble important de la mettre en parallèle d'éléments subjectifs, notamment en ce qui concerne l'environnement proche de la patiente.

Au commencement de notre prise en charge, elle fait d'elle même une relation entre l'augmentation de son stress à un niveau où il perturbe son quotidien et la perte d'autonomie de sa mère (la patiente est alors âgée de 60 ans).

Depuis cette période elle se rend tous les jours chez sa mère afin de l'aider. Sa maman étant dans une maladie d'Alzheimer évolutive, Mme G. a également des difficultés à accepter la situation.

Suite à notre première consultation elle me rapporte que cette situation a évolué favorablement et qu'elle ne lui rend visite plus que deux fois dans la semaine, ce qui est bien plus confortable pour elle.

Au cours de notre troisième consultation elle me confie accepter maintenant l'état avancé de sa maman et être capable de s'en détacher.

Un évènement vient se sur-ajouter entre nos deux premières consultations.

Fin mars son mari se voit diagnostiquer un cancer de la prostate. L'annonce a lieu la veille de notre seconde rencontre.

Le mois précédent, la situation était inconfortable pour elle à domicile et son niveau de stress est remonté sans pouvoir redescendre.

Mme G. s'est alors présentée dans un état de sidération tissulaire comme si elle avait reçu une décharge.

A ce moment, j'ai fait le choix d'écouter les tissus et la patiente et d'adapter mon axe de traitement au cours de notre second rendez-vous.

En accord avec la patiente nous avons pu traiter en DSP son ressenti autour de l'annonce du cancer.

J'ai pu observer par la suite que cette rencontre a également permis de faire évoluer favorablement l'ensemble du bilan ostéopathique.

Ces améliorations se retrouvent avec l'évaluation des critères de jugement de notre troisième consultation.

Evolution et adaptation du traitement

À notre première rencontre, je retrouve une convergence entre : un état d'équilibre tissulaire prononcé vers une base latérale droite dans une construction de type archaïque et l'évocation de la maladie de Parkinson.

Nous n'avons pas abordé ce sujet au cours de la formation à ce moment de la prise en charge et je décide de réorienter ma décision de traitement vers un protocole « fantôme » en lien avec le décès du père de la patiente.

Avec du recul, cet axe de traitement était le plus cohérent. Le décès de son père présentait un grand nombre de similarités au bilan DSP (cf tableau).

C'est également autour de cette période que l'état de santé de la patiente s'est réellement altéré (ablation de la thyroïde, début HTA, mise en place des traitements associés).

C'est une période de sa vie très riche et qui reste informante dans les tissus.

Suite à cette première consultation de nombreux changements se sont mis en place chez Mme G. Ces modifications environnementales me montrent comment un évènement qui « ne semble pas être lié » aux autres de prime abord (le décès de son père et les visites qu'elle rend à sa mère par exemple). Peuvent en réalité modifier l'ensemble de la situation dans une forme d'unité environnementale interconnectée.

Pour notre second rendez-vous je me suis préparé mentalement à aborder un traitement de type archaïque en suivant l'axe que je m'étais fixé (et mes projections personnelles — très certainement). C'était sans compter les évènements extérieurs et l'annonce du cancer de son mari.

Rapidement je me réajuste et m'adapte à ce qui est « aujourd'hui » dans la réalité de la patiente. Nous prenons en charge l'urgence de la situation, la sidération tissulaire présente suite au choc de l'annonce.

Cette consultation est complexe et nécessite une supervision importante (cf annexe) afin que les tissus se libèrent et que la patiente puisse exprimer ses ressentis.

Ce suivi est pertinent et me rappelle que « je ne sais pas », « seuls les tissus savent. »

A moi de m'adapter pour permettre à la patiente retrouver un point d'appui pour avancer.

La patiente arrive sereine à notre troisième rendez-vous. Les tissus ont retrouvé un MRT de belle amplitude et les contraintes tissulaires ont fortement diminuées.

Nous entrons alors entrer dans une phase de traitement sur des points plus précis, plus subtiles. Comme si, les grandes informations ayant changées, nous avons maintenant d'autres programmes qui remontent à la surface et deviennent préhensibles.

Discussion

Au cours de notre prise en charge en Déprogrammation Somato Psychique, entre le 23/01/26 et le 11/06/26, les changements observables chez Mme G. sont importants. Que ce soit les critères de jugement suivis (de manière objective) ou les modifications dans sa façon d'être et d'évoluer dans son environnement (observations subjectives).

Ces évolutions se constatent parallèlement d'un point de vu ostéopathique par l'amélioration du bilan.

Je reste cependant prudent quant à l'évolution des critères de jugement.

Au commencement de notre prise en charge Mme G. évoque un stress à 2-3/10 alors qu'elle le perçoit comme une gêne importante dans son quotidien. Ce stress est observable et son intensité me semble en dissonance par rapport à l'EVA attribuée.

Premièrement cette EVA s'est réalisée verbalement, ce qui constitue un biais.

Par ailleurs, la patiente ne fait peut-être pas le rapport entre une EVA élevée et un stress important par un manque d'explications préalables.

Enfin, elle était probablement dissociée de ses ressentis à ce moment. En effet, cet état de stress était chronique, sans améliorations au par avant.

J'observe également qu'au début de notre troisième consultation, alors que la patiente arrive sereine, elle évoque en premier lieu une EVA à 5/10 pour son stress. Je me suis alors permis de lui rappeler que les fois précédentes elle situait bien cette évaluation plus basse, ce qui constitue un autre biais dans notre suivi des critères de jugement.

Il en est de même pour le suivi de ses gonalgies. Au départ l'EVA mise en place concerne ses deux genoux alors que rapidement la douleur ressenti est localisée au membre inférieur droit. Il y a donc un manque de précision et nous ne pouvons pas apprécier la réelle diminution des douleurs verbalisées par la patiente.

Peut-être que l'évaluation aurait pu distinguer les deux membres inférieurs, évaluer un périmètre de marche...

Je me remet en question ici autour du suivi de ces critères de jugement, comment permettre une évaluation la plus objective de l'évolution de la patiente sans pour autant perturber le déroulé de la consultation et la relation qui se crée à chaque instant ?

C'est une question qui trouve son importance pour moi lorsque je me place dans une démarche de prise en charge en médecine somato-psychique.

TROISIEME PARTIE : Discussion

Commentaire sur l'évolution

J'observe par le suivi de Mme G., que l'évolution lors d'une prise en charge en DSP peut-être très rapide et surprenante. Que ce soit au niveau des critères de jugement observés, mais également dans son environnement et dans son rapport à cet environnement.

Par un bilan précis et qui vient s'adapter à la réalité tissulaire de la personne (et de son non-conscient corporel), la DSP m'a permis d'accompagner Mme G. sur des problématiques complexes entrant dans une compréhension de sa globalité.

En ayant su m'ajuster et à l'aide par des supervisions, j'ai vu Mme G. évoluer dans son rapport au monde en seulement trois consultations.

Accompagner ce qui est là permet de faire évoluer l'ensemble.

Discussion des difficultés rencontrées

Une des principales difficultés que j'ai pu rencontrer avec la prise en charge de Mme G. et qui est un point essentiel dans la mise en place d'un accompagnement en DSP, c'est de ne pas vouloir en faire trop, tout en étant à l'écoute du relâchement tissulaire et du retour de MRT.

Formulé autrement : « quand est-ce que je m'arrête ? », « ma patiente a-t-elle libéré ce qui était important pour la situation donnée ? »

Encore une fois : « seul les tissus savent » et de faire un pas en arrière, prendre du recul par rapport à l'espace de travail m'a permis d'avancer sur ces points, notamment par les différentes supervisions.

Enfin une autre difficulté que j'ai pu rencontrer au cours de cette prise en charge est la capacité à créer un cadre qui s'adapte en fonction des besoins de la patiente au moment donnée.

Par exemple lors de notre second rendez-vous, je n'ai pas su jongler avec l'ensemble des paramètres pour placer la patiente face à la personne ayant verbalisé l'annonce. Ce « médecin » prend alors une place symbolique qui permet à la patiente d'exprimer ses ressentis internes et de modifier l'état tissulaire sous-jacent. C'est ici une caractéristique qui me semble également très importante en DSP, tout comme en médecine ostéopathique. Il faut savoir s'adapter à la forme du patient en permanence, créer le cadre favorisant le métabolisme somatopsychique.

Perspectives d'évolution et de suivi du patient

Mme G. est volontaire, impliquée dans ses prises en charges et a envie d'aller mieux. Dans ce contexte et après cette « première phase » d'accompagnement, nous pourrions envisager avec la patiente d'aller vers « un optimum de soi », l'aider à exprimer ses envies profonde et ses différentes « versions d'elle même. » Comme par exemple « elle en tant que femme », « elle en tant que grand mère... » Une autre perspective d'évolution pourrait être de poursuivre le traitement en médecine ostéopathique afin de lever les dysfonctions ostéopathiques qui persistent.

Cheminement personnel

Me former en DSP m'a permis de faire évoluer de nombreux aspects de ma pratique, mais également ma posture de thérapeute et ma conception de l'humain.

Je pense aujourd'hui qu'une des clés, après le centrage et l'ancrage thérapeutique, réside dans cette capacité d'adaptation de la **Main de Forme**, qui permet à elle seule une relation non-consciente privilégiée et la mise en place d'un cadre à l'intérieur duquel le patient peut trouver son propre chemin d'accompagnement.

Cette prise au plus proche de la réalité favorise d'une part une connexion avec le milieu intérieur de la personne, mais également une transe immédiate qui optimise les processus thérapeutiques à l'œuvre.

Perspectives d'approfondissement

Après toutes ces phases d'expérimentation, d'apprentissage et de découverte, j'ai la sensation d'évoluer à présent dans une nouvelle médecine.

Qui dit médecine dit diagnostic, traitement, et aussi évaluation, accompagnement et recherches.

Par la prise en charge de Mme G. et le temps de réflexion que propose ce retour de cas clinique, je me rends compte de l'importance du suivi des marqueurs de l'état de santé et des critères de jugement afin d'obtenir un point de vu objectif de la situation. C'est comme si ces critères permettaient un pas en arrière.

Je m'interroge alors, comment les construire intelligemment afin qu'ils présentent le moins de biais possibles, qu'ils soient reproductibles et qu'ils nous permettent éventuellement une réflexion vis à vis de groupes contrôle. Et ce sans altérer la relation thérapeutique, véritable point d'appui nécessaire à une prise en charge en DSP.

Dans un second temps, serait-il possible de suivre par des études qualitatives le lien entre la relation thérapeutique et l'évolution de la prise en charge en DSP.

Je pense qu'il y a ici un réel axe de réflexion dans le but de pouvoir objectiver, une partie au moins, des nombreux changements ayant cours lors de prise en charge en médecine somatopsychique — DSP.

Conclusion

Le suivi de Mme G. s'est construit au fil de ma formation en DSP. La mise en situation clinique qui a été réalisée et l'accompagnement qu'elle a permis m'ont fait évoluer dans ma posture de thérapeute.

Je m'interroge maintenant sur des perspectives futures plus engageantes.

En effet, serait-il possible que les bénéfices permis par une prise en charge en DSP deviennent accessibles à un plus grand nombre ?

C'est dans cette démarche que je me remet en question sur l'objectivation de mes résultats mais également sur une lecture claire et efficace des données (BO, critères de jugement, bilan DSP).

Par ailleurs, la méthode OSTEA en association avec la DSP, ouvre les possibilités de prise en charge pour des pathologies complexes, tel que les cancers ou autres affections chroniques où la médecine allopathique conventionnelle trouve ses limites. C'est encore méconnu et peut entraîner un certain scepticisme.

Comment construire un questionnement de recherche pertinent en DSP, en lien avec le suivi clinique de patients ?

Annexes

Première consultation le 23/01/26

C'est au cours de cette consultation que le BO a été réalisé.

Au moment de notre première consultation Mme G. évalue son stress à une **intensité de 2-3/10 sur l'EVA**. Elle présente également des gênes bilatérales au niveau des genoux qui sont variables en fonction des efforts.

Affectant sa qualité de vie et en lien avec son stress, elle se rend, à ce moment de notre prise en charge, tous les jours chez sa mère afin de l'aider au quotidien.

Suite au bilan réalisé en DSP, je retrouve une similitude de réponse entre sa maladie de Parkinson, son stress et l'évocation de son père (présence d'une réaction non-consciente corporelle sur un stress de type « fantôme »).

Au cours de l'EET la construction se fait de manière prononcée vers une base latérale droite, de type archaïque. Nous évoquons la possibilité d'un traitement de cet espace par focalisation avec la participation de la patiente.

Premier traitement : travail en DSP, protocole « fantôme » autour de l'information concernant son père. Je poursuis par un traitement tissulaire de l'espace BLD.

Deuxième consultation le 27/03/26

Mme G. me décrit une amélioration suite à notre première consultation pendant le premier mois qui a suivi. Son stress est retombé et point important pour elle, elle ne se rend chez sa mère plus que 2 à 3 fois par semaine.

Après le premier mois, son stress retrouve un état antérieur et la perturbe au quotidien. C'est également à ce moment qu'elle se fait une fracture du 5 orteil du pied droit suite à un choc.

Le jour de notre consultation elle évalue son stress à **2-3/10 selon l'EVA**. La veille son mari s'est vu annoncer un cancer de la prostate suspecté depuis environ un mois suite aux analyses réalisées.

C'est une situation tout à fait particulière qui se présente à ce moment. C'est une prise en charge en urgence en DSP.

En effet, au cours de mon bilan en DSP au moment de l'évocation de son mari, il y a un arrêt complet de MRT, une sidération qui n'était pas présente au cours de notre première consultation.

C'est comme si un programme s'activait de manière intense à l'insu de Mme G. La patiente me verbalisant que pour elle tout va bien.

D'un point de vu ostéopathique, je retrouve une construction de type archaïque vers la BLD. Elle est cependant bien plus légère et je retrouve une amélioration des différents items ostéo.

Second traitement : prise en charge suite à l'annonce du cancer de son mari.

Même si je constate une amélioration après le traitement, la patiente reste dans un état de stress et présente des douleurs de type articulaire dans les membres inférieurs.

Avec la supervision de Jean-Pierre, nous poursuivons la prise en charge sur ce point précis de la manière suivante : « mettez-vous face à la personne qui a annoncé le cancer. »

« Parlez lui de ce que vous avez ressenti vraiment, la toute première réaction. »

Progressivement la patiente relâche et les tissus se libèrent.

Afin qu'elle poursuive seule par la suite et étant donné l'urgence de la situation, nous lui conseillons de répéter le protocole tous les jours pendant cinq jours à raison de 5 minutes par jour.

C'est un exemple important pour moi et qui me replace en tant que premier consultant.

Le diagnostic médical et l'annonce passés, les répercussions peuvent-être nombreuses et également pour les proches.

Dans le cas de Mme G. cette annonce vient créer un stress sur-ajouté déclenchant un spasme immunitaire, une sidération palpable globale.

Il me semble donc important de lever au plus vite ce spasme afin d'aider la personne au mieux dans la gestion de l'annonce.

Cette consultation et la supervision dont elle a bénéficié m'ont permis de me replacer en tant que thérapeute, dans la nécessité d'être dans une empathie bienveillante, tout en restant ancré et centré, à distance avec la « sympathie. »

J'ai également appris qu'une consultation intense telle que celle-ci, peut nécessiter une vérification supplémentaire afin de permettre au patient de retrouver un état de calme. Prendre du recul en tant que thérapeute : « quel est l'état tissulaire actuel de la personne ? » « est-ce que nous sommes bien allé au bout du traitement ? »

Ces questionnements trouveront toute leur importance lors de traitements de type archaïque par exemple.

Troisième consultation le 29/05/2026

Mme G. arrive sereine pour notre troisième rencontre. Ce sont ses premiers mots.

Le suivi des critères de jugement montre une évolution favorable sur l'ensemble des MES et les modifications environnementales antérieures se sont consolidées.

La patiente est posée face à moi et je le retrouve dans les tissus.

En effet, en parallèle le BO est amélioré. Elle ne ressent pas de gêne ce jour.

Troisième traitement : Le bilan réalisé en DSP et en médecine ostéopathique m'amène à accompagner Mme G. en traitement de type archaïque.

Résumé

Je présente dans ce rapport le cas clinique de Mme G., âgée de 65 ans, suivie médicalement pour une maladie de Parkinson, une thyroïdectomie ainsi qu'une hypertension artérielle. Elle consulte en Déprogrammation Somato-Psychique (DSP) dans un contexte de stress chronique ayant un retentissement important sur son quotidien et sa qualité de vie.

La DSP, inscrite dans le champ des médecines somato-psychiques et dans une démarche de médecine intégrative, propose une approche centrée sur la personne dans sa globalité plutôt que sur la seule pathologie. L'attention est portée sur le sujet, son terrain, son histoire et les différentes altérations de santé participant à son état actuel.

À travers le diagnostic puis le traitement des différents champs d'informations impliqués dans les déséquilibres observés, l'évolution clinique de Mme G. a pu être suivie au cours de trois consultations. Les changements observés concernent à la fois son rapport à l'environnement, son vécu subjectif ainsi que plusieurs critères de jugement cliniques suivis au cours de l'accompagnement, montrant une amélioration progressive de son état général.

Ce suivi clinique m'amène à interroger ma posture thérapeutique dans le cadre d'une approche intégrative articulant dimensions somatiques et psychiques. La réflexion qui en découle constitue également une première ouverture vers un questionnement scientifique autour de la Déprogrammation Somato-Psychique, de ses fondements théoriques et de ses effets cliniques.

Abstract

In this report, I present the clinical case of Ms. G., a 65-year-old woman under medical care for Parkinson's disease, a thyroidectomy, and hypertension. She sought treatment through Somato-Psychic Deprogramming (SPD) due to chronic stress that was significantly impacting her daily life and quality of life.

SPS, which falls within the field of somato-psychic medicine and an integrative medical approach, offers a holistic approach focused on the person as a whole rather than solely on the pathology. Attention is directed toward the patient, their constitution, their history, and the various health alterations contributing to their current condition.

Through the diagnosis and subsequent treatment of the various factors involved in the observed imbalances, Ms. G.'s clinical progress was monitored over the course of three consultations. The changes observed pertain to her relationship with her environment, her subjective experience, and several clinical assessment criteria tracked during the course of care, demonstrating a gradual improvement in her overall condition.

This clinical follow-up leads me to reflect on my therapeutic approach within the framework of an integrative approach that combines somatic and psychological dimensions. The resulting reflection also constitutes a first step toward a scientific inquiry into Somato-Psychic Deprogramming, its theoretical foundations, and its clinical effects.