

médalia

Cas clinique

Déprogrammation Somato-Psychique

Hugo Michelet

2025 - 2026

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
PRESENTATION DE LA PATIENTE.....	3
Histoire de vie.....	3
Antécédents thérapeutiques.....	4
Ligne de vie	5
PRESENTATION DE LA PRISE EN CHARGE.....	6
Sécurité de la patiente.....	6
Médecine ostéopathique et Somato-Psychique.....	6
Marqueurs d'État de Santé.....	6
Tableau récapitulatifs des MES/CDJ.....	7
Déroulé des consultations.....	7
RESULTATS.....	10
Évolution des MES et similitudes en DSP.....	10
DISCUSSION.....	11
CONCLUSION.....	12
Résumé.....	13
Abstract.....	13

INTRODUCTION

Ce cas clinique présente la prise en charge en médecine somato-psychique de Madame T, une patiente à l'histoire de vie difficile et sujette à de multiples troubles fonctionnels chroniques, rebelles à la médecine allopathiques ainsi qu'aux médecines alternatives.

PRESENTATION DE LA PATIENTE

Madame T est une femme de 36 ans qui vit en concubinage et qui est mère de 3 enfants. Elle travaille comme assistante maternelle à domicile. Elle présente une bonne hygiène de vie, ne fume pas et pratique la course à pied 3 fois par semaine. Madame T a une histoire de vie multi-traumatiques dont plusieurs viols et agressions sexuelles dès la petite enfance. Les relations avec ses parents ont toujours été difficiles et inclus un passif de violence physique et psychologique.

Histoire de vie

Conception et naissance

La patiente exprime être une enfant superficiellement désirée et que sa mère voulait des enfants principalement par conformisme social. Elle rapporte qu'un diagnostic de perverse narcissique fut établi concernant sa mère et elle décrit son père comme dominateur et violent.

L'accouchement de la patiente s'est déroulé par voie basse et a été difficile. Une souffrance fœtale est fortement suspectée et l'accouchement a nécessité l'utilisation de forceps ayant laissé des traces à une des joues de la patiente. Elle rapporte un rejet de la part de ses deux parents à la naissance. Incluant une absence de contact peau à peau et placement en nursery. La mère exprimait à posteriori avoir vécu un moment difficile et une volonté d'exister par elle-même.

Enfance et adolescence

La patiente a un frère cadet de 3 ans de moins. Elle rapporte une importante anxiété ainsi qu'un manque de protection parentale depuis la petite enfance. Elle subira plusieurs agressions sexuelles et/ou viols à l'âge de 3 et 4 ans par le fils adolescent de sa nourrice. Les événements sont refoulés jusqu'à l'adolescence où la patiente subit deux agressions. À 12 ans la patiente subit un viol dans la rue, devant chez elle par un inconnu. Elle subit une dernière agression sexuelle à ses 14 ans par deux camarades également dans la rue. La mère de la patiente la tiendra pour responsable des agressions et aucune plainte ne sera déposée. L'adolescence marquera le début des cervicalgies et migraines chroniques. Sous la pression parentale, la patiente est contrainte d'avorter à ses 16 ans. Elle subit un accident de moto à ses 17 ans incluant un choc au genou gauche sans séquelles ressenties.

Vie adulte

La patiente est mise à la porte de chez ses parents à ses 18 ans et emménage alors chez son conjoint. Elle accouche de son 1er enfant à ses 24 ans. L'accouchement est difficile, par voie basse avec une épisiotomie hyper hémorragique et compliquée d'une infection post-partum des

points de suture. Elle est opérée à ses 25 ans des deux hallux valgus sans complications. Elle subit une fausse couche à 25 ans. Elle accouche de son 2ème enfant à ses 27 ans et de son 3ème à ses 29 ans. Tous deux par voie basse et sans complication. Elle subit une intervention de butée coracoïdienne à l'épaule droite sans complication à ses 28 ans.

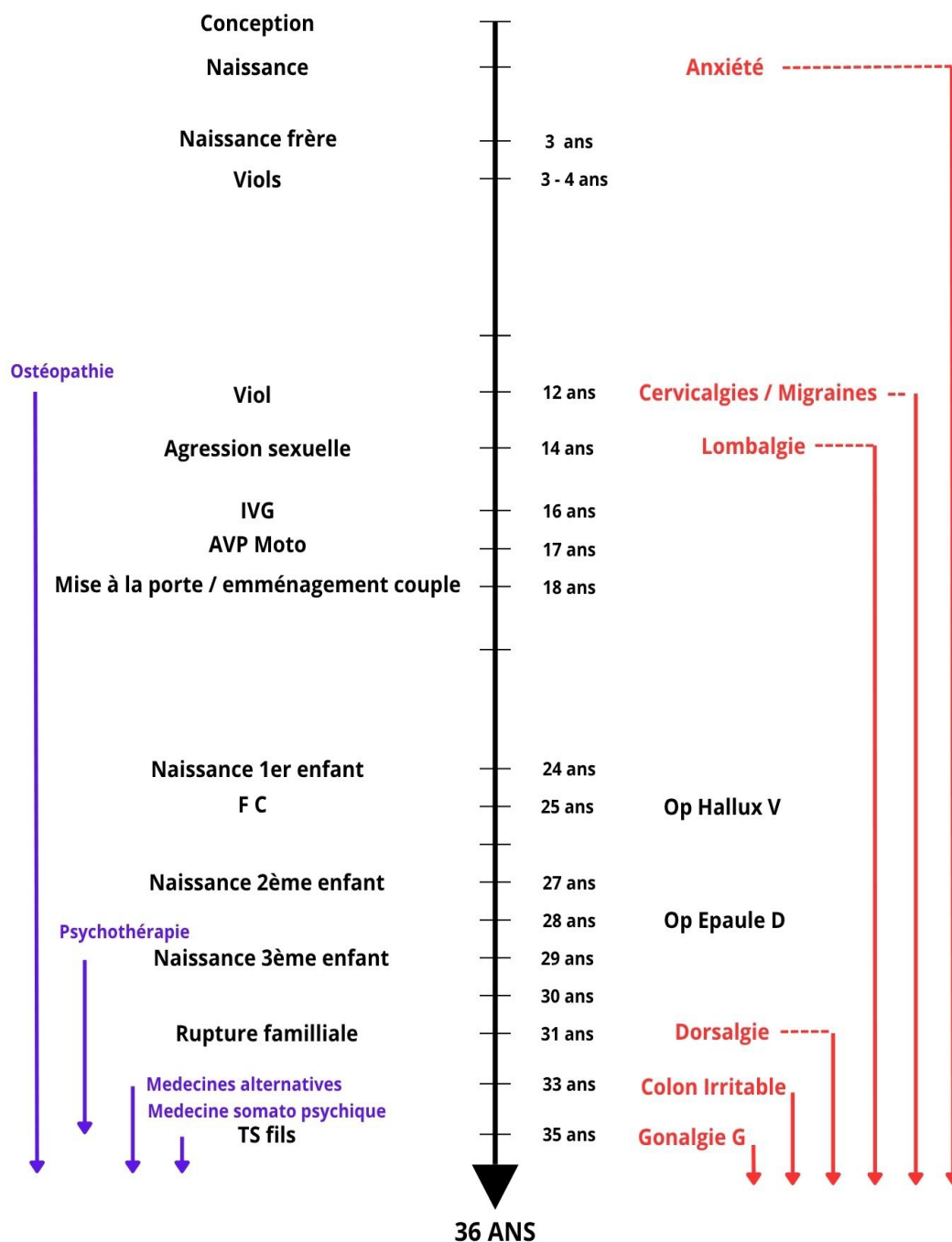
La patiente rompt tout contact avec ses parents et son frère à ses 31 ans et développe une dorsalgie chronique à partir de cet âge. La mère de la patiente déclenche alors une procédure judiciaire afin d'obtenir un droit de visite des petits-enfants. Après l'échec de celle ci, la mère déclenche une seconde procédure encore en cours aujourd'hui.

Antécédents thérapeutiques

La patiente est suivie en médecine allopathique depuis l'adolescence pour ses migraines chroniques principalement. Elle est traitée dans un premier temps avec du Doliprane qui est symptomatiquement efficace. Avec le temps les crises s'accroissent en intensité et fréquence jusqu'à devenir quotidienne et totalement résistantes au paracétamol. À partir de ses 16 ans son médecin généraliste lui prescrit du Relpax (TRIPTAN), qu'elle prendra de manière croissante jusqu'à ses 25 ans. Elle réalise une IRM cérébrale sans particularité à ses 20 ans. Les migraines disparaissent pour la première fois pendant plusieurs mois à partir de sa 3ème grossesse. À leur réapparition, la patiente prendra du Nurofen Flash (AINS) de manière croissante également jusqu'à son inefficacité à ses 30 ans. Elle prend aujourd'hui de l'Ibuprofène (AINS) deux fois par jour ainsi que du doliprane codéiné si les douleurs sont malgré cela toujours trop intenses.

La patiente consulte en ostéopathie depuis son adolescence pour ses douleurs chroniques mais avec peu d'efficacité (symptomatique à court terme). La patiente réalise une psychothérapie de ses 29 ans à ses 35 ans. Elle conserve malgré cela une anxiété très importante quotidienne. Un médecin gastro-entérologue lui diagnostique un syndrome du colon irritable à ses 33 ans. Elle débute à cet âge un travail thérapeutique en hypnothérapie et en médecines alternatives (magnétisme, reiki, constellation familiale).

LIGNE DE VIE



PRESENTATION DE LA PRISE EN CHARGE

Sécurité de la patiente

Madame T consulte pour la première fois au cabinet en février 2025. La patiente ne présente alors pas de nouvelle pathologie ni de nouveau symptôme aigu. Elle est suivie en médecine générale et par son médecin gastro-entérologue. Ses altérations de santé sont anciennes et peu évolutives. Je ne révèle aucun signe de gravité lors de l'examen clinique. Je décide donc de la prendre en charge. Je réalise par la suite 13 consultations en 16 mois.

Médecine ostéopathique et Somato-Psychique

La prise en charge se déroule durant mon apprentissage de la déprogrammation somato-psychique. Ainsi une partie des séances est réalisée en médecine ostéopathique (MO) via la méthode OSTEA et une autre partie en déprogrammation somato-psychique (DSP). Vous pouvez retrouver la méthodologie de ces médecines sur le site medalia.fr.

Marqueurs d'État de Santé

Afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé de la patiente au fil de la prise en charge, six marqueurs d'état de santé (MES) sont définis. Chacun d'entre eux est accompagné d'un ou plusieurs critères de jugement (CDJ) permettant une quantification. Ceux-ci sont relevés durant l'anamnèse au début de chaque consultation. Voici l'ensemble détaillé des MES / CDJ :

Cervicalgies et migraines chroniques

Les douleurs apparaissent à l'adolescence, possiblement suite à un viol et à une agression sexuelle à 2 ans d'intervalle. Les douleurs s'accroissent ensuite progressivement. Les cervicalgies sont initialement diffuses et réparties sur l'ensemble de la zone cervicale avec de possibles irradiations aux premières vertèbres dorsales ainsi qu'aux omoplates. Ces douleurs sont systématiquement associées à des migraines hyperalgiques qui sont le principal motif de consultation. Les migraines sont initialement localisées au niveau des deux mâchoires et des deux zones temporales ainsi qu'aux tempes et à l'œil gauche. La fréquence des douleurs est quotidienne. L'intensité de ces douleurs est relevée à la première consultation (J1) à 10/10 par EVA (Échelle Visuelle Analogique). Les douleurs déclenchent au moins un réveil nocturne par nuit. La prise combinée de doliprane codéiné et d'Ipraféine (2/ jour) permet d'atténuer les crises de migraine en journée mais a peu d'effet sur les cervicalgies.

Lombalgie chronique

La douleur apparaît également à l'adolescence et n'a pas évolué depuis. Elle est localisée principalement autour de l'articulation sacro-iliaque droite mais peut se répandre sur l'ensemble de la zone lombaire. La douleur est déclenchée par le décubitus dorsal ou un effort physique important. La fréquence est quotidienne et l'intensité est relevée à J1 à 4/10. La douleur est majorée en période menstruelle. L'intensité passe alors à 10/10 et la douleur devient résistante aux antalgiques et AINS. La patiente est dans ce cas contrainte de devoir dormir à même le sol.

Dorsalgie chronique :

Elle apparaît à partir de ses 31 ans. La patiente vit à cette période une rupture totale avec ses parents. La douleur est localisée au niveau de la ceinture scapulaire (clavicules, trapèzes,

omoplates). Elle est déclenchée principalement par le port de charge. La douleur empêche la patiente de porter un sac à dos.

Syndrome du colon irritable

Diagnostiqué par son médecin gastro-entérologue, le syndrome apparaît à ses 33 ans de la patiente à la suite d'une séance d'ostéopathie. Il est caractérisé par une douleur de fond constamment présente et évaluée à 2,5/10 à J1 ainsi que par une altération du transit. La patiente rapporte des diarrhées liées aux stress familiale et des constipations accompagnées d'une majoration des douleurs abdominales autour des séances en médecine ostéopathique et alternative.

Anxiété

La patiente rapporte être quotidiennement très anxieuse depuis sa petite enfance. Elle exprime une violence parentale ainsi que des viols durant cette période. Cette anxiété n'a pas changé malgré une prise en charge en psychothérapie puis en médecine alternative. Elle est cotée à 10/10 à J1.

Gonlagie gauche

La patiente présente depuis J3 une gonalgie gauche se déclenchant par la suite pendant et autour des consultations en médecines ostéopathiques, somato-psychique ainsi qu'en médecines alternatives.

Tableau récapitulatifs des MES/CDJ

MES	Cervicalgies / Migraines	Lombalgie	Dorsalgie	Gonalgie G	Douleur abdominale	Anxiété
CDJ	Fréquence EVA Quantité de médicaments	Fréquence EVA Décubitus dorsal impossible	Fréquence EVA Décubitus ventral impossible	Fréquence EVA	Fréquence EVA	Fréquence EVA

(EVA : échelle visuelle analogique)

Déroulé des consultations

J1

La première consultation est réalisée uniquement en médecine ostéopathique. Le Bilan rapporte des verrouillages du bassin droit et de l'orifice supérieur thoracique (OST) droit. Ainsi qu'un verrouillage de la première vertèbre cervicale avec la base de crâne et engageant l'os maxillaire droit. Toutes ces zones sont traitées avec une difficulté particulière du bassin droit. Celui-ci reste très dysfonctionnel en fin de séance.

J2

Lors de la 2ème consultation, 3 semaines ensuite, la patiente exprime une amélioration de ses douleurs dorso-lombaire et cervicales. Elle rapporte pouvoir à nouveau dormir en décubitus dorsal en utilisant une bouillotte. Elle rapporte également avoir été constipé durant 1 semaine après la première consultation.

La première partie du traitement se fera en MO. Je traite à nouveau le bassin droit et l'OST droit. Et cette fois la base supérieur du crâne. La deuxième partie du traitement se fera en DSP. Le diagnostic révélera une similitude entre les migraines de la patiente et les viols/agressions sexuelles. Cette première séance de DSP s'axera autour de ces agressions. Le rebilan de DSP montrera que les migraines reste répondantes mais différemment.

J3

À la 3ème consultation, également 3 semaines plus tard, la patiente exprime une forte aggravation des migraines qui sont devenues constantes et complètement résistante à l'Ipraféine. Elle rapporte également des constipations durant la semaine suivant la séance.

Comme précédemment la première partie du traitement est réalisé en MO. L'iliaque gauche, la fosse iliaque gauche et la partie gauche du crâne (c1, zone occipito-temporal gauche et base du processus zygomatique gauche) sont traités. La deuxième partie du traitement est fait en DSP. Le bilan montre à nouveau une similitude entre les migraines et les agressions mais également une similitude entre les migraines et les deux parents de la patiente (avec une réponse plus importante concernant la mère). La suite du traitement sur les agressions est réalisée et uniquement la première partie des protocoles de DSP est réalisé ce jour. Il est ici intéressant de noter que la patiente exprime pour la première fois une douleur au genou gauche durant le traitement en rapport avec sa mère.

J4

Lors de la 4ème séance, cette fois 2 mois après, la patiente rapporte une nette amélioration des migraines. Celles ci n'ont pas disparu mais cèdent pour la première fois aux traitements anti inflammatoires et deviennent ainsi plus tolérables. Les cervicalgies sont également moins intenses. Les douleurs dorsales et lombaires varient en fonction du stress ressenti.

Le traitement en MO est assez bref. Le bassin droit et la zone hépatique sont traités ce jour. Lors du bilan DSP une similitude reste présente entre les migraines et la mère de la patiente. Un protocole de séparation avec la mère est à nouveau initié ainsi qu'un protocole archaïque. La patiente exprime en fin de séance ne plus ressentir aucune douleur.

J5

La 5ème consultation est réalisée un mois et dix jours plus tard. La patiente rapporte une quasi disparition des migraines et rapporte que 90% de ses douleurs sont dorénavant situées aux cervicales supérieures. Elle exprime en revanche que les lombalgies et que les expressions du syndrome du colon irritable restent très présentes (diarrhée et douleurs abdominale).

Le traitement en MO est orienté sur le genou gauche, le bassin droit ainsi que les articulations temporaux mandibulaires (ATM). Le bilan DSP montre des similitudes entre les douleurs/anxiété et les deux parents. Les traitements DSP sont axés sur les douleurs, la séparation parentale et autours des épisodes de violence physique paternel.

J6

La 6ème consultation est réalisée un mois après. Les migraines sont de nouveau encore améliorées. Les douleurs lombaires également. La patiente rapporte la mise en place d'une routine de yoga. Les douleurs du genou gauche reste elle toujours présentes.

La première partie de traitement en MO est brève et est localisée au genou gauche et à la base du crâne. Le traitement en DSP est orienté sur les relations aux deux parents et sur les viols de la petite enfance.

J7

La 7ème consultation se déroule un mois et demi plus tard. La patiente rapporte que son 1er fils a fait une tentative de suicide (TS) cet été. Elle exprime un stress très important depuis. Les migraines ainsi que la lombalgie sont aggravées.

La première partie de traitement en MO est orientée sur le bassin droit, l'abdomen, l'hémi-ceinture scapulaire droite ainsi que sur la base de crâne. Le traitement en DSP est orienté sur la TS de son fils ainsi que sur les viols de la petite enfance.

J8

La 8ème consultation a lieu un mois plus tard. La patiente rapporte une dégradation des cervicalgies mais pas de migraines.

La première partie du traitement en MO est localisée au genou gauche, au sacrum, au thorax supérieur droit et autour de la charnière cervico-occipitale. Le traitement en DSP est orienté sur les agressions et viols ainsi que sur la peur du contact masculin en général.

J9

La 9ème consultation est réalisée cinq mois plus tard lors de la formation Medalia. L'anamnèse est alors refaite intégralement et une fausse couche ainsi qu'une interruption volontaire de grossesse (IVG) sont révélées. Les migraines ne se sont pas dégradées et les cervicalgies sont inchangées. Elles sont principalement nocturnes mais cèdent aux AINS.

Le bilan corporel montre des dysfonctions sur le thorax supérieur droit ainsi que sur la partie gauche du crâne. Aucun traitement en MO n'est réalisé ce jour. Le bilan DSP montre une réponse des 2 parents, de la grand-mère maternelle ainsi que du conjoint et de deux des trois enfants ayant une similitude avec l'IVG. Le traitement en DSP est orienté sur l'IVG et fait disparaître les réponses sur le conjoint et les enfants.

J10

La dixième consultation est réalisée au cabinet un mois plus tard. Les cervicalgies sont inchangées et les migraines sont légèrement dégradées. La patiente rapporte une douleur épigastrique transfixiante associée à une dorsalgie inhabituelle. Elle rapporte également un important stress familial dû notamment à une nouvelle procédure judiciaire initiée par sa mère à son encontre. Le bilan corporel ne montre pas de dysfonctions significatives. Le bilan DSP révèle des similitudes entre les douleurs ressenties avec ses parents et son frère. Un protocole de séparation à la mère ainsi qu'un protocole archaïque sont réalisés ce jour.

J11

La patiente consulte de nouveau 4 jours plus tard au cabinet car les douleurs dorsales restent très importantes. En revanche les douleurs abdominales et cervicales sont améliorées. Des dysfonctions thoraciques sont retrouvées et traitées en MO. Le bilan DSP retrouve une similitude entre les douleurs dorsales et la mère de la patiente. Un protocole de séparation à la mère ainsi qu'un protocole archaïque sont réalisés ce jour. Les douleurs dorsales disparaîtront quasiment totalement le lendemain.

J12

La 12ème séance a lieu un mois plus tard, durant la formation Medalia. Les cervicalgies se sont fortement améliorées. Les migraines, la dorsalgie ainsi que la gonalgie gauche ont disparu. L'anxiété, la lombalgie et la douleur abdominale restent inchangées.

Le bilan ostéopathique (BO) montre des dysfonctions du bassin droit et du tibia droit. Le bilan DSP révèle une absence de réponse aux migraines et cervicalgies. Il montre en revanche une réponse à tous les autres MES, qui présentent des similitudes avec la mère et le frère de la patiente. Un traitement archaïque est réalisé ce jour. À noter que la gonalgie gauche se déclenche fortement durant le traitement. Une émotion de peur en lien avec cette douleur est conscientisée par la patiente durant la séance.

J13

La dernière séance est également réalisée durant la formation Medalia. La patiente rapporte toujours une douleur lombaire assez importante (EVA 4/10 en journée et 8/10 en décubitus dorsal). Mais les autres MES conservent leur amélioration. Les migraines sont complètement contenues par la prise d'Ipraféine (EVA 0 / 10). Les cervicalgies sont améliorées depuis la dernière séance (EVA 2,5/10). Les douleurs abdominales, la dorsalgie et la gonalgie gauche ont totalement disparu. La patiente rapporte également une nette amélioration de l'anxiété (EVA 2,5 / 10). Le BO révèle des dysfonctions du bassin gauche, du thorax supérieur gauche et de la région temporale gauche. Le bilan DSP révèle des réponses significatives de la dorsalgie, de la lombalgie et surtout de l'anxiété avec une similitude envers la mère de la patiente. Les autres MES ne sont pas répondants. Un protocole archaïque est réalisé ce jour.

RESULTATS

Les résultats de la prise en charge en médecine somato-psychique de Madame T sont positifs. L'évolution la plus significative est celle des migraines. On constate une amélioration importante après la 3ème consultation puis une disparition progressive des douleurs à partir de la 7ème consultation. Cette amélioration est conservée à moyen terme (9 mois après). Les cervicalgies s'améliorent également mais plus lentement. Elles diminuent significativement après la 12ème consultation. La dorsalgie et l'anxiété fluctuent durant la prise en charge et montrent une amélioration en fin de prise en charge. La lombalgie fluctue également mais ne montre pas d'évolution significative.

La prise de médicaments diminue de moitié au cours de la prise en charge. À J13, la patiente rapporte prendre quotidiennement un Ipraféine par 24h (AINS) comme traitement de fond et un doliprane codéiné en cas de crise.

La patiente rapporte également pouvoir maintenant dormir sur le dos avec une bouillotte et pouvoir se mettre en décubitus ventral sans douleur.

Évolution des MES et similitudes en DSP

	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Cervicalgies	10 7j/7	8		6	6 +	5
Migraines	10 7j/7	10 7j/7 +	10 7j/7 +	6	4	2 + AG
Dorsalgie				7		
Lombalgie	D10	D5		8 7j/7	8 4j/7 +	2
Douleur abdominale					6	
Gonalgie G	Non	Non	Oui	Oui +	+	Oui +
Anxiété				10 7j/7	6	
TT DSP		AG	AG Père Mère	Mère Archaïque	Mère Père	Mère AG

(+/- : réponse positive ou négatif en DSP, AG : agressions, DD : décubitus dorsal)

	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13
Cervicalgies	10	10	10	10 +	10	8 -	2,5 -
Migraines	7	0	0	0 +	0 +	0 -	0 -
Dorsalgie		4	3	5 +	10	0 +	2 +
Lombalgie	D10		4 DD : 10	5 +		3,5 DD: 10 +	4 DD : 8 +
Douleur abdominale			2,5	10 +		3 +	-
Gonalgie G			oui			Non +	0 -
Anxiété			8			10 +	2,5 +
TT DSP	TS Fils AG	AG	IVG	Mère Archaïque	Mère Archaïque	Archaïque	Archaïque

(+/- : réponse positive ou négatif en DSP, AG : agressions, DD : décubitus dorsal)

DISCUSSION

La prise en charge s'est déroulée en parallèle de l'apprentissage de la déprogrammation somato-psychique. En conséquence, la qualité de diagnostic et de traitements a évolué au cours de la prise en charge. Il est à noter que plusieurs méthodes de traitements ont fréquemment été superposées pendant les consultations (médecine ostéopathique et déprogrammation somato-psychique). Il est aussi pertinent de signaler que, lors de la prise en charge, la patiente a continué de consulter en parallèle d'autres thérapeutes pratiquant différentes médecines (ostéopathie, magnétisme, reiki, constellation familiale).

Il est intéressant de remarquer que l'amélioration des migraines semble faire suite au commencement des traitements ciblant les relations parentales de la patiente. Il est également intéressant de noter que c'est également à ce moment que la gonalgie gauche apparaît. Cette nouvelle douleur se manifestera par la suite principalement autour des séances de soins. Celle-ci apparaîtra à plusieurs reprises comme un obstacle au déroulement des séances. Notamment lors des protocoles archaïques qui se révéleront les plus éprouvants pour la patiente.

Aucun effet indésirable n'a été observé durant la prise en charge.

CONCLUSION

Madame T est une patiente de 36 ans au passif difficile et souffrant de divers troubles fonctionnels pouvant apparaître comme de multiples somatisations. La patiente a essayé au cours de sa vie diverses approches thérapeutiques sans résultats significatifs (allopathie, psychothérapie, médecines alternatives).

Lors de notre prise en charge, après seulement trois séances, un impact positif sur le principal motif de consultation a été observé. Cette amélioration c'est poursuivie à moyen terme et s'est étendue à la quasi totalité des marqueurs d'état de santé en fin de prise en charge. La patiente a pu également réduire sa consommation quotidienne de médicaments de moitié.

Au vu de ces résultats, la médecine somato-psychique semble apparaître comme une alternative prometteuse et sans risque pour les patients atteints de troubles fonctionnels chroniques.

Résumé

Ce cas clinique présente la prise en charge en médecine somato-psychique de Madame T, une patiente de 36 ans au vécu multi traumatique. La patiente est sujette à de multiples altérations de santé telles que des migraines chroniques résistantes aux médecines allopathiques et alternatives. La prise en charge a été réalisée en cabinet libéral et lors de séminaire de formation à la déprogrammation somato-psychique. 13 consultations ont été réalisées au total. Des résultats significatifs ont été observés sur le principal motif de consultation à partir de la J3. Cinq sur six marqueurs d'état de santé montrent une amélioration significative à J13. La patiente rapporte une amélioration de sa qualité de vie ainsi qu'une baisse de sa consommation de médicaments par deux en fin de prise en charge. La déprogrammation somato-psychique apparaît alors comme une médecine efficace et prometteuse concernant les patients atteints de troubles fonctionnels chroniques.

Abstract

This clinical case presents the somato-psychic medical management of Ms. T, a 36-year-old patient with a history of multiple traumas. The patient suffers from multiple health issues, such as chronic migraines that are resistant to both allopathic and alternative medicines. Treatment was provided in a private practice and during training seminars on somato-psychic deprogramming. A total of 13 consultations were conducted. Significant improvements were observed regarding the primary reason for consultation starting on Day 3. Five out of six health status markers showed significant improvement by Day 13. The patient reported an improvement in her quality of life as well as a halving of her medication use by the end of treatment. Somato-psychic deprogramming thus appears to be an effective and promising treatment for patients with chronic functional disorders.