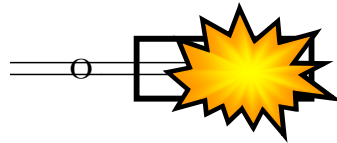


e-News for Somatosensory Rehabilitation



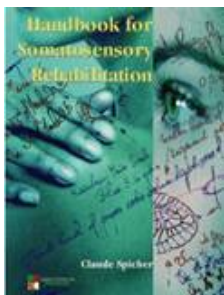
EDITOR
Claude SPICHER, OT, swiss CHT



In **2004**, he founded the **Somatosensory Rehabilitation Centre in Clinique Générale** (member of the Genolier Swiss Medical Network).

He is a **scientific collaborator for the Unit of Physiology** (Prof. EM Rouiller) at the University of Fribourg. He holds a **license in Occupational Therapy** from the Institute for Social and Pedagogic Studies in Lausanne.

He is a **certified Hand Therapist of the Swiss Society for Hand Therapy**.



<http://www.livres-medicaux.com/livres/?id=00002381>

Contents – Inhalt – Sommaire
 Les langues de l'e-News sont
Français, English, Deutsch

EDITORIAL Spicher, CJ. Sur un chemin de l'instant ou vers un retour du toucher	49
PATIENTIN UEBERSICHT Rölli, L.	50
NO COMMENT Nr. 6 Spicher, CJ., Inauen, I. & Zosso, M.	51
ORIGINAL ARTICLE Golay, A., Lager, G. & Giordan, A. Motivating for change: a new approach	54
SHADOW & PENUMBRA	69
NO COMMENT No 7 Desfoux, N. <i>et al.</i>	70
SOMATOSENSORY REHABILITATION CENTRE'S STATISTICS	71
ARTICLE ORIGINAL Huyghe, T. <i>et al.</i> Evaluation de la douleur chronique au travers du handicap	73
IMAGES IN SOMATOSENSORY REHABILITATION	82
CALENDRIER - CALENDER - KALENDER	83
FORUM DE REEDUCATION SENSITIVE	85
MOTS-CLEFS – KEYWORDS – SCHLUESSELWOERTER	86
BIBLIOGRAPHIE – REFERENCE – REFERENZ	86
WHO IS WHO? 4,252 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients all over the world receive the e-News for Somatosensory Rehabilitation on the five continents, in 67 countries:	87
INSTRUCTIONS FOR AUTHORS	89

EDITORIAL**Claude SPICHER, ET, rééducateur de la main certifié SSRM****Sur un chemin de l'instant
ou
vers un retour du toucher***La pureté de l'instant
est faite de l'absence du temps**Cheikh Hamidou Kane*

La douleur opacifie le réel, elle est un écran entre le souffrant et ses sens ; la vie perd alors peu à peu de son goût, de sa couleur. Ce processus d'aliénation à son propre corps peut mener à la dissociation, mécanisme de défense efficace s'il en est mais aussi nourriture des douleurs neuropathiques.

Lorsque la névralgie devient incessante, elle génère une distorsion temporelle : elle ne permet plus au temps de s'arrêter pour une seconde d'éternité, les odeurs ne sont plus humées à l'instant où elles titillent les narines, la petite brise ne vient plus caresser doucement les joues.

La réappropriation, cm^2 par cm^2 , de chaque portion de peau permet au douloureux neuropathique d'arrêter quelques minutes l'horloge infernale de la douleur. Ce levier sur la douleur est l'ouverture vers un retour du toucher.

La rééducation sensitive permet une substitution de la fonction de chaque champ récepteur ; la neuroplasticité compense ainsi les axones lésés.

Dans ce volume nous vous offrons un parcours entre l'évaluation des situations de handicap (Huyghe, T. *et al.* p 73), l'ô combien importante motivation du patient (Golay, A. *et al.* p 54 et des flashes sur 2 patientes: l'un par elle-même (Rölli, L. p 50) et par nous-même (Spicher, C. *et al.* p 51), l'autre par la petite dernière qui vient de rejoindre notre équipe (Desfoux, N. *et al.* p 70).

Pour que la mort cesse de rôder, que la survie reprenne un peu de couleurs, pour que la vie sacrée reprenne ses droits.

Patientin Uebersicht:

“Ich hatte das Gefühl, meine Zehen sprühen Feuer wie ein Drachen“

Im Feb. 2003 nach einem Spaziergang hatte ich grosse Schmerzen in den Fuss, bis an die Zehen; ich dachte, dass ich zuviel gelaufen bin und schonte mich.

Aber die Schmerzen wurden immer schlimmer. Am schlimmsten wurde es in der Nacht, ich musste die Füsse auf die Decke legen, aber das genügte nicht. 2 – 4 mal musste ich aufstehen, um meine Füsse zu duschen und einzucremen, damit ich ein bisschen schlafen konnte.

Ich kaufte mir Einlagen und Gesundheits-Schuhe. „Es half nichts“. Ich bin zum Orthopäden und zum Neurologen gegangen, beide fanden nichts. Nun liess ich mir verschiedene Massagen machen, weil ich dachte, ich hätte was mit der Wirbelsäule; aber nichts hat geholfen.

Meine Füsse brannten weiter, die Nächte waren weiter „anstrengend“. Ich konnte nicht mehr ohne Schuhe laufen, es war, wie wenn ich auf gehackten Kieselsteinen lief, ich konnte nicht vom Schlafzimmer ins Bad barfuss laufen!! Früher bin ich den ganzen Sommer in Haus und Garten barfuss gelaufen. Meine Füsse waren heiss, manchmal wenn ich die Augen schloss, hatte ich das Gefühl, meine Zehen sprühen Feuer wie ein Drachen oder sie fühlten sich eiskalt an, aber sie waren „normal“.

Auch jede Berührung war unangenehm, all diese Gefühle waren ermüdend und störend, ich fühlte mich allein gelassen.

Ich sprach mit meinem Hausarzt, er empfahl mir Vitaminspritzen B12, die lasse ich mir seit 2 Jahren wöchentlich machen, so wurde es erträglicher. Per Zufall kam ich auf Dr med. Strehle, Fusschirurg, er machte die gewohnten Untersuchungen, fand nichts und schickte mich zum Neurologen. „Er fand, ich sollte zu einem Rheumatologen gehen“, das fand Dr Strehle auch nicht gut. Er schickte mich nach somatosensorischer Rehabilitation zu Herr Spicher, das war am 30. Nov. 2006.

Ich durfte schon am 1. Dez. 2006 in die Sprechstunde und endlich wurde ich ernst genommen. Herr Spicher und Frau Zosso wussten von was ich sprach, ich fühle mich ernst genommen; heute am 1. Feb. 2007 kann ich wieder die ganze Nacht schlafen „ohne die Füsse 2 – 4 mal duschen zu müssen“. Meine Füsse schlafen noch ein bisschen, aber ich denke, in ein paar Wochen ist alles wieder OK.

Nun möchte ich von ganzen Herzen Herr Spicher und Frau Zosso danke sagen.

Liliane Roelli

(Siehe Seite **XX** „No Comment No 6“)

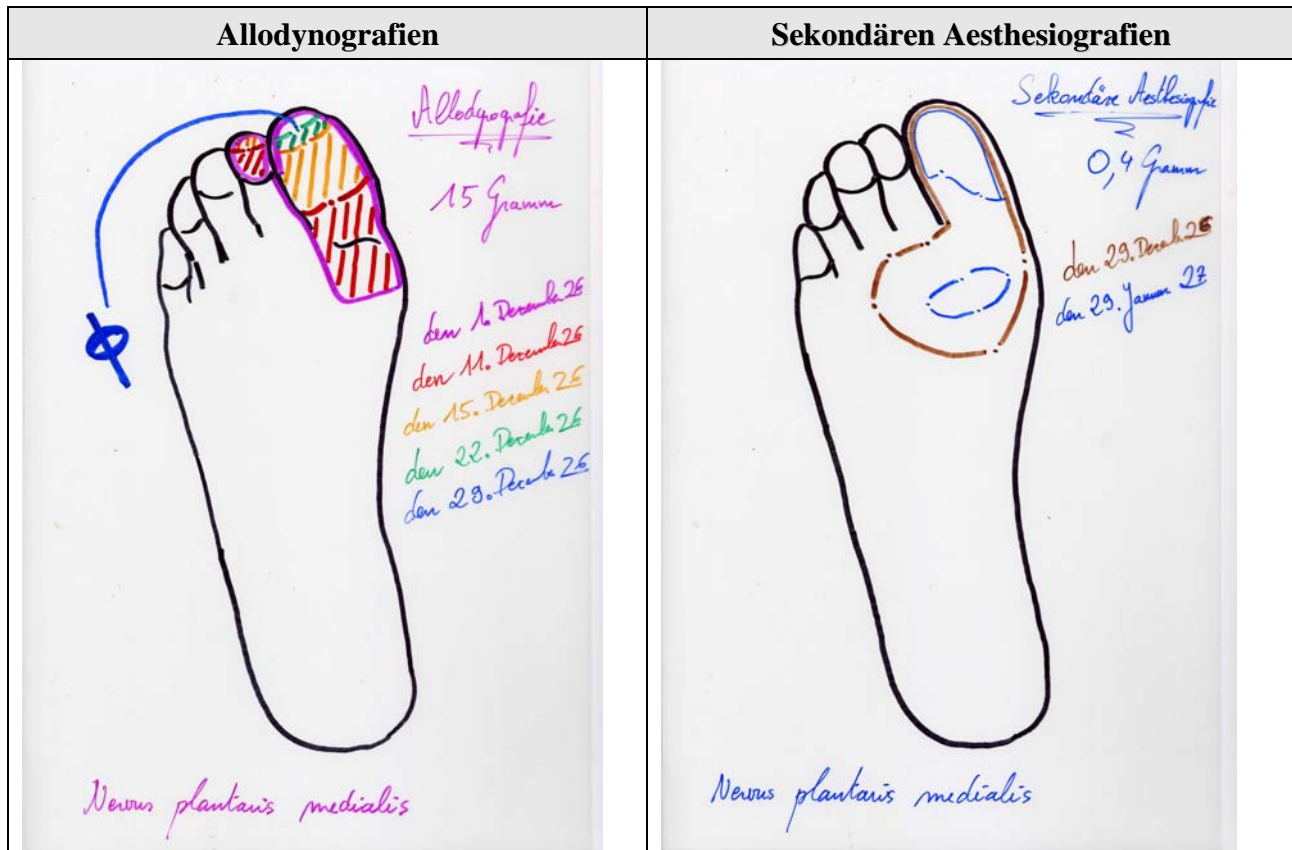
No Comment NR. 6

Spicher, C.J., Inauen, I. & Zosso, M.

Frau Liliane Roelli ist eine 63 jährige Hausfrau mit neuropathischen Schmerzen seit 57 Monaten (Siehe Seite **XX** „Patientin Uebersicht“).

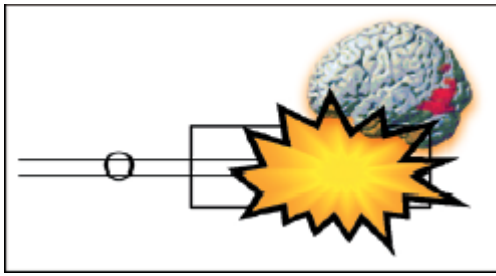
Somatosensorische Erfassung am 1. Dezember 2006:

- Unaufhörliche Ischiadicus Neuralgie des Nervus plantaris medialis mit mechanischer Allodynie (Stadie IV der axonalen Läsionen)



Vibrotaktile Gegenstimulation & Rehabilitation der Hyposensibilität

Daten	Maximalgebieten des Nervs	Regebogen Schmerz Skala	SPP	McGill Schmerz-Fragebogen	Stadien
01.12.06	Mechanische Allodynie (Abb. 1)	VIOLET	Unerfassbar	41 Pkt.	IV
29.12.06	Hypoaesthesie (Abb. 2)	Ø	1,8 Gramm	Nicht durchgeführt	III
08.01.07	Hypoaesthesie	Ø	Nicht durchgeführt	7 – 10 Pkt.	III
29.01.07	Hypoaesthesie	Ø	1,7 Gramm	2 – 4 Pkt.	III



BEHANDLUNG DER NEUROPATHISCHEN CHRONISCHEN SCHMERZSYNDROME MITTELS SOMATOSENSORISCHER REHABILITATION

PROBLEMSTELLUNG

Wie wollen wir die Hoffnung auf ein anderes Morgen wieder erwecken, wenn uns Patienten, die uns anvertraut werden, mit gequältem Gesichtsausdruck anschauen, weil sie bereits zu lange unter zuviel Schmerz leiden:

Indem sie weniger elektrische Entladungen, weniger brennende Empfindungen usw. erleben oder kurz gesagt mittels der Reduktion ihrer peripherer neuropathischer Schmerzen.

In der grossen Mehrheit zeigen chronische Schmerzpatienten Störungen der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität). Die Reduktion der Hypoästhesie (Bsp. Schwelle der Druckempfindung) trainiert gleichzeitig auch eine Verminderung ihrer neuropathischen Schmerzen (Bsp. McGill Schmerz-Fragebogen).

GENERELLE ZIELE

- Behandeln der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität) auf der Basis der Neuroplastizität der Somatosensorik zur Reduktion der chronischen neuropathischen Schmerzen
- Durch die Rehabilitation/Behandlung der Sensibilität der Haut soll Schmerzkomplikationen vorgebeugt werden
- Brücken schlagen zwischen der Rehabilitation, der Medizin und der Neurowissenschaft (Neuroplastizität)

DETAILLIERTE INHALTE

- Erfassen der Sensibilität der Haut (Oberflächensensibilität): Aesthesiografie, statischer 2-Punkte-Diskriminationstest, Hoffmann-Tinelzeichen und somatosensorische Symptome, Schwelle der Druckempfindung etc.
- Erfassen der neuropathischen Schmerzsyndrome mittels McGill Schmerzfragebogen: mechanische Allodynie, Sudeck, Neuralgie, Polyneuropathien, usw.
- Behandlungsplanung bei chronischen Schmerzkomplikationen
- Einbringen der Kenntnisse des ZNS in die Rehabilitation der neuropathischen Schmerzen und umgekehrt

KURSLEITUNG

Claude Spicher, Ergotherapeut, zert. Handtherapeut SGHR im Somatosensorisches Rehasentrum, Clinique Générale, 1700 Fribourg, Schweiz

Irene Inauen, Ergotherapeutin in Praxis für Handrehabilitation, 4310 Rheinfelden, Schweiz

Datum	: 2-5. Juli 2007
Kurszeiten	: 9Uhr – 12Uhr30 & 14Uhr – 17Uhr30
Dauer	: 28 Stunden
Ort	: Clinique Générale, Hans-Geiler Str. 6, 1700 Freiburg
Preis	: CHF 980.- (Handbook in English, Arbeitsdokumenten auf Deutsch inkl.)
Literatur	: Spicher, CJ. (2006). Handbook for Somatosensory Rehabilitation. Montpellier, Paris: Sauramps médical.

Information und Anmeldung

Anmeldeschluss: den 31. Mai 2007

Irene Inauen

Lindenstrasse 10c

4310 Rheinfelden

Fax: 061-833 12 26 - Ev Fon: 061-833 12 25

Anmeldetalon

**Kurstitel : **Behandlung der neuropathischen chronischen Schmerz-
syndrome mittels somatosensorischer Rehabilitation****

Name, Vorname :

Adresse:

PLZ Ort:

Fon : e-mail:

Datum: Unterschrift:

Anmeldung an (Anmeldeschluss: **den 31. Mai 2007**):

Irene Inauen, Lindenstr. 10c, CH -4310 Rheinfelden.

ORIGINAL ARTICLE**Motivating for change: a new approach****Golay, A.¹, Lager, G.¹ & Giordan, A.²****Keywords:** motivation, therapeutic patient education, conception, behaviour, compliance**Abstract**

Therapeutic patient education is being offered more and more frequently not only to help patients understand their illness and treatment, but also to “help them become autonomous.” Putting this into practice in the long term will depend on their “motivation” in treating themselves. Therapeutic education offers the psycho-pedagogic means which are “fundamental to motivating patients” so that they themselves take charge of and adapt their own behaviour in the long term. There are many difficulties linked to motivating patients in the long run and these make carers’ work frustrating.

Building on new research carried out with the allosteric approach to learning, we propose in this text a new approach to “motivation” in therapeutic education. The allosteric model uses the patient’s conceptions in order to transform them by simultaneous deconstruction-construction. We examined fundamental, internal and external factors as well as the teaching environment, all of which motivate patients to change their behaviour. This new approach offers perspectives for improving patients’ motivation and their compliance to therapy.

¹ Service of Therapeutic Education for Chronic Diseases, University Hospital Geneva – 24, rue Micheli-du-Crest - 1211 Geneva 14, Switzerland

² Didactic Science Laboratory (LDES), Uni Pignon, Geneva University - 40 bd du Pont d'Arve -1211 Geneva, Switzerland

The role of motivation in compliance

The function of therapeutic education (TE) is not only to increase patients' knowledge and skills. Its main objective is to make them aware of their problem, whether as a diagnosis of the illness or a description of the risk factors involved. This allows them to integrate these notions and follow the carer's recommendations more closely [1,2]. Most of all, TE is used to help patients follow a treatment over a long period of time, or even to help them change "an aspect of their lifestyle" [1,3].

When a carer passes on information to patients, too often we notice that they retain very little of the facts and practical advice, and hardly follow the recommendations at all [4,5]. In addition, patients only partially understand the explanations given to them and do not adhere closely to the proposed therapeutic plan [2,6]. Compliance to therapy varies enormously from 22% to 72 %, depending on the pathologies involved or the degree to which the illnesses are chronic [7]. The highest rate of failure is linked to changes in lifestyle habits, particularly in relation to nicotine dependency, alcoholism and obesity. With obesity, we note great difficulties in changing dietary habits or sustaining a physical activity [8,9].

Therapeutic education, then, offers "to motivate the patient in order to obtain a higher degree of compliance" [10].

Therapeutic patient education and the allosteric model

Developed in the 1990s, research on the allosteric learning model [11] allowed us to re-examine what motivation really means in TE, as well as to define its components and dynamic [12-15]. The normal "frontal" model of learning says that in order to teach, it is sufficient to "say it and show it" with enough conviction. However, TE teams increasingly favour the constructivist model. This emphasises the construction of patients' knowledge through trial and error, expression or cognitive conflict. We suggest integrating the **allosteric model** to our own therapeutic education. This model focuses on patients' conceptions (ideas, health beliefs, method of reasoning, etc.) in order to help them transform them step by step. With the allosteric model, nothing in the processes of learning or changing behaviour is immediate or

direct. Therefore, through an indirect approach, the carer or team of carers have some chance of success. Carers must establish an allosteric teaching environment, which alone can interact with the patient's existing conceptions.

This new psycho-pedagogical environment provokes a transformation through simultaneous deconstruction and construction. Patients cannot establish a new form of behaviour without deconstructing the old one. However, neither can they start by deconstructing the old behaviour. The dynamic of change mainly involves a complex and paradoxical process. This takes place on four levels of interaction: the intentional (affective, emotional); the infra-cognitive (intimate reasoning, automatic negative thoughts); the cognitive (information, concepts..) and the meta-cognitive (knowledge of knowledge, values...). Applied to patient-carer situations, these levels of interaction help uncover the "facilitating factors" [3].

What do we mean by motivation?

For a long time now, clinicians have considered motivation to be one of the main determining factors in a psychotherapeutic process [16]. However, early research produced contradictory results [17-20]. This can be explained by several factors: the variety of definitions of what we call "motivation" and differences in the types of population studied [16, 21]. The term "motivation" suggests a trigger, a magical force that will automatically generate more effective compliance. Better still, motivation implies a "catalyst for change". Therefore, patients who do not accept their treatment are labelled as "non motivated". This means that not only is the patient stigmatised, but that there is a bias in favour of the carer. Non-motivation can be due to many external and internal factors; it can also be caused by fear, anxiety, beliefs, etc. These are all elements which need to be investigated as potentially limiting factors.

The role of the motivational type cognitive processes in changing behaviour became a question of great importance in the field of psychology in the 1970s [22-25]. This model of change was next applied to diverse forms of therapy involving: smokers [26]; participants in a weight control programme [27]; alcoholics in an out-patient clinic [28] and phobic patients [29-33].

The development in the 1980s of the "motivational interview" (MI) by psychologists William Miller and Stephen Rollnick [34] also emphasised the importance of motivation. The interview was first developed for addictive illnesses, but then also used for all situations where ambivalence and motivation are central to the change process. An attitudinal approach and a series of clearly-specified techniques were then defined to help explore and resolve ambiva-

lence when faced with change. The idea of motivation has also recently been taken up in health education [35] and in TE where nutrition [36-37] or obesity [3] are concerned.

The basis of motivation

In education, motivation has occupied a central place in contemporary pedagogy only since the 1930s. This is due mainly to the influence of behaviourist theories of learning. At that time, the word came to mean as much “need” as “will”. It leaned more towards the external process which leads someone to want to learn, and not towards the deep internal desire to learn, found within each individual. The behaviourist movement which promoted the word limited learning to conditioning; it did not take into account emotional and affective aspects or patients’ conceptions. These were all considered as a “kind of black box”, the contents of which were undecipherable.

In fact, in therapeutic teaching strategies, motivation appears as something of a blanket concept. In the long term, it would be better to speak of “a desire to change” or as it was called in the eighteenth century, “libido sciendi”. The emphasis, therefore, is placed upon the appetite, dynamic and trigger for learning as well as the process - all of which are necessary factors for inducing change. Most often, motivation is defined as a “state of activation” which occurs in response to a need requiring fulfilment, such as improving quality of life or securing a benefit.

The “desire to change” seems to be a paradoxical and systemic process which does not fit into a model, let alone a formula. However, its dynamic can be broadly described and a certain number of contexts, situations and favourable activities identified and formulated. In particular, it can be said that change comes from the individual him/herself because “it comes from inside” [31]. However, at the same time, specific external factors can interfere directly with the patient. These factors can be grouped into what we call the “didactic therapeutic environment” [13], established by the carer or team of carers, and adapted to the patient’s personality. These results lead us beyond the motivational interview in order to establish a didactic Therapeutic Education environment or motivational environment which will encourage the emergence of the desire for change. This environment plays a crucial role in patients’ intrinsic and specific factors. The internal and external factors will, therefore, permanently interact as they progressively modify the motivation to change.

Motivation, then, is always the “product” of the interaction between an individual’s internal

need and the various elements of his/her environment which will stimulate this interior state. A new internal state, a trigger for learning, must be generated in order to create a dynamic of change.

Fundamental needs which influence motivation

The idea of need as a vital necessity has been attested to since the 12th century. It was taken up again by the founding fathers of the modern economy in the 19th century (for example, J-B Say) under the heading of “fundamental needs”. In 1954 Abraham Maslow established an initial list of needs which he arranged hierarchically in the form of a pyramid of five categories. He placed physiological needs at the base (hunger, thirst, etc.), followed by the need for security (protection, order, principles, etc.), social needs (belonging, acceptance, love, etc.), the need for self-esteem (success, appreciation, etc.) and finally, the need for self-realisation (personal expression, creativity, etc.) [38, 39].

This classification was taken up or built upon in a number of fields, including TE. In practice, we prefer not to arrange these needs in a hierarchy, as they continually interact with each other (Figure 1). At first, the most important needs are certainly physiological: hunger, thirst, sleep and sexual needs. However, unlike in animals, early education greatly transforms and denatures these needs. For example, in humans, the dietary practices of celebratory meals have very little to do with hunger! Other needs which have become as fundamental are those for security, self-realisation, increased skills, esteem and belonging. (Figure 1).

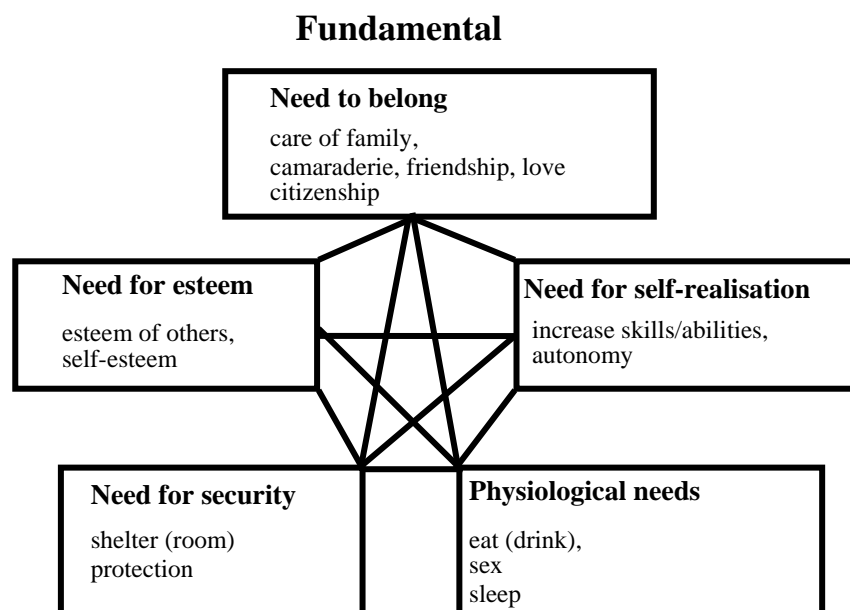


Fig. 1. Fundamental needs

All these needs form the basis of the strong motivations which can lead to learning and changing. However, it is always a question of intensity... each of these needs can play the role of a limiting factor if they generate a change perceived as too threatening.

In this “seedbed”, fundamental needs will be born, interacting continuously with environment, interests, desires, and pleasures. For patients suffering from a chronic illness, motivation does not depend solely upon their immediate needs.

Internal factors which influence motivation

Individuals present interests and desires, but often also numerous fears. For example, consciously or unconsciously, individuals choose plans to be or do something; these plans in turn will lead them in a certain direction. Each plan, therefore, takes on an affective value for individuals. They will involve themselves in it personally and willingly, especially if they can give it meaning and, in return, get some pleasure or a “little extra” out of it (Figure 2).

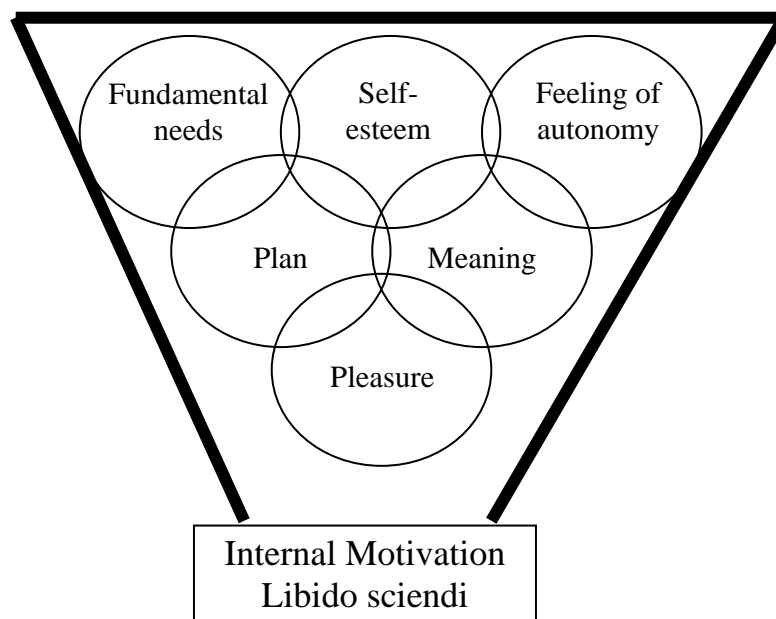


Fig. 2. Internal factors influencing motivation

Self-perceptions, commonly labelled self-esteem or self-confidence, have a great influence on the dynamic of patients’ motivation. On the other hand, unhappiness and frustrations block the motivation process. Similarly, the patients’ perception of the therapeutic situation is crucial. Patients will be motivated to a greater or lesser degree according to the importance and quality of a teaching activity - or at least according to the image they have of it based upon the plans they are pursuing. The strength of their involvement will be much greater if they find the information to learn “useful” for their illness, treatment or quality of life.

All this takes place against a background of interaction between the needs, interests, desires, expectations, aspirations, anxieties and fears of the patient, and the therapeutic situation. Motivated patients demonstrate their desire to change and their perception of the therapeutic situation which they must accept or submit to. To fulfil their plans, they must understand the relevance and importance of their proposed treatment. They must feel capable of accomplishing the activities put before them or the demands made of them. Here, control can be exercised in the process of a therapeutic learning activity as well as its consequences. Motivation is enhanced by the patient’s feeling of autonomy in this dynamic; on the contrary, constraints greatly work against it.

External factors influencing motivation

The roots of motivation, therefore, lie in the range of the patient’s internal mechanisms. Motivation can be compared to a force, an impulse, a tension. It allows the creation of a dynamic inherent to change. However, with important exceptions, motivation means very little without a suitable environment in which it can be generated. It is a type of response to this environment (Figure 3).

Internal and external factors influencing motivation

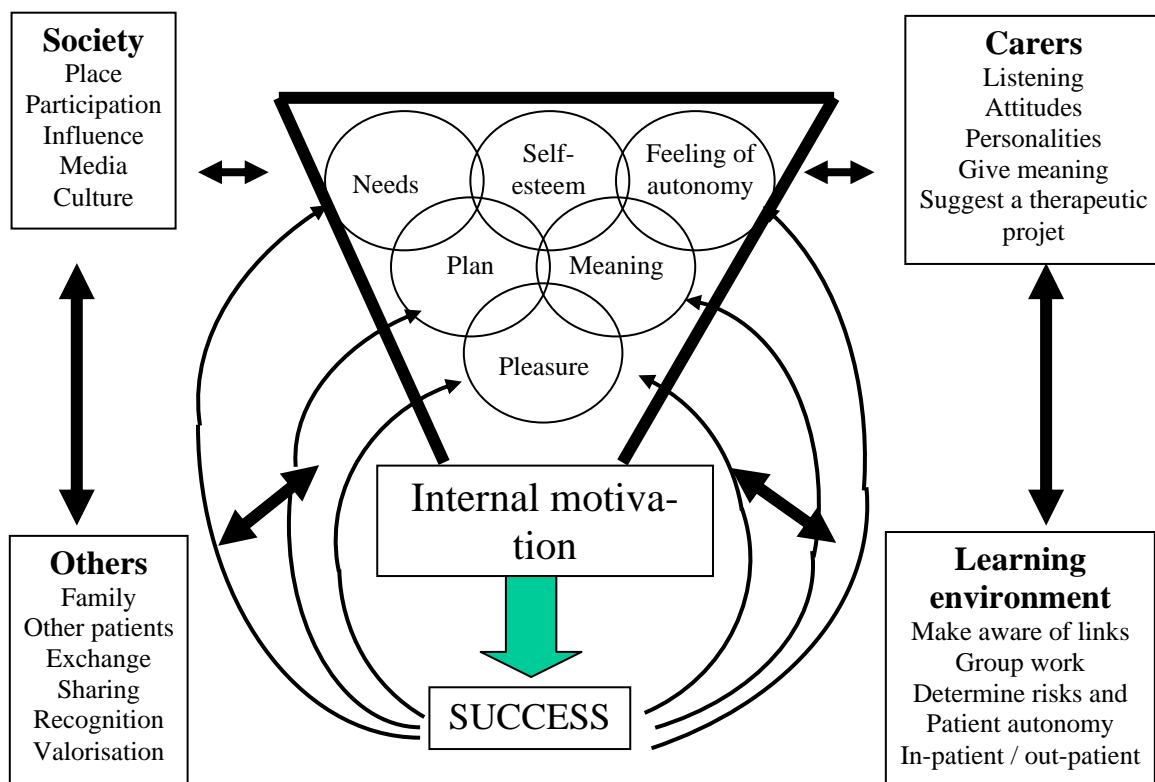


Fig. 3. Internal and external factors influencing motivation

A number of factors can be sources of motivation. The first of these is society itself with its attributes, especially those to which the patient is sensitive. For example, today the media play a very important role in our society. Another factor is “the other person”; this can be a familiar member of the patients’ environment or another contact. Whoever the other person is, they will affect patients’ motivation, either through the stimulation the patients receive from them, the image they wish to present to them, or by the recognition they receive from them. Other patients can also motivate the individual for the same reasons, or because he/she wishes to emulate them. It may also be a wide range of other people, such as a patient’s chemist or concierge. The sharing and exchanging with others involved here can sometimes be considerable. The recognition or valorisation by a peer can often be a trigger of motivation.

The motivation process

How can this desire to change be brought effectively to life? At the material level, the process is complex, systemic and even paradoxical. Genuine and deep-seated motivation comes from inside; the patient as an individual is the “author” of his/her own learning process [13]. However, the carer, or better still, the care team or health centre, can set this process in motion as well as engage, awaken, encourage and help it to emerge through a variety of elements which they can propose to patients and which may find an echo with them.

The emergence of motivation for change is certainly never an easy task and its maintenance over time is of even greater complexity. The maintenance of this dynamic depends on the degree of meaning or pleasure which the patient continually finds in it. Motivation maintains the energy necessary to see a plan through to its finish. It helps patients stay attentive and alert despite the cognitive or affective difficulties which may arise. For this, the carer must constantly challenge patients and even shake up their health beliefs, all the while accompanying them. The more intense the challenge, the closer the accompaniment must be.

Success in a situation, or better still, progress in treatment is another source... of motivation. When objectives are small, there will always be successes. Success gives patients a positive feedback and favourably influences their perception of their own ability. Patients then give value to the activity in which they have succeeded. Surer of themselves, they start to feel that they exercise a greater control over the activities they undertake or over their health care plan. The phenomenon is self-perpetuated by a feeling of pleasure which reinforces motivation. At the same time, motivation pushes patients to give meaning to what they are learning. This, in turn, increases motivation. All evaluations must be talked through with patients. Improving

symptoms, lab examinations, experiences, pains and loss of weight should all be discussed with them in order to motivate them and make them aware of changes, however small they are!

Conversely, setbacks magnify demotivation. This is especially true of heavy and repeated setbacks where no end seems in sight. However, not all setbacks and errors are demotivating. The carer can de-dramatise mistakes by considering them as simple slip-ups. He/she can emphasise the fact that success is never immediate or constant, and that false steps are an integral part of change in behaviour. If individuals see errors in a positive light and are able to explain them, they can use them to avoid making similar mistakes in the future.

The carer can promote motivation (table 1)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Listens actively to verbal and non-verbal language, looks for the real meaning, the real need. ▪ Reformulates the patient's difficulties, solutions and motivations to ensure they are understood ▪ Use empathy to understand, accept, legitimise emotions ▪ Spots resistance and takes it into account, doesn't go against it ▪ Works with ambivalence, develops divergences ▪ Reinforces the feeling of freedom of choice, personal effectiveness ▪ Valorises successes already achieved <p>Uses errors, false steps to avoid relapses</p>
--

Table 1. The carer can promote motivation

Beyond understanding the dynamic of motivation, the carer can only provoke a change in patients' behaviour if he/she approaches them with a fresh perspective, centred on considering them as individuals. This approach is characterised by the importance of listening, an empathic and affirming attitude and the recognition of resistance. Its goal is to bring the arguments in favour of change out of the patient; the exploration and resolution of the ambivalence associated with all behaviour modification is a normal and compulsory stage to go through. At best, this approach avoids factors such as confrontation and persuasion, which often only increase resistance to change. On the other hand, it insists on patients' involvement, especially in therapeutic choices, and on the reinforcement of self-esteem.

In interviews with patients, the carer is always too directive in the way in which he/she helps them to explore and resolve ambivalence. A “motivating environment” centred on patients can be more effective in encouraging them to change behaviour, particularly where they are accompanied in the exploration and resolution of their ambivalence. Suggested activities or situations aim to increase patients’ confidence in themselves and in carers or place of care. They also aim to reinforce patients’ self-esteem through working on themselves or through encounters with other patients.

This environment will be adapted to each patient and, above all, to their level of motivation of the moment. Motivation is never constant, as patients can go through different phases. Some days, they may not recognise the existence of a problem. On the other hand, they can start planning change by seeking advice or help, even if at this stage they do not really believe in it, or by actually putting in place a change of behaviour, such as moderating their consumption of fats.

If patients are not yet ready to change, it is inappropriate to offer them a motivational situation straight away. Anything resembling or even suggesting a rapid solution is often rejected. The carer who seeks to persuade, argue, demonstrate or tell patients what they must do will only create greater resistance.

At this stage, it would be more effective if the carer concentrates on setting up educational situations which can help patients perceive risks or problems. His/her intervention is designed to create a dissonance or to bring out doubts. Patient-to-patient confrontations or activities which allow patients to express their fears or anxieties appear to be the most positive.

However, when patients start entering a dynamic of change, the carers’ work may involve accompanying them in the exploration of ambivalence. They can help them express the range of reasons in favour of change and the difficulties of change, as well as the risks to be run in not changing. The situations proposed will have to increase patients’ confidence in their capacity to change their behaviour. Encouragement here is essential. Any effective change, even if incomplete, must be valorised; relapses must be de-dramatised immediately in order to engage the patient once more in a process of intention, preparation and action.

Finally, in order to accept treating themselves and to persevere in compliance to treatment, patients must be convinced that they are indeed suffering from an illness. They must be helped to realise that this illness and its consequences can be serious for them and that following their treatment can have a beneficial effect, as well as to accept that the benefits of treatment counterbalance advantageously the psychological, social or financial constraints and the

secondary effects engendered by the treatment.

Parameters of a motivating environment

The aptitude for change is not only a personality trait but also the fluctuating result of relational interactions. A large number of factors internal and external to the patient intervene to favorise change, as shown in Figure 4.

These different types of indicators are linked to the bio-psycho-social profile of the individual. This checklist allows a prediction to be made of which behaviours and situations can be favourably linked to the conditions of treatment. However, each indicator has a different “weight” for different stages and types of treatment. The internal indicators of motivation unique to each patient are situated at the centre of Figure 4. The external indicators issuing from the motivational teaching environment are described in the outer circle.

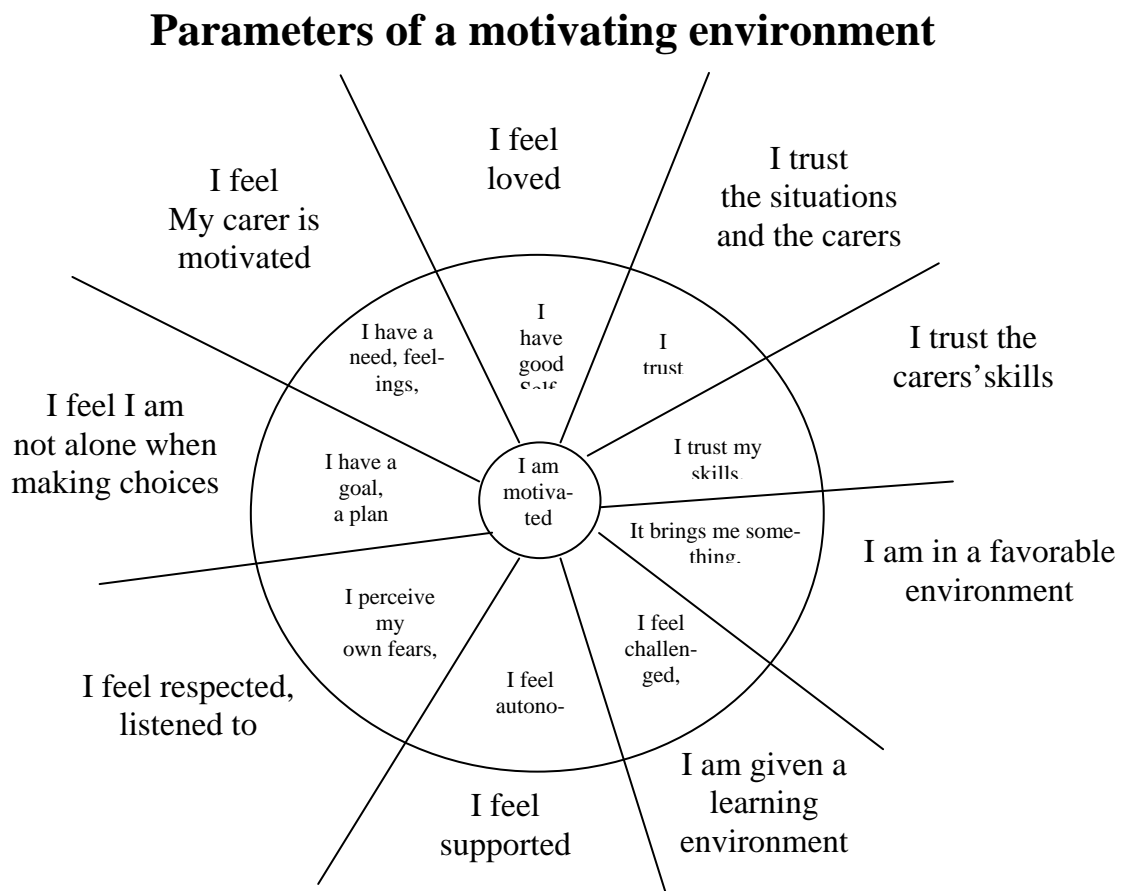


Fig. 4. Internal circle: personal parameters; external circle : external parameters

References

1. Sommer J, Gache P, Golay A. L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient. In: Richard C, Lussier MT (eds). *La communication professionnelle en santé*. Saint-Laurent : Erpi, 2004 ; 656-691.
2. Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005;**7**: 363-369.
3. Golay A, Lagger G, Giordan A. Motiver pour changer. *Rev Med* 2006 In press.
4. Kravitz RL, Hays RD, Sherbourne CD, et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Arch Intern Med* 1993;**153**:1869-1878.
5. Butler C, Rollnick S, Stott N. The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *CMAJ* 1996;**154**:1357-1362.
6. Jacquemet S, Lacroix A, Perolini M, et al. Qualitative evaluation of courses intended for patients suffering from chronic diseases. New observation method for the continuous training of the healthcare team. *Pat Educ Counsel* 1998;**34**:201-212.
7. Cole SA, Bird J. *The medical interview : The three-function approach* (2nd ed). Saint Louis (Missouri): Mosby Year Book, 2000.
8. Burke LE, Dunbar-Jacob J, Orchard TJ, et al. Improving adherence to a cholesterol-lowering diet: a behavioral intervention study. *Pat Educ Couns* 2005;**57**:134-142.
9. Huang N. Motivating patients to move. *Aust Fam Physician* 2005;**34**:413-417.
10. Assal J-P. Motivation et compliance en thérapeutique. *Med Hyg* 2004 ;**62**, S11-S13.
11. Giordan A, de Vecchi G. *Les origines du savoir*. Neuchâtel : Delachaux, 1987.
12. Fabre J, Assal J-P, Balant L, et al. Therapy compliance. A matter of concern in clinical medicine. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1992;**81**:129-132.
13. Giordan A. *Apprendre !* Paris : Belin, 2002.
14. Giordan A. Beyond constructivism. Geneva : Bull. International Bureau of Education, 2000, 5-23.
15. Giordan A, Jacquemet S, Golay A. A new approach for patient education: beyond constructivism. *Pat Educ Counsel* 1999;**38**: 61-67.
16. Keithly L, Samples S, Strupp H. Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy. *Psychother Psychosom* 1980;**33**: 87-97.
17. Conrad DC. An empirical study of the concept of psychotherapeutic success. *J Counsult Psychol* 1952;**16**:92-97.

18. Cartwright RD, Lerner B. Empathy, need to change and improvement psychotherapy. *J Consult Psychol* 1963;**27**:138-144.
19. Siegel N, Fink M. Motivation for psychotherapy. *Compr Psychiatry* 1962;**3**:170-173.
20. Rosenthal D, Frank JD. The fate of psychiatric clinic out-patient assigned to psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1958;**127**:330-343.
21. Rosenbaum RL, Horowitz MJ. Motivation for psychotherapy: A factorial analysis. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1983;**20**:346-354.
22. Mischel W. Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review* 1973;**80**:252-283.
23. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;**84**:191-215.
24. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood, NJ: Prentice-Hall, 1977.
25. Meichenbaum D. *Cognitive-behavior modification*. New-York: Plenum,1977.
26. Diclemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change for smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav* 1982;**7**:133-142.
27. O'Connell DO, Velicer WF. A decisional balance measure of the stages of change model for weight loss. *Int J Addict* 1988;**23**:729-840.
28. Diclemente CC, Hugues SO. Stages of changes profiles in out patient alcoholism treatment. *J Subst Abuse* 1990;**2**:217-235.
29. Nisbett RE, Wilson TD. Telling more than we can know: verbal reports on mental processes. *Psychol Rev* 1977;**84**:231-529.
30. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, et al. The process of smoking cessation: analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991;**59**:295-304.
31. Golay A, Nguyen Howles M, Mateiciuc S, et al. Améliorer l'observance médicamenteuse. *Med Hyg* 2004;**62**: 909-913.
32. Diclemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, trans-theoretical model of change: stages of change and addictive behaviors. In: Miller WR, Heather N (eds). *Treating addictive behaviors*. New-York : Plenum,1998;3-24.
33. Amati F, Patella M, Golay A. Comment prescrire en pratique médicale l'exercice physique? *Med Hyg* 2002;**60**:1119-1124.
34. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive*

behaviors. New York : The Guilford Press, 1991.

35. Harland J, White M, Drinkwater C, et al. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *BMJ* 1999;**319**:828-832.

36. Berg-Smith SM, Stevens VJ, Brown KM, et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. The Dietary Intervention Study in Children (DISC) Research Group. *Health Educ Res* 1999;**14**:399-410.

37. Resnicow K, Braithwaite R, Dilorio C, et al. Preventing Substance Abuse in High Risk Youth: Evaluation Challenges and Solutions. *J Prim Prevent* 2000;**21**:399-415.

38. Maslow AH. *Motivation and Personality*. New-York: Harper & Row, 1954.

39. Maslow AH. *Toward a Psychology of Being* (2nd ed). New-York: Van Nostrand, 1968.



16 – 19 juin 2007

47^{ème} séminaire, 19^{ème} année

Zinal, Valais, Suisse

Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques

Département de Médecine Communautaire

Experts

Anzules, Cristina Genève	art-thérapeute, HUG,
Barthassat, Vincent HUG, Genève	médecin, chef de clinique,
Carrard, Isabelle Genève	psychologue, HUG,
Castellsague Perolini, Montserrat clinique, formatrice, HUG, Genève	infirmière spécialiste
Fortini, Christiana Lausanne	psychologue, CHUV,
Gache, Pascal responsable, Alcoologie, HUG, Genève	médecin adjoint, respon-
Golay, Alain HUG, Genève	médecin-chef de service,
Jollien, Alexandre Peilz	philosophe, La Tour-de-
Lagger, Grégoire chargé de formation, HUG, Genève	docteur ès sciences,
Magar, Yves France	médecin, EduSanté, Paris,
Meynard, Anne nique, HUG, Genève	médecin, cheffe de cli-
Moutet, Marius peute, Genève	formateur, Gestalt théra-
Muller-Pinget, Solange thérapeute, HUG, Genève	danse-thérapeute, psycho-
Reiner Meylan, Murielle Genève	psychologue, HUG,
Rieder-Nakhle, Arabelle nique, Alcoologie, HUG, Genève	médecin, cheffe de cli-
Rubackyté, Muza France	pianiste concertiste, Paris,
Ruffino, Guido professeur, Cadiz, Espagne	pédagogue, philosophe,
Schwarz, Valérie rapeute, HUG, Genève	psychologue, psychothé-
Sommer, Johanna	médecin adjointe, policli-
de Tonnac, Nicolas Genève	nique de médecine, HUG, Genève médecin adjoint, psychiatre, HUG,

Horaires du séminaire ⌚

☞ repas, Hôtel Europe	midi	12 h 45
	soir	19 h 00
☞ ateliers :	matin	08 h 30 - 12 h 30
	soir	15 h 30 - 18 h 30

Formation post-graduée

Un programme de formation post-graduée sur 3 jours (maladies chroniques, diabète, obésité), recommandé par les Sociétés Suisses de Médecine Générale (SSMG) et de Médecine Interne (SSMI)

Renseignements

Mme Nuria Flores – e-mail : Nuria.Flores@hcuge.ch
Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques (SETMC)
Département de Médecine Communautaire - Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue Micheli-du-Crest 24 - 1211 Genève 14
Tél (+41-22) 372 97 26 - Fax (+41 22) 372 97 15 – site : www.hug-ge.ch/setmc

<p>Samedi 16 juin 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ 17h00: Introduction du programme de la semaine : Motiver pour changer de comportement, A. Golay ☞ 17h30: La liberté dans les contraintes, A. Jollien ☞ 19h00: apéritif d'accueil ☞ 20h00: repas en commun à l'Hôtel Europe, Zinal <p>Chaque participant bénéficiera d'une séance d'accompagnement personnelle faisant partie intégrante du séminaire.</p> <p>Dimanche 17 juin 2007</p> <p style="text-align: center;">MOTIVER POUR PREPARER LE CHANGEMENT</p> <p style="text-align: center;"><i>Séances pratiques individuelles tout au long de la journée</i> J. Sommer, M. Reiner Meylan, A. Meynard, C. Fortini, A. Rieder-Nakhle, P. Gache</p> <p>Matin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Esprit et principes de l'entretien motivationnel P. Gache, C. Fortini <input type="checkbox"/> Tenir compte des représentations V. Barthassaï, G. Lagger (ateliers en petits groupes) <input type="checkbox"/> Poser un cadre thérapeutique N. de Tonnac (ateliers en petits groupes) <p>Après-midi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Changer par l'expression corporelle S. Muller Pinget (ateliers en petits groupes) <input type="checkbox"/> Acteur de mon changement C. Anzules (ateliers en petits groupes) <p>Soir Concert – récital de piano Muza Rubackyté</p>	<p>Lundi 18 juin 2007</p> <p style="text-align: center;">CONTOURNER LA RESISTANCE POUR AIDER A CHANGER</p> <p style="text-align: center;"><i>Séances pratiques individuelles tout au long de la journée</i> J. Sommer, M. Reiner Meylan, A. Meynard, C. Fortini, A. Rieder-Nakhle, P. Gache</p> <p>Matin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Soutenir la motivation au jour le jour P. Gache, J. Sommer <input type="checkbox"/> Aider mon patient à trouver ses stratégies I. Carrard (ateliers en petits groupes) <input type="checkbox"/> Comment sortir de l'ambivalence A. Golay, M. Castellaague Perolini (ateliers en petits groupes) <p>Après-midi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La résistance du patient : à quoi ? et contre qui ? M. Moutet (ateliers en petits groupes) <input type="checkbox"/> Des outils pour soutenir le changement Y. Magar (ateliers en petits groupes) <input type="checkbox"/> Sortir des pièges relationnels V. Schwarz (ateliers en petits groupes) <p>Soir La soirée dé-motivés</p> <p>Mardi 19 juin 2007</p> <p style="text-align: center;">PUISER DANS LES MOTIVATIONS DU PATIENT POUR LUI FACILITER LE CHANGEMENT</p> <p>Matin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Motivé par qui ? par quoi ? G. Ruffino <input type="checkbox"/> Ateliers pratiques cliniques P. Gache, A. Golay <input type="checkbox"/> Take Home Messages A. Golay <p style="text-align: center;"><i>Fin du séminaire à 12h00</i></p> <p>Après-midi Promenade à la Cabane du Petit Mountet</p>
--	---

Shadow - Penumbra

« The postulate of the patient's sincerity:

Do not doubt the lack of authenticity in the patient's expression of his pain. This initial attitude should not be naive in nature, but should simply form the basis of a starting point».

Vannotti, M & Célis-Gennart, M. (1998).
Les malentendus du diagnostic de trouble somatoforme douloureux : plaidoyer pour une approche phénoménologique de la douleur.
Revue médicale de la Suisse romande, 118, 173-183.

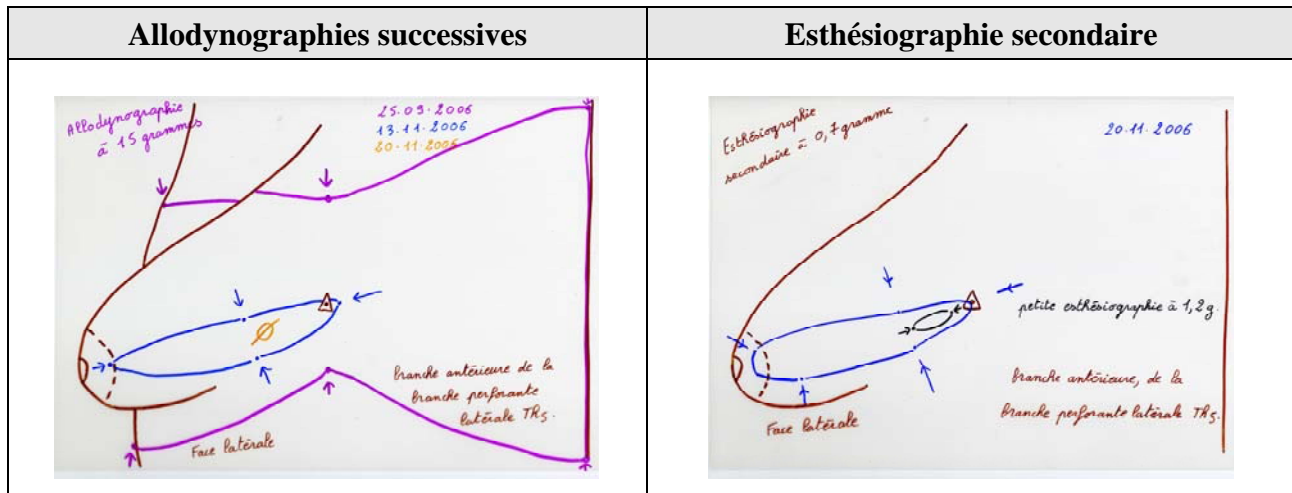
No Comment No 7

Desfoux, N, Degrange, B. & Spicher, C.J.

Madame C. est une femme de 40 ans présentant des douleurs neuropathiques depuis 5 ans.

Diagnostic somesthésique mis en évidence le 25 septembre 2006 :

- Névralgie dorso-intercostale incessante de la branche perforante latérale du 5^{ème} nerf thoracique avec allodynie mécanique. (stade IV de lésions axonales)



Contre-stimulation vibrotactile & Rééducation de l'hypoesthésibilité :

Date	Territoire de distribution cutanée	Arc-en-ciel	SPP	Questionnaire de la douleur St-Antoine	Stade
25.09	Allodynie (Fig 1)	BLEU	Intestable	20 – 73 pts	IV
23.10	Allodynie	INDIGO	Intestable	ND	IV
13.11	Allodynie	VIOLET	Intestable	14 – 47 pts	IV
20.11	Hypoesthésie (Fig. 2)	Ø	ND	ND	III
27.11	Hypoesthésie	Ø	1,0 g	ND	III
11.12	Hypoesthésie	Ø	0,4 g	11 – 12 pts	III
15.01	Hypoesthésie	Ø	0,2 g	2 – 5 pts	I
20.04	Follow-up à 3 mois			2 – 5 pts	I

Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics

From the 1st of July 2004 until the 16th of March 2007, 1413 axonal lesions have been assessed in the Somatosensory Rehabilitation Centre.

Cutaneous department	Stage I With somato- sensory disor- ders without pain	Stage II, III, IV & CRPS II with neuropathic pain syndromes				Total
		Stage II	Stage III	Stage IV	CRPS II	
Cranial	2	0	0	0	0	2
Trigeminal	2	0	12	11	0	25
Cervical	3	2	17	13	2	37
Occipital	0	2	12	10	0	24
Brachial	60	11	139	81	45	336
Dorso- intercostal	6	8	29	41	1	85
Lombo- abdominal	3	1	17	19	0	40
Femoro- cutaneous	7	2	14	21	0	44
Sciatic	111	10	285	157	33	596
Femoral	12	4	73	37	16	142
Sacral	14	4	37	26	1	82
Total	220	44	635	416	98	1413
		1193				

Of 1413 axonal lesions assessed:

- **1193** provoked neuropathic pain syndromes, i.e. **84%** (1193/1413),
- **635** presented an intermittent neuralgia (stage III), i.e. **45%** (635/1413),
- **285** presented an intermittent sciatic neuralgia, i.e. **20%** (285/1413).

One fifth of the patients assessed in the Somatosensory Rehabilitation Centre presented an intermittent sciatic neuralgia (stage III).

Du 1^{er} juillet 2004 au 16 mars 2007 1413 lésions axonales ont été évalués au centre de rééducation sensitive.

Territoire de distribution cutanée	Stade I Ø douleurs neuropathiques	Stade II, III, IV & CRPS II avec douleurs neuropathiques				Total
		Stade II	Stade III	Stade IV	CRPS II	
Crânien	2	0	0	0	0	2
Trigéminal	2	0	12	11	0	25
Cervical	3	2	17	13	2	37
Occipital	0	2	12	10	0	24
Brachial	60	11	139	81	45	336
Dorso-intercostale	6	8	29	41	1	85
Lombo-abdominale	3	1	17	19	0	40
Lombo-fémorale	7	2	14	21	0	44
Fémoro-poplitée	111	10	285	157	33	596
Crural	12	4	73	37	16	142
Sacré	14	4	37	26	1	82
Total	220	44	635	416	98	1413
		1193				

Sur 1413 lésions axonales évaluées,

- **1193** sont responsables de douleurs neuropathiques chroniques, soit **84%** (1193/1413),
- **635** sont responsables de névralgie intermittente (stade III), soit **45%** (635/1413),
- **285** sont à l'origine d'une névralgie fémoro-poplitée soit **20%** (285/1413).

En d'autres termes, **1 patient sur 5 évalué au centre** présente **une névralgie fémoro-poplitée intermittente** (stade III).

Article original**Evaluation de la douleur chronique au travers du handicap
Point de vue de l'ergothérapeute****T. Huyghe, N. Jacquemont, E. Lebastard, I. Deleu, I. Dumarquez, B. Veys³**

Accueillir et prendre en charge une personne présentant un syndrome douloureux chronique est souvent une expérience déroutante pour un thérapeute. Le comportement gestuel, la plainte verbale et le retentissement en vie quotidienne des difficultés que rencontrent ces personnes sont souvent sans commune mesure avec les résultats d'une évaluation physique rigoureuse. Ces discordances peuvent être sources de malentendus dans la relation entre le thérapeute et le patient, conduisant parfois au renforcement du syndrome douloureux chronique voire à l'abstention d'une thérapeutique efficace (prédominance des techniques passives, accompagnement dans le déconditionnement physique par la réduction des exercices actifs). Face aux incapacités exprimées, le thérapeute peut se lancer dans une surenchère d'adaptations diverses de l'environnement confortant la personne, et son entourage, dans un statut « d'handicapé ». C'est ainsi que l'on peut rencontrer des personnes victimes de lomboscialgies « réfractaires », dormant dans un lit médicalisé, se déplaçant avec cannes et utilisant pince à long manche et enfile chaussette, en demande de boîte automatique pour la conduite automobile.

Les ergothérapeutes croient dans le fait que les activités sont le reflet de ce que les gens sont et que ces activités donnent du sens à leur vie. Si ces personnes sont incapables d'accomplir les choses qu'elles souhaitent ou doivent réaliser, leur bien-être général et donc leur santé en seront affectés. Les occupations d'une personne se retrouvent ainsi étroitement liées à sa qualité de vie et au sens qu'elle donne à son existence ! [1]

Or, la douleur chronique, à travers ses quatre composantes (sensori-discriminative, affective émotionnelle, cognitive et comportementale) empêche l'individu de s'acquitter de ses fonctions et obligations courantes, d'accomplir son rôle vis à vis d'autrui et de la société [2].

La plupart du temps, la personne perd le contrôle qu'elle exerçait sur sa vie et a le sentiment que son auto-efficacité est réduite. Ainsi, c'est la place même qu'occupait la personne dans son environnement qui est soumise à une évolution, entraînant une réorganisation de ses différents lieux de vie tant au plan matériel qu'au plan humain.

Ainsi, l'évaluation d'une douleur chronique doit elle être la plus large possible, centrée sur l'individu (dimension physique, cognitive et affective), mais prenant aussi en compte les interactions entre la personne et son environnement. La multiplicité des facteurs en cause nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.

³ Adresse de correspondance : **Thierry Huyghe, ergothérapeute** huygheth@hopale.com
Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Fondation Hopale, rue du Docteur Calot
62608 Berck-sur-mer, France

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion [3]. Une douleur persistante, à la suite d'une cascade d'événements nociceptifs, va mettre en jeu les capacités ou aptitudes de l'individu. :

- d'une part, l'aptitude du système nerveux à moduler son activité en fonction des changements environnementaux (neuroplasticité), avec comme conséquences des modifications de la transmission du message douloureux ;
- d'autre part, l'aptitude de l'individu à moduler son vécu et son comportement en fonction des changements environnementaux.

Ces mécanismes physiopathologiques et psychopathologiques vont générer des incapacités fonctionnelles que l'on peut discriminer artificiellement (même si elles sont intimement liées), mais aussi distinguer des incapacités physiques, séquellaires de la pathologie douloureuse :

- **les incapacités physiques acquises**, liées à la maladie, ne pouvant être réduites par la prise en charge thérapeutique, et donc ne bénéficiant que de mesures réadaptatives ;
- **les incapacités physiques dynamiques**, susceptibles d'intervenir dans la transmission des messages douloureux qui pourront être réduites grâce à la prise en charge rééducative et médicamenteuse ;
- **les incapacités psychologiques**, intervenant dans la perception et donc l'amplification de la sensation douloureuse, susceptibles d'être au moins partiellement neutralisées en cas d'une prise en charge spécifique, ou à la suite d'un contrôle suffisant de la composante physique de la douleur ;
- **les incapacités comportementales**, progressivement renforcées par les conséquences au niveau de l'environnement. Elles interviennent dans l'expression douloureuse et doivent être si possible neutralisées avant ou pendant la prise en charge thérapeutique.

Ce sont ces incapacités qui vont être recherchées, identifiées et mesurées par l'équipe pluridisciplinaire regroupant médecin, infirmier, kinésithérapeute, psychologue, assistant de service social et ergothérapeute.

Au printemps 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé [4] a adopté officiellement une nouvelle classification : la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé.

Alors que la première Classification Internationale du Handicap (1980), appréhendait le processus du handicap selon une relation linéaire (maladie, déficience, incapacité, handicap) identique au modèle biomédical, la CIF adopte une perspective systémique, pluridirectionnelle et donc biopsychosociale, prenant en compte diverses variables, autant personnelles que contextuelles :

- les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques) ;
- les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes ;
- les déficiences désignent les problèmes de la fonction organique ou la structure anatomique tel un écart ou une perte importante ;
- l'activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne ;
- la participation est l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle ;
- les limitations d'activité sont les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités ;
- les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle ;

- les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

Dans la CIF, les facteurs environnementaux sont considérés comme une dimension conceptuelle entièrement intégrée au processus du handicap. D'après Fougeyrollas [5], la CIF perpétue la difficulté majeure de chevauchement entre « activité » et « participation », qui existait entre « incapacité » et « handicap » dans la CIH.

Se faisant, elle échoue à identifier clairement ce qui appartient à la personne et ce qui constitue le résultat de l'interaction entre la personne et l'environnement.

Ce modèle conceptuel n'est donc pas satisfaisant pour rendre compte de l'évaluation des incapacités retrouvées chez les patients douloureux chroniques, chez qui, l'environnement tant personnel que professionnel, mais aussi médical va interférer dans la plainte verbale et/ou gestuelle.

En 1998, le CQCIDIH (Comité Québécois sur la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps), que préside le Dr Fougeyrollas, publie un nouveau cadre conceptuel appelé PPH, Processus de Production du Handicap (Fig. 1) [6].

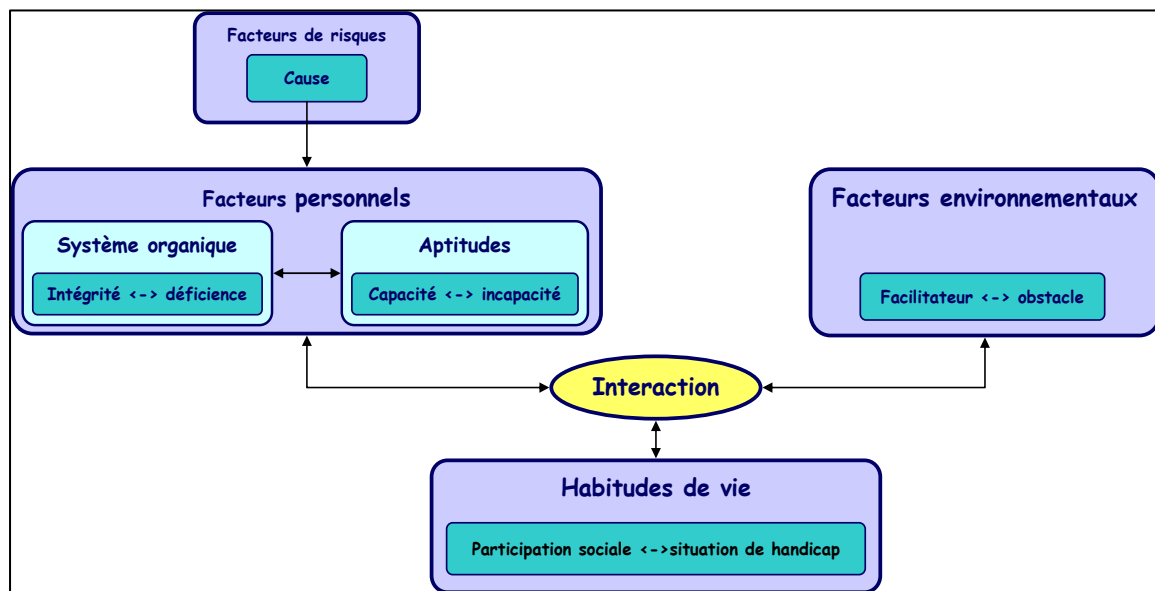


Fig. 1. Classification québécoise du processus de production du handicap (P. Fougeyrollas)

Lors de la prise en charge d'une douleur chronique, que l'on travaille pour réduire ou compenser une déficience ou une incapacité, cela doit toujours se faire en fonction d'une utilité concrète, des activités sociales qui ont du sens pour la personne dans son contexte de vie réelle. Cette approche personnalisée doit prendre en compte le contexte de vie et identifier les facteurs de perception ou d'expression de la douleur.

- **Un facteur de risque** est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme, ou toute autre atteinte de l'intégrité au développement de la personne. Dans le cadre d'une douleur chronique, certains facteurs peuvent être identifiés quant au risque de pérennisation du syndrome douloureux :

- liés à la personne : durée du syndrome douloureux, antécédents d'origine musculo-squelettique ayant entraîné des arrêts de travail, instabilité professionnelle, perception d'une incompatibilité entre les capacités et les exigences du poste de travail chez les personnes en activité, tentative interrompue de reprise professionnelle, antécédents médico-chirurgicaux, conduites addictives, échec des thérapeutiques proposées jusqu'alors, sédentarité, facteurs de personnalité, ...
 - liés à l'environnement : événements concomitant ou précipitant à la phase de constitution du syndrome douloureux, contraintes physiques professionnelles incompatibles avec l'état de santé, absence de diagnostic médical clair, investigations médicales répétées, multiplicité des intervenants, situation d'isolement social...
- **les facteurs personnels** correspondent à des caractéristiques intrinsèques appartenant à la personne telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes... :
- **les systèmes organiques** (de l'intégrité à la déficience complète) :
Un système organique est défini comme un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. Une déficience correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique du système organique. Les déficiences des systèmes organiques peuvent être provisoires ou même de courte durée.
La déficience se définit au niveau du corps. Il s'agit d'une réalité « physique », objectivable, mesurable par des critères « durs » portant sur des fonctions. Dans le cadre de la douleur chronique pourront être objectivés : des allodynies mécanique ou thermique, la flexibilité lombaire, des limitations articulaires, des déficits musculaires, sensitifs...)
 - **l'aptitude** (de la capacité maximale à l'incapacité complète) :
Une aptitude est définie comme étant la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. Une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude. Il n'est pas tenu compte de l'environnement de vie réel, mais du contexte standardisé défini dans des protocoles d'évaluation fonctionnelle de réadaptation ou de la psychologie. Il existe de nombreux indicateurs intégrant les capacités physiques à dominante fonctionnelle (par exemple le Québec Back Pain [7] pour une lombalgie, le WOMAC [8] pour une gonalgie, le DASH [9] pour une douleur du membre supérieur), ou les capacités mentales (par exemple le questionnaire de Beck [10] pour la dépression)... Les mesures d'incapacités, moins standardisées que celles des déficiences, ont néanmoins l'avantage d'être peu sensibles aux facteurs sociaux ou culturels. Dans le cadre de la douleur chronique, les indicateurs à dominante fonctionnelle sont souvent sensibles à l'interaction entre les incapacités physiques et psychologiques (majoration par l'anxiété, la dépression, évitements mis en lumière sous certains items...) tandis que des discordances entre déficiences et incapacités fonctionnelles peuvent témoigner d'incapacités comportementales.
- **les facteurs environnementaux** (facilitateur à obstacle complet) sont définis comme les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société. La mesure de la qualité de l'environnement ne prend de sens que dans la dynamique interactive entre un résultat attendu et la considération des variables per-

sonnelles (déficiences, aptitudes, identité personnelle). Dans le cadre de la douleur chronique, l'ergothérapeute est obligé de reconsidérer sa façon d'appréhender les facteurs environnementaux. Classiquement, l'évaluation des situations de handicap au vu des incapacités, détermine un certain nombre d'adaptations, d'aménagements destinés à réduire les restrictions de participation de la personne soignée. Ici, l'environnement matériel ou humain, personnel, médical ou professionnel peut influencer l'expression de la douleur par le patient. Ce conditionnement opérant décrit le renforcement d'un comportement par ses conséquences. Au delà de l'habituelle évaluation de l'environnement comme facilitateur ou posant des obstacles à la réalisation des habitudes de vie, il convient de rechercher les éventuels facteurs susceptibles de renforcer et/ou de pérenniser le syndrome douloureux chronique.

A titre d'exemples, ces facteurs peuvent être :

- matériels : panoplie d'aides techniques, et aménagements nombreux au domicile, absence de poste aménagé au niveau professionnel...
- humains : surprotection ou incompréhension de l'entourage, notion de conflit au travail, absence de reconnaissance du statut travailleur handicapé...
- organisationnel : garde d'un petit enfant au domicile pendant que le conjoint travaille, restructuration de l'entreprise avec un poste de travail jugé moins valorisant...
- financiers : préservation du salaire avec traite de la maison payée par l'assurance,
- médico-légaux : attente d'expertise, désaccord entre le médecin conseil et le médecin du travail quant à la reprise professionnelle...
- etc.

L'évaluation se doit donc de rechercher ces éventuels facteurs environnementaux, de mesurer leur impact sur le comportement douloureux et d'apprécier leur potentiel de neutralisation.

- **les habitudes de vie** (de la participation sociale à la situation de handicap) : une habitude de vie est définie comme une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques. Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situation de vie sociale assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. La modification des habitudes de vie est la résultante de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Dans le cadre d'une évaluation d'un syndrome douloureux chronique, le concept d'habitudes de vie va inclure les activités de vie domestique, les activités de vie quotidienne, les activités associatives et de loisirs et les activités professionnelles. L'évaluation en ergothérapie va consister à rechercher comment s'adapte la personne avec son problème de santé par rapport à ses habitudes de vie antérieures. La démarche qualitative va consister à :
 - faire émerger les modifications intervenues dans les activités ou tâches habituelles ou exigées de la personne,
 - à rechercher si les habiletés de la personne sont adéquates et suffisantes, si elles répondent à toutes les exigences de l'environnement,
 - à explorer la façon qu'a la personne d'actualiser ses activités (en regard de sa pathologie) et dans quelle mesure les tâches sont poursuivies.

Cette façon d'appréhender l'évaluation s'appuie sur le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel [11]. La modification des habitudes de vie traduit chez la personne une modification de la perception de son état de santé, du sens donné à sa vie, de sa capacité à faire des choix et d'exercer un contrôle sur sa vie, de sa capacité à at-

teindre un équilibre, de sa capacité à organiser son temps et/ou d'organiser le matériel et l'espace. Mais, à l'inverse, le changement dans les habitudes de vie peut lui-même induire chez la personne des modifications dans les domaines précités ; « je dois avoir quelque chose de grave puisque je ne peux plus accomplir ce que je faisais avant ; lorsque j'ai mal je suis obligé de me reposer ; tant pis, ce qui n'est pas fait aujourd'hui, le sera demain ; je ne peux plus m'occuper des devoirs des enfants ; je ne suis pas capable de bricoler plus de deux heures, comment voulez-vous que je reprenne un travail ?... »

L'exploration des habitudes de vie, dans le cadre de la douleur chronique, va aussi consister à examiner concrètement quels sont les moyens de soulagement utilisés par le patient, à quel moment et dans quel contexte. Cette connaissance concrète de la réalité de vie de la personne, dans son contexte environnemental va permettre de rechercher avec elle, au cours de la prise en charge comment, concrètement, elle va intégrer les incapacités résultant des déficiences acquises liées à sa pathologie, les meilleurs outils de gestion de la douleur (en rapport avec son fonctionnement antérieur, sa personnalité, ses attentes, ses possibilités), dans son quotidien. Elle va, le plus souvent progressivement, permettre d'aider à redéfinir une actualisation des habitudes de vie qui sans nier la réalité de limitations, permet à la personne de retrouver une autonomie dans le sens qu'elle veut donner à sa vie, de sa capacité à faire des choix et d'exercer un contrôle sur sa vie, de sa capacité à atteindre un équilibre et d'organiser son temps ou l'espace matériel. La quantification des situations de handicap reste difficile : il n'y a pas d'outils de mesure spécifique. Nous utilisons des questionnaires de qualité de vie (par exemple l'Echelle DRAD, version française du Dallas Pain Questionnaire [12] pour les lombalgiques).

La douleur chronique étant un phénomène complexe, plurifactoriel, mais aussi dynamique, le recours au modèle Québécois (PPH) nous semble plus adapté que la CIF. Le PPH parvient à identifier ce qui appartient à la personne, mais aussi ce qui constitue les conséquences de l'interaction entre la personne, sa douleur et l'environnement, ce que le PPH appelle la qualité de la participation sociale (Fig. 2). Ce modèle conceptuel peut ainsi s'avérer un outil pratique permettant de comprendre l'ensemble du processus de développement du syndrome douloureux chronique et par là même tous les facteurs influençant le processus de handicap lié à cette douleur persistante. De plus ce modèle peut aussi servir à s'assurer que l'on n'oublie pas des variables pouvant jouer un rôle dans la chronicisation de la douleur. Ce type d'évaluation va permettre d'ouvrir le champ thérapeutique et notamment d'associer au traitement médicamenteux antalgique, une approche rééducative globale, individualisée, et personnalisée. Elle sera complétée par la suite d'une prise en charge réadaptative, ceci dans le cadre d'un suivi clinique, avec comme objectif final, pour le patient, d'aboutir à une autonomie optimale face à la douleur.

Un recueil des données cliniques a ainsi été conçu [13], permettant de colliger sur une page (Fig. 3), de manière synthétique mais si possible exhaustive, l'ensemble des données cliniques recherchées mais aussi analysées par les membres de l'équipe pluridisciplinaire :

- Le **kinésithérapeute** : déficiences et incapacités physiques,
- L'**ergothérapeute** : incapacités physiques, habitudes de vie et facteurs environnementaux, personnels et socio-professionnels, confrontation des résultats de l'autoévaluation par rapport au bilan des incapacités physiques réelles, observation du comportement douloureux, capacités d'apprentissage,

- La **psychologue-clinicienne** : facteurs de risque (biographie, personnalité, capacités à faire face), histoire médicale au travers du vécu du patient, incapacités psychologiques, facteurs environnementaux et leur impact sur la perception, mais aussi l'expression douloureuse,
- L'**infirmière** : facteurs de risque (antécédents médicaux, chirurgicaux), comportement gestuel et verbal lors du bilan, facteurs environnementaux familiaux,
- L'**assistant de service sociale** : répercussions sociales, financières et professionnelles du syndrome douloureux chronique, démarches médicoadministratives, si nécessaire analyse du projet de réinsertion professionnelle.

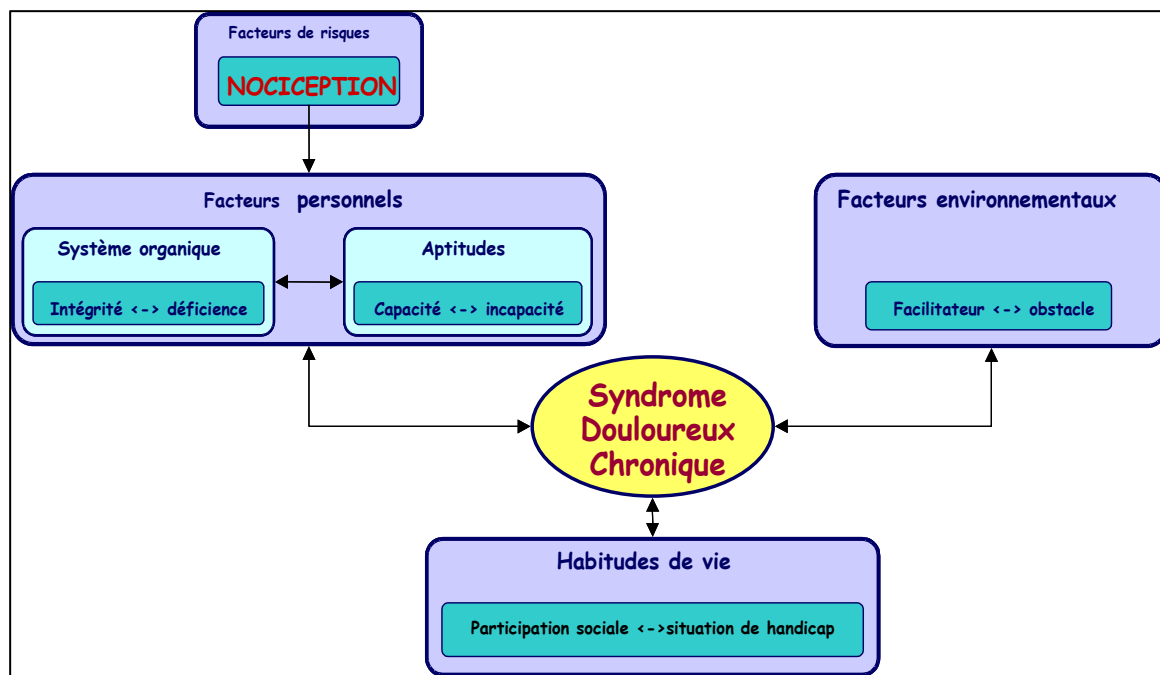


Fig. 2. Evaluation de la douleur chronique au travers du handicap

Ces informations vont être intégrées par le **médecin** dans une démarche classificatoire, permettant une vision sectorielle du syndrome douloureux chronique. S'appuyant sur un diagnostic clinique clair, il lui sera possible d'envisager une démarche thérapeutique, structurée et hiérarchisée, comportant un certain nombre d'objectifs thérapeutiques et les moyens nécessaires pour les atteindre.

Durant cette période d'évaluation est proposée au patient une amorce de rééducation tant en kinésithérapie (apprentissage des étirements pour les lombalgiques par exemple), qu'en ergothérapie (pour cette même pathologie, apprentissage des gestes d'économie du rachis).

Les questions posées par l'équipe, les mises en situation de rééducation, les explications médicales données par le médecin et une information collective reçue après la synthèse pluridisciplinaire, offrent la possibilité à la personne soignée de cheminer dans ses attentes.

Au travers de la demande de soulagement, peut émerger une ébauche de prise de conscience d'un certain nombre de facteurs (personnels ou environnementaux) intervenant dans le vécu douloureux et une demande d'amélioration fonctionnelle.

L'identification par exemple d'un syndrome anxio-dépressif, et/ou la reconnaissance de facteurs environnementaux peu propices à une participation active à une prise en charge rééducative.

tive, peuvent aider à la décision contractuelle d'une période préparatoire à une réactivation physique et/ou comportementale :

- Cette préparation peut consister en une aide d'approche psychothérapeutique d'inspiration psychodynamique et/ou de type comportemental.
- Cette période peut être utilisée par le patient pour amorcer un reconditionnement physique sur la base d'un programme d'activités ou d'exercices à réaliser au domicile.
- Elle peut aussi servir à redéfinir des objectifs de participation dans les différents milieux de vie : rencontre avec le médecin du travail dans une perspective de reprise professionnelle à l'issue de la rééducation, redéfinition avec ses proches de ses objectifs de participation aux tâches domestiques, à des activités associatives...

Lorsqu'il s'avère nécessaire, ce délai doit être respecté. Par la suite, une nouvelle évaluation pluridimensionnelle comparative pourra être effectuée, selon les mêmes modalités. En fonction de l'amélioration du vécu douloureux, de l'expectative d'amélioration, et notamment de son adhésion au projet thérapeutique, de la neutralisation des facteurs environnementaux, la stratégie thérapeutique pourra être mise en place de manière efficiente. Le suivi clinique respectera si possible cette approche conceptuelle.

Le caractère souvent plurifactoriel des douleurs chroniques, à l'origine d'un très grand nombre de « combinaisons » possibles, impose une approche individualisée, méthodique et systématisée, une observation clinique dynamique avec des mises en situation.

Une prise en charge rééducative ne s'avérera efficace que si le travail de réduction ou de compensation des déficiences et incapacités s'insère dans une approche globale, holistique et écologique. Cette approche personnalisée doit prendre en compte l'ensemble du processus de production du handicap lié à la douleur. Le recours à cette classification, à la fois outil d'analyse (objectifs) et instrument d'actions (moyens), impose de plus le respect de la pluridisciplinarité incontournable dans un tel contexte de douleur chronique.

L'ergothérapeute, habitué à considérer la personne dans sa globalité (physique et psychologique), dont la mission spécifique est de « coller » au plus près du quotidien, trouve naturellement sa place, à la fois dans l'équipe, et dans l'aide qui peut être apportée à un patient, afin qu'il puisse redevenir autonome dans sa vie et face à la douleur.

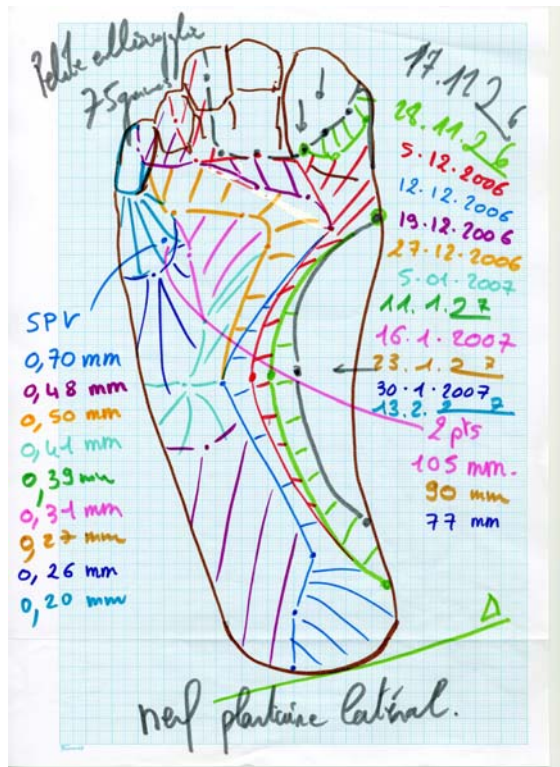
Déficiences Physiques		Facteurs de Risques	
Incapacités Fonctionnelles (Aptitudes)		Incapacités Psychologiques (Aptitudes)	
Habitudes de Vie Participation sociale - Situations de handicap		Facteurs Environnementaux Facilitateurs - Obstacles	
Diagnostic :		Demande de Soulagement :	
Facteurs PERCEPTION Douleurs			
Facteurs EXPRESSION Douleurs			
OBJECTIFS		MOYENS	

Fig. 3. Evaluation pluridimensionnelle.

Bibliographie

1. D'après l'ergothérapie, Association Nationale Française des Ergothérapeutes – site : www.anfe.asso.fr
2. André J.-M. : Handicap : définitions, principes de traitements, processus de récupération. Bull. Acad. Natle. Méd., 178, 7, 1301-17, 1994
3. Définition de la douleur, International Association for the Study of Pain – Merskey, 1979
4. Organisation mondiale de la santé – OMS : vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap, et la santé. C.I.F. : classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Handicap. Revue de sciences humaines et sociales, 94-95, 25-42, 2002
5. Fougeyrollas P., Noreau L., Bergeron H., Cloutier R., Saint-Michel G., Dion S.A. : Conséquences sociales des déficiences et incapacités persistantes et significatives : approche conceptuelle et évaluation des situations de handicap. Handicap. Revue de sciences humaines et sociales, CTNERHI, 84, 61-78, 1999
6. Fougeyrollas P. : La classification québécoise du Processus de Production du Handicap et la révision de la CIDIH. Handicaps et inadaptations. Les cahiers du CTNERHI, 79-80, 85-103, 1998
7. Kopec, JA, Esdaile, JM, Abrahamowicz, M., Abenhaim, L, Wood-Dauphinee, S, Lamping, DL & Williams JI. The Quebec Back Pain Disability Scale. Spine, 20 (3), 341-352, 1995
8. Bellamy N., Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J; ; Validation study of WOMAC : a health status instrument for measuring clinically important patient-relevant outcomes following total hip or total knee arthroplasty for osteoarthritis. J Orthop. Rheumatol. ; 1: 95-108, 1988
9. Atroshi I., Gumesson C., Andersson B., Dalhgren E., Johansson A. ; The disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) outcome questionnaire. Reliability and validity of the Swedish version evaluated in 176 patients. Acta Orthop. Scand. ; 71(6) : 613-618, 2000
10. Beck A., Ward CH., Mendelson M., Mock J.E., Erbauch J.K., An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatr., 4, 561-571, 1961
11. Association Canadienne des Ergothérapeutes, Dir. Townsend E. : Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie, 2002
12. Marty M., Blotman M., Avouac B., Rozenberg S., Valat J.P. Validation de la version française de l'échelle de Dallas chez les patients lombalgiques chroniques. Rev. Rhum. [Ed. Fr.], 65 (2), 139-147, 1998
13. Veys B., Huyghe T. ; Evaluation de la douleur chronique au travers du handicap, Doul. Et Analg. 1 : 3-12, 2006

Images in Somatosensory Rehabilitation



Suite à une cure d'hernie discale, ce patient a été adressé au Centre de Rééducation Sensitive.

Le 17.11. 2006, 75 grammes n'étaient pas détectés (**petite esthésiographie**) sur presque l'entièreté de la plante du pied (hormis le territoire de distribution cutanée de la branche terminale du nerf saphène).

De même, des vibrations de 1 mm d'amplitude (fréquence 100 Hz) n'étaient pas détectées.

Du 17.11.2006 au 13. 2. 2007 la surface de cette petite esthésiographie à 75 grammes n'a cessé de rétrécir.

Le 12.12.2006 des vibrations de 0,7 mm d'amplitude (fréquence 100 Hz) ont enfin été perçues comme « vibré ».

Du 12.12.2006 au 13.2.2007 ce seuil de perception à la vibration (SPV) est passé de 0,70 à 0,20 mm.

Le 16.1.2007 le test de discrimination de 2 points statiques a enfin été positif à 105 mm.

Du 16.2.2007 au 13.2.2007 ce test de discrimination de 2 points statiques (2 pts) est passé de 105 à 70 mm.

SI cette petite esthésiographie a rétréci d'une manière aussi spectaculaire et que l'hypoesthésie a aussi bien diminué (SPV & 2pts),

ALORS c'est que le système somesthésique a présenté des mécanismes de neuroplasticité.

C'est du moins l'hypothèse théorique qui sous-tend la rééducation de l'hyposensibilité.

Des dates pour s'arrêter – Let's take a break – Termine zum auskuppeln

13-15 mai 2007	Rééducation sensitive du corps humain en ergothérapie: syndromes douloureux neuropathiques.
	Claude Spicher, ET, rééducateur de la main certifié SSRM Blandine Degrange, ET
Lieu	Clinique Générale, Fribourg, Suisse
Info	http://www.ergotherapie.ch/index-fr.php?frameset=50
24-26 May 2007	30th National Congress, annual meeting of the Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD)
	Perugia, Italy.
Place	
Info	www.aisd.it
7-10 June 2007	Second International Congress on Neuropathic Pain
	Berlin, Germany
Place	
Info	http://www.kenes.com/neuropathic
8. & 9. Juni 2007	Handtherapie Fortbildung - Basiskurs
	V. Beckmann-Fries und S.G. Ewald
Ort	Handtherapie Fortbildung, Küssnacht
Info	admin@handtherapie-fortbildung.com ; www.handtherapie-fortbildung.com
16-19 juin 2007	47^{ème} séminaire : Motiver pour changer de comportement
	Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques Département de Médecine Communautaire.
Lieu	Zinal, Suisse
Info	Cet <i>e-News</i> 4(2): pages 68 & 69
2-5. Juli 2007	Behandlung der neuropathischen chronischen Schmerzsyndrome mittels somatosensorischer Rehabilitation
	Claude Spicher, ET, zert. HT SGHR Irene Inauen, ET
Ort	Clinique Générale, Freiburg, Schweiz
Info	Diese <i>e-News</i> 4(2): Seiten 52 & 53
12-17 July 2007	7th World Congress of Neuroscience
	Melbourne, Australia
Place	
Info	http://www.ibro2007.org/index.html
8. & 9. September 2007	Handtherapie Fortbildung – Aufbaukurs Sehnen
	V. Beckmann-Fries und S.G. Ewald
Ort	Handtherapie Fortbildung, Küssnacht
Info	admin@handtherapie-fortbildung.com ; www.handtherapie-fortbildung.com

- 25-30 September 2007.** **4th World Congress of the World Institute of Pain (WIP)**
Place Budapest, Hungary
Info <http://www.kenes.com/wip>
- 28 September-1 October 2007** **3rd International Forum on Pain Medicine**
Place Montreal, Canada
Info www.kenes.com/ifpm
- 16. & 17. November 2007** **Handtherapie Fortbildung – Aufbaukurs Nerven**
 V. Beckmann-Fries und S.G. Ewald
Ort Handtherapie Fortbildung, Küsnacht
Info admin@handtherapie-fortbildung.com;
www.handtherapie-fortbildung.com
- 30. November - 2. Dezember 2007** **Das sensitive Nervensystem für Physio- und Ergotherapeuten, Aufbaukurs**
 H. Stam
Ort Fortbildungszentrum Zurzach
Info fbz@rehaclinic.ch; www.fbz-zurzach.ch
- 31 janvier 2008** **Anatomie et physiologie de la sensibilité cutanée du membre inférieur**
Lieu Unité de physiologie, Fribourg, Suisse
Info *Prochain e-News 4(3)*
- 22-25 May 2008** **8th European Congress of Occupational Therapy**
Place Hamburg, Deutschland
Info <http://www.cotec2008.dve.info>
- 18-20 Juni 2008** **EFSHT Kongress**
Ort Lausanne, Schweiz
Info www.eurohand2008.com
- 17-22 August 2008** **12th World Congress on Pain**
Place Glasgow, UK
Info <http://www.iasp-pain.org>
- 9-12 March 2009** **Week for Somatosensory Rehabilitation**
 Claude Spicher, OT, swiss certified Hand Therapist
<http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/claude.htm>
 Rebekah Della Casa, OT
Place Au Parc Hôtel, Fribourg, Switzerland, Europe
Info *Next e-News 4(3)*

Forum de rééducation sensitive:

<http://nte.unifr.ch/moodle/>

Nouveau

Si vous vous inscrivez au Forum destiné aux 227 thérapeutes qui ont suivi les cours de rééducation sensitive, **chaque fois que quelqu'un pose une question vous recevrez sur votre ordinateur la question et quelques jours plus tard ... la réponse.** C'est un excellent outil pour créer un réseau de rééducation sensitive.

Il faut vous loger :

1. Ecrivez votre Nom et votre FUTURE mot de passe :
2. Cliquez : « Connexion »
3. Subsidiaire : se souvenir de ton mot de passe OUI / NON ? Conseil : Oui
4. Lisez « Première visite sur ce forum » (colonne de droite)
5. Cliquez : « Créer un compte »
6. Remplir les infos
7. Cliquez : « Créer un compte »
8. Lisez
9. Cliquez : « Continuer »
10. Retournez au départ tu mets ton NOM et ton mot de passe
11. Recevoir une confirmation d'enregistrement par e-mail dans les 3 minutes
12. Copiez votre mot de passe que vous pouvez modifier
13. Cherchez une fois (ensuite s'affichera automatiquement) le forum **Somatosensory Rehabilitation** sous Faculté des sciences, Département de médecine.
14. Cliquez : « Somatosensory Rehabilitation »
15. Répondez OUI à la question « Participant au cours »
16. Cliquez : « Forum de rééducation sensitive »
17. Cliquez : « Ajouter un nouveau sujet de discussion »
18. Posez votre question

La fois suivante ce sera beaucoup plus simple

Merci

Somatosensory Rehabilitation Keywords

Somatosensorischen Rehabilitationsschlüsselwörter

Mots-clefs de rééducation sensitive

Français / Deutsch / Italiano / English

Mots-clefs de rééducation sensitive : **keywords.pdf**

<http://nte.unifr.ch/moodle/mod/forum/discuss.php?d=2422>

Français / Deutsch

Somatosensorischen Rehabilitationsschlüsselwörter : **Keywords_auf_Deutsch_1.1.pdf**

<http://nte.unifr.ch/moodle/mod/forum/discuss.php?d=2422>

Français / English

Keywords 2.1 for Somatosensory Rehabilitation : **Keywords_2.1_1_.pdf**

<http://nte.unifr.ch/moodle/mod/forum/discuss.php?d=2422>

Bibliographie – Reference – Referenz

Pascual-Leone, A. Amedi, A., Fregni, F. & Merabet, L. B. (2005). The Plastic Human Brain Cortex. *Annu Rev Neurosci*, 28, 377-401.

Pascual-Leone et collaborateurs se sont intéressés aux tâches perceptives du cortex occipital.

Ils ont distingué expérimentalement auprès d'aveugles de naissance:

- la capacité de **détecter** un stimulus tactile (sur la pulpe de l'index) de
- la capacité d'**identifier** correctement ce même stimulus tactile.

En parasitant tout à tour le cortex somesthésique et le cortex occipital par des stimuli magnétiques transcrâniens (TMS), ils ont pu prouver que le cortex occipital joue un rôle important dans l'**identification** du stimulus alors que les cortex somesthésique et occipital jouent ensemble un rôle pour la **détection** du stimulus.

Cette nuance dans les tâches tactiles est importante car nous sommes habitués à distinguer seulement la **sensation** tactile de la **perception** qui est l'interprétation cognitive de la sensation.

Le seuil de **perception** à la pression (PPT) serait ainsi plus un seuil de **détection** à la pression.

L'article en ligne, à télécharger (Ctrl + clic pour suivre le lien) en format PDF :

VERONIQUE : faire le lien ici avec :

Pascual-Leone et al. 2005 Annu Rev Neurosci.pdf

Des collègues qui souhaiteraient recevoir *e-News for Somatosensory Rehabilitation* – Concerning colleagues interested in receiving *e-News for Somatosensory Rehabilitation* – Für Kollegen die interessiert wären *e-News for Somatosensory Rehabilitation* zu bekommen

N'hésitez pas à communiquer à la rédaction les adresses e-mail des personnes susceptibles d'être intéressées à recevoir gratuitement l'e-News for Somatosensory Rehabilitation.

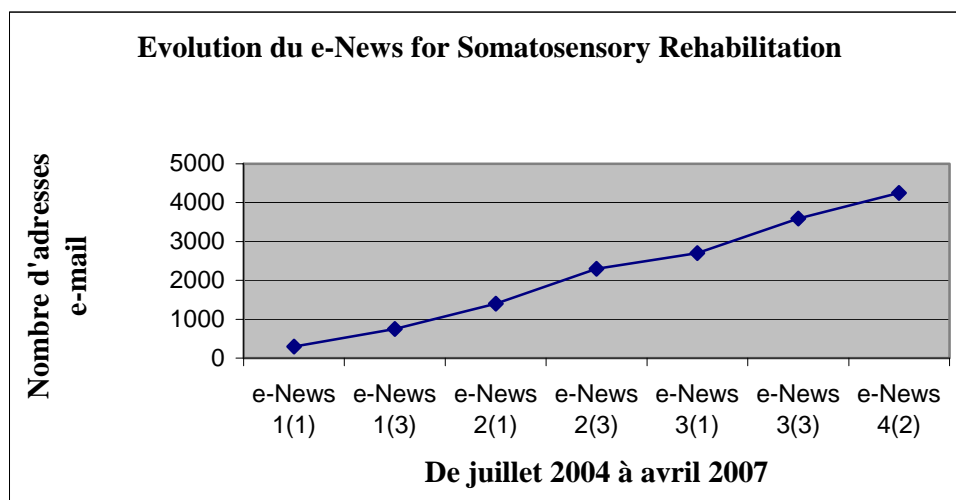
Nous nous engageons à ne pas revendre vos coordonnées et autres informations à des partenaires tiers. Votre adresse e-mail ne sera pas communiquée, vous ne recevrez pas de publicité non sollicitée de notre part.

Your e-mail address will only be used for the purposes specified. If at any time you wish to be removed from our e-News database, please make this request to reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

Who is who?

4,252 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients all over the world receive the e-News for Somatosensory Rehabilitation on the five continents, in 67 countries:

Algeria, Argentina, Armenian, Australia, Austria, Belgium, Bermuda, Brazil, Bulgaria, Canada, Chile, Colombia, Cote D'Ivoire, Croatia, Czech Republic, Denmark, Ecuador, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Guatemala, Hong Kong, Hungary, India, Iran, Ireland, Israel, Italy, Japan, Jordan, Kenya, Korea, Lebanon, Libya, Luxemburg, Maroc, Mexico, Moldova, Nepal, Netherlands, New Zealand, Nigeria, Norway, Pakistan, Panama, Philippines, Poland, Portugal, Romania, Russia, Saudi Arabia, Singapore, South Africa, South Korea, Spain, Sri-Lanka, Sweden, Switzerland, Taiwan, Turkey, Uganda, Ukraine, United Kingdom, United States of America, Zambia.





IMPRESSUM

Requested: Windows 1998; Adobe 6.0

Editor-in-chief: Claude J SPICHER, OT, Swiss certified HT, scientific collaborator

Co-Editor: Fanny MATHIS, OT

Published: 4 times per year

Deadline: 25th January, 25th April, 25th July, 25th October

Price: Free

Sponsor: Somatosensory Rehabilitation Centre; General Clinic; 6, Hans-Geiler St.;
1700 Friburgh, Switzerland, Europe.

e-mail : reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

Languages: *Français, English, Deutsch, Italiano*

e-News's Library: <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somato.eneews.htm>

Instructions for Authors:

Mail submissions to: Claude J. Spicher, Editor-in-Chief, **Somatosensory Rehabilitation Centre**, General Clinic; 6, Hans-Geiler St.; 1700 Friburgh, Switzerland, Europe.

e-mail. reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

Three legible, double-spaced copies (including illustrations) should be submitted to the Editor. The full text should also be submitted on 3.5" disk (labelled with the first author's name and short title of the paper) as a Word document.

Authors should send the final, revised version of their articles in both hard copy paper and electronic disk forms. It is essential that the hard copy (paper) version *exactly* matches the material on disk. Please print out the hard copy from the disk you are sending. Submit three printed copies of the final version with the disk to the journal's editorial office. Save all files on a standard 3.5 inch high-density disk. We prefer to receive disks in in a PC format. Please specify which program you have used. Do not save your files as "text only" or "read only".

1. A **Title Page**, should include a short running title; five keywords; name, address, telephone and fax numbers, e-mail address of the person to whom correspondence and proofs should be sent; and the number of pages, illustrations, and tables. The title and address of the institution(s) from which the paper emanates should be listed below the author(s).

2. An **Abstract**, should not exceed 250 words.

3. An **Introduction** should have a separate heading indicating the aim of the study and appropriate background material.

4. A **Materials and Methods** section, should provide information sufficient for a qualified investigator to reproduce the work. Reference to published procedures by brief summary and citation is encouraged but should not replace the methodological description.

5. A **Results** section, should be written in clear, concise language with appropriate reference to illustrations and tables. This section should provide a digested analysis of findings.

6. A **Discussion** should contain a summary of the main findings in relation to other published work, and a statement concerning their significance.

8. An **Acknowledgements** section, should not exceed 100 words.

9. **References** should follow the following examples:

i) Journal article:

Inbal, R., Rousso, M., Ashur, H., Wall, P.D. & Devor, M. (1987). Collateral sprouting in skin and sensory recovery after nerve injury. *Pain*, 28(2), 141-154.

Publications from the same author in a single year should use a, b, c, etc. Where there are three or more authors, the citation should give only the first author followed by "et al." (e.g., Smith et al. 1928). Spelling in the reference list should follow the original. References should then be listed in alphabetical order at the end of the article.

ii) Book chapter:

Woolf, C.J. & Salter, M.W. (2006). Plasticity and pain: role of the dorsal horn. In S.B. McMahon, M. Koltzenburg (Eds.), *Wall and Melzack's Textbook of Pain* (5th ed.) (pp. 91-105). Philadelphia: Elsevier.

iii) Journal article on internet:

Spicher, C.J., Degrange, B. & Mathis, F. (2005). The Vibrotactile Sense Assessment: A Path to Relieve Chronic Neurological Pain. About 83 Axonal Lesions in the Upper Extremity. *e-News for Somatosensory Rehabilitation* 2(3), 51 - 61.

Available: <http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somato.eneews.htm>

10. **Tables** provide documentation and must be mentioned in the text. Each table should be numbered consecutively using Arabic numerals.

11. A double-spaced, typed list of numbered **Figure Captions** should follow the Tables or, if there are no tables, the References. Each caption should include a brief title and short legend.

12. **Illustrations** provide documentation and should be mentioned in the text. Each illustration should be numbered consecutively using arabic numerals. Illustrations should be carefully considered for their number, size, and format on the page.