La **méthode de rééducation sensitive de la douleur** a douze ans. C'est une méthode aujourd'hui encyclopédique de renommée mondiale. Elle est enseignée dans 28 pays, les thérapeutes qui la pratiquent sont organisés en un Réseau de Rééducation Sensitive de la Douleur (RRSD) neuropain.ch. Le titre de Rééducateur Sensitif certifié CREA-HELB existe depuis 2009. Ce manuel est destiné aux rééducateurs, aux médecins généralistes et de toutes spécialités, ainsi qu'aux patients qui cherchent désespérément une solution à leur douleur. Cette méthode permet de diminuer les douleurs neuropathiques à partir de la peau : les sensations de brûlures « comme un coup de soleil » ou « comme un feu à l'intérieur », les douleurs au caractère électrique « comme une irradiation » ou « comme des lancées ».

Ce manuel va permettre de stimuler tous les professionnels de la santé qui se consacrent à la gestion de la douleur et aux problèmes qui y sont associés.

Ronald Melzack
McGill University
Montréal, Québec, Canada

Claude Spicher a co-fondé, en 2004, le Centre de rééducation sensitive du corps humain à la Clinique Générale (Fribourg, Suisse). Il est colla-borateur scientifique de l'Unité de physiologie à l'Université de Fribourg (Prof. E.M. Rouiller). Il est membre de la Société suisse de rééducation de la main. Ergothérapeute de formation, il a fait plusieurs centaines de communications en Europe et en Amérique du Nord. Il a publié des articles dans différentes revues de renommée internationale ; ceci est son 4ème livre. Il est rédacteur en chef du e-News for Somatosensory Rehabilitation, l'e-journal officiel du RRSD.

Isabelle Quintal est ergothérapeute graduée de l'Université de Montréal. Après plus de 5 ans d'expérience en clinique privée au Québec, elle a été engagée au Centre de rééducation sensitive du corps humain (Suisse). Elle est Rééducatrice Sensitive certifiée CREA-HELB (Belgique). Elle travaille actuellement au Centre Professionnel d'Ergothérapie (Montréal). Son activité d'enseignante pour le RRSD l'a déjà menée à Bruxelles, Fribourg, Montpellier et Montréal. Elle a publié des articles dans différentes revues, dont l'Encyclopédie Médico-Chirugicale (EMC). Elle est responsable du Département de la méthode du RRSD depuis sa fondation.

Retrouvez tous nos ouvrages sur
www.livres-medicaux.com

Claude Spicher
Isabelle Quintal

LA MÉTHODE DE RÉÉDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR

LA METHODE DE REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR

Claude Spicher & Isabelle Quintal

Préface du Professeur Ronald Melzack

Avec la co-opération de:
Eric Rouiller, PhD
Pierre Sprumont, MD, PhD
Guillaume Léonard, PhD, pht
Jean-Marie Annoni, MD

SAURAMPS MEDICAL

TABLE DES MATIÈRES

Contributeurs 11
Remerciements 12
Préface de cette 2ème édition : Ronald Melzack 13
Préface de l'édition anglaise : A. Lee Dellon 15
Préface de la 1ère édition : Jean-Pierre Roll 16
Avant-propos : Claude Spicher 17
Glossaire 19
Table des abréviations 22

INTRODUCTION GENERALE 25

PREMIERE PARTIE
Troubles de base de la sensibilité cutanée
lors de lésions neurologiques :
définitions, évaluation & rééducation 30
1. Les sensibilités 31
A. La sensibilité musculaire 33
B. La sensibilité cutanée 34
a) La sensibilité de protection 34
b) La sensibilité vibrotactile 35
c) Les stades de récupération de la sensibilité cutanée 42
C. La neuroplasticité 45
a) Définition 45
b) Un peu d'histoire 46
c) Discussion 46
D. La régénération nerveuse 50
E. Le toucher 52

2. L'évaluation de la sensibilité cutanée 55
A. L'esthésiologie des territoires cutanés 55
B. Le bilan diagnostique de lésions axonales 61
a) L'esthésiographie 63
b) Le test de discrimination de deux points statiques 69
c) Les signes de fourmillement 75
d) Les qualificatifs 85
C. L'évaluation de la sensibilité de protection 87
a) Protection contre la chaleur 87
b) Protection contre la douleur 89

3. Le seuil de perception à la pression 91
A. Passation 91
B. Mise en garde 98

4. La rééducation de l'hyposensibilité 101
A. La rééducation des tracés 104
B. La rééducation des aspérités 105
C. La thérapie du touche-à-tout 106
D. La stimulation par des vibrations mécaniques 109
a) Le seuil de perception à la vibration 110
E. L'évaluation permanente 115
a) Le test de localisation d'un point statique 116
b) Le test de discrimination de deux points mobiles 119
c) Le test de ramassage des douze objets 123
F. La rééducation de l'hyposensibilité lors de lésions neurologiques cérébrales ; quelques particularités 127
a) La 1ère séance au lit strict d'un patient souffrant d'une hypoesthésie après un accident vasculaire cérébral avec hémisyndrome sensitivo-moteur 127
b) La thérapie du touche-à-tout 128
c) La stimulation par des vibrations mécaniques 128

5. Conclusion de la première partie 131

DEUXIEME PARTIE

Complications des troubles de la sensibilité cutanée
lors de lésions neurologiques périphériques :
définitions, évaluation, rééducation & prévention.....132

6. Introduction de la deuxième partie.....133

7. Le phénomène de la douleur 137
A. Définitions 138
B. Quelques médicaments antalgiques.....141
a) Traitements médicaux de base..... 141
b) Traitements médicamenteux en rééducation sensitive.....145
C. La neurostimulation périphérique (TENS) 147
a) Les types de stimulation *TENS*..... 147
b) *TENS* et douleurs neuropathiques 151

8. Le questionnaire de la douleur Saint-Antoine.....153
A. Brève présentation.....153
B. Un peu d'histoire.....154
C. La passation originale.....155
D. L'interprétation 157
a) Le plus simple..... 157
b) Douleurs affectives – émotionnelles ou douleurs sensorielles ?.....158
c) Le score des moyennes..... 159
d) Le score des rangs 160
E. Discussion.....161

9. L'allodynie mécanique statique 163
A. Définitions 163
B. L'évaluation du territoire allodynique (1ère et 2ème séance) 166
a) L'allodynographie..... 168
b) L'arc-en-ciel des douleurs..... 177
c) Où pouvons-nous trouver une hypo-esthésie paradoxalement douloureuse au toucher ? 186
C. Les mécanismes neurophysiologiques.....190
D. Discussion 193

10. La contre-stimulation vibrotactile à distance.....195
A. La rééducation de l'allodynie mécanique statique.....195
a) Comment déterminer les zones à éviter et à contre-stimuler ?..... 197
b) La contre-stimulation tactile à domicile..... 205
c) La contre-stimulation vibratoire en thérapie..... 208
d) La contre-stimulation médicamenteuse..... 209

B. Résultats 210
C. Discussion 214

11. La rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente 219
A. Le jour où l'allodynographie devient négative 219
a) L'esthésiographie secondaire 221
b) Les passations courtes 224
c) La prescription du programme à domicile 226
B. Discussion 228

12. Les névralgies (ou douleurs neuropathiques) 229
A. Définitions 233
a) Un peu d'histoire 236
b) Quelques névralgies, à titre d'exemple 239
c) Etiopathogenèse 244
B. Anamnèse et examen cliniques 248
a) L'anamnèse clinique 249
b) L'examen clinique 250
C. Les examens paracliniques 251
a) L'examen électroneuromyographique : indications et validité 252
b) Les potentiels évoqués somesthésiques 254
c) *Quantitative Sensory Testing* 256
d) L'importance de bien interpréter les examens paracliniques :
L'exemple de la causalité exclusive 257
D. Rééducation 258
a) Rééducation d'une névralgie 259
b) Rééducation d'une névralgie avec allodynie mécanique 260
E. Résultats 263
F. Discussion 266

13. Le syndrome douloureux régional complexe 267
A. Définitions 268
a) Un peu d'histoire 272
B. Evaluation 273
C. Rééducation 274
a) Quelques spécificités 276
b) Une prise en charge interdisciplinaire 276
D. Résultats 279
E. Discussion 280

14. La désensibilisation du site de lésions axonales 287
A. Définitions 287
B. Evaluation 289
a) L'échelle visuelle analogique 290
b) La stratégie du support écrit 293
C. Désensibilisation 293
D. Quelques types de générateurs de vibrations 296
E. Discussion 298

15. La prévention des complications douloureuses 301

CONCLUSION GENERALE 305

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE 309

TABLE DES ANNEXES 347
Annexes
I. Trois classifications de récupération de la sensibilité cutanée 348
II. Fiche d'évaluation permanente de la sensibilité cutanée lors de lésions périphériques 349
III. Fiche d'évaluation permanente de la sensibilité cutanée lors de lésions cérébrales 350
IV. Les nerfs collatéraux des cinq doigts 351
V. Valeurs normales du test de discrimination de deux points statiques selon Jean Joseph Emile Létiévant (1876) 352
VI. Thérapie du touche-à-tout 355
VII. Programme de rééducation des tracés 357
VIII. Tableau d'utilisation des monofilaments de Semmes-Weinstein 358
IX. Tables de concordance des amplitudes de vibration de différents générateurs pour l'évaluation et la rééducation des cinq techniques de la méthode 359
X. Valeurs normales du test de localisation d'un point statique 360
XI. Le questionnaire de la douleur Saint-Antoine 361
XII. Interprétation du questionnaire de la douleur Saint-Antoine 362
XIII. Echelles visuelles analogiques 363
XIV. Le graphique de l'évolution du seuil d'irradiation induite par la vibration 364
XV. Procédure diagnostique du *CRPS* selon Bruehl 367
XVI. Périodes de rééducation d'un *CRPS* 369

Préface de cette 2ème édition : Ronald Melzack

Cette nouvelle édition de l'excellent « La méthode de rééducation sensitive de la douleur » de Claude Spicher & Isabelle Quintal, traite chaque aspect important de ce domaine. Il décrit les progrès récents dans le diagnostic des différents états cliniques ainsi que les différentes approches pour les combattre.

Ce manuel va permettre de stimuler tous les professionnels de la santé qui se consacrent à la gestion de la douleur et aux problèmes qui y sont associés.

Le domaine de la douleur a récemment vécu une révolution majeure. Historiquement, la douleur était perçue comme une sensation unidimensionnelle provoquée par une blessure ou une maladie. Nous connaissons maintenant un concept beaucoup plus complet qui prend en considération les dimensions émotionnelle, cognitive et somato-sensorielle de l'expérience de la douleur, ainsi qu'un nombre impressionnant de nouvelles approches de gestion de la douleur. La douleur chronique en particulier est désormais un défi majeur pour l'ensemble des sciences et des professions de la santé.

Un élément important de la *gate control theory* (théorie du portillon), que j'ai proposée avec Patrick Wall, met en évidence que les stimuli somesthésiques de diverses natures – impulsions électriques, massage, vibrations, froid, chaud - peuvent « fermer la porte » aux schémas d'influx nerveux qui génèrent de la douleur. Cette théorie reconnaît aussi que la douleur est une expérience multidimensionnelle influencée par des facteurs tant psychologiques que physiques, offrant ainsi un vaste champ d'application aux thérapies de la douleur. Les patients souffrant de douleurs chroniques ont besoin de toutes les armes possibles pour combattre la douleur. John Bonica, un brillant anesthésiste, a joué un grand rôle dans ces développements. Il a soutenu que la douleur chronique n'est pas un « symptôme », mais bien un syndrome à part entière et qu'elle nécessite une prise en charge interdisciplinaire.

La reconnaissance de la douleur en tant que phénomène multifactoriel a donné naissance à une multitude d'approches psychologiques, telles

que la relaxation et les thérapies cognitives. Elle a également permis d'expliquer l'efficacité tant de la neurostimulation périphérique (*TENS*) que des procédures de thérapies physiques qui apportent un important soulagement à un grand nombre de personnes.

La révolution de la douleur nous a fait passer d'un schéma de compréhension unilatérale de la douleur à un système biologique ouvert qui comprend plusieurs canaux sensoriels : les souvenirs des expériences passées, les attentes personnelles et sociales, les contributions génétiques, le sexe de la personne, le vieillissement ainsi que les modèles de stress impliquant les systèmes endocrinien, autonome et immunitaire.

La douleur est désormais universellement reconnue comme étant un enjeu majeur pour l'ensemble des sciences et des professions de la santé. Chaque aspect de la vie, de la naissance à la mort, comporte des problèmes caractéristiques de la douleur. Jusqu'à récemment, la génétique était rarement considérée comme pertinente pour la compréhension de la douleur, mais des études épidémiologiques sophistiquées et des études en laboratoire ont permis de mettre en évidence des prédispositions génétiques liées à la douleur en tant que facteur essentiel de ce domaine. L'étude de la douleur s'est, par conséquent, élargie et a désormais intégré la recherche en épidémiologie et en génétique médicale ainsi que les études sociologiques et culturelles.

Ce manuel englobe aussi bien les formes chroniques de la douleur que les formes aiguës. Cela met en évidence notre mission à tous : apporter un soulagement à l'ensemble des différentes formes de douleurs chroniques. Nous devons également encourager nos patients à parler de leur douleur, ce qui m'a incité à développer le *McGill Pain Questionnaire*. Si nous poursuivons ensemble ces objectifs, en tant que membres des professions de la santé, nous pouvons espérer atteindre l'objectif que nous recherchons tous : aider nos semblables qui souffrent de douleurs.

Ronald Melzack
McGill University
Montréal, Québec, Canada

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le présent manuel décrit et développe la méthode de rééducation sensitive de la douleur qui utilise le plus grand organe du corps humain, la peau. Cette méthode évalue et traite les troubles somesthésiques afin, essentiellement, de diminuer les douleurs neuropathiques **spontanées**[4] (au caractère électrique, de type brûlures, etc.) et/ou **provoquées** (allodynie mécanique[5]). Elle permet de diminuer les douleurs neuropathiques à partir de la **peau** :

- les **sensations de brûlures** « comme un coup de soleil » ou « comme un feu à l'intérieur » ;
- les **douleurs au caractère électrique** que les patients nomment tour à tour « irradiantes », « lancées », « sonnées », « tirées », etc., en fonction des régions d'où ils viennent ;
- sans oublier la diminution de la **gêne fonctionnelle** lors de la rééducation d'une simple hypoesthésie.

La méthode de rééducation sensitive de la douleur a douze ans. C'est une méthode aujourd'hui **encyclopédique** (Quintal et al., *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 2013) et de renommée mondiale. Elle est l'objet d'une formation modulaire de 8 jours qui peut mener à une certification, avec le titre de **RS certifié(e) CREA-HELB** : rééducateur/trice sensitif/ve certifié(e) du Centre de Recherches et d'Etudes Appliquées de la Haute Ecole Libre de Bruxelles (depuis 2009). Ce manuel est leur support de cours. Les cliniciens formés en rééducation sensitive sont de 28 nationalités différentes ; ils sont organisés en un Réseau de Rééducation Sensitive de la Douleur (RRSD) **neuropain.ch**. Ils sont reliés par un **Forum** de formation permanente qui permet de chercher des solutions aux difficultés rencontrées auprès des patients qui leur sont confiés. De plus, ils ont accès à un e-journal qui paraît quatre fois par année : l'*e-News for Somatosensory Rehabilitation* dont il existe un recueil francophone, nommément « *Douleurs neuropathiques* » (Spicher, 2010).

Ce qui nous amène à situer ce travail au cœur de **vingt-cinq années** d'expérience quotidienne, dans le cadre d'une activité de rééduca-

4. Voir le chapitre 12 : Les névralgies p. 229.

5. Voir **Glossaire** p. 19.

tion de la main et neuroréhabilitation dans un Centre Hospitalier, puis dans un Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle, puis dans le Centre de rééducation sensitive du corps humain à Fribourg.

Nous savons depuis longtemps (Létiévant, 1873 ; Trotter & Davies, 1907 ; Lindblom & Verillo, 1979), que les lésions d'axones Aβ, de grand calibre, myélinisés, peuvent conduire à des troubles de la sensibilité vibrotactile[6], autrefois nommés dysesthésies, voire hyperesthésies. Depuis dix ans (Spicher, 2003 ; Quintal et al., 2013), nous clarifions ces termes, en utilisant les concepts établis d'**hypoesthésie**[7] et d'**allodynie mécanique**. La corrélation entre les névralgies[8] et l'hypoesthésie permet de formuler le paradigme de la rééducation sensitive de la douleur, à savoir : « Rechercher l'hypoesthésie, car diminuer l'hypoesthésie diminue les douleurs neuropathiques. » (Mathis et al., 2007).

L'anatomo-physiologie normale et pathologique de la sensibilité vibrotactile entraîne le lecteur[9] des mécanorécepteurs à l'homoncule sensitif cérébral de Penfield[10], en passant par les branches cutanées et les voies ascendantes. Il voyage dans cet univers très vaste : des troubles de la sensibilité vibrotactile d'origine périphérique aux troubles de la sensibilité vibrotactile d'origine cérébrale. La séparation entre le système neurologique périphérique (SNP) et le système neurologique central (SNC) est purement descriptive. En revanche, il est essentiel de savoir que le système somesthésique est **afférent** (du latin *afferre* : apporter ; de la périphérie vers les organes centraux). Il s'organise à partir des mécanorécepteurs, via les branches cutanées, vers le neurone sensitif primaire, qui se situe dans un renflement dorsal à l'entrée de la colonne vertébrale : le

6. Voir section 1B : La sensibilité cutanée p. 34.

7. Voir le chapitre 2 : L'évaluation de la sensibilité cutanée p. 55.

8. Voir le chapitre 12 : Les névralgies p. 229.

9. Pour faciliter la lecture du manuel, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux genres. Puissent les lectrices et les lecteurs l'accepter.

10. Wilder Graves Penfield (1891 – 1976), *Montreal Neurological Institute*.

ganglion spinal[11]. Par exemple, la branche superficielle du nerf radial rejoint le nerf radial au niveau de l'avant-bras – et ne le quitte pas. Ainsi, tout l'atlas des territoires cutanés est organisé d'une manière **centripète**[12] (Spicher, Desfoux & Sprumont, 2010a) ; ce qui en fait toute son originalité. Cette conceptualisation centripète est radicalement contraire à la conceptualisation de l'anatomie musculaire : de l'origine à la terminaison. Pour le système somesthésique, nous allons ainsi tenter de faire des liens entre la neurologie périphérique et la neurologie centrale mais selon une organisation afférente, pour ne pas dire dérangeante.

Une autre originalité de la méthode est son **évaluation**, qui est, par elle-même, **thérapeutique** (Quintal et al., 2013) et fait ainsi partie intégrante du traitement ; dans le sens où celle-ci incite le système somesthésique à se réorganiser en réponse aux stimuli. Le livre aborde ainsi les dimensions thérapeutique, médicale et neurophysiologique. Il traite de plusieurs concepts inter-connectés : les névralgies, les altérations de la sensibilité cutanée, la rééducation sensitive, les mécanismes neurophysiologiques, les résultats thérapeutiques et les techniques incluses dans la méthode de rééducation sensitive (Quintal et al., 2013) pour l'ensemble des départements cutanés (Spicher et al., 2010a).

Si le manuel est basé sur la pratique, son originalité repose sur la **tentative de synthèse** de nombreuses publications et sur l'apport de quelques touches personnelles. Par exemple : la contre-stimulation vibrotactile *à distance*[13], technique de rééducation de l'allodynie mécanique qui est propre à cette méthode. A ce titre, intentionnellement, nous ne relaterons pas de faits cliniques complets (Spicher & Kohut, 1997a ; Drezet-Munch, 2010 ; Landreau, 2010 ; Delaquaize, 2012 ; Vittaz et al., 2013). Leurs descriptions, pour être réellement informatives, seraient trop longues et leurs choix, à des

11. Ou anciennement : ganglion rachidien.

12. Bien que l'Atlas ait été publié en 2010, l'organisation centripète de la méthode est bien antérieure (Spicher et al., 2005a).

13. Voir le chapitre 10 : La contre-stimulation vibrotactile *à distance* p. 195.

fins magistrales, trahiraient la simplicité de la majorité des prises en charge – Quelques vignettes : « Vu en clinique » permettront, ici ou là, d'illustrer notre propos.

« Pourquoi écrire un manuel sur la sensibilité cutanée ? » Pour répondre à cette question, nous empruntons le titre d'un article bien connu « La rééducation de la sensibilité : un problème de tous les jours bien souvent négligé » (Delprat & Mansat, 1982). Les troubles de la sensibilité cutanée (et/ou les douleurs neuropathiques) ont effectivement d'importantes conséquences sur la capacité du patient à effectuer ses activités quotidiennes. Mais, s'il y a négligence au niveau de leur traitement, c'est parce qu'avant tout la sensibilité vibrotactile ne se voit pas et ses troubles encore moins. Voilà pourquoi, un **bilan diagnostique de lésions axonales**, plus sensible que l'électroneuromyographie et/ou la neurographie classique, a été mis au point. De telles lésions, mises en évidence par ces examens médicaux, se rencontrent dans une petite majorité des lésions traumatiques. Par conséquent, nous effectuons systématiquement notre bilan, dans notre pratique de rééducation sensitive, lors de l'évaluation initiale du patient. La mise en évidence de troubles sensitifs - par le bilan diagnostique de lésions axonales - souvent rebelles et handicapants, permet au patient de bénéficier de leur traitement.

La 2ème édition du présent manuel traite des troubles de la sensibilité cutanée **(1ère partie)**. Nous développerons tour à tour : les sensibilités, l'étude des territoires cutanés, l'évaluation au travers d'un bilan diagnostique de lésions axonales novateur et la rééducation. L'une des originalités de ce travail est de présenter des outils qui permettent de mesurer la récupération de la sensibilité tactile, d'une manière valide, fidèle et sensible. Lorsque les concepts de base auront été exposés, leurs complications douloureuses seront définies **(2ème partie)** : l'allodynie mécanique[14], les névralgies et le syndrome douloureux régional complexe. Nous exposerons ensuite la spécificité de leur évaluation et de leur rééducation. La prévention

14. Douleur résultant d'un stimulus qui normalement ne provoque pas de douleur.

des complications des troubles de base de la sensibilité cutanée sera abordée à la fin de l'ouvrage. Nous présenterons ensuite un outil qui permet d'une manière valide, fidèle et sensible de mesurer les progrès dans la récupération de la sensibilité tactile, à savoir : le questionnaire de la douleur St-Antoine et les autres versions du *McGill Pain Questionnaire*. Le nom de cet outil est familier à de nombreux professionnels mais il est malheureusement sous-utilisé. Nous espérons que ce manuel permettra modestement d'y remédier.

L'objectif principal du présent manuel est de servir d'interface entre les domaines de la rééducation, des neurosciences fondamentales et de la médecine. A ce titre, il ne peut pas être exhaustif, mais doit être considéré comme une tentative de synthèse autour du thème des troubles de la sensibilité cutanée et de leurs complications douloureuses. Il touche aussi bien à la chirurgie (de la main, du pied, etc.), la rhumatologie, la neurologie, qu'à la médecine dentaire, car ce qui vaut pour une branche cutanée est valable pour chacune des 239 autres du corps humain (Spicher et al., 2010a). Ce n'est pas un hasard si une partie de la bibliographie du présent ouvrage date du XIXème siècle, époque à laquelle la science médicale était encore peu compartimentée.

Bien qu'il soit rédigé comme un outil utile dans la pratique quotidienne des rééducateurs/trices sensitifs/ves (RS), ce manuel est aussi destiné aux **rééducateurs**, aux **médecins** généralistes et de toutes spécialités, ainsi qu'aux **patients** qui cherchent désespérément une solution à leur douleur. Ces patients qui souffrent et dont la personnalité s'altère secondairement, au point, comme le dit si bien Robert Murphy (1987 [1990]) dans son anthropologie du handicap, d'avoir une **identité indésirable**. Comme ces patients qui souffrent, au point d'avoir des nuits sans repos en raison des douleurs incessantes, n'avez-vous jamais expérimenté ce relâchement subit, après cette tension permanente qui vous rend autre, lorsqu'enfin le médicament agit et que la douleur cède ? Nous pouvons guérir une partie de ces patients ou soulager pour certains, une part de leurs douleurs. Mieux encore, nous pouvons prévenir leurs douleurs par une rééducation sensitive précoce.

Avant-propos

Lorsqu'une de mes assistantes du Département de formation (du Réseau de rééducation sensitive de la douleur **neuropain.ch**) m'a rendu attentif au fait que la 1ère édition du « Manuel de rééducation sensitive du corps humain » était bientôt épuisée, j'ai fait la grimace, car c'était tout, sauf le moment, de penser à rééditer un livre (comme vous ne le savez peut-être pas, la rédaction d'un livre, c'est prenant, pour ne pas dire omniprésent, à chaque instant de chaque 24 heures et ce, pendant des mois).

Heureusement, en ce temps, une de mes collègues, venue travailler au Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg, Suisse) depuis le Québec m'a rétorqué, avec un de ses légendaires éclats de rire : « T'inquiète pas je vais t'aider à le réécrire ton livre ; il m'a assez cassé la tête ; mon défi sera de rendre la rééducation sensitive plus compréhensible et plus accessible ». Tout de go je lui réponds : « chiche » et voilà **Isabelle Quintal**, de **Montréal**, co-auteure. Je confesse ici que la première édition était passablement ardue, voire franchement absconse ; j'espère que le concours de cette rééducatrice sensitive certifiée du Centre de Recherches et d'Etudes Appliquées de la Haute Ecole Libre de Bruxelles (**RS certifiée CREA-HELB**) et formatrice hors pair aura permis de faire gagner le texte en fluidité.

Après 10 ans d'évolution (2003 – 2013), une réédition présupposait tout d'abord, de mettre à jour les connaissances en rééducation sensitive et ensuite de prendre en compte les domaines connexes à notre méthode tels que : la neuro-anatomie et le *TENS*. Par conséquent, nous nous sommes adjoints des professeurs spécialistes en neurophysiologie : **Eric Rouiller**, PhD (neuroplasticité), en anatomie clinique : **Pierre Sprumont**, MD, PhD (esthésiologie) et en neurologie : **Jean-Marie Annoni**, MD (examens paracliniques).

Lorsque l'ancien physiothérapeute **Guillaume Léonard** m'a donné à lire sa thèse sur certains mécanismes explicatifs du *TENS*, je n'ai plus osé aborder le sujet sans lui demander de le faire à notre place ; lorsqu'un collègue est devenu auteur de *Pain* sur le sujet, l'humilité veut que nous lui laissions la parole.

Les personnes sus-mentionnées, ô combien expertes, nous disent tout simplement que nous ne sommes pas dans le faux et surtout améliorent la qualité de l'ensemble. Leur concours valide nos expériences, nos explorations de la littérature et nos recherches.

Ce qui nous a donné des ailes, ce qui nous a encouragé envers et contre tout, c'est la magnifique préface, d'un des bienfaiteurs de l'humanité, celui qui est à la médecine ce que Nelson Mandela est aux lauréats des Prix Nobel de la paix, j'ai nommé **Ronald Melzack**. Quelle émotion ruisselante de lire ses si belles lignes …

Je ne pourrais terminer cet avant-propos sans remercier notre éditeur : **Sauramps Médical**. Tout d'abord Myriam Malvaut, qui a fabriqué ce livre et surtout qui a été très présente lors de la création de la n^{ième} version de la maquette initiale, indispensable à la coordination des co-auteurs. Je me souviens avec émotion, de cette soirée, où entourée d'une bonne centaine de « ses » ouvrages, elle nous a aidés à choisir la bichromie de ce manuel et la quadrichromie de quelques-unes de ses figures. Ensuite, Dominique Torreilles qui, comme à l'accoutumée, prend tous les risques ; qui ouvre sa bourse pour éditer ce livre. La confiance que cela présuppose et l'entêtement à poursuivre cette merveilleuse tâche que Gutenberg lui a transmise. S'il vous plait, du plus profond de moi-même, je vous prie de ne pas photocopier ce manuel (hormis ses annexes) ; vous tueriez les derniers espoirs de maintenir l'édition debout.

Pour conclure, j'utiliserais cette très belle formule de Jean-François Müller d'Alister, le premier à avoir inscrit la méthode dans son catalogue de formation continue :

« Avec l'enthousiasme partagé ».

Claude J. Spicher.