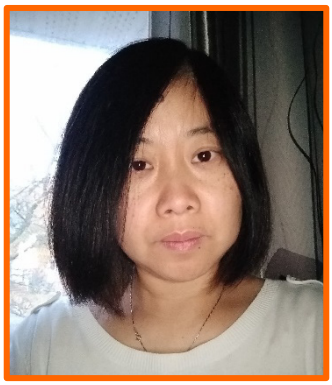
e-News Somatosens Rehab 2018, *15*(4)

#eNewsSomatosens

Powered by:

SOMATOSENSORY REHABILITATION CENTRE

https://www.neuropain.ch



ZHOU Lei, Guesteditor

141 周磊 Zhou L **Guesteditorial** 痛，无人愿意的礼物 - Pain: a gift that nobody wants

148 Etiévant & Spicher 2417 persons with neuropathic pain and their **3815 Aβ axonal lesions**

149 de Andrade Melo Knaut **Tutorial Nb 1** How to interpret a scientific poster?

150 ER **Témoignage Nº 64 d'une patiente** « *Douleurs neuropathiques : un mal intime* »

152 Amman J **Article** Cohérence cardiaque : quand le coeur agit sur le mental

155 Spicher & Spicher **Infographie N° 6**

156 Muller-Colard M **Aphorism – Leitmotiv – Aforismo**

157 Spicher et al. **Article** Les situations de handicap générées par des douleurs neuropathiques

171 Spicher & Fernandes Rodrigues **No Comment Nº 37**

172 Muller-Colard M **Ombre & pénombre** Le lieu sûr de ma paix est ce plus-grand-que-moi

173 Couvreur C **Témoignage Nº 65 d'une thérapeute**

180 Spicher CJ 1127 somatosensory therapists of pain from **40 countries**

181 Spicher et al. **Continuous Education – Formation continue**

GUESTEDITORIAL

痛，无人愿意的礼物

写给 医生 写给 神经学家
写给 患者 写给 治疗师

周磊, MSc OT, M.A, B.A[1]

Dear readers, the English version of this article will be presented just below the original version in Mandarin.

五年前，我读了保罗·布莱德医生与杨菲力的这本书。布莱德关于痛及痛症治疗的洞见和他作为宣教医生治疗麻疯病的传奇经历深深影响了我之后的日常治疗工作。对我而言，曾经与贬义划上等号的“痛”开始变得更加中性。痛，既保护了我们，也在一定程度上界定了我们作为个体的存在。从这个意义上来说，痛，是一份礼物，但无人想要。只是，那些扰人的持续疼痛也是礼物？

今天，我坐在体感康复治疗（Somatosensory Rehabilitation）的培训课室里。我们讨论的是神经性痛症，更确切地说，麻木症和触摸痛及复杂性局部疼痛综合症。它们是否也是礼物呢？我们应该接受它们吗？被一些无法解释的痛症所困扰，我来这里寻找答案。

头两天，EVA 老师帮助我们夯实了体感康复治疗的基础。第三天早晨，来到教室，我希望克劳德·史，体感康复治疗方法的创始人，能够帮助我找到应对那些棘手病例的办法。出乎我的意料，课程一开始，他却向我们提出了一系列问题：我们会如何定义自己？我们的病人又会如何定义他们自己？

我是谁？在中国，我曾经是一名新闻从业者；在加拿大，我成了一名职业治疗师。十五年前，在经历着巨大变革的中国，我能做的只是用自己的心和笔去记录下我所遇见的人。生活中的痛，身体上的痛，对于我的同胞并不陌生，但“痛”却并不是一个社会大众普遍谈论的话题，更不用说随身带着止痛药。好象对于我们，“痛”是生活中的必然，就象“忍受痛“也是一种必然。我们接受“痛”，却从来没有把它当礼物。

来到这样一个文化迥异的加拿大社会，我在每天的工作中面对着来自世界各地的患者，谈论最多的就是这个“痛”字。尽管如此，当我的加拿大同事因为头痛来询问我是否随身带着止痛片时，我仍旧吃了一惊。不同文化背景下，人们对待“痛”的应对是如此的不同。对于她来说，痛是需要立即吃药止住的；而对于我来说，痛则需要承

[1] Clinique de Médecine Intégrée Côte-Vertu, 475 Boul. Côte-Vertu. H4L 1X7 Montreal (Qc), Canada e-mail: leizhouot@gmail.com

受，或许我会休息一下，等着痛渐渐消失。她的办法是一种主动的回避，而我的则是被动的回避。我们的共同点：痛是需要回避的。诚然，我们没有把痛当成一种礼物。

痛是记忆，是经历，也是文化。不同语言里对于痛的用词也大体能体现出不同社会群体对痛的态度和体会。虽然我的母语是中文，但在面对《麦吉尔痛症测试表》时，我仍然无法把那些描述“痛”的词汇一一翻译成中文。因为，不同的文化背景带来对“痛”不一样的理解。这样的差异引发出各种“无法细说”的无奈、焦虑、以及“鸡同鸭讲”的尴尬，这恐怕是每位治疗师工作中的常态。于是，更多的时候，我们用 1 到 10 的数字表来量化和沟通“痛”的感觉。我们都同意每个人对痛的评估和承受能力不一样，但在现实中，我们却回避了这种多样性而尽量简单地把它量化。结果呢？有时候，这种方法能帮助与患者有效地沟通；有时候，患者却会争辩，“我没有痛，我只是觉得有火烧。”“我的痛只有 30%的水平，但麻木却是 100%。”这样的时刻，我困惑，“我们在谈论同一件事吗？”“我该如何去测试这个看似无迹可寻的痛呢？”我开始在论文文献当中寻找答案。最终，我来到了体感康复治疗（SR）的课堂。

三十位来自加拿大和欧洲的治疗师们和我同在一个课堂，脸上都写满了困惑、怀疑和期待。在这次课程之前，已经有千余位世界各地的治疗师受过培训；这之后，还会有更多的人加入。我们有着不同的文化背景和个人经历，是“神经性疼痛”这一共同的课题把我们联结在一起。前两天课程的老师 Eva 与我们大多数学生有一样的背景：加拿大魁北克的职业治疗师。她面对的挑战是我们曾经或仍在经历的；她的经历和经验则给我们带来启发和激励。她的讲课是典型的北美方式：条理清晰地帮助我们一步步建构基础，带领我们进入 SR 治疗领域。很多时候，她更象一个教练，通过提问和反问来帮助我们找到解决方案。两天的课程结束，我们都自信心爆棚，恨不得马上回到诊所开始治疗。只是，现实往往不按教科书出牌。第三天，当克劳德走进课室时，我们的自信心被大大打击：那些似乎开始清晰的画面又渐渐模糊了。克劳德在实践和研究两个领域浸淫多年，他更象是个教授型治疗师：不仅知其然，还知其所以然。他谦逊的态度正是孔子“知之为知之，不知为不知，是知也”的最好写照。克劳德片言只语的点评总是会引发一场头脑风暴，并借此帮助我们找出最优方案。整个思考过程不仅仅涉及患者的症状，也考虑到患者作为一个独特个体的家庭、文化乃至宗教的背景。他和 Eva 一直强调要尊重患者对于自己痛症的描述。他们的强调甚至于到了这样一个程度:鼓励治疗师如果有可能，应该学会患者的母语词汇来复述他（她）对于“痛”的描述。这正体现了 SR 治疗方法里很重要的一环：与患者达成共识，让他们知道什么时候叫“停”，以免痛症加剧。

那么 SR 治疗方法究竟是什么呢？正如克劳德在《Handbook of Somatosensory Rehabilitation》这本书里所说，它所针对的是与皮肤触觉相关的病症。最开始，治疗师要帮助患者了解什么时候需要叫“停”对触觉神经的刺激，并帮助他们将此运用在测试和治疗过程中。简而言之，这个治疗的理论基础从一句课堂上重复了无数次的话开始:“寻找皮肤触觉麻木，降低触觉麻木，并以此来减轻神经性疼痛。”老师们向我们介绍了这个治疗方法背后的科学依据：神经可塑性。加上世界各地 SR 治疗师们的研究数据，这一治疗方法因其可见的效果而越来越被接受。具体而言，SR 治疗手法包括运用早已被证实可靠的触觉测试工具单丝（monofilaments）和 两点测试器（two point discriminator）来测定痛的范围和程度，并用麻木症状图、触觉痛症图和触觉彩虹图等图示方式来直观表现测试的结果。这使得那些看起来无迹可寻的痛症变得具象可测。然后，治疗师根据不同的测试结果来设定不同的治疗方案。

把理论运用到实践当中，并给患者带来真实可见的效果，这正是 SR 治疗方法所要做的。但是，从理论到实践要走的路还很长。“如何与治疗队伍里其他的成员，包括医生、其它相关治疗师及患者沟通？”“如何保证患者会在这样一个相对较长的治疗时间里坚持下来？”“如何说服保险方支持患者的治疗方案并支付相关费用？”这些都是治疗师需要面对的挑战。Eva 以自己的经验告诉我们，缺乏沟通，运用 SR 治疗的效果会大打折扣。班上同学的一句话引起了我们的共鸣：我们都需要成为变革的媒介。这样的学习，我们学到的不仅是一种治疗方法，更重要的是，它刷新了我们看待“痛症”的观念。

不同文化和个体之间对于“痛”理解的差异仍然存在。但是，开放的心态加上对这种差异的敏感，帮助我们更好的沟通和测评“痛”。在一个理想的状态里，治疗师可以自由轻松地了解他（她）的患者；现实中，时间的限制无处不在。在现实与理想中如何找寻平衡？一颗愿意聆听的心加上谦逊的尊重的态度会为治疗师打开一扇门，从而进入到患者的世界里。

我来到这个课堂为我的患者寻找答案。对其中的一些人，SR 治疗方法可能帮助我找到了解决方案；对另一些，他们的痛可能还是未解之谜。所有的痛都是无人愿意的礼物？我的答案：省察我们内心和认知上可能的麻木，当我们更加了解痛时，我们可能更能够接受它作为一个礼物，不管乐意不乐意，痛让我们意识到自己的存在。

GUESTEDITORIAL

Pain: a gift that nobody wants

To MD **To neuroscientist**
To patient **To therapist**

ZHOU Lei, MSc OT, M.A, B.A[2]

Five years ago, I read this book written by Dr **Paul Brand** and Philip Yancey. Dr Brand's insight on pain and pain management and his amazing experience as a pioneer leprosy surgeon inspired me greatly in my practice. Pain, that used to be a totally negative concept in my mind, became a more neutral word. Pain defines and protects our existence. In this sense, it really is a gift, but unfortunately, nobody wants it.

Today, I am currently attending a Somatosensory Rehabilitation Method (SRM) class that discusses neuropathic pain, namely, hypoaesthesia, allodynia, and the notorious Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). Are they still gifts for us? Should we accept them? Troubled by the mysterious cases of some patients, I am here trying **to find the answer**.

In the first two days, the instructor, Eva Létourneau, guided us to build the bases of SRM. On the third morning, I entered the class, hoping that the founder of this approach, Claude J Spicher, would guide me until I found the answers of those tough cases. Surprisingly, he started the class by challenging us to think about **how we would identify ourselves**, and our patients as well.

How should I identify myself? I was a journalist in China, and now I am an Occupational Therapist (OT) in Quebec, Canada. Fifteen years ago, facing the changing era, all I could do was recording the stories of my interviewees. For my people, pain is not a strange thing, be it physical or psychosocial. Our approach for pain management is **to endure** and accept it, certainly, not as a gift. However, pain and pain management have never been common topics in our daily lives. A painkiller is rarely something that you can find in an office drawer or in a purse.

Moving to Canada, I became an OT in a **totally different culture**. Although pain is the word I speak and hear most often in my daily work, I still am amazed at the different ways people deal with pain, such as when my Canadian colleague approached me to ask if I have painkillers. For her, pain is something she needs to get rid of immediately by medication; for me, pain is something I should bear or expect it to go away. Her approach is active passive; mine, passive passive. One common point: we are all passive. We do *NOT* see pain as a desirable gift.

[2] Clinique de Médecine Intégrée Côte-Vertu, 475 Boul. Côte-Vertu. H4L 1X7 Montreal (Qc), Canada **e-mail:** leizhouot@gmail.com

Pain is an experience, also a culture, in another sense. We use different terminology to define pain. For certain cultures, there may not be as many specific words to describe pain as the English terms in the McGill pain questionnaire. To be honest, as a native Chinese Mandarin speaker who graduated from the program of Chinese literature and journalism, I find it difficult to translate these terms into Chinese. This cultural difference, combined with personal experience, made the evaluation of pain almost an impossible mission. Quite often, in the clinic setting, the frustration of not well understanding patients'pain leads therapists to a quantitative approach: it is enough to use a scale of one to ten to define the patients'pain. We can all agree that your one is not the same as mine, but in reality, we tend to ignore the difference in order to simplify the situation. The results: sometimes it worked; sometimes, patients argued with us: "But I have no pain, I have numbness"; "The pain is at 3 out of 10, but burning is 10 out of 10". At that moment, as a therapist, I was intrigued: "Are we talking about the same thing?", "How should I evaluate and treat the seemingly indiscernible, untraceable and indescribable pain?" With all these questions, I continued to search the answers in the literature. Eventually, this search brought me into the SRM class (Fig. 1).

Figure 1: the thirty participants from nine countries. In the Centre, Eva Létourneau, instructor.

Thirty therapists from Canada and Europe, some excited, some puzzled or even doubting, sat in the class with me. There are also over one thousand other therapists from all over the world being trained for this same approach along with many more to come. Certainly, we brought the

baggage of different cultures and personal experiences; but the same topic connected us: neuropathic pain. Eva came from the same context as most of us: an OT in Quebec Canada. Her challenges, we all had and still have; her experience, offers us inspiration and encouragement. Her teaching style is a typical American way, very structural. Brick by brick, she built the foundation, and led us into the SRM area. Her teaching style is more like a **coach**: she questioned, inquired, re-questioned, and exhorted us to find the solution. After two days of class, our confidence was boosted up. We couldn't wait to try the new approach with our patients. But, hold on, the reality is not that simple. When Claude joined the class on the third day, he hammered our trust badly. It seems that all these just clarified pictures became a bit confusing again. His background in both practice and research made him a professor practitioner: not only did he know how to do, but also the reason to do it. His humble attitude reminds me of what Confucian said: "*If you know, recognize that you know; if you don't know, realize that you don't know. This is knowledge"*. The remarks he made often prompted us to brainstorm in order to find an optimal solution. This process of reflection involves not only specific symptoms of the patient and their evolution but also **the person as a distinctive being** with special inheritance of culture, family, and religion. The way in which Claude and Eva insisted on how important it is to respect the patients' expression in relation to the symptoms, to the extent that the therapist should be able to say the word the patient uses to describe the pain in his/her mother language, emphasizes the critical part of the evaluation of pain for SRM approach. This is to have consensus at the stopping level to avoid triggering the pain.

So what is the approach? As Claude mentioned in the *Handbook for Somatosensory Rehabilitation*, it deals with disorders of the cutaneous sense. The first thing to start the approach is always to reach an agreement with the patient in order to enable him to know when to stop, either during the evaluation, or in the treatment program. The theoretical basis, to put it in a simple way, begins with the SRM motto: "Look for tactile hypoesthesia, because by decreasing hypoesthesia, neuropathic pain decreases". Claude and Eva presented many existing research literatures to establish their biological basis, **adaptive neuroplasticity**. In addition to many promising data gathered from their and other Somatosensory Therapists of Pain' practice all over the world, its effectiveness becomes widely known. The method requires reliable testing tools, for example, the monofilaments and the two-point discriminator, to quantify the pain and precise maps including the aesthesiography, allodynography and rainbow pain scale chart to define the neuropathic pain territory and severity. In this way, the seemingly untraceable pain becomes measurable and visualizable for both therapists and patients. Based on the results of the evaluation, the therapist and the patient agree on a treatment program. Again, the underlying theory: adaptive neuroplasticity.

The goal of the somatosensory rehabilitation approach is to **translate the theory of adaptive neuroplasticity into practice** and to yield solid evidence of treatment efficacy. However, there is always a long way to go from concept to practice. "How to communicate and reach an agreement among team members, including doctors, other therapists, and patients?", "How to motivate patients to adhere to treatment, as it is relatively a long treatment process?", "How to convince the insurer to support the patient's treatment?" They are all predictable obstacles

faced to the therapists. Eva admits that this approach cannot be effective if the therapist only works within her own corner. One of the remarks made during the course: **be an agent of change** echoed in the whole class. With this new approach, what we learn is not only a treatment method; more importantly, it can shape our thoughts about pain.

The discrepancy of the understanding of pain among different cultures, within various individuals, persists. However, open mindedness and awareness of these differences will help us to make pain communicable and measurable. In a **perfect world**, the therapist can take as much time as possible to know his/her patient as a whole; in reality, time constraint is everywhere. The balance between idealism and reality? A heart willing to listen and a modest attitude of respect often open the door for the therapist to enter a patient's life.

I came to the class trying to find the solution for some mysterious cases concerning my patients. For some, I might have found it with SRM. For others, their pain remains a mystery for me. Is pain always a gift that nobody wants? My answer: look for tactile hypoesthesia in our mind and knowledge. The better we understand pain, the more we can accept it as a gift. Pleasant or unpleasant, **it defines our existence**.

Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics

To medical doctors To neuroscientists
To patients **To therapists**

ETIEVANT, F.[3] & SPICHER, C.J.

Between the 1st of July 2004 and the 11th of October 2018, 2417 persons with neuropathic pain (NeP) and their **3815** Aβ axonal lesions have been assessed in the Somatosensory Rehabilitation Centre (Freiburg – Switzerland).

Cutaneous department	*n*
Trigeminal i.e. : ophthalmic nerve, branch of trigeminal nerve	115
Occipital i.e. : great auricular nerve	102
Cervical i.e. : posterior branch of C6	86
Brachial i.e. : dorsal branch of ulnar nerve	825
Dorso-intercostal i.e. : posterior branch of the 4th thoracic nerve	305
Lombo-abdominal i.e. : anterior labial nerves of ilioinguinal nerve	169
Lombo-femoral i.e. : lateral cutaneous nerve of thigh (meralgia paresthetica)	177
Crural i.e. : medial cutaneous nerve of leg	521
Sciatic i.e. : superficial peroneal nerve	1259
Sacral i.e. : posterior cutaneous nerve of thigh	256
TOTAL	**3815**

Table I : *Distribution of intermittent & permanent neuralgias (Stage III & IV of Aβ axonal lesions) from the 10 cutaneous departments of the human body.*

[3] Somatosensory Therapist of Pain reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

TUTORIAL Nb 1

How to interpret a scientific poster?

To MD To neuroscientist
To patient **To therapist**

de Andrade Melo Knaut, S.[4]

To the whole poster by Quintal et al., click here

Isabelle Quintal[1,2,3], Franc Kurani[1], Maya Hammoud[1], Dina Chambi[1], Danny Khoa Hoang[1], Julie Masse[1], Daniel Bourbonnais[1,3] and Joseph-Omer Dyer[1]
[1]School of Rehabilitation, Université de Montréal
[2]Centre Professionnel d'Ergothérapie, Montréal
[3]Center for interdisciplinary research in rehabilitation of Greater Montreal

Table 4: Comparison and effect size of pain intensity (/100), for the initial and final assessments

	Initial mean (SD)	Final mean (SD)	P value (paired-T-test)	Effect size (Cohen's d)
Pain intensity score (MPQ)	42.81 (17.83)	17.06 (10.64)	< .001	1.75

To the whole tutorial by Prof. de Andrade Melo Knaut, click here

- The mean value of MPQ before treatment was 43/100 and at the end of treatment was 17/100. It is important to remember that the treatment ends when mechanical allodynia is resorbed (no pain evoked with 15g pressure), so, the MPQ score have probably a correlation with the SMA severity. Probably because in this poster we do not have this information analysis.
- The paired T-test revealed a strong significant ($p<0.001$) difference between MPQ score before and at the end of treatment.
- The effect size was very large (d >1,30), indicating that the difference found is big enought to confirm the efficacy of SRPM treatment.

Interpretation

- The SRPM is effective in reducing mechanical allodynia at the hand in individuals with unilateral peripheral neuropathic injury;
- This is independent of the duration of injury symptoms;
- The severity of symptoms can predict the duration of SRPM treatment.

[4] Physiotherapist, PhD in biomedical sciences – rehabilitation. Academic Director of *Faculdade Inspirar* – R: Inácio Lustosa, 792, São Francisco, Curitiba - PR, 80510000 (Brazil)
President of the Brazilian Association of Neurofunctional Physiotherapy - ABRAFIN
e-mail: sibelemelo@gmail.com

TÉMOIGNAGE Nº 64 D'UNE PATIENTE

« Douleurs neuropathiques: un mal intime »

Aux médecins **Aux scientifiques en neurosciences**
Aux patients **Aux thérapeutes**

Parler des douleurs neuropathiques n'est pas chose aisée, tant leurs passages vous transforment et vous livrent une trace indélébile. Déroutantes, elles vous laissent d'abord pantoise. Puis, elles vous déstabilisent jusqu'à douter de vous et de votre propre discernement. Enfin, elles vous isolent du monde et de votre entourage. Survenant par crises, ces douleurs vous rongent et vous consument sans qu'aucun médicament ne puisse atténuer votre souffrance. **Une ombre s'abat sur vous** et les couleurs vives de votre existence se dessinent désormais à travers divers tons de gris.

Alors, vous comprendrez mes **réticences** lorsque l'on m'encourage à raconter mon expérience. Mais, je pense à toutes ces personnes qui sont dans le doute et l'incompréhension de ce qui leur arrive et qui pourront peut-être s'identifier à mon vécu. Le but de mon témoignage consiste à mettre en lumière les différents symptômes de ce trouble sous l'angle des répercussions qu'ils ont sur le quotidien des patients, afin d'en étoffer les connaissances.

Tout commence par des brûlures d'un côté de la vulve. Au fil du temps, des douleurs apparaissent également au niveau rectal. S'en suivent moult traitements à base de crèmes, d'ovules et autres médicaments. Rien ne fait effet. Les consultations s'enchaînent et je reviens à chaque fois plus démunie. « Tout va bien ! » me répète-t-on sans arrêt. Vraiment ? Comment peut-on prétendre cela alors que mes brûlures s'intensifient et ne m'offrent que de courts répits qui me laissent présager une sorte de « guérison spontanée », à chaque fois déçue malheureusement… Tout contact avec cette zone devient douloureux. C'est alors que le cercle vicieux débute : **je réfléchis chaque activité**, chaque sortie en fonction de mes douleurs. Je me réveille et la première chose qui me vient à l'esprit est mon seuil de brûlure, qui apparaît désormais comme le baromètre de la journée. Ce problème, qui n'en est pas un selon les médecins, dicte ma vie et m'isole petit à petit du monde. Je reçois un faire-part de mariage, je me demande si le jour de leur union correspondra à une crise ou si je pourrai profiter de ces instants magiques. Au travail, les discussions avec les collègues sont de plus en plus concises et superficielles, bottant en touche lorsqu'on me pose des questions ou m'inventant des empêchements lorsqu'on me propose un café. Il faut donner le change, ne rien laisser paraître, car c'est un mal silencieux et invisible qui touche l'intime.

Puis, l'**isolement** se poursuit chez soi. Les bêtises des enfants m'énervent beaucoup plus vite, je deviens extrêmement irritable et peu patiente. Ramasser un jouet au sol, m'asseoir sur le tapis pour jouer au train ou courir lors d'une partie de cache-cache… comment faire comprendre à des enfants de deux et quatre ans que leur maman ne peut pas les suivre autant qu'elle le souhaiterait, car des douleurs invisibles l'en empêchent ? L'équilibre familial est chamboulé. J'ai l'impression d'être un poids, un boulet qui gâche cette si jolie famille que nous avons construit avec mon mari. Je m'en veux terriblement, car nous avons tout pour être heureux et malgré tout je n'aime pas l'image que je reflète. Je ne me reconnais pas. Une maman doit être joyeuse, toujours à l'écoute et disponible pour ses enfants. J'ai l'impression que je faillis à mon devoir. Je me demande même si mon mental n'est pas atteint. Serais-je folle à ressentir des douleurs qui n'existent apparemment pas ? J'ai honte et j'en viens à imaginer les pires *scenarii* : que l'on m'interne, que l'on me force à prendre des médicaments ou que l'on m'enlève mes enfants m'obsède. Je suis pétrie d'angoisse.

Puis, un médecin me parle de douleur neuropathique et me dirige vers l'ergothérapie. C'est alors que je suis admise au centre de rééducation sensitive. Pour la première fois depuis dix-huit mois, on me décrit des symptômes similaires aux miens et surtout on identifie un nerf lésé : le **nerf pudendal**, plus communément nommé le nerf honteux. Dans un premier temps, l'allodynie mécanique est traitée. Les crises s'espacent. Puis, les douleurs spontanées sont prises en charge. Au bout de sept mois de traitement, je n'ai **plus de douleurs**. Actuellement, je ne me considère pas encore guérie, car cette angoisse de la « rechute » reste présente. Les douleurs neuropathiques laissent un signal à votre cerveau, une cicatrice qui vous fait perdre une part de votre insouciance. Malgré tout, mon quotidien s'est considérablement amélioré et je peux envisager l'avenir avec confiance.

Après une **longue errance**, j'ai eu la chance d'obtenir un bon diagnostic qui m'a permis une prise en charge adaptée. J'ai également bénéficié d'une structure familiale qui m'a toujours soutenue. En premier lieu mon mari qui a fait preuve d'une infinie patience et d'un soutien sans faille. Il a su me rassurer et m'a prouvé, s'il était besoin, la solidité de notre engagement. Puissent toutes les personnes atteintes dans leur santé bénéficier d'autant de force et de réconfort.

E. R.

Vous pourrez lire dans notre prochain volume du mois de février, un No Comment sur cette patiente qui souffrait de **deux névralgies pudendales** intermittentes avec **allodynie mécanique statique** :

- Des branches labiales postérieures droites ;

- Des branches rectales inférieures gauches.

La **cohérence cardiaque** : une technique simple pour lutter contre les effets du stress : **quand le coeur agit sur le mental**

Vendredi 19 octobre 2018, **La LIBERTE** a publié l'article suivant (page 25)
Nous le rééditons avec la gracieuse permission de l'auteur et de l'éditeur:
http://www.laliberte.ch

Aux médecins
Aux patients
Aux scientifiques en neurosciences
Aux thérapeutes

Jean AMMANN[5]

Santé Le docteur David O'Hare, nutritionniste, est un des plus grands spécialistes de la cohérence cardiaque, qui vise à lutter contre les effets délétères du stress. Il a formé 3500 professionnels à cette technique. Et comme tous ceux qui luttent contre le stress, il arrive un rien stressé: «La cohérence car-diaque est en plein essor», dit-il en se posant sur une chaise, à peine débarqué du train en pro-venance de Genève. Il était là pour une conférence, sur invitation de la Clinique Générale, et pour deux jours de cours organisés par l'Institut romand de psychotraumatologie.

Il était parti du Canada, où il vit, il était passé par le Portugal et là, il faisait escale à Fribourg. Dans le monde francophone, la cohérence cardiaque fut popularisée par le psychiatre David Servan-Schreiber dans son premier livre, Guérir, paru en 2003, où il consacra une quarantaine de pages au sujet.

«David Servan-Schreiber a répercuté les recherches menées par l'institut HeartMath», explique David O'Hare. De nombreuses études scientifiques valident les théories de la cohérence cardiaque : des milliers de cadres, dans les plus grandes entre-prises du monde (Shell, BP, Hewlett-Packard, etc.) se sont soumis à une formation à la cohérence du rythme cardiaque. Les résultats sont probants : l'hypertension baisse, la production de DHEA – appelée l'hormone de jouvence – double, le taux de cortisol - l'hormone du stress – baisse de 23%, le système immunitaire se renforce…

Cinq minutes de respiration et votre cortisol baisse pendant plusieurs heures

Aujourd'hui, sur son site, l'institut HeartMath avance des chiffres qui font rêver les psychiatres du monde entier :
- la capacité de con-

[5] Journaliste à La Liberté – Quotidien romand édité à Fribourg http://www.laliberte.ch

centration augmente de 24%,
- la qualité du sommeil de 30%,
- l'anxiété diminue de 46%,
- la fatigue de 48% et
- le sentiment de déprime de 56%.

11 500 sujets testés

Le doute serait permis, si ces ré-sultats ne s'appu-yaient pas sur une population de 11 500 sujets, qui se sont entraînés à la cohérence cardiaque durant 6 à 9 se-maines. « Les effets sont rapides, confirme David O'Hare. Après deux ou trois semaines, les pa-tients qui ont pratiqué la cohérence cardiaque se sentent mieux. Quand on les questionne, on s'aperçoit qu'après une quin-zaine de jours, leur bien-être s'est amélioré. »

Comment ça marche, cette histoire de cohérence cardiaque? « C'est un état d'équilibre entre les deux systèmes nerveux autonomes, le système sym-pathique et le système para sympathique, résume David O'Hare. Le système sympathique est responsable de la production des hormones du stress. A commencer par le cortisol. Le système parasympathique, lui, vise à réduire la consommation d'énergie de l'organisme. Chaque fois que nous inspirons, nous stimulons le système sympathique. Chaque fois que nous expirons, nous stimulons le système parasympathique. C'est quelque chose que le yoga a compris depuis longtemps : en jouant sur la respiration, nous pouvons équilibrer le système ner-veux autonome. »

Le système cœur-cerveau

Le cœur dispose d'une batterie de 40 000 neurones (comparé aux presque 100 milliards du cerveau !), est sensible aux émotions : dans son livre, David Servan-Schreiber raconte comment, placé sous monitoring, il vit sa courbe cardiaque baisser à la seule évocation d'un souvenir heureux. Il parle du système « cœur-cerveau ». Or, par la respiration, il est possible d'agir sur les battements du cœur.

« Un de moyens d'atteindre la cohérence cardiaque, c'est de respirer à la fréquence de résonance, poursuit David O'Hare. Et cela se ré-sume en un nombre facile à retenir : **365**. Comme **3** fois par jour, **6** respirations par minute, pendant **5** minutes. Ce qui est important, c'est six fois par minute: si vous respirez à cette fréquence, je sais que vous êtes en cohérence cardiaque et que votre taux de cortisol est en train de baisser. Et ces cinq minutes de respiration font baisser votre taux de cortisol pendant plusieurs heures, quatre heures en moyenne. »

Des logiciels existent, qui permettent de visualiser cette fameuse cohérence cardiaque: la courbe apparaît plus ou moins lisse, plus ou moins accidentée, selon le degré de chaos ou de cohérence. David Servan-Schreiber note qu'avec les années, la variabilité cardiaque, qui est un indice de bonne santé, ne cesse de baisser: elle chute d'environ 3% par année. «C'est le signe, écrit-il, que notre phy-siologie perd progressivement de la souplesse, qu'elle a de plus en plus de mal à bien s'adapter aux variations de notre environnement physique et émotionnel. C'est un signe de vieillissement. Si la variabilité baisse, c'est en partie parce que nous n'entretenons pas notre frein physiologique, à savoir le tonus du système parasympathique. »

En cas de traumatisme

Psychologue et psychothérapeute à Fribourg, Eva Zimmermann s'est formée à la cohérence cardiaque en 2009. Elle est convaincue des bienfaits de la méthode: « Je recours systématiquement à la cohérence cardiaque en cas de traumatisme psychique », dit-elle.

Elle voit d'autres applications possibles dans la gestion du stress, l'anxiété, la dépression, les troubles alimentaires et les troubles de l'attention.

« Nous n'avons rien inventé : nous sommes seulement parvenus, grâce aux outils modernes, à démontrer l'état de cohérence », affir-me David O'Hare, qui est persuadé que la cohérence cardiaque est aussi vieille que la respiration.

« On parle beaucoup ces temps de la marche afghane, qui synchronise la respiration et le pas, constate-t-il. Je suis sûr que c'est une forme de cohérence cardiaque, qui se pratique depuis des milliers d'années. »

DES APPLICATIONS, DES LIVRES

L'institut HeartMath, pionnier de la cohérence cardiaque, com-mercialise un logiciel et un capteur, que l'on fixe à l'oreille, pour visualiser et entraîner la cohérence cardiaque. Il faut compter entre 129 et 159 dollars pour l'application et l'appareil. D'autres approches sont gratuites: il suffit de chercher « cohérence cardiaque » sur les moteurs de recherche pour tomber sur tout plein de sites, qui proposent de respirer selon la célèbre **fréquence de résonance**, soit six respirations par minute, cinq secondes d'inspiration et cinq secondes d'expiration. Le docteur O'Hare a publié plusieurs livres, dont **365** (Ed. Thierry Souccar), qui expose les principes de la cohérence cardiaque. JA

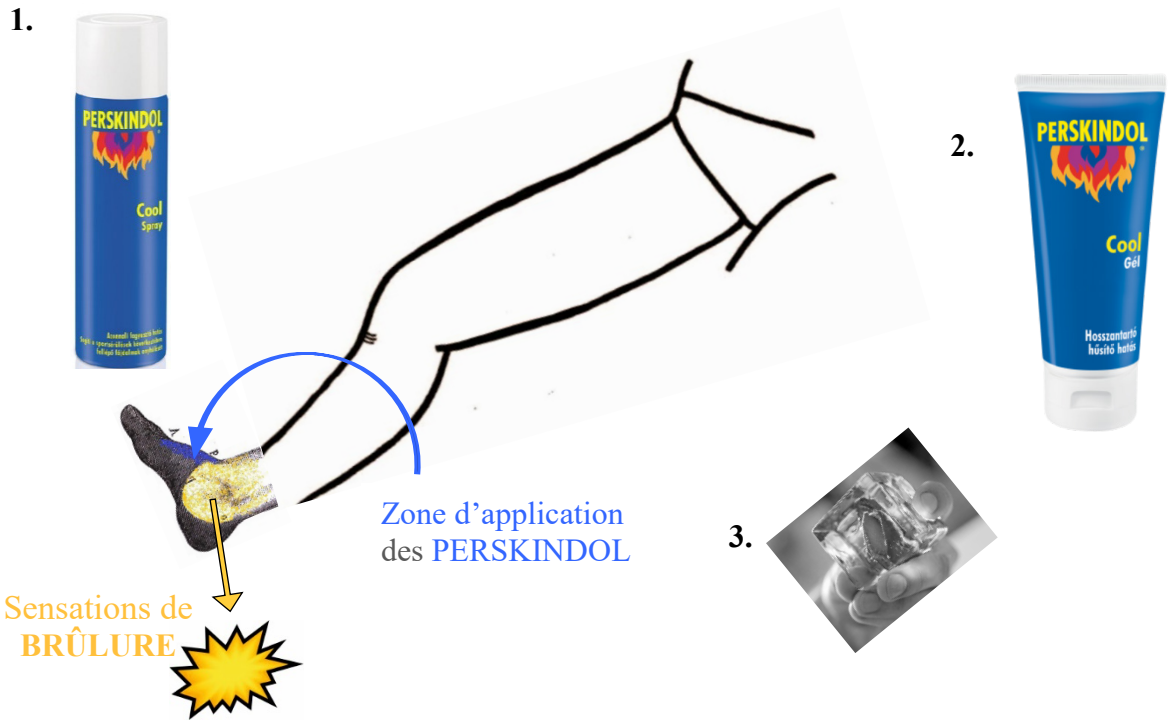
INFOGRAPHIE n°6

Nouvelle technique pour lutter contre les sensations de brûlure

Aux médecins Aux neuroscientifiques
Aux patients **Aux thérapeutes**

SPICHER, M. & SPICHER, C.

Lors de sensations de **BRÛLURE** en touchant le creux plantaire, on souffre d'une *allodynie.* Lorsque la douleur au toucher disparaît, mais que les sensations de **BRÛLURE** spontanées persistent, on souffre d'une *névralgie crurale de la branche terminale du nerf saphène.*



Il est alors conseillé d'appliquer du *Perskindol Cool SPRAY* sur la face dorsale du pied, sur le nerf péronier superficiel, voisin - mais *PAS* cousin - *du nerf saphène.*

	Produits	Conseil d'application	Risque de douleurs persistantes	Efficacité
	1. Une bombonne *Perskindol Cool SPRAY*	*une **vaporisation brève** à 15 centimètres de la peau (lire la notice d'emballage)*	+	+
puis	**2**. Un tube de *Perskindol Cool GEL*	*une **application** directe*	++	++
puis	**3**. Un glaçon entier	*une **application** d'une durée de 30 secondes*	+++	+++

APHORISM – LEITMOTIV – AFORISMO

«… *ne vous épuisez pas à être inépuisable.*» **Marion Muller-Colard**

“... ངོམ་པ་མེད་པའི་མིང་གྱས་ཁོ་ནའི་ཚེད་"དུ་རང་ཉིད་དཡ་དུབ་གྱིས་ཡར་འགྲེང་མི་ནུས་པ་བྱ་མི་རྒྱང་ངོ་།”

“… *don‘t exhaust in being unexhaustible.*”

„… *erschöpft nicht daran unerschöpfbar zu sein.*“

"... 穷其尽，勿累己身"

«… *não se canse de ser incansável.*»

«... *no se canse de ser inagotable".*»

Article
L'article suivant a été publié dans les **Expériences en Ergothérapie (31e série, 2018). Nous le rééditons avec la gracieuse permission de Marie-Hélène Izard et Sauramps médical**
Aux médecins Aux scientifiques en neurosciences
Aux patients **Aux thérapeutes**

LES SITUATIONS DE HANDICAP GÉNÉRÉES PAR DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

SPICHER, C[1], GLANOWSKI, S.[2] & FERNANDES-RODRIGUES, M.[3]

La douleur est une expérience universelle que nous vivons depuis la naissance (voire même *in utero*) jusqu'à la fin de notre vie. Selon l'*International Association for the Study of Pain (IASP)*, la douleur est : "Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite en termes d'une telle lésion" [Merskey, 1979 ; Merskey & Bogduk, 1994 ; Loeser & IASP Taxonomy Working Group, 2011].

Généralement, la douleur, lorsqu'elle est de forme aiguë, permet de nous protéger ; tâche qui est assignée à la nociception : mot qui signifie littéralement : "capter ce qui peut nuire" [Spicher *et al.*, 2017a], elle est notre signal d'alarme. C'est ainsi que lors d'une brûlure, cette perception douloureuse entraîne le retrait du membre brûlé. On dit de cette douleur qu'elle est utile.

Dans le cas des douleurs neuropathiques, la douleur n'est plus utile et dans la plupart des cas elle se chronicise (douleur qui persiste depuis plus de six mois). Ici, le signal d'alarme se met en marche tout seul sans aucun but de protection, devient incontrôlable et perturbe la tranquillité du quotidien de toutes les personnes qui les subissent.

Ces douleurs proviennent, en réalité, d'un trouble du système nerveux somatosensoriel et plus précisément d'un trouble de la sensibilité cutanée, se compliquant parfois en douleurs neuropathiques. Ces douleurs sont de types :

- *Spontané* - appelées névralgies (douleurs indépendantes d'un stimulus) ; "Les picotements étaient le commencement de douleurs indescriptibles. Elles sont arrivées aussi brutalement qu'inattendues. Piqûres, brûlures, déchirures, coups de poignard et j'en passe… Et toujours pas de sensibilité sur toute la cuisse." [Gobet, 2011] et/ou ;
- *Provoqué* - appelées allodynies mécaniques statiques (douleurs au toucher).

"Je ne supportais plus aucun contact avec des tissus, habits, draps de lit ou autres à cet endroit de mon corps !" [M., R., 2008]

[1] Ergothérapeute, thérapeute de la main certifié suisse (2003 – 2028), Centre de rééducation sensitive du corps humain – 6, rue Hans-Geiler, Clinique Générale, CH-1700 Fribourg & collaborateur scientifique, Université de Fribourg, Faculté des sciences et de médecine, Unité de physiologie – 5, Ch. du Musée, CH-1700 Fribourg claude.spicher@unifr.ch @claudejspicher

[2] Ergothérapeute DE, Rééducatrice Sensitive de la Douleur re-Certifiée (RSDC®), C. R. R. F. Sainte-Barbe; Fondation Hopale ; 4, rue d'Artois. F-62740 Fouquières-lez-Lens

[3] Bachelier en ergothérapie, Rééducateur Sensitif de la Douleur Certifié (RSDC®), Centre de rééducation sensitive du corps humain – 6, rue Hans-Geiler, Clinique Générale, CH-1700 Fribourg.

Les répercussions sont lourdes et encore plus difficiles à gérer que leur cause est invisible. Évidemment, il est toujours plus facile de croire en ce que l'on voit (et de le traiter), mais à l'inverse il n'est pas simple de croire et de traiter ce qui ne se voit pas – comme les mécanismes de sensibilisation spinale, supra-spinale et corticale [Spicher *et al.*, 2017a]. En conséquence, la personne douloureuse neuropathique se heurte à l'incompréhension de son entourage proche ou moins proche, ainsi qu'à la non-reconnaissance de ses difficultés à effectuer des tâches simples.

Ces douleurs vont entraîner une perte des repères, perturbant le sommeil (le rythme de vie peut être perturbé avec parfois une inversion entre la nuit et le jour), réduisant les activités de la personne à cause du temps de repos augmenté : occasions de contacts familiaux (repas de famille) et sociaux (activités associatives, culturelles, sportives). La personne douloureuse neuropathique peut également se retrouver en arrêt de travail, réduisant les sollicitations quotidiennes et favorisant la perte des repères temporaux et sociaux.

Cette personne va perdre progressivement ses responsabilités et son rôle familial, social et professionnel sans oublier les répercussions psychologiques que cela peut entraîner, en particulier les troubles de l'humeur tels que l'irritabilité, la fragilité, la susceptibilité, l'agressivité… Comme le résume fort bien David Le Breton :

"La douleur chronique est une affection non seulement organique, mais surtout sociale, car elle retentit avec force sur les relations aux autres." [Le Breton, 2017].

En mettant en place des stratégies (limitation d'activités ou autres) pour réduire l'intensité des douleurs, la personne va, peu à peu, modifier ses habitudes de vie. Cette modification des habitudes de vie antérieures, ces incapacités du quotidien en lien avec l'environnement de la personne et les interactions sociales, définissent ce que l'on appelle le handicap (fig. 1).

"Penser le corps est une autre manière de penser le monde et le lien social : un trouble introduit dans la configuration du corps est un trouble introduit dans la cohérence du monde." [Le Breton, 1999].

Ainsi, comme le décrit avec précision cette patiente :

"En écrivant ce texte, je fais des fautes de frappe un mot sur trois. Aujourd'hui, je n'ai pas pu faire le repas de midi : ouvrir les emballages et les boîtes, couper et éplucher les légumes, couper la viande pour les filles, porter les assiettes, vider le lave-vaisselle, vider l'eau des casseroles, puis les laver – j'ai emmené les enfants mangé quelque chose de chaud à la COOP. Je ne suis arrivée qu'avec les larmes aux yeux à enfiler les collants de Clarisse et Catheline. A balayer la terre tombée des coquilles d'escargot ramassées dans les arbustes. A fermer la porte coulissante de la voiture. A conduire la voiture. J'ai renoncé à danser avec Catheline, qui avait mis son tutu exprès. A finir de mettre dans l'herbier les plantes ramassées hier. A recevoir la maman d'Elena qui devait venir boire le café ce matin. A monter chez Carole voir si tout allait bien. J'ai lâché la brique de lait, qui s'est renversée. Difficile d'essuyer ! J'ai cassé deux emballages en rangeant les courses. J'ai lâché le sucrier en voulant le ranger, brisé. Hier soir, j'ai dû appeler Maman à l'aide pour le coucher des enfants, j'étais tellement mal que je ne tenais plus debout…" [Ruffieux, 2006].

En ergothérapie par définition, nous allons évaluer les gênes fonctionnelles générant des situations de handicap. Pour cela, nous allons également évaluer l'origine de ces incapacités en évaluant les douleurs neuropathiques et en proposant un traitement adapté, par la rééducation sensitive, pour tenter de diminuer, voire de guérir les douleurs neuropathiques supposées responsables des gênes fonctionnelles.

Il est peut-être nécessaire de rappeler à nos lecteurs que le référentiel en douleur chronique [Veys *et al.*, 2006] est (fig. 1) :

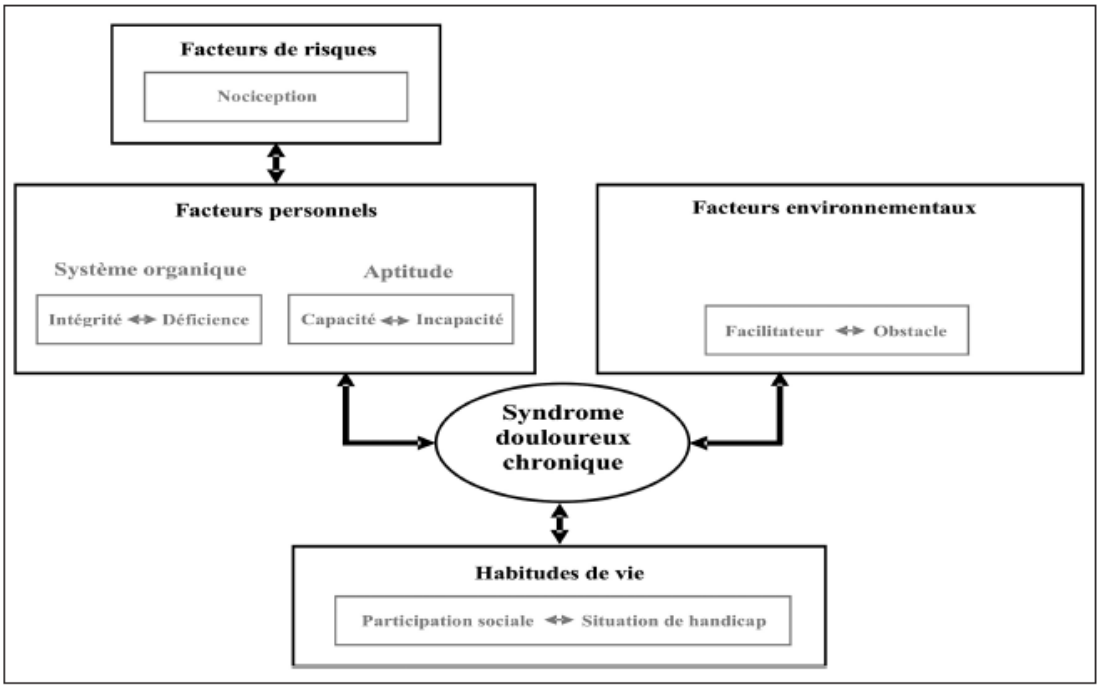


Fig. 1 : Le Processus de Production de Handicap (PPH – 2) pour les patients qui souffrent de douleurs chroniques avec le syndrome douloureux chronique en lieu et place d'interaction [Veys *et al.*, 2006].

Que Patrick Fougeylloras [2010] symbolise simplement de la manière suivante (fig. 2) :

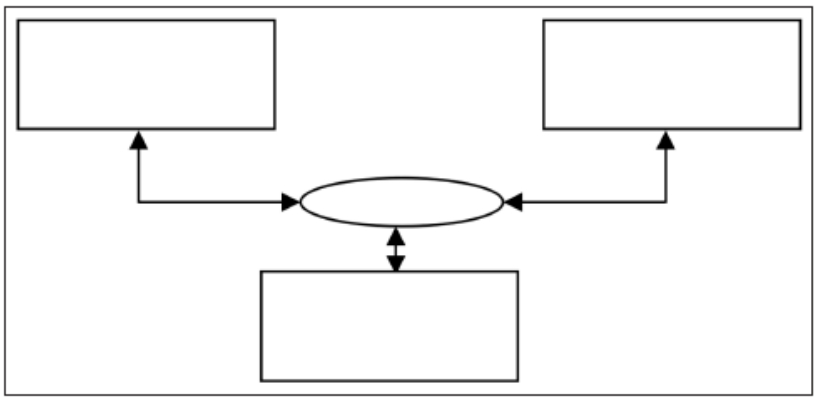


Fig. 2 : Le symbole du processus de production de handicap.

Le but de ce chapitre est de vous présenter les nouveautés de ce qui est devenu une méthode de rééducation encyclopédique [André *et al.*, 1995 ; Quintal *et al.*, 2013] et dont la 3e édition est parue aux éditions Sauramps Médical [Spicher, Quintal & Vittaz, 2015].

Cette méthode a fait ses preuves [Doninelli, 2017] et a un niveau 2b d'évidence des données probantes evidence-based practice [Chaput *et al.*, 2017]. Elle compte désormais cinq techniques, à savoir (fig. 3) :

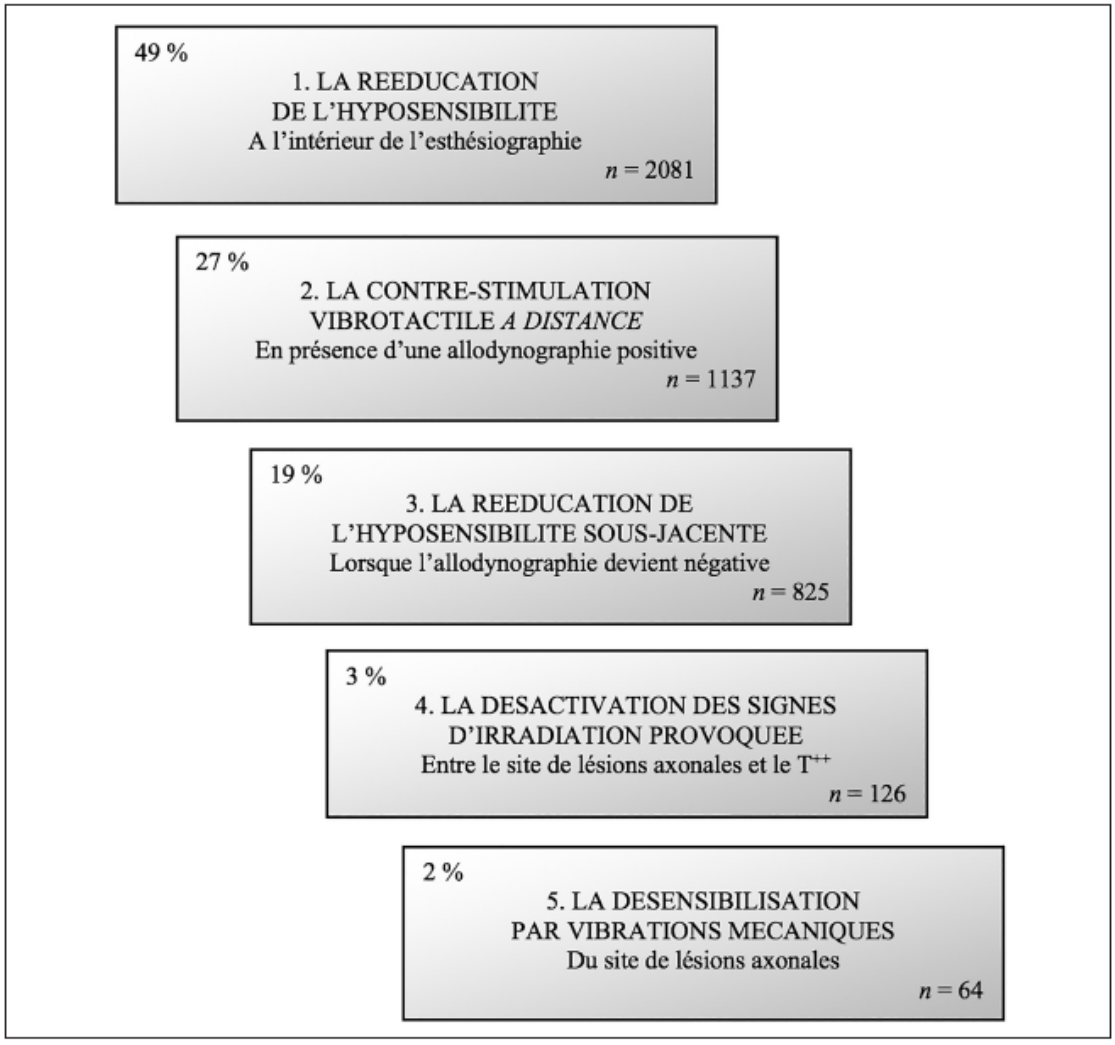


Fig. 3 : Les cinq techniques de la méthode de rééducation sensitive, par ordre de fréquence d'utilisation. Les valeurs correspondent aux techniques pratiquées du 1er juillet 2004 au 30 juin 2014, au Centre de Fribourg, auprès de 1753 patients (nt=4233 techniques utilisées) [Spicher, Quintal & Vittaz, 2015].

INDICATIONS DE LA MÉTHODE

Sur le plan méthodologique, il y a deux indications pour mettre en place une rééducation sensitive de la douleur :

- un bilan diagnostique de lésions axonales positif [Noël, Desfoux & Spicher, 2008] ;
- une allodynographie positive [Noël *et al.*, 2005 ; Spicher *et al.*, 2008a].

Ces deux indications semblent à première vue distinctes, mais, à terme, elles ne font qu'une. En effet, l'allodynographie positive signe la présence d'une hypoesthésie paradoxalement douloureuse au toucher [Spicher *et al.*, 2008a, 2008b]. Autrement dit, lorsque le

patient présente une hypersensibilité au toucher, cela provient, dans 87,5 % des cas [Desfoux, Noël & Spicher, 2008], d'une hypoesthésie sous-jacente recouverte d'une allodynie mécanique statique (fig. 4), et non d'un seul site de lésions axonales réactif ≤ 3 mm^2 – dans 12,5 % des cas (névrome).

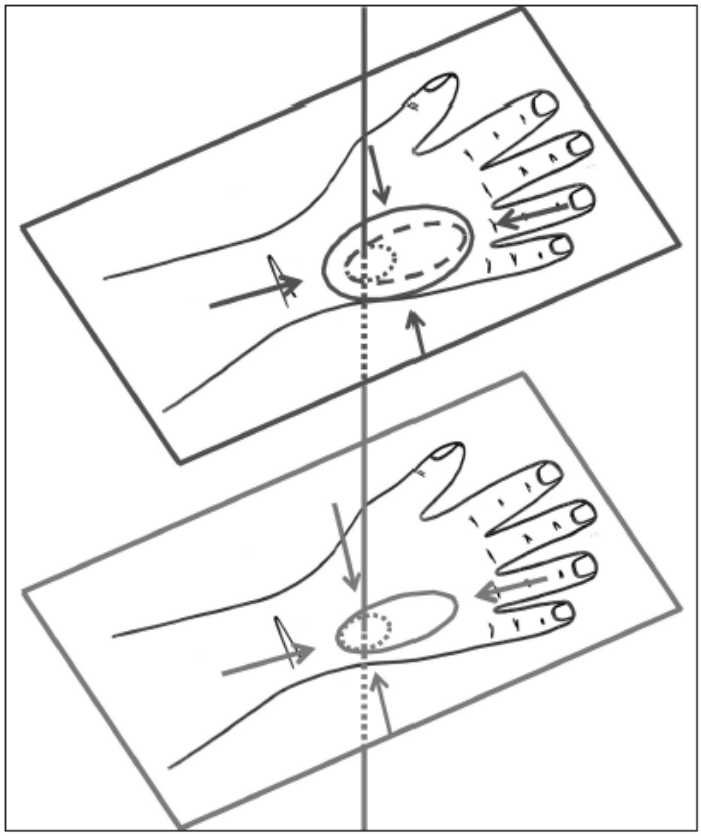


Fig. 4 : Le centre de la dernière cartographie de l'allodynie mécanique, t_{77} (en haut), se situe en regard du centre de la dernière cartographie de l'hypoesthésie sous-jacente, t_{126} (en bas), lors de lésions axonales de la branche dorsale du nerf ulnaire droit adapté de [Quintal et al., 2013].

Au lieu de vous détailler techniquement les situations dans lesquelles peut être présente cette indication, nous préférons vous les présenter sous une forme ergothérapeutique, à savoir :

1. les gênes fonctionnelles ;
2. les syndromes douloureux neuropathiques périphériques ;
3. les syndromes douloureux régionaux complexes ;
4. la prise en charge des douleurs neuropathiques.

Les gênes fonctionnelles

Les patients se plaignent de lâchage d'objet, de perte de contrôle moteur ou de difficultés de préhension lorsqu'ils souffrent, par exemple, d'une hypoesthésie des pulpes de

la prise tridigitale d'une main dominante. Cela peut être la conséquence d'une lésion d'un ou plusieurs nerfs collatéraux palmaires du nerf médian.

Lorsqu'ils présentent une hypoesthésie plantaire, même partielle, les patients peuvent se plaindre de pertes d'équilibre, de marche claudicante. Ces difficultés peuvent provenir de lésions d'une branche du nerf sciatique (nerf plantaire médial ou latéral), mais aussi des branches calcanéennes médiales ou latérales. Il faut relever que ces quatre branches cutanées rejoignent le nerf tibial (anciennement nerf sciatique poplité interne : SPI) [Spicher *et al.*, 2017b]. Ce type de troubles se retrouve aussi dans certaines scléroses en plaques (SEP) ou la majorité des syndromes de latéro-pulsion *(pusher syndrome)* lors d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) - généralement droits.

Les syndromes douloureux neuropathiques périphériques

Ce terme médical est un terme générique pour les douleurs neuropathiques. Il couvre les névralgies qui peuvent être induites par des lésions axonales des 240 branches cutanées du corps humain [Spicher *et al.*, 2017b].

Comme il y a lieu de les appeler au XXI^{e} siècle, 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" sont des douleurs neuropathiques. Ces qualificatifs sont les mots que les patients qui vous sont confiés utiliseront pour décrire leurs symptômes. Cependant, en fonction de sa région ou tout simplement de son vécu, le patient utilisera plutôt le terme de "décharges électriques", "châtaignes" ou "secouées". Ces sensations peuvent avoir un impact au niveau de la qualité du sommeil, des interactions sociales, du comportement et de la qualité de vie.

Si vous prenez la névralgie brachiale, il est primordial de comprendre qu'un tel syndrome ne provient pas forcément d'une transsection diagnostiquée d'un des trois troncs nerveux du membre supérieur (par exemple, du nerf ulnaire), mais de lésions axonales partielles dites en neurologie *axonotmesis*. De nombreux patients souffrent d'une névralgie brachiale de la branche cutanée palmaire du nerf ulnaire, alors que les autres branches cutanées de ce nerf sont intactes (par exemple, la sensibilité discriminative de la pulpe de l'auriculaire).

Cependant, vous allez être face à une ambivalence qui n'a d'autre nom que la "causalité exclusive" [Spicher, Quintal & Vittaz, 2015] : ce n'est pas parce que le patient présente d'autres diagnostics (avérés ou non, ce n'est pas le sujet) qu'il ne souffre pas de symptômes neuropathiques ; l'un n'exclut pas l'autre.

Pour être crédible, il vous faut maintenant collecter des données et les organiser de telle manière à les présenter sous la forme d'un syndrome douloureux neuropathique périphérique. Cette collection de données se fera :

- *soit avec un bilan diagnostique de lésions axonales positif* [Noël, Desfoux & Spicher, 2008], dont le signe d'examen clinique d'une esthésiographie positive, le test de discrimination de 2 points statiques, la recherche des signes de fourmillement (dont le signe d'examen clinique de Tinel) et les symptômes somesthésiques et/ou neuropathiques ;
- *soit avec le signe d'examen clinique d'une allodynographie positive* [Noël *et al.*, 2005 ; Spicher *et al.*, 2008a] – en présence d'allodynie : "douleur causée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur" [Merskey & Bogduk, 1994 ; Loeser & IASP Taxonomy Working Group, 2011] –, puis *a posteriori* d'un bilan diagnostique de lésions axonales.

Ces patients douloureux neuropathiques sont actuellement dans vos services d'ergothérapie, même s'ils ne sont pas diagnostiqués comme tels. Leurs possibles lésions axonales peuvent provenir, entre autres, d'un traumatisme (sans forcément de fracture), d'une compression (ex : hernie discale mineure qui n'a pas été opérée à raison), de dysfonctionnements systémiques (ex : diabète), etc. Les névralgies peuvent être le siège des dix départements cutanés suivants (fig. 5) :

Névralgie	n
Névralgie trigéminale Ex : nerf maxillaire droit (après des violences domestiques)	93
Névralgie occipitale Ex : nerf grand occipital (après un coup du lapin)	89
Névralgie cervicale Ex : branche postérieure du 8e nerf cervical	79
Névralgie brachiale Ex : branche cutanée palmaire du nerf ulnaire	617
Névralgie dorso-intercostale Ex : branche perforante antérieure du 7e nerf thoracique	235
Névralgie lombo-abdominale Ex : branche abdominale du nerf ilio-inguinal post-césarienne	112
Névralgie lombo-fémorale Ex : nerf cutané latéral de la cuisse (névralgie paresthésique)	117
Névralgie curale Ex : branche fémorale médiale du nerf saphène	380
Névralgie fémoro-poplitée Ex : branches calcanéennes latérales du nerf sural	991
Névralgie sacrée Ex : branches labiales postérieures (névralgie pudendale)	171
TOTAL	**2884**

Fig. 5 : La répartition des 2884 névralgies – intermittentes ou incessantes – évaluées, voire ensuite traitées du 1er juillet 2004 au 30 juin 2014, au Centre de rééducation sensitive du corps humain, sur les 10 départements cutanés de tout le corps humain [Spicher, Quintal & Vittaz, 2015].

Nous parlons sciemment de névralgie, car étymologiquement cette appellation d"affection douloureuse d'un nerf" [1] incite à nommer la branche cutanée sur laquelle les neurofibres Aβ sont lésées ; ce sont elles, entre autres, qui génèrent les douleurs neuropathiques.

Les syndromes douloureux régionaux complexes

Parfois, les troubles somatosensoriels sont associés à des troubles vasomoteurs, sudomoteurs et trophiques. Ce syndrome complexe est l'objet d'une classification très précise et

[1] Le préfixe "névr-", en grec νευρου, signifie "qui est relatif au nerf" ; "-algie" dérive du mot grec οδυνηρή "odyne" qui renvoie à la douleur.

fort utile : le *Complex Regional Pain Syndrome (CRPS)* selon Bruehl [1999]. Ce concept est traduit en français par syndrome douloureux régional complexe (SDRC).

"En présence d'un CRPS, nous effectuons systématiquement un bilan diagnostique de lésions axonales avec ses quatre épreuves :

- Esthésiographie ;
- Test de discrimination de deux points statiques ;
- Les signes de fourmillement ;
- Les qualificatifs.

Référez-vous au 2e chapitre, sur l'évaluation de la sensibilité cutanée ; sans oublier, la section 2A sur l'esthésiologie des territoires cutanés. En effet, trouver une légère hypoesthésie, que le patient n'a pas observée, dont il ne se plaint pas et qu'il n'a pas choisie dans la liste des symptômes de son syndrome, présuppose une expertise en esthésiologie des territoires cutanés.

Si l'esthésiographie n'est pas testable ou du moins si l'application de l'esthésiomètre est perçue de manière désagréable par le patient à chaque stimulus, faites une EVA et commencez à effectuer une allodynographie, afin de vérifier si elle est positive ou négative. Si elle est positive, par esprit de clarté, nous parlons, en rééducation sensitive de la douleur, de CRPS avec allodynie mécanique. Enfin, selon les résultats de nos examens, nous nommons la branche cutanée responsable :

- *soit d'une légère hypoesthésie partielle ;*
- *soit d'une légère hypoesthésie paradoxalement douloureuse au toucher (allodynie mécanique statique)."* [Quintal *et al.*, 2013].

Ainsi les CRPS se traitent efficacement et se préviennent par une rééducation sensitive précoce, car dans une écrasante majorité, ils présentent des troubles du système nerveux somatosensoriel. Cependant, ce traitement est réalisable à UNE condition : Enoncer la condition somesthésique et/ou neuropathique du patient. Cet anglicisme nous vient du Québec. L'énoncé de cette condition est la pierre angulaire du raisonnement clinique de la méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques. C'est la conclusion de la récolte des données et le seuil de la prise en charge.

Par exemple, *CRPS* de la branche dorsale du nerf ulnaire droit avec allodynie mécanique (Stade V de lésions axonales).

La prise en charge des douleurs neuropathiques

Les traitements de la douleur sont innombrables et ce n'est pas le contexte de les présenter d'une manière exhaustive. Dans la règle, la première acception de "traitements de la douleur" est "traitements médicamenteux" ou son synonyme : "traitements pharmacologiques". Il est utile de savoir que l'ergothérapie, la kinésithérapie, l'ostéopathie, etc., sont ainsi considérées comme des "traitements non-pharmacologiques". Nous vous proposons de passer en revue quelques aspects de ces traitements de manière théorico-théorique, théorico-pratique, pratico-théorique et enfin pratico-pratique. Pour débuter, nous mettrons un accent tout particulier sur la variable la plus saillante de nos prises en charge, à savoir le temps.

"En rééducation, vous êtes, dans la règle, confrontés à des douleurs chroniques ou au moins en risque de chronicisation. Vous êtes donc forcés, pour sortir de cette chronicisation, de créer une dynamique qui lutte contre cette inertie temporelle : de créer un processus de "contre-phénomène de la douleur". Et comme tout processus d'activités, la variable saillante est le temps qui passe. Il faut à tout prix montrer au patient un avant et un maintenant qui a changé pour faire naître

l'espoir d'un changement durable. Pour cela, il faut très certainement distinguer des niveaux aussi différents que le déficit, l'incapacité et la situation de handicap. Et peu importe que nous le nommions la "gêne fonctionnelle", le "dysfonctionnement occupationnel" ou la "situation de handicap", ce niveau ne pourra être modifié dans un utopique avenir que si et seulement si, des capacités – aussi minimes soient-elles – sont retrouvées. Au fur et à mesure que ce processus s'installe, l'utopie pourra devenir réalité : le sujet pourra peu à peu redevenir maître de son environnement domestique, social, voire professionnel. Et sa douleur pourra arrêter d'être l'actrice principale de sa vie." [Spicher, Quintal & Vittaz, 2015].

POINT DE VUE THÉORICO-THÉORIQUE

Très souvent, le patient douloureux chronique ne vit pas dans la même temporalité que les soignants.

"La douleur emprisonne le temps, elle prive l'individu de ses attentes, de ses surprises, elle trace une ornière dans la durée avec le sentiment d'y être embourbé sur un mode irrémédiable même s'il continue à se battre, à chercher des solutions. L'individu est dans l'indifférenciation du temps, il n'est plus dans la durée, mais dans la persistance du mal." [Le Breton, 2010].

La durée de la peine endurée par des douleurs chroniques est souvent assortie d'une date, en année, en mois, en jour, voire en heure. "Depuis combien de temps avez-vous trop mal ?" "Depuis le 11 avril 2007 à 11h." Il s'agit, en conséquence, de savoir que le patient a trop mal depuis trop longtemps, d'en évaluer sa durée – en mois –, mais aussi de dater précisément le début de la phase de séparation (fig. 6) avec son ancienne existence corporelle, affective-émotionnelle et sociale [Le Breton, 2017 ; Spicher & Le Breton, 2018]. Boris Cyrulnik, dans la description du processus de resilience, qualifie cette rupture par le concept évocateur de : "fracas" [Cyrulnik, 2016]. Alors que les soignants énoncent des objectifs, trop souvent, les patients en peine vivent encore l'instant où l'ambulance a quitté leur domicile ou, suite à un accident de la voie publique, sont encore allongés au sol.

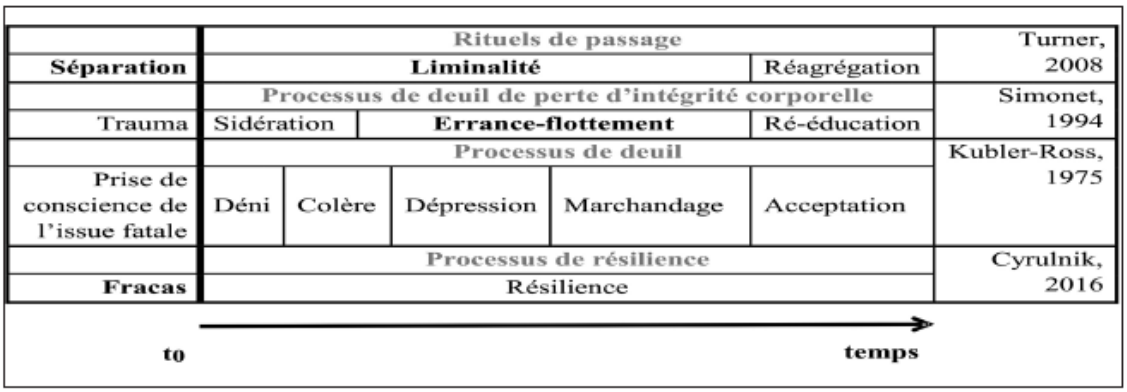


Fig. 6 : Le fracas ou la séparation précèdent la phase d'errance, de flottement ou de liminalité selon plusieurs processus [Spicher & Le Breton, 2018].

L'individu en proie à la douleur chronique souffre, mais il est aussi en souffrance comme on dit d'une lettre qui n'a jamais atteint son destinataire, il est en suspension, en attente, provisoirement sans destination. Immergé dans sa situation liminaire, il n'est plus ici ni ailleurs, ni d'ici ni d'ailleurs, ni chair ni poisson, il est marqué d'altérité, écartelé entre

des repères qui ne s'appliquent pas à sa personne et qui retentissent sur son sentiment d'identité [Le Breton, 2017 ; Spicher & Le Breton, 2018]. Il est dans un entre-deux, que Victor Turner [2008 (1969)] nomme la phase de liminalité (*de limen* : qui signifie en latin le seuil). Dans les rituels de passage, cet entre-deux est un passage entre deux états : la séparation et la réagrégation. En termes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, Valérie Simonet avait nommé ce passage : "phase d'errance et de flottement" [Simonet, 1994] qui est un passage entre le traumatisme (par exemple, l'amputation d'une main) et l'entrée en rééducation (le début de la thérapie du miroir).

AVANT de tenter de redonner espoir à un patient douloureux chronique et de poser des objectifs de traitement, il y a lieu de comprendre qu'il ne s'agit que d'un APRES. Le vrai commencement d'une rencontre débute par l'accueil du patient comme il est – et non comme nous voudrions qu'il soit –, c'est-à-dire, du patient dans sa phase de liminalité.

"La liminalité qualifie une situation de flottement au sein du lien social, hors des cadres habituels. Elle est durable, parfois définitive si elle ne débouche pas sur une phase de réagrégation, c'est-à-dire de retour de l'ordre commun. Elle est un piétinement sur le seuil, car la personne ne perd jamais tout à fait l'espoir de sortir de sa peine. Si elle participe encore au lien social, elle n'en a plus toutes les prérogatives. "Les entités liminaires ne sont ni ici ni là : elles sont dans l'entre-deux, entre positions assignées et ordonnées par la loi, la coutume, la convention et le cérémonial […]. Ainsi la liminalité est souvent assimilée à la mort, l'existence utérine, l'invisibilité, l'obscurité, la bisexualité, le désert, une éclipse de soleil ou de lune", dit Turner [2008 (1969)]. *Elle suspend l'identité de la personne, ses anciennes responsabilités sont défaites sans qu'il en ait acquis d'autres. Elle traduit un univers de chaos du sens, d'ambiguïté, de contradiction, d'effervescence, où les repères s'effacent. Dans la liminalité, la personne n'est plus soutenue par une trame symbolique qui la rassure sur elle-même et sur ses relations aux autres, son expérience et ses comportements sont trop déconcertants, elle est livrée à elle-même mais soumise en permanence au jugement extérieur qui l'enferme dans cette situation inconfortable."* [Le Breton, 2017].

Enfin, la raison la plus évidente pour laquelle le patient douloureux chronique ne vit pas dans la même temporalité que les soignants, c'est parce que la première connotation de chronique pour les citoyens est : "pour toujours". Il est donc nécessaire de rappeler tout simplement que Chronos – préfixe de chronomètre – était, dans l'Antiquité, le dieu du temps. Dans le domaine de la santé, douleur chronique, par définition, signifie ni plus ni moins : douleur qui persiste depuis plus de six mois [OMS, 1994].

POINT DE VUE THÉORICO-PRATIQUE

Le traitement des douleurs neuropathiques doit tendre vers une prise en charge globale, pluridisciplinaire et surtout coordonnée :

- globale, car la douleur présente différentes dimensions ;
- pluridisciplinaire, afin de pouvoir agir sur les différentes dimensions et en respectant une règle d'or : "Ne pas défaire le travail des autres". Et enfin,
- coordonnée, car une mauvaise coordination peut entraîner des effets contre-thérapeutiques.

Le phénomène de la douleur est composé de quatre dimensions [Spicher, 2002] : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale [Spicher & Spicher, 2008].

1 - La dimension sensorielle est intrinsèque à la définition de la douleur. Nous l'évaluerons par un bilan diagnostique de lésions axonales [Spicher, 2003] et cette dimension

apparaît dans le sous-total de la douleur sensorielle du Questionnaire de la Douleur St-Antoine (QDSA). Cette dimension décrit le phénomène de la douleur en termes de qualité, de durée, d'intensité et de localisation ;

2 - La dimension émotionnelle est aussi intrinsèque à la définition de la douleur et apparaît dans le sous-total de la douleur émotionnelle du QDSA ;

3 - La dimension cognitive est inhérente à la définition de la douleur. En nommant les différents symptômes douloureux, la personne peut ainsi sortir de l'aliénation engendrée par la douleur et de différencier peu à peu l'impression diffuse, sournoise de la douleur. Cette communication verbale ne se mesure pas par le QDSA. Toutefois, elle s'apprend et par conséquent se rééduque. Avant de faire des phrases comme *"j'ai trop mal depuis trop longtemps"*, il est utile de trouver déjà un ou quelques mots pour décrire la douleur : "brûlure", "décharges électriques", *"agualhada"*, *"kribbelnd"*, *"sensibilile al tocco"* : tous ces qualificatifs neuropathiques que nous offrent sur un plateau les différentes versions du *McGill Pain Questionnaire* (le QDSA en est la version francophone). Nonobstant, ils doivent être décryptés entre douleur ressentie et symptôme décrit ; c'est le travail de rééducation qui permet d'advenir à cette dimension cognitive du phénomène de la douleur. Autrement dit, la dimension cognitive fait référence à la re-PRÉSENT-ation mentale que le patient se fait de la douleur impactée par ses expériences douloureuses passées et leurs traces somatosensorielles ;

4 - La dimension comportementale est extrinsèque quoique polluée par de nombreuses valeurs intrinsèques habitant plus ou moins fortement les notions morales de chacun, notions tant éducatives (ne pleure pas si t'es un homme) que sociologiques *(chez nous, la douleur ne se partage pas) ou encore pseudo-biologiques (si l'IRM n'objective rien, c'est que je n'ai rien)*. C'est la théâtralité de la douleur qui s'exprime aussi bien par la communication para-verbale (audible comme le ton plaintif, voire les gémissements) que par la communication non-verbale (visible comme les postures antalgiques, les mimiques). C'est celle que nous sous-estimons toujours, ne sachant comment la mesurer.

"Être en accordage avec ces différentes dimensions du phénomène de la douleur présuppose une prescience, ou du moins, une perception qui va au-delà et en-deça de la dénotation verbale : une perception de la tonalité et de la couleur du phénomène de la douleur." [Spicher & Le Breton, 2018].

POINT DE VUE PRATICO-THÉORIQUE

L'ergothérapeute, dans cette prise en charge, va se mettre en position [Meyer, 2010] de :

- *Écoute :* il va être attentif à l'histoire du patient, il va amener le patient à mettre des mots précis sur ses douleurs (QDSA) ;
- *Conseiller :* il va proposer des adaptations matérielles, vestimentaires (notamment s'il y a présence de douleurs allodyniques), mais aussi une réadaptation des activités ;
- *Technicien* en choisissant une des cinq techniques de la méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques.

Il ne doit aussi pas perdre de vue la dimension temporelle de nos évaluations successives. Un PPH – 2 n'est qu'une image à un temps donné. Il est ainsi primordial de répéter ces images successives (fig. 7) dans une perspective évolutive et non figée [Spicher *et al.*, 2001; Fougeyrollas, 2010]. Une fois encore, le "temps" revêt toute son importance. C'est à part entière, un concept et son univers de sens.

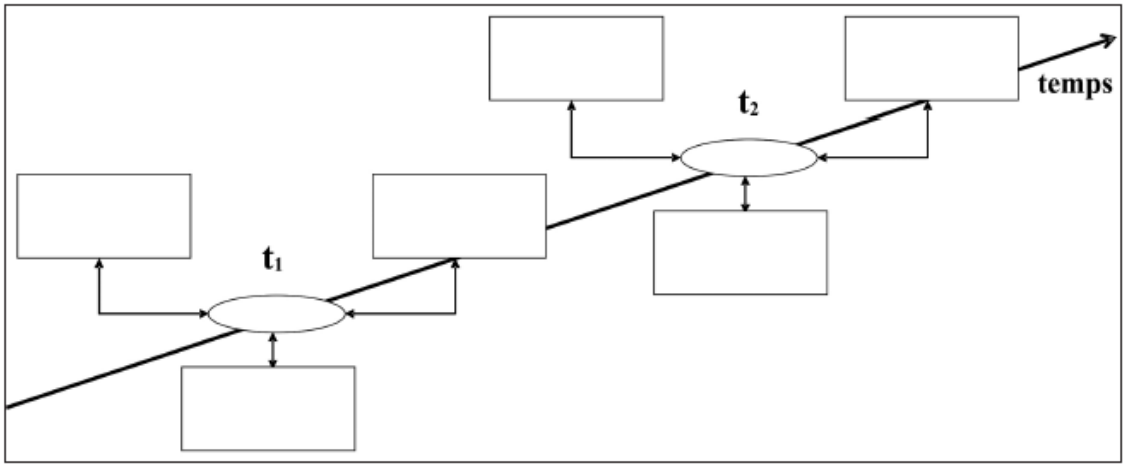


Fig. 7 : Deux évaluations de Processus de Production de Handicap (PPH-2) successives – au t_1, puis au t_2 –, symbolisées graphiquement (voir aussi les figures 1 & 2).

POINT DE VUE PRATICO-PRATIQUE

Il ne serait pas exhaustif de terminer cet article sans parler des quelques rares exceptions, où il n'y a pas de motifs à initier une rééducation sensitive. Sur le plan méthodologique, il y a deux motifs pour ne pas débuter un tel traitement :

- une anesthésie vibrotactile ;
- une absence de zone de contre-stimulation à distance.

Ces deux motifs sont en miroir avec les deux indications qui ont introduit ce chapitre.

Techniquement, une anesthésie vibrotactile se définit par une sensibilité qui ne détecte pas 100 grammes et qui ne perçoit pas des vibrations d'amplitude de 1 mm (à la fréquence de 100 Hz). Ceci nous est arrivé à 10 reprises au Centre de rééducation sensitive du corps humain lors de la prise en charge des 1753 patients évoqués dans ce chapitre.

Enfin, une contre-stimulation vibrotactile *à distance* n'est pas possible si la stimulation d'aucun niveau segmentaire n'est perçue de façon confortable. Après avoir tenté de ne pas toucher tout l'hémicorps concerné pendant trois semaines, si ce statut persiste, il faut malheureusement reconnaître que ce patient ne peut pas bénéficier d'une méthode de traitement par le toucher.

* *
*

Pour conclure, les douleurs neuropathiques proviennent d'un trouble du système nerveux somatosensoriel. Dans la plupart des cas, elles persistent depuis plus de six mois, d'une façon non contrôlée, sans aucun but de protection et ont un grand impact dans la participation de la personne.

La récupération de l'intégrité du système nerveux somatosensoriel devient, en conséquence, urgente. Prendre en compte, d'une part les dimensions sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale de la douleur et, d'autre part, les conséquences qu'elles

entraînent sur l'environnement de la personne douloureuse est ainsi notre grand défi en tant que thérapeute.

"Ces 15 dernières années, 900 thérapeutes et médecins de 29 nationalités, ont suivi des cours de rééducation sensitive de la douleur de 2 à 8 jours et une petite moitié ont assurément poursuivi leurs efforts. Parmi les autres, certains ont été freinés, notamment par des questions d'acquisition de matériel. L'assiduité est un prérequis nécessaire pour s'imprégner de ce tout. Et c'est à ce seul prix que nous éviterons les manichéismes simplistes qui nous discréditeraient des médecins. La rééducation sensitive requiert du doigté et de la nuance. L'effort et la ténacité ne suffisent pas à garantir des traitements réussis, il vous faut encore de la patience." [Spicher, Quintal. & Vittaz, 2015].

Néanmoins, nous ne saurions conclure sans évoquer les patients qui nous sont confiés. Nous laissons donc le mot de la fin à l'un des pères de la prise en charge de la douleur, sans qui les Centres de LUtte contre la Douleur (CLUD) n'auraient jamais vu le jour :

"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, Qc, Canada." [Spicher & Quintal, 2013].

RÉSUMÉ

Les douleurs neuropathiques, spontanées ou provoquées, sont la conséquence de lésions invisibles du système nerveux somatosensoriel.

Des mécanismes de sensibilisation s'installent de la moelle épinière au cortex. Les répercussions sur les habitudes de vie, lourdes à endosser pour la personne, sont nombreuses ; notamment sur la qualité du sommeil.

L'évaluation de la sensibilité cutanée, de l'hypoesthésie tactile aux syndromes douloureux neuropathiques, et leur rééducation permettent, objectivement (n=1753), de diminuer ces douleurs et d'aider la personne à retrouver sa capacité d'agir.

Remerciements : *Les auteurs remercient de tout cœur notre communauté de pratique – RSDC® et académiciennes –, ainsi que Pacôme Spicher qui, comme à l'accoutumée, ont été d'une aide précieuse au moment crucial et habituel où ils n'arrivent plus à se relire.*

BIBLIOGRAPHIE

ANDRE JM, XENARD J, GABLE C, PAYSANT J. (1995). Rééducation de la sensibilité de la main. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-064-A-10, 1-9.* — CHAPUT E, PIETRAMAGGIORI G, DE ANDRADE MELO-KNAUT S, SPICHER C. (2017). Ebauche de synthèse : Évaluation clinique et choix thérapeutique fondés par les données probantes. *e-News Somatosens Rehab, 14(2), 55-65.* — CYRULNIK B (2016). Ivres paradis, bonheurs héroïques. *Paris : Odile Jacob.* — DONINELLI C. (Réalisateur). (2017). Fribourg, capitale mondiale de la rééducation sensitive [Film]. *Récupéré sur https://www3.unifr.ch/alma-georges/?s=r%C3%A9%C3%A9ducation+sensitive (source) (22.5.2018).* — DESFOUX N, NOËL L, SPICHER CJ. (2008). Vos patients souffrent d'hypersensibilité tactile. In P. Signorino (Ed.), Ergothérapie tous azimuts "l'activité, un défi au quotidien", *Actes de la 6e Journée d'Etude en Ergothérapie (pp. 40-9).* Bruxelles : ULB. — FOUGEYROLLAS P. (2010). La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap. *Québec (Qc) : Presse de l'Université de Laval.* — GOBET C (2011). Témoignage No 34 d'une patiente : Bannir les pantalons et ne porter que des robes ou des jupes. *e-News Somatosens Rehab, 8(3), 160-2.* — LE BRETON D. (1999). L'adieu au corps. *Paris : Métailié.* — LE BRETON D. (2010). Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance. *Paris : Métailié.* — LE BRETON D. (2017). TENIR. Douleur chro-

nique et réinvention de soi. *Paris : Métailié.* — LOESER JD, IASP TAXONOMY WORKING GROUP. (2011). IASP Taxonomy. *http://www.iasp-pain.org (source) (22.5.2018).* — M. R. (2008). Témoignage N° 11 d'une patiente : Réapprendre à vivre dans un nouveau corps. *e-News Somatosens Rehab, 5(1), 8 (une page).* — MERSKEY H. (1979). Pain Terms : *a List with Definitions and Notes on Usage, Pain, 6, 247-52.* — MERSKEY H, BOGDUK N. (Eds.) (1994). Classification of Chronic Pain : Descriptions of Chronic Pain Syndroms and Definitions of Pain Terms, (2nd ed.). *Seattle: IASP Task Force on Taxonomy.* — MEYER S (2010). Démarches et raisonnements en ergothérapie. (2e édition). *Lausanne : Les Cahiers de l'ÉÉSP.* — NOËL L, SPICHER CJ, DEGRANGE B, ROUILLER EM. (2005). Une esthésiographie intestable signe des lésions axonales ou comment cartographier une hypoesthésie douloureuse. In M.H. Izard & R. Nespoulous (Eds.), Expériences en ergothérapie, 18e série (pp. 127-35). *Montpellier, Paris : Sauramps médical.* — NOËL L, DESFOUX N, SPICHER CJ. (2008). Le bilan diagnostique de lésions axonales. In M.H. Izard (Ed.), Expériences en ergothérapie, 21e série (pp. 109-15). *Montpellier, Paris : Sauramps médical.* — ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1994). Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. *Genève : OMS.* — QUINTAL I, NOËL L, GABLE C, DELAQUAIZE F, BRET-PASIAN S, ROSSIER PH, ANNONI JM, MAUPAS E, SPICHER CJ. (2013). La méthode de rééducation sensitive de la douleur. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-469-A-10, 1-16.* — RUFFIEUX C. (2006). Témoignage N° 5 d'une patiente : Description de mon vécu au quotidien - cris d'alarme. *e-News Somatosens Rehab, 3(4), 149-52.* — SIMONET V. (1994). L'ergothérapeute face à une intégrité corporelle blessée. In M.H. Izard, M. Moulin & R. Nespoulous (Eds.), Expériences en ergothérapie, 7e série, (pp. 241-247). *Montpellier, Paris: Sauramps médical.* — SPICHER C (2003). Manuel de rééducation sensitive du corps humain (1re édition) – Préface : J.P. Roll. Genève, *Paris : Médecine & Hygiène.* — SPICHER CJ, SPICHER P. (2008). L'évaluation du phénomène de la douleur. *Ergotherapie, 10, 17-21.* — SPICHER CJ, QUINTAL I. (2013). La méthode de rééducation sensitive de la douleur. (2e édition) – Préface : R. Melzack. *Montpellier, Paris : Sauramps Médical.* — SPICHER C, LE BRETON D. (@ paraître, 25.2.2018). Ebauche de synthèse : Liminalité des expériences de la douleur. *e-News Somatosens Rehab, 15(1), 6-14.* — SPICHER C *et al.* (2001). Le processus de production du handicap en Suisse ; Exemples de réadaptation dans le canton de Fribourg. In R. de Riedmatten (Ed.), Une nouvelle approche de la différence ; comment repenser le "Handicap coll. Cahiers médicosociaux (pp. 155-69). *Genève, Paris: Médecine & Hygiène.* — SPICHER CJ, RIBORDY F, MATHIS F, DESFOUX N., SCHÖNENWEID F, ROUILLER EM. (2008a). L'allodynie mécanique masque une hypoesthésie : Observations topographiques de 23 patients douloureux neuropathiques chroniques. *Doul & Analg, 21, 239-51.* — SPICHER CJ, MATHIS F, DEGRANGE B, FREUND P, ROUILLER EM. (2008b). Static Mechanical Allodynia is a Paradoxical Painful Hypo-aesthesia: Observations derived from neuropathic pain patients treated with somatosensory rehabilitation. *Somatosens Mot Res, 25(1), 77-92.* — SPICHER CJ, QUINTAL I, VITTAZ M. (2015). Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques (3e édition) – Préface : S. Marchand. *Montpellier, Paris : Sauramps Médical.* — SPICHER C, RISCH N, OSINSKI TH, DYER JO, LEONARD G, SPRUMONT P, ANNONI JM, SCHÖNENWEID F, MOUTET F, MERMET-JORET N, DE ANDRADE MELO-KNAUT S. (2017a). Mise au point : De la nociception spécifique à la sensibilisation : Théories et mécanismes des phénomènes inexpliqués de la douleur persistante. *e-News Somatosens Rehab, 14(4), 158-67.* — SPICHER C, BUCHET N, QUINTAL I, SPRUMONT P. (2017b). Atlas des territoires cutanés pour le diagnostic des douleurs neuropathiques (3e édition) – Préface : J. Fraher. *Montpellier, Paris : Sauramps Médical.* — SPICHER P (2002). Le phénomène de la douleur chez l'enfant. De l'organisation temporelle aux moyens de faire face. Thèse de doctorat présentée à la Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg, Suisse. Bibliothèque Cantonale Universitaire réédité sous : Spicher P. [2010]. Le phénomène de la douleur chez les enfants : ou comment l'enfant apprend à gérer la douleur. *Sarrebruck : Editions universitaires européennes.* — TURNER V. (2008 [1969]). The Ritual Process. Structure and Anti-Structure. (2nd ed.). *Piscataway (NJ) : Aldine Transaction.* — VEYS B, HUYGHE T, BERA-LOUVILE A, GARET N, BLOND. (2006). Evaluation de la douleur chronique au travers du handicap, *Doul & Analg, 19(2), 3-12.*

NO COMMENT N^{O} 37

Aux médecins Aux scientifiques en neurosciences
Aux patients **Aux thérapeutes**

Spicher, C. & Fernandes Rodrigues, M. (BSc erg., RSDC®)

Le 11/04/2018 (t_0), lors de l'évaluation initiale effectuée au Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg, Suisse), Cloé, 10 ans et demi, présentait un *CRPS* selon Budapest depuis **8 mois** suite à un traumatisme.
Condition neuropathique : *CRPS* du nerf cutané sural latéral gauche avec allodynie mécanique (Stade V de lésions axonales).

Temps (en jours)	**QDSA**	**Système nerveux somatosensoriel**		
t_0	31 à **69** pts	Arc-en-ciel des douleurs **BLEU**	Ø	
t_{21}	20 à **56** pts	Arc-en-ciel des douleurs **INDIGO**	Ø	
t_{35}	**19** à 42 pts	Arc-en-ciel des douleurs **INDIGO**	Ø	
t_{49}	6 à **17** pts	Arc-en-ciel des douleurs **VIOLET**	Ø	
		Disparition du CRPS		
		Esthésiographie secondaire	**SPP$_{(c)}$**	**2 pts$_{(c)}$**
t_{56}	ND	Hypoesthésie tactile sous-jacente	1,0 g	77 mm
t_{63}	ND	Hypoesthésie tactile sous-jacente	0,7 g	ND
t_{70}	6 à **8** pts	Hypoesthésie tactile sous-jacente	0,7 g	25 mm normalisé
t_{77}	**0** pt	Hypoesthésie tactile sous-jacente	0,5 g normalisé	-

Tableau I : *A t_{77}, après 13 séances de rééducation sensitive, disparition de l'allodynie, du CRPS et des douleurs. QDSA : Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine ; ND : Non Déterminé ; SPP$_{(c)}$: Seuil de Perception à la Pression, version courte$_{(c)}$; 2 pts$_{(c)}$: Test de discrimination de 2 points statiques, version courte$_{(c)}$.*

Dès que Cloé a commencé à respecter la prescription de toucher le moins possible la face latérale de sa cheville et à marcher avec des béquilles, une réduction de l'allodynie mécanique, du *CRPS* et des douleurs ont pu être observées. L'évolution a été rapide. Cinq semaines après la dernière séance, Cloé avait passé des vacances sans douleurs et sans restrictions.

Voir l'atmosphère douloureuse N° 8 dans le volume *e-News* 2018 *15*(3)

OMBRE & PÉNOMBRE

Le lieu sûr de ma paix est ce plus-grand-que-moi

Aux médecins
Aux patients
Aux scientifiques en neurosciences
Aux thérapeutes

« Il arrive que tomber et se relever ne soit qu'un seul et même mouvement. Comme mourir et naître, se perdre et se trouver.

Peut-être est-ce la condition pour accéder, parfois, à une paix qui surpasse toute intelligence, qui n'a d'autre justification qu'elle-même. Une paix qui ne soit pas négociation vaine avec le réel. Une paix qui ne soit pas de pacotille ou feu de paille. Mais flambée millénaire de ce qui en l'homme se relève inconditionnellement.

Une paix qui ne pose aucune condition, ne propose aucune solution. Une paix qui ne réduit pas nos contradictions, mais opère sur elles cette étrange alchimie dans laquelle les contraires cessent de nous tirailler pour simplement nous élargir.

Car la paix n'est pas tranquille. Pas plus que l'amour n'affectionne ou que la liberté n'autorise, la paix ne rassure. Vous entendez que ces mots ont un poids : paix, amour, liberté ; ils ont une densité. Prenez-les dans vos mains, éprouvez leur consistance. Ils descendent dans vos vies, plus profond que certitude, assurance, autorisation, affection. Ils se posent en des lieux sûrs et imprenables, ils sont rares mais ils savent s'ancrer, à l'abri de nos surfaces où coups de vent et coups d'éponge ont tôt fait de les balayer.

Le lieu sûr de ma paix est une soif inassouvie, un élan, un sursaut. Ce lieu sûr est une traversée, l'appartenance à l'espèce nomade à qui jamais rien n'appartient. Le lieu sûr de ma paix est ce plus-grand-que-moi, cet Autre qui me saisit et que je ne saisis pas, qui m'inspire et m'aspire au-delà de moi-même, au-delà de ce dilemme tourbillonnant de tout vivant, pris entre l'effroi de la mort et l'acceptation de ma finitude. »

Muller-Colard, M. (2016) – *L'intranquillité*.
Paris : Bayard.

TÉMOIGNAGE Nº 65 D'UNE THÉRAPEUTE

« Mon expérience d'ergothérapeute avec des patients atteints de sclérose en plaques »

Aux médecins
Aux patients
Aux scientifiques en neurosciences
Aux thérapeutes

Catherine COUVREUR[6], ergothérapeute, RSDC®

Abstract

Introduction et intérêt de la question
Une prise en charge spécifique en ergothérapie s'est posée pour permettre au mieux d'aider les patients atteints de sclérose en plaques (SEP) et présentant des troubles de l'équilibre.

En me basant sur le lien entre troubles de l'équilibre et troubles de sensibilité de la plante du pied, avec comme bagage ma formation en rééducation sensitive, nous avons voulu mettre en lumière l'impact que cette dernière pourrait avoir sur les performances des patients.

Méthode
Un bilan recueille les données nécessaires à la mise en place du plan de soin. Celui-ci suit les codes définis par la technique de rééducation sensitive (RS), avec des exercices au domicile adaptés au niveau de la perception sensitive. En complément, au sein du service d'ergothérapie, l'accent est mis sur les exercices d'équilibre et de proprioception. Des évaluations régulières permettent une éventuelle modification du suivi.

Résultats et conclusion
Une rééducation spécifique des patients atteints de SEP, dont une évaluation de la qualité de la perception cutanée de la plante du pied est corrélée avec les troubles de l'équilibre. *A contrario*, l'amélioration du tact plantaire améliore l'équilibre de ces patients.

Mots clés : ergothérapie, troubles sensitifs, plante du pied hypoesthésique, équilibre, sclérose en plaques

Postulat de départ

Depuis le début de ma formation en rééducation sensitive (RS), mon intérêt s'est principalement porté sur la rééducation des troubles sensitifs des patients atteints de sclérose en plaques (SEP), car 30% d'entre eux en souffrent (Cambier et al., 2012).

[6] Département de réadaptation ; Unité d'ergothérapie externe – site de Léonard de Vinci, ISPPC, Charleroi, Belgique catherine.couvreur@chu-charleroi.be

Cet intérêt s'est vu renforcé par ma pratique quotidienne au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle neurologique où les patients présentant des troubles moteurs et des troubles majeurs de l'équilibre sont plus que nombreux.
L'interaction entre les troubles de l'équilibre et les troubles sensitifs au niveau de la plante du pied n'étant plus à démontrer (Kavounoudias et al., 1999), nous avons donc décidé de concentrer nos observations sur les traitements des patients atteints de SEP, présentant des troubles de la marche et de l'équilibre entraînant des répercussions sur leurs habitudes de vie (Couvreur, 2013).

En conséquence, la rééducation sensitive porte exclusivement sur la plante du pied hypoesthésique et ce, en complément d'une rééducation classique.

Il est important de noter que ces traitements sont spécifiques d'une part, aux patients dont la marche est toujours possible et d'autre part, à ceux qui présentent des répercussions motrices minimes de la maladie (les patients se dépaçant en fauteuil roulant sont exclus).

Ces prises en charge d'ergothérapie s'intègrent dans un processus pluridisciplinaire comprenant le suivi médical par le neurologue, la kinésithérapie et, au besoin, la neuropsychologie, la logopédie et /ou la psychologie.

Avant d'aller plus loin, il est important de préciser que les patients sont envoyés pour une prise en charge purement motrice. Dans la presque totalité des cas, aucune plainte de diminution ou de perte de sensibilité ne m'est rapportée ni par le médecin prescripteur ni par le patient lui-même. Néanmoins, j'ai décidé de normaliser ce type de prise en charge particulière.

De manière progressive, puis systématique, des troubles sensitifs ont été constatés chez chacun des patients testés, troubles auxquels les patients ont été conscientisés. En effet, un éventuel déficit de leur fonction sensitive, même s'il n'est pas perceptible, peut avoir un impact sur leur proprioception et leur équilibre. Il a dès lors ensuite été possible d'aborder l'importance de la rééducation conjointe de la sensibilité et de l'équilibre.

Méthodologie

Les anamnèses générale et clinique sont complétées avec l'inventaire des troubles moteurs. Mon intervention débute par des bilans sensitifs de base, relatifs à l'hypoesthésie (Spicher et al., 2015) : qualificatifs somesthésiques, test de discrimination de 2 points statiques, seuil de perception à la pression (SPP) et, au besoin, le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine.

L'hypoesthésiographie (Noël et al., 2008) n'est pas réalisée en tant que telle. Pour le recueil de mes données, je dessine les pourtours de la face plantaire du pied du patient. La zone de travail utilisée pour mes tests est donc définie du bord du talon, vers les têtes de cinq métatarsiens et les orteils, en excluant le creux plantaire. Le travail sensitif se déroule donc en utilisant les zones d'appui de la plante du pied lors de la marche, en corrélation avec la proprioception et l'équilibre. Les codes définis par la rééducation sensitive restent utilisés, comme l'esthésiographie annotée de la couleur verte.

Les résultats au test de discrimination de 2 points statiques et donc les stades de sensibilité, comme décrits dans la classification, sont nécessaires à la guidance de mes exercices et également au bien-fondé de mon intervention vis-à-vis des médecins. Je rappelle que cette forme de prise en charge, réalisée chez des patients asymptomatiques et ne présentant pas de plainte sensitive, se justifie par les résultats obtenus.

La fréquence des prises en charge réalisées au Centre est variable (de 1 à 5 traitements / semaine) et cela, sans relation avec l'approche de la RS, mais bien en fonction de la prescription médicale.

Le suivi au domicile est alors adapté, comme le décrit la méthode de rééducation sensitive (Spicher et al., 2015), en fonction de leur stade de sensibilité ; à savoir : stade de sensibilité S_2 pour la rééducation des tracés et stade de sensibilité S_3 pour la thérapie du touche-à-tout. Le *modus operandi* et les bases de la méthode sont (Spicher et al., 2015) : 4 séances d'exercices de 5 minutes réparties au fil de la journée (soit 20 minutes d'exercices par jour).

Lors de chacune de ces séances, le patient réalise des stimulations aux mécanismes de neuroplasticité dans le but de « réveiller la plante du pied ». Il me semble plus opportun d'employer des termes usuels et faciles à imaginer, plus appropriés que les termes médicalisés qui s'avèrent souvent moins évidents pour les patients.

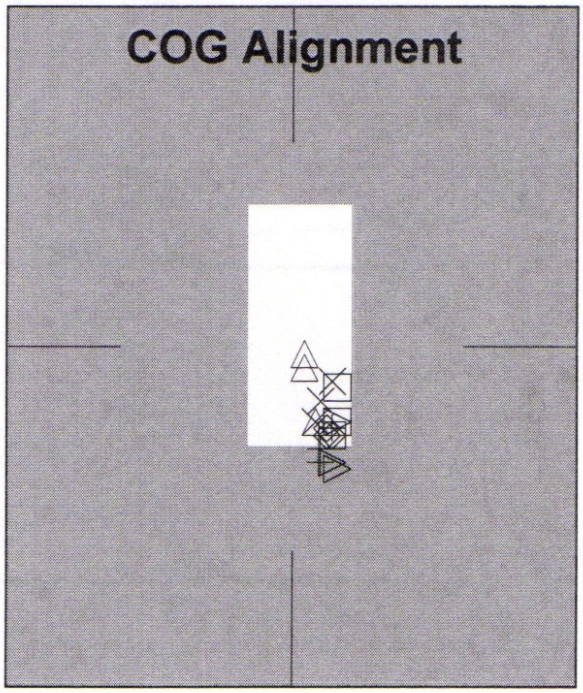
Pour la thérapie du touche-à tout, les stimulations se font via un jeu de textures différentes (soie, laine, velours et tissus en tout genre); pour la rééducation des tracés, via la petite gomme d'un crayon. Ces stimulations pluriquotidiennes ont toutes la même finalité : réveiller les sensations plantaires et accroître les performances sensitives. C'est la pierre angulaire de la rééducation.

Cependant, la première étape consiste à informer les patients sur leurs troubles sensitifs et de les conscientiser sur l'importance d'une récupération maximale de leur sensibilité. De là découle le postulat qui me guide : afin d'optimiser leur équilibre, la rééducation s'oriente de façon complémentaire entre sensibilité plantaire et travail équilibre - proprioception.

Les exercices de rééducation de l'équilibre se retrouvent ainsi associés, de façon systématique, aux stimulations sensitives classiques : des planches de proprioception (style planche de Freeman), plateaux à bascules (striés ou non), coussins d'équilibre ... La prise en charge somatosensorielle globale de la plante du pied est donc très intensive.

Résultats

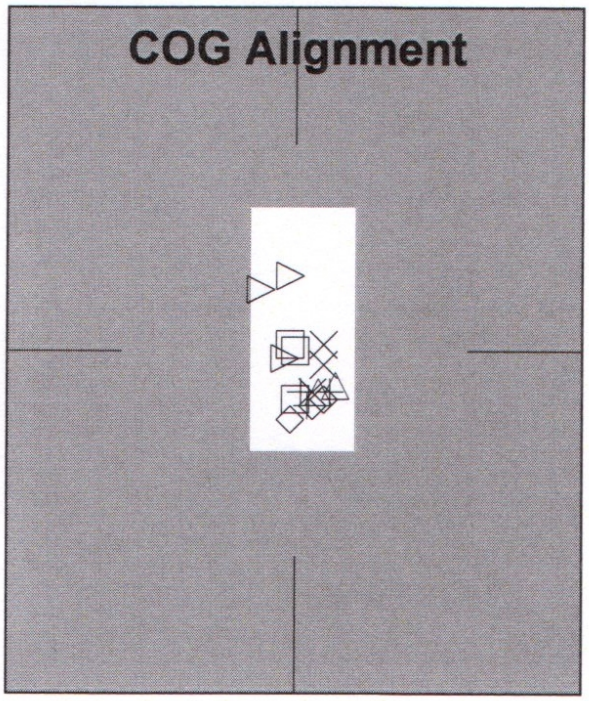
Au fil de ces séances, le patient est régulièrement contrôlé afin de mesurer la qualité de sa perception sensitive et, au besoin, le plan de soins est adapté. C'est grâce à ces prises en charge multiples, basées sur ma pratique et des connaissances solides en RS que de franches améliorations des aptitudes nécessaires dans la vie quotidienne du patient ont pu être constatées.



Le centre de gravité, analysé lors des différentes épreuves, est représenté par l'amalgame des formes géométriques, répertoriées par la plate-forme au cours de l'analyse posturale.

Il est clairement déporté à l'arrière et à droite de la projection centrale attendue (milieu du carré blanc central), ce qui objective un centre de gravité postérieur droit chez la patiente

Figure 1 : Equitest 1 en date du 8/8/2012, relevé du centre de gravité d'O.A. au cours de l'épreuve 1 (Couvreur, 2013).



Le centre de gravité est toujours représenté par les formes géométriques récoltées par l'Equitest au cours de l'épreuve.

Cette analyse démontre un meilleur centrage de ce dernier. Le déplacement à droite est complètement annihilé, et le report postérieur s'estompe, en retrouvant un axe plus central.
Le centre de gravité se retrouve entièrement dans les normes établies par l'Equitest (carré blanc intérieur à la zone grise)

Figure 2 : Equitest 2 en date du 21/11/2012, relevé du centre de gravité d'O.A. au cours de l'épreuve 2 (Couvreur, 2013).

Certains patients ont été testés sur une plate-forme qui évalue l'équilibre et le centre de gravité Equitest® (Sornay, Y., 2002). Les données sur la position du centre de gravité ont été collectées en début et en fin de prise en charge (**Fig. 1 & 2**). Les résultats indiquent que les performances se sont plus ou moins améliorées. Ces mesures ne sont malheureusement pas systématiques, mais celles réalisées démontrent l'utilité et le bien-fondé d'adjoindre la RS particulière de la plante du pied à une prise en charge rééducative de l'équilibre au traitement des patients souffrant de SEP.

Pour conclure, cette observation a permis une nouvelle approche de rééducation qui a élargi le champ des possibilités thérapeutiques. Les patients ont, dès lors, pu optimaliser leur prise en charge globale et recouvrer ainsi une autonomie maximale dans leur vie quotidienne. Quant à moi, elle m'a permis d'explorer plus amplement mon identité ergothérapeutique.

Remerciements
J'exprime ma vive reconnaissance à Monsieur Claude Spicher qui guide mes démarches sensitives depuis de nombreuses années, ainsi qu'à tout le réseau des rééducateurs sensitifs qui, via cette revue et le forum de discussion, m'ont permis de développer ma réflexion et de découvrir de nouvelles pistes de rééducation.

Liste des références

- Cambier, J., Masson, M., Masson, C., & Dehen, H. (2012). *Neurologie* (13e éd., Coll. Abrégés). Paris, New York, Barcelone, Milan, Mexico, Sao Paulo : Masson.

- Couvreur, C. (2013). Hypoesthésie du nerf plantaire latéral gauche : Fait clinique d'une amélioration d'un déficit cutané sensitif par une prise en charge en rééducation sensitive. *e-News Somatosens Rehab*, *10*(2), 75-79. Téléchargeable : http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/Le-News-10_2_.pdf#page=22 (18.10.2018)

- Noël, L., Desfoux, N. & Spicher, C.J. (2008). Le bilan diagnostique de lésions axonales. In M.H. Izard (Ed.), *Expériences en ergothérapie*, 21e série (pp. 109-115). Montpellier, Paris : Sauramps médical.

- Kavounoudias, A., Roll, R., Roll, J-P. & Gilhodes, J.-C. (1999). Sensibilité tactile plantaire et contrôle postural. In M. Lacour (Ed.), *Posture et équilibre*, (pp. 25-39). Montpellier, Paris : Sauramps médical.

- Spicher, C.J., Quintal, I. & Vittaz, M. (2015). *Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques* (3e édition) – Préface : S. Marchand. Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 387 pages.

- Sornay,Y.(2002).http:www.framiral.fr/fr/doc/2002_sornay_correlation_multitest_equitest.pdf (19/10/2018)

Nouveauté

ÉPAULE ET TRAVERSÉE THORACOBRACHIALE

P. Pommerol

49 €

Isbn : 979 103030 148 9
284 pages, juin 2018

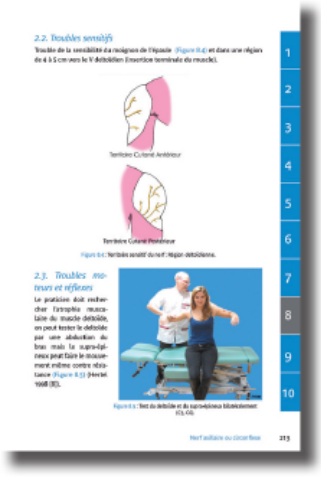
Depuis 1991, l'auteur pratique avec bonheur et assidûment les techniques vasculo-neuro-méningées ou « neurodynamiques » (terme impropre, mais largement utilisé en langue anglo-saxonne) qui recherchent la mobilisation vasculo-nerveuse par rapport aux tissus voisins.

Ce livre est résolument axé sur la thérapie manuelle, sa démarche diagnostique, ainsi que son traitement. Il fait suite au livre de base « Ostéopathie et thérapie manuelle du tissu neuro-méningé » qui a été publié en 2007 tout en restant indépendant. Les principes de la démarche clinique sont décrits dans un concept cartésien et dans une thérapie le plus possible basée sur des preuves.

La prise en charge manuelle des conflits canalaires au niveau de l'épaule est le sujet principal de cet ouvrage. Ainsi, le conflit de la traversée thoracobrachiale est décrit de façon très détaillé avec une partie médicale et rééducative, le raisonnement clinique et la description des cinq syndromes : le défilé des scalènes, le syndrome du petit pectoral, la pince costo-claviculaire, le syndrome du billot huméral et enfin le défilé scapulo-costal. Il est exposé également la démarche clinique et le traitement manuel pour les syndromes compressifs des nerfs long thoracique, axillaire et supra-scapulaire.

Ce travail est rédigé par un praticien libéral attaché à l'université Lyon 1 et respectueux de l'enseignement scientifique : les références sont nombreuses et justifient la thérapeutique proposée.

Ce livre s'adresse à tous les thérapeutes manuels et rééducateurs : professionnels ou étudiants, ostéopathes chiropracteurs, étiopathes, vertébrothérapeutes, médecins, praticiens de médecine chinoise, masseurs, et bien-sûr aux masseurs-kinésithérapeutes et physiothérapeutes.



SAURAMPS MEDICAL www.livres-medicaux.com

SUR L'INTERNET en LIBRE-ACCES

10 pas pour votre santé psychique

www.promotionsante.ch

Aux médecins
Aux patients

Aux scientifiques en neurosciences
Aux thérapeutes

Le monde du travail et de l'économie a beaucoup évolué au cours de ces dernières années. Beaucoup de choses se sont améliorées en matière de sécurité au travail et la plupart des gens savent désormais qu'une alimentation équilibrée et une activité physique quotidienne sont importantes pour se maintenir en bonne santé. Aujourd'hui, ce qui pose avant tout problème ce sont les contraintes psychosociales comme le stress, la surveillance ou le *mobbing*. Or les stratégies pour lutter contre ces contraintes et rester en bonne santé psychique sont moins connues. Les « **10 pas pour votre santé psychique** » vous aident à vous maintenir en bonne santé et peuvent contribuer à prévenir des maladies psychiques. Découvrez dans cette brochure des conseils judicieux qu'il vous sera facile d'intégrer dans votre quotidien.

Rester actif
sur le plan physique : faites régulièrement de l'exercice

Se détendre
Accordez-vous des plages de repos et de détente pour faire le plein d'énergie

Pratiquer des activités créatives
Laissez libre cours à votre imagination

En parler
Partagez vos inquiétudes et vos joies avec des personnes de confiance

Ne pas renoncer
Surmontez les crises et les diffcultés

Rester en contact avec des amis
Entretenez vos relations sociales, voyez vos amis

Participer
Adhérez à une communauté de pratique et impliquez-vous

Apprendre de nouvelles choses
Aiguisez sans cesse votre curiosité, osez découvrir de nouvelles choses

Demander de l'aide
Cherchez du soutien en cas de problème et acceptez-le

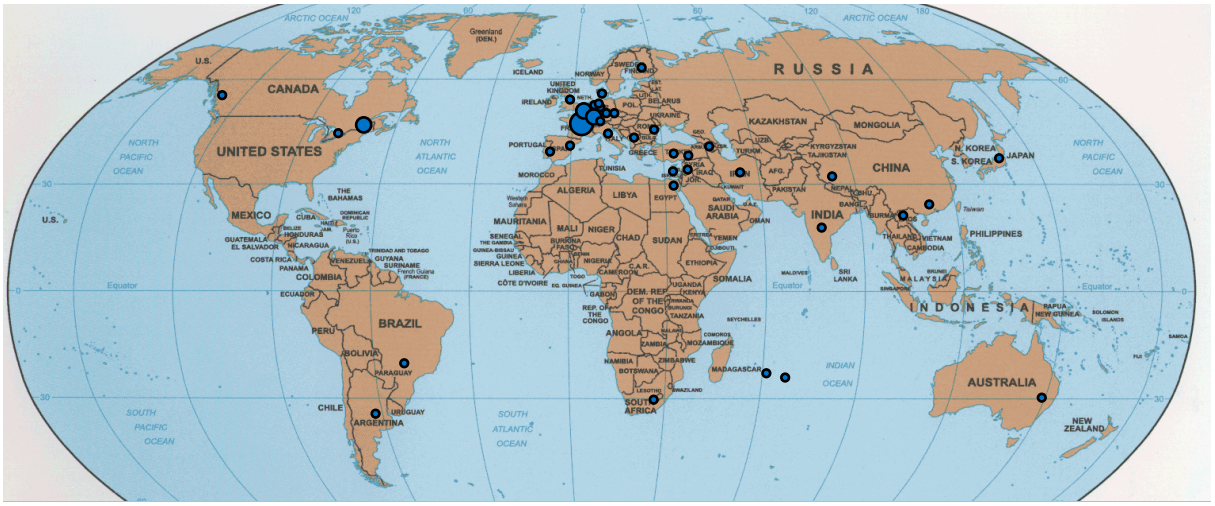
S'accepter tel que l'on est
Acceptez-vous et prenez soin de vous

Adapté aussi de MIGROS **MAGAZINE 40 - octobre 2018**

1127 Somatosensory Therapists of Pain from 40 countries

To MD To neuroscientist
To patient **To therapist**

In 1992, the first communication about somatosensory rehabilitation of pain was done at the occasion of the 1st Congress of the swiss society for hand therapy. In 2001, this method was taught for the first time. On November 25th 2018, 1227 therapists, surgeons and medical doctors from **40 countries** have been trained to somatosensory rehabilitation of neuropathic pain.



●	≥ 300

●	≥ 100

•	< 100

1	France	424
2	Canada (F)	231
3	Switzerland (F)	221
4	Switzerland (G)	125
5	The Netherlands	53
6	Belgium	32
7	Switzerland (I)	19
8	Canada (E)	18
9	India	17
10	Reunion Island	17
11	Germany	11
12	Luxemburg	8
13	Spain	7
14	Portugal	4
15	Greece	3
16	Finland	3

17	Turkey	3
18	Austria	3
19	Italy	2
20	Roumania	2
21	Egypt	2
22	Denmark	2
23	Israel	2
24	United-Kingdom	2
25	Czech Republic	1
26	Australia	1
27	Argentina	1
28	South Africa	1
29	USA	1
30	Brazil	1
31	Syria	1
32	Saudi Arabia	1

33	Japan	1
34	Estonia	1
35	Mauritius Island	1
36	Vietman	1
37	Tibet	1
38	Iran	1
39	China	1
40	Lebanon	1

TOTAL
1227

Continuous Education – Formation continue

Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques : une méthode au **niveau 2b d'évidence** basée sur des données probantes

http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier

Formation continue modulaire de 8 jours, sur un, deux ou trois ans : 56 heures de cours, ~64 heures de travail personnel, puis rédaction d'un fait clinique pour l'obtention du titre de RSDC® et ainsi intégrer la communauté de pratique d'experts en rééducation sensitive des douleurs neuropathiques – soit 5 ECTS de 30 heures = 150 heures de formation.

2019

2020

Jours	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	2 jours
Montréal, ITHQ *Depuis 2009*					J5, J6, J7 & J8				Observations de patients et théorie à Fribourg (Suisse)
Montréal, ITHQ *Depuis 2009*	J1, J2, J3 & J4								
Montpellier EPE - ANFE *Depuis 2005*	J1, J2, J3 & J4								
Paris ANFE *Depuis 2016*					J5, J6, J7 & J8				
Montréal, ITHQ *Depuis 2009*	J1, J2, J3 & J4								

3-5 février 2020 **Module niveau 4** réservé aux **111 RSDC®**

Lieu Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg) avec18 illustrations de séances réelles

Cette 126e formation continue peut être comptabilisée pour la **re-certification** du titre RSDC®

Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques
Formation de 8 jours sur 2 ans

121e cours
Depuis 2005 à **MONTPELLIER**

1ère PARTIE
J1, J2, J3 & J4

Dates : Du lundi **18** au jeudi **21 mars 2019**
Troubles de base I & II, Complications douloureuses I & II

Formateurs
Nadège **Buchet**, ergothérapeute DE, RSDC®
Claude Spicher, ergothérapeute, thérapeute de la main certifié suisse (2003-2028), collaborateur scientifique universitaire en neurophysiologie

Lieu
Enseignement Permanent de l'Ergothérapie, Montpellier, France

Info
http://www.ergotherapiemontpellier.com/formation.html

Spicher, C., Quintal, I. & Vittaz, M. (2015). Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques (3e édition). Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 387 pages.

Spicher, C., **Buchet**, N., Quintal, I. & Sprumont, P. (2017). Atlas des territoires cutanés pour le diagnostic des douleurs neuropathiques (3e édition) – Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 102 pages – NOUVEAU format : 21 x 27 cm.

125e cours
Depuis 2015 à **PARIS**

2e PARTIE
J5, J6, J7 & J8

Dates : Du lundi **18** au jeudi **21 novembre 2019**
Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique I & II, Analyse de pratiques
Equivalence accordée pour un Module 3

Formateur
Claude Spicher, ergothérapeute, rééducateur de la main re-certifié SSRM, collaborateur scientifique universitaire en neurophysiologie

Lieu : ANFE, 13e arrondissement, **Paris**, France
Info
http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier - sfc.secretariat@anfe.fr

Ces formations peuvent être comptabilisées pour l'obtention du titre :
RSDC® Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée

Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques
Formation modulaire de 8 jours sur 2 ans

Une méthode au **niveau 2b d'évidence** basée sur des données probantes

122e cours
Depuis 2009 au Québec

2e PARTIE
J5, J6, J7 & J8

Dates : mercredi **11**, jeudi **12**, vendredi **13** & samedi **14 septembre 2019**
Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique I & II, Analyse de pratiques
Equivalence accordée pour un Module 3

Formateurs
Eva Létourneau, BSc erg., Maîtrise en pratiques de la réadaptation de l'Université de Sherbrooke, RSDC®
Claude Spicher, ergothérapeute, thérapeute de la main certifié suisse (2003-2028), collaborateur scientifique universitaire en neurophysiologie

Lieu
Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec (ITHQ)
3535, Rue Saint-Denis, **Montréal**, QC H2X 3P1

Info
http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier

Spicher, C., Quintal, I. & Vittaz, M. (2015). Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques (3e édition). Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 387 pages.

Spicher, C., Buchet, N., Quintal, I. & Sprumont, P. (2017). Atlas des territoires cutanés pour le diagnostic des douleurs neuropathiques (3e édition) – Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 102 pages au NOUVEAU format : 21 x 27 cm.

123e cours
Depuis 2009 au Québec

1ère PARTIE
J1, J2, J3 & J4

Dates : lundi **16**, mardi **17**, mercredi **18** & jeudi **19 septembre 2019**
Troubles de base I & II, Complications douloureuses I & II

Formateurs, Lieu & Info
Comme ci-desus, pour la 2e partie

Ces formations peuvent être comptabilisées pour l'obtention du titre :
RSDC® Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée

An evidence-based practice method level 2b

124th course for somatosensory rehabilitation of neuropathic pain
http://www.neuropain.ch/education

To become CSTP® Certified Somatosensory Therapist of Pain

23–26 Sept. 2019	**1st PART** NeuroPain Rehab **(Day 1 to Day 4)** with Rebekah Della Casa CSTP® & Claude J. Spicher
Place	Somatosensory Rehab Ctr (Fribourg - Switzerland)
	Observation of three **live treatments**

130th course for somatosensory rehabilitation of neuropathic pain
http://www.neuropain.ch/education

To become CSTP® Certified Somatosensory Therapist of Pain

September 2020	**2nd PART** Neuropain Rehab **(Day 5 to Day 8)** with Rebekah Della Casa CSTP® & Claude. J Spicher
Place	Somatosensory Rehab Ctr (Fribourg - Switzerland)
	Observation of four **live treatments**

10-13 June 2020	**25th FESSH & 13th EFSHT Congresses**
Place	Basel (Switzerland)

SOMATOSENSORY REHABILITATION of PAIN NETWORK

Brussels | Montpellier | Paris | Freiburg | Montreal | Bordeaux | Amsterdam

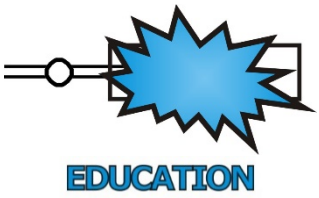
www.neuropain.ch

6, Hans-Geiler Street

Department of Continuous education

CH - 1700 FREIBURG

info@neuropain.ch



SOMATOSENSORY REHAB of PAIN – 2019 – PART I (since 2001)

What can we offer our patients suffering from neuropathic pain?

1st PART NeuroPain Rehab (Day 1 to Day 4)

Observation of three live treatments

www.neuropain.ch/education/calendar

The **124th** course for **somatosensory rehabilitation of neuropathic pain** is a four day comprehensive theoretical and hands-on course for therapists, physicians and others, about a method to treat neuropathic pain patients (NPP).

Somatosensory Rehabilitation of Pain (Spicher, 2006) includes: Assessment of cutaneous sense disorders and their painful complications (CRPS, mechanical allodynia, neuralgia i.e post carpal tunnel syndrome release) and also rehabilitation.

Problem

Cutaneous somatosensory disorders, including hypoaesthesia and/or mechanical allodynia are often significant contributors to chronic pain, interfering with activities.

The normalisation of the cutaneous sense has a positive impact on **neuropathic pain**. The shooting pain, the burning sensations decrease and hypersensitivity resolves, offering NPP a better quality of life.

Concepts

The concept of Aβ pain was proposed by Marshall Devor [*Exp Brain Res* 2009] many years after Tinel (1917) suggested that neuropathic pain is conducted partly through the Aβ fibers. The etiology of neuropathic pain hinges on this idea. It means that chronic neuropathic pain can arise from the alteration of the somatosensory system and not only from the alteration of the C fibers. Therefore, the painful area must be carefully assessed in order to determine the presence of Aβ fibers lesions (tactile

hypoaesthesia and/or mechanical allodynia). Consequently, the normalisation of the cutaneous sense has a positive impact on neuropathic pain.

Overall Learning Aims

- To integrate precise techniques for identification and treatment of somatosensory changes;
- To rehabilitate cutaneous somatosensory disorders on the basis of the somatosensory system neuroplasticity;
- To avert the outbreak of painful complications by rehabilitating the cutaneous sense;
- To build bridges between rehabilitation, medicine and the neurosciences.

Some of these instructors of the Somatosensory Rehab of Pain Network

- Since 2001, Claude J. Spicher, Scientific collaborator (**University of Fribourg** – Neurophysiology Unit), Certified Hand Therapist Switzerland (2003 – 2028);
- Since 2008, Rebekah Della Casa, Certified Somatosensory Therapist of Pain (CSTP®) in the Somatosensory Rehab Ctr
- Since 2013, Eva Létourneau, BSc OT (graduated from **University of Montreal**), M. Read. (graduated from Sherbrooke University), CSTP®

Course Information

Date	23rd to 26th of September 2019
Time	9 am – 12 am & 1 pm – 5 pm
Duration	28 hours
Location	6, Hans-Geiler Street, 1700 Fribourg, Switzerland
Price	All together CHF 690.- (Work Documents in English + Handbook + Atlas).

References

Spicher, C.J. (2006). *Handbook for Somatosensory Rehabilitation.* Montpellier, Paris: Sauramps Médical.

Spicher, C.J., Buchet, N., Quintal, I. & Sprumont, P. (**2017**). *Atlas des territoires cutanés pour le diagnostic des douleurs neuropathiques* (3e éd.). Montpellier, Paris: Sauramps Médical.

Please note that the course is entirely based on : Spicher, C.J., Quintal, I. & Vittaz, M. (**2015**). *Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques* (3e édition) – Préface: Serge Marchand. Montpellier, Paris: Sauramps Médical.

125th Course for Somatosensory Rehabilitation of Neuropathic Pain
(Since 2001)
23rd to 26th of September 2019

REGISTRATION FORM

Deadline: Monday, 26th August 2019

Name:

First (given) name:

Professional occupation:

Address:

e-mail address:

Please fill and return to:

Somatosensory Rehabilitation of Pain Network
Department of Continuous Education
6, Hans-Geiler Street
CH-1700 Fribourg
Switzerland

e-mail : info@neuropain.ch

or

Fax: +41 26 350 06 35

Who are you?

You are 42'679 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients in 139 countries who are receiving *e-News for Somatosensory Rehabilitation of Neuropathic Pain*.

EDITORIAL BOARD

International Standard Serial Number (ISSN): 1664-445X

Editor-in-chief

@claudejspicher, University scientific collaborator, Swiss Certified HT, OT

Co-editor

Sibele de Andrade Melo KNAUT, PhD, pht (Brazil)

Editor

Florine ÉTIÉVANT, CSTP®, OT (Switzerland)

International assistant editors

@TaraLPackham, PhD, MSc, OT Reg. CSTP® (Ontario, Canada)
Julie MASSE, MSc OT (Québec, Canada)
Renée HAMILTON, BSc OT (Québec, Canada)
Séverine GLANOWSKI, CSTP®, OT (France)
Elodie GOERES, CSTP®, OT (France)
Aurélie RICHARD, CSTP®, OT (France)
Guillaume LEONARD, PhD, MSc, pht (Québec, Canada)
Eva LÉTOURNEAU, MSc OT, CSTP® (Québec, Canada)
Rebekah DELLA CASA, CSTP®, OT (Switzerland)
Sandra B FRIGERI, OT (Argentina)
Sarah RIEDO, zert. SST (Schweiz)
Noemi TROYON, BSc OT (Israel, Switzerland)
Noëmie MERMET-JORET, PhD (Denmark, France)
Clàudia PERIS Fonte, CSTP®, pht (Catalonia, Spain)
Thomas OSINSKI, PhD, pht (France)
Maya HAMMOUD, MSc(c), pht (Liban, Québec, Canada)

Honorary members

Prof EM ROUILLER, PhD (Switzerland)
Prof AL DELLON, MD, PhD (USA)
Prof R MELZACK, OC, OQ, FRSC, PhD (Québec, Canada)

Peer-reviewed since 2012

Published: 4 times per year since 2004
Deadline: 10th February, 10th May, 10th August, 10th November
Price: Free
Sponsor: Somatosensory Rehabilitation of Pain Network, Switzerland, Europe.
27 languages: Français, English, Dansk, Deutsch, Español, Português, Русский, Italiano, Lingala, Shqip, Srpski i Hrvatski, Corse, Česky, Svenska, Türkçe, Suomea, Ελληνικά, Nederlands, Hindi, עברית, عربية, 日本語, 한글, Norsk, Catala, བོད་ཡིག, 汉语。

e-News's Library: www.neuropain.ch #eNewsSomatosens
e-mail : info@neuropain.ch