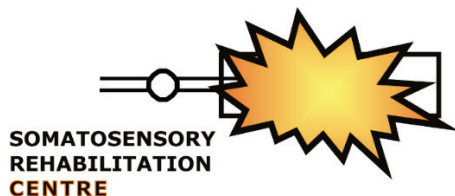
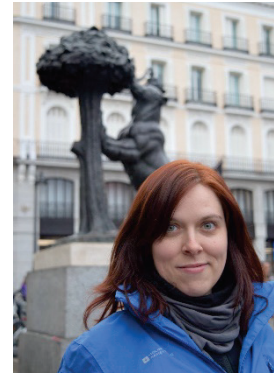




Powered by:



[www.neuropain.ch/SomatosensPainCtr](http://www.neuropain.ch/SomatosensPainCtr)



Eva LÉTOURNEAU  
guesteditor

- 41 Létourneau **Guesteditorial** Be an advocate for change!
- 44 Editorial Board **An Issue from the Five Continents**
- 45 Griffiths **Original Article** Utility of the Crowe Critical Appraisal Tool: A clinician researcher's perspective
- 47 Spicher & Spicher **Continuous Education** in Montreal (CDN) & Freiburg (Switzerland)
- 49 S. **Témoignage N° 69** Inutile d'aller au bout du monde !
- 51 Fayet & Denoël **Module niveau 4 2023** Rencontre de 24 RSDC<sup>®</sup> dans le cadre de leur re-certification
- 56 Clément & Spicher **No Comment Nb 43** 49-year-old female suffering for 36 months
- 57 Rajkumar, Manickam & Krishnan **Original Article** Importance of a Good Therapeutic Relationship: The Pledge
- 60 Groupe interdisciplinaire, intercontinental & intergénérationnel **Terminologie** Névralgie
- 62 Cheng **Aphorisme** L'artiste capte l'instant où l'aurore brise les ténèbres de la nuit ...
- 63 Buber **Schatten & Halbschatten** Die Philosophie der wirklichen Beziehung
- 64 Barcella Tchetcho & Temgoua **Original Abstract** Clinical Characteristics of Patients followed in the Institute of Applied Neurosciences and Functional Rehabilitation
- 67 Spicher & Spicher **Formation continue**

Official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation of Pain Network

[www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch) [www.SomatosensPainRehab.com](http://www.SomatosensPainRehab.com)

Peer-reviewed open-access journal

## GUEST EDITORIAL

### Be an advocate for change!

To **medical doctors**  
To patients

To neuroscientists  
To **therapists**

### Eva LÉTOURNEAU, BSc OT, M Rehab, CSTP<sup>©1</sup>

Recently, I realized that I have been an occupational therapist for more than fifteen years, and a certified somatosensory therapist of pain for ten years now. Passing those steps questioned me about the **accomplishment**, but also about what is to come.

During those years, I had the chance to work as a therapist in three different countries in public and private settings and with a lot of wonderful colleagues. I was also lucky enough to teach the method of somatosensory pain rehabilitation to more than one hundred people coming from all over the world. I also learned on my own, through these fantastic experiences. And there is one thing that resonates most with me, it is the notion of being an advocate for **change**!

I would like to explain what this means for me and how I think we all could, as health professionals, try to **become** advocates for change.

When I think about which change, I mostly think about the way neuropathic pain is perceived and more specifically how neuropathic pain patients are perceived and taken care of. Still after all these years, I too often hear a medical doctor, another health care professional or even the patients themselves, **minimizing** neuropathic pain, associating them with imagination – a *construction of the mind* – or even relating them to maximized pain in order to obtain something in return.

I will always try to educate and explain to everyone around me what neuropathic pain is, and more importantly, how to recognize it and treat it. I hope that through my passion about improving the quality of care and the services provided to patients, I will continue being an advocate for change. To be more specific, I can

---

<sup>1</sup> Réadaptation Beauce Appalaches ; 602 Boulevard Renault, G5X 1M9 Beauceville, (Qc, Canada).

think of **five paths** to make a difference in health facilities in driving improvements that benefit patients and colleagues.

The **first** thing that I would recommend doing, is championing **patient-centered care**. It goes with a very important thing: as a caregiver, never doubt the lack of authenticity of your patient's expression of pain. This is the postulate of the patient's sincerity in the method of somatosensory pain rehabilitation. When healthcare professionals prioritize patient needs and preferences and work to ensure that healthcare services are adapted to the patients needs, it is an effective way to promote change. This can involve advocating for improvements in communication, care, coordination and access to information and resources. Discussions with other professionals about the patient suffering from neuropathic pain, in order to work as a team has been very useful for me, sometimes just to have the same language regarding the origin of the pain and its authenticity. Listening to the patient's experience and discuss the goals of the therapeutic plan is crucial and should be systematically done.

**Second**, a good way to encourage staff development in terms of knowledge and practical skills is, in my experience, to just be available to discuss scientific findings about neuropathic pain and any related topic. It can also mean to discreetly do my job as an occupational therapist and let the improvements in the patient's condition speak for themselves. It can also be the fact of proposing to teach my colleagues about the method of somatosensory pain rehabilitation and coach them with their patients. Being an advocate for change implies the importance of **staff training and development** in delivering high-quality care with the latest best practices and healthcare progresses. Discussing policies of continuing education and professional development with people in charge of human resources in your facility can be the first step to ensure change.

**Third**, I try to promote innovation in facilities where I am and with collaborators such as doctors. A good portion of that is to endlessly explain what **scientific research** says about neuropathic pain by sharing scientific articles on the subject in my communications with other healthcare professionals. I had good results with some doctors, who now refer patients with allodynia as a diagnostic, asking for rehabilitation. I think it is important to encourage the exploration of new ways to deliver care that can improve patient outcomes. The method of somatosensory pain rehabilitation is one of them.

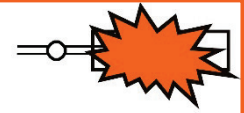
The **fourth** thing that I learned to do, is **fostering collaboration**. Being an advocate for change is recognizing that improving healthcare requires a collaborative effort with different professionals and organizations. I think we can work to facilitate communication and collaboration between different groups and promote shared goals and values. A simple way to do this is to take the habit of always contact other professionals working with your patient, especially if they work in a different facility. For myself, as an occupational therapist, a lot of my patients have treatments with a physiotherapist as those two professions work in physical rehabilitation. Since physiotherapy can involve manual therapy and physical contact that can influence neuropathic pain, especially when mechanical allodynia is present, I try to talk to my colleague as early as possible to discuss a common goal in terms of therapeutic plan. A lot of times, I explain what allodynia is and how to avoid eliciting that touch-evoked pain in order to get rid of it and prevent pain exacerbation for the patient. Sometimes I acknowledge that we voluntarily leave the neuropathic pain aside, for now, to focus on other urgent objectives with the patient. Another key collaborator for me is the doctor in charge of the patient. I think it is mandatory to give clear information to the doctor about the evolution of my patient, the modalities that I propose to use and the therapeutic goals that have been set. Within those communications, I try to put a lot of my objective observations and standardize testing to give credit to what I want to do and even refer to specific scientific articles if needed. I think that it helps open the discussion and facilitates collaboration.

The **fifth** way is something that I hope I can get better at in the years to come. That is advocating for **policy changes** on a larger level. Being an advocate for change could mean playing a key role in advocating for policy changes that can improve the healthcare system. This can involve working with policymakers and other stakeholders to identify areas where policy changes can have the greatest impact. Regarding neuropathic pain, the fact of participating more actively in groups that can have power like association of professionals, could be a path.

Overall, I think that being an advocate for change requires a **commitment to a continuous improvement** and a willingness to work collaboratively with others. By focusing on patient-centered care, staff development, innovation, collaboration and policy changes, advocates can help create a healthcare system that delivers better outcomes for neuropathic pain patients. I hope to be able to continue doing this for many years.



An Issue from the  
Five Continents



NeuroPain Rehab

20<sup>th</sup> birthday

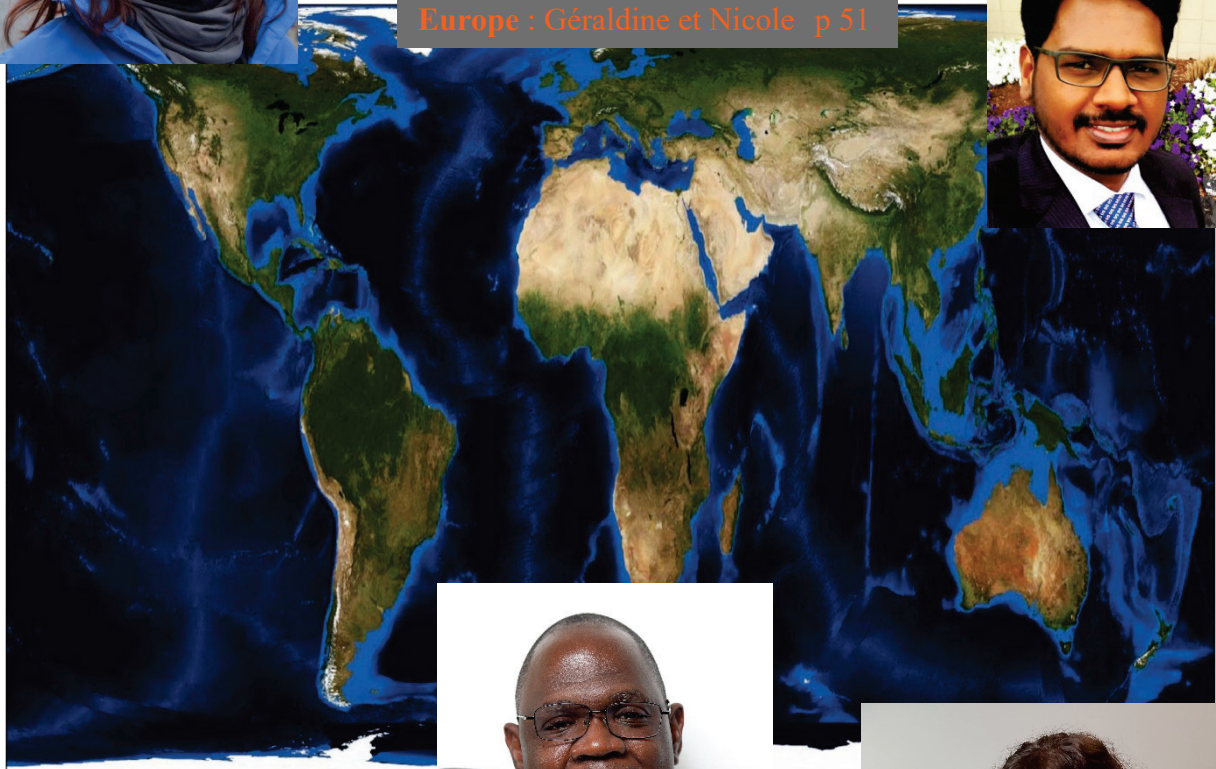


America : Eva p 41



Europe : Géraldine et Nicole p 51

Asia : Joshua p 57



Africa : Henryka & Michael : p 64



Oceania : Grace p 45



ORIGINAL ARTICLE

**Utility of the Crowe Critical Appraisal Tool:  
A clinician researcher's perspective**

To **medical doctors**  
To patients

To **neuroscientists**  
To **therapists**

**Grace S. GRIFFITHS, PhD<sub>(c)</sub>, MSc OT<sup>2</sup>**

I recently faced a challenge. I wished to critically appraise and synthesise all the evidence on non-pharmacological therapies for a specific condition. I wanted to use one single tool to appraise all studies regardless of their research design, to enable direct comparison between studies of different design, facilitate integration, and enhance the richness of conclusions and clinical recommendations. What I needed was a single Critical Appraisal Tool (CAT) that was designed to appraise studies of diverse designs based on the quality of each individual study within its own methodological domain. In my quest for such a tool, I found that few allowed the scope of designs I wished to include, many had been developed for one-off use in specific research projects only, and few had gone through a validation or reliability process. Then I discovered the Crowe Critical Appraisal Tool (**CCAT**).

Proposed by Michael Crowe and Lorraine Sheppard, the CCAT was developed to address this very gap (*Journal of Clinical Epidemiology*, 2011a). Its content is based on a combination of seven reporting guidelines, research methods theory, and analysis of 44 existing CATs. **Twenty-two items** fall into **eight** distinct quality **categories**: *Preliminaries, Introduction, Design, Sampling, Data collection, Ethical matters, Results, and Discussion*. Items are marked as being present, absent but should be present, or not applicable based on the research design used in the study being appraised. Evidence must be stated in the study and cannot be assumed. The appraiser then scores each category based on the marked items plus their overall assessment of that category. Categories are scored on a scale from **zero** (no evidence) to **five** (highest evidence).

**Quality** was ensured across three stages when developing the CCAT, for which detail and rationale are described in a subsequent publication (**Crowe & Sheppard, International Journal of Nursing Studies**, 2011b). These stages were developing the scoring system and user guide, pre-testing and amending the tool where necessary, and testing the CCAT against 5 existing CATs previously tested for validity and reliability.

---

<sup>2</sup> Department of Orthopaedic Surgery and Musculoskeletal; Medicine, University of Otago; 2, Riccarton Avenue, Christchurch 8011, New Zealand. Email: [grace.griffiths@postgrad.otago.ac.nz](mailto:grace.griffiths@postgrad.otago.ac.nz)

This latter process showed that all the categories used in the CCAT, except Preliminaries (formerly called Preamble), could be considered suitable for critical appraisal. However, there was insufficient reason to exclude this category because it could only be compared against one of the five alternative CATs.

Finally, **reliability** of the CCAT scores was assessed in 2012 with five participants (Crowe et al., 2012), using intraclass correlation coefficients to analyse consistency across test scores, alongside semi-structured interviews to gain participant feedback on the tool. Overall interrater reliability was moderate (above 0.7), with variation in scores likely due to participants' familiarity or lack thereof with research designs and research topics (these were randomly assigned). Despite this, another study (Crowe et al., 2011) showed that use of the CCAT provided much better score reliability compared to informal appraisal alone, and reduced the influence of subject matter knowledge.

Since its inception, the CCAT has been used many times in integrative and systematic reviews to appraise quality in studies of diverse designs. A quick review of published studies showed that it has been used more than 60 times in the last year alone. It appears especially popular in the medical and allied **health sciences**, and commonly facilitates critical appraisal performed by a team of researchers.

I found the user guide clear and the tool straightforward. Like participants in the reliability study (Crowe et al., 2012), it was easiest to use at the ends of the research continuum (e.g. true experimental and narrative case study) and harder to implement with descriptive, exploratory, and observational designs (due perhaps to the variability within these designs). There was also greater variability between team scores with these designs, requiring more team discussion to ensure consensus. Given the design scope, validity, and moderate reliability of the CCAT regardless of background knowledge, this **tool** is a good option for clinicians and researchers seeking to perform rigorous and integrative systematic reviews where diverse research designs are included. Where the researcher has less experience in a topic or specific research design, I would recommend seeking experienced supervision, due to the subjective nature of ratings.

## References

- Crowe, M. & Sheppard, L. (2011a). A review of critical appraisal tools show they lack: Alternative tool structure is proposed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 79-89;
- Crowe, M. & Sheppard, L. (2011b). A general critical appraisal tool: An evaluation of construct validity. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1505-1516;
- Crowe, M., Sheppard, L. & Campbell, A. (2011). Comparison of the effects of using the Crowe Critical Appraisal Tool versus informal appraisal in assessing health research: A randomised trial. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 9(4), 444-449;
- Crowe, M., Sheppard, L. & Campbell, A. (2012). Reliability analysis for a proposed critical appraisal tool demonstrated value for diverse research designs. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(4), 375-383.

**SOMATOSENSORY REHABILITATION of PAIN NETWORK**

Clouds | Montreal | Freiburg | Montpellier | Brussels | Amsterdam

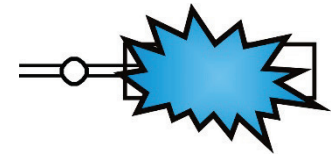
[www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)

Department of  
Continuous education

6, Hans-Geiler Street

CH - 1700 FREIBURG

[info@neuropain.ch](mailto:info@neuropain.ch)



**EDUCATION**

CLINIQUE GÉNÉRALE  
Ste-Anne

**SOMATOSENSORY PAIN REHAB – 2024  
– BASIC Courses in Freiburg (CH, EU) & Montreal (CDN)**

**What can we offer our patients suffering from neuropathic pain?**

**146<sup>th</sup> and 147<sup>th</sup> BASIC courses (Day 1 to Day 4)**

about **Somatosensory Rehabilitation of Neuropathic Pain Observation of three live treatments**

[www.neuropain.ch/education/calendar](http://www.neuropain.ch/education/calendar)

The basic 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) as well as their 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 and burning sensations decrease and hypersensitivity resolves, offering NPP a better quality of life.

**Concepts**

The concept of A $\beta$  pain was proposed by Marshall Devor [*Exp Brain Res* 2009] many years after Tinel (1917) suggested that neuropathic pain is conducted partly through the A $\beta$  fibers. The etiology of neuropathic pain hinges on this idea. It means that chronic neuropathic pain can arise from the alteration of the somatosensory nervous system: the **A $\beta$  fibers** and *NOT* only the C fibers. Therefore, the painful area must be carefully assessed in order to determine the presence of A $\beta$  fiber 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 acquire precise techniques for identification, assessment, and treatment of somatosensory changes;
- To rehabilitate cutaneous somatosensory disorders through the neuroplasticity mechanisms of the somatosensory nervous system;
- To avert the outbreak of painful complications by rehabilitating the cutaneous sense;
- To build bridges between health sciences, rehabilitation, medicine, and neurosciences.

## Instructors of the Somatosensory Rehab of Pain Network (SRPN)

[www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)

- Since 2001, Claude J. Spicher, Scientific collaborator (**University of Freiburg** – Department of Medicine and Community Health), **McGill University Lecturer** (Faculty of Medicine and Health Sciences), affiliate member (UNICENTRO, Guarapuava, Brazil), Certified Hand Therapist Switzerland (2003 – 2028).

### In Freiburg (Switzerland) with:

- Since 2008, Rebekah Della Casa, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain (CSTP®) in the Somatosensory Rehab Ctr.

### In Montreal (Canada) with:

- Since 2013, Eva Létourneau, BSc OT (**University of Montreal**), M Rehab (**University of Sherbrooke**), CSTP®.

	Freiburg	Montreal
Date	29 <sup>th</sup> of April to 2 <sup>nd</sup> of May 2024	11 <sup>th</sup> to 14 <sup>th</sup> of September 2024
Time	9 am – 12 am & 1 pm – 5 pm	9 am – 12 am & 1 pm – 5 pm
Duration	28 hours	28 hours
Location	6, Hans-Geiler Street, 1700 Freiburg, Switzerland	3535, St. Denis Street, Montreal, QC H2X 3P1, Canada
Price	All together <b>CHF 690.-</b> Atlas + Handbook (1 <sup>st</sup> ed.) + <b>Work documents</b> in English about the French editions in 2013, 2015 & 2020.	All together <b>CAD 995 -</b> Atlas + Handbook (1 <sup>st</sup> ed.) + <b>Work documents</b> in English about the French editions in 2013, 2015 & 2020.

## References

Spicher, C.J. (2006). *Handbook for Somatosensory Rehabilitation* (1<sup>st</sup> English edition stemming from the previous 1<sup>st</sup> French edition). Montpellier, Paris: Sauramps Médical.

Spicher, C.J., Packham, T.L., Buchet, N., Quintal, I. & Sprumont, P. (2020). *Atlas of Cutaneous Branch Territories for the Diagnosis of Neuropathic Pain* (1<sup>st</sup> English edition stemming from the previous 3<sup>rd</sup> French edition) – Berlin, London, Shanghai, Tokyo, New-York City: Springer-Nature.

Please note that the course is entirely based on: Spicher, C., Barquet, O., Quintal, I., Vittaz, M. & de Andrade Melo Knaut, S. (2020). *DOULEURS NEUROPATHIQUES : évaluation clinique & rééducation sensitive (4<sup>e</sup> édition)* – Préface : F. Moutet. Montpellier, Paris : Sauramps Médical.

TÉMOIGNAGE N° 69 D'UNE PATIENTE

**Inutile d'aller au bout du monde !**

Aux **médecins**  
Aux **citoyen·nes**

Aux **neuroscientifiques**  
Aux **thérapeutes**

La Californie ! Ses plages interminables, ses palmiers, son soleil et ses températures estivales qui rendent tout plus beau et plus facile...mais c'est loin, et c'est cher ! Douze heures de vol avec Swiss depuis Zurich, puis louer une voiture, se loger et, si possible, se débrouiller en anglais. Et **comment** on fait, quand on ne peut pas rester assise plus de 15 minutes sur un de ces coussins troués utilisés par certaines femmes après leur accouchement, comment on fait quand la position debout est également rapidement insupportable et que l'on doit s'allonger très régulièrement ?

Et bien, je l'ai fait, deux fois même. Pour l'**espoir d'une guérison**, d'une vie retrouvée, pour ne plus souffrir 24 heures sur 24, sans répit, sans une minute de soulagement, pour ne pas sombrer, pour ne pas mourir. Après une semaine d'hospitalisation pour d'intenses douleurs, des mois à pleurer, à survivre. Cette douleur qui vous prend entièrement, vous transforme, vous annihile.

La Californie, c'est l'espoir. Alors je pars, seule, vol *business class* pour pouvoir m'allonger, mon mari me conduit à l'aéroport de Bâle, je suis couchée sur le siège arrière. Une amie viendra me chercher à Los Angeles. Elle me conduira dans un centre du plancher pelvien, spécialiste de la névralgie pudendale pour trois semaines de traitement intensif en physiothérapie pelvi-périnéale. J'y ferai également des injections de toxine botulique. Une expérience formidable avec de véritables spécialistes,

attentionnés et à l'écoute. Mon état s'améliore, mais les douleurs sont **toujours là**, et je ne peux toujours pas m'asseoir. De retour en Suisse, je suis capable de reprendre partiellement mon activité professionnelle, avec quelques aménagements. Mais le quotidien et la vie sociale restent compliqués. Je continue la physiothérapie, et après 18 mois, plus ou moins tout ce qui pouvait être fait au niveau mécanique a été fait. Je vais encore voir un spécialiste en France, recommandé par ma thérapeute aux Etats-Unis. Il veut m'opérer. « Il faut couper les adhérences qui entravent le nerf pudendal ».

Un jour, au détour d'une **conversation** avec un collègue, j'entends parler de rééducation neuropathique. Avec la peau de lapin. Comme je m'intéresse aux neurosciences depuis longtemps, je me dis que c'est ce qu'il me faut. J'y crois. Mais cette thérapie traite-t-elle cette zone particulière du corps ? Justement, il y a une ergothérapeute non loin de mon lieu de travail. Je l'appelle, lui parle de névralgie pudendale, et elle connaît !! Et l'espoir renaît. Et pas besoin d'aller à l'autre bout du monde !

Cela fait maintenant trois mois que je me traite selon le protocole utilisé en rééducation sensitive, et je viens de passer un cap au niveau des douleurs qui ont déjà bien diminué. Je ne me souvenais plus que la vie était belle, et qu'il faut garder espoir ! Je me réjouis de chaque jour qui passe, car cela me rapproche de la guérison. Avant, mon meilleur ami était mon coussin à trou, je l'emportais partout, tout le temps. Grâce à lui, je pouvais m'asseoir. Maintenant, ma meilleure amie, c'est ma peau de lapin. Grâce à elle, je retrouve le **chemin de la vie**.

S., une voyageuse.

## MODULE niveau 4 – 2023

### Rencontre de 24 RSDC<sup>®</sup> dans le cadre de leur re-certification

Aux médecins

Aux neuroscientifiques

Aux patient·es

Aux **thérapeutes**

### Nicole Fayet et Géraldine Denoël, RSDC<sup>®</sup>

Dimanche soir 5 février dernier, les battements du cœur de la vie au Centre de rééducation sensitive des douleurs à Fribourg pulsent au rythme des arrivées successives des intervenant·es et des participant·es RSDC<sup>®</sup> au Module niveau 4 venu·es du Brésil, du Canada, de France, du Luxembourg et de Suisse.

Lumières douces, vins et boissons choisis avec délicatesse, délicieuses gourmandises et potages préparés par la famille de Claude, chaleureuses rencontres et retrouvailles nous souhaitent la bienvenue. Tout a été organisé avec enthousiasme, bienveillance pour que chacun·e se sente attendu·e, et accueilli·e. Le fil conducteur de notre formation à venir est ainsi déjà subtilement suggéré : prendre en soins nos patients plus complexes, prendre soin de l'autre, prendre soin de nous.



Photographies : Géraldine Denoël RSDC<sup>®</sup> - GD

L'objectif au programme de ces trois journées, jalonnées de temps de formation, de tables rondes, d'observations silencieuses de dix-huit séances et d'échanges sur le [forum.neuropain.ch](http://forum.neuropain.ch), était d'actualiser nos connaissances de la méthode de Rééducation Sensitive de la Douleur (RSD) et de faire évoluer notre pratique.

Sous cet énoncé un tantinet académique se cache un contenu autrement plus savoureux qui a la particularité de nous rappeler que le mouvement, c'est avant tout de permettre de produire de l'intelligence. Il s'agit d'accepter de bouger nos convictions, d'affronter nos incertitudes, de

relier le singulier à l'univers. Mais aussi de se poser des questions sur nos attitudes thérapeutiques, notre posture, nos modes de pensées et leurs conséquences sur nos actes.

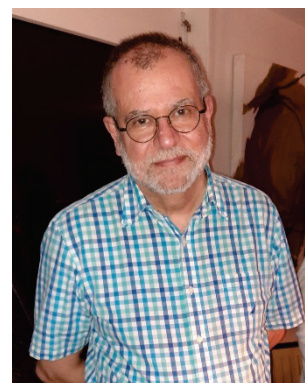


« Nouvelles stratégies thérapeutiques pour la consultation de la douleur »

Prof. Sibe de Andrade  
Melo Knaut



Table ronde

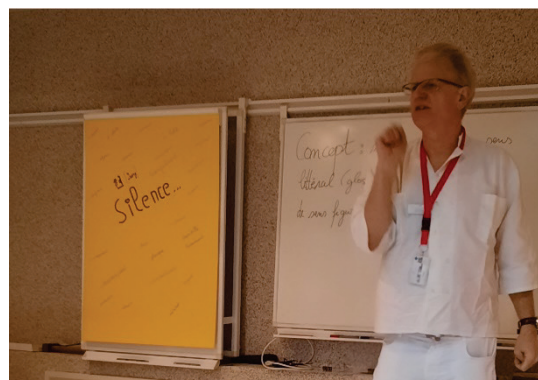


« Comment être éthique sans se fatiguer ? »

Marc Zaffran,  
alias Martin Winckler



Communication



« L'immédiat dans la fulgurance de toujours, ou quand arrêter notre processus thérapeutique. »

Claude Spicher (2021)

Photographies : GD

Dans notre pratique quotidienne, les patient·es que nous accueillons sont des survivant·es, sur le seuil de la mort, bloqué·es dans l'espace-temps à l'heure de l'accident. Iels n'ont peut-être plus qu'une identité, celle d'une personne souffrante, expérience à la fois sensorielle et émotionnelle, organique et psychologique, somatique et sémantique.

En tant que soignant·e, nous devons être avant tout des acteur·trices du changement en mouvement pour écouter avec attention (entendre), parler avec clarté, voir au-delà (contempler), comprendre (empathie) afin de définir nos stratégies thérapeutiques.



C'est un incessant aller-retour entre le „*Ich und Du*”, essence d'une relation, où la matière et le sens en font la substance. C'est accepter et favoriser ces silences habités, parfois assourdissants, mais tellement salutaires, car il n'est pas urgent de décider, d'agir. « Ce sont ces instants hors du temps où dans l'invisible quelque chose se déploie et se tend. » (Lim, 2016).



Photographie : Cécile Ravenel RSDC®



Photographie : GD

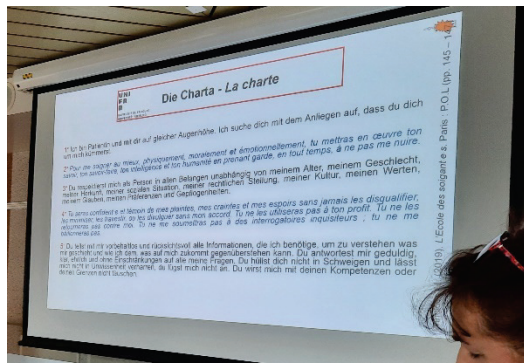
Être thérapeute, c'est comprendre le contexte bio-psycho-socio-spirituel, comprendre la douleur en tant qu'expérience sensorielle ET émotionnelle, qui dépend de facteurs dont nous devrions tenir compte.

C'est aussi adopter le paradigme d'une éthique conséquentialiste : seul compte le résultat de nos actes, perçus de manière bonne ou mauvaise par le patient, tant physiquement qu'émotionnellement. En osant demander « Qu'est-ce que vous ne voulez pas que l'on vous fasse, qu'est-ce qui vous fait peur ? », nous confions aux patient·es la responsabilité de nous dire comment iels ressentent notre intervention, en instaurant une symétrie, une horizontalité des pouvoirs et des savoirs.



Photographie : GD

Les soigné·es ont une attente de bienveillance où subsiste une petite crainte de nuisance possible de la part des soignant·es. Cette peur fait partie intégrante de notre être et nous contraint. Si nous ne tenons pas compte de ces peurs, nous contraignons les patient·es.



Photographie : GD

« Pour me soigner au mieux, physiquement, moralement et émotionnellement, tu mettras en œuvre ton savoir, ton savoir-faire, ton intelligence et ton humanité en prenant garde, en tout temps, à ne pas me nuire. » (Winckler, 2019, 2023)

Être conscient·e qu'en plus de nos techniques et connaissances théoriques, nos langages verbal, paraverbal ou non verbal, nos comportements peuvent avoir un effet placebo ou *a contrario* nocebo. Abandonnez les comparatifs, définissez les croyances de la personne qui se cachent derrière les phrases telles que « Je n'en veux pas, je n'y crois pas ... » ! « Le premier médicament d'une personne qui soigne, c'est elle-même. » (Winckler, 2023)

N'utilisez pas le mot « douleurs », mais des mots plus descriptifs, comment, où, quand... « Nommer, c'est reconnaître et cela fait du bien. » (Murray, 2019), en intégrant que la description des symptômes appartient aux soigné·es.

Enfin, être soignant·e, c'est aussi oser « se mettre debout pour prendre la parole ». Pour faire connaître et reconnaître notre pratique dans nos communications, et parce que chaque concept est évocateur et indicateur, il est nécessaire de déterminer un mot d'accroche enrobé dans une phrase “*take home message*”. Il est aussi nécessaire d'adapter le contenu de nos rapports en fonction des différent·es intervenant·es gravitant autour des patient·es qui nous sont confié·es.



Photographies : GD

Mercredi soir, à l'heure de se dire au revoir et de reprendre le chemin de nos foyers, chacun·e d'entre-nous a été submergé·e par un silence reconnaissant rayonnant de gratitude : pour les précieux échanges à chaque instant, durant la formation, les pauses gourmandes, la soirée festive du mardi ou en lien avec notre communauté de pratique sur le forum, pour l'enrichissement aussi bien humain que théorique dans cet espace de réflexion en dehors de nos préoccupations quotidiennes nous permettant d'être juste là, présent·e au présent. « Oser braver l'instant ! L'entendre qui respire ! » (Singer, 2006)



Photographies: Guyane Mireault RSDC®

Merci beaucoup Prof Sibebe de Andrade Melo Knaut, Marc Zaffran (alias Martin Winckler), Claude Spicher, Florine Etiévant et Mylène Kientzi. Merci à toutes les personnes qui ont contribué à l'organisation de ces trois merveilleuses journées de formation. Un grand merci également aux dix-huit soigné·es et leurs thérapeutes RSDC® qui ont accepté notre présence lors de leur séance de traitement, ainsi qu'aux vingt-quatre RSDC® pour leur participation active et passionnée.

### Liste des références

- Lim, H.J. (2016). *Le son du silence*. Paris : Albin Michel ;
- Murray, E. (2019). GUESTEDITORIAL Dés-altération. *e-News Somatosens Rehab*, 16(4), 113-118. Téléchargeable (08/05/2023) : [https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/e-news\\_somatosens\\_rehab\\_16\\_4\\_0.pdf#page=2](https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/e-news_somatosens_rehab_16_4_0.pdf#page=2)
- Singer, Ch. (2006). *Rastenberg*. Paris : Albin Michel ;
- Spicher, C. (2021). EDITORIAL Entendre les symptômes en remontant le fleuve des souvenirs par un récit à deux voix : anamnèse clinique. *Somatosens Pain Rehab*, 18(3), 64-70. Téléchargeable (08/05/2023) : [https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/somatosens\\_pain\\_rehab\\_18\\_3.pdf#page=2](https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/somatosens_pain_rehab_18_3.pdf#page=2)
- Winckler, M. (2023). EDITORIAL Le premier médicament des personnes qui soignent. *Somatosens Pain Rehab*, 20(1), 2-4 Téléchargeable (08/05/2023) : <https://www.somatosenspainrehab.com/articles/le-premier-mdicament-des-personnes-qui-soignent>
- Winckler, M. (2019). *L'Ecole des soignant·es*. Paris : P.O.L (pp. 145 – 147). Téléchargeable en 10 langues (08/05/2023) : [https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/la\\_charte\\_des\\_soignees\\_somatosens\\_pain\\_rehab\\_20\\_1.pdf](https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/la_charte_des_soignees_somatosens_pain_rehab_20_1.pdf)

## No Comment Nb 43

To **medical doctors**  
To patients

To neuroscientists  
To **therapists**

**Sandrine CLÉMENT, OT, CSTP<sup>®</sup> & Claude J SPICHER**

At the initial assessment at the Somatosensory Rehabilitation Centre on November 28<sup>th</sup> 2022 (**t<sub>227</sub>**) (Freiburg, Switzerland), the 49-year-old female had been suffering for **36 months**.

**Status post Metatarsal I Osteotomy with Neuropathic Condition**

Permanent sciatic neuralgia of medial plantar nerve of the left foot (stage IV of A $\beta$  axonal lesions) with static mechanical allodynia.

	t <sub>0</sub>	t <sub>227</sub>	t <sub>263</sub>	t <sub>278</sub>	t <sub>293</sub>	t <sub>314</sub>	t <sub>334</sub>	t <sub>348</sub>	t <sub>374</sub>	
<b>Metatarsal I Osteotomy</b>										
<b>Silver standard Rehabilitation: Somatosensory Rehabilitation of Pain Method</b>		Duration of treatment: 374 – 227 = <b>147</b> days								
<b>tDCS</b>							tDCS: 6 sessions			
<b>MPQ (pts)</b>		“shum dhimbje”	ND	<b>78</b>	61	31	ND	<b>14</b>	The end	
<b>Rainbow Pain Scale of SMA</b>		<b>VIOLET</b>	<b>None: Underlying tactile hypoesthesia</b>							
<b>Static 2-point discrimination test (mm)</b>		∅	<b>77</b>	66	56	25	<b>15</b>	normalized		

**Table I:** During the 18 sessions of somatosensory rehabilitation of neuropathic pain (t=**147**), the decrease of the **neuropathic pain i.e. sensation of burning pain** is correlated with, at first, the disappearance of static mechanical allodynia, then, with the normalization of the underlying hypoesthesia. “shum dhimbje”: numeric scale 1) pak 2) pak mashum 3) shum 4) mashum.

tDCS: transcranial DC Stimulation ; MPQ: McGill Pain Questionnaire (here in its French version) ; ND: Non-Determined ; SMA: Static Mechanical Allodynia.



ORIGINAL ARTICLE

**Importance of a Good Therapeutic Relationship: The Pledge**

To **medical doctors**  
To **patients**

To **neuroscientists**  
To **therapists**

**Joshua Samuel RAJKUMAR, MPT, CSTP<sup>3</sup>, Kaviyarasu  
MANICKAM, BPT<sub>(c)</sub><sup>4</sup> & Boobesh KRISHNAN, BPT<sub>(c)</sub><sup>4</sup>**

When an individual steps into the clinic with the need for help from us, rehabilitation professionals, what we offer changes not only the primary problem they are presenting with but also other secondary issues that may or may not have an influence on their primary problem at hand. Along with the physical health issues, the patient also brings psychological stressors like anxiety, fear, and related emotions. (1,2) These psychological stressors have also been shown to aggravate their presenting physical illnesses. If not addressed or minimised in the healthcare professionals' approach to communicating with the patients, the treatment outcomes that depend on the patient's behaviour may not be as expected. Many times, if there is an effective relationship between the patient and professional, what we term a "therapeutic relationship" (3-6), these changes have a significant positive impact on the recovery.

A healthy therapeutic relationship is thus crucial to the overall recovery in any rehabilitation process, be it orthopaedic, neurological, cardio-respiratory, sports, or other specialties, or even other rehabilitation fields like occupational therapy, speech therapy, and others. Understanding patients and their behaviours has been reported to increase positive treatment outcomes. This understanding comes with a good relationship between the patient and the therapist based on effective communication, trust, commitment, and respect for each other. Additional factors like understanding emotions, and the ability to empathise are also crucial for establishing a good therapeutic relationship. Professional compassion and empathy have been shown to improve patient satisfaction, reduce anxiety and stress, and strengthen the professional-patient relationship. (7-12)

In view of this, we were very impressed by Winckler M.'s 2023 article "The Chart" on *Somatosens Pain Rehab* 20(1), which described ten key statements from the patient to the professional taking up their therapy or treatment process. (13) Each of these ten key statements exposed the need for understanding the importance of a therapeutic relationship, as discussed above. Hence, we decided to translate this article in our native languages, starting with Tamil

---

<sup>3</sup> Consultant Physiotherapist, JOSH Clinic, Bangalore, KA, India.

Email: [joshphysiotherapist@yahoo.com](mailto:joshphysiotherapist@yahoo.com)

<sup>4</sup> The Oxford College of Physiotherapy, Bangalore, KA, India



in the present article, which we believe can help educate the patients on the importance of establishing equality in the treatment process and, establish a stronger therapeutic relationship. The translation, re-translation and, proof-reading was done by two independent reviewers with the subject who also have the knowledge of this native language to make sure the original content is not changed.

## உறுதிமொழி

1. நான் சிகிச்சைப் பெறுபவர், தங்களுக்கு சமமானவர், நான் தங்களை என் மருத்துவசேவை வழங்குநராக தேர்வு செய்கிறேன்.
2. தாங்கள், தங்களது அறிவு, ஆற்றல், புத்திக்கூர்மை மற்றும் மனிதநேயம் கொண்டு; எனக்கு நல்ல ஆரோக்கியம், நம்பிக்கைக் கொடுத்து மற்றும் உறுதுணையாக இருப்பீர்கள். எனக்கு எந்த வித தீங்கும் நேராமல் இருக்கப் பாடுபடுவீர்கள் என உறுதியாக நம்புகிறேன்.
3. என் வயது, பாலினம், தோற்றம், சமூகம்(அ)சட்டநிலை, கலாச்சாரம், மதிப்பு, நம்பிக்கை, நடைமுறை, மற்றும் விருப்பங்கள் இவை அனைத்து பரிமாணங்களிலும் சக-மனிதராக மதிப்பீர்கள்.
4. தாங்கள் எனது வேண்டுகோளின் சாட்சியாகவும், அச்சம் மற்றும் நம்பிக்கையை புறக்கணிக்காமலும் எனது அனுமதியின்றி; என் உண்மை விவரங்களை எந்த ஒரு சுயலாபத்திற்க்காகவும் மற்றும் எனக்கு எதிராகவும் பயன்படுத்தமாட்டீர்கள். நீங்கள் தேவையற்ற கேள்விகளை கேட்டு என் மனதை துன்புறுத்த மாட்டீர்கள் என நம்புகிறேன்.
5. எனக்கு என்ன நடக்கக் கூடும் என அறிந்துகொண்டு அதை எதிர்கொள்ள தேவையான தகவல்களை எந்தவித சலிப்புத் தன்மையும் இல்லாமல் பகிர்ந்து உதவுவீர்கள். நீங்கள் என்னுடைய எல்லாக் கேள்விகளுக்கும், எந்தவித தடையுமின்றி, பொறுமையுடனும், துல்லியமாகவும், தெளிவாகவும் மற்றும் நேர்மையாகவும் பதிலளிப்பீர்கள். நீங்கள் என் கேள்விகளுக்கு பதிலளிக்க மறுக்காமலும்; எந்த ஒரு நிலையிலும் பொய்க் கூறமாட்டீர்கள் எனவும்; உங்கள் திறமைகளைத் தவறாக பயன்படுத்தமாட்டீர்கள் என நம்புகிறேன்.
6. எனது முடிவுகளுக்கு ஆதரித்து; ஒருபோதும் என்னை அச்சுருத்தவோ, அவமதிக்கவோ, விவரங்களை மாற்றியமைக்கவோ (கையாளுதல்), கண்டித்துக்கொல்தலோ, குற்றவுணர்வோ மற்றும் தவறான வழியிலோ யாவையும் தனது தனியுரிமைனாள் விட்டுக்கொடுக்காமல்; என்னை நெருங்கியவர்களை ஏமாற்றமலும், எனது உடமைகளை தவறானமுறையில் பயன்படுத்தமாட்டீர்கள் என நம்புகிறேன்.
7. நான் நோய்வாய்ப்பட்டிருக்கும் போது, எனது நிலமையை கருத்தில்க்கொண்டு பக்கபலமாகவும், விருப்பமற்றவர்களுக்கு எதிராகவும் நின்று உதவுவீர்கள். எனது பாதுகாவலனாகவும், விளக்கயுரையலராகவும், பரிந்துபேசுவராகவும் இருப்பீர்கள். எப்போதும் எனது சார்பாக நின்று பேசுவீர்கள் என நம்புகிறேன்.
8. என்னை பாதுகாக்கும் அனைத்துச் சட்டங்களையும் மதித்து நடைமுறைப் படுத்துவீர்கள்; என் சிகிச்சைக்கு எதிராக நிற்காமல் அநீதிகளில்லிருந்து பாதுகாப்பீர். ஆரோக்கியத்தை மேம்படுத்தும் அறிவியல் திறன்களை தக்கவைத்து தெளிவற்ற தன்மையை கண்டுபிடித்து எல்லா ஆதாயங்களிடமிருந்தும் என்னை பாதுகாப்பீர்கள்.
9. எனது அனைத்து மருத்துவசேவகர்களை சமமாக மதிப்பீர்கள். நீங்கள் பதவி, பயிற்சி, நடைமுறை எதுவேன பாராமல் பணியாற்றுவீர்கள். உங்களைப் போலவே அவர்களின் நலனுக்காகவும் பாடுபடுவீர்கள்.
10. நீங்கள் உங்கள் ஆரோக்கியத்தை பேணிப்பாதுகாத்து, உங்களுக்கான இடைவேளையில் ஓய்வேடுத்தும், அறிவுசார்ந்த தன்னாட்சியை பாதுகாத்தும், ஒருபோதும் சுயலாபத்திற்க்காக பணிபுரியமாட்டீர்கள் என உறுதியாக நம்புகிறேன்.

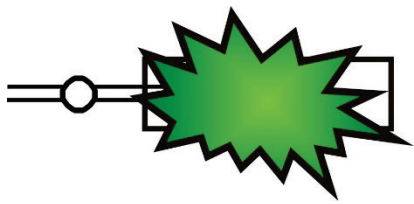
There would be further translations of the statements into other Indian languages to help spread these key statements across different populations in India and across the globe.

### **Acknowledgement**

We thank Spicher CJ., for permitting us to translate the original article “The Chart” by Martin Winckler published in *Somatosens Pain Rehab* 2023. (13)

### **References**

1. Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:607-28.
2. Miller GE, Cohen S, Ritchey AK. Chronic psychological stress and regulation of pro-inflammatory cytokines: a glucocorticoid-resistance model. *Health Psychol* 2002;21:531–41.
3. Kayes NM, McPherson KM, Kersten P (2015). Therapeutic connection in neurorehabilitation: theory, evidence and practice. In Demaerschalk, B., Wingerchuk, D., Uitdehaag, B. (Eds.) Evidence-based Neurology: Management of Neurological Disorders: An evidence-based approach, 2<sup>nd</sup> edition. BMJ Books, John Wiley and Sons.
4. Jensen, K., Kelley, J. M. The therapeutic relationship in psychological and physical treatments, and their placebo controls. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice* 2016;3(2):132–145.
5. Monaco S, Renzi A, Galluzzi B, Mariani R, Di Trani M. The Relationship between Physiotherapist and Patient: A Qualitative Study on Physiotherapists' Representations on This Theme. (Available): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9690429/pdf/healthcare-10-02123.pdf> (22.05.2023)
6. Klaber Moffett J.A., Richardson P.H. The Influence of the Physiotherapist-Patient Relationship on Pain and Disability. *Physiother. Theory Pract* 1997;13:89–96.
7. Taccolini Manzoni A.C., Bastos de Oliveira N.T., Nunes Cabral C.M., Aquaroni Ricci N. The Role of the Therapeutic Alliance on Pain Relief in Musculoskeletal Rehabilitation: A Systematic Review. *Physiother. Theory Pract*. 2018;34:901–15.
8. Bishop M, Kayes NM, McPherson KM. Understanding the Therapeutic Alliance in Stroke Rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2021;43(8):1074-83.
9. Schönberger M, Humle F, Teasdale TW. Subjective outcome of brain injury rehabilitation in relation to the therapeutic working alliance, client compliance and awareness. *Brain Inj* 2006;20:1271–82.
10. Emery C.F., Leatherman N.E., Burker E.J., MacIntyre N.R. Psychological Outcomes of a Pulmonary Rehabilitation Program. *Chest* 1991;100:613–7.
11. Cole M.B., McLean V. Therapeutic Relationships Re-Defined. *Occup Ther Ment Health* 2003;19:33–56.
12. Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, et al. Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:1027–32.
13. Winckler M. The Chart. *Somatosens Pain Rehab* 2023;20(1):20-1. Available: <https://www.somatosenspainrehab.com/articles/the-chart> (22.05.2023).

<p><b>RESEAU DE REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR</b></p> <p><a href="http://www.neuropain.ch">www.neuropain.ch</a></p> <p>Département de la Méthode de RSD</p> <p>Rue Hans-Geiler 6 CH - 1700 FRIBOURG</p> <p><a href="mailto:info@neuropain.ch">info@neuropain.ch</a></p>	 <p><b>METHODE</b></p>
---	--

**Concept** : son essence, son sens littéral (glossaire) et son univers de sens (polysémie).

A l'automne 2021, le Département de la méthode de rééducation sensitive de la douleur (RSD) a constitué :

le Groupe d'Intérêt Terminologie  
**interdisciplinaire, intercontinental et intergénérationnel.**

RSDC<sup>©</sup>, RSD, neurologue, physiothérapeute, masso-kinésithérapeute,  
ergothérapeute, anatomiste, citoyenne, et ainsi de suite

vont, volume après volume, vous offrir des fiches qui mettent en perspective les concepts de la méthode de RSD.

Pour débiter, nous avons sélectionné une brochette de termes qui sont listés dans les glossaires du Manuel et de l'Atlas. Ce sont les **concepts** qui décrivent au mieux la spécificité de la méthode de RSD. Nous avons débuté par l'hypoesthésie tactile dans *Somatosens Pain Rehab 19(1)*. Voici, pour le 20<sup>e</sup> anniversaire de notre journal numérique :

la **névralgie**.

D'une manière non-exhaustive, nous devrions poursuivre notre travail avec les concepts suivants (dans le désordre) :

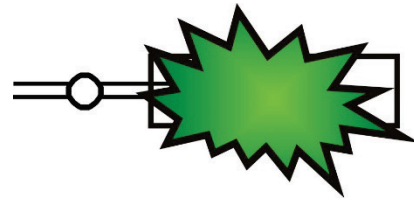
- Système nerveux somatosensible
- Neuroplasticité adaptative
- Allodynie mécanique
- Arc-en-ciel des douleurs
- Contre-stimulation tactile à distance
- Hypo-esthésie paradoxalement douloureuse au toucher
- Territoire maximal de provenance cutanée
- Syndrome douloureux régional complexe de Budapest  
et
- Méthode de RSD.

**RESEAU DE  
REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR**

[www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)

Département de la  
Méthode de RSD

Rue Hans-Geiler 6  
CH - 1700 FRIBOURG  
[info@neuropain.ch](mailto:info@neuropain.ch)



**METHODE**

## NEURALGIE

**Définition** affection douloureuse et spontanée d'un nerf, consécutive à des lésions de neurofibres A $\beta$ , A $\delta$  et/ou C. Le préfixe « névr- » signifie « qui est relatif au nerf » (en grec ancien νευρον), alors que « -algie » renvoie à la douleur (αλγος).

**Un peu d'histoire** En 1802, François Chaussier offre par sa description magistrale, l'acte de naissance nosologique de la névralgie :

1) par la **nature** de la douleur qui est en même temps vive, déchirante (...), avec torpeur ou formication, plus souvent avec pulsations, élancements et tiraillements successifs, sans rougeur, sans chaleur, sans tension et gonflement apparent de la partie, qui revient par accès plus ou moins longs et rapprochés (...),  
2) par le **siège** de la douleur, qui toujours est fixé (...) sur une branche du nerf et qui, dans le temps du paroxysme, se propage et s'élance du point primitivement affecté sur toutes ses ramifications, les parcourt rapidement comme un éclair, jusque dans les dernières extrémités, les suit dans leurs diverses connexions, les affecte, tantôt successivement les unes après les autres (Rey, 1993, pp. 261-262). En 1841, François Louis Isidore Valleix propose un classement des névralgies.

Les différentes **névralgies** du XXI<sup>e</sup> siècle par domaine cutané (Spicher et al., 2022) : Névralgie trigéminal symptomatique – Névralgie trigéminal essentielle, Névralgie occipitale, Névralgie cervicale, Névralgie brachiale, Névralgie dorso-intercostale, Névralgie lombo-abdominale, Névralgie lombo-fémorale, Névralgie crurale, Névralgie fémoro-cutanée, Névralgie sacrée.

Certaines névralgies peuvent être nommées spécifiquement post-herpétique, sciatique ou pudendale.

### Des symptômes au syndrome douloureux neuropathique périphérique

Vous pouvez utiliser le terme de névralgie si, parmi la **liste** suivante, **trois symptômes** ou plus sont décrits par le/la patient·e (Spicher, 2003 ; Bouhassira et al., 2004 ; Bouhassira, 2005) :

- Le **caractère électrique** qui court **le long** d'une branche nerveuse : « Irradiations », « Elancements », « Lancées », « Décharges », « Coups de jus », « Tirées », « Sonnées », « Coups de châtaigne » ;
- Les « Sensations de **brûlure** » cutanées, comme une brûlure réelle, circonscrites à l'intérieure du territoire hypoesthésique dont le territoire ne couvre qu'une **partie** du territoire maximal de provenance cutanée de cette branche nerveuse ;
- Les symptômes de l'**hypoesthésie** tactile bizarre : « Engourdissement », « Fourmillements ».

Le terme générique de douleurs neuropathiques (*IASP International Association for the Study of Pain*), n'incite pas à nommer la branche du nerf cutané lésé. En conséquence, de trop nombreux patient·es ne bénéficient pas de diagnostic lésionnel ni donc de traitement neuro-anatomique.

### Résumé

Lorsqu'un·e patient·e souffre de douleurs persistantes, iel souffre très probablement de lésions axonales A $\beta$  (98% ; n=4010) d'**une** des 240 branches cutanées du corps humain, qui génèrent une hypoesthésie tactile et une **névralgie** intermittente, voire incessante.

APHORISM – LEITMOTIV – AFORISMO



*« L'artiste capte l'instant où l'aurore brise les ténèbres de la nuit, sans négliger celui où le dernier rayon du couchant s'efface derrière les montagnes. »*

**François  
Cheng<sup>5</sup>**



*„Der Künstler erfasst den Moment, in dem die Morgendämmerung die Dunkelheit der Nacht durchbricht, ohne den Zeitpunkt zu übersehen, an dem der letzte Strahl des Sonnenuntergangs hinter den Bergen verschwindet.“*



*“The artist captures the instant where dawn breaks the darkness of the night, without neglecting the moment the last ray of sunset fades behind the mountains.”*



*« El artista capta el instante en que la aurora rompe las tinieblas de la noche sin descuidar cuando el último rayo del poniente desaparece detrás de las montañas. »*

---

<sup>5</sup> Cheng, F. (2013). *Cinq méditations sur la mort. Autrement dit sur la vie*. Paris : Albin Michel.



## SCHATTEN & HALBSCHATEN

### Die Philosophie der wirklichen Beziehung

An ÄrztInnen  
An PatientInnen

An NeurowissenschaftlerInnen  
An TherapeutInnen

„Jede wirkliche Beziehung in der Welt ist ausschließlich, das Andere bricht in sie ein und rächt seine Ausschließung. Einzig in der Beziehung zu Gott sind unbedingte Ausschließlichkeit und unbedingte Einschliesslichkeit eins, darin das All begriffen ist.

Jede wirkliche Beziehung in der Welt ruht auf der Individuation; die ist ihre Wonne, denn nur so ist Einandererkennen der Verschiedenen gewährt, und ist ihre Grenze, denn so ist das vollkommene Erkennen und Erkanntwerden versagt. Aber in der vollkommenen Beziehung umfaßt mein Du mein Selbst, ohne es zu sein; mein eingeschränktes Erkennen geht in einem schrankenlosen Erkanntwerden auf.

Jede wirkliche Beziehung in der Welt vollzieht sich im Wechsel von Aktualität und Latenz, jedes geeinzelte Du muß sich zum Es verpuppen, um wieder neu sich zu beflügeln. In der reinen Beziehung aber ist die Latenz nur das Atemholen der Aktualität, darin das Du präsent bleibt. Das ewige Du ist es seinem Wesen nach; nur unser Wesen nötigt uns, es in die Eswelt und Esrede zu ziehen.

Die Eswelt hat Zusammenhang im Raum und in der Zeit.

Die Duwelt hat in beiden keinen Zusammenhang.

Sie hat ihren Zusammenhang in der Mitte, in der die verlängerten Linien der Beziehungen sich schneiden: im ewigen Du.

In dem grossen Privileg der reinen Beziehung sind die Privilegien der Eswelt aufgehoben. Kraft seiner gibt es das Kontinuum der Duwelt: die isolierten Momente der Beziehungen verbinden sich zu einem Weltleben der Verbundenheit.”

Buber, M. (1878-1965)  
(2022). *Ich und Du*.  
(19. Auflage). München: Gütersloh.

ORIGINAL ABSTRACT

**Clinical Characteristics of Patients followed in the Unit of Somatosensory Pain Rehabilitation: Experience at the Institute of Applied Neurosciences and Functional Rehabilitation (INAREF - Institut de Neurosciences Appliquées et de REéducation Fonctionnelle)**

To medical doctors  
To patients

To neuroscientists  
To therapists

**Henryka Barcella TCHETCHO, PT & Michael TEMGOUA, MD, CSTP<sup>©6</sup>**

A precise clinical and symptomatic description is an essential step in the diagnosis and effective management of neuropathic pain. It is very little practised, leading to multiple therapeutic failures. **Aim:** To highlight the clinical characteristics of patients followed for neuropathic pain by describing the nature and frequency of complaints, the most affected neuropathic areas and the most frequently encountered lesion stages. The Unit of Somatosensory Pain Rehabilitation at INAREF, which uses the innovative method of somatosens pain rehabilitation, collected the data of 16 patients in a retrospective study with a descriptive aim, over a period of 6 months. **Results:** Tingling was the main somaesthetic complaint (5 / 26). The diagnosis of A $\beta$  axonal lesions was positive in 13 patients (N=16). Among them, 10 patients presented neuropathic pain. The most affected domains were respectively the brachial domain (6 / 16) and the sciatic domain (5 / 16). Almost half of the patients presented at least 2 injured cutaneous nerve branches. Stage III of A $\beta$  axonal lesions – intermittent neuralgia – was the most frequently encountered (10 / 16).

**Keywords:**

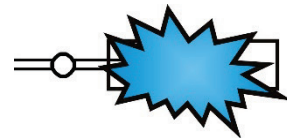
Somaesthesia - neuropathic pain - diagnosis of A $\beta$  axonal lesions - clinical

---

<sup>6</sup> Institute of Applied Neurosciences and Functional Rehabilitation (INAREF Institut de Neurosciences Appliquées et de REéducation Fonctionnelle), Yaoundé, Cameroon [www.inaref.com](http://www.inaref.com)

**RESEAU DE  
REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR**

Les nuages | Montréal | Fribourg | Montpellier | Paris | Amsterdam

[www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch)Département de  
FormationRue Hans-Geiler 6  
CH - 1700 FRIBOURG[info@neuropain.ch](mailto:info@neuropain.ch)**FORMATION****142<sup>e</sup> cours (depuis 2009 au Québec) -  
REEDUCATION SENSITIVE DES DOULEURS  
NEUROPATHIQUES****cours avancé – à Montréal – 2<sup>e</sup> partie  
Une méthode au niveau 2b d'évidence basée sur  
des données probantes**[www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier](http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier)

Le **contenu** de cette 2<sup>e</sup> partie de la méthode de rééducation sensitive de la douleur (RSD) est :

- Raisonnement clinique : du simple au complexe avec l'outil didactique de l'analyse de pratique ;
- Ateliers pratiques d'anatomie clinique des territoires cutanés ;
- Gestion du lien thérapeutique - comprendre, dire ou faire autrement.

**Objectif général d'apprentissage :**

- Traiter les syndromes douloureux neuropathiques complexes par la méthode de RSD.

**Objectifs spécifiques d'apprentissage :**

- Évaluer les complications douloureuses complexes par le questionnaire de la douleur St-Antoine (interprétation du plus simple au plus complexe) : des névralgies intermittentes, incessantes, au Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC selon Bruehl, 1999) ;
- Mener des plans de traitement rééducatif dans le cadre de complications douloureuses chroniques ;
- Accommoder les objectifs intermédiaires lorsque les progrès escomptés ne sont pas observés.

Cette formation est destinée aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes, ainsi qu'aux médecins généralistes et de toutes spécialités, qui ont suivi un module de **base** d'au moins deux jours.

**CERTIFICAT EN REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR**  
Formation modulaire de huit jours (2/2)

### **Formatrice – les quatre jours**

**Eva Létourneau**, ergothérapeute (graduée de l'Université de Montréal), Maîtrise en pratiques de la réadaptation de l'Université de Sherbrooke, Rééducatrice sensitive de la douleur certifiée **RSDC®**, enseignante pour le réseau de rééducation sensitive des douleurs depuis 2013 (à Bruxelles, Bordeaux, Fribourg, Montréal, Bangalore, Amsterdam, etc.).

### **Formateur – les deux derniers jours – J7 & J8**

**Claude Spicher** a co-fondé, en 2004, le Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg, Suisse). Il est *McGill University lecturer* (Montréal) et collaborateur scientifique universitaire (Fribourg). Ergothérapeute de formation, il enseigne la méthode depuis 22 ans en Europe (Montpellier, Amsterdam, Wien, Bruxelles, Paris, Bordeaux, etc.) et au Québec (depuis 2009). Il a aussi fait plusieurs centaines de communications en Europe, en Amérique du nord et au Japon. Il a publié 128 articles, chapitres et livres. Depuis 2004, il est rédacteur en chef du *Somatosens Pain Rehab*.

### **Informations sur le cours**

<b>Date :</b>	Mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22 & samedi 23 septembre 2023
<b>Horaire :</b>	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
<b>Durée :</b>	28 heures
<b>Lieu :</b>	Montréal, ITHQ
<b>Prix :</b>	995 dollars (CAD) - y compris, les Manuel, Atlas, pauses et dîners

### **Références bibliographiques**

Spicher, C., Quintal, I., Vittaz, M. & de Andrade Melo Knaut, S. (2020). *DOULEURS NEUROPATHIQUES : Evaluation clinique et Rééducation sensitive* (4<sup>e</sup> édition). Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 379 pages.

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

Ces formations peuvent être comptabilisées pour  
l'obtention du titre : **RSDC®**  
Rééducateur·trice Sensitive de la Douleur  
Certifié·e

## Formation continue

La méthode de Rééducation Sensitive de la Douleur (RSD)  
au **niveau 2b d'évidence** basée sur des données probantes.

Les cours en présentiel ont repris. Inscrivez-vous !

Pour les Français·es :



[www.painrehabformation.com](http://www.painrehabformation.com)

Pour les autres francophones :



[www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier](http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier)

---

### 145<sup>e</sup> cours de BASE à Montpellier, France

Cours ouvert aux ergothérapeutes, aux kinésithérapeutes, aux psychomotricien·nes, aux infirmier·ères, aux ostéopathes, ainsi qu'aux médecins généralistes et de toutes spécialités

Dates	lundi 15 au jeudi 18 avril <b>2024</b> inclus
Durée	28 heures réparties sur 4 jours
Horaire	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
Lieu	<b>Montpellier</b>
Prix	1150 € comprenant Manuel, Atlas, pauses et repas du midi
Inscription	Auprès de notre partenaire <a href="http://www.painrehabformation.com">www.painrehabformation.com</a>

---



## 144<sup>e</sup> Cours AVANCÉ à Montpellier, France

Cours avancé niveau **2** ouvert à tout être qui a suivi un cours de BASE afin d'**intégrer** à votre pratique les concepts de la méthode de RSD ; plus particulièrement, le raisonnement clinique du simple au complexe - avec l'outil didactique de l'analyse de pratique -, l'anatomie clinique des territoires cutanés - avec des ateliers pratiques - et la gestion du lien thérapeutique - comprendre, dire ou faire autrement.

<b>Dates</b>	lundi 9 au jeudi 12 octobre <b>2023</b> inclus
<b>Durée</b>	28 heures réparties sur 4 jours
<b>Horaire</b>	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
<b>Lieu</b>	<b>Montpellier</b>
<b>Prix</b>	1150 € comprenant Manuel, Atlas, pauses et repas du midi
<b>Inscription</b>	Auprès de notre partenaire <a href="http://www.painrehabformation.com">www.painrehabformation.com</a>

---

### Réservez vos places !

« Je me considère privilégiée d'avoir eu la chance de participer à ces rencontres.  
Cela a contribué à confirmer que j'avais un outil extraordinaire entre les mains  
et que je n'étais pas seule.  
Les partages formels et informels ont été  
une source importante et inspirante de savoir. »

**2-4 février 2026** 5<sup>e</sup> module niveau 4 réservé aux **123 RSDC<sup>®</sup>**

**Lieu** Centre de rééducation sensitive du corps humain  
(Fribourg) avec 6 observations de 18 **séances** à choix.

**24** places en **présentiel** pour **24 RSDC<sup>®</sup>**

Obtention de 10 points pour la **re-certification** du titre RSDC<sup>®</sup>

---

ATTENTION 2023 **Biennale 2025** ATTENTION

**142<sup>e</sup> cours AVANCÉ à Montréal (Qc), Canada**

Cours avancé niveau **2** ouvert à tout être qui a suivi un cours de BASE afin d'**intégrer** à votre pratique les concepts de la méthode de RSD ; plus particulièrement, le raisonnement clinique du simple au complexe - avec l'outil didactique de l'analyse de pratique -, l'anatomie clinique des territoires cutanés - avec des ateliers pratiques - et la gestion du lien thérapeutique - comprendre, dire ou faire autrement.

<b>Dates</b>	Du mercredi 20 au <b>samedi 23 septembre 2023</b> inclus
<b>Durée</b>	28 heures réparties sur 4 jours
<b>Horaire</b>	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
<b>Lieu</b>	<b>Montréal, ITHQ</b>
<b>Prix</b>	995 CAD comprenant Manuel, Atlas, pauses et repas du midi
<b>Formatrice</b>	<b>Eva Létourneau</b> , BSc erg., M Réad., RSDC®
<b>Les 4 jours</b>	Enseignante pour le RRSD depuis 2013 à Bruxelles, Bordeaux, Fribourg, Montréal, Bangalore, Amsterdam
<b>Formateur</b>	Claude Spicher, les deux derniers jours (J7 & J8)
<b>Inscription</b>	<a href="http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier">www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier</a>

---

**143<sup>e</sup> cours de BASE à Montréal (Qc), Canada**

Cours ouvert aux ergothérapeutes, aux kinésithérapeutes, aux psychomotricien·nes, aux infirmier·ères, aux ostéopathes, ainsi qu'aux médecins généralistes et de toutes spécialités.


<b>Dates</b>	lundi 25 au jeudi 28 septembre <b>2023</b> inclus
<b>Durée</b>	28 heures réparties sur 4 jours
<b>Horaire</b>	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
<b>Lieu</b>	<b>Montréal, ITHQ</b>
<b>Prix</b>	995 CAD comprenant Manuel, Atlas, pauses et repas du midi
<b>Formatrice</b>	<b>Eva Létourneau</b> , les quatre jours
<b>Formateur</b>	Claude Spicher, les deux derniers jours (J3 & J4)
<b>Inscription</b>	<a href="http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier">www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier</a>

---


## EDITORIAL BOARD

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

### Editor-in-chief

 [@claudejspicher](#) Universities affiliate member, Swiss Certified HT, OT


### Co-editor

 [@Sibele\\_Melo](#) de Andrade KNAUT, PhD, pht (Brazil)

### Editor

Méloé SPICHER, MA (Switzerland)

### International assistant editors

 [@TaraLPackham](#) PhD, MSc, OT Reg. CSTP<sup>®</sup> (Ontario, Canada)

Renée HAMILTON, BSc OT (Québec, Canada)

Séverine GLANOWSKI, CSTP<sup>®</sup>, OT (France)

Elodie GOÉRÈS, CSTP<sup>®</sup>, OT (France)

Aurélie RICHARD, CSTP<sup>®</sup>, OT (France)

Guillaume LÉONARD, PhD, MSc, pht (Québec, Canada)

Eva LÉTOURNEAU, MSc OT, CSTP<sup>®</sup> (Québec, Canada)

Rebekah DELLA CASA, CSTP<sup>®</sup>, OT (Switzerland)

Sarah RIEDO, zert. SST (Schweiz)

Noémie MERMET-JORET, PhD (Denmark, France)

Clàudia PERIS Fonte, CSTP<sup>®</sup>, pht (Catalonia, España)

Thomas OSINSKI, PhD, pht (France)

Sarah BOUCHARD, MSc OT, CSTP<sup>®</sup> (Québec, Canada)

Estelle MURRAY (World Citizen)

Erica BOSSARD, CSTP<sup>®</sup>, MSc(A) OT (Québec, Canada)

### Honorary members



Prof R MELZACK, OC, OQ, FRSC, PhD (Québec, Canada)

Prof EM ROUILLER, PhD (Switzerland)

Prof AL DELLON, MD, PhD (USA)

Fanny HORISBERGER, CSTP<sup>®</sup>, OT (Switzerland)

### Peer-reviewed since 2012

**Published:** 4 times per year since 2004

**Deadline:** 10<sup>th</sup> February, 10<sup>th</sup> May, 10<sup>th</sup> August, 10<sup>th</sup> November

**Price:** Free

**Sponsor:** Somatosensory Rehabilitation of Pain Network, Switzerland, Europe.

**33 languages:** Français, English, Dansk, Deutsch, Castellano, Português, Lëtzebuergesch, Русский, Italiano, Lingala, Shqip, Srpski i Hrvatski, Corse, Český, Svenska, Türkçe, Suomea, Ελληνικά, Nederlands, Hindi, עברית, العربية, 日本語, 한글, Norsk, Catala, བོད་ཡིག, 汉语。 , Rumantsch, Tiếng Việt, ඌଞ୍ଜୁයුනුඹ, Malti, தமிழ்.

**Somatosens Pain Rehab's Library:** [www.neuropain.ch](http://www.neuropain.ch) #NeuroPainRehab  
**e-mail:** [info@neuropain.ch](mailto:info@neuropain.ch)