



Powered by:



www.painrehabformation.com



Grace S GRIFFITHS guesteditor

- 72 Griffiths **Guesteditorial** Clinician reflections on how to provide personalised healthcare while using generalised guidelines
- 77 Leckenby et al. **Re-birth** Highly recommended
- 78 Murray & Spicher **Article original** Envisager pour ne pas dévisager, comme une ritournelle
- 86 Spicher et al. **Infographics Nb 11** dragen * porter * supporter * verdragen
- 87 Hillesum **Leidmotief** Och, het is toch allemaal niet zo erg, wees maar stil
- 88 Lim **Schatten & Halbschatten** Ich betrete die Welt von innen und bin frei
- 89 Murray **Atmósfera dolorosa No 14** Conservar intacto un pedacito de su alma
- 90 Terreaux & Spicher **No Comment N° 44** SDRC de Budapest + allodynie mécanique
- 91 Tchatcho & Temgoua **Original article** Clinical Characteristics of Patients followed in the Unit of Somatosensory Pain Rehabilitation: Experience at INAREF
- 99 Tanner et al. **1495 somatosensorische SchmerztherapeutInnen in der Welt**
- 100 Della Casa et al. **No Comment Nr. 45** Intermittierende spontane Ischiadikusneuralgie
- 103 Spicher et al. **Continuous Education – Formation continue**
- 106 **Editorial Board** Since 2012, peer-reviewed eJournal in 34 languages

Official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation of Pain Network

www.neuropain.ch #eNewsSomatosens

Peer-reviewed open-access journal

GUEST EDITORIAL

Clinician reflections on how to provide personalised healthcare while using generalised guidelines

To **medical doctors**

To patients

To **neuroscientists**

To **therapists**

Grace S. GRIFFITHS, PhD_(c), MSc OT¹

Treatment guidelines can be useful for the busy clinician. Someone else has synthesised and critiqued the most recent research evidence available on a given topic. Being aware of and applying this is vital to providing high quality **healthcare**. But personalising care is also crucial. So how do we translate generalised guidelines into use with unique individuals, in specific settings, in a meaningful way?

First, we must recognise the limits of treatment guidelines in the rehabilitation setting. Guidelines intend to group; however, people fall on both ends of the bell-shaped curve. Rigid applications of guidelines risk being a one size fits all approach, missing outlying individuals who don't fit neatly into recommendations. Further, it is challenging to design objective, generalisable research about therapy. Such designs are resource intensive; therapy occurs in a dynamic interaction between real humans in the real world, drawing on multiple elements that are difficult to disentangle and study in isolation, because humans are complex. Thus, the highest quality intervention studies may therefore be the ones with the greatest funding or access opportunities, not necessarily the ones with greatest clinical utility. And finally, therapy doesn't end in the clinic: people ultimately return to their world with all the uncertainty, complexity and variability unique to each one of us, while continuing to employ strategies introduced during therapy. When we understand that this is the context within which our standardised therapies and guidelines are developed and implemented, we interpret research findings more cautiously. We become both more critical - and more flexible - when considering the relevance of results to our practice setting and the **life of the person**. The situation liberates us to develop creative approaches, developed from strong evidence-based principles, but applied with flexibility and sensitivity.

¹ Department of Orthopaedic Surgery and Musculoskeletal; Medicine, University of Otago; 2, Riccarton Avenue, Christchurch 8011, New Zealand. Email: grace.griffiths@postgrad.otago.ac.nz

We must further recognise that observing guidelines is not all there is to evidence-based practice. In the past decade much effort has been dedicated to analysing factors influencing clinician application of research to practice (Krueger et al., 2020). However, evidence-based practice, by definition, is a decision-making process which combines the best available research evidence, patient factors (including values and goals), and the clinician's own experience (Sackett et al., 1996). By this definition, applying research evidence in the form of guidelines and listening to the person's voice are not mutually exclusive. Whatever guidelines exist, our role as clinicians is to take the broad principles from research evidence and collaborate with people to make it about them and their life. True evidence-based practice then requires elevating the **person's voice** in the clinical decision-making process, considering contextual and personal factors to be as vital to the appropriateness of any given therapy as the research evidence supporting it.

Finally, truly providing personalised care requires prioritising whole-person care. As clinicians, we are not just treating a body part or a diagnosis, but a person, in a specific moment of their life, in their world. Human health itself is a whole comprised of many parts; a dynamic interplay between health conditions (e.g. diseases, disorders, and injuries) and contextual factors at multiple levels, including "the level of body or body part, the whole person, and the whole person in a social context" (World Health Organisation, 2002, p. 10). Truly personalised care thus involves taking the time to listen to and understand the whole person in front of us and what makes them uniquely them, partnering with them to codesign a rehabilitation process that is right for them in that **moment of their lives**. This involves sharing principles from treatment guidelines, tailored to them as a whole person, and not purely to the mechanisms of their disease or disorder. It is a delicate dance that requires an ongoing and deliberate commitment to listening, self-reflection, and humility. Because with experience we learn that we are not the experts, but rather, that there is always more to learn about other people.

References

- Krueger, R.B., Sweetman, M.M., Martin, M. & Cappaert, T.A. (2020). Occupational therapists' implementation of evidence-based practice: A cross sectional survey. *Occupl Ther Health Care*, 34(3), 253-276. <https://doi.org/10.1080/07380577.2020.1756554>;
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, B. R. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- World Health Organisation. (2002). Towards a common language for functioning, disability and health: ICF - The international classification of functioning, disability and health. Geneva: WHO.

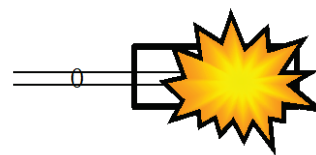
**CENTRE DE
REEDUCATION**

Service d'ergothérapie
RCC : K 0324.10

reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch


CLINIQUE GÉNÉRALE
Ste-Anne

Hans-Geiler 6
1700 FRIBOURG
Tél : 026 3500 622



**MÉTHODE DE REEDUCATION
SENSITIVE DE LA DOULEUR**

Diminuer l' hypoesthésie tactile diminue les douleurs neuropathiques

« *Ne pas donner le bon traitement à la bonne personne au bon moment, cela peut faire des dégâts.* »

Une patiente handicapée par un SDRC de Budapest

Cher·es collègues médecins et thérapeutes,

Fribourg, le 23 mars 2023

Nous nous permettons de vous écrire, car il se pourrait que vous n'ayez pas eu connaissance de la toute dernière revue systématique des traitements non-médicamenteux du Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC *CRPS*) de Budapest (*Griffiths et al., Hand Therapy 2023*).

Cette Nouvelle-zélandaise, candidate au doctorat en sciences PhD_(c), a comparé 226 Abstracts, lu le texte en entier de 113 d'entre eux, a fait l'analyse qualitative et quantitative avec le *Crowe Critical Appraisal Tool (CCAT)* de 36 d'entre eux.

Notre cohorte de 48 patient·es, souffrant de SDRC évalué·es et traité·es au Centre, publiée dans la thèse de doctorat du Prof Tara L. Packham (*J Hand Ther, 2018*) arrive en **deuxième position** sur 226, avec un score de **88 %** (*CCAT*).

En 1996, l'Université d'Oxford nous incitait déjà à choisir les traitements en fonction des valeurs des patient·es, des données probantes et de l'avis d'un·e expert·e (*Sackett et al., BJM*).

En 2014, François Lüthi et Michel Konzelmann publiaient sur la récente validation des critères dits de Budapest qui devaient dorénavant faire foi (*Rev Med*).

En 2023, il s'agit maintenant d'y associer les traitements recommandés dans la liste de cette synthèse rigoureuse. Le *somatosensory re-learning* en général et la méthode de RSD en particulier sont en tête de liste. Faut-il nommer les prestations qui ne sont plus listées ? A vous d'y répondre par vous-même dans une **éthique des conséquences**. A la fin du siècle passé, l'éthique de la déontologie avait supplanté l'éthique de la vertu. Depuis quelques années, l'éthique des conséquences (*consequentialism*) tend à y être préférée.

En connaissance de cause,
en restant à votre entière disposition.

Le Centre de rééducation sensitive du corps humain.



SOMATOSENSORY REHABILITATION of PAIN NETWORK

Clouds | Montreal | Freiburg | Montpellier | Brussels | Amsterdam

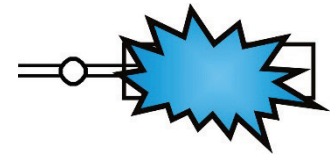
www.neuropain.ch

Department of
Continuous education

6, Hans-Geiler Street

CH - 1700 FREIBURG

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?

146th and 147th BASIC courses (Day 1 to Day 4)

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

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 β 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 β 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 β fibers** and *NOT* only the C fibers. Therefore, the painful area must be carefully assessed in order to determine the presence of A β 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

- 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), 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 th of April to 2 nd of May 2024	11 th to 14 th 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 CHF 690.- Atlas + Handbook (1 st ed.) + Work documents in English about the French editions in 2013, 2015 & 2020.	All together CAD 995 - Atlas + Handbook (1 st ed.) + Work documents in English about the French editions in 2013, 2015 & 2020.

References

Spicher, C.J. (2006). *Handbook for Somatosensory Rehabilitation* (1st English edition stemming from the previous 1st 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* (1st English edition stemming from the previous 3rd 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^e édition)* – Préface : F. Moutet. Montpellier, Paris : Sauramps Médical.



Découvrez sur votre nouveau site www.SomatosensPainRehab.com les articles parus dans notre ejournal ces 20 dernières années !



Scannez le QR-code pour accéder directement au site.

RE-BIRTH

HIGHLY RECOMMENDED

To MDs	To neuroscientists
To patients	To therapists

“Territory by somatosensory rehabilitation help predict which patient will benefit from surgical intervention. Through mapping, it is possible to anticipate the response to surgery and thus it is an important documentation tool in recording surgical outcomes, and the incorporation of this into routine practice would be **highly recommended.**”

Leckenby, J.I., Furrer, C., Haug, L., Juon Personeni, B. & Vögelin, E. (2020). A Retrospective Case Series Reporting the Outcomes of Avance Nerve Allografts in the Treatment of Peripheral Nerve Injuries. *Plast Reconst Surg*, 145(2), 368e–381e.

Plast Reconst Surg: Journal of the American Society of Plastic Surgeons

ARTICLE ORIGINAL

**Envisager pour ne pas dévisager,
comme une ritournelle**

Aux médecins
Aux patient·es

Aux neuroscientifiques
Aux thérapeutes

Estelle MURRAY² & Claude SPICHER³

« Le visage est ce trésor unique que chacun offre au monde. C'est bien en termes d'offrande, ou d'ouverture, qu'il convient de parler du visage. Car le mystère et la beauté d'un visage, en fin de compte, ne peuvent être appréhendés et révélés que par d'autres regards, ou par une lumière autre. À ce propos, admirons ce beau mot de 'visage' en français. Il suggère un paysage qui se livre et se déploie, et, en lien avec ce déploiement, l'idée d'un vis-à-vis. » (Cheng, F., 2006, p. 51)

Durant le confinement, nous sommes nombreux·euses à être passé·es de l'appel téléphonique aux visioconférences⁴. Certes, nos interlocutrices·teurs nous manquaient cruellement, mais leur visage, leur regard, plus encore. Dans cet article, nous nous risquons à (re)visiter la philosophie d'Emmanuel Levinas (1906 – 1995) en nous demandant à quel point, aujourd'hui, elle pourrait venir nourrir la **relation soigné·e – soignant·e** que nous tentons de tisser dès la première rencontre ; même si cette relation reste pendant bien longtemps très asymétrique, pour ne pas dire unilatérale.

Levinas, prisonnier de guerre, condamné aux travaux forcés et dont presque toute la famille fut déportée et massacrée, aurait pu, depuis cette tragique meurtrissure, nourrir un ressentiment, ressasser une hostilité toute sa vie. Or son histoire est celle d'une émouvante attention envers l'autre. Sa rencontre philosophique avec la **phénoménologie**, à travers les deux maîtres de cette étude descriptive -Edmund Husserl, dont il a traduit les *Méditations cartésiennes* et Martin Heidegger- fut en ce sens décisive, même si en ce dernier, il verra vite le danger de ses dérives identitaires, où l'autre deviendra un rival à combattre.

En quoi la philosophie, plus précisément la conception originale de l'éthique proposée par Levinas, peut-elle venir éclairer la difficulté de l'approche et de la **re-connaissance du/de la soigné·e** atteint·e de douleurs neuropathiques chroniques, en pleine traversée d'une situation liminale⁵ ? En séance de rééducation sensitive de la douleur, ose-t-on entrer dans le vif du sujet, depuis ce seuil inquiétant des expériences de la douleur (Masse et al., 2018) ? Que se passe-t-il

² Soignée, licenciée ès-Lettre M.A. (Genève) / relecture, révision, ré-écriture et traduction de textes ; 19, calle Cuarto Real de Santo Domingo, 18009 Granada Espagne.

³ Lecturer, supervisor, School of Physical and Occupational Therapy, Faculty of Medicine & Health Sciences, McGill University Montreal, Canada claudio.spicher@mcgill.ca ET Centre de rééducation sensitive du corps humain, Clinique Générale, Fribourg, Suisse

⁴ MS teams, Zoom ou autres prestataires.

⁵ De *limen*, qui signifie seuil en latin.

si notre point de départ est l'expression tourmentée d'un visage qui ne sait plus ce que fermer les yeux pour s'endormir veut dire ? Pour amorcer une réponse, nous nous appuyerons essentiellement sur la lecture d'*Humanisme de l'autre homme*⁶ (Levinas, 1972).

En pensant le statut logique de 'l'Autre' en tant qu'opposé du 'Même', Platon⁷ pense la possibilité de la parole. Par cette parole, l'art de la **dialectique** consiste bel et bien à introduire du nouveau en tissant la relation à partir de la catégorie de 'l'Autre' (Platon, [2008], p. 3236).

Levinas envisage un sujet qui se définit d'abord dans la **relation à autrui** (Morin, 2001), contrairement à la métaphysique classique occidentale, marquée notamment par René Descartes, qui pense un sujet égocentré à partir du 'Je pensant'. *L'autre homme* dont Levinas nous parle permet d'approcher l'autre dans toute son altérité, dans l'immédiateté d'un face-à-face essentiel, visage-à-visage.

« Le **visage parle**. La manifestation du visage est le premier discours. Parler, c'est avant toutes choses, cette façon de venir de derrière son apparence, de derrière sa forme, ouverture dans l'ouverture. » (Levinas, 1972, p. 67)

Et si l'**ébranlement** que provoque le visage est questionné à un niveau thérapeutique, concrètement dans le traitement des douleurs neuropathiques chroniques, nous voilà déjà engagé·es dans l'accueil. Nous percevons sa dimension comportementale, à l'état naissant, disposé·es à recevoir notre patient·e, qui bien souvent ne peut plus tenir debout de manière indépendante.

« Le phénomène de la douleur ne se raconte pas : il se vit. Il ne se mesure que très mal, ne se palpe que très approximativement, engendre le doute et la suspicion, mais laisse derrière lui des traces comme le **feu qui couve sous la braise**. » (Spicher, 2002, [2010])

Lorsque l'individu exposé souffre d'une altération physique neuropathique, qu'il tente, lors de l'anamnèse clinique dans un récit à deux voix, de remonter le fleuve de ses souvenirs, ne sommes-nous pas **en présence de deux présences** ? Ce visage de l'altérité, qui s'impose à la vision, n'est-il pas doublement altéré ? L'altération physique neuropathique de cet individu n'est-elle pas doublée par la re-présentation altérée du/de la soignant·e ?

Plus encore, lorsqu'il s'agit d'allodynie⁸, dont l'étymologie renvoie à une 'autre' douleur ? Le·la patient·e ne peut plus coïncider avec ce qui lui était familier ; plus de métier, des références gommées, plus que l'épais brouillard à traverser ; journées-nuits, gris illimité, se jouant continuellement sur un même rythme névralgique ; ambiance liminale, plombée et tranchante du phénomène de la douleur, où le sol se dérobe à des pieds marginaux, creux, électriques et pesants, où des mains rigides et cuisantes ne saisissent plus rien, où plus rien n'a de sens. Un·e patient·e à fleur de peau. Autre.

« Immérgé dans sa situation liminaire (de *limen*, qui signifie seuil en latin), le patient n'est plus ici ni ailleurs, **ni d'ici ni d'ailleurs**, ni chair ni poisson. La liminalité est un piétinement

⁶ *Humanisme de l'Autre Homme*, abrégé, tout au long de l'article, par HAH.

⁷ Dans le *Sophiste* [2008].

⁸ Douleur résultant d'un stimulus mécanique qui normalement ne provoque pas de douleur. (*IASP* 1994, 2011).

sur le seuil ; l'individu qui ne perd jamais tout à fait l'espoir de sortir de sa peine, il est marqué d'altérité, écartelé entre des repères qui ne s'appliquent plus vraiment à sa personne et qui retentissent sur son sentiment d'identité. » (Masse et al., 2018)

« Devenue étrangère, mutilée de l'intérieur, isolée, la perte et le silence de la soignée sont ceux d'une condamnée, d'une survivante à cette insupportable ambivalence d'absence/présence qui la constitue désormais. Le silence habité du/de la soignant·e, en guise de réponse, s'impose alors souvent. L'indicible de l'identité liminale n'est pas passé sous silence, mais passe ainsi, tel un courant sous-terrain, grâce au silence respectueux du/de la thérapeute, révélateur d'un ancrage propice à inclure son cœur à sa pratique. Choc avec l'infini de cet 'autre' être qui nous fait face et ne partage plus le même espace-temps que les autres bien portant·es. Car, comprenons que le temps des 'soignées liminaires', trop souvent échouées à morte-eau, ne s'écoule plus, il se cristallise. » Estelle Murray, ex-patiente

Le cercle de la chronicisation empêche les patient·es de laisser passer le **vivifiant courant** du temps. Les voilà incapables de capter l'instant où l'aurore brise les ténèbres de la nuit, l'instant où le dernier rayon du couchant s'efface derrière les montagnes (Cheng, 2013). Ce temps figé malmène : « Je m'étais devenue une compagne insupportable et le temps croupissait. » (Martinez, 2011, p. 164)

S'il est vrai que quelqu'un·e d'ému·e est vite en proie au balbutiement des mots, au trébuchement de la pensée ou encore à la difficulté d'agir, la peur de rester prisonnier·ère de ce temps implacable, l'effroi à l'idée de ne plus avoir accès aux autres, en est aussi une part explicative :

„»Befürchtet« ist dabei das Mitsein mit dem Anderen, der einem entrissen werden könnte.” (Heidegger, 1927, S. 142) « Ce qui est alors 'redouté' c'est l'être-avec autrui, en tant qu'il pourrait nous être arraché. » (Heidegger, [1985], p. 126)

ἡσέδ| la bonté généreuse dont nous parle Levinas, impliquée par ce face-à-face unique, n'est en rien volontaire ou héroïque ; elle est juste possible de par le dérangement que provoque l'autre dans mon intériorité, un certain appel d'air, un vide, le déplacement de mon centre de gravitation. Ce philosophe, revenu de tout, nous invite incroyablement à œuvrer dans l'asymétrie, sans attente de réciprocité, dans la confiance et le « passage au **temps de l'Autre**. » (HAH, p. 59) L'écoute active est, alors, la passerelle qui permet à l'écoutant·e de s'approcher au plus près des perceptions du/de la soigné·e.

Puis, au fil du temps, -un temps nécessaire à ce que certains rouages de la douleur chronique se dérouillent-, la '**soignée liminaire**' n'est plus tout le temps 'autre', plus sans cesse écrasée par le menaçant. Elle est parfois parmi les autres. Il se peut même qu'elle perçoive, alors, un appel, bien qu'indistinct. Pourrait-elle revenir à elle, même 'autre', ose-t-elle se demander :

„In der Erschließungstendenz des Rufes liegt das Moment des Stoßes, des abgesetzten Aufrüttelns. Gerufen wird aus der Ferne in die Ferne. Vom Ruf getroffen wird, wer zurückgeholt sein will.” (Heidegger, 1927, S. 271) « Dans la tendance d'ouverture de l'appel est contenu le moment du choc, de la secousse venue de loin. L'appel retentit depuis le

lointain vers le lointain. Est touché par l'appel celui **qui veut être ramené.** » (Heidegger, [1985], p. 214)

Dans *Humanisme de l'autre homme* (Levinas, 1972), finalement, quel humanisme est décrypté ? Un humanisme exigeant de chacun de nous, en face du visage d'autrui, une responsabilité infinie dont l'étymologie renvoie à *respondere* « se porter garant », apparenté à *sponsio* « promesse ». Or cette promesse, personne ne peut la tenir à notre place ; cette réponse, personne ne peut s'y dérober. Dans *Totalité et Infini*, (1971, p. 273), Levinas précisait : « Le jugement⁹ se porte sur moi dans la mesure où il me somme de répondre. La vérité se fait dans cette réponse à la sommation. La sommation exalte la singularité précisément parce qu'elle s'adresse à une **responsabilité infinie.** »

Après avoir patienté dans la salle d'attente, - rebaptisée il y a peu « salle d'accueil » par le Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg, Suisse) -, le·la patient·e se prépare donc à rendre visite ; ses tentatives de se donner une certaine contenance ne trompent pas, révélant une impatience et une appréhension indéniables. L'intensité de la prise de parole pourra-t-elle laisser place à une intensité d'écoute libérant une parole poétique¹⁰? Une parole qui ne s'écoute pas parler, du haut d'un savoir condescendant, mais qui, humblement, écoute jusqu'aux silences de ce qui est exprimé en face ; une parole dialectique, qui articule la relation à 'l'autre', qui calme ou inquiète dans sa justesse, qui cherche à comprendre ce qui a été perdu dans l'exil (Murray, 2019) et qui cherche à recréer, grâce notamment à la notion de neuroplasticité. Cette **philosophie du regard** nous amène vers un regard tout d'égard (**Fig. 1**), loin de cette « complaisance dans le Même, méconnaissance de l'Autre. » (HAH, p. 56)



Figure 1 : En n'esquivant pas le regard de l'autre et son altérité dérangeante.

⁹ Jugement au sens aristotélicien : élément de l'articulation d'un raisonnement et non *PAS* condamnation morale.

¹⁰ Une parole poétique qui n'est ni lettre morte ni redite sur la modalité du 'même' .

Comment répondre à ce visage qui nous fait front ? La rencontre de l'autre dans un face-à-face est forcément confrontation, car elle implique un dialogue, y compris avec soi-même. Au quotidien, une telle qualité de dialogue peut-elle émerger du côté des professionnels de la santé souvent cachés derrière leur ordinateur ? Nous osons espérer que le visage de 'l'autre', assis en face d'eux puisse leur apparaître, pour que la personne qui souffre ne soit jamais réduite à un **silence inouï**. Pas entendu. D'autant plus qu'il a été établi que : « l'absence de face-à-face étant un facteur intrinsèque de la douleur, pour ne pas dire une troisième étiologie de la douleur. » (Goérés et al., 2019) Espérons que les yeux des soignant·es quittent la neutralité de l'écran ou l'action mécanique, comme l'écrit si bien Martin Winckler au point 5 de sa charte des soigné·es :

« Tu partageras avec moi, sans réserve et sans brutalité, toutes les informations dont j'ai besoin pour comprendre ce qui m'arrive, pour faire face à ce qui pourrait m'arriver. Tu répondras patiemment, précisément, clairement, sincèrement et sans restriction à toutes mes questions. Tu ne me laisseras pas dans le silence, tu ne me maintiendras pas dans l'ignorance, tu ne me mentiras pas. Tu ne me tromperas ni sur tes compétences ni sur tes limites. » (Winckler, 2019, pp. 145-146)

S'appuyer sur l'objectivité des résultats scientifiques est fondamental. Cependant, il ne s'agirait pas d'être aveuglés par l'arrêt sur image de la maladie. En posant comme vérité absolue des conclusions objectivées, délaissant par conséquent l'expérience, -vécue tout aussi véritablement par le·la patient·e et inscrite dans la sphère concrète de son univers de sens-, le risque est de dévitaliser le phénomène de la douleur et de voir suffoquer un·e patient·e réifié·e, posé·e comme un objet. Quand les opérations, résultats, techniques, tests, graphiques, méthodes, peuvent se doubler de mots simples et justes, stimulants, prononcés au bon moment, le monde de la santé travaille à **cœur ouvert** et perçoit les besoins du/de la patient·e.

La dérive des patient·es perdant leurs repères ainsi que leur intégrité proprioceptive exige des thérapeutes une pleine attention, une entrée au plus près de leur rythme, une confrontation à leur monde altéré depuis des mois, voire des années (Murray, 2019), afin de pouvoir frapper à la porte de leur **monde intermédiaire**, -aussi électrique, flambant, lourd, distendu, épais, engourdi, écrasé, rigide, vibrant et éblouissant soit-il- et de les rejoindre. Leur discours décousu se détache sur un tableau abstrait qui vire à l'expressionnisme. Les patient·es sont dans tous leurs états, affecté·es, c'est un fait, somnambules du lointain, déambulant, muet·es, interdit·es, sur le fil de la douleur, que seul un regard soutenu peut rendre à nouveau vivant·es. Entendons ce qu'ils sont et ce qu'ils peuvent devenir. De la viscosité du noir saumâtre des heures d'insomnie peut naître la faible lueur des métamorphoses.

Reconnecter avec l'extériorité représente tout un défi, mais la douleur devenant progressivement moins harcelante, des visages vont pouvoir se détacher de leur brume, être captés. Esquissant un sourire, les soigné·es se retrouvent dans un monde de nouveau habitable, par moments ; s'étant évadé·es de cette **île du sens perdu**, où un quelconque ailleurs avait été aboli, les voilà débarrassé·es de cet état de flottement qui pouvait évoluer tout autant vers l'effondrement qu'infléchir une remontée. L'extérieur s'est fait moins hostile, de temps à autre, voire poétique dans sa fragilité acceptée, grâce notamment à une alliance basée sur la confiance, depuis laquelle a pu émerger un consentement à un traitement co-créatif, à un processus moins interventionniste, alliant le mesurable et l'incommensurable.

Avant même de proposer un nouveau modèle ou d'émettre toute théorie, les sciences se font un devoir, de par leur démarche expérimentale, de prendre en compte les éléments qui leur résistent, par le processus de mise à l'épreuve du réel que constitue la réfutation. Pour que les sciences ne s'essouffent ni ne tombent dans un scientisme idéologique, pourquoi ne pas les envisager empreintes de délicatesse et d'égard, afin qu'elles risquent l'aventure humaine de 'l'autre' ? Cette aventure humaine pouvant se permettre un certain flottement, des remises en question indispensables au **temps du regard éthique** ?

Racines et rhizomes (Deleuze & Guattari, 1980), techniques et éthiques, sciences et poésies, objets et présences, réalités et mythes, raison et intuition, clairvoyances et ombres et tellement d'autres combinaisons fertiles allant sur « la voie de l'**habitation pensante et poétique**. » (Heidegger, 1958, p. 115)

« En quoi consiste l'acuité de la **solitude** ? Il est banal de dire que nous n'existons jamais au singulier. Nous sommes entourés d'êtres et de choses avec lesquels nous entretenons des relations. Par la vue, par le toucher, par la sympathie, par le travail en commun, nous sommes avec les autres. Toutes ces relations sont transitives : je touche un objet, je vois l'Autre. Mais je ne *suis* pas l'autre. Je suis tout seul. » (Levinas, 1979)

A vous, patient·e : malgré le souffle entravé par la douleur, habiter poétiquement permet de demeurer sans jamais vous installer, en n'étant pas enfermé·e dans l'illusion d'une seule et définitive identité de malade incurable ; empêché·e dans votre devenir. Porter les maladies neuropathiques dont vous souffrez, les sentir, les ressentir, les pleurer, les nommer, assumer qu'elles sont altérités dérangeantes en vous et pour l'autre, en n'esquivant pas son regard qui va pouvoir **prendre en charge vos soins**.

Remerciements : comme à l'accoutumée, cet article n'aurait jamais vu le jour sans d'**innombrables** relectrices et relecteurs, qui ne sont pas pour autant, être auteur·es : citoyen·nes, soigné·es, ex-patient·es, médecins et autres membres de notre communauté de pratique. Nous les remercions de tout cœur pour leur contribution inestimable ; tout particulièrement (dans une ritournelle) : Séverine Glanowski, Elodie Colin, Christine Mabon, Florine Etiévant, Elodie Goérès, Aurélie Richard, Marion Vittaz, Nicole Fayet, Géraldine Denoël, Marie-Charlotte Branchet, Mylène Guillerm (-Kientzi), Blandine Le Mené, Sandrine Clément, Sandrine Terreaux, Eloïse Briche, Orlando Luis, Gautier Wagner, Laurence Bernardon, Valérie Laurent, Anne-Marie Teuscher, Elvina Nicolas, Fanny Horisberger, Franck Bourrel, Gaëlle Hennequin, Sarah Chapdelaine, Anouchka Bender, Jérôme Faist, Cédric Lehner, Patricia Fehlmann, Pablo Mondragon, Philippe Otten, Michael Temgoua, Chrisoph Erling et Daniel Curty.

Références

- Cheng, F. (2006). *Cinq méditations sur la beauté*. Paris : Albin Michel.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux*. Paris : Édition de minuit.
- Goérès, E., Dufort, M. & Spicher, C. (2019). La gestion de la prescription d'activité aux patients douloureux neuropathiques – une ergothérapie avant-gardiste. In M.H. Izard (Ed.),

Expériences en ergothérapie, 32^e série (pp. 421-432). Montpellier, Paris : Sauramps médical.
Téléchargeable (01.06.2023) :

http://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/e-news_somatosens_rehab_17_4_0.pdf#page=16

- Heidegger, M. [1958]. *Essais et conférences*, Gallimard. Téléchargeable (01/06/2023) : <https://prepasaintsernin.files.wordpress.com/2020/06/heidegger-essais-et-confc3a9rences.pdf>

- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Halle: Max Niemeyer.

- Heidegger, M. [1985]. *Être et temps*. Édition numérique hors-commerce. Téléchargeable (01/06/2023) : http://t.m.p.free.fr/textes/Heidegger_etre_et_temps.pdf

- Husserl, E. [1966]. *Méditations cartésiennes*. Paris : Librairie philosophique J. Vrin.

- Levinas, E. (1971). *Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité*. La Haye : Martinus Nijhoff.

- Levinas, E. (1972). *Humanisme de l'autre homme*. Montpellier : Fata Morgana
Téléchargeable (01/06/2023) :

https://monoskop.org/images/d/d3/Levinas_Emanuel_Humanisme_de_l_autre_homme_1987.pdf

- Levinas, E. (1979). *Le temps et l'autre*. Montpellier : Fata Morgana.

- Masse, J., Dufort, M., Spicher, C. & Le Breton, D. (2018). **Ébauche de synthèse** Liminalité des expériences de la douleur. *e-News Somatosens Rehab*, 15(3), 63-71.

Téléchargeable (01.06.2023) :

https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/e-news_somatosens_rehab_15_3.pdf#page=29

- Martinez, C. (2011). *Des domaines des murmures*. Paris : Gallimard.

- Morin, E. (2001). *La méthode (tome 5) : l'Humanité de l'Humanité*. Paris : Seuil.

- Murray, E. (2019). **Éditorialiste invitée** Dés-altération. *e-News Somatosens Rehab*, 16(4), 113-118. Téléchargeable (02.06.2023) : <https://www.somatosenspainrehab.com/articles/ds-altration>

- Platon [2008]. *Œuvres complètes*. Paris : Flammarion.

- 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 : Éditions universitaires européennes.

- Trésor de la langue française informatisé. Téléchargeable (01.06.2023) : <http://atilf.atilf.fr/tlfv3.htm>

- Winckler, M. (2019). *L'Ecole des soignantes*. Paris : P.O.L. Téléchargeable (01.06.2023) : <https://www.somatosenspainrehab.com/articles/la-charte-des-soignes>

මූලික ගිණිමාපද

1. රෝගියෙකු වන මා නිරෝගී ඔබ හා සමානයි. මම ඔබව මගේ සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නා ලෙස තෝරා ගනු ලබනවා.
2. මට හැකි උපරිම ශාරීරික, සදාචාරාත්මක සහ චිත්තවේගීය රැකවරණය ලබා දීමට ඔබ ඔබේ දැනුම, ඔබේ කුසලතා, ඔබේ බුද්ධිය සහ ඔබේ මනුෂ්‍යත්වය භාවිතා කරනු ඇත.ඔබ සෑම මොනොතකම මාගේ වේදනාවන්ගෙන් මා මුදාගැනීමට උත්සාහ කාරණාව.
3. මගේ වයස, ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය, සම්භවය, සමාජීය හෝ නෛතික තත්වය, සංස්කෘතිය, සාරධර්ම, විශ්වාසයන්, භාවිතයන් සහ මනාපයන් ඇතුළුව සෑම අතින්ම පුද්ගලයෙකු ලෙස ඔබ මට ගරු කරනු ඇත.
4. ඔබ විශ්වාසවන්තව මගේ ආයාචනා, බිය සහ බලාපොරොත්තු ගැන සාක්ෂි දරනු ඇත.මගේ කැමැත්තෙන් තොරව ඔබ කිසිවිටෙක ඒවා නොසලකා හැරීම, ඉවත දැමීම, විකෘති කිරීම හෝ හෙළිදරව් කිරීම නොකරන ඇත.
ඔබ මගේ රහස් ඔබේ ලාභය සඳහා භාවිතා නොකරනු ඇත. ඔබ මට විරුද්ධව ඒවා භාවිතා නොකරනු ඇත. ඔබ මාව විමසීමෙන් ප්‍රශ්නයකට යටත් නොකරනු ඇත; ඔබ කවදාවත් මාව නිතඬ නොකරනු ඇත.
5. මානව සිදුවන්නේ කුමක්ද යන්න තේරුම් ගැනීමට සහ සිදුවිය හැකි දේ සමඟ සාර්ථකව කටයුතු කිරීමට මට උපකාර කිරීමට ඔබ මට අවශ්‍ය සියලුම තොරතුරු සංචිත, කිසිදු අඩුවකින් තොරව මා සමඟ බෙදා ගනු ඇත. ඔබ මගේ සියලුම ප්‍රශ්න වලට ඉවසිලිවන්තව, නිවැරදිව, පැහැදිලිව, අවංකව සහ කිසිදු සීමාවකින් තොරව පිළිතුරු දෙනු ඇත. ඔබ මට පිළිතුරු දීම ප්‍රතික්ෂේප නොකරනු ඇත. ඔබ මට බොරු නොකියනු ඇත. ඔබ ඔබේ නිපුණතාවය සහ කුසලතා වැරදි ලෙස නිරූපණය නොකරනු ඇත.
6. ඔබ මගේ තීරණ වලට සහාය වනු ඇත. මගේ ස්වාධීනතය සීමා කිරීමට ඔබ කිසිවිටෙක තර්ජනය, , නින්දාව, උපාමාරු දැමීම, වරදකාරිත්වය, ලැජ්ජාව හෝ රැවටීම භාවිතා නොකරනු ඇත.ඔබ කිසි විටෙකත් මා හෝ මගේ ආදරණීයයන් රැවටීම හෝ අපයෝජනය හෝ නොකරනු ඇත.
7. මා අසනීප වූ විට ඔබ මා අසල සිටි මගේ තත්වයෙන් අයුතු ප්‍රයෝජන ගන්නා අයට එරෙහිව මට සහාය වනු ඇත. ඔබ මගේ ආරක්ෂකයා, මගේ පරිවර්තකයා සහ මගේ උපදේශකයා වනු ඇත. මාගේ ඉල්ලීම් මත ඔබ මා වෙනුවෙන් කතා කරයි, නමුත් ඔබ කිසි විටෙකත් මාගේ අනුදැනුමකින් තොරව මා වෙනුවෙන් කතා නොකරනු ඇත.
8. ඔබ මා ආරක්ෂා කරන නීතිවලට ගරු කර ක්‍රියාත්මක කරනු ඇත; මට සෞඛ්‍ය රැකවරණය ලබා නොදෙන සියලු අසාධාරණයන්ට එරෙහිව ඔබ මා සමඟ සටන් කරනු ඇත. සෞඛ්‍ය ස්වාධීනත්වය වැඩි කරන විද්‍යාව සහ කුසලතා පිළිබඳව ඔබ සෑම විටම ඔබගේ දැනුවත් බාවය පුළුල් කරගනු ඇත ; ඔබ සෑම විටම බුද්ධි විරෝධී බව හෙළා දකිනු ඇත; සියලු ලාභ සොයන්නන්ගෙන් ඔබ මා ආරක්ෂා කරනු ඇත.
9. ඔබ මගේ සියලුම සෞඛ්‍ය සේවා සපයන්නන්ට එක හා සමානව ගරු කරනු ඇති අතර, ඔවුන්ගේ තරාතිරම, ඔවුන්ගේ පුහුණුව, ඔවුන්ගේ භාවිතය නොසලකා ඔබ ඔවුන් සමඟ වැඩ කරනු ඇත. ඔබ ඔවුන් සඳහා මෙන්ම ඔබ වෙනුවෙන් හොඳ සේවා කොන්දේසි වෙනුවෙන් පෙනී සිටිනු ඇත.
10. ඔබ ඔබේම සෞඛ්‍ය ආරක්ෂා කරනු ඇත. ඔබ විවේක ගන්නා අතර ඔබට ලැබිය යුතු සියලු විවේකය ගනු ලැබේ . ඔබ ඔබේ බුද්ධිමය ස්වාධීනත්වය ආරක්ෂා කරනු ඇත. ඔබ කිසි විටෙකත් මුදලට හෝ වරප්‍රසාදයන්ට යට නොවනු ඇත.

INFOGRAPHICS Nb 11

dragen * porter * supporter * verdragen

To MDs
To patients

To neuroscientists
To therapists

SPICHER CJ, BOER-VREEKE K¹¹ & SPICHER M

Les instruments de la souffrance importent peu, ce qui compte c'est la façon de **porter**, de **supporter**, d'assumer une souffrance consubstantielle à la vie et de conserver intact à travers les épreuves un petit morceau de son âme.

10.07.1942

“Het gaat er in laatste instantie om hoe men het lijden, dat toch essentieel voor dit leven is, **draagt** en **verdraagt** en verwerkt en dat men een stukje van z'n ziel ongeschonden bewaren kan door alles heen.”

Et la beauté, la grandeur, se révélaient parfois plus dures à **porter** que la souffrance, tant elles me subjuguèrent.

15.09.1942

“En het mooie en het grote was soms nog zwaarder te **dragen** dan het lijden, omdat het zo overweldigend was.”

Porter des fruits et des fleurs sur chaque arpent où l'on a été planté, ne serait-ce pas notre finalité ? Et ne devons-nous pas aider à sa réalisation ?

02.10.1942

“Vruchten en bloemen **dragen** op elke plek grond, waar men geplant is, zou dat niet de bedoeling zijn? En moeten wij er niet aan meehelpen deze bedoeling te verwezenliken?”

Je me crois capable de tout **porter**, de tout assumer de cette vie et de cette époque.

10.10.1942

“Ik geloof, ik kan alles van dit leven en van deze tijd **dragen** en verwerken.”

L'autrice néerlandaise Etty Hillesum rappelle dans son œuvre^{12,13} que le fait de **porter** (*dragen*), voire de **supporter** (*verdragen*), une souffrance est un cheminement. Elle souligne qu'une manière d'appréhender cette souffrance réside, bien souvent, dans le fait de se garder de toute rancœur, en cherchant à **porter** la paix en soi.

¹¹ BScOT, ECHT, CSTP[®], Bronovolaan 50 2597 AZ DEN HAAG - The Netherlands

¹² Hillesum, E. (1981). *Het verstoorde leven Dagboek van Etty Hillesum, 1941-1943* (Tiende druk). Bussum: De Haan/Uniboek (NL).

¹³ Hillesum, E. (1941-1943 [2008]). *Les écrits d'Etty Hillesum. Journaux et lettres 1941-1943* (Coll. Opus). Paris : Seuil.

APHORISM – LEITMOTIV – AFORISMO

 **“Och, het is toch allemaal niet zo erg, wees maar stil.”**
Etty Hillesum

„Oh, das ist nicht so schlimm, beruhige dich.” 

 *“Oh, it’s not that bad after all, calm down.”*

« Oh, ce n’est pourtant pas si grave, calme-toi. » 

 *« Hej, nuk është bo nami, qetësi. »*

« Oh, no es tan malo, tranquilo. » 

SCHATTEN & HALBSCHATEN

Ich betrete die Welt von innen und bin frei

An ÄrztInnen
An PatientInnen

An NeurowissenschaftlerInnen
An TherapeutInnen

„Jede wirkliche Beziehung in der Welt ist ausschließlich. Ich vergesse nichts, alles ist da, mir ist heiss, ich habe Durst, ich muss dorthin gehen, wohin man nicht geht, ich muss alles wiederfinden, was man nicht mehr weiss, das, was verloren war, zurückbringen, alles, an was man geglaubt hat; ich will sterben, das Risiko eingehen, nackt zu sein, weil ich die Hoffnung auf diesen unendlichen See frischer Stille habe, in den mein von der Freude ausgewrungene Körper hineintaucht. Das geschieht manchmal. Dann ist es das vollzogene Leben, das seine Hand ausstreckt und meine tränenüberströmte Wange streichelt. Ich begegne mi, es gibt nichts mehr zu befürchten, das Licht, das kein Schatten jemals auszulöschen vermag, ist da. Das Licht, die Musik.

Was verletzt wurde, die Traurigkeit in den mit Kummer gefüllten Lungen, alles verblasst. Ich betrete die Welt von innen und bin frei. Frei.”

Lim, H.J. (2016). *Le son du silence*. Paris : Albin Michel.

ATMÓSFERA DOLOROSA Número 14
Conservar intacto un pedacito de su alma
Estelle MURRAY



NO COMMENT N° 44

Aux **médecins**
Aux patient·es

Aux neuroscientifiques
Aux **thérapeutes**

Terreaux, S. (BSc erg., RSDC[®]) & Spicher, C.

Le 30 novembre 2022 (t₀), lors de l'évaluation initiale effectuée au Centre de rééducation sensitive de Fribourg, Madame S., 52 ans, présentait des douleurs neuropathiques depuis **27 mois**.

Status : fracture du 5^e métatarsien en août 2020.

Diagnostic neuropathique : SDRC de Budapest de la branche terminale intermédiaire du nerf péronier superficiel gauche (stade V de lésions axonales Aβ) avec allodynie mécanique.

Temps (jours)	QDSA (pts)	Somesthésie		
t ₀	17 à 38	Arc-en-ciel VIOLET	∅	
		Aucune : hypoesthésie sous-jacente	2 pts_(c) (mm)	SPP_(c) (g)
t ₅₁	0 à 25		21	0,6
t ₇₂	ND		12	ND
t ₈₂	ND		ND	0,3
t ₁₄₆	0 à 8		10 Normalisé	Normalisé

Tableau I : Après 13 séances d'ergothérapie par la méthode de rééducation sensitive de la douleur (t=146 jours), la diminution des douleurs neuropathiques est corrélée avec la diminution de l'hypoesthésie tactile sous-jacente ; QDSA : Questionnaire de la Douleur de St-Antoine ; ND : Non Déterminé ; SPP_(c) : Seuil de Perception à la Pression, passation courte_(c) ; 2 pts_(c) : Test de discrimination de 2 points statiques, passation courte_(c).

ORIGINAL ARTICLE

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^{©14}

ABSTRACT

A precise clinical and symptomatic description is an essential step in the diagnosis and effective management of neuropathic pain which underuse can lead to multiple therapeutic failures. **Aim:** To highlight the clinical characteristics of neuropathic pain patients by identifying the nature and frequency of symptoms, the most affected neuropathic areas and the most frequently encountered lesion stages. The Unit of Somatosensory Pain Rehabilitation at INAREF, which uses the method of Somatosensory Pain Rehabilitation (SPR), 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 symptom (5/26). The diagnosis of A β axonal lesions was positive in 13 patients ($n = 16$). The most affected cutaneous domains (Spicher et al., 2020a) 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 β axonal lesions – intermittent neuralgia – was the most frequently encountered (10/16).

Keywords: Somaesthesia - neuropathic pain - diagnosis of A β axonal lesions - clinical

INTRODUCTION

Neuropathic pain is a public health issue with very severe consequences on quality of life (Attal et al. 2011; Inoue et al. 2017). Neuropathic pain is defined as: Pain caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous system (Finerup et al., 2016). The somatosensory nervous system provides information about the body, including the skin, musculoskeletal and visceral organs.

¹⁴ Institute of Applied Neurosciences and Functional Rehabilitation (INAREF Institut de Neurosciences Appliquées et de REéducation Fonctionnelle), Yaoundé, Cameroon www.inaref.com

Regarding the skin, neuropathic pain can be spontaneous - stimulus-independent pain - or touch-evoked - allodynia: due to a stimulus which does not normally provoke pain (Merskey & Bogduk, 1994). According to Spicher et al. (2020a), the term neuropathic pain does not prompt the naming of the injured skin nerve branch. As a result, too many patients unfortunately do not benefit from a diagnosis of A β axonal lesions and thus from neuroanatomical treatment. According to a general population-based study in France involving 30,000 subjects, and using a validated screening questionnaire for neuropathic pain, the prevalence of neuropathic pain (> 3 months) is estimated at 6.9% - and 5% for moderate to severe pain (Bouhassira et al., 2008). In a study based on the general population in Benin, the prevalence of probable neuropathic pain was 5.9% (Adoukonou et al., 2014).

Method of somatosensory pain rehabilitation

Somatosensory pain rehabilitation is a non-invasive method used to assess and treat somaesthetic disorders, in order to reduce neuropathic pain. It is based on the concept of the adaptive neuroplasticity of the somatosensory nervous system and the reversal of certain sensitization mechanisms, even many years after the onset of the disorder. In this method, great emphasis is placed on the assessment of skin sensitivity. A precise mapping of sensitivity disorders allows the implementation of an adapted reeducative treatment, using one or more of the five techniques. A precise mapping of sensitivity disorders allows the implementation of an adapted reeducative treatment, using one or more of the five techniques. Patients follow a multi-day exercises program to be carried out at home and the evolution of their sensory symptoms are reevaluated weekly (Bouchard et al., 2021). The first thing to look for is a particular pain symptom, since neuropathic pain usually has a spontaneous component (stimulus-independent pain) and sometimes touch-evoked pain (by tactile or thermal stimulations). These two components may exist alone or in combination in the same patient. The vocabulary used by the patient should be noted, since some descriptors are more frequently used than others to describe neuropathic pain (burning, electric shocks, painful cold). Painful symptoms are frequently accompanied by abnormal non painful, but often unpleasant sensations, such as tingling, pins and needles, numbness (Martinez et al., 2010). The diagnosis work-up of A β axonal lesions is a set of highly change-sensitive tests to demonstrate disorders of vibrotactile sensitivity (Spicher et al., 2020b).

Aim of the study

To identify the clinical characteristics of patients followed in the Unit of Somatosensory Pain Rehabilitation (SPR) at the Institute of Applied Neurosciences and Functional Rehabilitation (INAREF *Institut de Neurosciences Appliquées et de REéducation Fonctionnelle*), centre for neuropathic pain.

MATERIALS AND METHODS

1. Location of the study

The work was carried out at the Institute of Applied Neurosciences and Functional Rehabilitation (INAREF) in Yaoundé (Cameroon) created in June 2021. The INAREF brings together health professionals, neurologists, rehabilitation doctors, speech therapists, physiotherapists, occupational therapists, etc., involved in the care of patients with neurological disorders requiring functional rehabilitation. It is organised into various departments and units,

including the Unit of SPR. This unit is made up of two staff members trained in the method of SPR, a neurologist and a physiotherapist, members of the Somatosensory Rehabilitation of Pain Network.

2. Type and period of study

This was a retrospective, descriptive study over a period of six months, from June 2022 to December 2022.

3. Patients

The study cohort is composed of patients who were taken care at the Unit of Somatosensory Pain Rehabilitation.

- **Inclusion criteria:** Patients who were received in the neurology unit without any initial diagnosis of A β axonal lesions.
- **Exclusion criteria:** none.

4. Method

The patient is initially received in a neurology consultation, where the reason for consultation and in particular the somaesthetic symptom is identified, the antecedents and clinical history investigated, and a complete neurological examination is carried out. The patient is then directed to the sensory rehabilitation unit for a diagnosis of A β axonal lesions preceded by an adapted interrogation which summarises the symptoms based on the McGill Pain Questionnaire (MPQ) either in English or in French. From this, the hypothesis of an injured branch is formulated. The diagnosis of A β axonal lesions is positive if it allows the identification of either a partial tactile hypoaesthesia or a paradoxically painful to touch hypoaesthesia– mechanical allodynia. The territory of the sensitivity alteration is precisely defined with very sensitive Semmes-Weinstein monofilaments of different application forces.

“As the clinic gives us opportunity to observe many more axonal lesions (axonotmesis) than complete transections (neurotmesis), the resultant cutaneous hypoaesthetic territories demarcated by mapping are partial. We therefore defined for each cutaneous nerve branch [...] the boundary markers of the largest territory of cutaneous origin.” (Spicher et al., 2020a)

At the end of the assessment, the two Somatosensory Therapists of Pain (STP) meet in a multidisciplinary discussion and announce the stage diagnosis of A β axonal lesions to the patient as well as the therapeutic approach to be taken.

5. Data collection

The data collection was done from the neurology medical consultation file and from the patients' evaluation and follow-up forms in the unit of SPR.

6. Data management and analysis

For the exploitation of the results, the collected data was entered into Excel 2013 and analysed using Epi Infos 7 version 7.1.3.3 software. The data was represented as percentages, numbers and proportions.

RESULTS

From the MPQ in English or in French, the patients reported somaesthetic symptoms as numbness, tingling and/or neuropathic symptoms as burning sensations. They reported mostly more than one symptom. Their distribution was as following (**Table I**).

Reported symptoms	N
Tingling	5
Numbness	5
Hot sensations	4
Muscle weakness	3
Heaviness	2
Electrical discharge	2
Burning sensations	2
Others	3
Total	26

Table I: *Distribution of the symptoms of the 16 patients.*

Among the 16 patients, five different comorbidities were represented (**Table II**).

Comorbidities	N
High blood pressure	4
Trauma history	3
Diabetes	1
Devik's disease	1
Stroke	1
Total	10

Table II: *Comorbidities' distribution of the 16 patients.*

The percentage of the MPQ score ranged from 22 to 66 pts, with a mean of 37.57 ± 13.30 pts and a median of 37.5 pts. This score, together with the mapping made it possible to determine the stages of A β axonal lesions of the participants (**Table III**). Within our cohort of 16 patients, 13 participants presented a positive diagnosis of A β axonal lesions, the other 3 patients had a negative diagnosis.

Stages of A β axonal lesions	N
I	3
III	7
IV	3
Negative	3
Total	16

Table III: Distribution of the 16 participants according to the stages of A β axonal lesions.

Most of our patients (4 + 3/13) had at least two affected cutaneous nerve branches (**Figure 1**).

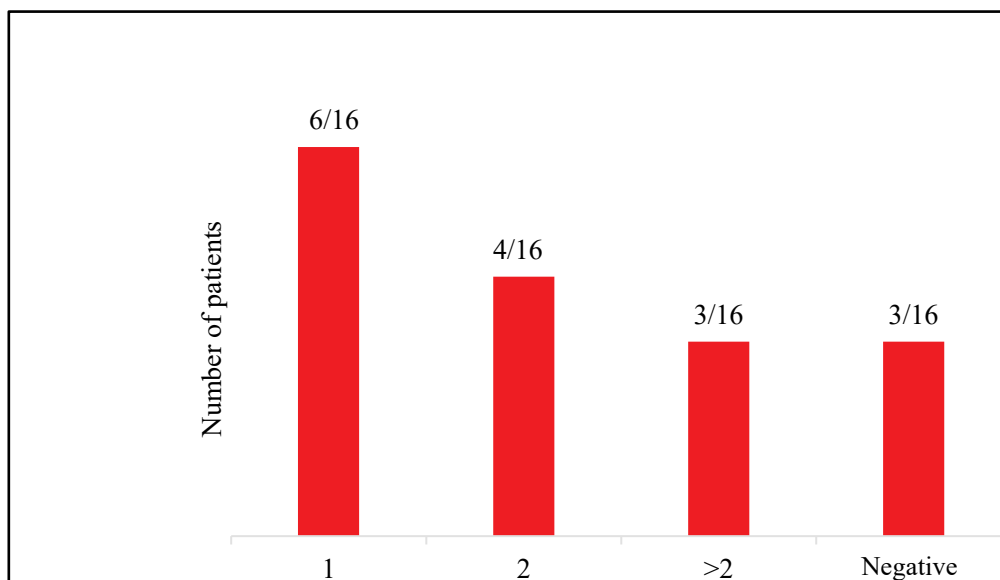


Figure 1: Number of injured branches per patient.

Some patients presented neuralgia in more than one domain (Spicher et al., 2020a). Brachial and sciatic cutaneous domains were the most affected domains (Table IV).

Cutaneous domain	N	Ratio
Brachial	6	6/16
Sciatic	5	5/16
Cervical	2	2/16
Lumbo-abdominal	1	1/16
Occipital	1	1/16
Negative	3	3/16
Total	16	

Table IV: Distribution of the main cutaneous domains (Spicher et al., 2020a).

DISCUSSION

In the present study, the most common characteristics were hot or burning sensations (4 + 2/26), tingling (5/26), and numbness (5/26). In a beninese study ($n = 2314$), the most common characteristics were burning sensations (87.6%), tingling (82.8%) and numbness (66.8%) (Adoukonou et al. 2014). In another French study ($n = 1967$), the most represented symptoms were numbness (74.3%), tingling (73.4%), burning sensations (67%) and electric shocks (63.8%) (Van Belleghem & Bouhassira, 2009).

Comorbidity

As seen in the results, high blood pressure (4/16) and trauma history (3/16) were the most common comorbidities in our study. Martinez et al. in their review of the literature on Chronic Post Surgical Pain (CPSD) showed that 10 to 30% of patients present CPSD after an ordinary operation. The prevalence of CPSD varies according to the types of surgeries. Our centre mainly receives patients who initially had neurological diseases, but *NOT* after an ordinary operation. This highlights the interest to direct our efforts towards other specialties, particularly post surgical, in order to reach a greater number of patients suffering with neuropathic pain.

Result of A β axonal lesions diagnosis

The majority of participants (13/16) had a positive diagnosis of A β axonal lesions. The 3 patients with negative diagnosis had MPQ scores over 20 points, but during the calculation, the sub-total of sensory pain score was lower than the sub-total of affective pain score. In these

conditions, Spicher et al. (2020a) suggest that the patient either has a diagnosis related to neurogenic pain or neurogenic and psychogenic pain. *i.e.* psychopathologic behaviors associated with mental health disorders. In this situation the patient should be referred for psychological evaluation or follow-up. In our study, we found that all patients with a negative diagnosis had a significant psychological medical history. A psychological follow-up was systematically proposed to them.

Stages of A β axonal lesions

Each stage of axonal lesions calls for a specific strategy of treatment. Stage III - intermittent neuralgia - is the most frequent in this cohort (5/26). According to Spicher et al. (2020b) the most frequent stage of A β axonal lesions is Stage IV (56%) - permanent neuralgia ($n = 1784$). This difference could be explained by the size of our sample. In Stages III and IV, a hypoaesthetic territory generates neuralgia. The neuralgia - intermittent or permanent - is induced by either hypoaesthesia or paradoxical painful to touch hypoaesthesia - static mechanical allodynia. Three of our patients had stage IV with static mechanical allodynia. It should be noted that two of them had central neurological disorders with peripheral neuropathic lesions.

Number of injured nerve branches

Most of our patients (4 + 3/13) had at least two affected cutaneous nerve branches. In neurology, the concerned nerve branch territories are often described in a global way, following the dermatomes logic. The reality shows that frequently more than one nerve branch joining the same dorsal root or being part of the same cutaneous domain present A β axonal lesions. Therefore, it is important to carry out a meticulous examination in order to precisely determine the different affected nerve branches. This has a definite impact because it is sometimes necessary to treat them one after the other, the treatment of the cutaneous territory of one nerve branch, in the case of mechanical allodynia, possibly having an impact on the treatment of another territory.

Affected cutaneous domains

The main cutaneous domains affected were the brachial domain (6/16), the sciatic domain (5/16) and the cervical domain (2/16). This step is semantically and clinically important. Term as cervico-brachialgia is rather confusing because these patients usually present two conditions: cervical neuralgia associated with brachial neuralgia – *NOT* only one cervico-brachialgia. The nerve branch territories should not be confused, as this could worsen the treatments.

CONCLUSION

With classical therapeutic managements, neuropathic pain patients often are in a situation of therapeutic failure. A precise clinical description of neuropathic pain patients' symptoms helps to perform a better management. It gives a precise idea of the nature and frequency of the neuropathic conditions most often encountered. The rigour of the clinical approach is a precious help when setting up the therapeutic approach. The method of SPR helps the discrimination between a diagnosis related to neurogenic pain or neurogenic and psychogenic pain. In

neurology, it would be desirable to popularise this approach, which constitutes a complementary weapon to fight against neuropathic pain.

REFERENCES

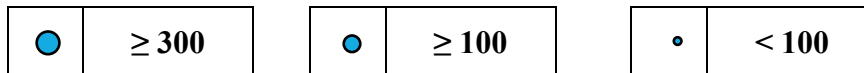
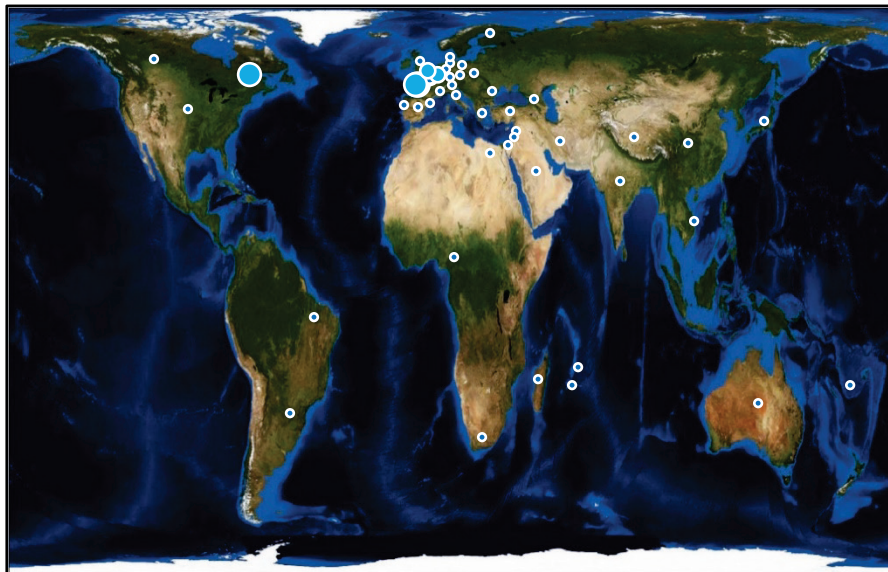
- Adoukonou, T., Gnonlonfoun, D., Kpozehouen, A. et al. (2014). Prévalence et caractéristiques des douleurs chroniques avec caractère neuropathique en population générale à Parakou au nord du Bénin en 2012. *Rev Neurol (Paris)*, 170, 703-711.
- Attal, N., Lanteri-Minet, M., Laurent, B. et al. (2011). The specific disease burden of neuropathic pain: results of a French nationwide survey. *Pain*, 152(12), 2836-2843.
- Bouhassira, D., Lanteri-Minet, M., Attal, N. et al. (2008) Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 136(3), 380-387
- Bouchard, S., Quintal, I., Barquet, O. et al. (2021). Douleurs neuropathiques : méthode d'évaluation clinique et de rééducation sensitive. Available (07/17/2023) : <https://www.em-consulte.com/article/1465871/douleurs-neuropathiques-methode-d-evaluation-clinique-et-de-reeducation-sensitive>
- Finnerup, N.B., Haroutounian, S., Kamerman, P. et al. (2016). Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *PAIN[®]*, 157(8), 1599–1606.
- Inoue, S., Taguchi, T., Yamashita, T. et al. (2017). The prevalence and impact of chronic neuropathic pain on daily and social life: A nationwide study in a Japanese population. *Pain*, 21(4), 727-737.
- Martinez, V., Attal, N., Bouhassira, D. et al. (2010). Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. *Douleurs*, 11, 3-21.
- 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.
- Spicher, C., Mathis, F., Desfoux, N. et al. (2008). L'allodynie mécanique masque une hypoesthésie : Observations topographiques de 23 patients douloureux neuropathiques chroniques. *Doul & Analg*, 21, 239-251.
- Spicher, C.J., Packham, T.L., Buchet, N., Quintal, I. & Sprumont, P. (2020a). *Atlas of Cutaneous Branch Territories for the Diagnosis of Neuropathic Pain* (1st English edition stemming from the previous 3rd French edition) – Foreword: B. Kramer. Berlin, London, Shanghai, Tokyo, New-York City: Springer-Nature.
- Spicher, C., Barquet, O., Quintal, I., Vittaz, M. & de Andrade Melo Knaut, S. (2020b). *DOULEURS NEUROPATHIQUES : évaluation clinique & rééducation sensitive* (4^e édition) : Montpellier, Paris : Sauramps Médical.
- Van Belleghem, V. & Bouhassira, D. (2009) Prise en charge des douleurs neuropathiques chroniques sévères : résultats de « l'enquête patients, soins et intervenants de la douleur neuropathique » (Epsidone). *Douleurs*, 10(6), 283–291.

Somatosensorische SchmerztherapeutInnen aus 46 Herkunftsländern

Für **Ärzte**
Für **PatientInnen**

Für **NeurowissenschaftlerInnen**
Für **TherapeutInnen**

Seit 2001 wurden 141 Weiterbildungskurse in Somatosensorischer Schmerztherapie, mit TeilnehmerInnen aus aller Welt, durchgeführt, davon 138 im Präsenzunterricht und 3 als online-Kurse. Die Anzahl ausgebildeter Ärzte, TherapeutInnen, Chirurgen, übertrifft in der Zwischenzeit die Zahl **1495** (Stand per 25. August 2023).



1	Frankreich	555
2	Kanada (F)	303
3	Schweiz (F)	248
4	Schweiz (D)	139
5	Niederlande	55
6	Belgien	32
7	Schweiz (I)	21
8	Kanada (E)	19
9	Insel Reunion	18
10	Indien	17
11	Deutschland	13
12	Spanien	10
13	Luxemburg	9
14	Portugal	4
15	Brasilien	3
16	Finnland	3

17	Türkei	3
18	Österreich	3
19	Griechenland	3
20	Dänemark	3
21	Ägypten	2
22	Armenien	2
23	Italien	2
24	Israel	2
25	Vereinigtes Königreich	2
26	Rumänien	2
27	China	2
28	Kamerun	2
29	Australien	1
30	Argentinien	1
31	Südafrika	1
32	Vereinigte Staaten von Amerika	1

33	Japan	1
34	Estland	1
35	Tschechien	1
36	Mauritius	1
37	Insel Martinique	1
38	Vietnam	1
39	Tibet	1
40	Iran	1
41	Saudi-Arabien	1
42	Libanon	1
43	Monaco	1
44	Neukaledonien	1
45	Syrien	1
46	Madagaskar	1

TOTAL
1495

NO COMMENT Nr. 45

Für Ärzte
Für PatientInnen

Für Neurowissenschaftler
Für TherapeutInnen

Rebekah DELLA CASA (dipl. ET, zert. SST), **Sandrine TERREAUX** (dipl. ET, zert. SST) & **Dr. med. Irene HOF LAURENCEAU**, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie

Bei der ersten Beurteilung im Somatosensorischen Rehasentrum am 27. Januar 2023 litt Frau V. (63 Jahre alt) seit 108 Monaten an neuropathischen Schmerzen.

Diagnose: Polyneuropathie im Kontext eines wahrscheinlichen Vitamin-B12-Mangels nach Magenbypass vor 14 Jahren.

Somatosensorische und neuropathische Erfassung:

Intermittierende spontane Ischiadikusneuralgie des *nervus plantaris medialis* L und *nervus plantaris lateralis* L (Stadium III der A β -axonalen Läsionen), und Intermittierende spontane Femorisneuralgie des *ramus terminalis*, *nervus saphenus* L (Stadium III der A β -axonalen Läsionen).

t	QDSA (Pkte)	III	2Pkte (mm)	SDE (G)	III	2 Pkte (mm)	SDE (G)	III	2 Pkte (mm)	SDE _(k) (G)		
t ₀	ND	Nervus plantaris medialis L	90	ND	Nervus plantaris lateralis L	77	ND	77	77	ND		
t ₈	6 - 45		ND	ND								
t ₁₅	ND		ND	26,6								
t ₂₀	ND		ND	ND							28,6	
t ₂₉	ND		ND	12,9							ND	
t ₄₃	ND		ND	10,9							ND	
t ₅₁	5 - 28		ND	ND							ND	
t ₆₃	ND		48	ND							ND	
t ₉₂	ND		ND	5,9							0,9	
t ₁₀₈	3 - 22		ND	ND							ND	
t ₁₁₅	ND		ND	1,0							35	ND
t ₁₄₃	0 - 13		ND	0,3							ND	0,2
t ₁₅₈	ND		21	ND							25	ND
t ₁₆₅	ND		ND	0,1							ND	ND
t ₁₇₂	0 - 2		ND								15	ND
Ischiadikusneuralgie								Femorisneuralgie				

Tabelle 1: Die Reduktion der spontanen neuropathischen Schmerzen (McGill Schmerz-Fragebogen) korreliert mit der Verminderung der taktilen Hypoästhesie (SDE: Schwelle der DruckEmpfindung und 2 Pkte: statischer 2-Punkte Diskriminationstest).

ND: Nicht Durchgeführt; QDSA: Französische Version des McGill Schmerz-Fragebogens.

**RESEAU DE
REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR**

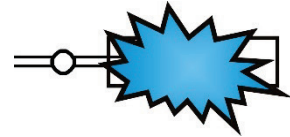
Les nuages | Montréal | Fribourg | Montpellier | Paris | Amsterdam

www.neuropain.ch

Département de
Formation

Rue Hans-Geiler 6
CH - 1700 FRIBOURG

info@neuropain.ch



FORMATION

**142^e cours (depuis 2009 au Québec) -
REEDUCATION SENSITIVE DES DOULEURS
NEUROPATHIQUES**

**cours avancé – à Montréal – 2^e partie
Une méthode au niveau 2b d'évidence basée sur
des données probantes**

www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier

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

Le **contenu** de cette 2^e 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.

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

Date :	Mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22 & samedi 23 septembre 2023
Horaire :	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
Durée :	28 heures
Lieu :	Montréal, Co Work, 4388 Rue St-Denis
Prix :	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^e 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^e 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

- Pour les autres francophones :



www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier

ATTENTION 2023 Biennale 2025 ATTENTION

142^e 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.

Dates	Du mercredi 20 au samedi 23 septembre 2023 inclus
Durée	28 heures réparties sur 4 jours
Horaire	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
Lieu	Montréal, Co Work, 4388 Rue St-Denis
Prix	995 CAD comprenant Manuel, Atlas, pauses et repas du midi
Formatrice	Eva Létourneau, BSc erg., M Réad., RSDC®
Les 4 jours	Enseignante pour le RRSD depuis 2013 à Bruxelles, Bordeaux, Fribourg, Montréal, Bangalore, Amsterdam
Formateur	Claude Spicher, les deux derniers jours (J7 & J8)
Inscription	www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier

144^e & 149^e 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.

Dates	lundi 09 au jeudi 12 octobre 2023 inclus lundi 21 au jeudi 24 octobre 2024 inclus
Durée	28 heures réparties sur 4 jours
Horaire	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
Lieu	Montpellier
Prix	1150 € comprenant Manuel, Atlas, pauses et repas du midi
Inscription	Auprès de notre partenaire www.painrehabformation.com

145^e 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 2024 inclus
Durée	28 heures réparties sur 4 jours
Horaire	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
Lieu	Montpellier
Prix	1150 € comprenant Manuel, Atlas, pauses et repas du midi
Inscription	Auprès de notre partenaire www.painrehabformation.com

148^e 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.

Dates	lundi 16 au jeudi 19 septembre 2024 inclus
Durée	28 heures réparties sur 4 jours
Horaire	De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
Lieu	Montréal, ITHQ
Prix	995 CAD comprenant Manuel, Atlas, pauses et repas du midi
Formatrice	Eva Létourneau , les quatre jours
Formateur	Claude Spicher, les deux derniers jours (J3 & J4)
Inscription	www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier

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^e module niveau 4 réservé aux 117 RSDC[®]

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


24 places en **présentiel** pour 24 RSDC[®]

Obtention de 10 points pour la **re-certification** du titre RSDC[®]


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, BA (Switzerland)

International assistant editors

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

Renée HAMILTON, BSc OT (Québec, Canada)

Séverine GLANOWSKI, CSTP[®], OT (France)

Elodie GOÉRÈS, CSTP[®], OT (France)

Aurélien RICHARD, CSTP[®], OT (France)

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

Eva LÉTOURNEAU, MSc OT, CSTP[®] (Québec, Canada)

Rebekah DELLA CASA, CSTP[®], OT (Switzerland)

Sarah RIEDO, zert. SST (Schweiz)

Noémie MERMET-JORET, PhD (Denmark, France)

Clàudia PERIS Fonte, CSTP[®], pht (Catalonia, Spain)

Thomas OSINSKI, PhD, pht (France)

Sarah BOUCHARD, MSc OT, CSTP[®] (Québec, Canada)

Estelle MURRAY (World Citizen)

Erica BOSSARD, CSTP[®], 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[®], OT (Switzerland)

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.

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

Somatosens Pain Rehab's Library: www.neuropain.ch #NeuroPainRehab

e-mail: info@neuropain.ch