



Marie-An HOANG & Tamara SOGOMONIAN
Guesteditors

- 108 Sogomonian & Hoang **Guesteditorial** Basic Course about the method of Somatosensory Pain Rehabilitation - Montreal 2023
- 113 Terminology Interest Group **Method of SPR** Neuralgia
- 118 Sogomonian et al. **Table of contents** 20 tomes in 20 languages
- 123 Sogomonian & Spicher **Infographics Nb 12** Distribution of Altered Cutaneous Domains $n = 4000$ Neuropathic Pain Patients
- 124 Forest-Lanthier **Fait clinique original** Méthode de RSD pour traiter une complication fréquente de décompression du tunnel carpien
- 129 Winckler **Schatten & Halbschatten** Verschaffen Sie sich Gehör!
- 130 Hillesum **Leidmotief** En ik bleef maar staan en was, iets doen kon men toch niet?
- 133 Winckler **Charte** Mwen se yon malad. Mwen chwazi ou pou ban m'laswenyay
- 135 Spicher et al. **Continuous Education – Formation continue**
- 138 **Editorial Board** Since 2012, peer-reviewed eJournal in 35 languages

Official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation of Pain Network

www.neuropain.ch #eNewsSomatosens

Peer-reviewed open-access journal

GUEST EDITORIAL

Basic Course about the method of Somatosensory Pain Rehabilitation - Montreal 2023

To medical doctors
To patients

To neuroscientists
To therapists

Tamara SOGOMONIAN and Marie-An HOANG¹

**Thursday September 28th, 2023 Institut de Tourisme et d'Hôtellerie du Québec
9h00, Day 4 of CSTP Certification Montréal, Québec, Canada**

Twenty-seven occupational therapists and one physical therapist technician have gathered at the ITHQ in Montreal, seated at circular tables with our chairs turned towards the large screen at the front of the room. It is the third day of the course about the method of Somatosensory Pain Rehabilitation (SPR) and the third day of our final clinical placement in the completion of our Masters in Sciences (Applied) in Occupational Therapy at McGill University. By this third day, we are now equipped with the newfound knowledge of how to evaluate and to provide interventions with those living with **neuropathic pain** - reduced sensitivity to touch (on day 1) and touch-evoked pain (on day 2). The first two days of the course followed a similar schedule. In the morning, we learned about the neurophysiology and etiology of different types of neuropathic pain, followed by the evaluations and interventions of such conditions; while the afternoons were dedicated to apply their theory into practice.

The room is filled with enthusiasm that has yet to wane since the beginning of the course. On this third day, there seems to be more excitement and eagerness to be introduced to more “complex” neuropathic conditions by our clinical supervisor, Claude. Expecting the third and fourth day to proceed as the first two days, participants have their notebooks and pens, **ready** to take notes.

Instead, Claude starts the day by reading:

« Nous sommes enfermés dans une prison et une voix nous dit : « Sors. » Nous répondons : « Impossible, la porte est verrouillée » et la voix nous dit : « Oui, mais elle est verrouillée de l'intérieur, regarde et ouvre ». Ce sont nos représentations qui nous enferment. Nous vivons plus dans l'échafaudage de nos représentations que dans la

¹ MSc(A) Occupational Therapists, CSTP[®], School of Physical and Occupational Therapy, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University, Montreal, Québec, Canada

réalité objective. Le Réel, lui, n'a ni porte, ni fenêtre, il est l'infini de l'infini des possibles. » (Singer, 2001)

We're confined in prison and a voice tells us: "Get out." We answer: "Impossible, the door is locked", and the voice tells us: "Yes, but it's locked from the inside, look and open it" It's our representations that lock us in. We are living more in the scaffolds of our representations than in objective reality. The Real, on the other hand, has neither door nor window; it is the infinity of the infinity of possibilities.

The room falls silent.

Reflections

We are introduced to the experiences of those (surviving?) living with pain. As occupational therapy students venturing to Fribourg to complete our last clinical internship, we are shown, through the text above, a glimpse of a reality that is not our own, but of those who we seek to "understand", and most importantly, **listen** to.

The prison that which we speak of is not only a bodily prison, but one that can encompass the mind, spirit, and soul. This prison of pain blinds the prisoner of its exit and places them in a reality that is **not shared** or understood by others. This prison dissociates the prisoner from their Past Self (a person), the Current Self (a prisoner), and therefore, questions the possibility of a Future Self.

Despite its power, this **prison** is invisible to those outside of it. So, who knows best? The blinded prisoner or the ones outside it? How does one tell another to "get out" of a reality that is not shared or understood? How can therapists help guide the trajectory a patient with pain, when the immediate answer is "Impossible, the door is locked"?

~ ~ ~

Although the day continues with theory on neuropathic conditions, many interesting discussions arise. From the commonly used biomedical approach, to a newfound focus on patients' experiences with neuropathic pain, discussions emphasized the consideration brought to the positioning of healthcare providers within therapeutic relationships. The course instructors sway between providing concrete answers on how to evaluate and treat neuropathic conditions, such as spontaneous neuralgia and Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) while providing insight of their own experience of working with patients. Frequently alternating between these two topics conveys that, despite being knowledgeable about the theoretical aspects of somatosensory rehabilitation of neuropathic pain, providing concrete answers and solutions for specific situations will not necessarily apply to others' patients. It is simply impossible to teach a course that will provide solutions to each patient's unique experience living with neuropathic pain. Instead, the course instructors provide insightful prompts that encourage the group to reflect on how they view pain and how they **position themselves** when working with patients living with neuropathic pain.

Clinical Placement's Week 2
Welcoming Room

Somatosensory Rehabilitation Centre
Freiburg, Switzerland

Claude shares that our role as healthcare professionals is to:

« *Accompagner les patient·s...ce que j'offre [à mes patient·es], c'est ma présence.* »

“Accompany the patient...what I offer [to patients] is my presence.”

(see **leidmotief**, p. 130: Hillesum, 1943)

On the first day of our clinical placement in Fribourg, we are welcomed into the clinic where we meet a seating area that resembles more of a living room. A living room with different types of chairs that bask in the sunlight coming through the large windows and surround a table with books and papers. This is the **welcoming room**. Books are available for patients to flip through whilst waiting for their appointment.

« *La chronicité de la douleur est une altération radicale de la narration de soi [...] Il n'y a ni sens ni non-sens à la douleur ou une épreuve personnelle, elle est là et appelle la réplique de l'individu. S'il réussit à lui donner une signification, il la supporte mieux. Lui seul est comptable de l'histoire de sa douleur. La capacité de symboliser est de prime abord mise à mal par la douleur. Pour l'atténuer, il importe de la traduire en mots, de la résorber dans l'histoire qu'elle contenait et qui ne pouvait pas encore exprimer. Ou dans ce qu'il en imagine car il n'y a pas ici de récit juste mais juste des récits. [...] Une telle médecine, technicienne, considère la relation comme secondaire puisque la vérité du symptôme ne sortira pas de la bouche du patient mais des examens. (...) Le patient est réduit à sa pathologie, ses propos, ses commentaires sur ses troubles, ses hypothèses sur leur origine sont perçues comme des obstacles ou du temps perdu.* » (Le Breton, 2017)

The chronicity of pain is a radical alteration of self-narration. [...] Pain inherently holds no sense or nonsense, nor does it represent a personal challenge; it is simply there and calls one's response. If one, however, is able to give pain meaning, one bears it better. The individual is solely accountable for the history of their pain. The ability to symbolize pain is first undermined by it. To relieve pain, it is important to translate it into words, slowly making pain disappear into its spoken story that one was initially unable to express. Or in what they imagine of pain, for there is no right story here, only stories. [...] This kind of technocratic medicine considers the relationship to be secondary, since the truth of the symptom will not come from the patient's mouth, but from the tests. (...) The patient is reduced to their pathology, and what they say, comment on their disorders, or hypotheses about their origins, are perceived as obstacles or a waste of time.

Reflections

Perhaps it is not about questioning the patient with negative medical test results and denying the presence of the prison of pain around and in them, but rather attempting to **speak the same language** as the patient to better understand what the prison looks like and feels like on their day to day. And through words, through articulation, describe an exit from the prison of pain, partial or complete. Speaking the patient's language, affirming their lived experiences within a reality that is unseen to the therapist and other

outsiders, can make the patient's reality less bleak. Despite not being in the prison of pain with the patient, "being near" them, offering our presence and believing such prison is existent yet finite, represents the beginning of the therapeutic journey.

"Being near" can hold different meanings. A few examples of "being near" is being present during sessions, providing attention and listening to not only what the person is saying, but also **not saying**. This also includes how is the prison of pain described: is it with rage, through whispers, with indifference? Has there been a shift in the room?

"Being near" can mean providing silence, as an act of **honesty**, rather than a distant, generic, therapeutic response such as "I understand", because, do we *actually* understand? *Can* we understand pain that makes no sense to the patient?

"Being near" is an attempt to speak the patient's language. When the patient is able to speak **their language** in the therapeutic room with their healthcare provider, it can represent a significant relief from feelings of alienation, invalidation, and neglect.

~ ~ ~

« Êtes-vous prêt-es à désapprendre ? » Are you ready to unlearn?

-Claude asks us with a quizzical brow.

Unlearning previous ways of understanding, saying, and doing during therapeutic sessions is necessary in the context of neuropathic pain. Introducing patients to resources such as the *Somatosensory Pain Rehab* which includes patient testimonials and experiences of pain can be a source of relief (that others may be going through something similar) and encouragement (that the status of prisoner can be temporary).

During therapeutic sessions, when therapists ask the patient about their social support, some may share that such support is difficult to find, as other do not understand let alone recognize their experience of pain. For this reason, a printed sheet of Neuropathic Pain: Myth or reality? (Spicher, 2017) is given to both the patient, their social circle who struggle to recognize or imagine what the patient is going through. By providing a brief, lay synthesis of the patient's condition, their reality may be better **acknowledged** by their surroundings, alleviating feelings of alienation, invalidation and neglect.

Following such reflections, the Basic Course about the method of SPR aims to introduce clinicians to the identification, assessment, treatment, and rehabilitation of **eight** neuropathic pain conditions. Having to apply the theory learned in the course with patients in Fribourg has been a tumultuous yet reassuring learning experience. With so much theoretical and practical knowledge that must be covered within the Basic Course, it is only natural to expect that we can simply apply what we learned in the course with our patients in Fribourg.

As written on the first page of the chapter on pain in the manual, pain is not a singular experience (Spicher et al., 2020). Instead, pain encompasses a set of complexities and **nuances** unique to each patient we encounter. How can we, as future healthcare providers, possibly become experts at pain when pain is experienced differently by everyone. We are indeed well equipped with knowledge and solutions that allow us support our patients. However, clinical education often presents such knowledge and solutions as a “one size fits all” approach. We are taught that a list of evaluations and interventions for a list of conditions. It is then up to us, once in the field, to adapt such evaluations and interventions to our patients. However, what remains lost upon us is the concept of self-reflection and “patients as experts of their own experiences.” How have our perceptions and understandings of pain influence the way we behave and act with our patients living with neuropathic pain? Walking out of the four-day Basic Course, we had told ourselves that we would review the eight different neuropathic pain conditions along with their evaluation and intervention. A day before starting our clinical placement at the Somatosensory Rehabilitation Centre in Fribourg, we huddled ourselves into our room and dug our heads into our textbooks and notebooks to practice the evaluation and interventions methods. And yet, after individually having a session with a patient living with neuropathic pain on the first day, we quickly realized:

No course can possibly provide one **singular** answer or a solution to the exiting prisons of pain.

Every patient is different, and every session is different. While being healthcare professionals, a sense of apprehension to navigating uncertainty with patients may always be present, that may also be part of the therapeutic journey.

« *Accueillir les patient-s comme iels sont et non pas comme vous souhaitez qu’iels soient.* »

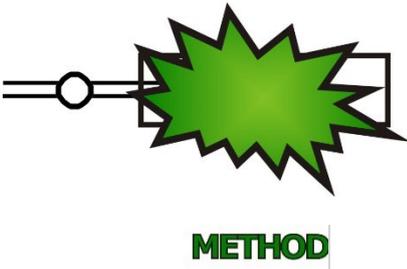
“**Welcoming** patients as they are, and not as how you want them to be.” C.J. S.

~ ~ ~

~ More reflections following the Swiss clinical internship to be revealed in *Somatosens Pain Rehab 21(1)* ~

References

- Le Breton, D. (2017). *TENIR Douleur chronique et réinvention de soi*. Paris : Métailié ;
- Singer, C. (2001). *Où cours-tu ? Ne sais-tu pas que le ciel est en toi ?* Paris : Albin Michel ;
- Spicher, C. (2017). Douleurs neuropathiques : NON, ce n’est pas dans la tête ! *Tribune de Genève*, 15 (une page). Téléchargeable (24/10/2023) : https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/e-news_somatosens_rehab_14_2.pdf#page=32
Translated as: Spicher, C.J. (2017). Neuropathic Pain: Myth or reality? *e-News Somatosens Rehab*, 14(2), 88-89. Available (10/24/2023): https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/e-news_somatosens_rehab_14_2.pdf#page=47
- 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, 379 pages.

<p>SOMATOSENSORY REHABILITATION of PAIN NETWORK</p> <p>www.neuropain.ch</p> <p>Méthod Department</p>	 <p>METHOD</p>
<p>6, Hans-Geiler Street CH - 1700 FREIBURG</p> <p>info@neuropain.ch</p>	

Concept: its essence, its literal meaning (glossary), and its universe of meanings (polysemy).

In Fall of 2021, the Method of Somatosensory Pain Rehabilitation (SPR) Department has formed:

the **interdisciplinary**, **intercontinental** and **intergenerational** Terminology Interest Group.

CSTP[®], STP, neurologist, physiotherapist, occupational therapist, anatomist, citizen, and so on.

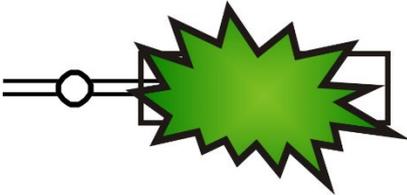
who will, volume after volume, offer you fact sheets that put concepts of the RSD method into perspective.

To get you started, we've selected a set of terms that are listed in the Manual's and Atlas' glossaries. These **concepts** best describe the specificity of the method of SPR. We began with tactile hypoesthesia in *Somatosens Pain Rehab* 19(1). For the 20th anniversary of our digital journal, here is:

neuralgia

In a non-exhaustive way, we should continue our work with the following concepts (in no particular order):

- Somatosensory nervous system
- Adaptive neuroplasticity
- Mechanical allodynia
- Rainbow pain scale
- Distant comfortable tactile counterstimulation
- Paradoxical painful touch-evoked tactile HYPO-aesthesia
- Largest territory of cutaneous origin
- Complex regional pain syndrome of Budapest
- Method of SRP.

<p>SOMATOSENSORY REHABILITATION of PAIN NETWORK</p> <p>www.neuropain.ch</p> <p>Méthod Department 6, Hans-Geiler Street CH - 1700 FREIBURG info@neuropain.ch</p>	 <p>METHOD</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

NEURALGIA

Definition spontaneous painful affliction of a nerve, due to lesions of A β , A δ and/or C neurofibers. The prefix "neur-" means "relating to the nerve" (ancient Greek νευρον), while "-algia" refers to pain (ἄλγος).

A bit of history In 1802, the introduction of neuralgia within nosology begins with Francois Chaussier's formal description:

- 1) by the **nature** of the pain, which is at once sharp, tearing (...), with torpor or formication, more often with pulsations, throbbing and successive tugging, without redness, heat, tension or tension and apparent swelling of the body part, which recurs in frequent attacks of shorter duration (...);
- 2) by the **site** of pain, which is always fixed (...) on a branch of the nerve and which, at the time of the paroxysm (sudden attack or reemergence of symptoms), spreads from the point originally affected to all its branches, and travels through them strike of lightning, until the furthest extremities, following them through their various connections, affecting them one after the other (Rey, 1993, pp. 261-262).

Different **neuralgias** of the XXIst century by cutaneous domain (Spicher et al., 2022): Symptomatic trigeminal neuralgia - Essential trigeminal neuralgia, Occipital neuralgia, Cervical neuralgia, Brachial neuralgia, Posterior-intercostal neuralgia, Lumbo-abdominal neuralgia, Lumbo-femoral neuralgia, Femoral neuralgia, Sciatic neuralgia², Sacral neuralgia.

Some neuralgias may be specifically named post-herpetic, sciatic or pudendal.

From symptoms to peripheral neuropathic pain syndrome

You can use the term neuralgia if, from the following **list, three or more symptoms** are described by the patient (Spicher, 2003; Bouhassira et al., 2004; Bouhassira, 2005):

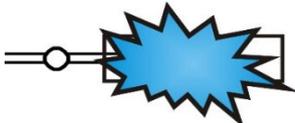
- The **electrical character running along** a nerve branch: "Irradiations", "Elancements", "Throwing", "Discharges", "Juice blasts", "Pulling", "Ringing", "Chestnut blasts";
- Cutaneous "**burning** sensations", like a real burn, circumscribed within the hypoesthetic territory hypoesthetic territory, which covers only part of the maximum cutaneous territory of this nerve branch;
- Symptoms of stange tactile **hypoesthesia** include "numbness" and "tingling".

The generic term neuropathic pain (*IASP International Association for the Study of Pain*), does not encourage the naming of the damaged cutaneous nerve branch. As a result, too many patients do not benefit from a lesion diagnosis or neuroanatomical treatment.

Summary

When a patient suffers persistent pain, he or she is most likely suffering from A β axonal lesions (98%; $n=4010$) of **one** of the body's 240 cutaneous branches, which generate hypoesthesia and intermittent, if not incessant, **neuralgia**.

² Formally, since May 2023: Spine-related leg pain (Schmid et al, PAIN[®])

<p>SOMATOSENSORY REHABILITATION of PAIN NETWORK</p> <p>Clouds Montreal Freiburg Montpellier Brussels Amsterdam</p> <p>www.neuropain.ch</p> <p>Department of Continuous education</p>	 <p>EDUCATION</p>  <p>CLINIQUE GÉNÉRALE Ste-Anne</p>
<p>6, Hans-Geiler Street</p> <p>CH - 1700 FREIBURG</p> <p>info@neuropain.ch</p>	

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	
Duration	28 hours	
Location	6, Hans-Geiler Street, 1700 Freiburg, Switzerland	4388, St. Denis Street #200, Montreal, QC H2J 2L1, Canada
Price	CHF 690.- All together + Atlas + Handbook (1 st ed.) + Work documents in English about the French editions in 2013, 2015 & 2020.	CAD 995

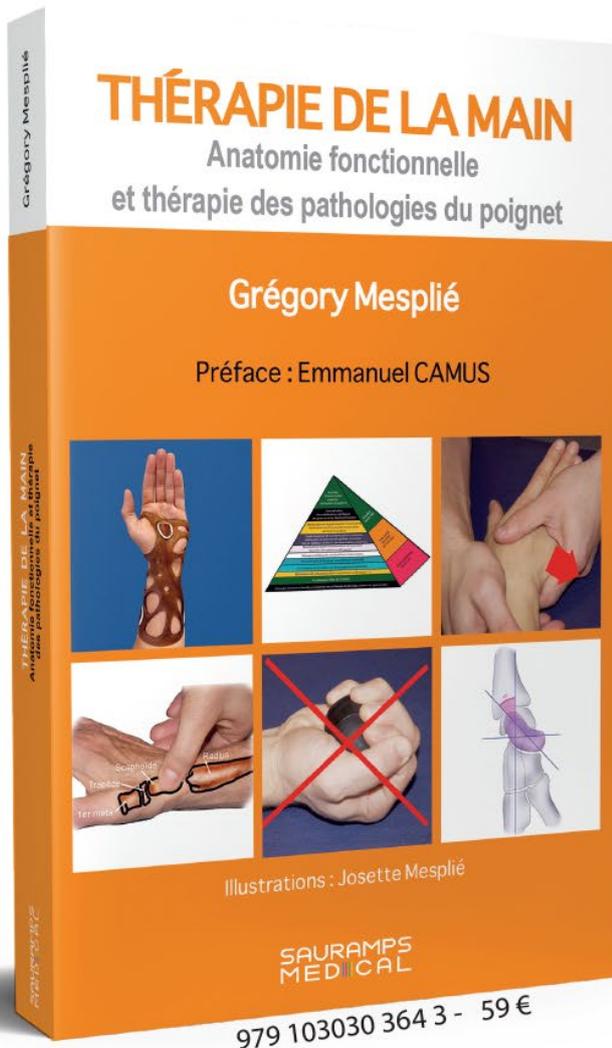
References

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.

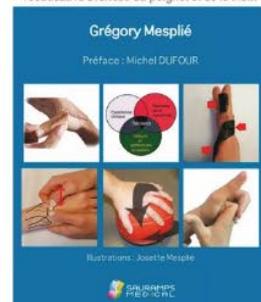
Please note that the course is entirely based on: Spicher, C., Barquet, O., Quintal, I., Vittaz, M. & de Andrade Melo Knaut, S. (2020). *DOULEURS NEUROPATHIQUES : évaluation clinique & rééducation sensitive (4^e édition)* – Préface : F. Moutet. Montpellier, Paris : Sauramps Médical.

Nouveauté



Dans la collection :

THÉRAPIE DE LA MAIN
Examen clinique et outils de prise en charge
rééducative avancée du poignet et de la main



2021 - 9791030302806 - 69 €

ēditions
SAURAMPS MEDICAL

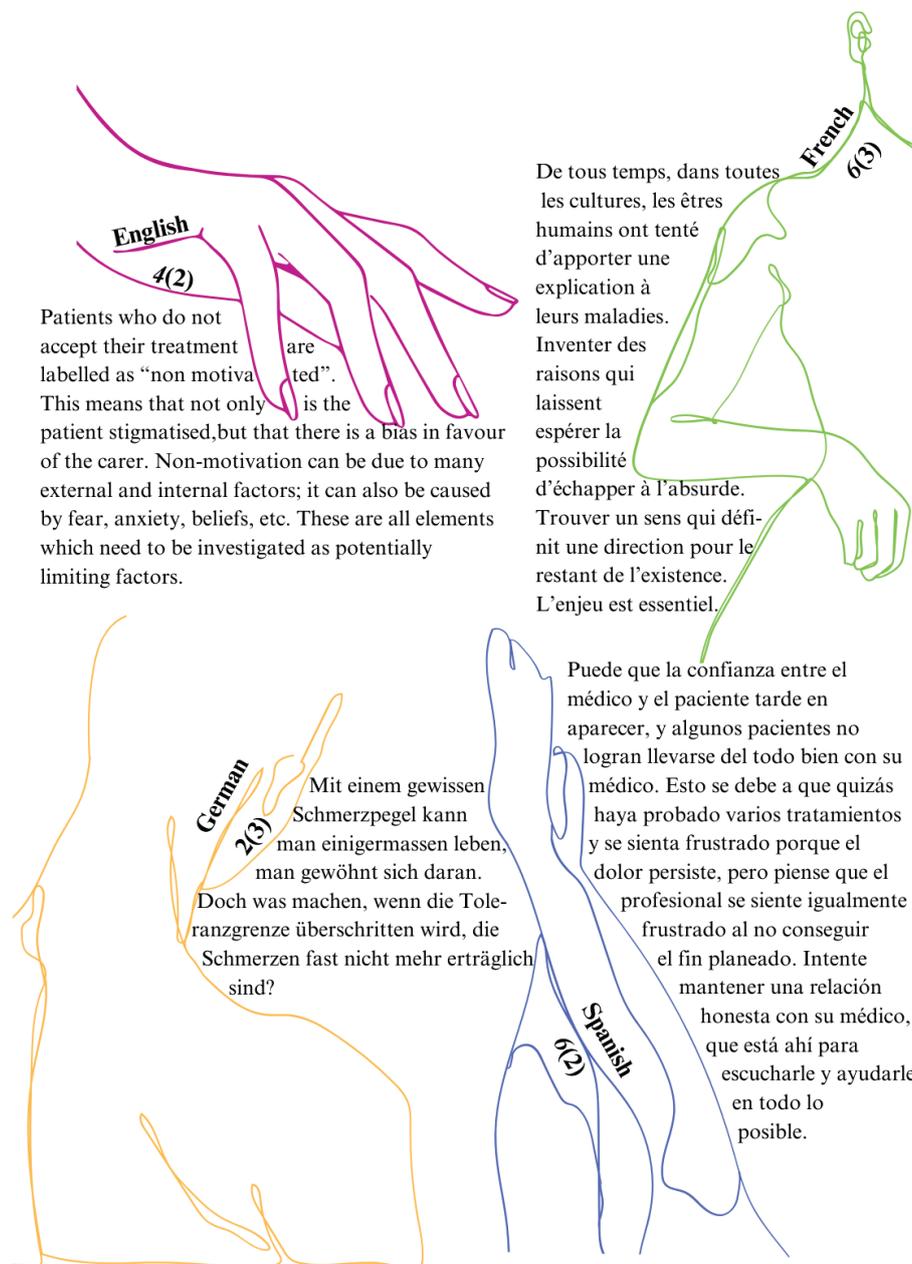
TABLE OF CONTENTS

20 tomes in 20 languages

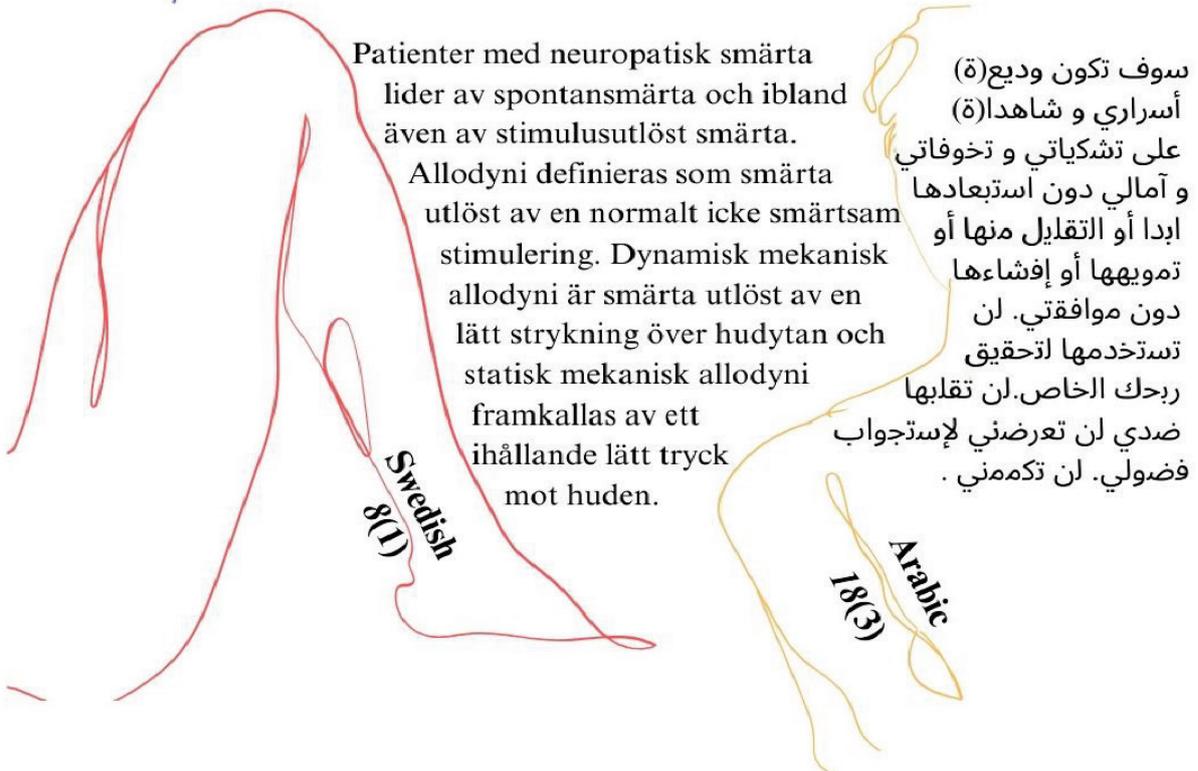
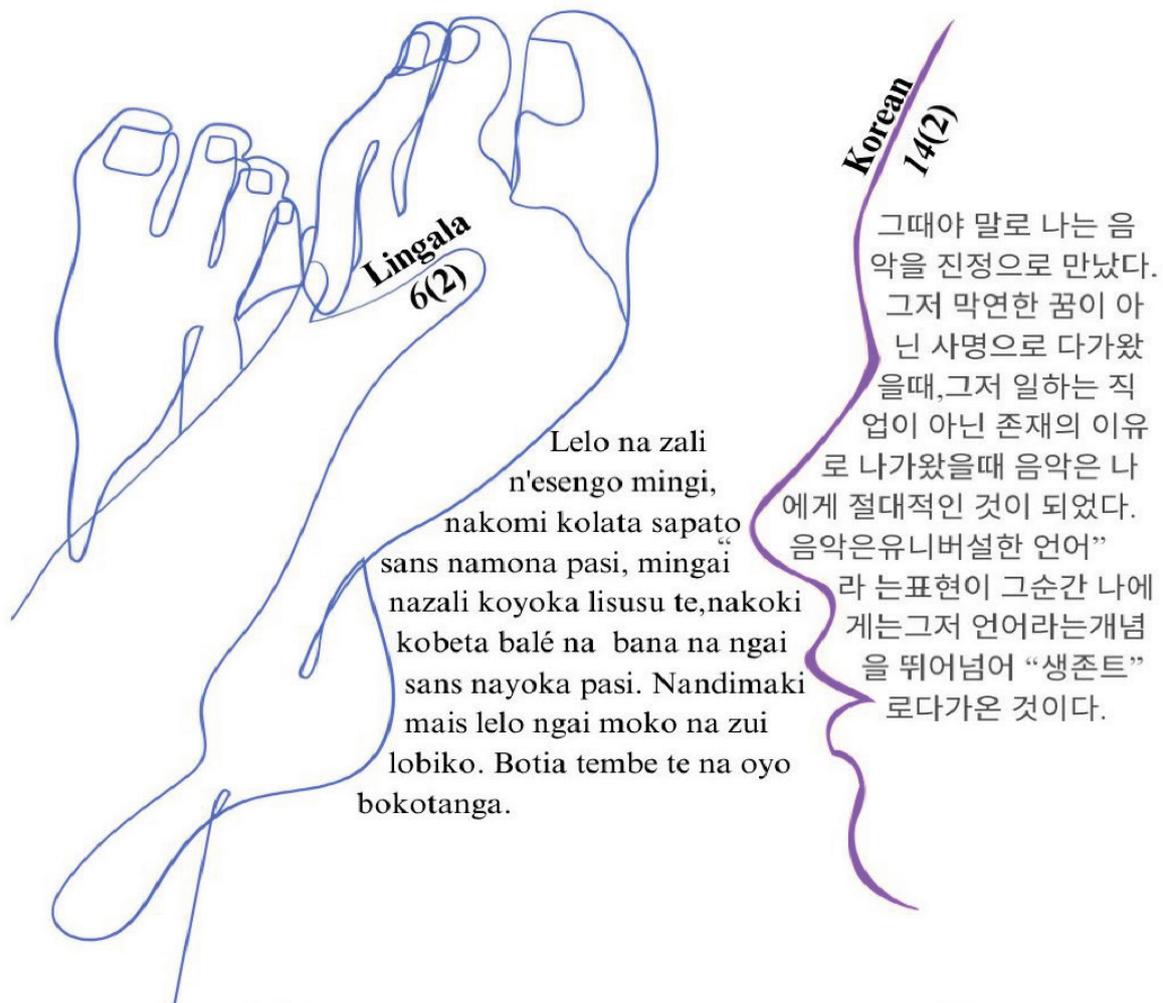
To MDs
To patients

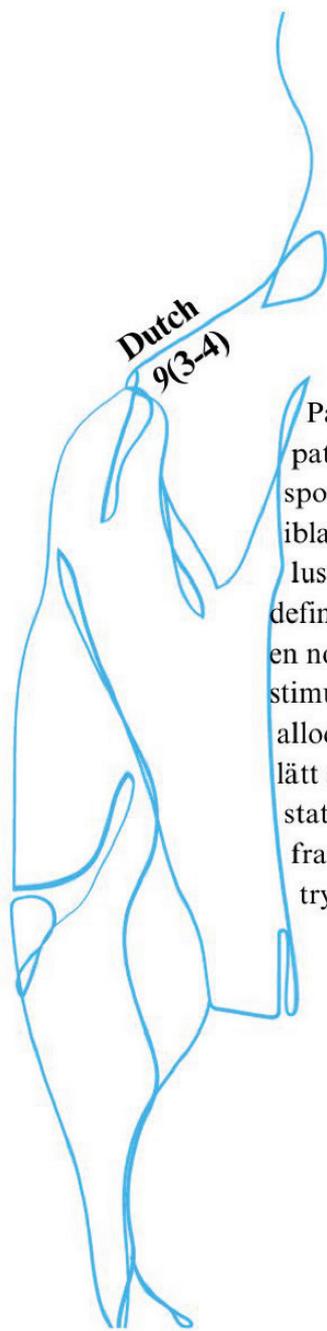
To neuroscientists
To therapists

SOGOMONIAN T¹, SPICHER M & SPICHER CJ



¹ MSc(A) OT, CSTP[®], School of Physical and Occupational Therapy, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University, Montreal, Québec, Canada





Dutch
9(3-4)

Patienter med neuropatisk smärta lider av spontansmärta och ibland även av stimulusutlöst smärta. Allodyni definieras som smärta utlöst av en normalt icke smärtsam stimulering. Dynamisk mekanisk allodyni är smärta utlöst av en lätt strykning över huden och statisk mekanisk allodyni framkallas av ett ihållande lätt tryck mot huden.



Tibetan
17(4)

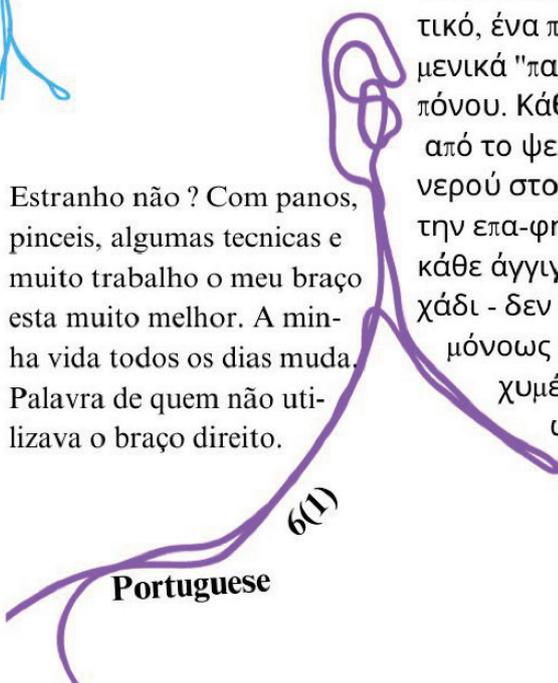
བློན་གྱིས་ངའི་ཐག་གཅོད་ལ་རྒྱབ་
སྐྱོར་གནང་དགོས། བློན་གྱིས་འཛིན་གསུལ་
སྐུལ་དང་དབང་ཤིང། བློན་གསོད། ཚོད་
འཛིན། ལ་རྩུང་། ལེ་བདའ། དམའ་འབེབས།
བསྐྱེད་ལོ་གསུམ་གྱི་རྣམ་པས་ངའི་རང་དབང་
ལ་ཐེབས་བྱེད་མི་རུང་ལ། ང་དང་ངའི་ནང་མི།
གཞིན་ཉེར་མཁར་གཅོད་གཏོང་མི་རུང་།



Greek
14(3)

Το ένα τρίτο των ασθενών που πάσχουν από νευροπαθητικό άλγος πάσχουν και από κάποιο άλλο είδος πόνου. Το νευροπαθητικό άλγος που προκαλείται από την αφή - γνωστό ως αλλοδυνία - είναι αντιφατικό, ένα παράδοξο, φαινομενικά "παράλογο" είδος πόνου. Κάθε διέγερση - από το ψεκάσμο του νερού στο ντους μέχρι την επαφή με τα ρούχα, το κάθε άγγιγμα ή ακόμα και χάδι - δεν γίνεται αντιληπτή μόνως ασαφής ή συγκεχυμένη αλλά επίσης και ως επώδυνη.

Estranho não ? Com panos, pinceis, algumas tecnicas e muito trabalho o meu braço esta muito melhor. A minha vida todos os dias muda. Palavra de quem não utilizava o braço direito.



Portuguese
6(1)

Italian 5(4)

La natura è infatti generosa. Anche se alcune fibre nervose sono state irreversibilmente interrotte, le fibre residue possono "germinare" e subentrare alle prime, come un ramoscello d'arbusto apparentemente vinto dal gelo, ma che ricresce altrove.

Hebrew 16(3)

הנשים האלה להציל ממה? להישלח גל ידי הבעל. להן ולאחר מכן על ידי הקשיב להן והן ביטו למצוקתן. או מכרים.

שרצה להציל ממעמדן כנשים אשר גרם להן אב כל יכול ולאחר מכן על ידי להישלח גל ידי אב כל יכול לכן התייצב לצידו הוא הראה או מכרים.

בעשותו כך טיהר את שמן של הנשים. החזיר להן את כבודו, ערכן גאוותן. הוא שמע והבין את מצוקתו וטיפש דרך כיצד להרגיען. הוא פתח להן דלן לתקווה לאפשרות לחיות למרות הטרואמה, לחיים טובים יותר.

Gjat vitit 2007-2009 jam mjekuar në këtë klinike për shërimin e këmbes pas aksidentit që ndodhi gjat vitit 2007 ku isha në mardhënje pune. Para se të arrija këtu spitali i bernit më kishte ofruar që të operohem por nuk pranova për arsye se frigohesha të mos mbetem invalid i përjetshëm.

Albanian 6(3)

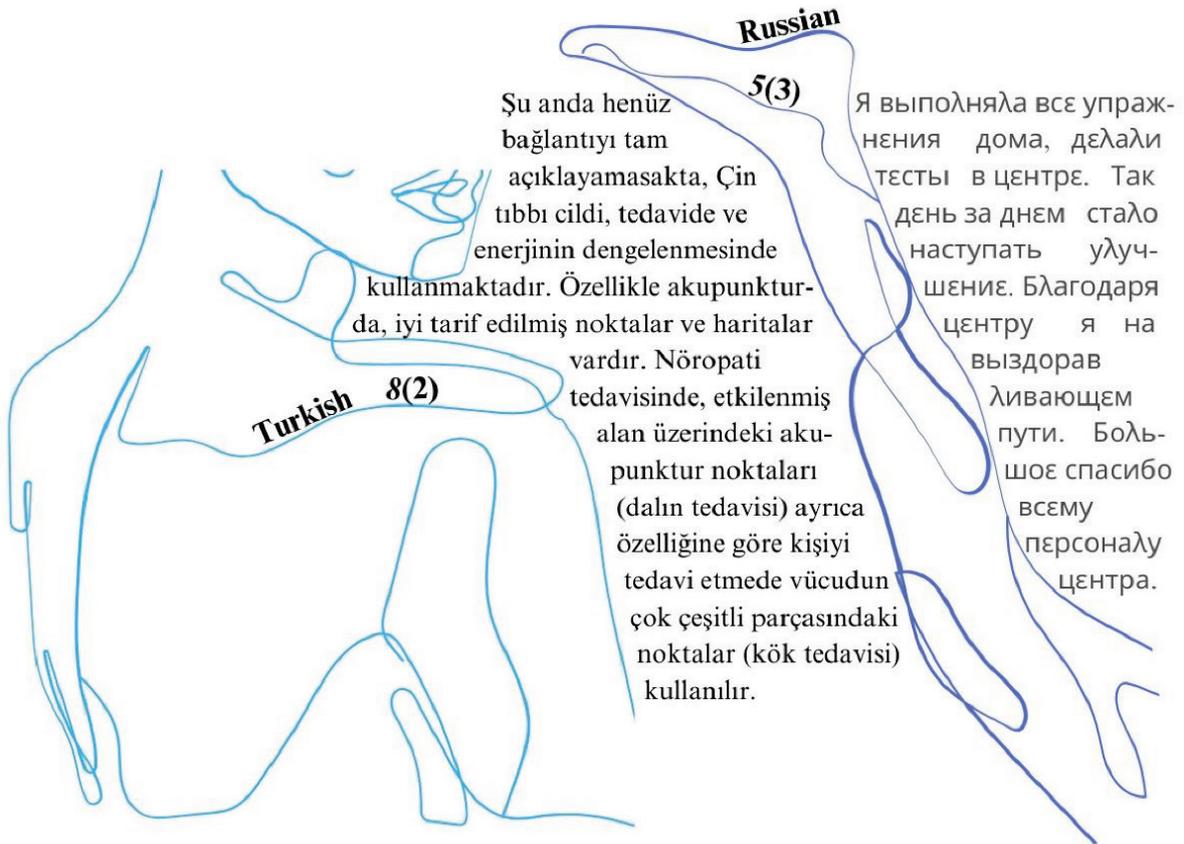
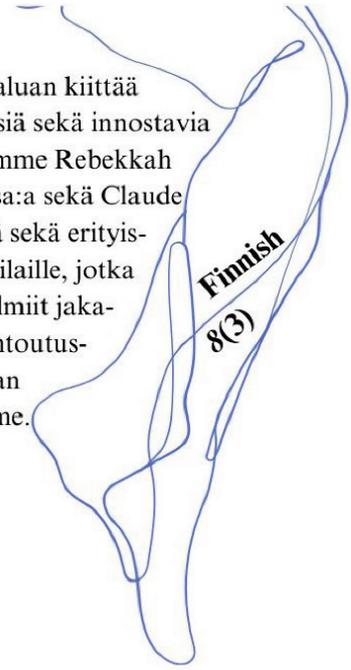
Armenian 20(1)

Դուք կկանգնեք իմ կողքին, երբ ես հիվանդ կլինեմ և կօգնեք ինձ ընդդեմ նրանց, ովքեր կցանկանան օգտվել իմ վիճակից: Դուք կլինեք իմ պաշտպանը, իմ թարգմանիչը և իմ փաստաբանը: Դուք կխոսեք իմ անունից, եթե ես դա խնդրեմ, բայց դուք երբեք չեք խոսի իմ փոխարեն:



来到这样一个文化迥异的加拿大社会，我在每天的工作中面对着来自世界各地的患者，谈论最多的就是这个“痛”字。尽管如此，当我的加拿大同事因为头痛来询问我是否随身带着止痛片时，我仍旧吃了一惊。不同文化背景下，人们对待“痛”的应对是如此的不同。对于她来说，痛是需要立即吃药止住的；而对于我来说，痛则需要承受，或许我会休息一下，等着痛渐渐消失。她的办法是一种主动的回避，而我的则是被动的回避。我们的共同点：痛是需要回避的。诚然，我们没有把痛当成一种礼物。

Lisäksi haluan kiittää kärsivällisiä sekä innostavia opettajiamme Rebekkah Della Casa:a sekä Claude Spicher: ä sekä erityiskiitos potilaille, jotka olivat valmiit jakamaan kuntoutustilanteitaan kanssamme.



Şu anda henüz bağlantıyı tam açıklayamamakta, Çin tıbbi cildi, tedavide ve enerjinin dengelenmesinde kullanılmaktadır. Özellikle akupunkturda, iyi tarif edilmiş noktalar ve haritalar vardır. Nöropati tedavisinde, etkilenmiş alan üzerindeki akupunktur noktaları (dalın tedavisi) ayrıca özelliğine göre kişiyi tedavi etmede vücudun çok çeşitli parçasındaki noktalar (kök tedavisi) kullanılır.

Я выполняла все упражнения дома, делали тесты в центре. Так день за днем стало наступать улучшение. Благодаря центру я на выздоравливающем пути. Большое спасибо всему персоналу центра.

INFOGRAPHICS Nb 12

Distribution of Altered Cutaneous Domains

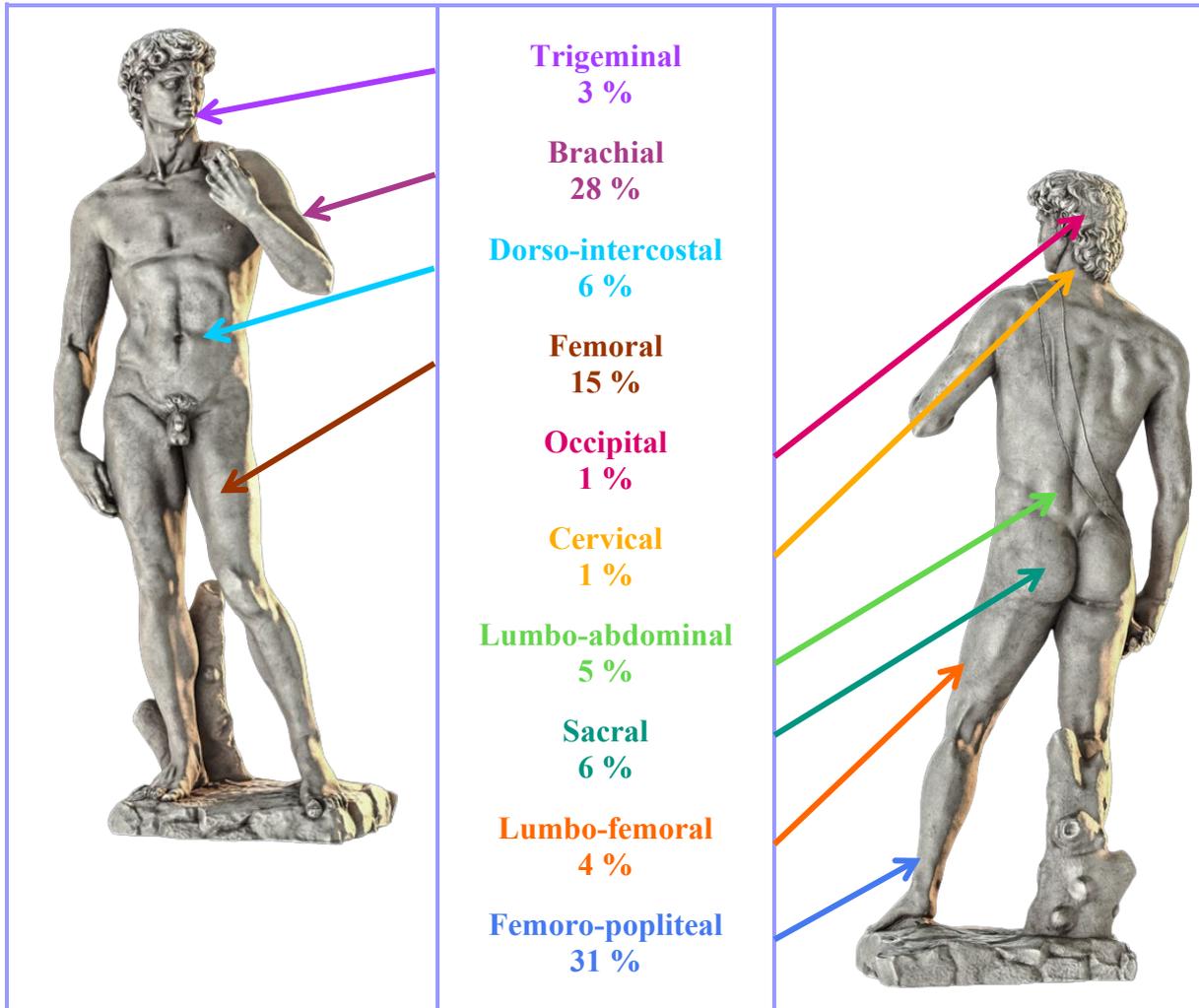
n = 4000 patients

To MDs
To patients

To neuroscientists
To therapists

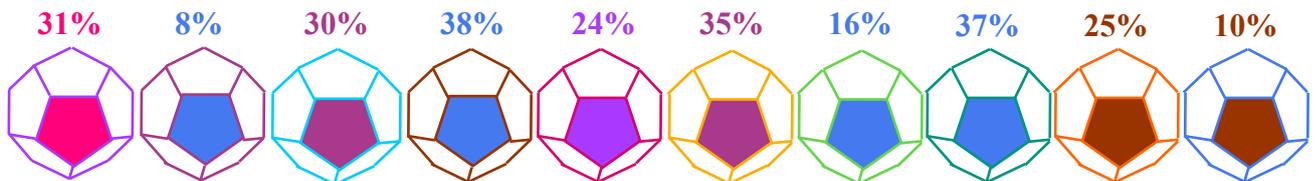
SOGOMONIAN T⁴ & SPICHER CJ

This infographic describes the distribution of 4000 patients based on the domains of their altered cutaneous nerves.



Data collected from July 1st 2004 to September 12th 2023 in the Somatosensory Rehab Ctr (Freiburg – Switzerland)

WARNING This infographic shows the domain of Aβ axonal lesions (n=4000) that is most frequently associated with other Aβ axonal lesions in each specific domain (n=2590). Consequently, each patient presents an average of 1.65 lesions (nt=6590). Note: 6590/4000=1.65. Each dodecagone corresponds to a specific domain; its most frequently associated domain is symbolized by the coloured pentagone.



⁴ MSc(A) OT, CSTP®, SPOT, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University, Montreal, Québec, Canada

FAIT CLINIQUE ORIGINAL

Méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques pour traiter les complications fréquentes d'une décompression du tunnel carpien

Aux **médecins**
Aux **patient·es**

Aux neuroscientifiques
Aux **thérapeutes**

Julie FOREST-LANTHIER⁵

RÉSUMÉ

Le syndrome du tunnel carpien est un problème fréquent pour lequel une chirurgie de décompression est souvent réalisée, suite à laquelle des douleurs neuropathiques peuvent persister. Ce fait clinique a pour but de réitérer l'efficacité de la méthode de rééducation sensitive des douleurs neuropathiques pour le traitement de douleurs neuropathiques persistantes suite à une chirurgie de décompression du tunnel carpien chez une femme travaillant à temps complet. Ce fait clinique démontre que Madame a pu maintenir son rôle de travailleuse tout en conciliant les exigences de l'intervention. Au moment de l'arrêt des suivis, Madame avait une diminution des douleurs ressenties et avait retrouvé son plein rendement et son engagement occupationnel.

Keywords: *Neuropathic Pain – Somatosensory Pain Rehabilitation – Carpal Tunnel release – Mechanical Allodynia – Hand Therapy*

INTRODUCTION

Le Syndrome du Tunnel Carpien (STC) implique une compression du nerf médian au niveau du poignet qui occasionne de la douleur et des symptômes sensitifs (Padua et al., 2023). La Décompression du Tunnel Carpien (DTC) est une procédure chirurgicale répandue pour traiter le STC. Entre 3 à 20% des patients ayant subi cette chirurgie verront leurs symptômes persister, ou se modifier par l'apparition de nouvelles douleurs. La prise en charge postopératoire inclut l'évaluation de la douleur et de la sensibilité ainsi que l'immobilisation par orthèse, le massage de cicatrice et les glissements neurax (Lauder et al., 2019).

La méthode de Rééducation Sensitive des Douleurs neuropathiques (RSD) est une méthode d'évaluation standardisée et de traitement non invasive des troubles de la sensibilité et des douleurs neuropathiques. Serait-il possible que la méthode de RSD permette de diminuer les

⁵ Ergothérapeute graduée de l'Université de Montréal et RSDC[®], Centre Professionnel d'Ergothérapie ; 6960, Av. Sherbrooke Est ; Montréal, Québec, H1N 1E5, Canada. info@cpergothérapie.ca

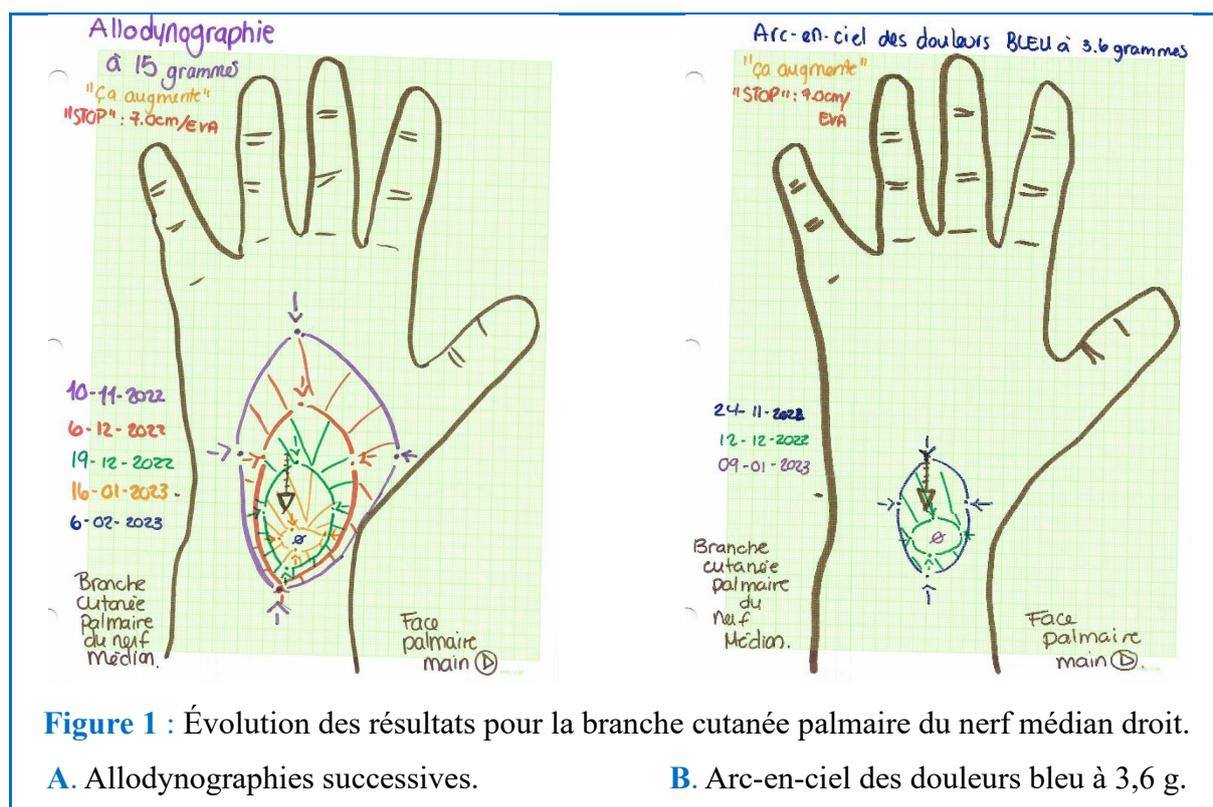
douleurs neuropathiques persistantes chez les personnes qui ont bénéficié d'une DTC et d'améliorer leur rendement et leur engagement occupationnel ?

Ce fait clinique a pour but de réitérer l'efficacité de la méthode de RSD dans le traitement de douleurs neuropathiques persistantes suite à une DTC chez une femme travaillant à temps complet.

PATIENTE ET MÉTHODES

Mme A, 53 ans, droitrière, possédait une garderie en milieu familial dont elle était l'unique éducatrice. Madame travaillait des quarts de 12 heures, cinq jours par semaine. En 2022, Madame a développé des engourdissements aux mains. Un diagnostic de STC a alors été posé, puis une DTC à la main droite a été effectuée en août 2022. Trois mois après la chirurgie, Madame notait la persistance des engourdissements en plus de l'apparition de sensations de brûlure. Elle a alors été référée en ergothérapie, en clinique privée. Au niveau fonctionnel, Madame rapportait une difficulté à utiliser sa main droite de façon soutenue lors de la réalisation de ses occupations (ex. : écriture, préparation des repas). Compte tenu de l'anamnèse clinique et des plaintes spontanées de Madame, une évaluation selon la méthode de RSD a été effectuée.

Tel qu'indiqué par la méthode de RSD (Spicher et al., 2020), l'évaluation s'est poursuivie avec la passation du Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine (QDSA). Madame y a décrit des symptômes somesthésiques et neuropathiques localisés à la face palmaire de la main droite, ainsi : « battements, irradiation, piqûre, serrement, déchirure, brûlure, froid, fourmillements et engourdissement ». Avec ces informations et l'atlas des territoires cutanés (Spicher et al., 2017), l'hypothèse de la branche cutanée lésée a été posée : la branche cutanée palmaire du nerf médian droit – qui ne passe pas par le tunnel carpien. Puisque l'anamnèse clinique amenait à soupçonner une Allodynie Mécanique Statique (AMS), l'évaluation s'est poursuivie avec la réalisation de l'allodynographie. L'invariant douloureux a été défini avec l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), à 7 cm, puis l'allodynographie à 15,0 g (#5.18) a été cartographiée (**Fig. 1A** – page suivante). La condition neuropathique de Madame a été posée : névralgie brachiale incessante de la branche cutanée palmaire du nerf médian droit (stade IV de lésions axonales Aβ) avec AMS. L'évaluation s'est conclue avec la recherche du 5^e point, déterminant la sévérité de l'AMS, ici à 3,6 g (bleu – conséquente), indiquant un pronostic de durée des traitements pour la résorption de l'AMS de 3 mois (Spicher et al., 2020).



Le traitement de l'AMS a débuté :

- Enseignement des précautions : éviter au maximum de toucher la zone allant de la face palmaire de la main droite jusqu'au pli du coude (nerf cutané latéral de l'avant-bras) ;
- Enseignement pour la Contre Stimulation Vibrotactile à Distance (CSVD) confortable : la zone de travail cousine au niveau du nerf cutané latéral de l'avant-bras étant inconfortable au toucher, la recherche s'est poursuivie au niveau segmentaire, à un niveau inférieur à l'insertion de la racine correspondante. La zone de travail confortable et normale se situait au niveau de Th 2 antérieur. Il a été demandé à Madame de stimuler 8 fois par jour pour 1 minute (ou moins longtemps) cette zone avec une texture confortable.

À la 2^e séance, la cartographie du territoire de l'arc-en-ciel des douleurs bleu (**Fig. 1B**) a été réalisée avec l'esthésiomètre 3,6 g (#4.56). Puis, une réévaluation en alternance avec l'allodyniographie a été effectuée. Lorsque la cartographie de l'arc-en-ciel des douleurs bleu a été négative, celle de l'arc-en-ciel des douleurs indigo (8,7 g – #4.93) a été effectuée le jour même. Quand l'allodyniographie s'est révélée négative, l'évaluation et la rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente ont débuté, tel que préconisé par la méthode de RSD.

L'hypoesthésie sous-jacente a été cartographiée avec une esthésiographie secondaire à l'aide de l'esthésiomètre de 0,2 g (#3.22). L'importance de cette hypoesthésie tactile a d'abord été évaluée par une passation écourtée du test de discrimination de deux points statiques (2 pts_(c)), au point le plus endormi de cette esthésiographie. Le traitement à domicile a été ajusté : en plus de poursuivre l'application des précautions et la CSVD, il a été demandé à Madame de réapprendre à toucher directement le territoire, selon le protocole établi sur cinq semaines et débutant par 12 stimulations par jour de 15 secondes (ou moins longtemps). À la séance suivante, l'importance de l'hypoesthésie sous-jacente a été évaluée par une passation écourtée du Seuil de Perception à la Pression (SPP_(c)).

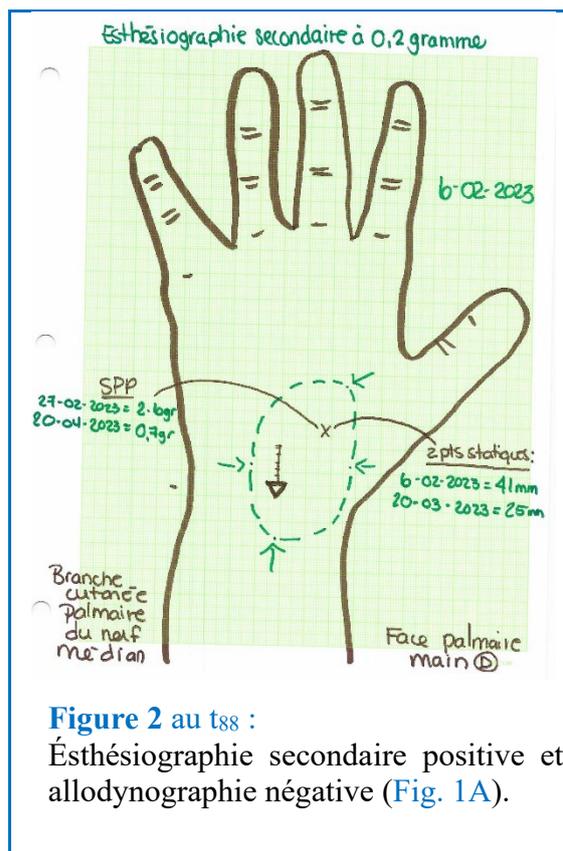


Figure 2 au t₈₈ :
Ésthésiographie secondaire positive et allodynographie négative (Fig. 1A).

Ces deux tests écourtés ont été alternés jusqu'à ce que Madame puisse faire 4 stimulations de 5 minutes par jour. Alors, les tests standards (non écourtés) de 2 pts₋ et de SPP₋ ont été alternés et le programme d'exercices à domicile a été modifié : les précautions de même que la CSVD ont été cessées et le touche-à-tout a été poursuivi à raison de 4 fois 5 minutes par jour.

RÉSULTATS

Les résultats sont présentés pour une période de 161 jours, entre le moment de l'évaluation initiale t_0 (10 novembre 2022) et le dernier suivi en clinique t_{161} (20 avril 2023). Le signe d'examen clinique de l'allodynographie s'est révélé négatif le 6 février 2023 (Fig. 1A & Fig. 2), soit après 88 jours d'intervention. Après 161 jours de traitements, une amélioration du score au QDSA (Tableau I) et de l'hypoesthésie tactile sous-jacente a été observée (Fig. 2).

Temps (jours)	Douleurs sensorielles (pts)	Douleurs affectives (pts)	Total des douleurs (pts)
t_0	11 à 78	21 à 36	16 à 59
t_{161}	11 à 22	0 à 14	6 à 19

Tableau I : Évolution du score au Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine entre t_0 et t_{161} ;
Note : Des résultats intermédiaires ont été récoltés selon le protocole de la méthode RSD.

DISCUSSION

Ce fait clinique démontre une évolution favorable de la condition douloureuse de Madame même si le contexte d'application de la MRSD pouvait sembler difficile, vu l'implication de

Madame dans son travail. Cela peut s'expliquer par une alliance thérapeutique forte instaurée dès l'anamnèse et par l'éducation thérapeutique au patient, deux éléments centraux à la MRSD (Laurent, 2022). Dès le départ, les contraintes professionnelles de Madame pour la fréquence des suivis en clinique et les exigences de la MRSD quant aux exercices pluriquotidiens à domicile ont été clairement discutées. Madame a réorganisé son horaire afin de pouvoir exécuter quotidiennement les exercices de la MRSD et a modifié ses modes opératoires pour respecter les précautions. Des suivis téléphoniques ont été mis en place. Ainsi, l'application de la partie la plus importante du programme dans le cadre du traitement d'une névralgie, la portion à domicile, était en place (Bouchard, 2020; Spicher et al., 2020). Bien que l'évaluation hebdomadaire en clinique soit recommandée, car elle est en elle-même thérapeutique, cette impossibilité n'empêche pas l'utilisation de la MRSD. Pour preuve, l'AMS s'est résorbée à l'intérieur de la durée prévisible. Au dernier suivi, Madame se disait satisfaite de la diminution de ses douleurs et d'avoir retrouvé son fonctionnement. Malgré l'interruption des suivis avant la normalisation (normes : 2pts = 7 mm; SPP = 0,1 g), ce fait clinique permet de constater l'efficacité de la MRSD pour diminuer les douleurs persistantes suite à une chirurgie de DTC, situation qui peut se présenter chez jusqu'à 20% des personnes ayant subi cette chirurgie courante (Lauder et al., 2019). Ce résultat va dans le sens d'un précédent fait clinique qui avait démontré l'efficacité de la MRSD pour le traitement de telles douleurs (Létourneau et al., 2013).

CONCLUSION

Ce fait clinique démontre que la méthode de RSD est efficace pour traiter les douleurs neuropathiques qui persistent trois mois après une chirurgie de décompression du tunnel carpien et pour améliorer l'engagement et le rendement occupationnel chez une femme qui travaillait à temps complet.

RÉFÉRENCES

- Bouchard, S. (2020). **Guesteditorial** Somatosensory rehabilitation of pain explained to medical doctors. *e-News Somatosens Rehab*, 17(1), 3-12. Téléchargeable (31/10/2023): https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/e-news_somatosens_rehab_17_1.pdf#page=3 ;
 - Lauder, A., Mithani, S. & Leversedge, F.J. (2019). Management of recalcitrant carpal tunnel syndrome. *J Am Acad Orthop Surg*, 27(15), 551-562 ;
 - Laurent, V. (2022). De l'importance de l'alliance thérapeutique. *Somatosens Pain Rehab*, 19(1), 26-30. Téléchargeable (31/10/2023): https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/somatosens_pain_rehab_19_1_2022.pdf#page=26 ;
 - Létourneau, E., Behar, E. & Vittaz, M. (2013). **Fait clinique original** Traiter la douleur neuropathique suite à une décompression chirurgicale du nerf médian, par la méthode de rééducation sensitive de la douleur. *e-News Somatosens Rehab*, 10(3), 119-127. Téléchargeable (31/10/2023): https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/le-news-103_1.pdf#page=17 ;
 - Padua, L., Cuccagna, C., Giovannini, S., Coraci, D., Pelosi, L., Loreti, C., Bernabei, R. & Hobson-Webb, L.D. (2023). Carpal tunnel syndrome: updated evidence and new questions. *Lancet Neurol*, 22, 255-267 ;
 - Spicher, C., Barquet, O., Quintal, I., Vittaz, M. & de Andrade Melo Knaut, S. (2020). *Douleurs neuropathiques : Évaluation clinique et rééducation sensitive* (4^e édition). Montpellier, Paris : Sauramps Médical ;
- 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.

SCHATTEN & HALBSCHATEN

Verschaffen Sie sich Gehör!

An ÄrztInnen
An PatientInnen

An NeurowissenschaftlerInnen
An TherapeutInnen

„Wer die Wahrheit nicht weiß,
der ist bloß ein Dummkopf.
Aber wer sie weiß, und sie eine
Lüge nennt, der ist ein
Verbrecher!“

Bertolt Brecht, *Buch Leben des Galilei*

„Medizinische Misshandlungen sind eine Realität in Frankreich und sie sind sehr verbreitet. Und eigentlich wären sie nicht unvermeidlich. Die Hauptwaffe der medizinischen Übeltäter ist das Argument, dass man nichts dagegen tun kann. Es ist Zeit, dass sie aufhören, sich als allmächtig zu halten. Es ist nötig, dass die Bevölkerung handelt.

In dieser Hinsicht handelt es sich nicht um kleine Kämpfe: bestehen Sie darauf, dass man Sie anhört, dass man Ihnen erklärt, sagen Sie nein zu etwas, was man Ihnen auferlegen will und das Sie gar nicht wollen, das ist bereits ein Sieg.

Sie verdienen es, eine gute Pflege zu erhalten.

Verschaffen Sie Ihrer Stimme Gehör.”⁶

⁶ Übersetzt aus: Winckler M. (2016). *Les Brutes en blanc*. Paris : Flammarion.

APHORISM – LEIDMOTIEF – AFORISMO

 “En ik bleef maar staan en was, iets doen kon men toch niet?”
Etty Hillesum⁷

“*And I just stood and was, what else could one do?*” 

 „Und ich stand einfach da und war, was sollte man denn sonst tun?”

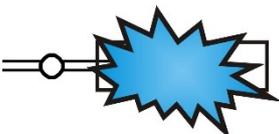
« *Et je restais là, j’offrais ma présence, que pouvait-on faire d’autre ?* » ⁸

 « Và tôi hiện diện nơi đây, chúng ta có thể làm gì khác hơn ? »

Իսկ ես պարզապես կանգնեցի, առաջարկեցի իմ ներկայությունը,
Էլ ի՞նչ կարող էի անել 

⁷ Hillesum, E. (1981). *Hetverstoorde leven Dagboek van Etty Hillesum, 1941-1943* (Tiende druk). Bussum: De Haan/Uniboek (NL).

⁸ Hillesum, E. (1914-1943 [1985]). *Une vie bouleversée Journal 1941-1943*. Paris : Seuil.

<p>RESEAU DE REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR</p> <p>Les nuages Montréal Fribourg Montpellier Paris Amsterdam</p> <p>www.neuropain.ch</p> <p>Département de Formation</p> <p>Rue Hans-Geiler 6 CH - 1700 FRIBOURG</p> <p>info@neuropain.ch</p>	  
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

**Cours de base – à Montréal – 1^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 (1/2)

La rééducation sensitive des douleurs neuropathiques vous offre une alternative thérapeutique. Cette méthode propose non seulement des traitements ciblés, mais également un bilan d'évaluation détaillé de l'état somesthésique des patients : hypoesthésie tactile / allodynie. Elle traite la peau et les nerfs qui y sont reliés en s'intéressant à tout le corps humain : soit ses 240 branches cutanées.

Les patients douloureux chroniques présentent, en grande majorité, une composante neuropathique à leur douleur. Ce sont bien souvent ces sensations de « décharges électriques », « d'engourdissements » et de « fourmillements » générées par les branches cutanées qui complexifient le suivi de vos patients.

Cette formation est destinée aux [ergothérapeutes](#), aux [physiothérapeutes](#), ainsi qu'aux [médecins](#) généralistes et de toutes spécialités.

Objectifs d'apprentissage:

- Evaluer les troubles de la sensibilité et les douleurs neuropathiques associées ;
- Définir les stratégies thérapeutiques et traiter les troubles de la sensibilité pour diminuer les douleurs neuropathiques ;
- Distinguer les différentes conditions somesthésique et neuropathiques : allodynie, névralgies, SDRC (selon Bruehl et al., 1999), et ainsi de suite.

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 – J3 & J4

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 140 articles, chapitres et livres. Depuis 2004, il est rédacteur en chef du *Somatosens Pain Rehab*.

Informations sur le cours

- Date :** Lundi 16, mardi 17, mercredi 18 & jeudi 19 septembre 2024
Horaire : De 9 à 12 H & de 13 à 17 H
Durée : 28 heures
Lieu : Montréal, Co Work, 4388 Rue St-Denis #200 H2J 2L1, Qc
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

TEXTE FONDATEUR

La charte des soigné·es en **créole haïtien**

Aux **médecins**
Aux **patient·es**

Aux neuroscientifiques
Aux **thérapeutes**

Lors de ces douze derniers volumes, vous avez pu lire successivement douze traductions de la charte des soigné·es ; en voici une treizième. Une sorte de serment d'Hippocrate inversé, c'est-à-dire du point de vue des soigné·es et non des soignant·es. Ci-après, vous pourrez lire l'original de ce texte fondateur d'une **relation soignant·e – soigné·e**, – bien plus qu'une entrevue – lorsqu'une rencontre permet, peu à peu, de tisser une relation, lorsque l'anamnèse clinique peut devenir un récit à deux voix, qui remonte le fleuve des souvenirs ou des oublis salutaires.

Winckler, M. (2019). *L'Ecole des soignant·es*. Paris : P.O.L (pp. 145 – 147)

1° Mwen se yon malad, mwen se yon moun menm jan avēk ou. Mwen chwazi ou pou ban m'laswenyay.

2° Pou ban m'pi bon swen, nan kòm, nan moral mwen ak nan emosyon mwen, w'ap aplike konesans ou yo, teknik ou yo, entelijans ou, ak imanite ou, pandan w'ap toujou fē atansyon, pou pa nui mwen.

3° Respekte moun mwen ye a nan tout dimansyon mwen, kēlkeswa laj mwen, sēks mwen, kote mwen sòti, sitistasyon sosyal oswa jiridik mwen, kilti mwen, valē ak kwayans mwen, kēlkeswa pratik mwen ak sa m'pi pito.

4° Ou ap yon konfidan e w'ap temwen plent mwen yo, krent ak espwa mwen yo san ou pa janm ba yo koulē yo pa genyen, ni minimize yo, degize yo oswa fē lòt moun konnen san m'pa ba ou dwa. Ou pa dwe itilize yo nan avantaj ou. Ou p'ap itilize yo kont mwen. Pa poze mwen pil kesyon kap anbarase m'. Pa met baboukèt nan bouch mwen.

5° W'ap pataje avèk mwen, San ou pa kache m'anyen e San bouskile mwen, tout enfòmasyon k'ap ede mwen konprann sa ki rive mwen an, on fason pou mwen pare a sa k'ap tann mwen. Reponn tout kesyon mwen yo avèk pasyans, avèk presizyon, pou repons yo klè kou dlo kòk, pou yo sensè e san restriksyon. Pa kite mwen nan silans, pa kenbe mwen nan inyorans, pa ban mwen manti. Pa ban mwen manti sou konpetans ou ni tou pa kache mwen limit ou.

6° Ou gen pou sipòte mwen nan desizyon mwen yo. Pa fè mwen menas, ni chantay, pa meprize m', ni manipile m', pa fè m'repwòch, ni fè mwen santi m'koupab, pa fè m'wont, ni sedui mwen nan lide pou wete libète m'. Pa pwofite de ni mwen ni de pwòch mwen yo.

7° W'ap kanpe bò kote mwen pou asiste mwen nan maladi sila e w'ap fè fas ak tout lòt moun ki ta ka pwofite de eta mwen. W'ap sèvi m'avoka, entèprèt ak pòt pawòl. W'ap pale pou mwen si mwen ta mande w' sa, men ou pa gen dwa janm pale nan plas mwen.

8° W'ap respekte e fè respekte lwa ki pwoteje m', w'ap ede m'konbat enjistis ki ka konpwomèt dwa pou m'gen aksè a swen sante lib e libè. W'ap gen pou fòmè tèt ou sou konesans syantifik ki resan e teknik kap libere ; w'ap denonse tout sa ki pa klè ; pwoteje m'de machann sante.

9° W'ap gen pou respekte menm jan, tout moun ki ap banm laswenyay e w'ap travay men nan men ak yo, kèlkeswa estati yo, fòmasyon yo, e kèlkeswa fason yo egzèse. Se pou ou defann kondisyon travay ou yo nan solidarite ansanm ak pa lòt pèsònèl sante yo tou.

10° W'ap gen pou veye sou sante pa w'. W' ap repoze nan lè ki pou sa. Pwoteje libète panse w. Pa vann tèt ou.

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

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.

Date	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

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 **120 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[®]

Inscription www.neuropain.ch/fr/inscription

Continuous Education

146th ADVANCED course in Freiburg, Switzerland

This course is meant for therapists, physicians and others, who already joined a 2 or 4-day basic course to integrate the concepts of the STP method into your practice; especially clinical reasoning from simple to complex - with the didactic tool of practice analysis -, clinical anatomy of skin territories - with practical workshops - and management of the therapeutic link - understanding, saying or doing things differently.

Date	The 29 th of April to the 2 nd of May 2024
Time	28 hours in 4 days
Duration	9 am – 12 am & 1 pm – 5 pm
Location	6, Hans-Geiler Street, 1700 Fribourg, Switzerland
Price	CHF 690.- (included Work Documents in English)
Instructors	Rebekah Della Casa , CSTP® instructor of the Somatosensory Rehab of Pain Network since 2009 Claude Spicher , Scientific collaborator (University of Fribourg - Unit of Medical Pedagogy), Lecturer (McGill University - School of Physical and Occupational Therapy), Swiss certified HT
Registration	www.neuropain.ch/registration

147th BASIC course in Montreal (Qc), Canada

This course is a four-day comprehensive theoretical and hands-on course for therapists, physicians and others, about a method to treat neuropathic pain patients (NPP).

Date	11 th to 14 th of September 2024
Duration	28 hours in 4 days
Time	9 am – 12 am & 1 pm – 5 pm
Location	Montreal, Co Work, 4388, St-Denis Street #200 H2J 2L1, Qc
Price	All together 995 dollars (CAD) - Atlas + Handbook (1 st ed.) + Work documents in English
Instructors	Eva Létourneau , BSc OT, M Rehab, CSTP© instructor of the Somatosensory Rehab of Pain Network since 2013 Claude Spicher , Lecturer (McGill University - School of Physical and Occupational Therapy), instructor of the Network since 2001
Registration	www.neuropain.ch/registration

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)

Editors

Méloé SPICHER, BA & Tamara SOGOMONIAN, MSc(A) OT, CSTP[®]

International assistant editors

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

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

Elodie GOÉRÈS, CSTP[®], OT (France)

Aurélie 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 (1929-2019), 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.

35 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, Հայաստանի, Malti, தமிழ், རྩོམ་སྒྲིལ་, kreyòl ayisyen.

Somatosens Pain Rehab's Library: www.neuropain.ch [#NeuroPainRehab](https://twitter.com/NeuroPainRehab)

e-mail: info@neuropain.ch