



NeuroPain Rehab



McGill
UNIVERSITY



Marie-An HOANG & Tamara SOGOMONIAN
Guesteditors

- 2** Sogomonian & Hoang **Guesteditorial Part II:** Certified Somatosensory Therapist of Pain and Master of Science in Occupational Therapy
- 9** Spicher et al. **Continuing education**
- 11** Spicher et al. (translated by Bossard) **Original Chapter** The complex thought
- 14** Bochud **Témoignage № 70** รักษาอาการปวดหลังด้วยกิจกรรมบำบัด
- 16** Morin (translated by Hoang) **Schadow & penumbra** Learning to Learn
- 17** Interessensgruppe Terminologie (übersetzt von Tanner & Bossard) **Neuralgie**
- 19** E.D. **Témoignage № 71** En ce moment, ça va ?
- 21** Hoang et al. **No comment Nb 46** Past symptomatic trigeminal neuralgia of E.D.
- 22** Etiévant et al. **Infographics Nb 13** The 36 cutaneous nerve branches of lower extremity n=3676 Aβ axonal lesions of 2270 Neuropathic Pain Patients
- 23** Muller-Colard **Aphorism - Leitmotiv** Elle fit des choix sans plus jamais connaître ...
- 24** Parent **Fait clinique original** Traitement d'une allodynie mécanique statique de la branche cutanée palmaire à la suite d'une fracture du radius distal
- 29** Spicher et al. **Formation continue**
- 34** **Editorial Board** Since 2012, peer-reviewed eJournal in 36 languages

Official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation of Pain Network

www.neuropain.ch #eNewsSomatosens

Peer-reviewed open-access journal

GUESTEDITORIAL

Part II: Certified Somatosensory Therapist of Pain and Master of Science in Occupational Therapy

To medical doctors
To patients

To neuroscientists
To therapists

Tamara SOGOMONIAN & Marie-An HOANG¹

We had the privilege of writing the Guesteditorial in the previous tome (Sogomonian & Hoang, 2023) in which we describe our initial reflections and learnings after two weeks immersed in the method of Somatosensory Pain Rehabilitation (SPR). After eight weeks of being thrown into this world, we walked out of the Somatosensory Rehabilitation Centre in Fribourg, as Certified Somatosensory Therapists of Pain (CSTP[®]) and graduates of the Master of Science (Applied) in Occupational Therapy. Our learnings (and unlearnings) and reflections only deepened and complexified during our clinical placement, resembling a **melting pot of knowledge** that continues to brew in our minds. In this guesteditorial, we hope to present these knowledges as a continuation of Part I: Basic Course about the method of Somatosensory Pain Rehabilitation - Montreal 2023 (Sogomonian & Hoang, 2023).

Tuesday, December 19, 2023 Home
Completion of MSc(A) OT, CSTP[®] - Tamara's Rendition Montréal, Qc, Canada

Encounters over the past months have shaken me so deeply that I have yet to understand and make sense of such an experience. As tempting as it is to pretend like my experience at this clinic was smooth sailing, I shall choose the honest route and say that it has been a **bumpy road** that no safety belt could have spared me from feeling. One would expect people who go to a pain clinic are not doing so well, in all spheres of life imaginable.

What I can affirm is that I had the **privilege** of living high highs and low lows with patients and colleagues. What a profession I am in.

~ ~ ~

While at the clinic, I took the liberty to snoop into one of many of Claude's bookshelves and found a few **novels** in-between large textbooks. Some books shed light on the experiential knowledge of healthcare practitioners and their patients. Some themes

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

discussed in these writings described challenges that emerged from patient sessions I have had and still reflect on.

Theme #1 – Health outcomes following overexertion for others

“How would you repress your dissatisfaction? Do you ever get angry about it? Do you ever feel angry about it?”

“It’s hard to relate because now I get angry all the time. We talk about it a lot more now.”

“What happened to the anger before you were diagnosed with [chronic medical condition]?”

“I don’t know. I see what you’re getting at, and it’s probably true.”

“Where did you learn to repress anger?”

“That’s a good one – I don’t think I’ve analyzed this quite enough. I think it comes from a desire to be liked. If you’re angry, people don’t like you.

(Maté, 2004)

« Comment exprimez-vous votre insatisfaction ? Vous arrivait-il de vous fâcher ? Vous arrive-t-il d’éprouver de la colère en y repensant ? »

- *C’est difficile à dire parce qu’en ce moment je me fâche tout le temps. Nous en parlons beaucoup plus maintenant.*

- *Que faisiez-vous de votre colère avant que votre cancer ne soit diagnostiqué ?*

- *Je ne sais pas. Je vois où vous voulez en venir et je crois que vous avez probablement raison.*

- *Où avez-vous appris à refouler votre colère ?*

- *Voilà une bonne question : je ne crois pas avoir suffisamment analysé les choses. Je crois que cela me vient d’un désir d’être aimé. On n’est pas aimable quand on est en colère. »*

(Maté, [2017])

Patients expressing their anger or resentment towards me always felt intimidating, especially as a student. Often, I was not sure what to make of it other than to blame myself for providing care that was not good enough. I then learned to appreciate the emotional intimacy within expressed anger and resentment, appreciate the comfort of showing the ugly within the relationship. I learned that it is a step in addressing and navigating something that was left neglected, intentionally, or not. There is desire to change something, **vitality to fight** the current condition, in whatever shape or form with the risk of open fire between two individuals of different realities. Patients who overexert themselves for others, from what was witnessed, display a level of agreeableness with their loved ones, healthcare prodivers, out of fear of being disliked

or discarded as not good enough. This level of agreeableness manifests itself through the inability to say no because then they believe they would not be “good enough” to others.

Theme #2 – The inability to say “no”

“Let me ask you something right away,” I begin.

“Sure.”

“(…) How easy has it been in your life to say no to things that were actually more of a pain in the ass than a benefit to you?”

“I don’t really say no. I try to help people all the time.”

“Even if it’s a pain?”

“Yeah. Even if it’s not the greatest time for me, or I should be doing other things that are more important for me. I like to help people out.”

“What happens if you don’t?”

“I feel bad about it. Guilty.”

(Maté, 2004)

« - Permettez-moi de vous demander quelque chose tout de suite, lui-ai-je dit.

- Bien sûr.
- (...) Avez-vous jamais réussi dans votre vie à dire non à des choses qui vous emmerdaient plutôt que de vous faire plaisir ?
 - Je ne dis pas vraiment non. J’essaie tout le temps d’aider les autres.
 - Même si cela vous emmerde ?
 - Oui, même si cela ne tombe pas au meilleur moment ou si je devais faire des choses qui sont plus importantes pour moi. J’aime donner un coup de main.
 - Et si vous ne le faites pas ?
 - Je me sens mal à l’aise. Je me sens coupable. »

(Maté, [2017])

I witnessed that the absence of expressed anger or resentment may be an indication of defeat, the grief or even death of a **Future Self** the person is working towards. While at the clinic, I crossed my fingers and hoped that such defeat was temporary, and a spark of some sort would eventually ignite. A spark to say “no”, “I disagree”, “I can’t take this anymore”, “I hate all of this”, “Can we do something differently”.

Absence of expressed anger could also be an indication of other things, of the infinite variables within a **therapeutic relationship**. I often wondered if when I contributed to such defeat.

~ ~ ~

Further reflections on those two themes

I have always had mixed feelings about wearing a white coat, scrubs, or any professional attire representing a provider of care holding **authority** (over a patient's therapeutic journey). On one hand, it can create a healthy distance allowing us to represent the role and expertise we have in providing care. On the other hand, such symbolism conveys the power dynamic to a patient who is more inclined to say "yes, I agree, let us keep going, I am okay with what we are doing" with the professional, even when the patient is not fully consenting.

What is so interesting about this Somatosensory Rehab method, is that it REQUIRES patients who have touch-evoked pain, to say STOP... to the therapist.

The therapist with the therapeutic touch: not when it is unbearable, not when they cannot take it anymore, but to an **agreed upon boundary** from both the patient and therapist. Eventually this "STOP" to the therapist, translates to "no", to things outside of the clinical context. "No" to overexertion at home, at work, in romantic relationships... "No" to an abusive partner, to a passive family member, to an overbearing boss.

I suppose saying "no" does not mean being disliked, it does not mean not being good enough. No is a full, stand-alone sentence, of **assertion** and affirming one's own capability to determine when one has had enough and is enough.

Many patients first start their **therapeutic journey** incapable of saying no, in multiple aspects of their lives, let alone to the therapist. Perhaps in some cases, I speculate that being unable to say no has led them to exacerbated states of pain.

The difficulty with saying no represents potentially the greatest challenge some may face when in therapy, especially when saying no to (pain-inducing) "therapeutic touch". I have witnessed that beginning to say no is liberating, expressive, honest, and allows one to let go of anger and frustration stemming from overexerting oneself to others. I wonder if learning to say "no" is one of many ways of unlocking the **prison of pain**.

~ ~ ~

Wednesday, January 24, 2024

[Home](#)

Completion of MSc(A) OT, CSTP[©] - Marie-An's Rendition Montréal, Qc, Canada

When taking the Basic Course about the method of SPR and its plentitude of theory, I had expected the course, the manual, and the Atlas to provide me with most, if not all, the answers to complete the clinical placement at the clinic in Fribourg, Switzerland. On the first day at the clinic, Claude warned us that our plans for our patients' sessions must remain flexible. I was confronted with this warning on my very first patient session during

which I quickly learnt that pain is so unique and unpredictable that one must continue to learn and unlearn to be able to adjust to patients' needs. The method of SPR along with its course, manual, and Atlas provide a base that allows therapists to lay upon their treatment and assessment. Yet, the method excels with its flexibility and the room it gives therapists to adjust assessment and evaluation to the fluctuating nature of neuropathic pain. This clinical placement encouraged me to continue to work on and improve my patient-centered care and reinforced the importance of being a **life-long learner**.

Theme – Alternating co-therapy as a tool of positionality

In the first Guesteditorial that we wrote, we discuss about our initial reflections on how to position ourselves when working with patients living with neuropathic pain (Sogomonian & Hoang, 2023). We recognized that patients are **experts** of their experiences living with pain.

Student therapists are often taught to work with patients collaboratively to find **solutions** to their occupational disruptions. It is very easy to fall back into this mindset which narrows the spectrum of care that we can provide. Constantly trying to find solutions can hinder the quality of care provided. For example, my encounters with some patients who have been living with neuropathic pain for months, if not years, sometimes resulted in sessions where I felt like we were not able to progress with the treatment. Sometimes it would be difficult to get a word in a session, making it difficult for me to perform follow-up assessments. It was very destabilizing at first and I saw it as problematic to therapeutic intervention. Something that needed to be fixed.

I was **assuming** what patients needed. I was expecting patients would just adhere to treatment. I was assuming I knew the solutions to fix every problem. And this all remains false.

It was only through dialogue with my co-therapists that I came to realize the importance on reflecting why I was feeling discomfort after patient sessions. **Alternating co-therapy** is defined as :

« Deux thérapeutes partageant le même plan d'intervention et la même approche thérapeutique en suivi alterné auprès d'un·e même patient·e » (Murray, Bernardon & Letourneau, 2021)

Two therapists sharing the same intervention plan and therapeutic approach in alternating follow-up with the same patient.

The Somatosensory Rehab Centre actively adopts alternating co-therapy providing us an opportunity to work independently with patients during patient sessions but in **collaboration** with other therapists in the overall treatment plan. In fact, the centre

allocates thirty minutes everyday during which each pair of co-therapists can meet and discuss about their patients. Not only was I able to update my co-therapist with pertinent information about our client but I was also provided with a safe space to discuss about how I felt about the sessions. The team often prompted me with questions that would lead me down reflective paths on how I would position myself with my patients and how this may perpetuate power dynamics between myself and patients.

During our courses at McGill University, we learn about **positionality** (Harley et al., 2002; Chapdelaine, 2020) as essential to providing quality care. We learn that one must be aware of our social position (e.g., ability, wealth, gender, etc.) and how the inherent biases we hold deriving from these social positions influence the care we provide. I have always found entering a new clinical placement that I tend to position myself as the professional. Although my intentions are to provide safe care, the reality is that by positioning myself as the professional, I do more harm than good. It is very possible that my responses and reactions were invalidating of my patients' experiences and emotions because I was too focused on the treatment itself and getting things done on paper.

It was only through alternating co-therapy and having the opportunity of meeting with my co-therapists regularly and per my needs that I was able to fully be aware of my positionality: a student who does not live with chronic neuropathic pain and who has all the privileges that come with not having pain disrupt my daily life. It was only then I gave more space to my patients and stopped worrying about doing follow-up assessments. I started my sessions by asking my patients what they wanted to work on. If the topic deviated to another part of their life, I would listen and let them be heard. Pain impacts so many aspects of life that it is more than likely that difficulty in one area of my patient's life was associated to living with pain for so long even if it did not seem to be linked at first glance. Patients are experts of their experiences. Pain is unique to each person. Patients are thus experts of their pain. How can I (not the expert) support them in reducing their pain **if I do not let them lead?**

In a field where productivity and efficiency are often valued, I wonder whether health care does more harm than good. Actively positioning ourselves as safe health provider is difficult when the systems we work in perpetuate the idea that we are the most knowledgeable and are the experts. From my experience in this clinical placement, frequent dialogue and feedback between parties of interest (myself, my colleagues, and even my patients) can be a tool to reduce harm inflicted on patients when receiving care. Institutional changes can look like what the clinic currently does: giving regular opportunities to health professionals to enter into this critical reflexive dialogue in a **safe space**.

Conclusion

In conclusion, the journey through the method of somatosensory pain rehabilitation has been transformative, revealing the intricate dynamics of pain, patient-provider relationships, and the nuances of effective therapy. The ability to say "no" emerges not only as a therapeutic tool within the clinical context but as a liberative life skill that encourages patients to establish **healthy life boundaries**. This, in turn, becomes a pathway to enabling them to say "yes" to the life they truly desire. In parallel, alternating co-therapy is a clinical tool to improve therapeutic rapport, wielding the transformative ability to alter mindsets and consequently reshape the entire healthcare institution. Our experiences not only introduced us to the method of SPR, but also inspired a reevaluation of therapeutic approaches to improve patient outcomes and well-being.

References

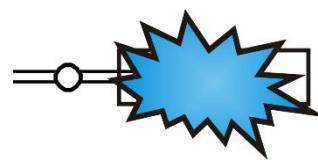
- Chapdelaine, S. (2020). My Experience at the Somatosensory Rehabilitation Center: Power and Positionality, Where do I Stand? (Guesteditorial). *Somatosens Pain Rehab*, 17(3), 79-85.
Available (02/13/2024): https://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/e-news_somatosens_rehab_17_3.pdf#page=3
- Harley, D.A., Jolivette, K., McCormick, K. & Tice, K. (2002). Race, Class, and Gender: A Constellation of *Positionalities* with Implications for Counseling. *Journal of multicultural Counseling and Development*, 30(4), 216-238.
- Maté, G. (2004). *When the Body Says No* (2nd ed.). Toronto: Vintage Canada.
- Maté, G. [2017]. *Quand le corps dit NON ; le stress qui démolit* (2^e éd). Montréal : Les éditions de l'Homme.
- Murray, E., Bernardon, L. & Létourneau, E. (2021). Trois co-équipières pour une co-thérapie alternée : avantages et inconvénients. *Somatosens Pain Rehab*, 18(2), 47-53.
Available (02/13/2024): <https://www.somatosenspainrehab.com/articles/co-thrapie-avec-tour-tour-trois-co-quipires-avantages-et-inconvnients>
- Sogomonian, T. & Hoang, M.A. (2023). Part I: Basic Course about the method of Somatosensory Pain Rehabilitation - Montreal 2023 (Guesteditorial). *Somatosens Pain Rehab*, 20(4), 108-112.
Available (02/02/2024): <https://www.somatosenspainrehab.com/articles/basic-course-about-the-method-ofsomatosensory-pain-rehabilitation-montreal-2023nbsp>
- Therapeutic touch. (n.d.). In *Merriam-Webster Dictionary*. Available (02/02/2024): <https://www.merriam-webster.com/dictionary/therapeutic%20touch>

**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



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

146th ADVANCED and 147th BASIC course

about **Somatosensory Rehabilitation of Neuropathic Pain**

In Freiburg: **Observation of four 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).

The **ADVANCED** course is a four-day advanced comprehensive theoretical and hands-on course to treat NPP. It is meant for therapists, physicians and others, who already joined a 2 or 4-day basic course.

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

Overall Learning Aims

BASIC Course - Montreal

- To integrate 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.

ADVANCED* Course - Freiburg

- To integrate and learn to articulate the five techniques of the method for identification and treatment of the eight somatosensory and/or neuropathic pain conditions;
- To consolidate the understanding of the method's basic concepts and their use in the sessions;
- To reverse painful complications - i.e. peripheral and/or central sensitization - by rehabilitating the nervous somatosensory system;
- To define the three strategies of Distant Vibrotactile CounterStimulation (DVCS);
- To adapt the treatment strategy after a new evaluation.

*ADVANCED Course: With 1-Clinical anatomy workshop of the upper and/or lower limb territories 2-Therapeutic relationship management 3-Clinical reasoning workshop 4-Observation of four live treatments

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).

ADVANCED Course in Freiburg (Switzerland) with:

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

BASIC Course in Montreal (Canada) with:

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

| | ADVANCED Course - Freiburg | BASIC Course - 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.

PREVIEW

The method of Somatosensory Pain Rehabilitation:
Paradigms, Clinical assessments & Treatments (5th ed.)

Chapter 1: THE COMPLEX THOUGHT

To MDs

To patients

To neuroscientists

To therapists

Claude J SPICHER, Estelle MURRAY, Sarah CHAPDELAINE, Ombeline BARQUET, Marion VITTAZ & Sibele de ANDRADE MELO KNAUT

Translated by E. K. BOSSARD MSc (A), CSTP®

This first chapter on complex thought is one of the new features of this 5th edition. Its aim is to attempt to provide solutions to the problem of chronicity, i.e. patients whose one-dimensional care management has failed after six months or more. A fracture of the distal radius, correctly reduced by osteosynthesis, causes painful complications in 4.9% of operated patients (Stebler et al., 1994). Thus, the question is no longer whether the surgery was carried out correctly, or whether there is osteoporosis in the bone (*morbus Sudeck*), but rather to consider a constellation of variables, starting with the various pain phenomena reported beyond the complaint, and to understand both the biological (bone, joint capsule, cutaneous branches, etc.) and the cultural (mother tongue, beliefs, ulterior motives, disability situations, etc.). While it is true that complex thought has existed since the dawn of time, its pioneers, some of whom therapists, still deserve to be better known. Our aim is to present them to you in order to nourish the encounter between the carer and the cared-for. You are welcome to skip them and go straight to part 2: clinical assessments.

A. Definitions

As indicated in the glossary, a **paradigm** is a set of extremely strong supralogical principles and relations for the organisation of thought. Since 2007, the paradigm of the Somatosensory Pain Rehabilitation (SPR) method has been: look for tactile hypoesthesia, because reducing hypoesthesia reduces neuropathic pain (Mathis et al., 2007; Spicher et al., 2020a; Bouchard et al., 2021). This organisation of thought was specific to Certified Somatosensory Therapists of Pain (CSTP®). If you have no knowledge that it is possible to stimulate the mechanisms of adaptive neuroplasticity, even twenty months after an organic lesion, you are not going to assess the somatosensitive nervous system or look for tactile hypoesthesia of part of the maximum territory of cutaneous origin of a nerve branch. Nor will you attempt to teach patients to stimulate them several times a day at home. Similarly, if you fail to listen to the painful symptoms that patients express in hushed tones, you run the risk of confining yourself to reductive thinking without being able to initiate complex clinical reasoning within a bio-psychosocial-spiritual approach.

In 2013, we proposed a **clinical reasoning** process that included two hypotheses (Spicher & Quintal, 2013):

1. The practical hypothesis of sensory geographers: the cutaneous branch presumed to be responsible for the reported neuropathic symptoms;
2. The theoretical hypothesis: "if the patient suffers from neuropathic symptoms, then they have A β axonal lesions."

In 2020, this theoretical hypothesis, having been supported and adopted by other communities of practice, became an **axiom**:

"When the patient reports neuropathic symptoms, s/he has axonal lesions of, at least one cutaneous nerve branch, including at least one cutaneous branch." they have A β neurofibres." (Spicher et al., 2020b)

Remember, in geometry, when we had to develop a theorem that concluded with a sound "that which had to be demonstrated." This learning of logical reasoning was based on one or more axioms (Εὐκλείδης |Euclid| - 3rd century BC): an element from which knowledge is deduced by rules of logic.

Today, to make our point clearer, we will precede it with a statement of a new **paradigm**:

The phenomenon of pain is to organic lesions
what the phenotype is to the genome.

... in the sense that the observable characteristics of a living organism, resulting from the functioning of the genome under given environmental conditions, are a phenotype. Based on the axiom stated above, the phenomenon of pain is the expression of A β axonal lesions of at least one cutaneous branch.

However, this all belongs to the universe of meaning of the concept of paradigm and does not fall within the realm of common sense. This type of complex thinking requires, notably, dual thinking, or dialogic. We are well aware that daring to express the existence of several logics - and not exclusively Cartesian logic, the great paradigm of the West (Morin, 1991, La méthode, pp. 1820-1823) - could result in being burnt at the stake:

By saying that the earth is round, when we can clearly see that it is flat, we put ourselves in the place of a deviant, an abnormal almost. When this deduction is contrary to the Scriptures, the statement is blasphemous. Whoever thinks that way deserves to be burnt at the stake. (Cyrulnik, 2016)

Neuropsychiatrist and neuroplastician Boris Cyrulnik is alluding here to the Copernican revolution which, by placing the sun - and no longer the earth - at the centre of the solar system (heliocentrism), created a new paradigm.

Dialogic is a complex unity between two complementary, competing, and antagonistic logics, entities or instances, that feed off each other, complement each other, but also oppose, fight or even exclude each other. The two entities of the dialogic are inseparable and **jointly** indispensable to the understanding of the same reality.

One example of a dialogic well known to therapists is **interdisciplinarity** (Guespin-Michel, 2016). Unlike pluridisciplinarity, which is the juxtaposition of disciplines where each tends to fiercely defend its turf, interdisciplinarity, breaking out of the disciplinary straitjacket, is ‘a process of dialogical assembly of the disciplinary contributions necessary to the analysis of a complex subject.’ (Jollivet, 2002) Thus, the few patients who benefit from an interdisciplinary approach emerge from the weekly interdisciplinary meetings² with an interdisciplinary objective that retroactively generates monodisciplinary objectives (in kinesiotherapy, neuropsychology, physiotherapy, occupational therapy, and so on).

More generally, the dialogic principle, which combines two terms that are both antagonistic and complementary, allows us to maintain **duality** within unity, and even to go beyond this duality. Simultaneously keeping in mind that pain is a sensory AND emotional experience, organic AND psychological, somatic (*soma* = body) AND semantic (*séma* = meaning); the two together, not one without the other, is a matter of dialogic. Jointly maintaining the three elements: 1. sensory experience 2. AND 3. emotional experience, is complex thought. This complexity is characterised (Morin, 1990, pp. 103-104) by distinction, conjunction and, in particular, implication, because time is required. We will return to this later in this chapter. In the meantime, let us turn our attention to the paradigm of simplicity, characterised by reduction and disjunction ... and so on. The whole chapter shall count 22 pages. In the second issue of this year – 21(2) – you will discover the first pages of chapter 2: The Phenomenon of Pain.

References

- Bouchard, S., Quintal, I., Barquet, O., Moutet, F., de Andrade Melo Knaut, S., Spicher, C.J & Annoni, J.M. (2021). DOULEURS NEUROPATHIQUES : méthode d'évaluation clinique et de rééducation sensitive. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 9(1), 1-15 [Article 26-469-A-10]. Doi : [10.1016/S1283-0887\(21\)44930-3](https://doi.org/10.1016/S1283-0887(21)44930-3)
- Cyrulnik, B. (2016). *Ivres paradis, bonheurs héroïques*. Paris : Odile Jacob.
- Guespin-Michel, J. (2016). La révolution du complexe : science, dialectique et rationalité. <http://www.revolutionducomplexe.fr/images/downloads/revolutionducomplexeguespin.pdf> (02.12.2024)
- Jollivet, M. (2002). Entre recherche et société, les voies de construction d'une interdisciplinarité : Entretien avec Claudine Schmidt-Lainé. *Natures, Sciences et Sociétés*, 10(Suppl. 1), 85-91.
- Mathis, F., Desfoux, N., Sprumont, P., Hecker, E., Rossier, Ph. & Spicher, C.J. (2007). Diminution des douleurs neuropathiques périphériques par la rééducation sensitive. *Rev Med Suisse*, 3(135), 2745-2748.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Montrouge : ESF éditeur.
- Morin, E. (1991). *La méthode (tome 4) : les Idées*. Paris : Seuil.
- Spicher, C.J. & Quintal, I. (2013). *La méthode de rééducation sensitive de la douleur* (2^e éd.) – Préface : R. Melzack. Montpellier, Paris : Sauramps Médical.
- Spicher, C., Barquet, O., Quintal, I., Vittaz, M. & de Andrade Melo Knaut, S. (2020a). *DOULEURS NEUROPATHIQUES : évaluation clinique & rééducation sensitive* (4^e édition) – Préface : F. Moutet. Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 379 pages.
- Spicher, C.J., Packham, T.L., Buchet, N., Quintal, I. & Sprumont, P. (2020b). *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, 107 pages. Doi: [10.1007/978-3-030-45964-2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-45964-2)
- Stebler, R., Stucki, G. & Wiedersheim, P. (1998). Epidémiologie et aspects économiques. In E. Bär, M. Felder & B. Kiener (Eds.), *Algodynsthropie (Complex regional pain syndrome I)* (pp. 11-14). Lucerne : SUVA.

² Also called “case discussions” in rehabilitation centres.

หลักฐานอ้างอิงผลการรักษาอาการปวดหลังคนที่ ๗๐

รักษาอาการปวดหลังด้วยกิจกรรมบำบัด

คณะทีมงานแพทย์ทั่วไป

คณะบุคคลทั่วไป

ຄະນະທຶນແພທຍ່າເຈົ້າທາງດ້ານເສັ້ນປະສາກແລະສມອງ ຄະນະທຶນນັກຄາຍກາພນຳນັດ

ฉันจำได้ว่าการป่วยหลังค่ำอย่า เพิ่มมากขึ้นหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนหัวอนรองกระดูกและไส้เหล็กเพิ่มเพื่อค้ำกระดูกสันหลัง ก่อนหน้านี้ฉันได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่หลาบฐานแบบตามที่คุณหมอแนะนำให้หายครั้งเดียวท่านเข้าเครื่องสแกนเพื่อตรวจหาสาเหตุว่า การป่วยนั้นมาจากตรงไหน ขณะเดียวกันก็ต้องกินยาบรรเทาป่วยไปพร้อมกัน สุดท้ายจะลงตรงที่ฉันต้องฉีดยาเข้าที่กระดูกสันหลัง ถึง สองครั้ง มันธรรมานามากเมื่อเห็นเข็มที่ยาและไข้สูง ที่จะแทงผ่านช่องเล็กๆ ระหว่างหัวอนรองกระดูก ก่อนหน้านี้ก็ต้องฉีดยาชา เพื่อลดความเจ็บสูงกว่าสองครั้งก็ไม่ได้ผล ครั้งแรกที่ฉีดยา ฉันมีอาการแพ้ยา ฉันไม่สามารถนอนหลับติดต่อกันถึงสามวัน แม้ว่าจะจ่วงแต่ฉันไม่สามารถหลับตาได้ ไม่อยากกินอาหารจนกระทั้งค้องใช้ยานอนหลับ ครั้งที่สองมีอาการแพ้ไม่รู้แต่ความปวดก็ไม่ได้ลดลง คุณหมอของฉันบอกว่าการรักษาด้วยวิธีการแบบนี้ไม่ได้ผล ฉันรู้สึกหมองคล้ำหัวใจเพราหางสาเหตุของการป่วยไม่ได้

หลังจากนั้นคุณหมอบาดแนะนำให้ฉันเข้ารับการรักษาโดยกิจกรรมบำบัด ครั้งแรกที่เข้ามาก็ไม่ได้มีความรู้สึกว่าตัวเองจะมีอาการดีขึ้น ไม่มีความคาดหวัง เพราะฉันเริ่มนิ้อาการเหมือนไฟฟ้าช็อคครั้งซึ้งขึ้นบ่อยครั้งมีอาการกล้ามเนื้อเกร็ง ชากระดูก เวลาเดินนานเกิน 5 นาทีก็ต้องหยุดพัก จนกว่าร่างกายจะพร้อมแล้วถ่ายเดินต่อ แต่ถ้าจะเดินนานๆ ต้องมีไม้ช่วยพยุง เพราะไม่มีแรงที่จะก้าวเดิน ฉันไม่สามารถเดินเร็วเหมือนคนปกติ สิ่งที่ฉันเคยทำมาหลายๆ อายุนั้นหายไป เพราะความป่วยหนักอย่างเมื่อถึงปีก่อนส่วนและเริ่มน้อแท้ เป็นอีกครั้งมากขึ้น รู้สึกว่าชีวิตไม่สนุก จนต้องรักษาจากคุณหมอเพื่อคุ้มครองสุขภาพจิตไปพร้อมกัน

การรักษาด้วยกิจกรรมบำบัดที่ฉันเข้ามานี้ พบร่วมกับน้ำใจนี้เป็นภารกิจที่เกี่ยวกับการทำงานของเส้นประสาทที่ได้รับการสั่งการจากสมองไม่ถูกทาง ฉันเองก็ไม่ค่อยเข้าใจนัก แต่ก็คิดว่าลองรักษาเพื่อว่าจะช่วยลดการปวดได้บ้าง ฉันรักษาที่ตรงนี้ใช้เวลาถึง๓ปี ปีแรกก็ไม่รู้ว่าดีขึ้นหรือไม่ เพราะทุกครั้ง เขาจะใช้เส้นพลาสติกวางตามจุดต่างๆ บนหลัง แต่ก็จะเปลี่ยนขนาดไปเรื่อยๆ พวกเขาก็ใช้สัญลักษณ์ที่เรียกว่า สายรุ้ง ทุกครั้งที่วางเส้นพลาสติกลงบนหลัง ฉันรู้สึกถึงความเจ็บ ความปวดในหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่จะเป็นแบบไฟฟ้าช็อต นอกจากนั้นก็มีที่มีรักษาได้แนะนำ เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายด้วยการหายใจ การพูดคุยกันในขณะที่ทำการรักษา ปีที่สองฉันเริ่มสังเกตว่า เวลาที่อาเจียนพลาสติกวางบนหลัง มีการเปลี่ยนจากไฟฟ้าช็อตเป็นเหมือนกับการฉีดยา จะรู้สึกแอบร้อนๆ ที่วางเส้น อาการเริ่มค่อยๆ ดีขึ้นฉันเริ่มนึกความหวังขึ้นมาบ้าง พอเริ่มปีที่สาม ก็มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย แต่ฉันก็แก้ปัญหาได้

การรักษาเรื้อรังพัฒนาขึ้น ฉันมีความคิดที่อยากรู้ทำในหลายสิ่งที่ฉันจะไปเมื่อ ๓ ปีที่ผ่านมา ฉันเริ่มเดินໄค์ไซด์ใช้ระยะเวลานานๆ ไม่ต้องใช้ไม้ช่วยพยุง มีกิจกรรมหลายอย่างที่ต้องทำ อาการปวดบริเวณโขนครึ่งซ้ายอย่างหายไป ทีละน้อย ไม่เหมือนทุกครั้ง ฉันเริ่มค้นพบคุ้วองว่าฉันสามารถทำอะไรได้บ้าง ฉันรู้สึกว่ามีความสุข และสามารถจัดสิ่งที่รับกวนที่จะทำให้เครียดหรือทุกข์ใจได้อย่างจ่ายดาย

ความอดทนกับการที่ฉัน ได้รับการรักษาในระยะเวลาที่ยาวนานด้วยวิธีการกิจกรรมบำบัดนี้ มันได้ผลจริงๆ แต่เรา ต้องมีความอดทน และคำนึงถึงการรักษาตามที่ทีมงานแนะนำ ฉันเชื่อแล้วว่ามันช่วยได้จริงๆ

ปริญญา พันธุ์น้อย โบชูด

BOCHUD Parinya

RE-BIRTH POSITIONALITY

To MDs
To patients

To neuroscientists
To therapists

“Our actions as occupational therapists have relational-ethical implications within the patient-therapist relationship. One of the ways to bring these to light is to become aware and acknowledge our positionality. Positionality is a concept that has been around for a while (Harley et al., 2002), but that has never been part of a shared vocabulary among our community of practice. Positionality categorizes individuals. It shapes your identity with regard to your class, gender, race or any social construct that determines if you are on the margin or at the center of the society. A very obvious and publicized example is the fact that women in Quebec were not allowed to vote because of their gender, until they received full suffrage in 1940. A more modern Canadian example is that Indigenous people, because of their status, still do not benefit from an equal access to healthcare services as compared to non-Indigenous people (Truth and Reconciliation Commission of Canada, 2015). Our multiple positionalities are intersectional and “possess rank, have value, and are constructed hierarchically, particularly those that are visible and discernible” (Robinson, 1999). But more importantly, positionality contributes to highlighting how one’s identity impacts your understanding and perspective of the context, while providing room for significant bias.”

Chapdelaine, S. (2020). **GUESTEDITORIAL** My Experience at the Somatosensory Rehabilitation Center: Power and Positionality, Where do I Stand? *Somatosens Pain Rehab* 17(3), 79-85. Available (02/23/2024): <https://www.somatosenspainrehab.com/articles/my-experience-at-the-somatosensory-rehabilitation-center-power-and-positionality-where-do-i-stand>

SHADOW & PENUMBRA

Learning to Learn

To medical doctors
To patients

To neuroscientists
To therapists

In [summary](#): we must learn how to learn, which means learning by both separating and connecting, analyzing and synthesizing:

- ❖ To consider objects not as closed within themselves, but as systems communicating with each other and with their environment, this communication being a part of their organization and their very nature.
- ❖ To move beyond the linear causality, of "cause and effect," and learn about mutual, inter-relational, circular (retroactive, recursive) causality, as well as the uncertainties of causality (why the same causes do not always produce the same effects when the reactions of the systems they affect are different, and why different causes can lead to the same effects).
- ❖ To seize the challenge of complexities that comes from all areas of knowledge and action, and the thoughts of one's own capabilities of facing this challenge.

Such a mode of thinking requires the integration of the observer into their observation, meaning self-evaluation, self-analysis, and self-critique. Self-evaluation should be taught from elementary school, focusing on how errors or distortions can occur in even the most sincere or convinced testimonies, how the mind obscures facts that disrupt one's worldview, and how one's perception of things depends less on the information received than on the structure of their thinking process.

[Morin, E. \(2020\). Enseigner à vivre. Manifeste pour changer l'éducation.](#) Paris : Actes Sud.

.



Begriffe: Essenz, wörtliche Bedeutung (Glossar) und Bedeutungsuniversum (Polysemie).

Im Herbst 2021 bildete das Departement für die Methode der Somatosensorischen SchmerzTherapie (SST):

die Interessensgruppe Terminologie
interdisziplär, interkontinental und generationenübergreifend

zert. SST, SST, NeurologIn, PhysiotherapeutIn, MassagetherapeutIn,
Ergotherapeutin, AnatomIn, BürgerIn, usw.

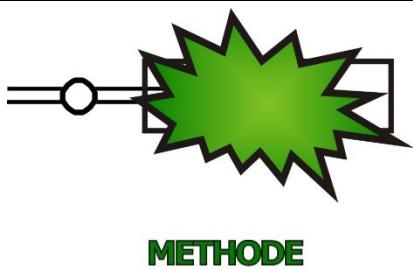
welche sich der Aufgabe annahm, von Ausgabe zu Ausgabe, Arbeitsblätter vorzustellen, die die Konzepte der SST-Methode in einen Zusammenhang setzen.

Zu Beginn haben wir aus den Glossaren des Handbuchs und des Atlas eine Auswahl von Begriffen getroffen und aufgelistet. Es handelt sich um **Konzepte**, die die Besonderheit der SST-Methode am besten beschreiben. Wir haben mit der taktilen Hypästhesie in der Ausgabe *Somatosens Pain Rehab 19(1)* begonnen. Und in der 20. Jubiläumsausgabe unseres Newsletters geht es um:

die **Neuralgie**.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden wir unsere Arbeit mit den folgenden Begriffen fortsetzen (in ungeordneter Reihenfolge):

- Somatosensorisches Nervensystem
- Adaptive Neuroplastizität
- Mechanische Allodynie
- Regenbogen Schmerz-Skala
- Taktile Gegenstimulation auf Distanz
- Paradoxisch schmerzhafte Hypoästhesie bei Berührung
- Maximales Territorium des kutanen Ursprungs
- Komplexes Regionales Schmerzsyndrom nach Budapest
- Methode der SST

| | | |
|--|--|--|
| <p>NETZWERK SOMATOSENSORISCHE SCHMERZTHERAPIE</p> <p>www.neuropain.ch</p> <p>Departement für die Methode der Somatosensorischen Schmerztherapie</p> | <p>Hans-Geiler-Str. 6 CH - 1700 FREIBURG</p> <p>info@neuropain.ch</p> |  |
|--|--|--|

NEURALGIE

übersetzt von **MONIKA TANNER** und **ERICA BOSSARD**

Definition: spontane, schmerzhafte Erkrankung eines Nervs infolge von A β -, A δ - und/oder C-Nurofasern Läsionen. Die Vorsilbe „Neur-“ bedeutet „auf den Nerv bezogen“ (altgriechisch νευροῦ), während „-algie“ auf den Schmerz verweist (ἄλγος).

Ein wenig Geschichte: Im Jahr 1802 lieferte François Chaussier mit seiner meisterhaften Beschreibung die nosologische Geburtsurkunde der Neuralgie:

- 1) durch **die Art** des Schmerzes, der zugleich scharf, zerreißend ist (...), mit Kribbeln oder Ameisenlaufen, häufiger mit Pulsieren, Reißen und Ziehen aufeinanderfolgend, ohne Rötung, ohne Hitze, ohne sichtbare Spannung und Schwellung des Körperteils, in mehr oder weniger langen und nahe beieinander liegenden Anfällen wiederkehrend (...),
- 2) durch **den Sitz** des Schmerzes, der immer (...) auf einem Ast des Nervs fixiert ist und sich in der Zeit des Paroxysmus von dem ursprünglich betroffenen Punkt aus über alle seine Verzweigungen ausbreitet und ausbreitet, sie schnell wie ein Blitz bis in die letzten Enden durchläuft, ihnen in ihren verschiedenen Verbindungen folgt, sie befällt, manchmal nacheinander die einen nach den anderen (Rey, 1993, S. 261-262). Im Jahr 1841 schlug François Louis Isidore Valleix eine Klassifizierung der Neuralgien vor.

Die verschiedenen **Neuralgien** des 21. Jahrhunderts nach Hautbereichen unterteilt (Spicher et al., 2020): Symptomatische - Essentielle *neuralgia trigemina*, *neuralgia occipitalis*, *neuralgia cervicalis*, *neuralgia brachialis*, *neuralgia thoracica*, *neuralgia lumbo-abdominalis*, *neuralgia lumbo-femoralis*, *neuralgia femoralis*, *neuralgia ischiadica*, *neuralgia sakralis*.

Symptome des peripheren neuropathischen Schmerzsyndroms

Man verwendet den Begriff Neuralgie, wenn **drei** oder mehr **Symptome** aus der folgenden **Liste** von dem/der Patienten/in beschrieben werden (Spicher, 2003; Bouhassira et al., 2004; Bouhassira, 2005):

- **Elektrisierender Charakter**, der **entlang** eines Nervenastes verläuft: „stechend“, „einschießend“; „blitzartig“, usw.
- Kutane **Brenngefühle**, wie bei einer tatsächlichen Verbrennung, die innerhalb des hypoästhetischen Bereichs umschrieben ist, dessen Fläche nur einen **Teil** des maximalen kutanen Ursprungsbereichs dieses Nervenastes abdeckt (Lanz von & Wachsmuth, 1935);
- Die Symptome der seltsamen taktilen **Hypoästhesie**: „taubheitsgefühl“, „krüppelnd“.

Mit dem Verwenden des Oberbegriffes ‘neuropathische Schmerzen’ (IASP) bei der Diagnose, wird der verletzte Ast des Hautnervs nicht genannt. Das hat zur Folge, dass zu viele PatientInnen keine Läsionsdiagnose und somit auch keine neuroanatomische Behandlung erhalten.

Zusammenfassend

Wenn ein/e Patient/in unter anhaltenden Schmerzen leidet, handelt es sich höchstwahrscheinlich um A β -axonale Läsionen (98%; Anzahl=4010) von **einem** der 240 Hautnervenäste des menschlichen Körpers, die eine taktilen Hypoästhesie und eine spontane intermittierende oder sogar andauernde **Neuralgie** hervorruft.

TÉMOIGNAGE N° 71 D'UNE PATIENTE

En ce moment, ça va ?

Aux médecins

Aux citoyen·nes

Aux neuroscientifiques

Aux thérapeutes

Décembre 2022

- ❖ En ce moment, ça va ?
- *Si tu me parles du ballon de volley qui m'a projeté à terre, ça fait très mal. J'ai l'impression que ma mâchoire est déboîtée et ma pommette fissurée.*

Décembre 2022 à mars 2023

- ❖ En ce moment, ça va ?
- *Si tu me parles de ces sensations bizarres qui sont arrivées brutalement dans ma vie et qui se promènent en permanence de mon nez jusqu'à mon oreille, ça fourmille, ça tire, ça compresse, ça s'engourdit, ça picote... Ma foi, comme d'habitude. Elles sont omniprésentes et impactent toutes les sphères de ma vie. Elles influencent mon sommeil et en conséquence ma concentration et mon humeur. Mais, ça va, je fais avec.*

Mars 2023

- ❖ En ce moment, ça va ?
- *Je n'ai pas trop le moral. J'ai trouvé un généraliste et lui ai parlé de ces sensations bizarres, de ma douleur permanente qui ne m'a jamais quitté depuis cet accident de volley. Elle m'a écoutée, mais ne m'a pas entendue... Elle a même douté de mes douleurs avec beaucoup de distance et d'impatience, sans aucune empathie... Lui demandant que faire, elle m'a répondu de poursuivre avec des anti-inflammatoires. J'avais mis tellement d'espoir à sortir de la consultation avec un diagnostic ou au moins une piste... J'en suis sortie déçue et même choquée par cette distance et ce désintérêt à comprendre une douleur non détectable avec un appareil de mesure, une prise de sang ou une imagerie, comme si ma douleur n'existant pas, qu'elle relevait de mon imagination.*

Avril 2023 à août 2023

- ❖ En ce moment, ça va ?
- *Si tu me parles de ces sensations bizarres qui sont arrivées brutalement dans ma vie et qui se promènent en permanence de mon nez jusqu'à mon oreille, ça fourmille, ça tire, ça compresse, ça s'engourdit, ça picote... Ma foi, comme d'habitude. Ses sensations bizarres sont devenues comme des colocataires invisibles, mais omniprésentes. Je les ai acceptées dans ma vie.*

Août 2023

- ❖ En ce moment, ça va ?
- *Oui, j'ai trouvé une nouvelle généraliste qui m'a écoutée et entendue avec tant de bienveillance. Quel soulagement ! Après les examens et analyses de routine, elle n'a pas oublié*

ma douleur chronique expliquée en juin lors de la 1^e consultation et m'a adressée au Centre de rééducation sensitive. Je suis soulagée qu'une solution me soit proposée même si elle m'emmène sur un terrain inconnu.

Septembre 2023

- ❖ En ce moment, ça va ?
- *Quel soulagement ! Oui, je suis allée pour la première fois au Centre de rééducation sensitive. Mes sensations bizarres font écho, un diagnostic est posé et un chemin de guérison proposé. Tout un nouveau vocabulaire entre dans mon quotidien : douleurs neuropathiques, hypoesthésie, allodynie, nerf trijumeau, arc-en-ciel des douleurs, filaments, etc. Il m'a été difficile de trouver les mots qui expriment mes sensations bizarres et leur intensité tant je m'y suis habituée. Au fil de la séance, je comprends que je vais devenir actrice de ma guérison même si tout n'est pas clair au premier abord, mais je suis confiante et j'y crois. Des mots sont posés sur les maux et je me sens déjà mieux.*

Septembre 2023 à décembre 2023

- ❖ En ce moment, ça va ?
- *Si tu me parles de mes douleurs sensations bizarres, je sais, aujourd'hui, que ce sont des douleurs neuropathiques. Je m'y suis habituée, mais je travaille pour retrouver des sensations normales car je sais aujourd'hui qu'il est possible de faire qqch. Au fil des séances et des exercices, les sensations bizarres s'estompent peu à peu, me libèrent d'un poids que j'avais choisi d'accepter par défaut de trouver une solution, mais qui pesait trop lourdement sur mon quotidien. Séance après séance, exercice après exercice, je me sens plus légère car la presque normalité a repris sa place de mon nez jusqu'à mon oreille, presqu'en permanence.*

Janvier 2024

- ❖ En ce moment, ça va ?
- *Si tu me parles de mes douleurs neuropathiques, je peux dire, aujourd'hui, qu'elles sont toujours présentes, mais elles se sont faites toutes discrètes. Les quelques fourmillements et sensations d'endormissement ou de compression me rappellent qu'il est important de s'écouter et de prendre soin de soi, pas seulement des autres.*

Merci à toute l'équipe de la rééducation sensitive et à la Dre Rochat qui m'ont accompagné sur ce chemin de guérison.

E.D., le 29.01.2024

**Vous pouvez lire à la page suivante le No comment Nb 46
du traitement de la prise en charge des soins de E.D.**

NO COMMENT Nb 46

To MDs
To patientsTo neuroscientists
To therapists**Hoang MA (MSc(A) OT, CSTP[®]), Clément S (OT, CSTP[®]),
Rochat C (med dipl.) & Spicher CJ**

On August 31st, 2023 (t_0), at the date of the initial assessment at the Somatosensory Rehabilitation Centre (Freiburg, Switzerland), E.D., 42 years old, had been living with neuropathic pain for **20 months**. After receiving a ball to the face whilst playing volleyball, E.D. described being left with omnipresent *tingling, pricking* and *radiating sensations*, that impacted all spheres of her life. **Neuropathic conditions:** permanent symptomatic trigeminal neuralgia of the maxillary branch [V₂] with **mechanical allodynia** (Stage IV of A β axonal lesions) & slight hypo-aesthesia of the proper palmar ulnar digital nerve D1.

| t (days) | McGill (pts) | Stage III | SMA (g) | 2 pts (mm) | Stage I | 2 pts (mm) | PPT (g) |
|-----------------------------|-------------------------------|---|---------------------------------------|--|--|-----------------------------|--------------------------|
| t_0 | 27 | Maxillary nerve, division of trigeminal nerve [V ₂] | 15.0 Purple | Painful touch-evoked hypo-aesthesia |  | 15 | ND |
| t_{38} | 13 | | 15.0 Purple | | | | |
| t_{56} | ND | | None: Underlying hypo-aesthesia | 35 | | 0.5 | 0.1 Normalized |
| t_{63} | 11 | | | 10 Underlying hypo-aesthesia normalized | | | |
| t_{77} | ND | | | Proper palmar ulnar digital nerve D1 | 15 | | |
| t_{84} | ND | | | | ND | | |
| t_{108} | ND | | | | ND | | |
| t_{126} | 6 | | | | 8 | | |
| t_{133} | ND | | | | 7 | | |

Table I: During the 19 somatosensory rehabilitation of neuropathic pain sessions ($t=133$ days), the decrease of neuropathic pain was astonishingly correlated with 1) the prescription of avoid touching the SMA territory and, subsequently, 2) the decrease of the underlying tactile hypoesthesia. SMA: Static Mechanical Allodynia; 2pts: static 2 points discrimination test; PPT: Pressure Perception Threshold; McGill: McGill Pain Questionnaire; ND: Not Determined.

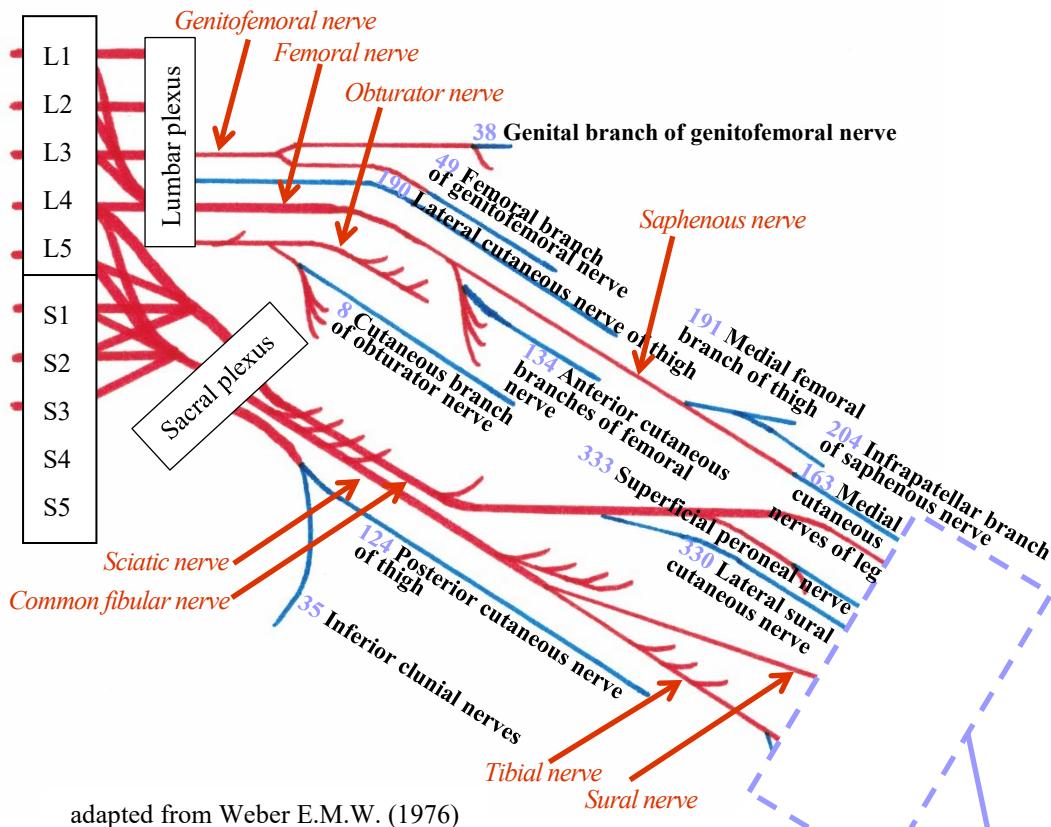
INFOGRAPHIC Nb 13

**The 36 cutaneous nerve branches of lower extremity
n=3676 A β axonal lesions of 2270 Neuropathic Pain Patients**

To MDs
To patients

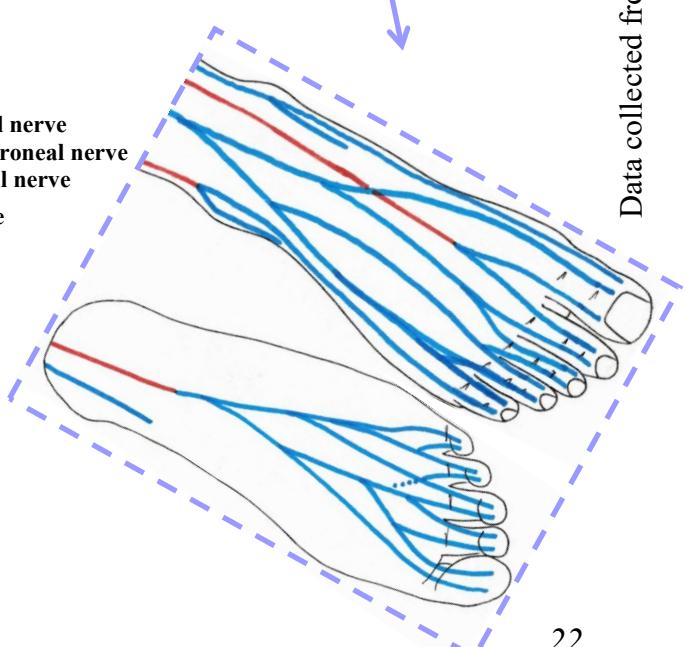
To neuroscientists
To therapists

ÉTIÉVANT F, TERREAUX S & SPICHER CJ



- 230 Terminal branch of saphenous nerve
- 124 Deep peroneal nerve
- 333 Superficial peroneal nerve
- 118 Medial terminal branch of superficial peroneal nerve
- 99 Intermediate terminal branch of superficial peroneal nerve
- 71 Lateral terminal branch of superficial peroneal nerve
- 162 Lateral dorsal cutaneous branch of sural nerve
- 258 Lateral calcaneal branches of sural nerve
- 131 Medial calcaneal branches
- 392 Medial plantar nerve
- 292 Lateral plantar nerve

| | | |
|-----------------|------|-------|
| aesthesiography | 2421 | 66 % |
| allodynography | 1255 | 34 % |
| Σ | 3676 | 100 % |



APHORISM – LEITMOTIV – AFORISMO



« Elle fit des choix
sans plus jamais connaître le coût épuisant de l'hésitation. »
Marion Muller-Colard³

Sie traf Entscheidungen, ohne jemals wieder die erschöpfenden Kosten des Zögerns zu erleben.

Она сделала выбор, никогда больше не осознавая изнурительной цены колебаний.

Cô ta không biết là phải trả một giá cao cho sự do dự khi đứng trước những lựa chọn được đưa ra.

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

She made choices
without ever knowing the exhausting cost of hesitation.

³ Muller-Colard, M. (2020). *Wanted Louise*. Paris : Gallimard.

FAIT CLINIQUE ORIGINAL**Traitement d'une allodynie mécanique statique de la branche cutanée palmaire du nerf médian à la suite d'une fracture du radius distal**Aux médecins
Aux patientsAux neuroscientifiques
Aux thérapeutes**PARENT Mélissa, ergothérapeute MSc erg., RSDC^{®4}****RÉSUMÉ**

Une blessure traumatique, par exemple une fracture, peut être accompagnée de douleurs d'étiologies multiples. Parmi celles-ci, les douleurs névralgiques résultant d'une lésion axonale A β peuvent entraver l'efficacité des traitements. Cette étude de cas illustre l'implication de la méthode de rééducation sensitive chez une personne présentant une allodynie mécanique statique depuis plus de 4 mois. La condition de cette personne s'est progressivement améliorée jusqu'à disparition complète de l'allodynie dans les 64 jours suivant le début du traitement. Elle cherche aussi à démontrer une situation clinique où la méthode de rééducation sensitive de la douleur peut être un traitement prioritaire.

Keywords *Distal radius fracture, complication, allodynia, hyperalgesia, method of somatosensory pain rehabilitation*

INTRODUCTION

Après Les fractures du radius distal sont les fractures les plus fréquentes chez l'adulte (Candela et al., 2022). L'un des traitements consiste en la fixation d'une plaque palmaire. Bien que ce traitement soit généralement associé à un faible taux de complications, il reste possible d'en rencontrer. L'une des complications de ce traitement est la lésion d'un nerf, en particulier la branche palmaire du nerf médian (Lee et al., 2020). Par conséquent, une lésion axonale des neurofibres A β peut entraîner une allodynie mécanique statique, c'est-à-dire une hypoesthésie paradoxalement douloureuse au toucher (Spicher et al., 2020). De plus, l'incidence d'une instabilité de l'articulation radio-ulnaire distale en relation avec une atteinte du complexe fibro-cartilagineux triangulaire à la suite d'une fracture du radius distal est variable, mais demeure courante (Xiao et al., 2021 ; Tsai & Pakisma, 2009). Dans de tels cas, le port d'une attelle de stabilisation du poignet est une option permettant de soulager le patient au quotidien (Asmus et al., 2022).

⁴ 7055 Bd Taschereau J4Z 1A7 Brossard (Qc) Canada e-mail : M.parent@physiotherapieuniverselle.com

Lorsqu'un patient présente plusieurs complications dues à une même blessure, le thérapeute doit prendre en compte la complexité de la situation pour établir un plan de traitement adapté. Cela nécessite une évaluation approfondie des différentes problématiques liées à la blessure initiale, ainsi que la priorisation des interventions en fonction de la gravité de chaque problème et des besoins du patient. Le défi rencontré est alors de déterminer le plan de traitement optimal pour aborder ces multiples complications résultant de la même blessure.

Ce cas clinique vise à présenter l'utilisation de la méthode de rééducation sensitive de la douleur dans un contexte de symptomatologies multiples au poignet chez un patient présentant une allodynie mécanique statique de la branche palmaire du nerf médian à la suite d'une fracture du radius distal.

PATIENT ET METHODES :

Homme âgé de 39 ans, gaucher, ayant chuté d'une échelle d'une hauteur de 4 mètres le 11 septembre 2022. Selon les informations au dossier, monsieur a été diagnostiqué avec une fracture du radius distal gauche et a subi une intervention chirurgicale pour la fixation d'une plaque palmaire le 18 septembre 2022. Il a ensuite été immobilisé dans un plâtre pendant 4 semaines. Le 25 janvier 2023, soit 130 jours après l'intervention chirurgicale, monsieur a été référé en ergothérapie pour améliorer ses capacités fonctionnelles au quotidien. Il souffre toujours de douleurs à l'effort liées à une atteinte du TFCC et d'une allodynie de la région péri-cicatricielle.

Lors de l'entretien initial, le patient signale qu'il ne ressent aucune douleur au repos, mais qu'il éprouve une sensation de brûlure lorsqu'il frotte la cicatrice sur la face interne du poignet, ce qui limite sa capacité à porter son attelle de stabilisation du poignet. Il mentionne également ressentir une douleur du côté ulnaire du poignet dès qu'il soulève une charge. Étant gaucher, il affirme que ces douleurs limitent considérablement ses activités quotidiennes.

Après avoir administré le Questionnaire de Douleur St-Antoine (QDSA) et utilisé l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), monsieur a obtenu un score total au QDSA variant de 6 à 35 pour les dernières 24 heures. Il a indiqué ressentir une douleur de 0/10 au repos, mais une douleur de 7/10 en touchant la cicatrice.

En se basant sur les informations recueillies et en utilisant l'Atlas des Territoires Cutanés (Spicher et al., 2017), une hypothèse d'allodynie mécanique statique de la branche palmaire du nerf médian (Stade II de lésions axonales A β) a été émise. Après avoir expliqué la procédure de

l'allodynographie avec un monofilament de 15g, ainsi que la détermination de l'invariant douloureux à 3 cm sur l'EVA, le territoire allodynique a été cartographié lors de la 2^e séance. La sévérité de l'allodynique a été évaluée à l'aide du 5e point. En réaction à une sensation douloureuse à 3 cm sur l'EVA avec le monofilament de 8,7g, correspondant à un arc-en-ciel de douleur indigo, la sévérité de l'allodynique a été qualifiée de "discrète". Le patient a été informé de la durée de traitement approximative de cette sévérité, qui est d'environ 2 mois.

Après une discussion avec le patient sur la priorisation des traitements, il est convenu de débuter par le traitement de l'allodynique, considérant qu'elle est la principale source de douleur et qu'elle limite le port de l'attelle. Ainsi, les recommandations suivantes sont fournies au patient :

1. Prescription de ne pas toucher, si possible, le territoire illustré sur une image qui est remise au patient.
2. La Contre-Stimulation Vibrotactile à Distance (CSVD), soit de stimuler le nerf cutané latéral de l'avant-bras 8x par jour durant 1 minute, ou moins longtemps, avec un tissu doux.

RESULTATS

La **figure 1** illustre l'évolution de l'allodynique avec une stimulation de 15g jusqu'à ce qu'elle soit perçue comme non douloureuse au 64^e jour. À ce stade, la stimulation progressive de l'hypoesthésie sous-jacente a été initiée. Le patient a alors obtenu un score au QDSA variant de 5 à 20. Cependant, il rapporte que les douleurs ne sont plus attribuables à l'allodynique du territoire cicatriciel, mais plutôt à l'atteinte du complexe fibro-cartilagineux triangulaire (douleur lors d'efforts du côté ulnaire du poignet).

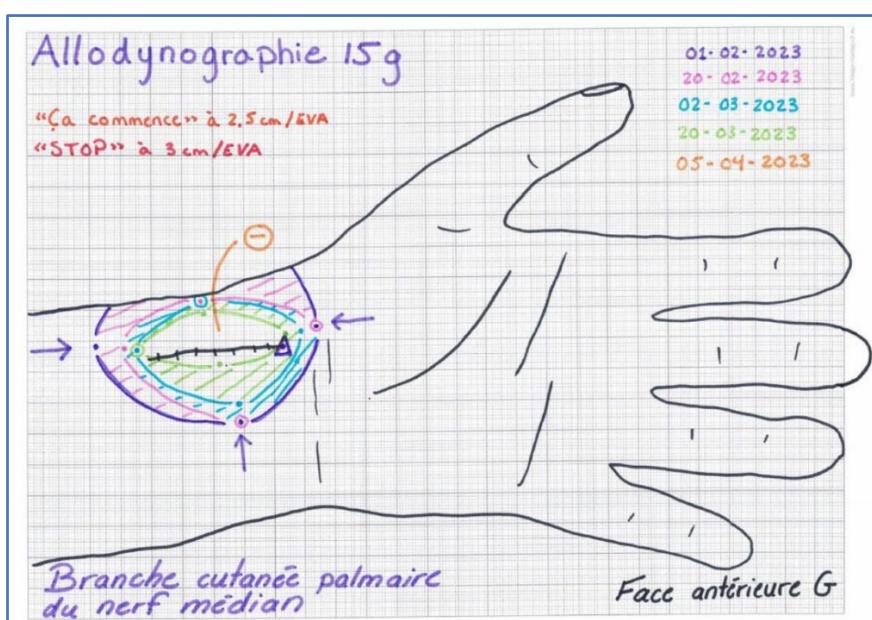


Figure 1 : Allodynographies successives à 15 g de la branche cutanée palmaire du nerf médian G.

DISCUSSION

En moyenne, la vitesse de disparition de l'allodynie mécanique conséquemment à la mise en place de la contre stimulation vibrotactile à distance est de 1 mois par couleur de sévérité. Ainsi, pour une allodynie avec un arc-en-ciel de douleur indigo, le temps moyen de disparition de l'allodynie est de 60 jours (Spicher, 2017). Il est donc justifié d'affirmer que l'allodynie présentée dans ce cas clinique présente une progression dans la moyenne, telle qu'évaluée au moyen de 1045 allodynographies (Spicher, 2017). Il est essentiel de noter que pour atteindre cette progression, le patient doit être impliqué dans son traitement et suivre les recommandations de manière adéquate. Comme le mentionne Clément-Favre et al., l'évolution du traitement dépend non seulement de la sévérité de l'atteinte, mais également des facteurs personnels et environnementaux. Parmi ces derniers, on peut considérer l'adhérence du patient, son niveau d'éducation, son contexte socio-culturel, ainsi que les interventions d'autres thérapeutes (Clément-Favre et al., 2011).

Dans le cas à l'étude, l'élément principal limitant la progression était le port de l'attelle au poignet, qui touchait directement le territoire allodynique. Or, lorsque nous devons composer avec une allodynie, nous faisons parfois face à « des dilemmes imposants des choix thérapeutiques » (Spicher et al., 2010). C'est pourquoi, en concertation avec le patient, il a été décidé de reporter le port de l'attelle, bien que cette approche soit prioritaire dans le traitement d'une atteinte du complexe fibro-cartilagineux triangulaire pour soulager le patient (Asmus et al., 2022). Finalement, grâce à la mise en place de la méthode de rééducation sensitive, à la priorisation des traitements et à la collaboration active du patient, ce dernier a pu retrouver une satisfaction dans ses activités quotidiennes en l'espace de 118 jours.

CONCLUSION

Tel que démontré dans cette étude de cas, la méthode de rééducation sensitive de la douleur, lorsque mise en place efficacement et avec la participation du patient, contribue à la normalisation de la sensibilité vibrotactile. De plus, bien que la liste de diagnostics ne mentionne pas explicitement la présence d'une lésion des neurofibres A β , il est fréquent de constater que la plainte principale du patient soit liée à une telle atteinte. C'est pourquoi, après une blessure, il est important d'évaluer la possibilité d'une telle lésion. En fin de compte, le corps humain, avec toute sa complexité fascinante, nous rappelle que nous devrions être en constante réflexion quant à l'origine des maux.

REFERENCES

- Asmus, A., Salloum, M., Medeiros, W., OTR, CHT (retired), Millrose, M., Obladen, A., Goelz, L., Diehl, J., Eisenschenk, A., Ekkernkamp, A. & Kim, S. (2022). Increase of weight-bearing capacity of patients with lesions of the TFCC using a wrist brace. *J Hand Ther*, 35(4), 575–580. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2021.03.006>
- Candela, V., Di Lucia, P., Carnevali, C., Milanese, A., Spagnoli, A., Villani, C. & Guminia, S. (2022). Epidemiology of distal radius fractures: a detailed survey on a large sample of patients in a suburban area. *J Orthop Traumatol*, 23(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s10195-022-00663-6>
- Clément-Favre, S., Latière, P., Desfoux, N., Quintal, I. & Spicher, C. (2011). Allodynie mécanique du membre supérieur : Zones de travail et pronostic du traitement. In M.H. Izard (Ed.), *Expériences en ergothérapie*, 24^e série (pp. 145-152). Montpellier, Paris : Sauramps médical.
- Lee, J. H., Lee, J. K., Park, J. S., Kim, D. H., Baek, J. H., Kim, Y. J., Yoon, K. T., Song, S. H., Gwak, H. G., Ha, C. & Han, S. H. (2020). Complications associated with volar locking plate fixation for distal radius fractures in 1955 cases: A multicentre retrospective study. *Int Orthop*, 44(10), 2057–2067. <https://doi.org/10.1007/s00264-020-04673-z>
- Spicher, C.J. (2017). Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics. Vitesse de disparition de 1045 allodynographies. *e-News Somatosens Rehab*, 14(1), 23 (one page).
- Spicher, C.J., Antiglio, D., Delaquaize, F., Crohas, A. & Vianin, M. (2010). L'allodynie mécanique : une contre-indication temporaire pour certains traitements physiques. *Mains Libres*, 5, 199-205.
- 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.
- Spicher, C., Barquet, O., Quintal, I., Vittaz, M. & de Andrade Melo Knaut, S. (2020). *Douleurs Neuropathiques : Evaluation clinique et Rééducation sensitive* (4^e édition). Montpellier, Paris : Sauramps Médical.
- Tsai, P. C. & Pakshima, N. (2009). The distal radioulnar joint. Bulletin of the NYU hospital for joint diseases, 67(1), 90–96.
- Xiao, A. X., Graf, A. R., Dawes, A., Daley, C., Wagner, E. R. & Gottschalk, M. B. (2021). Management of Acute Distal Radioulnar Joint Instability Following a Distal Radius Fracture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hand Surg Glob Online*, 3(3), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2021.02.005>

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



The screenshot shows the homepage of the Somatosens Pain Rehab e-journal. It features a white circular logo on the left containing a small orange starburst icon. On the right, there are navigation links: "Articles", "PDF issues", "About", and social media icons for email, Twitter, LinkedIn, and a QR code. Below the header, the text "Somatosens Pain Rehab" and "e-journal" is displayed in large, bold, white font against an orange background.

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.

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 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, Hôtel Mercure – Centre Antigone |
| 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, Hôtel Mercure – Centre Antigone |
| 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, Co Work, 4388 Rue St-Denis |
| 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.

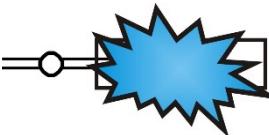
Les partages formels et informels ont été une source importante et inspirante de savoir. »

2-4 février 2026 5^e module niveau 4 réservé aux 131 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®

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

**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

La méthode de Rééducation Sensitive de la Douleur (RSD) vous offre une alternative thérapeutique. Cette méthode propose non seulement des traitements ciblés, mais également des bilans détaillés d'évaluation de l'état somesthésique des patient·es : hypoesthésie tactile / allodynie. L'allodynographie est, par exemple, valide, fidèle et sensible au changement.

Après 6 mois, les patient·es présentent, en grande majorité, une composante neuropathique à leur douleur. Ce sont bien souvent des sensations de « décharges électriques » qui courent le long du nerf et des sensations de « brûlure/chaleur/froid/glace », « engourdissement » « fourmillement » sur une partie du territoire maximal de provenance cutanée qui complexifient le suivi de ces patient·es.

Objectif 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 de tout le corps humain : allodynie, névralgies, SDRC (selon Bruehl et al., 1999) et ainsi de suite.

Cette formation est destinée aux **ergothérapeutes**, aux **physiothérapeutes**, ainsi qu'aux **médecins** généralistes et de toutes spécialités.

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 de RSD 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 Sensitif·tive de la Douleur Certifié·e

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

International assistant editors

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

Séverine GLANOWSKI, CSTP®, OT (France)

Elodie GOERES, 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)

Cláudia 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.

36 languages: Français, English, Dansk, Deutsch, Castellano, Português, Lëtzebuergesch,

Руский, Italiano, Lingala, Shqip, Srpski i Hrvatski, Corse, Česky, Svenska, Türkçe,

Suomea, Ελληνικά, Nederlands, Hindi, עברית, عربية, 日本語, 한글, Norsk, Catala, සැංස්කීර්තිය,

汉语。, Rumantsch, Tiếng Việt, Հայաստանի, Malti, தமிழ், සිංහල, kreyòl ayisyen,

ไทย

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

e-mail: info@neuropain.ch