



Powered by:



www.ysy-medical.fr



Claude J SPICHER
Editor

- 52 Spicher C J **Editorial** Touch-evoked Neuropathic Pain in Clinical Practice: A Case Series of 1000 Paradoxical Painful Hypo-aesthesia [**English**]
- 58 Abécassis E **Ombre & pénombre** Pourquoi lit-on ? [Français]
- 59 Dyer O J **Read for you – Lu pour vous** Somatosensory Rehabilitation of Neuropathic Pain in Burn Survivors: A Case Series [**English, français**]
- 64 Perret A **Article original** Névralgie brachiale avec allodynie mécanique [Français]
- 71 Schmouker O **Sur le web** Comment parler en public aussi bien que Barack Obama ? [F]
- 75 Spicher C J **Phénomène de la douleur N° 6 NON**, les douleurs chroniques ... [F]
- 76 Franklin B **Seasonal aphorism** [**English, français, Deutsch**]
- 77 Ouajif E **Rapport final** du témoignage N° 57 d'une patiente [Français]
- 79 E R **Témoignage N° 57 d'une patiente** Graves douleurs neuropathiques [Français]
- 86 Packham T L **1050 Somatosensory Therapists of Pain in the World** [**English**]
- 87 Spicher *et al.* **Continuous Education – Formation continue** [**English, Français**]

Official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation of Pain Network

www.neuropain.ch

Peer-reviewed open-access journal

VIBRALGIC 5

Générateur de vibrations transcutanées

VIBRALGIC 5 est un générateur de vibrations mécaniques réglables en fréquence et en amplitude. Placé au contact de la zone à traiter, le palpeur à déplacement axial provoque une stimulation vibratoire transcutanée (S.V.T).



Caractéristiques techniques :

le générateur :

- 11 programmes préréglés correspondant à un type de traitement bien déterminé
- un programme à paramètres réglables par potentiomètres :
- fréquence de 30 à 285 Hz (précision de 1Hz)
- amplitude de 0 à 100% (précision 1 %)
- affichage sur écran à cristaux liquide rétroéclairé :
- nom du programme
- décompte de la minuterie
- fréquence de vibration
- amplitude de 0 à 100 %
- disponible en 110V 60Hz (sur demande)

d	é	s	e	n	s	i	b	f	a	i	b	l	e
1	4	:	5	6	1	0	0	H	z	1	8	%	

- Minuterie réglable de 5 à 30 mn avec signal sonore en fin de séance
- Dimensions : P=28, L=21, H=12 cm, poids=1 Kg
- garantie de 2 ans

le vibreur :

- Boîtier en aluminium usiné et anodisé, design ergonomique permettant de stimuler des zones difficiles d'accès.
- Dimensions : H=9 cm, Ø=5 cm, poids =200 g
- le vibreur est garanti 1 an

Livré avec :

- 1 cordon secteur
- 1 embout rond
- 1 embout "barrette" pour proprioception tendineuse
- une notice avec protocoles d'utilisation



ZAC Pôle Actif - 9, Avenue de la Fontanisse - 30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX

Tél : 04 66 64 05 11 - Fax : 04 66 29 11 43

www. ysy-medical.fr - contact@ ysy-medical.fr

01/10/2012

EDITORIAL

Touch-evoked Neuropathic Pain in Clinical Practice: A Case Series of 1000 Paradoxical Painful Hypo-aesthesia.

To MD 
To patient 

To neuroscientist 
To therapist 

Claude J SPICHER¹

“In the present study, **100 %** of the Static Mechancial Allodynia (SMA) territories ($n=63$) **investigated** and **treated** on the skin of 43 patients completely disappeared, replaced by an underlying hypoaesthetic territory, which was then treated at a later stage. This clinically highly significant result was obtained using the Distant Vibrotactile Counter-Stimulation (DVCS) treatment: weekly in therapy and daily at home by application of tactile stimuli eight times a day for 1 minute.” (Spicher et al., 2008a). We concluded that SMA is a paradoxical painful to touch hypo-aesthesia.

Since the 1st of July 2004, these data were collected and recorded by somatosensory therapists of pain at the Somatosensory Rehabilitation Centre (Fribourg, Switzerland).

The 27^h of May 2016, we observed for the **1000th times** the same phenomenon (Table I):

- When the **hyper-sensitivity** to touch – allodynia – disappears, an underlying **tactile hypo-aesthesia** is revealed.

In other words, the Certified Somatosensory Therapists of Pain (CSTP[®]) would say: “When the allodynography becomes negative, it is the moment to map a positive secondary aesthesiography. None of the SMA territory – represented by the allodynography - becomes immediately normosensitive at the end of the DVCS treatment”.

¹ Unit of Neurophysiology, Department of Medicine, Faculty of Science, University of Fribourg & Somatosensory Rehabilitation Centre ; Clinique Générale; 6, Hans-Geiler Street ; CH - 1700 Fribourg Switzerland ; reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch

Allodyniography <i>a priori</i> Tactile allodynia territory	Secondary aesthesiography <i>a posteriori</i> Tactile hypoaesthetic territory
1000	1000

Table I: The 1000 **tactile allodynia territories** investigated and treated with **DVCS**, switched into 1000 **tactile hypoaesthetic territories**, referred to as underlying hypoaesthesia

Basic knowledge

Treatment of Touch-evoked Neuropathic Pain:

- 1) To postulate which branch of the cutaneous nerve affected is damaged.
- 2) To define a specific zone of the skin where **DVCS** should be applied eight times a day for 1 minute - or less long - at home.
- 3) To delineate a specific zone of the skin to be avoided as much as possible: STOP sensitization by temporarily **NOT TOUCHING**, if possible the painful territory.

In the present case series, **714 neuropathic pain patients** who presented in total 1000 static mechanical allodynia completed their DVCS treatment (Table II).

Diagnosis	<i>n</i>
Simple allodynia Without spontaneous ongoing neuropathic pain	79
Neuralgia With spontaneous ongoing neuropathic pain	532
CRPS With somatosensory disorders	103
TOTAL	714

Table II: The somatosensory and/or neuropathic conditions of **714 patients** with 1000 SMA territories.

This phenomenon can be consistently observed in each cutaneous distribution territory of the 240 cutaneous branches of the human body (Spicher et al., 2013) in 10 cutaneous departments (Table III).

Cutaneous department	<i>n</i>
Trigeminal i.e. : Right maxillary nerve (after domestic violence)	30
Occipital i.e. : greater occipital nerve (after a whiplash injury)	25
Cervical i.e. : posterior branch of C8	28
Brachial i.e. : palmar branch of ulnar nerve	207
Dorso-intercostal i.e. : anterior perforating branch of the 7 th thoracic nerve	107
Lombo-abdominal i.e. : abdominal branch of the ilioinguinal nerve	52
Lombo-femoral i.e. : lateral cutaneous nerve of thigh (meralgia paresthetica)	39
Crural i.e. : medial cutaneous nerve of thigh	186
Sciatic i.e. : lateral calcaneal branches of sural nerve	242
Sacral i.e. : posterior labial nerves (pudendal neuralgia)	84
TOTAL	1000

Table III : *Distribution of 1000 underlying tactile hypoaesthetic territories of the 10 cutaneous departments of the human body.*

We conclude that one of the aetiologies of tactile allodynia is A β neurofibers lesion of a cutaneous branch.

Part of these results have been already published (Clément-Favre, 2011 ; Della Casa et al., 2010 ; Desfoux et al., 2008 ; Desfoux, et al., 2009 ; Grass et al., 2008 ; Mathis et al., 2006 ; Mathis et al., 2007 ; Spicher et al., 2008a, 2008b,

2015, 2016) and will be published in the further years. Numerous Case Reports have been as well published with the same observation in Belgium (Behar, 2013), in Switzerland (Duchesne, 2014), in France (Landreau, 2010; Langlois, 2014 ; Parneix, 2015) and in Canada (Calva, 2013 ; Packham, 2013).

References

- Behar, E. (2013). Fait clinique illustrant la diminution rapide des douleurs neuropathiques d'une névralgie crurale intermittente avec allodynie mécanique. *e-News Somatosens Rehab*, 10(1), 29-34.
Available (5/28/2016): <http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/Le-News-1011.pdf#page=29>
- Calva, V. (2013). Névralgie fémoro-poplitée avec allodynie mécanique, suite à une lésion cutanée profonde greffée, traitée par la rééducation sensitive de la douleur. *e-News Somatosens Rehab*, 10(2), 64-69.
Available (5/28/2016): http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/Le-News-10_2_.pdf#page=11
- Clément-Favre, S. (2011). Fait clinique : Névralgie dorso-intercostale incessante avec allodynie mécanique. *e-News Somatosens Rehab*, 8(3), 154-157.
Available (5/28/2016): http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/Le-News-8_3.pdf#page=52
- Della Casa, R., Coales, K., de Raemy, X. & Spicher, C.J. (2010). Case Report: Intermittent brachial neuralgia of anterior branch of medial antebrachial cutaneous nerve with mechanical allodynia of 15 months duration. *e-News Somatosens Rehab*, 7(4), 170-179.
Available (5/28/2016): [http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2010/e-News%207\(4\).pdf#page=11](http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2010/e-News%207(4).pdf#page=11)
- Desfoux, N., Al-Khodairy, A. & Spicher, C.J. (2008). Névralgie dorso-intercostale avec allodynie mécanique: Diminution rapide de douleurs neuropathiques chroniques par rééducation sensitive. *e-News Somatosens Rehab*, 5(1), 10-32.
Available (5/28/2016): [http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2008/e-News%205\(1\).pdf#page=10](http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2008/e-News%205(1).pdf#page=10)
- Desfoux, N., Fehlmann, P., de Reynier, J.C. & Spicher, C.J. (2009). Névralgie dorso-intercosto-brachiale incessante avec allodynie mécanique : Fait clinique d'une diminution rapide de douleurs neuropathiques chroniques par rééducation sensitive. *e-News Somatosens Rehab*, 6(3), 105-127.
Available (5/28/2016): [http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2009/e-News%206\(3\).pdf#page=18](http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2009/e-News%206(3).pdf#page=18)
- Duchesne, D. (2014). Efficacité de la méthode de rééducation sensitive de la douleur. Traitement d'une patiente présentant une névralgie crurale incessante de la branche infrapatellaire du nerf saphène avec allodynie mécanique. *e-News Somatosens Rehab*, 11(2-3), 64-69.
Available (5/28/2016): http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/e-News_11_2-3.pdf#page=14

- Grass, A., Aeschbacher, D., Waldburger, M., Freund, P. & Spicher, C.J. (2008). Rasche Verminderung neuropathischer Schmerzen eines CRPS mit mechanischer Allodynie mittels somatosensorischer Rehabilitation. *e-News Somatosens Rehab*, 5(2), 69-95.
Available (5/28/2016): [http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2008/e-News%205\(2\).pdf#page=23](http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2008/e-News%205(2).pdf#page=23)
- Landreau, S. (2010). Fait clinique : Névralgie dorso-intercostale incessante avec allodynie mécanique : Début de la diminution des douleurs par la rééducation sensitive. *e-News Somatosens Rehab*, 7(3), 183-186.
Available (5/28/2016): http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/Le-News-7_4.pdf#page=24
- Langlois, C. (2014). Fait clinique illustrant la disparition d'une allodynie mécanique simple de la branche antérieure du nerf cutané médial de l'avant-bras. *e-News Somatosens Rehab*, 11(2-3), 73-78.
Available (5/28/2016): http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/e-News_11_2-3.pdf#page=23
- Mathis, F., Degrange, B., Bernier, G. & Spicher, C.J. (2006). Diminution rapide par rééducation sensitive de douleurs neuropathiques chroniques d'une névralgie crurale incessante avec allodynie mécanique. *e-News Somatosens Rehab*, 3(3), 84-95.
Available (5/28/2016): [http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2006/e-News%203\(3\).pdf#page=5](http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/somesthesie/enews2006/e-News%203(3).pdf#page=5)
- Mathis, F., Degrange, B., 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.
Available (5/28/2016): <http://revue.medhyg.ch/print.php3?sid=32307>
- Packham, T.L. (2013). Dealing with a Sensitive Issue : Somatosensory Rehabilitation Reduces Allodynia (Case Report). *e-News Somatosens Rehab*, 10(3), 139-143.
Available (5/28/2016): <http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/Le-News-103.pdf#page=37>
- Parneix, E. (2015). Traitement d'une allodynie mécanique chronique du membre supérieur dominant. *e-News Somatos Rehab*, 12(1), 23-28.
Available (5/28/2016): http://blog.unifr.ch/e-NewsSomatosensoryRehabilitation/wp-content/uploads/e-news-12_1.pdf#page=23
- Spicher, C.J., Mathis, F., Degrange, B., Freund, P. & Rouiller, E.M. (2008a). Static Mechanical Allodynia is a Paradoxical Painful Hypo-aesthesia: Observations derived from neuropathic pain patients treated with somatosensory rehabilitation. *Somatosens Mot Res*, 25(1), 77-92.

Available (5/28/2016): http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,43,2,20080507152616-JF/rouiller_sma.pdf

- Spicher, C.J., Ribordy, F., Mathis, F., Desfoux, N., Schönenweid, F. & Rouiller, E.M. (2008b). L'allodynie mécanique masque une hypoesthésie: Observations topographiques de 23 patients douloureux neuropathiques chroniques. *Doul & Analg*, 21, 239-251.

Available (5/28/2016): http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,43,2,20090123161239-ME/rouiller_amm.pdf

- Spicher, C., Buchet (- Desfoux), N. & Sprumont, P. (2013). *Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches* (2^e édition) – Préface : S.W. Carmichael (Mayo Clinic). Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 100 pages.
- Spicher, C., Quintal, I. & Vittaz, M. (2015). *Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques* (3^e édition) – Préface : Prof S. Marchand. Montpellier, Paris : Sauramps Médical.
- Spicher, C.J., Fehlmann, P., Maihöfner, C, Sprumont, P., Létourneau, E., Dyer, J.O., Masse, J., López-Solà, M., Maupas, E. & Annoni, J.M (2016). Management Algorithm of Spontaneous Neuropathic Pain and/or Touch-evoked Neuropathic Pain illustrated by prospective observations in clinical practice of 66 chronic Neuropathic Pain Patients. *e-News Somatosens Rehab*, 13(1), 5-32.

Available (5/28/2016): http://www.neuropain.ch/sites/default/files/e-news/e-news_13_1.pdf#page=5

Ombre & Pénombre

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

« Pourquoi lit-on ? Pour se construire une mémoire collective, une mémoire commune. Un terreau imaginaire, un pays virtuel. Une mythologie intime et collective. Pour se forger une conscience. Pour avoir envie d'aimer. Parce que lire nous donne des idées. Des idées claires, des idées noires. Des idées lumineuses. Parce que lire nous fait comprendre le monde. Et aussi parce que lire nous enseigne à respecter son mystère. Lire nous fait penser à l'origine et à la fin. Lire pour ne pas trouver de réponse, mais pour poser des questions. Pour ne pas avoir de certitudes. Parce qu'en lisant nous imaginons des mondes nouveaux. Parce qu'il faut mettre des mots sur les choses. Parce que les choses n'existent que par les mots. Parce que le langage est notre réalité. Parce que lire nous aide à contester, à critiquer, à nous révolter et surtout à interpréter. Et qu'il nous faut lire pour croire. Et qu'il nous faut lire aussi pour ne pas croire. Parce que lire nous donne envie d'aimer. Pour être triste, pour être gai. Pour passer le temps. Parce que lire nous donne l'intensité. Parce que lire nous fait exister. »

Abécassis, E. (2015). *Alyah*.
Paris : Albin Michel.

READ FOR YOU
**Somatosensory Rehabilitation for Neuropathic Pain
in Burn Survivors: A Case Series**

To MD 
To patient 

To neuroscientist 
To therapist 

Joseph Omer DYER, PhD, pht²

Commentary on the article by Nedelec et al.: **Somatosensory Rehabilitation for Neuropathic Pain in Burn Survivors: A Case Series**. *J Burn Care Res* 2016, **37**(1):e37-46.

The recent article by Nedelec et al. (2016) [1] is a significant contribution to the study of the effects of the somatosensory rehabilitation method described by Spicher (2015) [2]. This research team from Montreal (Canada) published this study in the *Journal of Burn Care and Research*, a peer-review journal with an international readership (with an impact factor of 1,425 in 2015). The study provides new evidence on the potential benefits of the somatosensory rehabilitation method for treating neuropathic pain in burn survivors.

The article presents a retrospective case series involving seventeen burn survivors (mean age \pm standard deviation: 47 ± 15 years) treated with the somatosensory rehabilitation method. These patients were burned, on average, on $21 \pm 25\%$ of their total body surface area. Patients started somatosensory rehabilitation with a mean delay of 16 ± 20 months after the trauma that had caused their burns. Of these seventeen patients, fifteen had mechanical allodynia. In patients with allodynia, somatosensory rehabilitation consisted of providing proximal sensory and vibratory counter stimulation while avoiding all touch in the allodynic area. Clinical evaluations were performed before and three months after rehabilitation initiation. Evaluations included pain assessment using a modified version of the McGill Pain Questionnaire short-form (*Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine, QDSA*) [3]. Moreover, mechanical allodynia was

² Programme de physiothérapie, Ecole de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-Ville, Montréal (Qc), H3C 3J7 Canada joseph.omer.dyer@umontreal.ca

evaluated by pain evoked by a subset of seven Semmes-Weinstein monofilaments with different force levels (ranging from 0.03 g to 15 g) referred to as the Rainbow Pain Scale.

Three months after rehabilitation initiation, one patient discontinued treatment because of satisfactory improvements, whereas four other patients discontinued treatment due to lack of improvement. Among those who did not experience any improvement, two had a dual diagnosis of depression and post-traumatic stress disorder and two patients had their burn injury for more than two years. In the twelve allodynic patients who continued rehabilitation, there was a significant decrease ($p = .0022$) of $29 \pm 26\%$ in allodynia severity after three months, as assessed by the Rainbow Pain Scale. In six patients whose pain was assessed using the *QDSA* tool before and three months after rehabilitation, there was a significant ($p = .0382$) decrease of $23 \pm 23\%$ in pain severity.

This article describes, in a simple manner, how to perform the somatosensory rehabilitation method and how to assess sensitive recovery. These promising results suggest the effectiveness of the method for reducing neuropathic pain symptoms in burn patients. Future controlled studies with a larger sample size should be performed to confirm these results. Such studies will also help identify the characteristics of patients who will benefit from this innovative treatment.

References

1. Nedelec B, Calva V, Chouinard A, Couture MA, Godbout E, de Oliveira A, LaSalle L: **Somatosensory Rehabilitation for Neuropathic Pain in Burn Survivors: A Case Series.** *J Burn Care Res* 2016, **37**(1):e37-46.
2. Spicher, C.J., Quintal, I. & Vittaz, M. (2015). *Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques* (3^e édition) – Préface : S. Marchand. Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 387 pages.
3. Boureau F, Luu M: **Les méthodes d'évaluation de la douleur clinique.** *Douleur et Analgésie* 1988, **1**(2):65-73.

SUR LE WEB
Prix et mention
de l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

Prix Ginette-Théorêt

https://www.oeq.org/userfiles/File/Prix_Mentions/PM%202014/GT-VillaMedica-2014.pdf

Ce prix est décerné à un ergothérapeute ou un groupe d'ergothérapeutes du milieu clinique qui s'est particulièrement distingué parmi ses pairs au cours des deux dernières années. Cette année, le prix est décerné à l'équipe des ergothérapeutes du programme des grands brûlés de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica composée de Valérie Calva, Alissa Carter, Marie-Andrée Couture, Élisabeth Godbout, Chantale Poulin et Geneviève Schneider. Ce choix a été fait selon la contribution à la recherche, la diffusion des connaissances et à l'enseignement que représente le travail de l'équipe. De plus, il a été noté l'impact potentiel sur l'ensemble des ergothérapeutes et l'apport à l'ensemble de la profession avec des méthodes axées sur le partage de l'information.

À noter comme implication: présentation d'une affiche au congrès de l'*American Burn Association* de Palm Spring (CA) en 2013 pour laquelle elles ont eu la première place dans leur catégorie et une troisième place pour le prix rayonnement 2013 de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ).

Les membres de l'équipe ont aussi donné de leur temps aux étudiants à la maîtrise de l'Université de Montréal et ont donné un cours de troisième cycle en ligne sur la douleur chronique chez les grands brûlés à l'Université McGill. Elles font preuve de dynamisme et de leadership en collaborant aux différents projets de recherche du Centre de recherche du CHUM et de l'Université McGill et par la participation à la création d'un groupe d'échange réunissant les ergothérapeutes des deux Centres d'expertise de Montréal et de Québec afin d'uniformiser les pratiques basées sur les données probantes.

Finalement, elles ont fait preuve de créativité avec la mise sur pied de séances d'informations et de journées pour les grands brûlés et leur famille. Elles ont pris l'initiative de projets avec les étudiants de l'École de technologie supérieure (ÉTS) et ont même pris des cours avec une maquilleuse du Cirque du Soleil afin d'enseigner aux clients les techniques de maquillage correctif.

LU POUR VOUS
Somatosensory Rehabilitation for Neuropathic Pain
in Burn Survivors: A Case Series

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

Joseph Omer DYER, PhD, pht³

Commentaire sur l'article de Nedelec et collaborateurs : **Somatosensory Rehabilitation for Neuropathic Pain in Burn Survivors: A Case Series.** *J Burn Care Res* 2016, **37**(1):e37-46.

Le récent article de l'équipe de recherche de Nedelec et collaborateurs (2016) [1] est une contribution importante en ce qui a trait à l'investigation des effets de la méthode de rééducation sensitive décrite par Spicher (2015) [2]. Cette équipe de Montréal (Canada) a publié cette étude dans *Journal of Burn Care and Research*, une revue à lectorat international avec comité d'évaluation par les pairs (facteur d'impact de 1,425 en 2015). L'étude fournit de nouvelles données probantes sur les effets potentiellement bénéfiques de la méthode rééducation sensitive sur la douleur neuropathique chez des patients survivants de brûlures.

L'article présente une série de cas rétrospective avec dix-sept patients brûlés (âge moyen \pm écart-type de 47 ± 15 ans) qui ont été traités par la méthode de rééducation sensitive. Ces patients ont, en moyenne, été brûlés sur $21 \pm 25\%$ de leur surface corporelle totale. Ils ont entrepris la rééducation après 16 ± 20 mois après l'accident ayant entraîné les brûlures. De ces dix-sept patients, quinze présentaient une allodynie mécanique. Chez ces patients avec allodynie, la rééducation consistait à dispenser une stimulation sensitive et une contre-stimulation vibratoire dans la zone proximale au territoire allodynique tout en évitant de toucher ce territoire. L'évaluation clinique a été effectuée avant la rééducation, et trois mois après le début de la rééducation. Cette évaluation portait, entre autres, sur la sévérité de la douleur mesurée à l'aide d'une version

³ Programme de physiothérapie, Ecole de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-Ville, Montréal (Qc), H3C 3J7 Canada joseph.omer.dyer@umontreal.ca

modifiée du questionnaire de la douleur de McGill (forme courte), soit le questionnaire de la douleur Saint-Antoine (QDSA) [3]. De plus, la sévérité de l'allodynie a été mesurée par la douleur évoquée par le toucher pression avec un éventail de sept monofilaments de Semmes-Weinstein de différentes forces d'application (entre 0.03 g et 15 g) (arc-en-ciel des douleurs).

Au suivi après trois mois de rééducation, un patient a arrêté le traitement car il était déjà satisfait des améliorations obtenues tandis que quatre patients ont cessé le traitement en absence d'amélioration de leur condition. Parmi les patients qui ne présentaient pas d'amélioration, deux avaient des diagnostics combinés de dépression et de stress post-traumatique, et deux patients avaient été brûlés il y a plus de deux ans. Les résultats chez les douze patients allodyniques qui ont pu être suivis après trois mois de rééducation montrent une diminution significative ($p = .0022$) de $29 \pm 26\%$ de la sévérité de l'allodynie évaluée avec l'arc-en-ciel des douleurs. Les résultats de six patients allodyniques dont la sévérité de la douleur (QDSA) a pu être évaluée avant et après trois mois de rééducation montrent une diminution significative ($p = .0382$) de $23 \pm 23\%$ de la sévérité de la douleur.

L'article décrit avec simplicité la méthode de rééducation sensitive et les différentes évaluations sensibles employées pour objectiver la récupération sensitive. Ces résultats forts prometteurs suggèrent l'efficacité de la méthode de rééducation sensitive pour réduire la douleur neuropathique chez les patients brûlés. D'autres études avec un groupe de contrôle et de plus grands échantillons de patients devront être menées pour confirmer ces résultats et mieux cerner les caractéristiques des patients avec douleur neuropathique qui répondent bien à ce traitement novateur.

Références

1. Nedelec B, Calva V, Chouinard A, Couture MA, Godbout E, de Oliveira A, LaSalle L: **Somatosensory Rehabilitation for Neuropathic Pain in Burn Survivors: A Case Series**. *J Burn Care Res* 2016, **37**(1):e37-46.
2. Spicher, C.J., Quintal, I. & Vittaz, M. (2015). *Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques* (3^e édition) – Préface : S. Marchand. Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 387 pages.
3. Boureau F, Luu M: **Les méthodes d'évaluation de la douleur clinique**. *Douleur et Analgésie* 1988, **1**(2):65-73.

ARTICLE ORIGINAL

Névralgie brachiale incessante avec allodynie mécanique traitée par la rééducation sensitive des douleurs neuropathiques

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

Alexandra PERRET⁴, pht, French certified HT, RSDC[®]

RESUME

Les lésions axonales évoluent fréquemment vers la chronicité (Devor, 2009), leur prévalence est importante et affecte considérablement la qualité de vie des patients (Samuelsson et al., 2005). Les progrès dans ce domaine permettent aujourd'hui de les identifier mais aussi de les combattre en s'appuyant sur le phénomène de la neuroplasticité. Pourtant les latences ou erreurs de diagnostics restent fréquentes et se juxtaposent à d'autres facteurs qui finissent par péjorer la pathologie mais aussi la qualité de sa prise en charge. Connaître et appliquer la méthode de rééducation sensitive de la douleur (Spicher, Quintal & Vittaz, 2015) est une alternative de choix pour identifier et traiter ces pathologies. L'objectif de ce fait clinique consiste à exposer certains des facteurs affectant le pronostic thérapeutique, et au travers des moyens mis en œuvre, montrer que l'efficacité du traitement, en milieu libéral, passe par l'intégration de la méthode par les différents acteurs mais aussi et surtout par le patient lui-même.

Keywords

Hypoaesthesia, Neuropathic Pain, Mechanical Allodynia, Somatosensory Rehabilitation, Rehabilitation.

INTRODUCTION

Les avancées des neurosciences et de la recherche en rééducation sensitive permettent aujourd'hui d'identifier et de distinguer différentes douleurs neuropathiques. Elles apparaissent comme une conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie affectant le

⁴ Centre épaule-main ; 31B, av du 8 Mai 1945 ; F- 38500 VOIRON alexandraperret@me.com

système somesthésique. (Baron & Treede, 2007; Treede et al., 2008).

Pourtant, dans un cabinet spécialisé dans la rééducation des membres supérieurs, il n'est pas rare de recevoir des patients dont les complications neurogènes négligées, ont évolué vers la chronicité, affectant considérablement leur qualité de vie. Il appartient alors au thérapeute, selon le postulat de sincérité, d'appréhender le patient dans son histoire clinique, somesthésique et psychologique, afin d'identifier le type de douleur neurogène, et d'orienter sa prise en charge. La méthode de rééducation sensitive de la douleur, (Spicher et al., 2015) répond à cette démarche, puisqu'elle permet non seulement d'identifier ces troubles mais aussi de les traiter et ce, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à des examens complexes.

Le cas clinique présenté illustre la disparition des phénomènes algiques d'une patiente malgré une errance de 20 mois, avant la pose d'un diagnostic de lésions axonales et sa prise en charge, en nous questionnant sur quelle peut être l'efficacité de la méthode sur des lésions anciennes ?

PATIENTE ET METHODES

Présentation de la patiente :

Madame S., patiente de 58 ans, droitrière, mariée avec deux enfants adultes, infirmière à plein temps dans un hôpital est victime le 20/06/2012 d'un accident du travail : un patient, en perdant l'équilibre, s'accroche à son bras gauche, lui imprimant une forte traction au niveau du pouce gauche. Ces douleurs se trouvent péjorées en juin 2012, par un geste reflexe lors de la chute d'un chariot. Aucun arrêt de travail n'est mis en place. Elle souffre de douleurs localisées essentiellement sur le bord radial et dorsal du poignet et de D1. Il existe alors un point électif sur la berge postérieure du radius. Les mobilités articulaires restent satisfaisantes.

Les premiers diagnostics médicaux envisagent une tendinite de Fritz de Quervain, puis un microkyste sur la face dorsale du poignet (18/09/2012). Une compression du nerf interosseux postérieur est alors recherchée, infirmé par l'EMG qui suit. Le 13/11/2012, un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est suspecté : mise en place de séances de kinésithérapie afin de soulager la patiente. La première prise en charge kinésithérapique utilise les techniques « classiques » dans le cas de SDRC : attelle de repos, mobilisations douces, massages.

Devant l'amplification des phénomènes algiques, Madame S. nous est adressée le 21/02/14, soit **20 mois après l'accident**.

Méthodes :

Bilan somesthésique : Evaluation sensitive

Lors de la passation du Questionnaire de la Douleur de St Antoine (QDSA), la patiente se plaint spontanément de :

- Sensations de **brûlures** en superficie avec **décharges électriques**, et **irradiations** qu'elle nous montre le long de la branche superficielle du nerf radial ;
- Sensations **bizarres** accompagnées de **picotements** ;
- Elles sont **spontanées** (Hansson, 2003), **indépendantes du stimulus ou de l'activité** (Quesnot, Ribinik, & Barrois, 2012).

La condition de névralgie brachiale incessante de la branche superficielle du nerf radial est posée.

- Madame S. nous évoque aussi un aspect **rayonnant** (celui-ci nous fait interrompre la passation du QDSA, car nous suspectons une allodynie mécanique statique (douleur causée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur), il sera repris lors de la 2^e séance).
- Test positif à l'application du monofilament de 15g : nous réalisons une allodynographie précise après évaluation de l'invariant douloureux (Ses douleurs de repos évaluées à 6/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA), nous l'établissons à 6 + 1 : 7/10) ;
- La sévérité est évaluée à 0,7 gr (Jaune) par l'application d'un cinquième point au centre de l'allodynographie (Clément-Favre et al., 2011).

Le diagnostic de SDRC est levé, car il manque des critères selon Bruehl (Bruehl et al., 1999).

La **condition neuropathique** est établie : Névralgie brachiale incessante de la branche superficielle du nerf radial avec allodynie mécanique (stade IV des lésions axonales).

Rééducation sensitive

La rééducation d'une névralgie avec allodynie mécanique statique présente **deux temps** :

1. d'abord supprimer la zone allodynique, puis
2. rééduquer l'hyposensibilité sous-jacente :

PREMIER TEMPS: Résorber l'allodynie mécanique sévère par :

- Réalisation de cartographies : une allodynographie toutes les 4 séances à l'aide du filament de 15gr de Semmes et Weinstein, alternées d'évaluations de l'intensité par Arcs-en-ciel de la douleur ;
- Contre-stimulations vibrotactiles à distance (CSVD) : détermination de la zone de confortable avec le rééducateur. Elles sont réalisées en séances avec un générateur de vibration ;
- Une fiche d'instruction est fournie. Elle comporte :
 - La localisation de la zone confortable de contre-stimulation : branche perforante antérieure du 4^e nerf thoracique dite « zone inférieure de travail »
 - Les consignes de réalisation : la CSVD doit être confortable, avec une peau de lapin à raison de 8x/j pendant 1 minute ou moins longtemps. « **Apprenez à votre système nerveux que, ce qui est doux est doux** » (Spicher et al., 2008)
 - La zone de prescription de « ne-pas-toucher »

Transmission des informations au médecin traitant qui permet de mettre en place le traitement de fond médicamenteux par Lyrica[®] (75 mg 3x/j).

DEUXIEME TEMPS : Rééduquer l'hypoesthésie sous-jacente.

- Après la disparition de l'allodynie, l'hypoesthésie sous-jacente se dévoile. Cette zone est cartographiée sur papier millimétré, à l'aide d'un filament de 0,4 gr (Spicher et al., 2015). A noter que l'évaluation est thérapeutique ;
- La recherche du seuil de perception à la pression (SPP), réalisée sur la face dorsale de D1, au niveau du métacarpe (territoire autonome de la branche superficielle du nerf radial), est évaluée à 1,3 gr ;
- La prescription du programme progressif à domicile (**Tableau I**) est établie, avec l'emploi de la thérapie du Touche-à-tout : « **Réveillez votre peau pour endormir la douleur.** » (Spicher, 2008)

Temps	Fréquence	Durée	Ou moins Longtemps
1 ^{ère} semaine	12 x / jour	15 secondes	
2 ^{ème} semaine	8 x / jour	30 secondes	
3 ^{ème} semaine	6 x / jour	1 minute	
4 ^{ème} semaine	4 x / jour	3 minutes	
5 ^{ème} semaine	4 x / jour	5 minutes	

Tableau I : Prescription du programme à domicile sur une hypoesthésie sous-jacente (Quintal et al., 2013)

RESULTATS

Malgré l'observance de Madame S., il aura fallu 10 mois pour voir l'allodynie mécanique disparaître, alors que 5 mois (avec un arc-en-ciel des douleurs jaune à raison de 1 mois par couleur) étaient pronostiqués (Clément-Favre et al., 2011).

L'absence de résultat constatée à J49, nous pousse à revoir les moyens mis en œuvre. Après un échange avec son médecin traitant. Il est décidé :

- Une médication par patch de Versatis[®] tissugel placé sur la zone « inférieure » de travail en dorsal ;
- Un arrêt de travail pour éviter les sollicitations quotidiennes de sa main gauche ;
- La récapitulation précise des consignes de CSVD à domicile, avec le choix d'un site de stimulation inférieur : branche antérieure perforante du 7^e nerf thoracique ;
- Une accentuation de la prescription de ne pas toucher, si possible, car sans cette observance, point de progrès.

Les indicateurs s'améliorent dès le mois suivant (Tableau II), à la suite duquel elle choisit (avec l'aval médical) d'arrêter progressivement le Lyrica [®] , qu'elle suspecte de lui procurer des troubles mnésiques.	Durée	QDSA	Allodynographie	Arc-en-ciel des douleurs
	J0	67 pts	Positive	0,7 gr jaune
	J19	65 pts		0,7 gr jaune
	J49	ND		0,7 gr jaune
	J77	24 pts	Positive	1,5 gr vert
	J105	17 pts		3,6 gr bleu
	Vacances			
	J210	14 pts	Positive	8,7 gr indigo
	J255	ND		15 gr violet
	J270	0 pt	Négative	Esthésiographie secondaire

Tableau II : Evolution de l'allodynie mécanique de la branche superficielle du nerf radial jusqu'à sa résorption complète ; ND : Non Déterminé.

En juillet 2014, la patiente doit partir 2,5 mois à l'étranger. Elle poursuit ses exercices et respecte au maximum les consignes promulguées. A la reprise de séances, les résultats restent favorables, malgré un ralentissement de la courbe de progression.

A J270 jours, l'allodynie a disparu. Les patchs de Versatis® sont arrêtés. La rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente est débutée et dure 5 semaines (**Tableau III**). Reprise du travail à mi-temps thérapeutique. La rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente suit et arrive à terme à deux semaines.

Durée	SPP	Test de discrimination de 2 pts
1 ^{ère} semaine	1, 3 gr	NT
2 ^e semaine	ND	15 mm
3 ^e semaine	0,8 gr	NT
5 ^e semaine	ND	10 mm

Tableau III : Evolution de l'hypoesthésie sous-jacente de la branche superficielle du nerf radial ; ND : non testé ; SPP : Seuil de Perception à la Pression.

DISCUSSION

Ce fait clinique illustre bien les difficultés rencontrées dans la prise en charge des douleurs neuropathiques et la variété des facteurs qui peuvent affecter son résultat. Pour commencer, les retards de diagnostic de lésions axonales : C. Spicher et collaboratrices (2015) remarquent que, dans les névralgies, plus le temps passe, plus la fréquence de l'allodynie mécanique augmente (Prévalence de 52% d'allodynie mécanique statique (AMS) dans le cas de névralgies incessantes, contre 24% pour les névralgies intermittentes). Ces délais influencent également la sévérité de l'AMS elle-même et donc leur pronostic thérapeutique (Boutan et al., 2013, p. 175-184; Clément-Favre et al., 2011). Dans notre cas, même si nous avons constaté un allongement du temps de récupération, il a été possible de renverser ce processus et d'obtenir des résultats. Il y a lieu, toutefois de tenir compte ensuite, des facteurs environnementaux :

- l'activité professionnelle, qui par ces aspects manuels sollicitait quotidiennement notre territoire allodynique, d'abord par les contacts répétés (gants, lavages, etc.) et par les mobilisations actives engendrées ;
- L'intervention des autres thérapeutes : la connaissance de la méthode de rééducation sensitive et la cohésion des différents intervenants pluridisciplinaires sont impératifs, des stimulations inappropriées, par exemple, peuvent compromettre la guérison. Alors qu'au contraire, l'échange de bilans et de courriers réguliers avec médecin traitant, et médecine du travail ont permis une optimisation de la prise en charge avec, à la clef, une régression des phénomènes douloureux et une reprise du travail dans de bonne condition ;
- L'observance du patient : le respect de la zone de non-contacts, et les stimulations pluriquotidiennes sont primordiales. Madame S. a su poursuivre l'effort malgré une interruption des séances de rééducation, l'évolution est ainsi restée favorable. Ce qui nous renvoie à l'importance de l'éducation thérapeutique du patient et à l'attention particulière que nous devons lui apporter.

CONCLUSION

« Notre travail de géographe de la sensibilité consiste à rechercher, par un travail hypothético-déductif, la portion de peau qui est reliée au fil de la douleur du patient » (C. Spicher et al., 2015).

Ce fait clinique nous montre que le succès de la prise en charge des douleurs neuropathiques commence avec ce travail de géographe et qu'il est souhaitable de l'entreprendre au plus tôt. Il se poursuit par - outre la maîtrise des techniques de la rééducation sensitive des douleurs neuropathiques- la mise en œuvre et le suivi de coordination et de cohérence des intervenants médicaux, et par une éducation thérapeutique de qualité. C'est peut-être ce qui fait la spécificité du rééducateur sensitif en libéral.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baron, R. & Treede, R.D. (2007). [Diagnosis of neuropathic pain]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift (1946)*, 132(41), 2139 - 2144. <http://doi.org/10.1055/s-2007-985656>
- Boutan, M., Thomas, D., Célérier, S., Casoli, V., Moutet, F., & Ithurbide, M. (2013). *Rééducation de la main et du poignet anatomie fonctionnelle et techniques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Bruehl, S., Harden, R. N., Galer, B. S., Saltz, S., Bertram, M., Backonja, M., ... Stanton-Hicks, M. (1999). External validation of IASP diagnostic criteria for Complex Regional Pain Syndrome and proposed research diagnostic criteria. *International Association for the Study of Pain. Pain*, 81(1-2), 147-154.
- Clément-Favre, S., Latière, P., Desfoux, N., Quintal, I. & Spicher, C. (2011). Allodynie mécanique du membre supérieur : zones de travail et pronostic de traitement. In *Expériences en ergothérapie* (p. 145-152). Montpellier, Paris: Sauramps Médical.
- Devor M. (2009). Ectopic discharge in Aβ afferents as a source of neuropathic pain. *Exp Brain Res*, 196, 115-28. <http://doi.org/doi: 10.1007/s00221-009-1724-6>.
- Hansson, P. (2003). Difficulties in stratifying neuropathic pain by mechanisms. *European Journal of Pain*, 7(4), 353-357. [http://doi.org/10.1016/S1090-3801\(03\)00051-X](http://doi.org/10.1016/S1090-3801(03)00051-X)
- Quesnot, A., Ribinik, P., & Barrois, B. (2012). Prise en charge kinésithérapique au sein d'un service de MPR des patients présentant des douleurs neuropathiques. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 13(6), 276 - 285. <http://doi.org/10.1016/j.douler.2012.09.002>
- Quintal I, Noël L, Gable C, Delaquaize F, Bret-Pasian S, Rossier Ph, Annoni JM, Maupas E, Spicher CJ. La méthode de rééducation sensitive de la douleur. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation 2013*, 26-469-A-10:1-16.
- Samuelsson, M., Leffler, A. S., & Hansson, P. (2005). Dynamic mechanical allodynia: on the relationship between temporo-spatial stimulus parameters and evoked pain in patients with peripheral neuropathy. *Pain*, 115(3), 264-272. <http://doi.org/10.1016/j.pain.2005.03.001>
- Spicher, C. (2008). Réveillez votre peau pour endormir vos douleurs neuropathiques. *Communiqué Santé*, 60, 10 (une page).
- Spicher, C. J., Mathis, F., Degrange, B., Freund, P., & Rouiller, E. M. (2008). Static mechanical allodynia (SMA) is a paradoxical painful hypo-aesthesia: observations derived from neuropathic pain patients treated with somatosensory rehabilitation. *Somatosensory & Motor Research*, 25(1), 77-92. <http://doi.org/10.1080/08990220801942748>
- Spicher, C., Quintal, I. & Vittaz, M. (2015). *Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques*. Montpellier, Paris: Sauramps Médical.
- Treede, R.D., Jensen, T. S., Campbell, J. N., Cruccu, G., Dostrovsky, J. O., Griffin, J. W. & Serra, J. (2008). Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70(18), 1630-1635. <http://doi.org/10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59>

SUR LE WEB

Comment parler en public aussi bien que Barack Obama ?

Aux médecins 🌟🌟🌟
Aux patients 🌟🌟

Aux scientifiques en neurosciences 🌟🌟🌟
Aux thérapeutes 🌟🌟🌟

Olivier SCHMOUKER est chroniqueur pour le journal Les affaires, conférencier et auteur du bestseller «Le Cheval et l'Âne au bureau» (Éd. Transcontinental), qui montre comment combiner plaisir et performance au travail. Il a été le rédacteur en chef du magazine Premium, la référence au management au Québec.

<http://www.lesaffaires.com/blogues/olivier-schmouker/comment-parler-en-public-aussi-a-bien-que-barack-obama/585633>

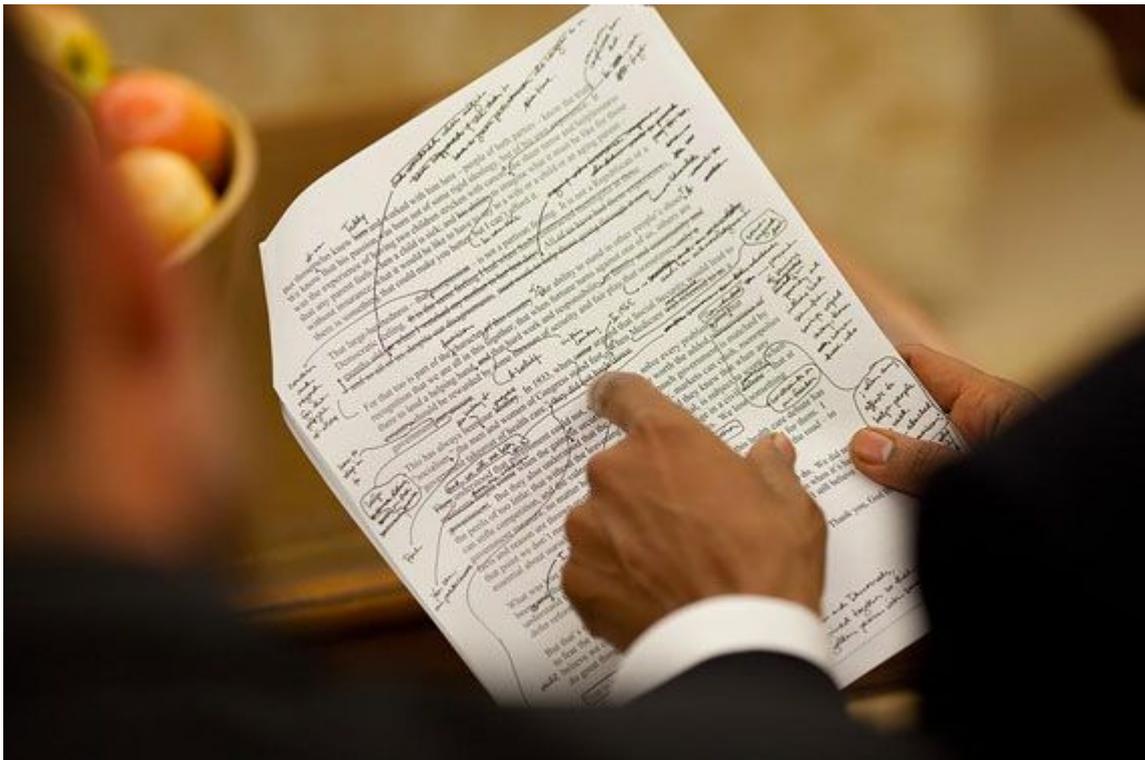


Figure 1 : Barack Obama prépare toujours soigneusement ses discours... Photo: DR

Il vous faut prendre la parole en public. À l'occasion d'une réunion importante où il vous faut faire état de l'avancement du dossier dont vous avez la responsabilité. À l'occasion d'une rencontre cruciale avec un client. Ou encore, à l'occasion d'une annonce aux membres de votre équipe. Et, comme à chaque fois, vous savez que vos mains vont devenir moites, que

vos jambes vont flageoler et que votre voix va flancher. Bref, c'est toujours le même cauchemar qui se répète sans fin. Eh bien, j'ai une bonne - non, une magnifique - nouvelle pour vous! J'ai moyen de mettre un terme à ce cauchemar. Si, si... J'ai eu en effet le privilège de rencontrer hier Jon Favreau, nul autre que le jeune prodige qui a rédigé tous les discours du président américain Barack Obama entre 2008 et 2013, dont le fameux «*Yes, we can*». Et il a présenté, dans le cadre d'une conférence donnée à Montréal lors de l'événement Apex 2016, les leçons qu'il a tirées de toutes ces années passées aux côtés d'un des plus grands orateurs de notre époque. Des leçons qui tiennent en cinq points, et qui, surtout, vont vous permettre de ne peut-être pas devenir du jour au lendemain aussi à l'aise que Barack Obama, mais à tout le moins de vous en sortir mieux que jamais la prochaine fois qu'il vous faudra parler en public. Le secret tient, en vérité, dans la qualité de la préparation. Et en particulier, dans la rédaction de votre discours, comme vous allez le voir ...

1. Pensez à l'histoire que vous allez raconter, pas aux mots dont vous allez vous servir

« À l'instant-même où vous vous installez devant votre écran d'ordinateur ou devant votre feuille de papier pour écrire votre discours, il faut que vous vous mettiez en tête que l'accent doit être mis sur ce que vous voulez dire, pas sur la façon dont vous allez le dire », a raconté M. Favreau. Pour le dire plus simplement, « l'important, c'est l'histoire que vous allez raconter, pas les mots que vous allez utiliser pour ça ».

« Comment trouver cette histoire? Eh bien, cherchez avant tout le coeur du message que vous voulez faire passer. Formulez-le en une courte phrase, pas plus. Et dites-vous bien qu'il ne doit y avoir qu'une idée - pas deux - exprimée dans cette phrase-là ».

« Une erreur classique, c'est de vouloir mettre dans son discours toutes les informations dont on dispose. Non, il faut faire le tri, en allant à l'essentiel. Un tri qui peut être facilité par une question : Qu'est-ce que je veux que les gens retiennent de ce que je leur aurais dit, en sortant de la salle de réunion? »

« Une fois que vous avez le coeur de votre message, vous pouvez raconter toute l'histoire qui va avec. Comme elle vous vient, mais de manière logique tout de même. En n'oubliant pas que la clé d'une bonne histoire, c'est la simplicité. »

2. Racontez votre histoire comme si vous parliez à un chum dans un bar

« J'ai toujours suivi un principe fondamental lors de la rédaction des discours de Barack Obama, quelle qu'ait été leur importance : Si ce que tu es en train d'écrire tu ne le raconterais pas tel quel à un *chum* dans un bar, alors ne l'écris pas », a-t-il expliqué.

« Pourquoi? Parce que le discours sonnera faux. Les gens penseront que vous n'êtes pas sincère, pas convaincu, pas authentique. Et ils refuseront de vous accorder toute l'attention que vous espérez d'eux. »

« À noter, par ailleurs, qu'il vous faut à tout prix éviter les mots creux et le jargon professionnel, car ils tuent le message. Vous remarquerez, soit dit en passant, que ces termes-là, vous ne les diriez jamais à votre meilleur *chum*... »

3. Ne vous prenez pas trop au sérieux

« De manière générale, prenez au sérieux la tâche que vous devez effectuer (en l'occurrence, la rédaction de votre discours), mais ne vous prenez pas pour autant trop au sérieux, a-t-il dit. D'où l'intérêt de faire preuve d'humour, c'est-à-dire de distance par rapport à l'image qu'on projette. »

« Pendant la première campagne présidentielle de Barack Obama, une rumeur a enflé, voulant qu'il n'était pas né aux États-Unis et n'était donc pas éligible. Il a fini par y répondre sérieusement, en montrant son acte de naissance aux caméras. Mais cela n'a pas suffi à faire taire la rumeur. Ce qui a changé la donne du jour au lendemain, c'est, en fait, le jour où il a ironisé à propos de cette histoire rocambolesque : il a pris ça à la blague, et ça s'est arrêté là. »

4. Soyez 100% honnête et donc courageux

« Dans un discours, il faut montrer qu'on croit viscéralement à ce qu'on est en train de dire. Ce qui peut se faire en faisant preuve de courage. »

« Barack Obama était en tête des sondages, et ses stratèges lui ont conseillé de rivaliser de prudence, histoire d'éviter tout dérapage qui risquerait de tout gâcher. Qu'a-t-il fait? Il est venu me voir et m'a demandé d'écrire un discours fort sur... la race ! Autrement dit, le type de discours casse-gueule par excellence, les tensions raciales étant particulièrement fortes aux États-Unis. »

« Je me suis étonné de sa demande. Il m'a répondu qu'à ses yeux il ne méritait pas de devenir président s'il n'avait pas le cran de dire ce qu'il pensait vraiment. »

« J'en ai tiré la leçon qu'il ne fallait pas être terrifié à l'idée de prendre des risques, si ces risques-là permettent d'être 100% honnête envers les autres et, surtout, envers soi-même. C'est bien simple, la prudence est la pire conseillère de l'orateur. »

5. Soyez inspirant

« Nous avons toujours le choix entre le cynisme et l'optimisme. Alors choisissons allègrement l'optimisme! Car ce n'est que comme ça que nous pouvons nous montrer inspirants pour les autres. »

« J'ai connu un instant précieux de ma vie le soir des élections de 2008. Une victoire s'annonçait, et j'ai eu l'idée, pour le discours que Barack Obama allait prononcer, de le faire parler d'une de ses sources d'inspiration, Ann Nixon Cooper, une dame de 106 ans qui avait lutté toute sa vie pour les droits civiques. Je l'ai appelée au téléphone, histoire de vérifier si elle était à l'aise avec cette idée. Et elle m'a posé plusieurs questions :

- Est-ce que ça va passer à la télé?

- Oui, madame.

- Sur quelle chaîne?

- Euh... Sur toutes les chaînes.

- Oh, je suis si fière! Enfin ! »

« Même dans ses rêves les plus fous, elle n'avait pas imaginé voir, de son vivant, un président noir à la Maison-Blanche. Notre discussion était si bouleversante que je me suis glissé sous le bureau pour pouvoir continuer de discuter avec elle et me laisser envahir par l'émotion, à l'abri des regards. »

« Et là, j'ai saisi que les plus grands des discours sont ceux qui sont inspirés, et donc inspirants. C'est-à-dire ceux qui justifient aux yeux de tous la raison pour laquelle nous faisons tout ce que nous faisons. Par cette seule mention d'Ann Nixon Cooper dans ce discours-là, la présidence de Barack Obama était justifiée, tout comme tous les efforts entrepris pour en arriver jusque-là. »

Voilà. Vous disposez maintenant de cinq trucs ultrasimples pour briller lors de votre prochain discours. Des trucs qu'utilise, jour après jour, nul autre que Barack Obama, avec le succès qu'on lui connaît. Bon. J'entends d'ici les grognons de service, qui pensent tout haut qu'ils n'ont pas son charisme, et vont donc inévitablement se planter la prochaine fois qu'il leur faudra prendre la parole en public, même s'ils s'appuient sur ces cinq trucs-là. Pas de panique ! Jon Favreau a un dernier truc pour eux :

6. Entraînez-vous à voix haute

« On pourrait croire que Barack Obama est maintenant tellement à l'aise devant le public qu'il y va les mains dans les poches. Erreur ! Je peux vous confier qu'il répète chacun de ses discours : debout dans son bureau, il les prononce à voix haute. Pour les plus importants, il le fait devant des conseillers, qui lui indiquent les points à corriger. »

« Pourquoi attache-t-il tant d'importance à la préparation? Parce que c'est le meilleur moyen de "sentir" les mots que nous allons prononcer, de les faire vibrer en nous avant qu'ils ne vibrent dans les autres. Bref, de faire corps avec l'histoire racontée. »

PHENOMENE DE LA DOULEUR N° 4

NON, les douleurs chroniques ne sont pas une fatalité

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

- NON**, ce n'est *PAS* dans votre tête ;
- Oui**, votre système nerveux somatosensoriel peut présenter des lésions organiques ;
- NON**, il n'existe pas de baguette magique pour interrompre l'insupportable ;
- Oui**, après 20 mois vos nerfs ne vont plus régénérer, mais des exercices quotidiens à domicile peuvent compenser, peu à peu, vos lésions ;
- NON**, ce ne sont plus les autres qui vont changer votre situation ;
- Oui**, vous pouvez améliorer, par vous-même, votre santé en écoutant votre corps ;
- NON**, vous ne souffrez pas de décharges électriques, car vous n'avez jamais mis les mains dans une prise ;
- Oui**, vos crises névralgiques sont comme des « lancées », des « coups de jus », des « chnaillées », des « tirées » qui courent le long d'un fil de douleur ;
- NON**, les douleurs neuropathiques, dont vous souffrez, ne sont *PAS* une fatalité.

écrit sur une serviette en papier, au coin d'une table en sortant de : *He named Me Malala*, cette jeune adolescente de 15 ans, qui a trouvé au fond de son inaccessible et immuable silence intérieur la force de se lever contre les Talibans et leur dire **NON** : « Un enfant, un enseignant, un livre et une plume peuvent changer le monde ». Claude J. SPICHER⁵

⁵ Rédacteur en chef du *e-News Somatosens Rehab* depuis sa création en 2004.

Seasonal aphorism

To MD 
To patient 

To neuroscientist 
To therapist 

**"Tell me and I forget,
teach me and I may remember,
involve me and I learn."**

Benjamin FRANKLIN (1706 – 1790)

Aphorisme saisonnier

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

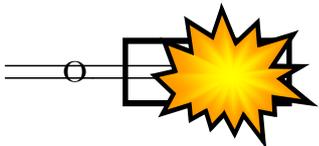
**"Tu me dis, j'oublie ;
Tu m'enseignes, je me souviens ;
Tu m'impliques, j'apprends."**

Leitmotiv

Für Ärzte 
Für PatientInnen 

Für Neurowissenschaftler 
Für TherapeutInnen 

**„Was du mir sagst, das vergesse ich.
Was Du mir zeigst, daran erinnere ich mich.
Was Du mich tun lässt, das verstehe ich.“**

 <p>CENTRE DE REEDUCATION SENSITIVE</p> <p>Service d'ergothérapie RCC : K 0324.10 reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch</p>	 <p>RAPPORT FINAL D'ERGOTHERAPIE</p>
<p>Hans-Geiler 6 1700 FRIBOURG Tél : 026 3500 622</p>	

Adressé à : Dr XY, médecin prescripteur

NOM: R.

PRENOM: E.

née le : 1943

DIAGNOSTICS: CONNUS et plus précisément :

- **Névrалgie fémoro-poplitée incessante du nerf cutané sural latéral droit (Stade IV de lésions axonales⁶).**
- **Névrалgie sacrée intermittente du nerf cutané postérieur de la cuisse droit (Stade III de lésions axonales).**
- **Névrалgie lombo-abdominale intermittente du nerf ilio-inguinal droit (stade III de lésions axonales).**
- **Névrалgie sacrée intermittente des branches labiales postérieures du nerf pudendal droit (Stade III de lésions axonales).**

Situation actuelle 11.04.2016, après 45 séances d'ergothérapie (début des troubles : 2010) :

1. Douleurs neuropathiques

Les douleurs au questionnaire de la douleur St-Antoine, rapportées par Madame SCHAEER, ont évolué de la manière suivante :

Date	Total des douleurs
15.06.2015	De 16 à 34 pts
24.09.2015	De 2 à 13 pts
11.04.2016	De 0 à 6 pts

Les sensations d'« élancement », d'« irradiation », d'« écrasement », et de « brûlure ont disparu. De faibles sensations de « piqûre » apparaissent encore parfois sous l'ischion droit, en position assise.

2. Somesthésie

➤ **Nerf cutané sural latéral droit**

L'hypoesthésie tactile mise en évidence le 11.06.2015, s'est **normalisée** le 10.09.2015 avec :

- Un seuil de perception à la pression passé de **0,8 g** à **0,6 g** (norme : 0,6 g ; Spicher et al. 2013).

⁶ Quintal, I., Noël, L., Gable, C., Delaquaize, F., Bret-Pasian, S., Rossier, Ph., Annoni, J.M., Maupas, E. & Spicher, C.J. (Février 2013) La méthode de rééducation sensitive de la douleur. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 9(1)*, 1-16 [Article 26-469-A-10].

- Un test de discrimination des deux points statiques, passé de **66 mm** à **25 mm** (norme : 25 mm ; Létievant, 1876).
- Un seuil de perception à la vibration, passé de **0,18 mm** à **0,04 mm** (norme : 0,04 mm).

➤ ***Nerf cutané postérieur de la cuisse droit***

L'hypoesthésie tactile mise en évidence le 13.08.2015, s'est **normalisée** le 07.03.2016 avec :

- Un seuil de perception à la pression passé de **1,4 g** à **0,5 g** (norme : 0,6 g ; Spicher et al. 2013).
- Un test de discrimination des deux points statiques, passé de **77 mm** à **35 mm** (norme : 40 mm ; Létievant, 1876).
- Un seuil de perception à la vibration, passé de **0,58 mm** à **0,04 mm** (norme : 0,04 mm).

➤ ***Nerf ilio-inguinal droit***

L'hypoesthésie tactile mise en évidence le 14.09.2015, s'est **normalisée** le 05.11.2015 avec :

- Un seuil de perception à la pression passé de **1,8 g** à **0,5 g** (norme : 0,6 g ; Spicher et al. 2013).
- Un test de discrimination des deux points statiques, passé de **77 mm** à **48 mm** (norme : 48 mm ; Létievant, 1876).
- Un seuil de perception à la vibration, passé de **0,09 mm** à **0,04 mm** (norme : 0,04 mm).

➤ ***Branches labiales postérieures du nerf pudendal droit***

L'hypoesthésie tactile mise en évidence le 15.12.2015, est pratiquement normalisé avec :

- Le seuil de perception à la pression passé de **1,2 g** à **0,3 g**, il est **normalisé** (norme : 0,6 g ; Spicher et al., 2013).
- Le test de discrimination des deux points statiques passé d'un **échec à 105 mm** à **8 mm** (norme : 6 mm ; Spicher et al., 2015).
- Le seuil de perception à la vibration passé de **0,08 mm** à **0,04 mm**, il est **normalisé** (norme : 0,04 mm).

3. Discussion

Le traitement par la méthode de rééducation sensitive a évolué très favorablement pour Madame. La station assise prolongée est plus confortable, même si une légère gêne apparaît parfois au niveau de l'ischion droit. Les trajets en voiture d'environ 45 minutes sont à nouveau possibles. Nous conseillons à Madame d'éviter les vêtements trop serrés et de préférer les trainings à domicile. Nous lui conseillons également de préférer des assises confortables (coussin d'assise visco-élastique à mémoire de forme).

4. Fin d'ergothérapie

L'ergothérapie, basée sur la méthode de rééducation sensitive, a atteint son objectif, les séances de traitement sont terminées.

Très cordialement, en restant à votre entière disposition.

Emmy OUAJIF, Bachelière en ergothérapie, rééducatrice sensitive de la douleur
Visé : Marie-Joelle FLEURY, ergothérapeute, rééducatrice sensitive de la douleur certifiée

Fribourg, le 18 avril 2016.

Témoignage N° 57 d'une patiente
« Graves douleurs neuropathiques »

Aux médecins 
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 
Aux thérapeutes 

En juin 2015, mon médecin traitant m'a mise en relation avec le Centre de rééducation sensitive à Fribourg.

Il faut expliquer que je souffrais depuis 4 ans de douleurs sous l'ischion droit, douleurs qui ne me permettaient pas la position assise. De nombreux traitements et exercices divers avaient déjà été testés et entrepris sans succès. J'avais déjà entendu beaucoup de : « On va essayer peut-être encore ça ! »

C'était la suite de 4 ans de douleurs que l'on peut qualifier maintenant de névralgies intermittentes, mais c'était plutôt : « On ne sait plus quoi faire ! »

Alors on va essayer !!! J'ai été très bien reçue par une thérapeute qui m'a expliqué la méthode, une toute petite partie, j'allais me rendre compte que le sujet est vaste, très vaste ! Avec mon esprit très « terre à terre », je n'ai pas compris grand'chose sinon que je voulais faire confiance et tester.

J'ai suivi les yeux fermés, sans trop me poser de questions, par contre j'en avais beaucoup pour les deux thérapeutes avec qui j'avais un rendez-vous chaque semaine pour faire le point. Au début : une amélioration assez rapide de certaines zones, mais ensuite il en a fallu des séances pour avancer. Je n'ai jamais laissé tomber mes exercices à faire à la maison, combien de fois j'ai dit ça m'énerve, j'arrête mes thérapeutes ont toujours réussi à me convaincre de continuer, heureusement.

Ce traitement demande toutefois une très grande patience, ce que je n'ai pas. La méthode est spéciale très bien étudiée par des professionnels. Il n'est pas nécessaire de penser que l'on peut tout comprendre, mais de pratiquer. Les résultats sont là pour prouver que ce traitement est d'une grande aide et je remercie toutes les personnes du centre qui m'ont aidé à gagner la partie. Les douleurs se sont espacées et on oublie très vite comment c'était avant pour profiter de maintenant ! Nous sommes en mars 2016 et le traitement va se terminer.

Si vous êtes dans une impasse avec de graves douleurs neuropathiques, invisibles, essayez au moins encore ce traitement de rééducation sensitive votre qualité de vie en dépend !

E. R. Mars 2016

Vous pouvez lire, aux pages précédentes, le rapport final de ce traitement

**Réseau de Rééducation
Sensitive de la Douleur**



depuis avril 2011

Présidente
Avenir du RRS

Directeur général
Coordination du présent

Historienne
Mémoire du RRS

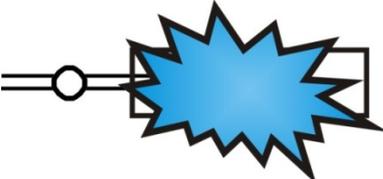
Département de la méthode

Département de formation

Département de recherche

Département de la rééducation

www.neuropain.ch

<p>ANFE 64 rue Nationale, CS 41362 75214 Paris Cedex 13 En partenariat avec le RESEAU DE REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR www.neuropain.ch Département de Formation</p>	 <p>FORMATION</p> 
<p>Rue Hans-Geiler 6 CH - 1700 FRIBOURG info@neuropain.ch</p>	

AVANT-PROGRAMME

CERTIFICAT EN REEDUCATION SENSITIVE DE LA DOULEUR - Module 4

Objectifs

Actualiser les connaissances de la méthode en s'appuyant sur la dernière édition du manuel et les expériences de collègues certifiés (RSDC);

Se référer aux dernières recherches pour faire évoluer ses pratiques en rééducation sensitive.

Contenu et déroulement

Lundi 6 février 2017

Thème : mise à jour en rééducation sensitive de la douleur par les RSDC

08H30 : Accueil

09H00 : Groupe **A** : **Table ronde** sur les **greffes**, la **fibromyalgie** et autres **complications** animée par Evangéla Agneskis (Luxembourg) et Valérie Calva (Montréal)

Groupe **B** : **Table ronde** sur les **douleurs neuropathiques fantômes**, les **alloghallucinoses** et vos expériences avec le **TENS** pour traiter les névralgies animée par Elodie Goérés (CRRF l'Espoir) et Claude Spicher (Fribourg)

10H15 : Pause

10H30 : Présentation des trois dossiers des trois patients

11H00 : Observation silencieuse des traitements de l'un des patients avec une RSDC

11H45 : Questions – réponses sur la séance de rééducation : par oral avec la RSDC et par e-mail sur le Forum

MODULE 4 – 2017 à Fribourg (Suisse)

- 12H00 : Pause pour le dîner
- 13H00 : La désactivation des signes d'irradiation provoquée
- 13H30 : Présentation des trois dossiers des trois patients
- 14H00 : Observation silencieuse des traitements de l'un des patients avec une RSDC
- 14H45 : Questions – réponses sur la séance de rééducation : par oral avec la RSDC du Centre et par e-mail sur le Forum
- 15H00 : Pause
- 15H15 : Quelques mécanismes neurophysiologiques des douleurs neuropathiques
- 16H00 : Groupe **B** : Table ronde animée par Evangéla Agneskis (Luxembourg) et Valérie Calva (Montréal)
Groupe **A** : Table ronde animée par Goérés (CRRF l'Espoir) et Claude Spicher (Fribourg)
- 17H00 : Fin

Mardi 7 février 2017

Thème : le raisonnement clinique, Isabelle Quintal

- 09H00 : Le raisonnement clinique
- 10H15 : Pause
- 10H30 : Présentation des trois dossiers des trois patients
- 11H00 : Observation silencieuse des traitements de l'un des patients avec une RSDC
- 11H45 : Questions – réponses sur la séance de rééducation : par oral avec la RSDC et par e-mail sur le Forum
- 12H00 : Pause pour le dîner
- 13H00 : Le programme graduel d'imagerie motrice
- 13H30 : Présentation des trois dossiers des trois patients
- 14H00 : Observation silencieuse des traitements de l'un des patients avec une RSDC
- 14H45 : Questions – réponses sur la séance de rééducation : par oral avec la RSDC et par e-mail sur le Forum

Mercredi 8 février 2017

Thème : les groupes d'intérêt de notre communauté de pratique

08H30 : Témoignage sur la mise en place du groupe d'intérêt du Sud-ouest (GISORS)

08H50 : Témoignage sur la mise en place du groupe d'intérêt rhône-alpin (GIRARS)

09H10 : Témoignage sur la mise en place du groupe d'intérêt québécois

09H30 : Témoignage sur la mise en place du groupe d'intérêt du Nord-Pas-de-Calais

09H50 : Synthèse

10H15 : Pause

10H30 : Présentation des trois dossiers des trois patients

11H00 : Observation silencieuse des traitements de l'un des patients avec une RSDC

11H45 : Questions – réponses sur la séance de rééducation : par oral avec la RSDC et par e-mail sur le Forum

Pause pour le dîner

13H00 : Les patients brûlés survivants : indications et résultats de la méthode par Valérie Calva

13H30 : Présentation des trois dossiers des trois patients

14H00 : Observation silencieuse des traitements de l'un des patients avec une RSDC

14H45 : Questions – réponses sur la séance de rééducation : par oral avec la RSDC et par e-mail sur le Forum

15H00 : Pause

15H15 : Evaluation écrite et orale du module 4

15H45 : **Grand débat** : RSDC® un titre, qui aide ou un titre, qui disqualifie ceux qui ne l'ont pas ?

Modératrice : F. Horisberger

Modérateur : C. Spicher

16H30 : Fin

MODULE 4 – 2017 **Destiné aux 76 RSDC®**

Formateurs

Claude Spicher, thérapeute de la main certifié SSRM,
Directeur, fondateur et thérapeute du Centre de rééducation
sensitive (depuis 2004 – à nos jours), collaborateur
scientifique universitaire

Isabelle Quintal, BSc erg, RSDC®

Intervenants de différents établissements et pays (cf programme),
rééducateurs/trices sensitifs/ves certifié(e)s.

Modalités pratiques

Date

Du lundi 6 au mercredi 8 février 2017

Horaire

De 9 à 12 H & de 13 à 17 H

Durée

21 heures

Lieu

Clinique Générale; 6, rue Hans-Geiler; Fribourg (Suisse)

Prix

720 €- (l'Atlas 2^e édition 2013 & le Manuel « Rééducation
sensitive des douleurs neuropathiques 3^e édition 2015 sont
obligatoires pour le cours et non compris dans le prix
d'inscription).

Crédit

Ce module 4 sera crédité de **10 points** pour votre re-certification

Références bibliographiques

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

Spicher, C., Buchet (- Desfoux), N. & Sprumont, P. (2013). *Atlas
des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240
branches* (2^e édition) – Préface : S. Carmichael (Mayo Clinic).
Montpellier, Paris: Sauramps médical, 96 pages.

**REEDUCATION SENSITIVE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES
MODULE 4 – 2017 à Fribourg (Suisse)**

Cette formation est réservée aux 76 RSDC®

Du lundi 6 au mercredi 8 février 2017

TALON D'INSCRIPTION

[Date limite d'inscription: lundi 19 décembre 2016](#)

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Adresse e-mail :

Pour la France, à retourner à :

ANFE, Service formation continue
CS41362
75214 Paris Cedex 13.
e-mail : sfc.secretariat@anfe.fr

N° d'organisme formateur : 11754874075

Ou pré-inscription en ligne : <http://www.anfe.fr/s-inscrire> et saisir la référence de la formation : **NT16B**

L'inscription sera confirmée et la convention sera envoyée après réception d'un virement bancaire (référence NT16B 2017) ou d'un chèque de 720€.

Pour le reste du monde :

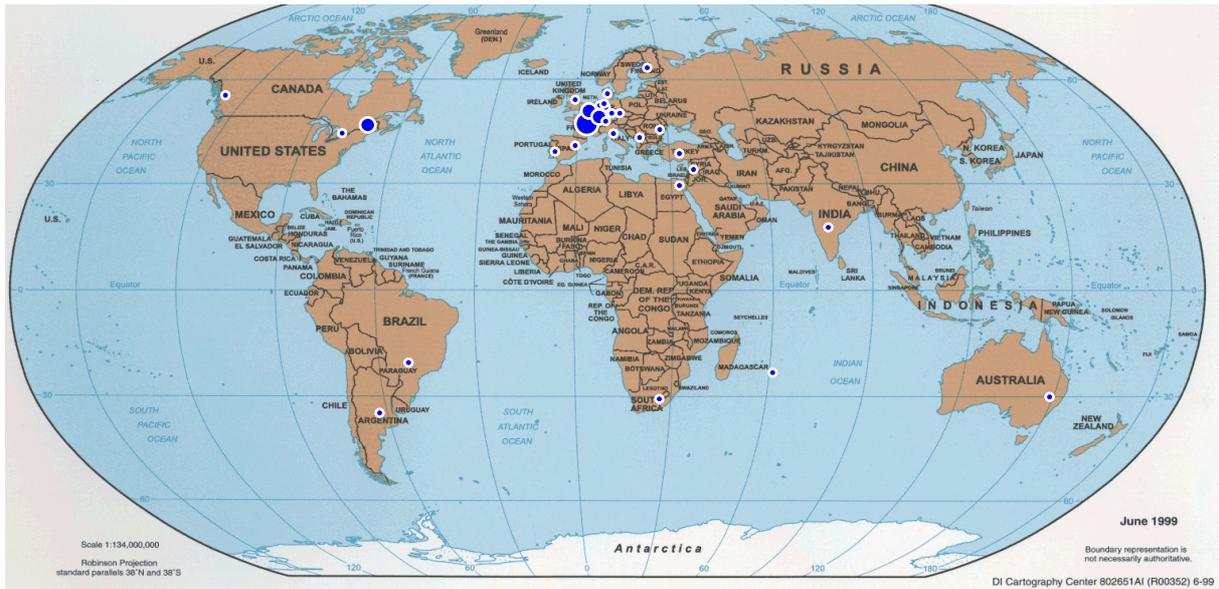
<http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier>

Somatosensory Therapists of Pain in the World

To MD 
To neuroscientist 

To patient 
To therapist 

In 1992, the first communication about somatosensory rehabilitation of pain was done at the occasion of the 1st Congress of the swiss society for hand therapy. In 2001, this method was taught for the first time. On May 25th 2016, **1050 therapists and medical doctors** have been trained to somatosensory rehabilitation of neuropathic pain.



	≥ 300
---	-------

	≥ 100
---	-------

	< 100
---	-------

1	France	367
2	Switzerland : French speaking	215
3	Canada : French speaking	189
4	Switzerland : German speaking	119
5	Belgium : French speaking	32
6	Switzerland : Italian speaking	19
7	Canada : English speaking	18
8	India	17
9	Réunion Island	17
10	Luxemburg	8
11	Germany	8
12	Spain	5
13	Portugal	4
14	Netherlands	4
15	Greece	3
16	Finland	3

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

TOTAL 1050

Continuous Education – Formation continue

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

Planification 2016

Planification 2017

En projet pour 2018

Jours	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	2 jours
Modules	Module de base		Modules avancés					Module pratique	
Paris ANFE <i>NOUVEAU, depuis 2016</i>					J5, J6, J7 & J8				Observations de patients et théorie RRSD et ANFE Fribourg (Suisse)
Bruxelles Erasme <i>Depuis 2008</i>						Module 3			
Grenoble <i>Depuis 2017</i>	1^{er} w-e								
Bordeaux IAM <i>Depuis 2014</i>			2^e w-e						
Montpellier EPE - ANFE <i>Depuis 2005</i>	J1, J2, J3 & J4								
Montréal <i>Depuis 2009</i>	Module 1		Module 2						
Paris ANFE <i>Depuis 2016 NOUVEAU</i>					J5, J6, J7 & J8				
Bordeaux IAM <i>Depuis 2014</i>					3^e w-e		4^e w-e		
Bruxelles Erasme <i>Depuis 2008</i>						Module 3			

24-28 October 2016 **13th IFSSH & 10th IFSHT Congresses**

Place Buenos Aires (Argentina)

Info www.ifssh-ifsht2016.com/home/index.php

16-18 novembre 2016 **RSDC[®] Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée**
J6, J7 & J8 **Module 3 : Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique II**
 & Complications douloureuses II 14^e promotion

Lieu Hôtel Erasme, **Bruxelles**

Info www.anfe.fr / sfc.secretariat@anfe.fr

www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier/ info@neuropain.ch

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

Cette formation peut être comptabilisée pour l'obtention du titre :
RSDC[®] Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée

6-8 février 2017 **Module 4 réservé exclusivement aux 76 RSDC[®]**

Lieu Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg),

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

Page 81 à 85 de ce volume 2

<http://www.anfe.fr/s-inscrire> saisir NT16B

Cette formation continue peut aussi être comptabilisée pour la **re-certification** du titre :
RSDC[®] Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée

Réservez vos dates :

6-7 avril 2017 **Module 1** avec Isabelle Quintal

Lieu Montréal, ITHQ

10-12 avril 2017 **Module 2** avec Claude Spicher et Valérie Calva

Lieu Montréal, ITHQ

NEW

To become CSTP[®]

18–21 Sept. 2017 **2nd PART Neuropain Rehab (Day 5 to Day 8)**

Place Somatosensory Rehab Ctr (Fribourg)

108^e COURS

Depuis 2005 A MONTPELLIER

Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques

Formation de 8 jours sur 2 ans

J1, J2, J3 & J4

1^{ère} PARTIE à Montpellier

Date: 20 - 23 mars 2017

Troubles de base I & II, Complications douloureuses I & II

Nadège **Buchet**, ergothérapeute DE, **RSDC**[®] Rééducatrice Sensitive de la Douleur Certifiée

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

Lieu : Enseignement Permanent de l'Ergothérapie, Montpellier, France

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

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

Spicher, C., **Buchet**, N., Quintal, I. & Sprumont, P. (2017). *Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches (3^e édition)* – Montpellier, Paris : Sauramps Médical, 100 pages, format 21 x 27 cm.

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

NOUVEAU

29 mai - 1 juin 2017* **2^e PARTIE à Paris**

J5, J6, J7 & J8

Analyse de pratiques, Anatomie clinique I & II, Gestion du lien thérapeutique

Equivalence accordée pour un Module 2

Lieu

ANFE, 13^e arrondissement, **Paris**, France

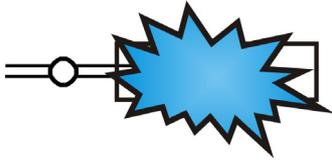
Info

www.anfe.fr / sfc.secretariat@anfe.fr

<http://www.anfe.fr/s-inscrire> saisir NT13

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

* Sous réserve de la volatilité des marchés monétaires européens.



RSDC[®] Rééducateur Sensitif de la Douleur Certifié
14^e promotion



Formation continue de 4 week-ends sur 2 ans à
Bordeaux et Grenoble (cf. ci-dessous)*

Rééducation sensitive des douleurs neuropathiques

J1 & J2 : Troubles de base – Comment traiter les complications douloureuses des cures de syndrome du canal carpien, les SDRC selon (Bruehl et al., 1999) avec ou sans allodynies ?

Dates: samedi 11 – dimanche 12 février 2017

NOUVEAU lieu : Grenoble

Info : alexandraperret@me.com

Formatrice : Isabelle Quintal, ergothérapeute graduée de l'Université de Montréal,
Rééducatrice sensitive de la douleur certifiée RSDC[®]
Co-auteur du Manuel (2^e et 3^e éditions) et de l'Atlas (3^e édition – à paraître)

J3 & J4 : Des neurosciences à l'élaboration d'un plan de traitement & Anatomie clinique
des territoires cutanés du membre supérieur

Dates: un week-end de novembre 2017

Prérequis pour J3 & J4 : Avoir suivi un cours de base à Bordeaux en 2015 (J1 & J2), à Grenoble (J1 & J2), à Bruxelles, à Montpellier, à Fribourg ou à Montréal.

Formateur : Claude Spicher, collaborateur scientifique universitaire, rééducateur de la main recertifié de la Société Suisse de Rééducation de la Main, ergothérapeute de formation.

Puis en 2018, Analyse de pratiques, Complications douloureuses, Gestion du lien thérapeutique.

Public : Kinésithérapeute, thérapeute de la main, ergothérapeute,
médecin généraliste et de toute spécialité

Lieu : Institut Aquitain de la Main (Bordeaux)

Info : srouzard@institut-aquitain-main.com

* L'inscription se fait w-e par w-e ; il y a donc la possibilité de suivre qu'une partie de la formation.
La certification pour le titre de RSDC[®] est souhaitée, mais facultative.

Who are you?

You are 40'783 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients in 138 countries who are receiving *e-News for Somatosensory Rehabilitation of Neuropathic Pain*.

IMPRESSUM

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

Editor-in-chief

Claude J SPICHER, University scientific collaborator, Swiss Certified HT, OT.

Co-editor

Fanny HORISBERGER, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP[®], OT

Assistant editor

Blandine L LE MENÉ, OT (France, Switzerland)

International assistant editors

Tara L PACKHAM, PhD Candidate, MSc, OT Reg. CSTP[®] (Ontario, Canada)

Elinor BEHAR, CSTP[®], OT (Israel)

Julie MASSE, MSc OT (Québec, Canada)

Renée HAMILTON, BSc OT (Québec, Canada)

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

Nathalie FAURIE, CSTP[®], OT (France, Switzerland)

Marion VITTAZ, CSTP[®], OT (France, Switzerland)

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

Sibele de ANDRADE MELO, PhD, pht (Brazil)

Catherine COUVREUR, OT, CSTP[®] (Belgium)

Ivano DONES, MD (Italy)

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

Sandra B FRIGERI, OT (Argentina)

Honorary members

Prof EM ROUILLER, PhD (Switzerland)

Prof AL DELLON, MD, PhD (USA)

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

Peer-reviewed since 2012

Published: 4 times per year since 2004

Deadline: 10th February, 10th May, 10th August, 10th November

Price: Free

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

21 languages: Français, English, Deutsch, Español, Português, Русский, Italiano, Lingala, Shqipe, Srpski i Hrvatski, Corse, Česky, Svenska, Türkçe, Suomea, Ελληνικά, Nederlands,

hindi, עברית, عربية, 文言

e-News's Library: www.neuropain.ch

e-mail : info@neuropain.ch