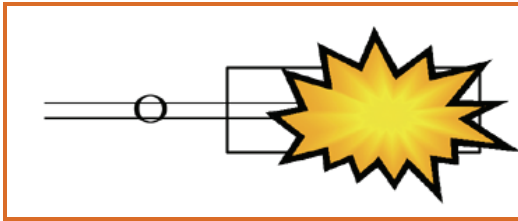


Powered by:



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

Julie MASSE  
Guesteditor

# e-News for Somatosensory Rehabilitation

The official e-Journal of the Somatosensory Rehabilitation of Pain Network  
A peer-reviewed open-access journal

- 155 Masse, J. **Guesteditorial:** Occupational therapy for people with chronic pain [English]
- 162 Spicher & Létourneau. **Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics** [English]
- 166 Létourneau, E. **Article inédit:** Co-thérapie : avantages et désavantages? [Français, Abstract]
- 170 **Atlas des territoires cutanés (2<sup>ème</sup> édition)** [Français, Foreword & Introduction in English]
- 175 Des patients. **Petit abécédaire en rééducation sensitive de la douleur** [Français]
- 180 Garavaglia, G. **Parare clinico n. 46 sul paziente** [Italiano]
- 183 Rapport du Centre de rééducation sensitive (voir aussi, ci-dessous) [Français]
- 185 Rapport rédigé selon les normes de tenue de dossier de l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ)
- 189 Liste des Rééducateurs/trices Sensitifs/tives de la Douleur Certifié(e)s RSDC® [Français]
- 191 Bussard, A. **Témoignage N° 47** (du No Comment N° 26, ci-dessous) [Français]
- 192 Vittaz & Spicher. **No Comment N° 26** (du témoignage N° 47, ci-dessus) [Français]
- 194 Otten, P. **Il existe une certaine beauté dans la douleur (suite)** [Français]
- 195 Packham *et al.* **Somatosensory Therapists of Pain in the World** [English]
- 196 Spicher *et al.* **Continuous Education – Formation continue** [English, Français]

**GUEST EDITORIAL****Occupational therapy for people with chronic pain:  
Minimizing pain and its impact on everyday living**

To MD



To patient



To neuroscientist



To therapist

**Julie MASSE, BSc OT, MSc<sup>1</sup>**

Pain is common in the general population. As an example, 20% of Canadian adults live with chronic pain (Canadian Pain coalition, 2011) and this prevalence is comparable within other populations (Breivik et al., 2006; Blyth et al., 2001; Engel in Pendleton & Schultz-Krohn, 2012). Inestimable suffering and losses in terms of quality of life and productivity result from this complex and common health problem, which is unfortunately undertreated (Breivik et al., 2006).

Living with chronic pain is challenging to say the least. It affects the individuals ability to engage in the activities that they need to do, want to do, or are expected to do in the course of a day (Klinger & Klassen, 2011). They often become captives to their pain experience, which interferes with the accomplishment of self-care, productivity and leisure, and diminishes their quality of life.

I graduated as an occupational therapist from the Université de Montréal 13 years ago, and rapidly realized how occupational therapists have a privileged position for helping people dealing with pain. While completing my Master's Degree at McGill University a few years later, I developed an ongoing concern about defining and promoting the role of the occupational therapist in this fascinating and evolving field of practice. Teaching occupational therapy (OT) at the Université de Montréal since 2009 and training clinicians on a regular basis are also feeding my reflection.

**What are occupational therapists doing?**

OT is the art and science of enabling engagement in everyday living (Townsend & Polatajko, 2007). Occupation, or all activities people do during a day, is the main domain of concern and the unique therapeutic medium of occupational therapists. OT interventions are justified as soon as pain interferes or might possibly interfere with the occupational profile or activity pattern of the individual. As a member of an interdisciplinary or multidisciplinary team, the occupational therapist is expert in evaluating and enabling occupational performance. When

---

<sup>1</sup> Professeure adjointe de clinique, Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal.

the activity pattern of the individual is understood, we aim to identify which factors contribute to pain perception and decreased occupational performance.

### **Targeting the most relevant factors on a case-by-case basis**

The biopsychosocial model, as opposed to the biomedical one, is widely favoured in order to better understand and address chronic pain. Psychosocial factors have been shown to better predict function than biological factors (Turk & Okifuji, 2002) and an abundant body of scientific literature supports a perspective that beliefs and attitudes towards pain are strong predictors of functional limitations. In fact, many studies have focused on individuals who avoid activity because they fear increased pain, and in whom physical deconditioning results in even more pain and disability. In contrast, other activity patterns which do not fit the fear avoidance model, such as over-activity, task persistence (Vlaeyen & Morley, 2004) and pacing (Gill & Brown, 2009), have not been investigated as much (Robinson et al., 2011). Moreover, qualitative studies considering the individuals' reports of their lived experience with chronic pain describe the positive effect on engaging in meaningful and enjoyable activities (Fisher et al., 2007).

Therefore, a purely psychosocial paradigm of chronic pain, although widely utilized in pain management programs, is questionable. Actually, this conception is challenged by a developing body of qualitative research revealing that people living with chronic pain do not systematically accept this psychosocial explanation of pain (Robinson et al., 2011) and by the fact that an important proportion of patients following multidisciplinary pain management program do not report a significant pain intensity reduction (Turk & Swanson, 2007). Furthermore, within those individuals, few of them automatically become more active. Occupational therapists, who fundamentally adopt a humanistic philosophy and a client-centered approach, consider that the extent to which each individual engages in occupations depends on the interaction between one's own body and mind, and physical and social elements of their environment. A comprehensive OT evaluation allows a rigorous exploration of the specific factors that contribute to actual or potential challenges in the individual's everyday life and necessarily considers how each individual perceives his own life-story with chronic pain. We do not refer to a single or unidimensional explanatory model of chronic pain while analysing our patient's activity profile and pain behaviours.

### **Selecting the best practices in accordance with each profile**

Occupational therapists consider that «the obligation to manage pain and relieve a client's suffering is fundamental» (Engel in Pendleton & Schultz-Krohn, 2012). We ultimately aim to help people with chronic pain to engage in the roles that are important for them, and those activities that give them satisfaction and sense of purpose in life. In order to attain this ambitious goal, we use occupation and a wide range of approaches targeting pain, physical capacities, mood, fatigue, self-efficacy and environmental obstacles. Because pain is a subjective experience (Merskey & Bogduk, 1994), and its impacts on everyday living are multifactorial, approaches to treatment should be personalized. Occupational therapists collaboratively work with the individual, sharing ideas and problem solving for finding effective pain coping and self-management strategies, and integrating them on a daily basis.

Therapeutic activity programs are a unique contribution of occupational therapy in pain management. They consist of task selection and grading based on the individual's interests, abilities, roles and lifestyle. We plan and adapt activities so the person's energy is maintained, pain is minimized and activity tolerance is increased. Therapeutic education, regular gentle exercises (such as walking, yoga, tai chi and aquatherapy), body mechanics and posture training, splints, environmental adaptations and adaptive equipment, distraction, relaxation, and some analgesic modalities can be included in our treatment. When needed, we also include family, friends and colleagues, making sure they understand the person's difficulties, and how they can contribute better to the individual's occupational performance and wellbeing. Furthermore, innovative interventions, such as somatosensory rehabilitation (Spicher & Quintal, 2013), are accessible to occupational therapists and should also be part of our competencies. This method directly addresses pain reduction and can be used in sequence with other interventions. Occupational therapists are particularly well placed to fit this approach in the daily routine of the individual and to find means to avoid touching the allodynic area at some points of the treatment. We rarely have such wonderful means directly targeting the somatosensory elements of pain in order to better enhance occupational performance.

### **Putting forward our specificity and promoting our role in chronic pain management**

People living with chronic pain complain about pain itself and also about the fact that they cannot function as well as they would like to. Pain is subjective and invisible whereas its impact on everyday living is observable and can be objectively documented by occupational therapists.

Occupational therapists' perspective in pain management is their focus in understanding and enabling engagement in every living. A growing body of evidence indicates that occupational therapists can offer wide-reaching interventions that are cost-effective and improve health outcomes and suggests that occupational therapy could play an increased role in pain management (Rexe et al., 2013).

Beneficial effects of physical activities on mood, pain perception and physical capacities are known. The effectiveness of OT interventions can be measured and documented by reduction in pain and pain behaviours, increased occupational performance and quality of life, improved mood and decreased drug and healthcare utilization amongst other parameters. Unfortunately, there is little data supporting the beneficial effects of OT interventions with people with chronic pain until now.

Indeed, OT in chronic pain management currently faces many challenges. The Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT, 2012) and other authors (Robinson et al., 2011) urge the need to 1) do more research about its effectiveness, 2) employ and participate in the development of valid assessment tools focused on functional outcomes, and 3) improve occupational therapy services by:

- performing detailed pain assessment, documenting its impact on occupational performance and targeting pain management in wider range of clients and clinical settings;
- keeping our focus on an occupation-based practice;
- continuously upgrading our clinical competencies and adopting best practices in order to better evaluate and help individuals living with chronic pain;
- early intervention for preventing the development of chronicity.

Most occupational therapists have occasions to work with people who have pain. Their intervention can have very direct and beneficial impacts on the lives of these clients. Unfortunately, we do not target pain and its impact on function as often as we should, and we are poorly involved in the pain community.

OT is positioned to enact impactful clinical care and research in the arena of pain management. Shouldn't we seize this great moment of opportunity to consolidate the foundations of our profession and make it known better?

### List of references

Blyth, F.M., March, L.M., Brnabic, A.J.M., Jorm, L.R., Williamson, M. & Cousins, M.J. (2001). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain*, 89(2–3), 127–134.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287–333.

Canadian Pain Coalition & Canadian Pain Society. (2011). Call to action: the need for a national pain strategy for Canada. Retrieved from :  
<http://www.canadianpainsummit2012.ca/media/11445/final%20nat%20pain%20strategy%20%20for%20can%20121511%20eng.pdf> (accessed October 9, 2013).

Canadian Association of Occupational Therapists (2012). CAOT Position Statement: Pain Management and Occupational Therapy. Retrieved from :  
<http://www.caot.ca/default.asp?pageid=4210> (accessed October 9, 2013).

Engel, J.M. (2012). Evaluation and Pain Management. In: Pendleton, H.M. & Schultz-Krohn, W.. *Pedretti's occupational therapy: practice skills for physical dysfunction*. 7<sup>th</sup> Ed. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier; 2012. xviii, 1306 p.

Fisher, G.S., Emerson, L., Firpo, C., Ptak, J., Wonn, J. & Bartolacci, G. (2007). Chronic pain and occupation: An exploration of the lived experience. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(3), 290–302.

Gill, J.R. & Brown, C.A. (2009). A structured review of the evidence for pacing as a chronic pain intervention. *European Journal of Pain*, 13(2), 214–216.

Klinger, L. & Klassen, B. (2011). What does an occupational therapist do for someone living with chronic pain? *Occupational Therapy Now*, 14(5), 6-7.

Merskey, H. & Bogduk, N. (Eds.) (1994). *Classification of Chronic Pain : Descriptions of Chronic Pain Syndroms and Definitions of Pain Terms*, (2<sup>nd</sup> ed.). Seattle : International Association for the Study of Pain Press.

Rexe, K., McGibbon Lammi, B. & von Zweck, C. (2013). Occupational Therapy: Cost-Effective Solutions for Changing Health System Needs. *Healthcare Quarterly*. 16(1), 69-75.

Robinson, K., Kennedy, N. & Harmon D. (2011) Review of occupational therapy for people with chronic pain. *Australian Occupational Therapy Journal* 58, 74–81.

Spicher, C. & Quintal, I. (2013). *La méthode de rééducation sensitive de la douleur* (2<sup>ème</sup> éd.). Montpellier, Paris : Sauramps médical.

Townsend, E.A. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE



Turk, D.C. & Swanson, K. (2007). Efficacy and cost- effectiveness treatment for chronic pain: An analysis and evidence-based synthesis. In: M. E. Schatman & A. Campbell (Eds.), *Chronic pain management: Guidelines for multidisciplinary program development* (pp. 15–38). NewYork: Informa Healthcare.

Turk, D. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690.

Vlaeyen, J.W.S. & Morley, S. (2004). Active despite pain: The putative role of stop-rules and current mood. *Pain*, 110(3), 512–516.

**EDITORIAL BOARD**  
**Peer-reviewed open-access journal**

To MD   
To patient 

To neuroscientist   
To therapist 

**Editor-in-chief**

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

**Co-editor**

Fanny HORISBERGER, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP<sup>®</sup>

**Assistant editors**

Marion VITTAZ, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP<sup>®</sup>

**International assistant editors**

Tara L PACKHAM, MSc, OT Reg. CSTP<sup>®</sup> (Ontario, Canada)

Elinor BEHAR, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP<sup>®</sup> (Belgium, Israel)

Julie MASSE, MSc OT (Québec, Canada)

Renée HAMILTON, BSc OT (Québec, Canada)

Séverine GLANOWSKI, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP<sup>®</sup> (France)

Catherine COUVREUR, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP<sup>®</sup> (Belgium)

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

Sibele de ANDRADE MELO, PhD, pht (Brazil)

Ivano DONES, MD (Italy)

Rebekah DELLA CASA, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP<sup>®</sup> (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)**

Château  
*Lamblin* et

*Mika*  
Peintre - Dessinateur

**Des coffrets de vin et étiquettes personnalisés...**

Des coffrets oenotouristiques décorés avec des monuments  
de villes, peints avec du vin... par le peintre *Mika*



**Mais aussi des coffrets personnalisés pour événements divers  
(Mariages, baptêmes, anniversaires, départs en retraite...)**

*Étiquettes à 3 volets détachables\*, contenant des informations  
sur le thème choisi (événements, monument, etc...)*



*\* modèle déposé par B3P Concept*

**Pour vos commandes, contactez :**

**CHATEAU LAMBLIN - Francis LAMBLIN**

13 route de l'Estuaire - 33710 COMPS

Tél: 06 82 00 83 50 / 05 57 64 96 05 Mail: [chateaulamblin@orange.fr](mailto:chateaulamblin@orange.fr) Web: [www.chateau-lamblin.com](http://www.chateau-lamblin.com)

Blog : <http://monuments-vin.over-blog.com>



## Somatosensory Rehabilitation Centre's Statistics

To MD    To neuroscientist   To patient   To therapist   

Spicher, C.J. & Létourneau, E.<sup>2</sup>

		McGill Pain Questionnaire (1 <sup>st</sup> session)		
		≥ 20 - < 50 points	≥ 50 - < 60 points	≥ 60 points
Pressure Perception Threshold (PPT) (2 <sup>nd</sup> session)	> 13.0 gram	<b>133</b> ± SD=123 days (range: 23-560 days)	<b>148</b> ± SD=111 days (range: 23-560 days)	<b>223</b> ± SD=132 days (range: 49-658 days)
	9.1 – 13.0 gram	<b>128</b> ± SD=78 days (range: 24-394 days)	<b>139</b> ± SD=59 days (range: 58-284 days)	<b>157</b> ± SD=151 days (range: 31-669 days)
	5.1 – 9.0 gram	<b>117</b> ± SD=72 days (range: 8-319 days)	<b>141</b> ± SD=103 days (range: 28-459 days)	<b>183</b> ± SD=172 days (range: 48-719 days)
	1.1 – 5.0 gram	<b>116</b> ± SD=86 days (range: 6-554 days)	<b>135</b> ± SD=99 days (range: 7-554 days)	<b>200</b> ± SD=161 days (range: 6-790 days)
	≤ 1.0 gram	<b>95</b> ± SD=69 days (range: 5-352 days)	<b>97</b> ± SD=72 days (range: 7-440 days)	<b>182</b> ± SD=140 days (range: 43-632 days)

**Table I: Duration of Treatment Prognosis at the initial assessment (2<sup>nd</sup> session)**  
*n = 1247 peripheral neuropathic pain patients and their 1747 axonal lesions*  
*(Stage III & IV of axonal lesions: intermittent & permanent neuralgias)*

This illustrates the relation between the hypoaesthesia (PPT) and the pain (McGill Pain Questionnaire) in predicting the duration of treatment.

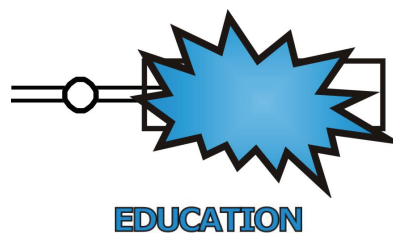
<sup>2</sup> BSc OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain  
[reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch](mailto:reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch)

**SOMATOSENSORY REHABILITATION of PAIN NETWORK**

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

Departement of Continuous education

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



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

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

The 6<sup>th</sup> course for **somatosensory rehabilitation of pain** is a four day comprehensive theoretical and hands-on course for therapists, physicians and others, about a method to treat neuropathic pain patients (NPP).

**Somatosensory Rehabilitation of Pain** (Spicher, 2006) includes: Assessment of cutaneous sense disorders and their painful complications (CRPS, mechanical allodynia, neuralgia i.e post carpal tunnel syndrome release) and also rehabilitation.

### Problem

Cutaneous sense disorders, including hypoaesthesia and/or mechanical allodynia are often significant contributors to chronic pain.

The normalisation of the cutaneous sense has a positive impact on **neuropathic pain**. The shooting pain, the burning sensations decrease, offering NPP a better quality of life.

### Concepts

The concept of A $\beta$  pain was proposed by Marshall Devor [*Exp Brain Res* 2009] many years after Tinel (1917) suggested that neuropathic pain is conducted partly through the A $\beta$  fibers. The etiology of neuropathic pain hinges on this idea. It means that chronic neuropathic pain can arise from the alteration of the somaesthetic system and not only from the alteration of the C fibers. Therefore, the painful area must be carefully assessed in order to determine the presence of A $\beta$  fibers lesions (hypoaesthesia and/or mechanical allodynia). Consequently, the normalisation of the cutaneous sense has a positive impact on neuropathic pain.

Since 2006, 2014's SOMATOSENSORY REHABILITATION OF PAIN

### Overall Learning Aims

- To rehabilitate the disorders of the cutaneous sense on the basis of the neuroplasticity of the somaesthetic system;
- To avert the outbreak of painful complications by rehabilitating the cutaneous sense;
- To build bridges between rehabilitation, medicine and the neurosciences.

### Instructors of the Somatosensory Rehab of Pain Network

- Claude Spicher, Scientific collaborator (University of Fribourg – Neurophysiology Unit), Swiss certified HT;  
[www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/spicher.php](http://www.unifr.ch/neuro/rouiller/collaborators/spicher.php)
- Eva Létourneau, BSc OT (University of Montreal), Certified Somatosensory Rehabilitation of Pain, therapist in the Somatosensory Rehabilitation Ctr (Fribourg – Switzerland).  
[linkedin.com/profile/letourneau](http://linkedin.com/profile/letourneau)

### Course Informations

Date	8 <sup>th</sup> to 11 <sup>th</sup> of September 2014
Time	9 am – 12 am & 1 pm – 5 pm
Duration	28 hours
Location	6, Hans-Geiler Street, 1700 Fribourg, Switzerland
Price	All together € 557 / CHF 690 / 760 CAD Dollars / 728 US Dollars / £ 480 (Work Documents in English + Handbook + Atlas).

### References

- Spicher, C.J. (2006). *Handbook for Somatosensory Rehabilitation*. Montpellier, Paris: Sauramps Médical.
- Spicher, C.J., Desfoux, N. & Sprumont, P. (2010). *Atlas des territoires cutanés du corps humain*. Montpellier, Paris: Sauramps Médical (58 charts, each branch named in English. Foreword, Patients & method in English).
- Devor, M. (2009). Ectopic discharge in A-beta afferents as a source of neuropathic pain. *Exp Brain Res*, 196, 115–128.
- Tinel, J. (1917). *Nerve wounds*. London: Baillière, Tindall & Cox.

## 6<sup>th</sup> Course for Somatosensory Rehabilitation of Pain

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

---

6<sup>th</sup> Course for Somatosensory Rehabilitation of Pain  
(Since May 2006)  
8<sup>th</sup> to 11<sup>th</sup> of September 2014

**REGISTRATION FORM**

Deadline: Monday, 30<sup>th</sup> June 2014

**Name:**

**First (given) name:**

**Professional occupation:**

**Address:**

**e-mail address:**

**Please fill and return to:**

Somatosensory Rehabilitation of Pain Network  
Department of Continuous Education  
6, Hans-Geiler Street  
CH-1700 Fribourg  
Switzerland



e-mail : [info@neuropain.ch](mailto:info@neuropain.ch)

**or**

Fax: +41 26 350 06 35

**ARTICLE INEDIT****Co-thérapie : avantages et désavantages**

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

**Eva LETOURNEAU, RSDC<sup>®</sup>, BSc erg.<sup>3</sup>**

**ABSTRACT**

The utilisation of co-therapy is not common in rehabilitation, but it presents a multitude of advantages for the professionals and the clients as well. The co-therapy used at the Sensory Rehabilitation Center can be described as two therapist sharing the same therapeutics goals and approach with a single patient, seeing him alternatively from one week to the other.

Co-therapy is a simple way to have access to the knowledge and experience of two therapists for the patient. It also gives the opportunity to make continuity in the treatment, even in the absence of one therapist. For the co-therapists, co-therapy gives the possibility to improve quickly their technique and therapeutics interventions qualities as well. Having a co-therapist is also a way to share difficulties and prevent burnout. On the other hand, co-therapy is more complex in terms of schedule organisation. The skills and efforts made to have a positive experience in co-therapy are also obstacles that need to be told.

The goal of this article is to present a personal point of view of the co-therapy as a practice in a treatment based on the somatosensory rehabilitation of pain.

**Keywords:** Co-therapy, somatosensory rehabilitation of pain.

**INTRODUCTION**

La pratique professionnelle en co-thérapie est un mode d'organisation du travail peu fréquemment rencontré en réadaptation, mais souvent présentée en psychothérapie (Couette & Forzu-Cahour, 2006). La définition de la co-thérapie telle qu'utilisée ici est celle comprenant deux thérapeutes partageant le même plan d'intervention et la même approche thérapeutique **en suivi alterné** auprès d'un même patient. Ce mode d'organisation des services professionnels utilisé au Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg, Suisse) se présente donc sous la forme d'une dyade de thérapeutes œuvrant dans le même environnement physique. La co-thérapie comprend l'utilisation d'un dossier unique du patient au sein duquel les deux co-thérapeutes inscrivent tour à tour les informations pertinentes

---

<sup>3</sup> Ergothérapeute graduée de l'Université de Montréal (Qc, Canada), Rééducatrice sensitive de la douleur certifiée RSDC<sup>®</sup>, Centre de rééducation sensitive du corps humain; Clinique Générale; Hans-Geiler, 6; 1700 Fribourg (Suisse). [reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch](mailto:reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch)

relatives au suivi de leurs interventions. L'entière responsabilité du traitement incombe toutefois aux deux thérapeutes, tout comme les démarches administratives (voir annexe).

### AVANTAGES

Le premier avantage visible au co-thérapeute novice comme à l'expérimenté est l'accès à un support constant de son co-thérapeute. Pour moi, la co-thérapie favorise pour les professionnels impliqués la discussion continue et l'intervision (supervision entre les pairs). Elle optimise ainsi les qualités de thérapeutiques, tant au niveau du perfectionnement de la pratique quotidienne que dans l'établissement et la **gestion du lien thérapeutique** avec le patient. La co-thérapie permet ainsi un enrichissement mutuel du travail. Elle offre l'accès à l'expérience, les habiletés techniques et à la créativité de deux professionnels pour un patient donné, ce qui décuple les options thérapeutiques (Bowers *et al.*, 1981).

Selon mon expérience, la co-thérapie permet aussi l'accès à un autre point de vue sur la situation d'un patient donné, avec des biais perceptuels et émotionnels différents selon le thérapeute en place. La gestion du lien thérapeutique est facilitée par la présence du co-thérapeute, qui modifie la dynamique relationnelle avec le patient (Roller & Nelson, 1991). La co-thérapie permet aux professionnels de partager la difficulté de certaines interventions complexes et au besoin de confronter deux points de vue différents. Il est aussi plus aisé d'être deux co-thérapeutes pour gérer les éventuels transferts et contre-transferts pouvant survenir dans la relation patient-thérapeute. Bien que le co-thérapeute ne soit pas seul, la responsabilité du traitement lui est tout de même entièrement dédiée ; il reste notamment garant du **cadre thérapeutique**.

Ce mode d'organisation permet également de **prévenir le surmenage** selon Roller et Nelson (1991). La co-thérapie permet le partage des réussites comme des échecs, ce qui est un avantage certain selon moi. Les co-thérapeutes peuvent compter l'un sur l'autre au besoin.

Le fait d'être deux permet aussi une continuité de suivi plus efficace en l'absence inévitable (congé, formation continue, maladie, etc.) d'un des co-thérapeutes, le patient ayant toujours une personne qui le connaît bien à qui se référer. Le travail peut ainsi se poursuivre en l'absence de l'un des co-thérapeutes et ainsi diminuer le fardeau du retour suite à une absence de courte durée. Le partage de la responsabilité concernant les rapports de suivi à produire aux autres professionnels et médecins référents est aussi un facteur à considérer pour les co-thérapeutes.

### DÉSAVANTAGES

Ce mode de fonctionnement a aussi ses désavantages. D'une part, au niveau organisationnel, cela demande une gestion commune des horaires un peu plus complexe, tout en s'assurant que les co-thérapeutes pourront se rencontrer pour échanger au besoin. D'autre part, la relation entre les co-thérapeutes doit aussi être une relation égalitaire ou tout du moins chacun doit avoir suffisamment confiance en ses capacités professionnelles pour exprimer un désaccord ou un point de vue différent face à la thérapie en cours, le tout pour le bénéfice du patient. Cet aspect n'est pas toujours aisé, tout particulièrement pour un thérapeute novice travaillant avec

un thérapeute plus expérimenté. Cela implique également l'ouverture de l'autre co-thérapeute à la réception d'un point de vue différent du sien en respectant l'opinion de l'autre ; ce qui n'est pas toujours facile. En effet, l'effort nécessaire pour établir et entretenir la relation avec le co-thérapeute est un effort supplémentaire à fournir pour une co-thérapie efficace. Le choix du co-thérapeute est donc important, car « une similarité trop importante ne proposera aucun bénéfice découlant de la co-thérapie et une trop grande différence pourrait mener à des conflits et de la confusion chez le patient. » (Roller & Nelson, 1991). Dans une petite équipe, cela peut se faire par la **co-optation** au moment de l'engagement d'un nouveau collègue (Delaire & Ordronneau, 1989); par opposition, à un engagement imposé par la direction.

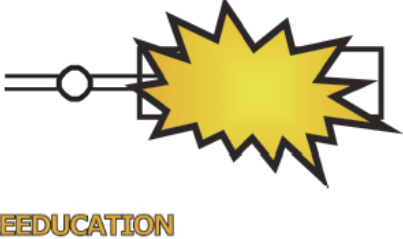
## CONCLUSION

La co-thérapie est un mode de fonctionnement qui s'adapte bien à la méthode de rééducation sensitive de la douleur, présentant une multitude d'avantages à la fois pour les thérapeutes et les patients. Toutefois certaines limites au niveau des ressources organisationnelles et humaines peuvent être un frein à sa mise en place.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bowers, W.A. & Gauron, E.F. (1981). Potential hazards of the co-therapy relationship. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 18(2), 225-228.
- Couette, S. & Forzu-Cahour, B. (2006). Heurts et bonheurs de la cothérapie. *Le Journal des psychologues*, 2(235), 70-73.
- Delaire, G. & Ordronneau, H. (1989). *Enseigner en équipe* (Coll. Les guides du métier d'enseignant). Paris: Les éditions d'organisation.
- Roller, B. & Nelson, V. (1991). *The Art of Co-therapy : How Therapists Work Together*. New York: Guilford Press.

## ANNEXE

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

## Charte de co-thérapie

- Chaque co-thérapeute est **RESPONSABLE** de son traitement et non seulement co-responsable : il est notamment le garant du **cadre thérapeutique**.
- A chaque traitement, les co-thérapeutes essayent de planifier les rendez-vous (rdz) des **deux prochaines séances** avec le patient. Dans tous les cas, chaque co-thérapeute planifie sa prochaine séance (qu'elle soit dans 1, 2 ou 3 semaines).
- Pour les cas complexes ou avec une évolution trop lente, prévoir une **plage d'intervision** (de 15 ou 30 minutes) pendant laquelle les deux co-thérapeutes se retrouvent, par exemple, pour discuter et adapter la stratégie thérapeutique. Au besoin, à l'initiative d'un co-thérapeute et si l'autre le souhaite aussi, planifier une intervension avec le cadre de santé.
- Remise **en main propre** du patient, lorsqu'il y a changement de co-thérapeute.
- Mettre en **première page du dossier**, le rapport de suivi rédigé pour les autres professionnels et médecins référents afin qu'il soit lu par l'autre co-thérapeute.
- **Organisation de sa suppléance** : si un co-thérapeute doit changer le RDV de son patient, pour cause d'absence (congé, formation, déplacement pour enseigner, etc.), c'est à lui de le contacter.

(R4)_Dpt Rééducation/Gestion documentaire/Charte de co-thérapie		Libération : CS	Date : 21.08.2007
Modification : 1.7	Date de la modification : 15.12.2011	Auteur : CS, ND, SC, MV	Page 1 sur 1





Spicher, C., Buchet (- Desfoux), N. & Sprumont, P. (@ paraître, novembre 2013)

*Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches*

**2<sup>ème</sup> édition**

Montpellier, Paris : Sauramps médical

Aux médecins   
Aux patients 

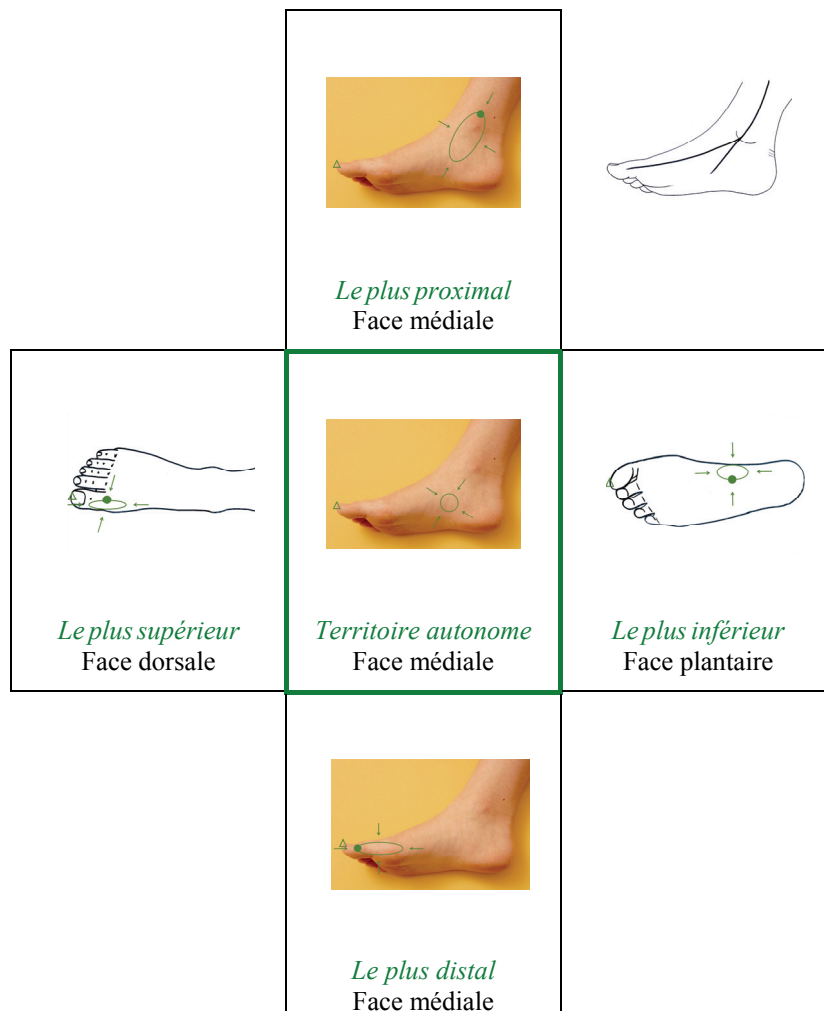
Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

## Branche terminale du nerf saphène

Terminal branch of saphenous nerve

*Ramus terminalis, nervus saphenus*

Branche terminale du nerf saphène interne



## Département crural

Planche 8.1 : les 5 éléments topographiques de la sensibilité vibrotactile  
*Les 4 points cardinaux du territoire maximal de distribution cutanée  
et le territoire autonome*

## Foreword of the 2<sup>nd</sup> edition by S.W. Carmichael

At the outset the authors make it clear that this atlas has a radically different viewpoint compared to other atlases of cutaneous nerve distribution. Specifically, they mapped cutaneous sensation from the periphery towards the center. For the cutaneous distribution of any given nerve, they mapped the most distal extent first, then moved proximally mapping medial and lateral boundaries until they approached the most proximal limit. This makes clinical sense because sensory neuropathies typically present distally and progress proximally.

The clinical emphasis of the atlas is also obvious because it is based on maps obtained from over two thousand Neuropathic Pain Patients (NPP), nearly double the number of patients mapped for the first edition of this atlas. This large sample of NPPs was validated by the contributions of several distinguished collaborators from around the world. There are also about a hundred clinical anatomy references. The astute observer will note variations in the maps of many of these references with each other and with this atlas. This is because the cutaneous distribution of sensory nerves varies among patients. To make this atlas valuable even though these distributions vary, the authors have chosen to illustrate the “largest territory of cutaneous distribution of the nerves.” Therefore, in a given patient, the distribution of a cutaneous nerve can be expected to fall within the boundaries outlined in this atlas. These maps cannot be precise, but at least the outer margins are given and this will be of value to the practitioner who sees these patients.

In addition to the territory of innervation, maps for different sensations are also presented. For example, pain is perceived at lower thresholds than touch so the territory for pain sensation will typically be larger. This is due to the facts that receptors with different stimulus modalities are involved in receiving these sensations and different fibers conduct the impulses. In spite of these differences, touch (as defined by detection of a 0.7 gram weight applied to the skin) is diminished in the same territory where pain is perceived.

Although the maps for all territories of the body are clearly designed, one of the most useful features of this atlas is the summary of the maps of the intercostal nerves. This provides the clinician with an image that is easy to grasp and apply to numerous clinical situations. Also, many of the drawn maps are supplemented with photographs that make the distribution of the cutaneous nerves quite unambiguous. Furthermore, some judiciously-chosen tables provide valuable references for busy clinicians. Finally, indexes of the anatomical territories and the tables at the end of the atlas provide a ready guide to any cutaneous nerve of interest.

Stephen W. Carmichael, Ph.D., D.Sc.  
Professor Emeritus of Anatomy and Orthopedic Surgery  
Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

## Introduction

This atlas of clinical anatomy is the result of a large clinical cohort. As the first edition was more theoretical, since it was based on a study of 1528 aesthesiographies (somatosensory maps) of 1140 patients, this second edition is based on the continuation of this research. It also tries to create a link between anatomical knowledge and clinical practice, or more specifically it shows how the topographical elements can guide the clinical evaluation.

The 1947 patients included in this study were recruited from the 2<sup>nd</sup> July 2004 to the 20<sup>th</sup> August 2013. The topographical study was done on 2242 aesthesiographies, a term that designates the representation of an hypoaesthetic territory.

The goal of this study is to define *five topographical elements* for each cutaneous branch:

1. The *autonomous* territory of cutaneous distribution

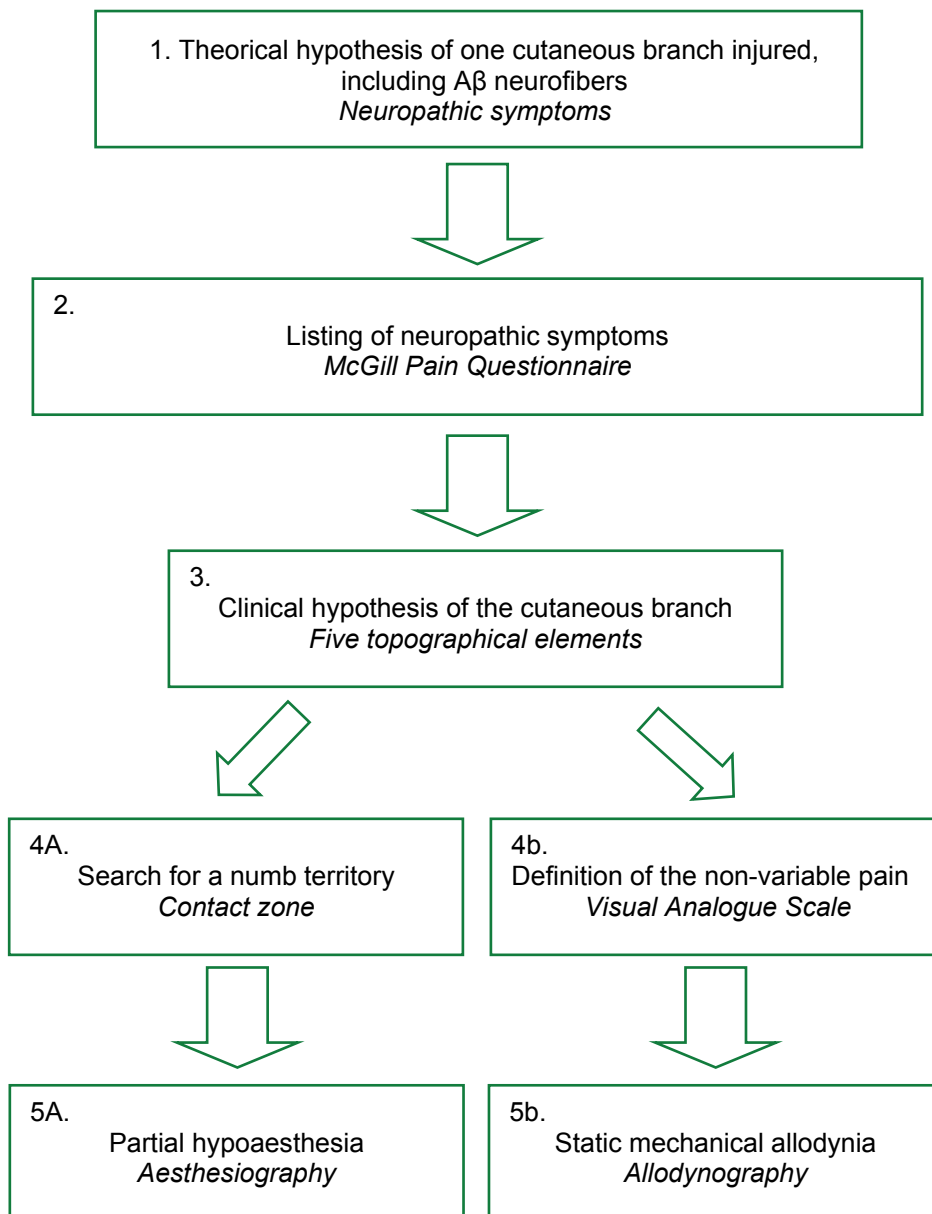
The *largest* territory of cutaneous distribution with:

2. The most distal point
3. The most proximal point
4. The most medial point
5. The most lateral point

### **Largest territory of cutaneous distribution**

This method of presenting the largest cutaneous distribution territory (Lanz von, 1935) is one of the creative aspects of this work. Clinically, it is rare to observe a complete lesion of the largest territory, because the majority of patients suffer partial nerve lesions (axonotmesis) and rarely from complete transection (neurotmesis). We have thus reconceptualised the nerve distribution by postulating that the largest distribution of any given cutaneous branch can be represented by the territory delineated by the four outermost points elicited by testing which include the known autonomous territory of that specific cutaneous branch. Behind or above these points a cutaneous branch cannot innervate a specific portion of skin. Each chart in the atlas (see above chart 8.1) presents the five topographical elements illustrated by partial hypoaesthetic territories of five different patients.

We have also made a cross-referenced between the topographical observations of these 2242 aesthesiographies and the results in 96 publications on anatomy. It seems that the results of this second edition are similar to the first one. We therefore have made some minor modifications of the anatomical illustrations to make them more accessible (Fig. 1).



**Fig. 1 :** Clinical reasoning of the practitioner, from neuropathic symptoms to the partial hypoaesthetic territory of a cutaneous branch injured.

### From symptomatology to neuropathic semiology

To employ this atlas as a didactic tool, the clinician must make the following hypothesis:

If your patient reports symptoms of neuropathic pain, then he has axonal lesions of a cutaneous branch including Aβ neurofibres lesions. Based on this supposition, then the clinician can conduct a clinical evaluation of neuropathic symptoms and look for the hypoaesthetic territory through the clinical sign of aesthesiography.

To make the clinical hypothesis of which cutaneous branch is injured using this atlas, we must call attention to the following tenets of clinical anatomy:

1. The localization of the burning pain sensations, or even the sensation of superficial heat, corresponds to the hypoaesthetic territory

2. Electric sensations go to the most distal point of the largest territory from proximal to distal or starts at this point and radiate proximally.

The constant research of the link between these neuropathic symptoms and anatomy is the day to day work of professionals in sensory rehabilitation of pain. Moreover, the symptoms of tingling and numbness present in the center of the hypoaesthetic territory can complete the assessment of the patient. All these terms are listed in the original McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975). However, this questionnaire is limited in the rating of electric sensations, as many people have never experienced an electric shock. To conclude this second part, we would like to insist on the particularity of the clinical questioning in algology. It has to be direct and the result of a really tight questioning.

### **From skin to brain**

The second creative aspect of this work is to organize our research on a centripetal manner. Since the somatosensory system is afferent (from Latin *afferre*: means bring from the periphery to the central organs) we organized this atlas from the skin to the brain and not in a centrifugal way: from the origin to the ending. In this centripetal organization, the superficial branch of the radial nerve, as an example, joins the radial nerve in the forearm level – rather than leaving it - and this is the reverse of how of the muscular anatomy is conceptualized.

Nerves endings regroup to form nerves that are cables, getting bigger as they get closer to the central nervous system. Historically, we have attributed to these cables a fundamental role in cutaneous sensibility. They carry information from one territory to the other, the information proportionally as important as the number of fibers in the nerve.

Troubles of cutaneous sensibility mostly come from a single lesion of an axon or a small portion of the nerve. The traditional anatomy centrifugal view describes in detail the different branches of nerves that can be seen. But it cannot describe what is inside those branches and less so the exact topography of its original cutaneous territory. Our atlas does precisely this: it analyses for each nerve branch the topography of the origin of sensations. It is no longer dissection, but reconstruction from the skin to the nerve.

With this tool, the professional, therapist or doctor, can examine a subject and exclude, or not, the existence of axonal lesions inside a cutaneous branch. The professional can search the skin, using standardized and rigorous methods, to identify the territory where the sensibility declines. He can then report these territories based on the illustrations of the atlas, keeping in mind that a traditionally ventral territory can also have axons from a dorsal origin.

Anatomy is evolving, but only under the condition that we recognize new points of view that are practical and functional. This will always give to doctors and clinicians precious information.

**Petit abécédaire**  
pour les novices en  
rééducation sensitive de la douleur

**Écrits par les patients**

**A B C ....**

**Z**

**Rubrique spéciale choisie par : Sophie  
BRET-PASIAN, Catherine COUVREUR,  
Lucie CREGO, Séverine  
LANDREAU- GLANOWSKI, Marion  
VITTAZ et collaborateurs**

## A

**Mot-clef : Allodynie mécanique**

L'allodynie mécanique ..., c'est quoi ?

**"C'était vraiment paradoxal comme situation, j'avais mal et n'avais pas de sensibilité au toucher."**

**Gobet, V. (2011). *e-News Somatosens Rehab* 8(3), 160 (une page)**

Comment expliquer cette sensation bizarre, douloureuse, qui me rongait chaque jour ?

**"Je ne supportais plus aucun contact avec des tissus, habits, draps de lit ou autre à cet endroit de mon corps !"**

**M, R. (2008). *e-News Somatosens Rehab* 5(1), 8 (une page)**

**Allodynie mécanique :** douleur causée par un stimulus mécanique qui normalement ne produit pas de douleur.

Spicher, C., Buchet (- Desfoux), N. & Sprumont, P. (@ paraître, novembre 2013). *Atlas des territoires cutanés du corps humain : Esthésiologie de 240 branches* (2<sup>ème</sup> Édition). Montpellier, Paris : Sauramps médical.

## C

**Mot-clef : Contre stimulation vibrotactile à distance**

Comment une peau d'un lapin peut-elle soulager les patients ?

**"Je commence mon traitement avec ma peau de lapin et je me donne de la douceur 8x/jour."**

**Loup Kalbfuss, D. (2013). *e-News Somatosens Rehab* 10(2), 91 (une page)**

**"Caresser ma chair à une place où je n'ai pas mal avec une peau de lapin".**

**Lachat, A. (2008). *e-News Somatosens Rehab* 5(4), 166 (une page)**

**"Malgré 20 ans de lutte acharnée, ce fut la peau d'un autre qui me sauva ; celle d'un lapin !! "**

**I.J. (2008). *e-News Somatosens Rehab* 5(2), 55 (une page).**

**Contre-stimulation vibrotactile à distance :** technique qui utilise un agent thérapeutique tactile ou vibratoire à distance pour permettre au patient de percevoir un stimulus non-nociceptif de manière non-nociceptive, sur un territoire cutané initialement allodynique (2<sup>ème</sup> technique de la méthode de rééducation sensitive de la douleur).

Spicher, C.J. & Quintal, I. (2013). *La méthode de rééducation sensitive de la douleur* (2<sup>ème</sup> édition). Montpellier, Paris : Sauramps Médical.

**D****Mot-clef : Douleurs neuropathiques**

En cas de douleurs : est ce normal de ressentir des douleurs si fortes et si variées, si bizarres ?

" J'ai ressenti une violente douleur sous le sourcil gauche. Une douleur si forte que j'ai du arrêter ce que je faisais et m'asseoir. C'est comme si on me plantait un poignard, j'avais des lancées extrêmement fortes. Au bout d'un moment, les douleurs sont passées. Jusqu'au lendemain. Je me disais que ce n'était pas normal, que quelque chose était cassé. Mes douleurs au bras ressemblaient tellement à mes douleurs sous le sourcil : des lancées, une sensation de compression, une chaleur... des douleurs insupportables qui fatiguent, irritent, et nous font par moment « péter un plomb»."

A.A. (2013). *e-News Somatosens Rehab* 10(3), 129 (une page)

**E****Mot-clef : Éducation thérapeutique du patient**

Comment m'aider à ne plus ressentir ses violentes gênes au fil de la journée ?

"Monsieur Spicher m'a conseillé de bannir les pantalons et de ne porter que des robes ou des jupes !"

Gobet, C. (2011). *e-News Somatosens Rehab* 8(3), 160 (une page)

Pourquoi est-il important que les patients comprennent leurs troubles, leurs symptômes ?

-"Esta terapia me ha ayudado principalmente a comprender mi problema a dar un nombre medico con explicaciones coherente."

? (2011). *e-News Somatosens Rehab* 8(1), 30 (une page).

"On peut trouver une explication purement physiologique à ces douleurs exacerbées : le nerf repousse de manière anarchique. Il se ramifie et la douleur irradie. Il se peut aussi que le trajet nerveux soit comme court-circuité : le signal remonte vers la source". Bilan des dégâts : « Le toucher est interprété comme une douleur » résume Claude Spicher."

Amman, J. (2010). *e-News Somatosens Rehab* 7(4), 169 (une page).

**Mot-clef : Esthésiographie**

L'esthésiographie..., c'est quoi ?

"Une sorte de carte de la zone où j'ai mal, laquelle était comme « endormie »"

A.N. (2012). *e-News Somatosens Rehab* 9(3-4), 140 (une page)

**Esthésiographie** : Cartographie d'un territoire hypoesthésique

Spicher, C., Desfoux, N. & Sprumont, P. (2010). *Atlas des territoires cutanés du corps humain*. Montpellier, Paris : Sauramps Médical.



**Mot-clef : Exercices à domicile**

Est-ce je dois faire des exercices tous les jours ?

"Petit à petit, je vis une amélioration, des douleurs extrêmement douloureuses et quotidiennes je passai à des douleurs modérées, avec des jours de répit. "

A.A. (2013). *e-News Somatosens Rehab* 10(3), 129 (une page)

**N****Mot-clef : Névralgies ou douleurs neurogènes**

Quelles sont les sensations douloureuses que les patients ressentent ?

-"... la douleur devenait de plus en plus forte avec des pertes de force dans la main, des fourmillements, des lancées, des coups de poignard..."

Rohrer, S. (2013). *e-News Somatosens Rehab* 10(2), 81.

-"Les picotements étaient le commencement de douleurs indescriptibles. Elles sont arrivées aussi brutalement qu'inattendues. Piqûres, brûlures, déchirures, coups de poignard et j'en passe... Et toujours pas de sensibilité sur toute la cuisse. "

Gobet, C. (2011). *e-News Somatosens Rehab* 8(3), 160.

**P****Mot-clef : Postulat de sincérité du patient**

Comment ne pas mettre en doute la véracité des dires des patients ?

"Je ne croyais pas qu'il avait aussi mal qu'il le disait. Et je l'ai dit à mon père. Mon père m'a regardé, et il m'a dit, en colère : "Tu n'as pas le droit de dire ça ! Si cet homme te dit qu'il souffre, tu dois le croire ! La douleur a raison contre le médecin. Si tu ne peux pas le croire, alors tu devrais changer de métier." "

Zaffran, M. (2010). *e-News Somatosens Rehab* 7(3), 121 (une page).

**Postulat de sincérité du patient :** ne pas suspecter l'inauthenticité de l'expression que le patient présente de sa douleur. Cette attitude initiale ne doit pas présenter un caractère naïf, mais simplement poser les prémices d'une rencontre (Vannotti & Célis-Gennart, 1998).

*Aufrichtigkeitspostulat des Patienten : Die Echtheit des Schmerzes, den der Patient zum Ausdruck bringt, wird nie in Frage gestellt; diese Einstellung ist die Grundlage einer Begegnung (Vannotti & Célis-Gennart, 1998).*

*The postulate of the patient's sincerity : do not doubt the lack of authenticity in the patient's expression of his pain. This initial attitude should not be naive in nature, but should simply form the basis of a starting point (Vannotti & Célis-Gennart, 1998).*

## R

### Mot-clef : Rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente

Comment réveiller ma peau " endormie" qui, jusque là me faisait encore si mal, et qu'il m'était impossible de toucher il y a encore si peu de temps ?

**"Le massage avec d'autres matières telles que de la soie, de la laine et un pinceau, au début pendant quelques secondes et souvent pendant la journée, maintenant plus de 4 X 5 minutes / jour."**

**Cottet, C. (2011). *e-News Somatosens Rehab* 8(4), 204 (une page)**

**Rééducation de l'hyposensibilité sous-jacente :** technique adaptée de la rééducation de l'hyposensibilité ; prescrite pour le traitement de l'hypoesthésie sous-jacente, circonscrite par l'esthésiographie secondaire (3<sup>ème</sup> technique de la méthode de rééducation sensitive de la douleur).

Spicher, C.J. & Quintal, I. (2013). *La méthode de rééducation sensitive de la douleur* (2<sup>ème</sup> édition). Montpellier, Paris : Sauramps Médical.

## T

### Mot-clef : Thérapie du touche-à-tout

La thérapie du touche-à-tout..., c'est quoi ?

**Elle "consiste à toucher avec différents tissus la zone endormie, puis la même zone de l'autre côté, là où ce n'est pas endormi, le but étant d'apprendre à mon cerveau que la sensation doit être la même des deux côtés."**

**A.N. (2012). *e-News Somatosens Rehab* 9(3-4), 140 (une page)**

**La thérapie du touche-à-tout :** ce moyen thérapeutique est prescrit à tous les patients à un moment ou un autre de sa rééducation sensitive. Cette thérapie est ciblée pour stimuler une légère hypoesthésie par la réorganisation du système somesthésique. La main controlatérale munie d'une texture interroge la sensation bizarre, vague et lointaine en touchant la peau circonscrite par l'esthésiographie. Suite à chaque « questionnement », la sensation est immédiatement comparée à une portion de peau saine, c'est-à-dire à la sensation que cette texture renvoie habituellement. C'est comme une sensation étalon : une référence.

Spicher, C.J. & Quintal, I. (2013). *La méthode de rééducation sensitive de la douleur* (2<sup>ème</sup> édition). Montpellier, Paris : Sauramps Médical.

## Parere clinico n. 46 sul paziente

« *I bruciori diminuiscono di intensità e di frequenza* »

Ai medici



Agli scienziati in neuroscienze



Ai pazienti



Ai terapeuti



GIANPAOLO GARAVAGLIA

nato il 25 luglio 1946.

Decorso dell'Erpes Zoster (volgarmente in italiano: fuoco di S. Antonio).

- Ritengo (ma è ovviamente un'impressione assolutamente personale che nessuno dei medici consultati si è sentito di confermare) che il decorso della malattia sia iniziato a novembre 2010, quando ho cominciato a avvertire lievi dolori nella parte alta del torace e della schiena, dolori che sembravano spostarsi e che a volte coinvolgevano anche il braccio sinistro, in maniera però quasi impercettibile. Pensando a problemi di cuore, mi sono rivolto al mio medico di Friburgo che, dopo un elettrocardiogramma ed altri esami, mi assicurò che il cuore era in perfette condizioni. Questi dolori scomparvero dopo poche settimane e quindi non ci pensai più.

- A metà marzo 2011 comincio ad avvertire leggeri e occasionali dolori sul lato destro del torace e sul lato destro della schiena; i dolori consistono in un lieve senso di bruciore distribuito a macchia e mi sembrano identici a quelli provati nel novembre dell'anno precedente.

- Dopo alcuni giorni compare un leggero rossore.

- Mi rivolgo al mio medico a Friburgo che diagnostica subito l'inizio dell'Herpes Zoster e mi prescrive pastiglie da assumere una al giorno per sette giorni.

- Inizia una eruzione che copre una fascia rossastra con piccole pustole alta circa 10 cm. che, dal centro del torace, si espande su tutto il lato destro e prosegue fino al centro della schiena.

- L'eruzione, molto sgradevole a vedersi, non provoca alcun dolore. Seguendo i consigli del medico, applico una pomata disinfettante e copro il tutto con una fascia.

- Agli inizi di aprile l'eruzione comincia a sparire. Iniziano però i dolori, consistenti in forti bruciori in corrispondenza della fascia interessata dall'eruzione.

- I bruciori si manifestano solo durante il giorno e solo quando sono in piedi, quando mi muovo e quando cammino o svolgo altre attività. Sono bruciori abbastanza forti, ma non insopportabili e non continui né per intensità né per persistenza. Cessano quasi completamente quando mi distendo.

- Noto subito che durante la notte, a letto, i bruciori cessano del tutto. Lo stesso avviene subito dopo i pasti e, mi pare di collegare la cosa, soprattutto se bevo vino.

- Su consiglio di amici, mi rivolgo a un neurologo, presso l'Ospedale Niguarda di Milano, che mi prescrive alcune pastiglie ogni giorno di Gabapentin. Proseguo la cura per circa tre mesi senza risultati evidenti.

- Di ritorno a Friburgo, il mio medico, che avevo tenuto regolarmente al corrente del decorso della malattia e che nel frattempo mi aveva detto di assumere antidolorifici (Ibuprofene e simili), cambia farmaco e mi prescrive pastiglie di Lyrica. Anche in questo caso non avverto alcun miglioramento.

Agli inizi di settembre, di passaggio a Milano, mi rivolgo a un altro neurologo presso il Policlinico, che mi prescrive tre applicazioni giornaliere di aspirina sciolta in etere etilico sulla zona dolorante. Dopo circa un mese smetto le applicazioni non avvertendo alcun miglioramento.

- Con l'accordo del mio medico di Friburgo, provo con l'omeopatia, con tutta una serie di pillole e creme. Dopo circa due mesi non vi è alcun miglioramento.

- Il mio medico consiglia allora l'agopuntura: inizio sedute a frequenza settimanale, sempre a Friburgo, per il periodo che va dall'inizio del novembre 2011 al gennaio 2012. Unico risultato: un senso di rilassamento generale, ma i bruciori non diminuiscono di molto.

- Scoraggiato, smetto le sedute di agopuntura. I bruciori non sono debilitanti e non mi impediscono di svolgere normali attività. Continuo a non avvertirli quando sono disteso e quando sono a letto e così pure dopo i pasti.

- Assumo per alcuni mesi occasionalmente antidolorifici che calmano per qualche ora i bruciori.

- A luglio 2012, in occasione di un ricovero ospedaliero a Friburgo, vedo un altro neurologo che mi consiglia di continuare, in caso di dolori forti, ad assumere antidolorifici.

- Ho l'impressione, a partire da settembre 2012, che i bruciori stiano leggermente diminuendo d'intensità.

- Di passaggio a Milano, su consiglio di amici, mi rivolgo a un dermatologo che mi prescrive applicazioni giornaliere di una pomata di capsicina provo per qualche giorno, ma i bruciori, invece di diminuire, aumentano e quindi smetto le applicazioni. Il mio medico a Friburgo ritiene che questo tipo di cura non abbia efficacia.

- Dopo avergliene parlato, riprovo con l'agopuntura presso un medico specialista milanese. Le sedute, della durata di un'ora ciascuna, cominciano all'inizio di ottobre 2012 e consistono in una visita accurata da parte del medico e nell'applicazione di aghi nelle zone doloranti. Il medico mi prescrive inoltre alcune dosi giornaliere di preparati a base di erbe della farmacopea cinese. Avverto benefici immediati: i bruciori permangono durante la giornata ma mi pare diminuiscano di intensità e per di più a volte scompaiono anche per qualche ora.

- Continuo con queste visite, con una frequenza settimanale, fino al mese di febbraio 2013. Il medico ritiene a questo punto che la situazione sia migliorata e che non abbia più bisogno di ulteriori visite presso di lui.

- Il mio medico di Friburgo mi consiglia all'inizio di aprile di rivolgermi al "Centre de rééducation sensitive" a Friburgo. A metà mese inizio una serie di sedute, con frequenza approssimativamente settimanale. I risultati delle sedute e degli esercizi che mi sono prescritti e che consistono nello sfregamento per alcuni minuti delle parti doloranti con pezze di lana, cotone e seta alternativamente, sono quasi subito evidenti: i bruciori diminuiscono di intensità e di frequenza e, sempre più spesso, sono quasi impercettibili per ore intere.

Dopo circa due mesi la situazione è migliorata, ritengo, almeno del cinquanta per cento, se non di più, rispetto a un anno prima.

Su consiglio del signor Spicher del Centro, mi sono rivolto a un osteopata che, nel corso della prima visita di metà giugno, rileva un problema a livello delle tre vertebre lombari e del diaframma: la rigidità in entrambi i casi può influire sui terminali nervosi interessati e provocare quindi i bruciori. Mi prescrive alcuni esercizi che sto tuttora praticando.

Friburgo, 24 giugno 2013.

## Ombre & Pénombre

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

**« Cela ne sert à rien d'oublier. Un jour, le souvenir te sera indifférent  
et ce sera mieux que l'oubli. »**

Cuneo, A. (2013). *Les corbeaux sur nos plaines* (Collection camPoche).  
Orbe : Bernard Campiche Editeur

<p style="text-align: center;"></p> <p><b>CENTRE DE REEDUCATION SENSITIVE</b>          Service d'ergothérapie          RCC : K 0324.10  <a href="mailto:reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch">reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch</a></p> <p style="text-align: right;">Hans-Geiler 6          1700 FRIBOURG          Tél : 026 3500 622</p>	 <p><b>RAPPORT D'ÉVALUATION D'ERGOTHÉRAPIE</b></p>
--	---

**Adressé à : Dr XY, médecin prescripteur**

**NOM: XYZ                      PRENOM: XYZW                      née le : 10/07/1950**

**DIAGNOSTICS:** CONNUS et plus précisément :

- **Névralgie brachiale incessante de la branche dorsale du nerf ulnaire droit avec allodynie mécanique<sup>4</sup> (Stade IV de lésions axonales<sup>5</sup>)**

**Situation actuelle le 4.12.2012, après 5 séances d'ergothérapie:**

### **1. Douleurs neuropathiques**

Les douleurs au questionnaire de la douleur St-Antoine (QDSA) sont les suivantes :

Date	Douleurs sensorielles	Douleurs affectives-émotionnelles	Total des douleurs
06.11.2012	De 19 à 36 pts	De 36 à 39 pts	<b>De 27 à 38 pts</b>

avec surtout une hypersensibilité au toucher qui n'est pas cotée dans le QDSA

### **2. Somesthésie**

- ***Branche dorsale du nerf ulnaire droit***

La sévérité de l'allodynie mécanique statique s'évalue avec le signe d'examen clinique de l'arc-en-ciel des douleurs. Ce dernier est **ORANGE** (l'application de **0,2 gramme**, augmente les douleurs au repos de 1 sur une échelle visuelle analogique de 10 cm).

<sup>4</sup> **Allodynie mécanique** : « Douleur résultant d'un stimulus qui normalement ne provoque pas de douleur », IASP (1994, 2011).

<sup>5</sup> Spicher, C. (2003). *Manuel de rééducation sensitive du corps humain*. Genève, Paris: Médecine & Hygiène.

Les mécanismes physiologiques de *sensitization* périphérique et centrale<sup>6</sup> sont particulièrement sévères avec un *overlapping* jusqu'au dermatome radiculaire du 3<sup>ème</sup> nerf sacré.

### **3. Pronostic somesthésique**

En étant pessimiste, il faudra encore **6 mois** pour enlever les **6 dernières couleurs d'arc-en-ciel**, avant de voir disparaître l'allodynie mécanique et ainsi commencer la rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente<sup>7</sup> présumée responsable des douleurs neuropathiques spontanées.

### **4. Suggestion thérapeutique**

Poursuivre l'ergothérapie par la méthode de rééducation sensitive, à raison d'une séance hebdomadaire avec :

- **contre-stimulation vibrotactile à distance**<sup>8</sup>
- PUIS **rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente**, basée sur la neuroplasticité du système somesthésique, pour voir diminuer les symptômes neurogènes.

**Peux-tu, à cet effet, nous signer une nouvelle prescription ?**

Amitiés, en restant à ton entière disposition.

ABC, ergothérapeute, rééducatrice sensitive de la douleur certifiée RSDC<sup>®</sup>

Fribourg, le 7 décembre 2012.

---

<sup>6</sup> Hehn von, C, Barron, R. & Woolf, C.J. (2012). Deconstructing the Neuropathic Pain Phenotype to Reveal Neural Mechanisms. *Neuron*, 73, 638-352.

<sup>7</sup> Spicher, C.J., Ribordy, F., Mathis, F., Desfoux, N., Schönenweid, F. & Rouiller, E.M. (2008). L'allodynie mécanique masque une hypoesthésie: Observations topographiques de 23 patients douloureux neuropathiques chroniques. *Doul & Analg*, 21, 239-251.

<sup>8</sup> Quintal, I., Noël, L., Gable, C., Delaquaize, F., Bret-Pasian, S., Rossier, Ph., Annoni, J.M., Maupas, E. & Spicher, C.J. (Février 2013, à paraître) La méthode de rééducation sensitive de la douleur. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, (26-469-A-10), 1-16.

**Nous avons tenté de traduire cette forme de rapport, du Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg en Suisse) selon les normes de tenue de dossier de l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec. Il reflète la façon dont Eva Létourneau réalisait ses rapports auprès d'une clientèle suivie en ergothérapie selon la méthode de rééducation sensitive de la douleur lorsqu'elle pratiquait au Québec. En espérant que cela puisse être utile aux 121 cliniciennes et cliniciens formé(e)s – ou en formation – au Québec.**

## **RAPPORT D'ÉVALUATION INITIALE EN ERGOTHÉRAPIE selon le modèle canadien du rendement occupationnel**

**LETOURNEAU, E.<sup>9</sup>**

**Dates d'évaluation : 30.10.2012 & 6.11.2012**

**Date de rédaction : 6.11.2012**

**ENTRÉE EN MATIÈRE :** Il s'agit d'une femme de 63 ans qui a chuté accidentellement sur la nuque et l'épaule D le 1.07.2009. Elle présente une névralgie ulnaire D avec un syndrome canalaire et radiculopathie C6 D, ainsi qu'un conflit sous-acromial à l'épaule D, diagnostiquée par le Dr. X. Suite à la présence de symptômes douloureux persistants, ce dernier a référé Mme en ergothérapie le 23.10.2012 pour une évaluation de la problématique et un suivi comprenant un programme de rééducation sensitive de la douleur. Mme vue ce jour pour évaluer l'impact de la problématique sur l'autonomie et maximiser le retour d'un rendement occupationnel satisfaisant.

Attentes de la patiente : Être capable de fermer sa main sans avoir la douleur qui lui monte jusque dans l'épaule.

**Interventions expliquées. La patiente accepte l'évaluation.**

**Actuellement à plus de 39 mois de l'accident.**

---

<sup>9</sup> BSc. ergothérapeute, rééducatrice sensitive de la douleur certifiée RSDC<sup>®</sup>, Centre de rééducation sensitive; Clinique Générale; Hans-Geiler, 6; 1700 Fribourg (Suisse).  
[Reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch](mailto:Reeducation.sensitive@cliniquegenerale.ch)



**Données médicales** (selon dossier médical et entrevue avec Mme)

- **Diagnostic** : Névralgie ulnaire D avec syndrome canalaire et radiculopathie C6 D ainsi que conflit sous-acromial à l'épaule D.
- **ATCD / CA** : Aucune pertinente.
- **Médication** : Paracétamol seulement, sans anti-douleurs car Mme y est allergique.

**Dimension physique**

- **Dominance** : Droite

- **Douleurs** (mesurées par le questionnaire de la douleur St-Antoine) :

Total des douleurs sensorielles	Total des douleurs affectives-émotionnelles	Total des douleurs
19 à 36 pts	36 à 39 pts	27 à 38 pts

Les sensations décrites par Mme sont des sensations de « décharges électriques », « d'irradiation », de « brûlure » et de « fourmillements ». Mme présente principalement une hypersensibilité au toucher. Elle évite de toucher la zone douloureuse et a également modifié sa coiffure pour éviter que les cheveux ne touchent la zone douloureuse.

- **Amplitudes articulaires actives** : Pas évaluées ce jour compte tenu des douleurs au toucher.

- **Sensibilité (allodynographie avec monofilaments Semmes-Weinstein 5.18)** : À l'allodynographie, mise en évidence d'un territoire d'allodynie mécanique statique (à 15 grammes) sur la branche dorsale du nerf ulnaire à la main D. Le territoire s'étend du centre de la main à la base de D3 jusqu'à environ 1,0 cm en distal du pli du coude. La sévérité de l'allodynie mécanique s'évalue avec l'arc-en-ciel de douleurs. Ce dernier est orange (l'application de 0,2 gramme augmente les douleurs au repos de 1 sur une échelle visuelle analogique de 10 cm).

**Dimension perceptivo-cognitive** (Informations recueillies par observation à la tâche)

Mme comprend bien les explications concernant le suivi et les exercices.

**Dimension spirituelle et affective** (Informations recueillies par entrevue avec Mme)

Mme collabore bien à l'évaluation. Elle se montre motivée par la réadaptation.

**Domaines** (Informations recueillies par entrevue avec Mme et observation)

**Antérieure** : Était autonome pour toutes ses activités avant l'accident.

- **Soins personnels** : Rapporte avoir de la difficulté avec l'utilisation des ustensiles lorsqu'elle tente de couper sa nourriture au restaurant. A aussi des difficultés à se laver les cheveux seule et le sommeil est altéré.

- **Productivité** : A perdu son emploi en programmation informatique suite à ses incapacités dans l'utilisation d'un clavier d'ordinateur.

- **Loisirs** : Mme aime les apéritifs dinatoires et les sorties au restaurant. Elle rapporte des difficultés à maintenir son verre dans les soirées et devoir commander de la nourriture qui ne nécessite pas l'utilisation d'un couteau pour se nourrir seule.

**Environnement**: (Informations recueillies par entrevue avec Mme)

- **Physique / Social** : Habite dans une maison avec son conjoint, en pré-retraite et disponible au besoin. Son fils habite tout près avec sa petite-fille.

### **Analyse**

Mme présente une altération importante de son rendement occupationnel lors de ses activités de soins personnels principalement, en lien avec la problématique d'allodynie mécanique. Les activités productives sont également directement touchées par la problématique, qui correspond au profil d'une personne présentant une névralgie brachiale incessante de la branche dorsale du nerf ulnaire droit avec allodynie mécanique (stade IV de lésions axonales). Toutefois, l'implication de Mme dans sa réadaptation est un facteur favorable déterminant de la bonne progression du retour vers la fonction optimale.

### **Plan d'intervention**

- **Objectif général** : Optimiser la fonction du membre supérieur D, permettant la réalisation des activités occupationnelles de façon satisfaisante pour Mme.

- **Objectifs spécifiques**: (échancier à atteindre d'ici 8 mois)

1. Que l'arc-en-ciel des douleurs orange soit disparu en entier d'ici 1 mois.
2. Que l'arc-en-ciel des douleurs vert soit disparu en entier d'ici 3 mois.
3. Que le territoire allodynique soit résorbé à l'allodynographie d'ici 6 mois.
4. Que le territoire hypoesthésique sous-jacent soit normalisé en 12 à 6 semaines à l'esthésiographie, après le début de la rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente.
5. Que Mme verbalise la reprise satisfaisante de ses activités, avec ULFI-CF à 70 % d'ici 8 mois.

**- Modalités:**

Modalité 1. Enseignement d'un programme à domicile de rééducation sensitive incluant la contre-stimulation à distance et l'évitement de stimulation directe de la zone allodynique, autant que possible.

Modalité 2. Enseignement d'un programme à domicile de rééducation de l'hypoesthésie sous-jacente, une fois l'allodynie résorbée.

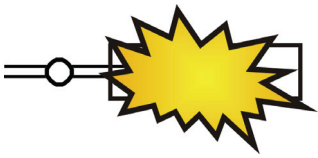
Modalité 3. Enseignement fait concernant les principes de guérison de la main, la méthode de rééducation sensitive de la douleur et des troubles sensitifs.

**- Fréquence du suivi :** Suivi hebdomadaire en co-thérapie alternée.

**- Interventions ce jour :** Enseignement de la modalité 1 (sur la zone « inférieure » de travail soit le nerf clunial moyen II à D, contre-stimulations 8 fois par jour pour une minute, ou moins longtemps en demeurant confortable, avec une fourrure douce document remis), et modalité 3.

**Mme accepte les interventions et le plan de traitement proposé en ergothérapie.**

**Politique d'absence et de retard expliquée.**

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

**Liste des :  
Rééducatrices/teurs Sensitifs/tives de la douleur certifié(e)s  
RSDC®**

BARDET Laurianne, Aubonne (Suisse) - Licence n°31 (2013)

BEHAR Elinor, Wavre (Belgique) - Licence n°32 (2013)

BRET-PASIAN Sophie, Salins-les-Bains (France) – Licence n° 12 (2011)

BUCHET ( - Desfoux) Nadège, Meyrier (Suisse) – Licence n°3 (2010)

CALVA Valérie, Montréal (Québec) – Licence n° 29 (2012)

CHENIER Julie, Saint-Jérôme (Québec) – Licence n°44 (2013)

CLEMENT ( - Favre) Sandrine, Fribourg (Suisse) – **Licence n°1 (2010)**

CLERC laure-Anne, Mandrisio (Suisse) – Licence n°42 (2013)

COHENDET Florence, Genève (Suisse) - Licence n°33 (2013)

COUVREUR Catherine, Montigny-le-Tilleul (Belgique) - Licence n°34 (2013)

DA COSTA Charlène, Lavigny (Suisse) – Licence n° 13 (2011)

DAIGLE Martine, Sherbrooke (Québec) – Licence n° 26 (2012)

DELAQUAIZE François, Genève (Suisse) – Licence n°14 (2011)

DELLA CASA Rebekah, Morges (Suisse) – Licence n°2 (2010)

DESROCHERS Sophie, Montréal (Québec) – Licence n° 24 (2012)

DREZET ( - Munch) Nathalie, Genève (Suisse) – Licence n°4 (2010)

DUFORT Marylène, Bois-des-Filions (Québec) – Licence n° 25 (2012)

EVROT ( - Didner) Nathalie, Besançon (France) - Licence n°35 (2013)

FABRIKANT Thérèse, Paris (France) – Licence n°15 (2011)

(R4) Dpt Rééducation/Gestion documentaire/ Liste des RSDC®	Libération : CS	Date : 20.06.2010
Modification : 1.5	Date de la modification : 15.05.2013	Auteur : CS, MV Page 1 sur 2

FLEURY Marie-Joëlle, Fribourg (Suisse) – Licence n°16 (2011)  
 GIROUD Martine, Genève (Suisse) – Licence n°17 (2011)  
 GLANOWSKI Séverine, Fouquières-Lès-Lens (France) - Licence n°6 (2010)  
 GOERES Elodie, Hellemes Lille (France) - Licence n°36 (2013)  
 HORISBERGER ( - Mathis) Fanny, Morges (Suisse) – Licence n°18 (2011)  
 HUG Nathalie, Rouillet-Saint-Estèphe (France) - Licence n°37 (2013)  
 INAUEN Irene, Rheinfelden (Suisse) – Licence n°5 (2010)  
 KUBEZYK Marie, Paris (France) – Licence n° 40 (2013)  
 LANDRY Véronique, Shawinigan-Sud (Québec) – Licence n° 28 (2012)  
 LATHION Cynthia, Sierre (Suisse) – Licence n°7 (2010)  
 LATIERE Pascal, Genève (Suisse) – Licence n°8 (2010)  
 LÉTOURNEAU Eva, Lévis (Québec) – **Licence n°45 (2013)**  
 MACCHI-BERDAT Murielle, Delémont (Suisse) – Licence n°9 (2010)  
 MAURICE LESAFFRE Cécile, Montmagny (Québec) – Licence n°19 (2011)  
 MEHANI Pavly, Dollard-Des Ormeaux (Québec) – Licence n° 27 (2012)  
 MESSEILLER Anouk, Genève (Suisse) – Licence n°20 (2011)  
 MORIER Agnès, Le Kremlin Bicêtre (France) - Licence n°38 (2013)  
 MURASAMPONGO Joseph, Bruxelles (Belgique) – Licence n°21 (2011)  
 NEIDHART Maya, Genève (Suisse) – Licence n°22 (2011)  
 PACKHAM Tara, Hamilton (Canada) – Licence n°41 (2013)  
 PUNSOLA IZARD Viçenc, Barcelone (Espagne) - Licence n°39 (2013)  
 QUINTAL Isabelle, Montréal (Québec) – Licence n°11 (2011)  
 SCHNEEBERGER Joseph, Saint-Avoid (France) – Licence n°23 (2011)  
 SIGNORINO Paolo, Wavre (Belgique) – Licence n°10 (2010)  
 SORIOT Vincent, Amiens (France) – Licence n°43 (2013)  
 VITTAZ Marion, Fribourg (Suisse) – Licence n°30 (2013)


(R4) Dpt Rééducation/Gestion documentaire/ Liste des RSDC®	Libération : CS	Date : 20.06.2010
Modification : 1.5	Date de la modification : 15.05.2013	Auteur : CS, MV
		Page 2 sur 2

## Témoignage N° 47 d'une patiente

### « *Bilan & évaluation de mon parcours en ergothérapie* »

Aux médecins 

Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences 

Aux thérapeutes 

Suite à un accident de ski où je me suis fracturé l'épaule droite, un *Sudeck* est venu gêner l'ensemble de la mobilité de tout mon bras droit. Le poignet, en particulier, a enflé et « rouillé » puis des douleurs assez intenses et persistantes empêchaient quasiment tous les mouvements de cet avant-bras. De surcroît, cette inflammation ralentissait ma rééducation au niveau de l'épaule blessée.

Le corps médical a prescrit de la physiothérapie et aussi de l'ergothérapie, suite à la découverte de ce syndrome bien embêtant et surtout long à faire disparaître.

A partir du moment où j'ai pu alterner des séances de physio et d'ergothérapie, des progrès réels, même s'ils ont été plutôt longs à se dessiner, sont apparus.

Au niveau de l'ergothérapie, je verrais les éléments positifs suivants :



- Le fait de confier mon bras à des spécialistes, ayant un autre angle de vue que mon excellent physio, a certainement contribué à réveiller encore d'autres nerfs, donc à faire progresser ma mobilité
- Les stimulations douces avec diverses matières, en particulier les automassages avec une peau de lapin, ont été selon moi des sources de nets progrès : merci
- Le dialogue constructif et la gentille disponibilité des ergothérapeutes m'ont aussi aidée à garder un bon moral, malgré la longueur de cette convalescence dont on ne voit pas la fin.



C'est donc avec un sentiment de gratitude que je prends congé de l'équipe d'ergothérapeutes qui m'a ainsi « épaulée » sur le chemin de la guérison.

Annelyse Bussard

**Vous pouvez lire aux pages suivantes, le No Comment sur cette patiente qui souffrait d'un Syndrome Dououreux Régional Complexe (SDRC, *Complex Regional Pain Syndrome, CRPS*) de la branche superficielle du nerf radial avec allodynie mécanique.**

## No Comment N° 26

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

Vittaz, M. & Spicher, C.J. (OT, Certified Somatosensory Therapists of Pain CSTP<sup>®</sup>)

Le 8 mai 2013, lors de l'évaluation initiale effectuée au Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg, Suisse), Madame B., 54 ans, présentait des douleurs neuropathiques **depuis 3 mois** après un accident de ski.

Diagnostic somesthésique mis en évidence: **CRPS de la branche superficielle du nerf radial droit avec allodynie mécanique (Stade V de lésions axonales)**

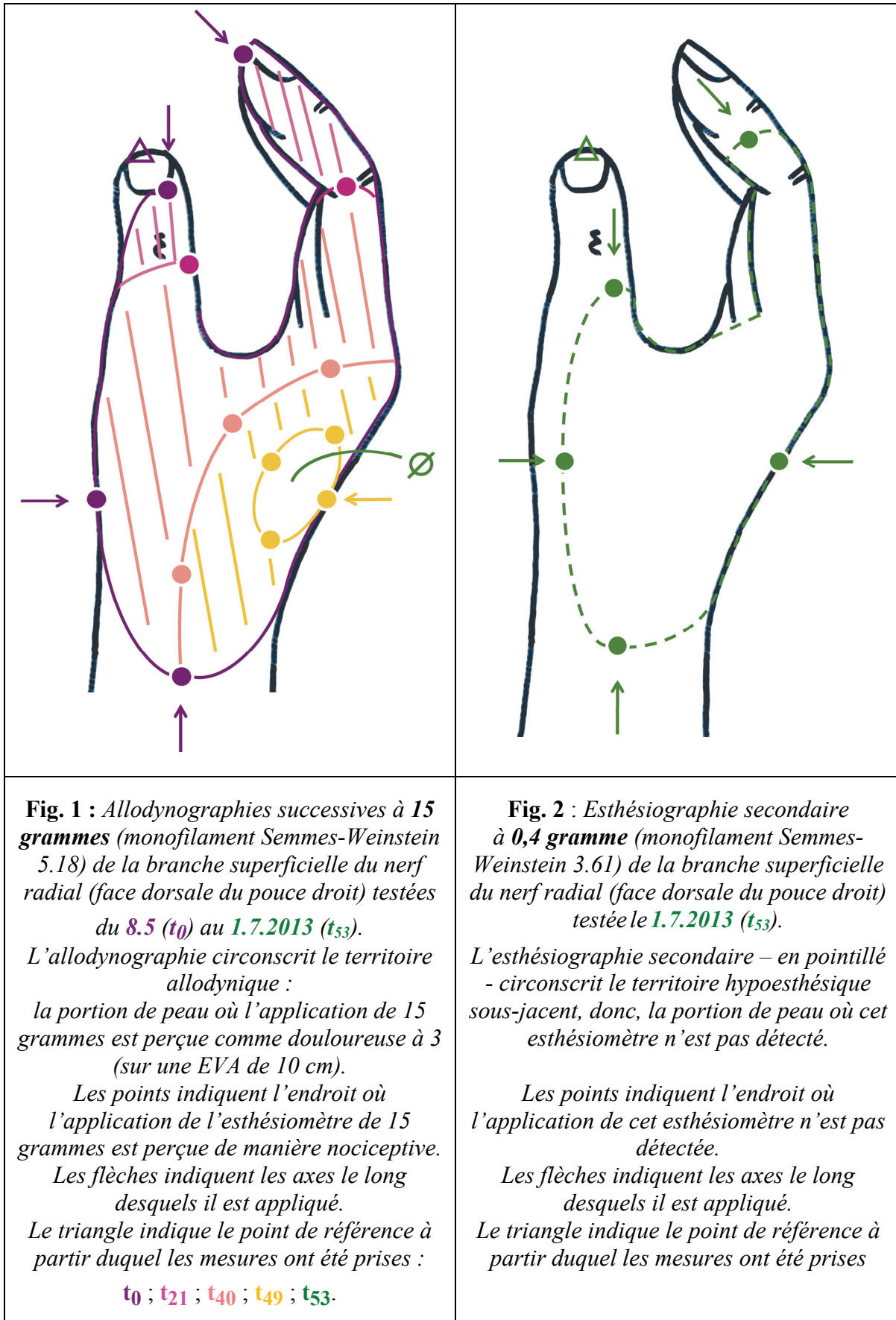
Date	Douleurs	Somesthésie				
	Questionnaire de la douleur St-Antoine	Territoire de distribution cutanée	Arc-en-ciel des douleurs	SPP <sub>(c)</sub>	2 pts <sub>(c)</sub>	Stade
t <sub>0</sub>	3 à 33 points	Allodynie mécanique (Fig. 1)	INDIGO	Intestable		V
t <sub>21</sub>	ND	Allodynie mécanique	VIOLET	Intestable		V
t <sub>40</sub>	ND	Allodynie mécanique	VIOLET	Intestable		V
t <sub>53</sub>	ND	Hypoesthésie sous-jacente (Fig. 2)	Ø	ND	30 mm	V
t <sub>60</sub>	0 à 18 points	Hypoesthésie sous-jacente	Ø	0,9 g	ND	III
t <sub>80</sub>	ND	Hypoesthésie sous-jacente	Ø	0,7 g	ND	III
t <sub>89</sub>	0 à 5 points	Hypoesthésie	Ø	ND	21 mm	I
t <sub>95</sub>	ND	Hypoesthésie	Ø	0,3 g	ND	I
t <sub>131</sub>	0 à 5 points	Hypoesthésie	Ø	Normalisé	15 mm	I

**Tableau I :** La diminution des douleurs neuropathiques par 16 séances de rééducation sensitive de la douleur (n=133 jours) est corrélée avec la disparition de l'allodynie mécanique, puis avec la diminution de l'hypoesthésie sous-jacente.

ND : non déterminé ;



SPP<sub>(c)</sub> : seuil de perception à la pression ;



2 pts<sub>(c)</sub> : test de discrimination de 2 points statiques.





## Il existe une certaine beauté dans la douleur OTTEN, Ph. (MD)

Aux médecins   
Aux patients 

Aux scientifiques en neurosciences   
Aux thérapeutes 

La phrase qui a suscité le plus de réactions, dans notre dernier volume, a été : « beau comme la rencontre fortuite sur une table de dissection d'une machine à coudre et d'un parapluie », que le Dr Otten utilisait pour décrire la méthode de rééducation sensitive de la douleur :

« La beauté réside dans cette collision un peu surréaliste d'une compréhension parfaite de l'innervation de la peau, de l'origine des douleurs et de thérapies nouvelles, innovantes, surprenantes et pourtant efficaces. C'est une démonstration d'une réelle beauté, aussi « beau que la rencontre fortuite d'un parapluie et d'une machine à coudre sur une table de dissection » Comte de Lautréamont, *Les Chants de Maldoror*. »

La rédaction est donc allée aux sources de cet ouvrage. Nous vous citons un peu plus du texte original et nous vous faisons part du contexte grâce notamment à la préface de J.M.G. Le Clézio dans l'édition de 1967 :

« (...) Eclairés par de nombreux becs de gaz, les coffrets d'acajou et les montres en or répandent à travers les vitrines des gerbes de lumière éblouissante (...). Vous verrez un personnage montrer sa silhouette, et diriger sa marche légère vers les boulevards. Mais si l'on s'approche davantage, de manière à ne pas amener sur soi-même l'attention de ce passant, on s'aperçoit, avec un agréable étonnement, qu'il est jeune ! (...) Il est beau comme la rétractilité des serres des oiseaux rapaces ; ou encore, comme l'incertitude des mouvements musculaires dans les plaies des parties molles de la région cervicale postérieure ; ou plutôt, comme ce piège à rats perpétuel, toujours retendu par l'animal pris, qui peut prendre seul des rongeurs indéfiniment, et fonctionner même caché sous la paille ; et surtout, comme la rencontre fortuite sur une table de dissection d'une machine à coudre et d'un parapluie ».

Comte de Lautréamont (1869). *Les Chants de Maldoror, Chant sixième*. Paris : en vente chez tous les libraires, ré-édité sous : Comte de Lautréamont [1973]. *Les Chants de Maldoror, Chant sixième*. Paris : Editions Gallimard.

« Lautréamont : le prophète de la poésie libérée, celui qui a montré que la littérature pouvait encore essayer d'exprimer l'homme dans sa totalité. Le symbole de la rébellion contre l'ordre établi, du cri contre le langage-prison. Précurseur du surréalisme (...) Lautréamont appartient à ce monde, irrémédiablement perdu pour quiconque accepte la comédie du langage adulte, de ce qui précède l'écriture. Ses imperfections, l'insécurité et la démesure de son rythme verbal, le continuel trébuchement de sa pensée, sont les véritables marques frontières de son royaume : il s'agit d'un autre domaine, celui de la pré littérature (ou du phénomène de la douleur ? ndlr). (...) Lautréamont ne cesse pas d'y régner en maître absolu, nous livrant dans chaque phrase tremblée, dans chaque cri le secret de cette jouissance et de ce grand malheur : la solitude absolue. » (Mais ne sommes nous jamais moins seul que dans la solitude ? Hannah Arendt ndlr).  
J.M.G. Le Clézio dans l'édition de 1967.

## Somatosensory Therapists of Pain in the World

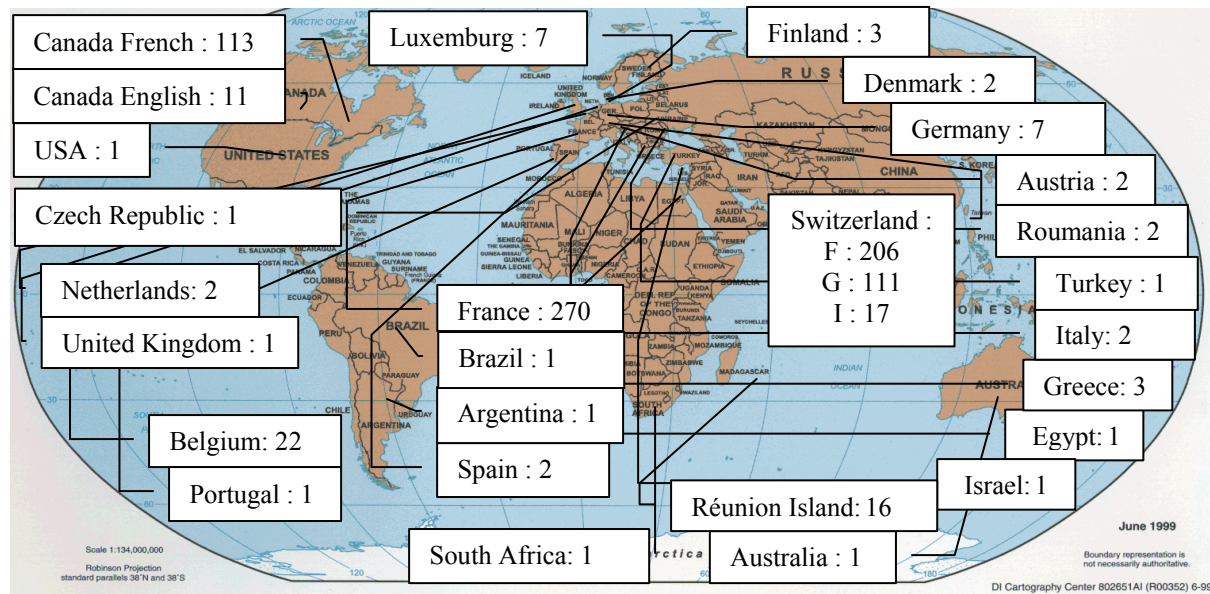
To MD

To patient

To neuroscientist

To therapists

The first communication about somatosensory rehabilitation of pain was done at the occasion of the 1<sup>st</sup> Congress of the swiss society for hand therapy (SSRM) in 1992. In 2001, this method was taught for the first time. On October 25<sup>th</sup> 2013, 808 therapists and medical doctors have been trained to the somatosensory rehabilitation of pain method.



1	France	270
2	Switzerland : French speaking	206
3	Canada : French speaking	113
4	Switzerland : German speaking	111
5	Belgium : French speaking	22
6	Switzerland : Italian speaking	17
7	Réunion Island	16
8	Canada : English speaking	11
9	Luxemburg	7
10	Germany	7
11	Finland	3
12	Greece	3
13	Denmark	2
14	Austria	2
15	Roumania	2

16	Spain	2
17	Netherlands	2
18	Italy	2
19	United-Kingdom	1
20	Turkey	1
21	South Africa	1
22	Czech Republic	1
23	Australia	1
24	Argentina	1
25	Portugal	1
26	Egypt	1
27	Israel	1
28	USA	1
29	Brazil	1

**TOTAL 808**



Date: 6 - 7 février 2014

Certificat en rééducation sensitive de la douleur

*7<sup>ème</sup> promotion*

**Diminution des douleurs neuropathiques par rééducation sensitive**

**Module 1 : Troubles de base I & II – Comment traiter les syndromes du canal carpien, algodystrophies et hémiplésies 7<sup>ème</sup> promotion**

**Isabelle QUINTAL**  
**de Montréal à Bruxelles**

**Isabelle QUINTAL, graduée de l'Université de Montréal,  
Rééducatrice sensitive de la douleur certifiée RSDC®**

**Lieu : CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles, Belgique**

**Info : [www.crea-helb.be](http://www.crea-helb.be) / [crea@helb-prigogine.be](mailto:crea@helb-prigogine.be)**

Ces formations peuvent être comptabilisées pour :  
Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur  
et pour l'obtention du titre tant convoité de **RS certifié CREA-HELB**

**avec le NOUVEAU**  
**Manuel de rééducation sensitive**  
**Spicher & Quintal (2013)**

**X<sup>ème</sup> COURS**  
*Depuis 2005*

**Le traitement des syndromes douloureux neuropathiques  
 par la rééducation sensitive de la douleur**

**Date: 17 - 20 mars 2014**

**Certificat en rééducation sensitive de la douleur**

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

Nadège Buchet (-Desfoux), ergothérapeute DE, rééducatrice sensitive de la douleur  
 certifiée

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

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

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

Ces formations peuvent être comptabilisées pour :  
 Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur

---

<b>27-31 October 2013</b>	8 <sup>th</sup> Interdisciplinary World Congress on Low Back Pain and Pelvic Pain
<b>Place</b>	Dubaï (United Arab Emirates)
<b>Info</b>	<a href="http://www.worldcongresslbp.com">http://www.worldcongresslbp.com</a>
<hr/>	
<b>7-9 November 2013</b>	The 11 <sup>th</sup> IASP Research Symposium: Brain and Pain, Researching Pain Persistence after Surgery
<b>Place</b>	Arnhem (The Netherlands)
<b>Info</b>	<a href="http://www.linkedin.com/groups/11th-IASP-Research-Symposium-Brain-5137803/about">http://www.linkedin.com/groups/11th-IASP-Research-Symposium-Brain-5137803/about</a>
<hr/>	
<b>14-15 novembre 2013</b>	47 <sup>ème</sup> Congrès annuel SSCM / 15 <sup>ème</sup> Congrès suisse SSRM
<b>Place</b>	Palais des Congrès Bienne, Suisse
<b>Info</b>	<a href="http://www.sgh-sghr-kongresse.ch">www.sgh-sghr-kongresse.ch</a>

---

---

<b>13-16 novembre 2013</b>	<b>13<sup>ème</sup> Congrès annuel de la SFETD</b>
<b>Place</b>	Centre des nouvelles industries et technologies (CNIT), La Défense
<b>Info</b>	Paris (France) <a href="http://www.congres-sfefd.fr">www.congres-sfefd.fr</a>

---

<b>20–22 novembre 2013</b>	<b>Certificat en rééducation sensitive de la douleur : module 3 Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique II &amp; Complications douloureuses II 5<sup>ème</sup> promotion</b>
<b>Lieu</b>	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles, Europe
<b>Formateurs</b>	Claude Spicher et Frédéric Soum, psychothérapeute FSP
<b>Info</b>	<a href="http://www.crea-helb.be">www.crea-helb.be</a> / <a href="mailto:crea@helb-prigogine.be">crea@helb-prigogine.be</a> <a href="http://www.anfe.fr">www.anfe.fr</a> / <a href="mailto:sfc.secretariat@anfe.fr">sfc.secretariat@anfe.fr</a>

---

<b>10-12 février 2014</b>	<b>Module 4 Certificat en rééducation sensitive de la douleur : Mettre à jour vos connaissances, lire un article en 15 min., écrire un rapport de thérapie, intégrer la méthode dans votre institution</b>
<b>Lieu</b>	Centre de rééducation sensitive du corps humain (Fribourg)
<b>Info</b>	<a href="mailto:info@neuropain.ch">info@neuropain.ch</a> ; <a href="http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier">http://www.neuropain.ch/fr/enseignement/calendrier</a>
<b>Formatrices</b>	Isabelle Quintal, BSc erg., RS certifiée CREA-HELB Mélanie Kaeser, PhD, unité de physiologie, université de Fribourg Pascal Latière, Fanny Horisberger & Séverine Glanowski RS certifiés CREA-HELB Claude Spicher, fondateur de la méthode

Cette formation est exclusivement réservée aux 45 licencié(e) en  
Rééducation sensitive de la douleur : **RS certifié CREA-HELB**

---

<b>10-11 avril 2014</b>	<b>Certificat en rééducation sensitive de la douleur: module Troubles de base I &amp; II – Comment traiter les syndromes du canal carpien, algodystrophies et hémiplésies 8<sup>ème</sup> promo</b>
<b>Lieu</b>	Université de Montréal, Faculté de médecine, Ecole de réadaptation
<b>Info</b>	<a href="mailto:line.gagnon.3@umontreal.ca">line.gagnon.3@umontreal.ca</a>
<b>Formatrice</b>	Isabelle Quintal, BSc erg., RS certifiée CREA-HELB
<b>Langue</b>	québécois

**Isabelle Quintal est ergothérapeute graduée de l'Université de Montréal. Après plus de 5 ans d'expérience en clinique privée au Québec, elle a été engagée au Centre de rééducation sensitive du corps humain (Suisse). Elle est Rééducatrice sensitive de la douleur certifiée CREA-HELB (Belgique). Elle travaille actuellement au Centre Professionnel d'Ergothérapie (Montréal). Son activité d'enseignante pour le RRSD l'a déjà menée à Bruxelles, Fribourg, Montpellier et Montréal. Elle a publié des articles**

dans différentes revues, dont l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC). Elle est responsable du Département de la méthode du RRSD depuis sa fondation.

Ces formations peuvent être comptabilisées pour :  
Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur

---

<b>14–16 avril 2014</b>	<b>Certificat en rééducation sensitive de la douleur : module 3</b>
	<b>Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique II &amp; Complications douloureuses II 8<sup>ème</sup> promotion</b>
<b>Lieu</b>	Université de Montréal, Faculté de médecine, Ecole de réadaptation
<b>Info</b>	<a href="mailto:line.gagnon.3@umontreal.ca">line.gagnon.3@umontreal.ca</a>
<b>Formateurs</b>	Claude Spicher et Dr Marc Zaffran

---

<b>14-16 mai 2014</b>	<b>Certificat en rééducation sensitive de la douleur: module 2</b>
	<b>Analyse de pratiques, Anatomie clinique I &amp; Complications douloureuses I 7<sup>me</sup> promotion</b>
<b>Lieu</b>	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles
<b>Info</b>	<a href="http://www.crea-helb.be">www.crea-helb.be</a> / <a href="mailto:crea@helb-prigogine.be">crea@helb-prigogine.be</a> <a href="http://www.anfe.fr">www.anfe.fr</a> / <a href="mailto:sfc.secretariat@anfe.fr">sfc.secretariat@anfe.fr</a>

Ces formations peuvent être comptabilisées pour :  
Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur

---

<b>2-5 September 2014</b>	9 <sup>th</sup> Congress of the European Federation of IASP <sup>®</sup> Chapter EFIC <sup>®</sup>
<b>Place</b>	Vienna (Austria)
<b>Info</b>	<a href="http://www.efic.org">www.efic.org</a>

---

<b>8-10 octobre 2014</b>	<b>Certificat en rééducation sensitive de la douleur: module 3</b>
	<b>Gestion du lien thérapeutique, Anatomie clinique II &amp; Complications douloureuses II 7<sup>me</sup> promotion</b>
<b>Lieu</b>	CREA-HELB, Campus ERASME, Bruxelles
<b>Formateurs</b>	Claude Spicher et Frédéric Soum, psychothérapeute FSP
<b>Info</b>	<a href="http://www.crea-helb.be">www.crea-helb.be</a> / <a href="mailto:crea@helb-prigogine.be">crea@helb-prigogine.be</a> <a href="http://www.anfe.fr">www.anfe.fr</a> / <a href="mailto:sfc.secretariat@anfe.fr">sfc.secretariat@anfe.fr</a>

Ces formations peuvent être comptabilisées pour :  
Le Certificat en rééducation sensitive de la douleur

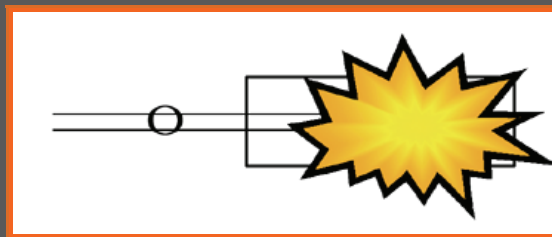
---

<b>6-11 October 2015</b>	9 <sup>th</sup> Congress of the European Federation of IASP <sup>®</sup> Chapter EFIC <sup>®</sup>
<b>Place</b>	Vienna (Austria)
<b>Info</b>	<a href="http://www.efic.org">www.efic.org</a>

---

**NOUVEAU site internet:  
Réseau de rééducation sensitive de la douleur**

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



**Département de la méthode**

**de rééducation sensitive**

**Département de formation**

**en rééducation sensitive**

**Département de recherche**

**sur la rééducation sensitive**

**Département du centre**

**de rééducation sensitive**

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

## Who are you?

**You are 38'189 neuroscientists, medical doctors, therapists & patients all over the world on the 5 continents, in 138 countries:** Albania, Algeria, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Azerbaijan, Bahamas, Bangladesh, Barbados, Belarus, Belgium, Bermuda, Bosnia & Herzegovina, Botswana, Brazil, Brunei, Bulgaria, Cambodia, Cameroon, Canada, Cayman Islands, Chile, Colombia, Costa Rica, Cote d'Ivoire, Croatia, Cuba, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Dominican Republic, Ecuador, Egypt, Estonia, Ethiopia, Finland, France, Gabon, Georgia, Germany, Ghana, Greece, Guatemala, Hong Kong, Haïti, Hungary, Iceland, India, Indonesia, Irak, Iran, Ireland, Israel, Italy, Jamaica, Japan, Jordan, Kenya, Korea, Kosovo, Kuwait, Kyrgyzstan, Latvia, Lebanon, Libya, Lithuania, Luxemburg, Macau, Madagascar, Malawi, Malaysia, Mali, Malta, Mauritania, Mauritius, Mexico, Moldova, Mongolia, Montenegro, Morocco, Mozambique, Namibia, Nepal, Netherlands, New Caledonia, New Zealand, Niger, Nigeria, Northern Ireland, Norway, Pakistan, Paraguay, Palestine, Panama, Peru, Philippines, Poland, Portugal, Republic Democratic of Congo, Republic of Fiji, Republic of the Union of Myanmar, Romania, Russian Federation, Rwanda, Saudi Arabia, Seychelles Islands, Senegal, Serbia, Singapore, Slovakia, Slovenia, South Africa, South Korea, Spain, Sri Lanka, Sudan, Sultanate of Oman, Sweden, Switzerland, Taiwan, Tanzania, Thailand, Togo, Trinidad, Tunisia, Turkey, Uganda, Ukraine, United Arab Emirates, United Kingdom, United States of America, Uruguay, Venezuela, Viet Nam, Zambia, Zimbabwe **who are receiving the e-News for Somatosensory Rehabilitation.**

### 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, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP®

#### Assistant editors

Marion VITTAZ, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP®

#### International assistant editors

Rebekah DELLA CASA, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP® (Switzerland)

Elinor BEHAR, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP® (Belgium, Israel)

Julie MASSE, MSc OT (Québec, Canada)

Renée HAMILTON, BSc OT (Québec, Canada)

Séverine GLANOWSKI, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP® (France)

Catherine COUVREUR, OT, Certified Somatosensory Therapist of Pain CSTP® (Belgium)

Tara L PACKHAM, MSc, OT Reg. CSTP® (Ontario, Canada)

Sandra B FRIGERI, OT (Argentina)

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

Sibele de ANDRADE MELO, PhD, pht (Brazil)

Ivano DONES, MD (Italy)

#### Honorary members

Prof EM ROUILLER, PhD (Switzerland)

Prof AL DELLON, MD, PhD (USA)

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

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

**Deadline:** 10<sup>th</sup> January, 10<sup>th</sup> April, 10<sup>th</sup> July, 10<sup>th</sup> October

**Price:** Free

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

**Languages:** Français, English, Deutsch, Español, Portugues, Русский, Italiano, Lingala, Shqipe, Srpski i Hrvatski, Corse, Česky, Svenska, Türkçe, Suomea, Ελληνικά, Nederlands, العربية, תיבוע

**e-News's Library:** <http://www.neuropain.ch>

**e-mail :** [info@neuropain.ch](mailto:info@neuropain.ch)