

La douleur, la femme : Spécificités et prévention

2^{ème} Journée Nationale de prévention de la douleur

Dans le cadre de la journée mondiale de la douleur, la **Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur** organise, **sous le haut patronage du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports**, la deuxième journée nationale de prévention de la douleur le lundi **15 octobre 2007**

"Il est de plus en plus largement reconnu que les facteurs qui déterminent l'état de santé des femmes et des hommes présentent des différences. La dynamique de la sexospécificité dans le domaine de la santé revêt à cet égard une importance profonde qui a longtemps été négligée."

Politique de l'OMS en matière de genre.

Les femmes: plus sensibles à la douleur?

Si les femmes font l'expérience d'un certain nombre de douleurs spécifiques, liées à leurs fonctions biologiques (cycle menstruel, grossesse, accouchement) il ressort de la plupart des études épidémiologiques qu'elles sont plus fréquemment sujettes que les hommes à la douleur, en général. Cette différence liée au genre commence à émerger dès l'adolescence et se poursuit ensuite dans la vie adulte.

La revue des études épidémiologiques s'intéressant à différents types de douleurs considérées comme communément ressenties met en effet en évidence, une incidence, une intensité et une durée des douleurs plus élevées chez les femmes que chez les hommes pour les céphalées, tous types confondus. On retrouve la même tendance pour les douleurs musculo-squelettiques et pour les douleurs abdominales (y compris lorsqu'on exclut les dysménorrhées). Par ailleurs, on note une nette prévalence féminine pour ce qui est de la migraine, des céphalées de tension, de la fibromyalgie, de la polyarthrite rhumatoïde et du syndrome du colon irritable (Berkley et al 1997, Unruh et al 1996).

Expression de douleur morale et douleur physique

L'expression de la douleur est certes un indicateur subjectif très personnel. Pour autant, déclarée sur les douze derniers mois, celle-ci reflète un état de mal-être dont les conditions peuvent être conséquentes au plan de la santé. Les femmes déclarent significativement plus souvent ressentir des douleurs physiques que les hommes (31,8 % vs 26,1 % ; $p < 0,001$) et/ou des douleurs morales (8,2 % vs 4,0 % pour les hommes ; $p < 0,001$). Parmi les variables significatives issues des régressions logistiques, l'âge augmente linéairement le ressenti des douleurs physiques ($p < 0,05$), mais ce sont les conditions économiques et sociales qui semblent les plus déterminantes : précarité des revenus, situations de rupture ont une influence significative quant à l'expression des douleurs physiques ; situation professionnelle et solitude dans la vie ont une incidence sur l'expression de douleurs morales.

Baromètre santé 2000 INPES

Dans le domaine de la douleur expérimentale, plusieurs études ont cherché à mettre en évidence une différence homme/femme. Il en ressort que les seuils d'apparition et de tolérance à la douleur chez la femme sont systématiquement plus bas que chez l'homme.

Douleur et accouchement

Pendant des siècles, la douleur de l'accouchement a été considérée comme une fatalité. Difficile à évaluer, de surcroît. Ainsi, " 2 à 3% de femmes disent qu'elles n'ont pratiquement pas mal, relate le Dr Maryse Palot, anesthésiste à la maternité du CHU de Reims. Et 30% affirment qu'elles ont vu pire". Reste que selon les travaux d'un canadien, le Dr Melzack, la douleur des contractions utérines serait plus importante que celle d'une fracture. Soulager cette souffrance est aujourd'hui possible avec un éventail de possibilités de plus en plus large, tant au niveau des méthodes de préparation que des péridurales.

Cela dit, la préparation « classique » à la naissance, proposée par toutes les maternités et fortement recommandée par les spécialistes, est souvent négligée : seules 37% des femmes la suivent, en majorité pour leur premier accouchement.

En revanche la demande de péridurale est très importante en France. Une étude ¹ menée dans 4 régions françaises a montré que 79 % des femmes envisagent d'accoucher sous péridurale (dont la moitié absolument) et parmi les 21 % ne le souhaitant pas, un grand nombre changent d'avis durant le travail. Il est à noter que les patientes considèrent l'accès à la péridurale comme allant de soi puisque seulement 6 % choisissent la maternité en fonction de l'accès possible à cette dernière. Globalement 61,6 % des femmes ont accouché sous péridurale.

¹ « Analgésie périmédullaire. Que veulent les femmes en France ? » Maryse Palot*, Florence Leymarie**, Hugues Visseaux*, Claire Daigremont-Botmans*, Audrey Causse-Mariscal*

*Département d'Anesthésie Réanimation (Pr A Léon), **Département d'Information Médicale (Pr D Jolly) du CHU de Reims

Douleurs séquellaires du cancer du sein

Avec 42 000 nouveaux cas annuels, le cancer du sein touche près d'une femme sur onze en France. Il représente 35,7 % des cancers féminins et atteint majoritairement des femmes jeunes et actives (la moitié à moins de 61 ans au moment du diagnostic).

La chirurgie mammaire (mastectomie ou tumorectomie avec curage axillaire) est le traitement de référence en association avec la chimiothérapie et/ou la radiothérapie. Celle-ci est cependant susceptible d'induire des douleurs postopératoires aiguës et chroniques.

Deux syndromes douloureux chroniques séquellaires ont été reconnus par l'IASP (Association Internationale d'Etude de la Douleur): le syndrome du sein fantôme et le syndrome douloureux post-mastectomie (SDPM). Le SDPM a été décrit comme « une douleur chronique débutant immédiatement ou précocement après une mastectomie ou une tumorectomie affectant le thorax antérieur, l'aisselle et/ou le bras dans sa moitié supérieure ». Il rentre dans le cadre des douleurs neuropathiques.

L'incidence du SDPM est sous-estimée par les praticiens, pourtant il concernerait entre 43% et 65% des mastectomies. D'après l'Institut de veille sanitaire², on peut estimer qu'en 2004 environ 50 000 mastectomies ont été réalisées, entraînant de 10 000 à 15 000 SDPM en France (accord d'experts).

Les causes de survenue du SDPM sont nombreuses. Parmi celles-ci, on peut avancer comme explication physiopathologique l'atteinte du 2ème nerf intercostobrachial lors du curage axillaire et parfois l'existence de névrome ou d'un micronévrome, l'augmentation de l'index de masse corporelle, la taille tumorale, une mauvaise technique chirurgicale, le nombre de ganglions axillaires envahis, le traitement par chimiothérapie et/ou radiothérapie post-opératoire, entre autres. Pourtant ces facteurs n'arrivent pas à expliquer à eux seuls les différences individuelles observées dans le développement du SDPM. On peut donc s'interroger sur le rôle de facteurs psychologiques et sociaux dans l'apparition du SDPM, d'autant plus que l'expérience de la maladie peut prendre un sens particulier pour chaque individu.

Douleurs et migraine

L'OMS place la migraine au 19e rang mondial des causes d'années de vie en incapacité. Si on ne considère que les femmes elle occupe même le 12^e rang. Des études européennes et américaines ont, en particulier, montré que 6 à 8% des hommes et 15 à 18% des femmes souffrent de migraine chaque année.

Autrement dit, les trois quart des migraineux sont des migraineuses et il semble évident qu'il existe un lien étroit entre la vie hormonale de la femme et la maladie migraineuse qui expliquerait cette forte prévalence féminine. D'autant plus qu'avant la puberté la parité entre filles et garçons face à la migraine est respectée. Les choses se gâtent de façon très nette pour les filles à l'adolescence, entre douze et seize ans avec l'apparition de crises pour 10 à 20% d'entre elles.

Pour autant ces indications ne doivent pas laisser penser que la migraine est une maladie hormonale. Certes, la vie hormonale des femmes est un facteur déclenchant des crises et un élément qui module la maladie au cours de la vie - la migraine cataméniale (liée aux règles) touchent jusqu'à 25% des femmes et les crises sont beaucoup plus douloureuses qu'à l'accoutumé pour 50% d'entre elles ; on observe une

² Bulletin du Cancer. Volume 94, Numéro 3, 275-85, Mars 2007, Recommandations

atténuation voire une disparition des crises pendant la grossesse chez 80% des migraineuses ; après la ménopause les crises cessent dans 60 à 70 % des cas – mais des facteurs héréditaires, génétiques et des mécanismes physiopathologiques neuro-vasculaires jouent sans nul doute un rôle.

Douleurs et ostéoporose

Le risque de fracture ostéoporotique au cours de l'existence est, dans le monde entier, de 13% pour un homme alors qu'il peut atteindre 40% pour une femme. On estime que l'ostéoporose affecte un tiers des femmes ménopausées.

L'ostéoporose est caractérisée par une diminution de la masse osseuse et une altération de sa micro-architecture dont les fractures peu ou non traumatiques sont les complications. Si la diminution de la densité osseuse est totalement asymptomatique - c'est «l'épidémie silencieuse» - ces fractures ostéoporotiques (tassement vertébral, fracture du col fémoral, des os du poignet...) génèrent des douleurs aiguës puis chroniques.

Ainsi, le tassement vertébral est souvent responsable de violentes douleurs de la colonne (dorsale ou lombaire) mais il existe aussi des tassements très peu douloureux qui font évoquer à tort des douleurs en rapport avec une arthrose. L'épisode douloureux peut faire suite à un effort même modéré, à un "faux mouvement", une chute... Parfois ces événements ne sont même pas retrouvés. A plus long terme, les tassements vertébraux entraînent une réduction de la taille plus ou moins importante, des déformations de la colonne (dos qui se voûte, modification des courbures de la colonne vertébrale) et des douleurs chroniques du bas du dos.

La gestion des douleurs liées aux fractures ostéoporotiques ainsi que leur répercussion sur la qualité de vie vont de plus en plus faire partie intégrante de la prise en charge de l'ostéoporose. En effet, avec l'augmentation de l'espérance de vie, le risque à l'âge de 50 ans de présenter une ou des fractures ostéoporotiques pendant le reste de sa vie est de plus de 45% pour la femme (20% pour l'homme)³.

Douleurs et fibromyalgie ⁴

Plus de 2% de la population des pays industrialisés se plaint de douleurs chroniques, souvent handicapantes, rebelles aux traitements successifs, fréquemment associés à une fatigue profonde. Dans la majorité des cas, il s'agit de fibromyalgie. Cette maladie est reconnue par l'OMS depuis 1992. Elle touche avant tout les femmes (plus de 80 % des cas) entre 30 et 50 ans.

Les douleurs, inexplicables, ne se traduisent par aucune anomalie biologique, aucun signe objectif d'atteinte articulaire ou neurologique. Toujours étendues et diffuses, elles peuvent débuter au cou et aux épaules, pour s'étendre ensuite au reste du corps, notamment, au dos, au thorax, aux bras et aux jambes. Elles sont permanentes mais aggravées par les efforts, le froid, l'humidité, les émotions et le manque de sommeil, et s'accompagnent de raideur matinale. Fréquemment décrites comme une

³ B. Uebelhart R. Rizzoli, Revue Médicale Suisse No 25

⁴ **Source** : [Rapport sur la fibromyalgie](#) d'un groupe de travail de l'Académie nationale de médecine, coordonné par Charles-Joël Menkès et Pierre Godeau, janvier 2007.

sensation de brûlure, plus ou moins diffuse ; chez d'autres personnes, elles semblent causées par des milliers de piqûres d'aiguille. Elles peuvent se modifier au cours de la journée, d'un jour à l'autre, d'une semaine à l'autre.

Le deuxième symptôme est une fatigue chronique inexplicée, pouvant aller jusqu'à l'épuisement, associée très souvent à des troubles du sommeil et des troubles anxiodépressifs.

La douleur de la fibromyalgie est habituellement attribuée à une diminution du seuil de sensibilité douloureuse, dont l'origine centrale a été évoquée, en raison notamment de la mise en évidence d'anomalies de l'imagerie fonctionnelle cérébrale.

Actuellement, il n'existe pas de traitement spécifique vraiment actif contre cette affection. Et devant l'impuissance des médecins, même spécialistes, à les soulager, les malades errent d'un médecin à l'autre, à la recherche d'un diagnostic et d'une thérapeutique. La fibromyalgie constitue bien un véritable fléau tant sur le plan humain et médical que social et financier.

LE PLAN DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR 2006-2010

Le Gouvernement veut renforcer la lutte contre la douleur en mettant en œuvre, pour les années 2006-2010, un plan qui répond à cette exigence sanitaire et sociale. Ce plan, dont le coût s'élève à 26,74 millions d'euros, repose sur 4 axes :

1.- Améliorer la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables. Pour les enfants et les adolescents, le Gouvernement souhaite améliorer la prise en charge de la douleur provoquée par les soins, développer les formes pédiatriques d'antalgiques et mieux dépister et traiter les douleurs chroniques. Pour les personnes handicapées, âgées et en fin de vie, le plan permettra de diffuser des outils d'évaluation de la douleur et d'aide à la prescription, ainsi que de réaliser des formations de sensibilisation dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les services de soins à domicile. L'accent est mis sur la prise en charge de la douleur psychologique de ces personnes et sur leur accompagnement lors de l'annonce du diagnostic (cancer, maladie d'Alzheimer...).

2.- Renforcer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé. Dans le cadre du plan, le Gouvernement souhaite créer un diplôme d'étude spécialisée complémentaire sur la douleur et les soins palliatifs, mieux intégrer la douleur au sein du diplôme d'études spécialisées de médecine générale et inscrire ce thème dans le cadre de la formation professionnelle continue des médecins libéraux.

3.- Améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques dans des conditions de sécurité et de qualité. Il est nécessaire de mieux connaître la consommation des antalgiques, de simplifier le circuit des substances exerçant un effet physiologique similaire à celui de la morphine, de déterminer les conditions de mise en œuvre des traitements à domicile, de prévenir les douleurs induites par les soins et de développer les traitements physiques ou les méthodes psycho-corporelles.

4.- Structurer la filière de soins de la douleur. Le plan vise à décloisonner l'organisation régionale de la prise en charge de la douleur chronique, dans le parcours de soins, les réseaux de santé, la coopération interhospitalière et au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, en valorisant et en renforçant les structures de prise en charge.

Pour en savoir plus : www-sante.gouv.fr

La Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

La **Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD)** constitue le chapitre français de *l'International Association for the Study of Pain (IASP)*. Avec près de 900 membres, elle est l'un des plus importants membres de l'IASP. La SETD est issue de la fusion en juin 2000 de la Société Française de la Douleur (SFD) et de la Société Francophone d'Etude de la Douleur (SOFRED). La SFETD est membre de *l'European Federation of IASP Chapters (EFIC)*. Elle est présidée par le Dr. Alain Serrie.

La SFETD a pour vocation de réunir tous les acteurs de santé pour favoriser l'enseignement, la recherche et les soins en matière de douleur. Son ambition est de privilégier la pluridisciplinarité et de créer une interface entre les chercheurs fondamentalistes et les cliniciens. La prise en charge de la douleur est en effet un travail d'équipe qui concerne le patient dans sa globalité.

Elle est aussi la société savante "Douleur" reconnue par le Ministère de la Santé et des Solidarités et la Haute Autorité de Santé, avec lesquels elle travaille en étroite collaboration afin d'améliorer la prise en charge de la douleur dans notre pays.

Quels objectifs ?

- L'étude des mécanismes de la douleur.
- La promotion de l'approche pluridisciplinaire et pluri-professionnelle de la douleur tant en ce qui concerne la recherche fondamentale et clinique que son traitement.
- Le développement des méthodes d'exploration, d'évaluation et de traitement de la douleur et l'établissement de références standard.
- L'orientation et la promotion de l'enseignement, de la recherche et de la pratique clinique de toute notion concernant l'évaluation et le traitement de la douleur.
- La participation à la formation universitaire, post-universitaire et permanente et la mise en place d'éléments d'évaluation des formations permanentes concernant l'évaluation et le traitement de la douleur.
- La promotion d'une classification, d'une nomenclature et de définitions en langue française concernant la douleur et les syndromes douloureux
- La diffusion auprès des organismes officiels de toute information concernant l'évaluation et le traitement de la douleur, et en particulier l'utilisation des médicaments
- La liaison avec les autres associations nationales ou internationales d'étude de la douleur
- Toute autre activité pouvant concourir à la réalisation des objectifs susmentionnés.

37 spécialités - 12 groupes de travail

37 spécialités médicales sont représentées au sein de la SFETD, parmi lesquelles l'anesthésie-réanimation, la médecine générale, la neurologie et l'oncologie. La Société réunit aussi des dentistes, des chirurgiens, des infirmiers, des psychologues, des psychiatres, des kinésithérapeutes, et des chercheurs fundamentalistes en biomédecine, ainsi qu'en sciences humaines et juridiques.

La SFETD comprend également **12 groupes de travail spécifiques pluridisciplinaires (GTS)** spécialisés dans un domaine précis :

- céphalées et douleurs oro-faciales,
- douleurs neuropathiques,
- douleur et cancer,
- douleur et éthique,
- douleur et pédiatrie,
- douleurs postopératoires,
- douleur et psychologie,
- techniques interventionnelles,
- douleur et gériatrie,
- douleur et grossesse,
- douleur et handicap,
- douleur et médecine générale.

Chaque groupe de travail rend compte annuellement de ses travaux et objectifs. Les groupes de travail élaborent notamment des enquêtes, des outils de formation, des études cliniques et des recommandations.

Parallèlement à la SFETD, il existe **quatre collèges de professionnels de la douleur** qui participent à la réflexion sur l'organisation de la prise en charge de la douleur, l'enseignement ou encore la défense des professionnels :

- le collège des médecins (CNMD),
- le collège des chirurgiens-dentistes (CNCDD),
- le collège des psychologues de la douleur (CNPD),
- le collège des enseignants universitaires (CNEUD).

Les trois premiers collèges sont impliqués dans la mise en place des protocoles et des comités de lutte contre la douleur dans les établissements de soins. Ces collèges sont également chargés d'assurer l'interface avec les diverses autorités de santé. Le collège des enseignants universitaires est responsable de la coordination des programmes de formation initiale et de l'organisation des diplômes universitaires et des capacités.

Les actions de la SFETD

1. **Des journées thématiques douleur (JTD)** organisées au printemps et en automne. Ces rendez-vous se font avec la participation des autres sociétés sollicitées qui ont donné leur accord (Société Française de Rhumatologie, Société Française de Neurologie, Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, Société Française de Gériatrie, Société Française de Neuro-Chirurgie, Société Française des Migraines et des Céphalées).
2. **Des universités d'été** qui ont pour objectif d'être un point de rencontre incontournable entre les juniors et les seniors.
3. **Des réunions régionales** qui signent la volonté du Conseil d'Administration de décloisonner le fonctionnement de la SFETD. Cette volonté s'est manifestée par l'identification de 22 correspondants régionaux en métropole et 4 dans les DOM-TOM. « La feuille de route » des correspondants régionaux tient en plusieurs points : dynamiser le milieu douleur régional, devenir l'interface entre les régions et le conseil d'administration de la SFETD ainsi que l'interface avec les tutelles régionales, organiser une réunion annuelle régionale (**26 réunions par an d'une journée** avec l'aide et le soutien organisationnel, logistique et scientifique de la SFETD). A l'initiative des correspondants régionaux, des réunions de travail avec les tutelles régionales, les ARH, les DDRASS, les directeurs d'hôpitaux, les présidents de CCM/CME pourront être organisées, les membres du bureau du CA pourront se joindre à eux afin de développer ou d'amplifier une dynamique régionale et inter-régionale.
4. **Une journée nationale grand public de prévention de la douleur** organisée à l'occasion de la **journée mondiale de la douleur (15 octobre)** et de la **semaine européenne de la douleur (« Pain in Women » 15-21 octobre)**. La 1^{ère} a eu lieu en septembre 2006. La 2^{ème} **journée nationale** se tient, cette année, le **15 octobre 2007**

Congrès annuel de la SFETD

- 2001: « Les facteurs et mécanismes de la chronicisation douloureuse »
- 2002: « Consultations douleur : bilan et perspectives, centres de la douleur : mode d'emploi »
- 2003 : « Douleurs provoquées iatrogènes, aspects fondamentaux et perspectives cliniques »
- 2004 : « Mémoire et douleur »
- 2005 : « Douleurs et handicaps »
- 2006 : « Cancer : quelles douleurs ? »
- 2007 : « Douleurs neuropathiques »

La promotion et la diffusion des connaissances

- La SFETD assure la diffusion des connaissances dans le domaine de la douleur, notamment les retombées des grands congrès internationaux relatifs à l'étude et au traitement de la douleur.

L'enseignement

- Depuis 2002, la SFETD dispense un enseignement à l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP) sur la formation initiale des élèves-directeurs des hôpitaux et la formation continue des personnels administratifs de la santé publique.
- Lors des congrès annuels des cours supérieurs destinés à la formation continue des praticiens et enseignants de la douleur sont organisés.

La recherche

- La SFETD accompagne et encourage les efforts de recherche non institutionnelle. Elle stimule les réseaux de recherche clinique dans leurs projets à long terme.
- Lors des congrès, la Société remet trois prix : le prix SFETD des meilleurs posters scientifiques ; la bourse SFETD/Institut UPSA de la Douleur pour la recherche fondamentale ; la bourse SFETD/Janssen-Cilag pour la recherche clinique.

Les activités internationales

- La SFETD participe aux actions de l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) et de l'*European Federation of IASP Chapters* (EFIC) et assure la diffusion de leurs informations. En 2003, la SETD a diffusé une brochure intitulée « Ne souffrez pas en silence » destinée aux malades souffrant de douleur chronique.

Le Programme national de lutte contre la douleur

- La SFETD a participé à la rédaction du Programme national de lutte contre la douleur.
- Elle contribue, en collaboration avec les collègues de professionnels de la douleur et d'autres sociétés savantes, au suivi du Programme national en optimisant l'application des mesures sur le terrain au travers de diverses commissions.
- La SFETD a été l'un des responsables de la tenue des Etats Généraux de la Douleur, qui se sont déroulés le 14 juin 2005.

L'Annuaire des structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique

La prise en charge de la douleur chronique se développe en France depuis plusieurs dizaines d'années. Au début, c'était l'affaire de quelques pionniers, qui grâce à leur énergie, leur détermination et leur volonté, ont créé les premières structures d'évaluation et de traitement de la douleur. Elles répondaient à une réelle demande et à un besoin avéré. Puis elles se sont multipliées au fil du temps. La Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) est naturellement le lien et l'organe de la Fédération des personnes et de la mutualisation des énergies et des compétences impliquées dans le domaine de la prise en charge de la douleur chronique.

Outil permettant de disposer de toutes les informations utiles, **l'annuaire des structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique** vise à permettre d'orienter au mieux les patients vers les structures les plus adaptées, permettant une prise en charge de proximité et pour certains une diminution des délais de prise en charge. Cette diffusion la plus large de la liste des structures d'évaluation et de prise en charge de la douleur a en effet pour ambition de mieux répondre à des situations complexes sur l'ensemble du territoire. Cet annuaire témoigne également de la richesse et de la diversité des soignants et des structures impliquées.

Bien évidemment, il s'agit pour cette première édition d'un recensement qui doit être amélioré au fil du temps. Les données et renseignements qui figurent dans cet annuaire ont été rassemblés à partir d'un questionnaire adressé en juin et juillet 2006 aux 26 correspondants régionaux de la SFETD. Ceux-ci l'ont envoyé à l'ensemble des structures d'évaluation et de traitement de la douleur de leur région. Aussi, cet annuaire rassemble des informations sur les structures existantes, le mot structure étant pris à dessein pour définir l'organisation de l'évaluation et du traitement de la douleur ; il ne doit pas être compris comme une entité géographique ou administrative. Certaines structures répertoriées comme centres sont en réalité des unités pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique rebelle et, à l'inverse, certaines consultations pluridisciplinaires ont été déclarées comme unités ou centres.

Pour consulter ou commander l'annuaire : www.sfetd-douleur.org.

SFETD

Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

CHU - Hôpital Pasteur - Département Douleur
30, avenue de la Voie Romaine - BP 69
06002 NICE cedex 1

Tél. : 33-(0)4-92-03-79-46
Fax. : 33-(0)4-92-03-84-69
E-mail : sofradol@club-internet.fr

www.sfetd-douleur.org