



# La lettre L'infirmière et la douleur

n°9  
Novembre  
2004

Destinée à tous les professionnels de la santé  
Lettre éditée par l'Institut UPSA de la Douleur

## Édito

Comment dire si un nouveau-né, un nourrisson ou un petit enfant perçoit la douleur, la souffrance, la détresse ? De nombreux progrès ont été faits en pédiatrie non seulement dans une prise de conscience de la reconnaissance de la douleur et de la nécessité de l'évaluation, mais aussi dans le développement des stratégies thérapeutiques et de la prise en compte des soins douloureux.

Bien que l'évaluation soit aujourd'hui une obligation, les enquêtes témoignent encore que la douleur de l'enfant n'est pas toujours évaluée systématiquement, et, de ce fait, reste méconnue et insuffisamment soulagée. Il est important de souligner que la particularité et la difficulté de la prise en charge de la douleur de l'enfant résident dans l'évaluation. Il existe de nombreuses méthodes qui reposent sur l'observation et le recueil des changements de comportements. La démarche d'évaluation nécessite au préalable, la mise en confiance de l'enfant, une relation de qualité, chaleureuse et ludique, du calme, du temps, le dialogue avec les parents. L'infirmière puéricultrice a un rôle fondamental dans cette démarche. La formation à l'évaluation et au développement des stratégies non médicamenteuses semble indispensable.

➤ Héléne Fernandez

## repères

Témoignage ..... p 3  
Congrès ..... p 4



## Dossier Douleur de l'enfant, douleur de l'adulte, quelles différences ?

Bénédicte Lombart, Cadre infirmier - Unité Fonctionnelle d'Analésie  
Pédiatrique - Hôpital Trousseau, 75571 Paris

On a longtemps pensé qu'il existait des différences entre la perception de la douleur des adultes et celle des enfants.

D'ailleurs «... la question, jusqu'au milieu des années quatre-vingt, ne se posait même pas. Le petit enfant, disait-on, était trop immature, la douleur ne pouvait pas être ressentie et, même s'il la ressentait, il n'en souffrait pas comme un adulte, et sûrement l'oubliait très vite. Pourquoi risquer des ennuis avec des antalgiques? »<sup>1</sup>

Au contraire, des travaux<sup>2</sup>, permettent de dire que l'organisation neuro-anatomique est fonctionnelle entre la 24<sup>e</sup> et la 30<sup>e</sup> semaine de vie fœtale pour véhiculer le message nociceptif de la périphérie vers les structures centrales.

En revanche, le prématuré et le nouveau-né présentent une immaturité des systèmes inhibiteurs qui les rendent plus vulnérables. « En fait, le nouveau-né humain, loin d'être protégé de la douleur, passe au contraire par une période d'hyper-réactivité. Le processus de la douleur peut s'auto-amplifier. »<sup>3</sup> D'autre part, la mémorisation de la douleur existe même chez le jeune enfant. Plusieurs études en témoignent. L'expérience douloureuse précoce peut laisser des traces mnésiques chez l'enfant.

Rappelons, au risque d'énoncer un lieu commun, que l'enfant n'est pas un adulte en miniature. C'est un être à part entière, un être en devenir. Son développement cognitif et psycho-affectif est progressif. Son accès au langage est lent. Il est primordial de tenir compte de son stade de développement et de ses capacités de compréhension et de s'y adapter

pour évaluer et traiter la douleur de l'enfant. Cette démarche s'adresse naturellement à l'enfant, mais elle implique nécessairement ses parents. L'enfant et sa famille forment une entité incontournable. La relation soignante est triangulaire : elle concerne le soignant, l'enfant et ses parents.

La prise en charge de la douleur de l'enfant implique de nombreux paramètres : son âge, sa capacité à exprimer ce qu'il ressent, sa compétence à donner du sens à son expérience douloureuse, ses besoins affectifs et l'interaction avec ses parents.

### 1. Connaître pour reconnaître

La douleur est un phénomène complexe. Cette perception n'est pas réduite à la réponse du corps à une stimulation douloureuse. La composante sensoridiscriminative est effectivement responsable du décodage de la qualité, de la durée, de l'intensité et de la localisation de la douleur. Mais les composantes affectivo-émotionnelle, cognitive et comportementale interagissent pour finalement rendre la perception douloureuse unique et individuelle. Chez l'enfant, cette interaction est modulée en fonction de son stade de développement.

Plusieurs mécanismes sont en cause lorsqu'un enfant est douloureux.

### Les douleurs d'origine nociceptive

C'est le mécanisme responsable du plus grand nombre de douleurs. Un stimulus douloureux active des terminaisons nerveuses. Le message nociceptif

1- Annie Gauvain Piquard, Michel Meignier « La douleur de l'enfant » Calmann-Levy 1993, p 25.

2- Dr Anand dans un article princeps a montré, en 1987, à partir de 201 références que le système nerveux du nouveau-né et du prématuré pouvait véhiculer les messages nociceptifs de la périphérie au niveau cortical.

3- Daniel Annequin « La douleur de l'enfant » Edition Masson 2002, p 12.



est ensuite transmis à partir des nocicepteurs par les fibres afférentes primaires vers la moelle épinière. L'information chemine ensuite par le cordon antérolatéral de la moelle, puis est transmise au-delà du thalamus dans différentes directions au niveau du cortex. En réponse on observe des influences inhibitrices, en particulier lors d'exercices mentaux où l'attention et la réflexion sont très sollicitées en dehors du stimulus nociceptif. Par contre, des influences dites facilitatrices existent aussi, elles sont renforcées par des informations émotionnelles issues des formations limbiques. C'est pourquoi la peur, le stress, l'anticipation de la douleur peuvent augmenter la sensation douloureuse.

## Les douleurs d'origine neuropathique

Ce mécanisme survient lorsqu'il existe un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central. La douleur se déclenche de façon aléatoire. Elle se traduit par des sensations de brûlures, de picotements. Elle peut se caractériser par des fulgurances à type de décharges électriques. Parfois l'enfant présente une augmentation de la sensibilité cutanée (allodynie) ou au contraire une anesthésie de certaines zones. Il est très difficile pour le jeune enfant de décrire ce type de douleur.

## Cas particuliers : les douleurs idiopathiques et les douleurs psychogènes

Ce diagnostic ne peut être envisagé qu'en présence d'un bilan clinique négatif et/ou de signes psychopathologiques. Ce type de pathologies exige une prise en charge spécifique sans pour autant négliger la plainte. Les antalgiques, notamment morphiniques, n'ont pas d'indication dans ces douleurs.

## 2. L'évaluation de la douleur de l'enfant

L'évaluation de la douleur permet de dépister systématiquement la douleur car la plainte de l'enfant n'est pas automatique. Elle fixe une cotation de base qui permettra d'évaluer l'efficacité du traitement. Elle réduit les risques d'interprétations aléatoires des comportements de l'enfant. Plus l'évaluation est objective plus les a priori ou les expressions d'un déni laissent place à une attitude professionnelle. Le partenariat avec les parents de l'enfant est à privilégier car ils connaissent leur enfant et son comportement habituel. De manière générale même chez un enfant en âge de communiquer, il convient de lui expliquer pourquoi nous l'interrogeons sur sa

douleur. Car il peut croire que nous savons intuitivement ce qu'il ressent et qu'il n'a pas besoin de l'exprimer.

La démarche d'évaluation renseigne sur l'histoire, les circonstances d'apparition, la périodicité, la localisation et l'intensité de la douleur. Elle identifie les répercussions sur la vie quotidienne, le jeu, le sommeil et l'appétit de l'enfant. Cet entretien inaugure la prise en charge. Il n'est pas répété systématiquement. Ces remarques

s'adressent particulièrement à la prise en charge de douleurs continues. Le procédé d'évaluation est plus simple lorsqu'il s'agit d'évaluer la douleur aiguë. Cependant, gardons à l'esprit que la démarche d'évaluation ne se réduit pas à la cotation de l'intensité.

### L'auto-évaluation

C'est l'évaluation de la douleur par l'enfant lui-même, par des mots, par des chiffres ou par un dessin. L'outil d'auto-évaluation doit être présenté de manière neutre, sans donner une profusion de consignes qui troublent la compréhension de l'enfant.

- Chez l'enfant de plus de 6 ans, l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), l'Échelle Verbale Simple (EVS) et l'Échelle Numérique (EN) sont les outils de référence pour coter l'intensité de la douleur de l'enfant.
- Entre 4 et 6 ans, il est conseillé de croiser deux outils. L'expérience montre que l'utilisation de l'échelle des visages est très satisfaisante.
- Les enfants qui présentent une douleur intense ont parfois du mal à communiquer. Dans ce cas, la priorité est de faire baisser l'intensité douloureuse. L'évaluation sera rétrospective.

### L'hétéro-évaluation

C'est l'évaluation de la douleur réalisée par quelqu'un d'autre que l'enfant (professionnels

## Retenir

- Observer
- Comparer avec un enfant du même âge en bonne santé
- Vérifier ses observations (en interrogeant l'entourage)
- Utiliser les outils (hétéro ou auto évaluation) selon l'âge et les capacités cognitives

de santé ou parents). Elle est basée sur l'observation du comportement de l'enfant.

**L'observation :** Quels sont ces signes de douleur observables? De nombreuses modifications comportementales ont été décrites chez l'enfant douloureux :

- l'activité faciale est l'indicateur le plus fiable et le plus constant chez le nouveau-né : froncement des sourcils, contraction des paupières, accentuation du sillon naso-labial, ouverture des lèvres.

- les pleurs (intensité, durée, fréquence) qui sont un indicateur de stress, peuvent être utiles également pour évaluer la douleur aiguë.

- les mouvements corporels : le tonus, l'interaction et les positionnements fournissent des indications précieuses.

**Les outils de l'hétéro-évaluation :** Les critères de choix d'une grille d'évaluation sont :

- La tranche d'âge de l'enfant : prématuré, nouveau-né, enfant de 2 à 6 ans
- Le type de douleur : douleur aiguë ou douleur prolongée (voir tableau ci-dessous)

Cette présentation des outils d'évaluation est réduite, mais vous trouverez un complément d'informations sur ce sujet et notamment toutes les grilles d'évaluation téléchargeables sur les sites [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org) et [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

**Les pièges :** L'enfant extrêmement douloureux ne présente pas toujours les signes attendus de la douleur, manifestations bruyantes, agitation, etc. Nous rencontrons parfois des enfants dont la sémiologie douloureuse est inattendue : rareté des mouvements, immobilité, absence d'interaction avec le monde extérieur, visage figé... Il s'agit de l'inertie psychomotrice. Les enfants présentant cette sémiologie doivent être évalués à l'aide d'une DEGR.

**Les limites de l'hétéro-évaluation :** Les équipes éprouvent souvent des difficultés à utiliser ces grilles. Au-delà d'un problème de formation,

CONTEXTE	DOULEUR AIGUË	DOULEUR PROLONGÉE
Nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DAN (Douleur aiguë chez le nouveau-né)</li> <li>• PIPP (Premature Infant Pain Profile)</li> <li>• NFCS (Neonatal Facial Coding System)</li> <li>• Score d'Amiel-Tison</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDIN</li> </ul>
Âge supérieur à 1 an	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHEOPS</li> <li>• OPS : à partir de 8 mois</li> <li>• POCIS (Pain Observation Scale for Young Children)</li> <li>• PPMP (Postoperative Pain Measurement for Parents)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DEGR : à partir de 2 ans</li> </ul>
Enfant polyhandicapé		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelle douleur enfant San Salvador</li> </ul>



il faut admettre que ces outils ne répondent pas totalement aux attentes des soignants. Leur utilisation peut sembler restrictive en comparaison à l'observation clinique. Si l'on souhaite systématiser l'utilisation des grilles, il faut valoriser les capacités cliniques des soignants, en mettant en évidence la complémentarité de l'observation et les critères objectivables retenus dans les grilles comportementales.

### 3. Traiter la douleur de l'enfant

Le traitement antalgique de la douleur de l'enfant est basé sur la même pharmacopée que l'adulte. Les posologies sont adaptées au poids de l'enfant. C'est l'intensité douloureuse qui guide la prescription antalgique. Le choix du mode d'administration est primordial en pédiatrie car il peut être à l'origine de douleur iatrogène supplémentaire. Les intramusculaires et les sous-cutanées sont à proscrire pour cette raison. Il est important de bien connaître le délai et la durée d'action des antalgiques selon la voie d'administration afin d'évaluer et de réajuster le traitement. L'utilisation de la Pompe à morphine PCA est possible dès 5-6 ans. Ce mode d'analgésie offre une grande sécurité. Les traitements antalgiques sont administrés en systématique sauf lorsqu'il est précisé que leur administration est corrélée à un score. Les prescriptions « si douleur » doivent disparaître car elles laissent place à une appréciation subjective et aléatoire.

### 4. La douleur provoquée par les soins

Les soins en pédiatrie sont souvent à l'origine de douleur. Pourtant ce constat est antinomique avec la conception humaniste des soignants qui soignent pour le « bien » de leur patient. En réalité nous ne sommes pas préparés à jouer ce rôle de « pourvoyeur de douleur ». Il arrive alors que nous mettions en place des mécanismes de défenses. Nous évitons de voir la douleur que génère tel ou tel soin. On parlera d'enfant agité, anxieux, au lieu d'enfant douloureux. Il en découle une hiérarchisation des douleurs provoquées dans l'esprit des soignants. C'est ainsi qu'il existe encore des douleurs acceptables... Mais pour qui? Pour l'enfant ou pour le soignant? L'étude de la physiologie de la douleur prouve que, pour une même stimulation douloureuse, les perceptions diffèrent d'une personne à une autre.



## Témoignage

**Fabienne Pillet**, infirmière puéricultrice en néonatalogie - Unité Fonctionnelle d'Analgésie Pédiatrique - Hôpital Trousseau, Paris.

Prendre en charge la douleur du nouveau-né, qu'il soit né à terme ou prématuré, semble une évidence. Il est indéniable qu'elle est actuellement prise en compte, mais rarement de manière globale ou systématique.

L'enfant apparaît immature et l'intensité de ses pleurs n'est pas significative (faim, inconfort, ennui, perturbation du sommeil, tolérance à la douleur). Il a pourtant été démontré qu'il possède une sensibilité à la douleur équivalente à celle de l'adulte couplée à une incapacité à se rassurer seul. C'est ce qui le rend plus fragile.

En néonatalogie, nous utilisons régulièrement des antalgiques à base de paracétamol ou de morphine en fonction des indications. Ces indications peuvent être données par le diagnostic médical d'entrée (bosse sérosanguine, fièvre, pyélonéphrite, méningite...) ou par l'observation de l'enfant lors des soins, au repos ou pendant une interaction avec l'adulte.

Nous utilisons systématiquement une grille de cotation type EDIN, NFCS ou DAN pour objectiver nos impressions, nous habituer à une observation fine et ciblée des manifestations du tout-petit et suivre l'évolution de sa douleur.

Ces grilles sont indispensables. Elles permettent de statuer sur la nécessité d'un traitement médicamenteux.

Ce traitement sera alors associé au panel de mesures que l'équipe propose en fonction des besoins de l'enfant. Là encore, la part d'observation est importante pour être en adéquation avec les besoins de l'enfant et la priorité des soins à ce moment précis. Ces mesures ont été répertoriées lors de la mise en place d'un projet

de service sur les soins de développement au tout-petit :

- Crème Emla pendant une heure et solution de saccharose + tétine pendant deux minutes pour toute effraction cutanée,
- Solution de saccharose et tétine pour tout soin douloureux (mobilisation, ablation de sparadrap, pose de sonde gastrique...),
- Habillage des enfants, même en incubateur, tétine et objet personnel à portée de main, absence de contentions pour les rassurer,
- Positionnement des enfants à l'aide de cocon, boudins pour assurer un confort sécurisant, doux et stable,
- Diminution des nuisances sonores et lumineuses, drap sur l'incubateur en dehors des soins pour faciliter le repos,
- Présence parentale en fonction de leur disponibilité pour favoriser les échanges constructifs et les interactions parents-enfant (peau à peau, massages, caresses, bras, berceuses...),
- Travail en binôme, parfois avec un parent, pour les soins ou manipulations douloureuses pour être en mesure de rassurer l'enfant en permanence...

Ainsi, la prise en charge de la douleur du tout petit hospitalisé en néonatalogie est en fait la résultante de l'utilisation de nombreux moyens complémentaires. Ces divers moyens sont aujourd'hui à notre disposition dans le service (antalgiques, parents, moyens de confort et réconfort). Le souci commun de l'équipe de néonatalogie est de prévenir et de sensibiliser à la douleur l'ensemble des intervenants autour de l'enfant.

#### Informé et préparer l'enfant au soin

Des explications claires, précises et adaptées à l'âge sont données à l'enfant. Elles retracent le déroulement du soin mais également la méthode d'analgésie qui va être utilisée. Des supports d'informations diffusés par l'association « Sparadrap » ([www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org)) peuvent être remis pour compléter l'information orale.

L'infirmière doit chercher à connaître la représentation que l'enfant a du soin qui va être réalisé. S'interroger sur les peurs éventuelles d'un enfant vis-à-vis d'un soin peut désamorcer des situations anxiogènes et garantir le bon déroulement du geste.

#### La prévention

Le regroupement des soins, la discussion de l'indication, la mesure du bénéfice-risque et l'exclusion des attitudes systématiques entraînent une diminution notable des stimulations nociceptives. L'utilisation de matériel adapté et l'habileté technique jouent également un rôle dans la prévention de la douleur.

#### Un climat de confiance

Un geste potentiellement douloureux doit être réalisé dans une ambiance « détendue ». Nous ne devons pas sous-estimer l'importance de notre attitude sur la perception douloureuse de l'enfant. La sérénité des soignants renforce la détente de l'enfant. Ses capacités inhibitrices face à une stimulation nociceptive sont renforcées.

# Astuces

• Crème Emla® : il est plus efficace de laisser agir la crème 90 minutes plutôt que 60 minutes. Enlever la crème 15 à 20 minutes avant la ponction. La durée de l'analgésie après ablation de la crème est d'une à deux heures. Pour éviter la douleur du retrait de l'adhésif, utiliser du film alimentaire (pour "emballer" la crème surtout chez le tout petit).

• Inhalation de MEOPA : chez le petit, laisser la tétine si l'enfant en a une et proposer un masque plus grand ; débiter l'inhalation dans les bras du parent.

Au contraire, un climat de stress et de tension aggrave l'anxiété de l'enfant ce qui a pour effet de faciliter la perception douleur. Dans ce contexte, il est hautement recommandé de laisser l'opportunité aux parents de rester auprès de leur enfant s'ils le souhaitent.

## Les méthodes antalgiques pharmacologiques

Nous devons recourir de façon systématique aux méthodes antalgiques. Les principaux moyens sont l'Emla®, le MEOPA et les anesthésiques locaux. D'autres antalgiques de palier 2 ou 3 peuvent être administrés 30 minutes avant le soin. Le saccharose chez le bébé de moins de trois mois joue également un rôle antalgique. La nature du soin doit guider le choix de l'antalgique. Les soins dont l'intensité douloureuse est connue doivent d'emblée bénéficier d'une prise en charge antalgique efficace. L'indication de la sédation profonde ou de l'anesthésie générale doit être posée pour des gestes longs et douloureux et chez les enfants phobiques. Les médicaments ne suffisent pas à eux seuls à juguler l'anxiété de l'enfant et à garantir le bon déroulement du soin.

## Les méthodes antalgiques non pharmacologiques

La plupart de ces méthodes (qui s'ajoutent mais ne se substituent pas aux méthodes pharmacologiques) ne nécessitent pas une formation particulière et de nombreuses infirmières les appliquent spontanément. Leur importance dans la prévention des douleurs est souvent sous-estimée.

Retenons que l'enfant doit avoir le choix de participer ou non au soin et que nous devons respecter ses propres stratégies d'adaptation au stress. **La distraction** : Il s'agit de détourner l'attention de l'enfant lors de la stimulation douloureuse. Nous lui proposons de se concentrer sur un sujet précis. Nous le guidons par la parole et l'invitons à se représenter en train de faire quelque chose - si possible une action motrice - cueillir une fleur ou ramasser un objet, par exemple.

L'enfant peut également écouter une chanson, regarder un dessin animé, souffler sur des bulles de savon, regarder un livre ou une image attrayante. Aujourd'hui, de nombreux supports visuels tels que les jeux vidéo ou autres supports multimédias pour les plus grands, peuvent aider l'enfant à se concentrer sur autre chose que sur le soin.

**Les méthodes de relaxation** : L'infirmière propose à l'enfant une méthode qui lui permet de ressentir une détente physique et mentale. Elle l'aide à se concentrer sur sa respiration, puis lui suggère des images agréables qui évoquent le bien-être tout en parlant avec une voix basse, un peu monotone, ce qui induit le calme et la relaxation. Le recours à la relaxation exige une formation spécifique.

**Les méthodes physiques** : Ces méthodes diffèrent selon l'âge de l'enfant.

**Moins de 2 ans** : bercement, portage, contact enveloppant, tapotement, massage.

**2-4 ans** : bercement, contact physique, câlin, application du chaud du froid, massage.

**4-7 ans** : exercices sur la respiration (gonfler le ventre comme un ballon, histoire des petits cochons, avec le mouvement de souffler sur la maison...).

## 5. La migraine de l'enfant

En matière de douleur chronique, il faut noter l'importance de la migraine de l'enfant. Cette pathologie est la principale indication de consultation dans les Centres de Traitement de la Douleur de l'enfant (CTD). Cette pathologie touche 5 à 10 % des enfants et peut être très invalidante dans la vie quotidienne. Pour en savoir plus : [www.migraine-enfant.org](http://www.migraine-enfant.org)

## 6. Conclusion

La prise en charge de la douleur de l'enfant n'est pas plus complexe qu'on ne l'imagine. Elle repose sur :

- l'évaluation de la douleur,
- le choix de la stratégie de prise en charge, médicamenteuse ou non, ou la complémentarité des deux,
- et la prise en charge systématique de la douleur liée aux soins.

Cependant le développement de la qualité de la prise en charge de la douleur de l'enfant exige un engagement fort et quotidien. Les habitudes de services et la routine des soins doivent faire place à une réflexion individualisée pour chaque enfant.

Au total, la prise en charge de la douleur de l'enfant découle directement de l'application d'une philosophie de soins, respectueuse des valeurs humanistes et réunissant les aspects bio-psycho-sociaux de la personne soignée. 

# Congrès-Symposia

**29 et 30 novembre 2004,  
Issy-les-Moulineaux**

Palais des Congrès "Éthique et fin de vie. Les soins ultimes : bilan et perspectives"  
Organisation : groupe Liaisons/  
Initiatives Santé. Tél : 01 41 29 77 51  
Fax : 01 41 29 77 54

**3-4 décembre 2004, Bruxelles**

Belgique, VIII<sup>e</sup> Congrès Européen des Infirmières Cliniciennes, "Itinéraires cliniques : rôles et compétences de l'Infirmière Clinicienne".  
Tél : 01 55 92 04 37 - Fax : 01 55 92 04 37  
Email : ulesi@free.fr

**9-10 décembre 2004,  
Montpellier**

3<sup>e</sup> Ambuforum multidisciplinaire sur la prise en charge des patients en ambulatoire et à domicile.  
[www.ambuforum.org](http://www.ambuforum.org)



Je désire recevoir gratuitement la Lettre de l'Infirmière et la Douleur

Nom : ..... Prénom : ..... Titre : .....  
Établissement : ..... Service : .....  
Adresse professionnelle : .....  
E-mail : ..... Tél : .....

À renvoyer à l'Institut UPSA de la Douleur : 3 rue Joseph Monier, BP325, 92506 Rueil-Malmaison Cedex

Les informations ci-dessus sont nécessaires pour votre abonnement. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès de l'IUD.

INSTITUT UPSA  
DE LA DOULEUR 

Directrice de la Publication : Valérie Deymier

Rédacteur en chef : Hélène Fernandez

Conception - réalisation : A CONSEIL Paris

Site : [aconseil.fr](http://aconseil.fr)

N° ISSN : 1633-339X

Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2004

Institut UPSA de la Douleur

Association loi 1901 à but non lucratif

3, rue Joseph Monier - BP325

92506 Rueil-Malmaison Cedex

Tél : 01 58 83 89 94

Fax : 01 58 83 89 01

E-mail : [institut.upsa@bms.com](mailto:institut.upsa@bms.com)

Site : [institut-upsa-douleur.org](http://institut-upsa-douleur.org)