



---

## La Lettre d'informations de l'association CI

---

### La vie de l'association : Procès-verbal de l'assemblée générale

---

Le 17 avril 2005 a eu lieu la première assemblée générale de l'association. L'assemblée s'est tenue chez Françoise Watel, présidente. Sur 55 membres à ce jour, 11 étaient présents et 23 avaient transmis des pouvoirs. Le quorum étant atteint, l'assemblée générale a pu se dérouler normalement.

Françoise Watel et Jeanine Le Gal ont présenté le rapport moral et le rapport financier (voir Lettre d'informations précédente). Les deux rapports sont approuvés à l'unanimité.

Il est ensuite procédé à l'élection des membres du conseil d'administration. Les trois candidates, A. Nadal, F. Watel et J. Le Gal, sont élues à l'unanimité.

Les quatre membres présents du conseil élu (A. Nadal, F. Watel, S. Marinier et J. Le Gal), les membres absents ayant délégué leur voix par pouvoirs, procèdent alors à l'élection du bureau. Françoise Watel est réélue présidente à l'unanimité, Jeanine Le Gal est réélue trésorière à l'unanimité, Delphine Quéguiner est réélue trésorière à l'unanimité. Jeanine Le Gal ayant fait savoir qu'elle souhaitait pouvoir être remplacée pendant ses périodes d'absence de Paris, Annick Nadal accepte de se présenter et est élue trésorière adjointe à l'unanimité.

L'assemblée passe alors à l'étude des actions à mener en 2005.

1- La Lettre d'informations sera poursuivie avec la périodicité actuelle ; sa diffusion sera élargie aux médecins, notamment des CHU. Françoise Watel lance un appel à bonnes volontés pour élargir le comité éditorial. L'idée est lancée d'un dossier de témoignages sur la douleur en général, qui serait complémentaire de celui, déjà prévu, sur l'impériosité.

2- L'association continuera de s'efforcer d'être présente aux principaux congrès d'urologie, notamment le congrès national en 2005, et, en 2006, le congrès national et le congrès européen puisque ce dernier se tiendra à Paris.

3- On continue de diffuser les brochures existantes auprès des CHU, urologues, gynécologues si possible. Le principe d'une diffusion sponsorisée par la société Bioniche est retenu à l'unanimité. Deux maquettes de brochure, réalisée par le service de Communication de Bioniche à partir de deux des brochures existantes (la première, générale, sur la maladie, et la dernière, sur l'association) sont présentées. Le professionnalisme avec lequel elles ont été réalisées est apprécié ; la version « orangée » est préférée par la majorité des membres à la version « bleue » jugée moins attractive.

Il est suggéré de faire également des brochures pour indiquer aux professionnels de santé certaines procédures particulières pour les malades atteints de CI (par exemple : comment sonder les malades).

4- La publication du livre d'Inès Ehmer sur la CI est mise à l'ordre des projets 2005. Deux possibilités sont présentées pour la publication et la diffusion : soit faire appel à une société d'édition à compte d'association, assurer l'édition et financer l'impression de manière totalement indépendante, au risque de devoir assumer ensuite une grande partie de la diffusion, soit faire appel à un sponsor, neutre commercialement, qui assurerait l'édition, l'impression et la diffusion. La deuxième solution ne coûterait rien à l'association et permettrait de surcroît une diffusion gratuite de l'ouvrage aux adhérents de l'association et aux médecins. En revanche, l'ouvrage resterait probablement payant pour les malades québécois (qui sont également intéressés) car le sponsor pressenti n'a pas vocation à agir pour le Canada. Le sponsor sollicité, en l'occurrence Groupama, signe sa participation en deuxième page de couverture du livre. Cette publication sous l'égide de Groupama a rencontré l'assentiment de l'assemblée, à l'unanimité. Le principe en est donc retenu et les contacts avec Groupama seront poursuivis par J. Le Gal et F. Watel. En revanche, l'avancement du projet souffre du retard pris dans la traduction Allemand-Français, qui a été faite de manière bénévole par un groupe de quatre malades. Trois chapitres doivent être sérieusement corrigés, un chapitre n'est pas prêt mais la traductrice s'est engagée à le terminer, trois chapitres restent à faire et sont pour le moment dépourvus de traducteur. **Un appel à bonnes volontés est donc lancé auprès des adhérents germanophones qui pourraient aider à la traduction des chapitres qui manquent.** L'exercice est difficile mais il est bien entendu, pour rassurer les traducteurs bénévoles qui pourraient se présenter, que la traduction française sera relue attentivement par un groupe de correcteurs bénévoles (pour les coquilles), et surtout par des médecins français et enfin Inès Ehmer elle-même, afin de s'assurer qu'aucune inexactitude ou même contre-sens médical n'aurait été commis.

5- La thèse de Florence Ravel sur la CI, selon le souhait même de cette dernière, sera rendu accessible sous forme de fichier pdf. La publicité en sera faite sur le site de l'association. Florence doit publier sa thèse dans le courant de l'année sous forme d'article dans une revue médicale, l'information sera transmise aux adhérents dès qu'elle sera connue afin que chacun puisse également se procurer cet article.

6- L'annuaire des membres sera édité cette année dès que les adhésions 2005 auront été renouvelées. Seuls figureront dans l'annuaire les membres qui le souhaitent, selon la manière dont ils auront rempli le bulletin d'adhésion 2005. La diffusion se fera auprès de tous les membres malades. En revanche, après débat, l'assemblée juge préférable d'écarter toute diffusion auprès des membres non malades. Cette décision est prise à l'unanimité.

7- Les réunions périodiques en Ile-de-France seront continuées. On conservera la forme conviviale actuelle, le lieu de réunion se faisant au domicile des membres, par roulement. Aucune périodicité fixe n'est pour le moment envisagée, le choix de la date et du lieu de chaque réunion continuant à se faire à l'issue de la précédente. La création de réunions dans d'autres régions sera encouragée. Les membres présents soulignent l'intérêt de ces réunions pour sortir de l'isolement, s'exprimer, échanger les expériences, se soutenir psychologiquement les uns les autres.

8- Il sera nécessaire de réfléchir aux modalités d'une action vers les pouvoirs publics, pour améliorer la prise en charge sociale de la maladie : en priorité, exonération du ticket modérateur, et sensibilisation des COTOREP. Françoise Watel

émet le sentiment que, la maladie souffrant d'un manque de définition, il sera probablement difficile de la faire admettre sur la liste des ALD et que les décisions des médecins-conseils de la Sécurité sociale se feront probablement toujours au cas par cas ; toutefois il n'en est pas moins nécessaire de bien informer les médecins-conseils et d'insister sur le caractère chronique et invalidant de cette pathologie que beaucoup ne connaissent pas. On remarque cependant que, dans la grande majorité des cas, les dossiers aboutissent, surtout lorsqu'ils sont bien présentés.

9- Les modalités d'une action en direction des médias grand-public ont également été évoquées. Certains membres craignent toutefois qu'il ne soit prématuré de sensibiliser le grand public et de provoquer des interrogations alors même que les médecins ne sont pas encore suffisamment informés, en particulier les généralistes, vers lesquels les malades s'orientent en premier. En tout état de cause, on peut sans lancer tout de suite d'action d'envergure réfléchir à la mise en place d'un dossier de presse et d'un fichier de journalistes, éventuellement avec l'aide d'un stagiaire (école de Communication). Aurélie Claudel propose de se renseigner sur des contacts éventuels et de prendre conseil auprès d'anciens collègues travaillant dans le secteur des sociétés de production (notamment émissions médicales).

10- La question du téléphone est une nouvelle fois posée. La difficulté est bien de trouver un ou plusieurs bénévoles capables d'assurer l'écoute téléphonique, car l'association est tout à fait en mesure de louer une ligne PTT et d'assumer les frais des communications. Jackie Pavloff se propose éventuellement à partir de la rentrée, mais ne pourra assurer seule cette charge dans la mesure où elle s'absente une grande partie de l'année (juin à octobre). Là aussi, les bonnes volontés sont les bienvenues.

Le rapport moral et le rapport financier ont été publiés dans la Lettre d'informations n°7 (mai 2005).

---

#### Conférences, colloques

---

La première consultation internationale sur la cystite interstitielle, organisée à Rome par le collectif MICA en septembre 2004, réunissait pour la première fois associations de patients et médecins autour d'une même table pour tenter de mieux définir la CI et de faire le point sur les traitements actuels. La réunion était co-présidé par Mauro Cervigni (Italie) et Vicki Ratner (Etats-Unis). Le compte rendu de ce colloque a été publié dans la revue International Urogynecological Journal 2005.

International Urogynecological Journal (2005) 16 : S2-S34.

-----  
Pour informer le grand public, l'Association Française d'Urologie a organisé, dans toute la France, du 9 au 13 mai 2005, la 3ème Semaine Nationale de l'Incontinence sur le thème : "A chaque incontinence, son traitement". A cette occasion ont été diffusés brochures, exemples de catalogues mictionnels...

-----  
La conférence européenne 2005 sur les Maladies Rares, organisée par l'Organisation européenne pour les maladies rares (Eurordis) et ses partenaires avec le soutien de la Commission Européenne, du gouvernement du Luxembourg, et de l'Association Française contre les Myopathies AFM, s'est tenue à Luxembourg, les 21 et 22 juin 2005. La conférence a réuni patients, chercheurs, professionnels de santé, experts en

politique de santé, et représentants de l'industrie. Le programme abordait les problèmes actuels et de possibles solutions pour améliorer la situation des personnes vivant avec les maladies rares, ainsi que les actions soutenues par la Commission Européenne.

<http://www.rare-luxembourg2005.org/>

---

### Sur le net

Avec les vacances qui s'approchent, voici <http://www.baignade-interdite.com> : le guide de tous les WC du monde. Chaque endroit cité est évalué par l'internaute qui l'a signalé grâce à un système d'étoiles et une fiche signalétique qui décrit l'état de lieux et l'équipement. Pour certains, ils y a même des photos ! On peut faire des recherches par noms de villes, d'établissement... Et rien n'interdit d'alimenter le site nous aussi au retour de nos pérégrinations !

---

### La recherche à l'étranger

Une étude anglaise menée sur 92 patients (avec un groupe-contrôle de 91 personnes) a recherché dans les biopsies de femmes atteintes de CI la présence de séquences ADN virales ou bactériennes. Les virus ou bactéries recherchés étaient les suivants : adenovirus, cytomegalovirus, herpes simplex virus types I et II, papilloma virus humain et Chlamydia trachomatis. Tous les échantillons se sont avérés exempts des ADN recherchés, ce qui tendrait à exclure l'hypothèse d'une infection chronique comme cause de la CI.

Al-Hadithi HN, Williams H, Hart CA, Frazer M, Adams EJ, Richmond DH, Tincello DG, "Absence of bacterial and viral DNA in bladder biopsies from patients with interstitial cystitis/chronic pelvic pain syndrome", The Journal of Urology, juillet 2005, 174(1):151-154.

-----

Une étude canadienne a comparé les effets du dosage usuel de pentosan polysulfate (elmiron) avec des dosages deux et trois fois plus élevés : des doses journalières de 300, 600, et 900 mg ont été administrées en double-aveugle durant 32 semaines à des patients présentant les symptômes de la CI depuis plus de 6 mois. Une amélioration significative a été constatée, mais elle était similaire pour tous les dosages (49.6%, 49.6%, et 45.2% des patients ont répondu au traitement aux doses respectives de 300, 600, et 900 mg). La durée du traitement semble donc être plus importante que le dosage.

Nickel JC, Barkin J, Forrest J, Mosbaugh PG, Hernandez-Graulau J, Kaufman D, Lloyd K, Evans RJ, Parsons CL, Atkinson LE, « Randomized, double-blind, dose-ranging study of pentosan polysulfate sodium for interstitial cystitis », Urology, avril 2005, 65(4):654-8.

---

### Dossier : l'impériosité.

Cinq témoignages ont été ici rassemblés pour tenter de décrire ce que ressent exactement le malade atteint de CI lorsque l'on parle d'« impériosité », ou d'« urgence ». Les témoignages diffèrent, ce qui prouve bien que le ressenti de la maladie n'est pas forcément uniforme, mais ils se rejoignent tous au moins en un point : à l'unanimité, cette sensation est décrite comme une douleur.

### Témoignage 1 :

Quand à la manière dont on ressent et on essaie de décrire les symptômes il faudrait effectivement s'entendre sur les termes (ce n'est pas facile). Je croyais ne pas avoir d'urgence car je peux me retenir très bien mais par contre je ressens effectivement un poids sur la vessie qui ressemble à une envie constante qui augmente peu à peu. Lorsque j'urine j'ai l'impression de détendre tout mon corps et je me sens mieux environ 5 min les mauvais jours et parfois 1 à 2 heures les bons jours ! Ce qui est bizarre c'est que parfois l'envie est importante lorsque je viens d'aller aux toilettes et qu'elle se calme peu à peu si je me retiens. J'ai deux douleurs différentes : une qui vient du poids que je ressens sur la vessie et le bas ventre ( le soir j'ai des difficultés à rester debout), cette gêne ressemble à celle que j'avais pendant mes grossesses et l'autre est située dans l'urètre et ressemble à une inflammation. Elle s'accroît lorsque je vais de manière rapprochée uriner. Elle se poursuit jusqu'au méat urinaire et m'empêche souvent de porter des pantalons un peu serrés par exemple. Parfois elle se calme sans raison apparente ...

### Témoignage 2 :

Je peux effectivement tout à fait me retenir et je ne vais uriner que pour soulager la pesanteur/douleur qui s'accroît sur ma vessie. J'ai pris du Cérise et du Ditropan qui ne m'ont fait aucun effet ni l'un ni l'autre (j'ai arrêté assez vite le Ditropan car je souffrais des effets secondaires). Je constate aussi qu'après avoir uriné je ressens une douleur à la vessie et à l'urètre. Elle n'est pas toujours de la même intensité. Parfois je ressens assez rapidement l'impression que ma vessie est à nouveau remplie d'autre fois cela ne revient que plus tard et je peux passer 5,6 ou même 8 heures sans aller aux toilettes. Par contre si je vais aux toilettes de façon rapprochée j'ai de plus en plus mal... La position debout accroît mes envies et douleur surtout en fin de journée.

### Témoignage 3 :

Lorsque le besoin d'uriner se fait sentir, je ne peux absolument pas me retenir, je sais que j'ai devant moi 5 minutes au maximum pour trouver des toilettes, 5 minutes pendant lesquelles la douleur, maintenant qu'elle a débuté, va aller crescendo jusqu'à ce que je sois hors d'état de marcher, même de m'exprimer, et, au pire des cas, d'uriner : si je me retiens trop ou trop longtemps la miction devient de plus en plus difficile jusqu'à être impossible. Malgré tout, je n'ai jamais eu de perte d'urine involontaire, au contraire avec la douleur les sphincters se contractent au maximum et lorsque, enfin, j'ai trouvé des toilettes, il faut parfois quelques minutes de décontraction, de relâchement volontaire, pour que l'urine se fraye un chemin et que la douleur qui déchire ma vessie cesse enfin.

Quoi que je fasse, de jour comme de nuit, même si je n'ai pas beaucoup bu ou mangé, la douleur qui m'oblige à aller aux toilettes apparaît au bout d'une heure environ. La quantité d'urine émise est fonction du liquide que j'ai ingéré dans les heures qui précèdent, mais le fait de ne pas boire n'allonge pas le délai entre les mictions, comme si ma vessie devait de toutes façons se vider au bout d'une heure quoi qu'il advienne. Il semblerait que l'urine concentrée devient aussi douloureuse pour ma vessie que si elle était pleine. A l'inverse, si je bois beaucoup, cette douleur

apparaît plus tôt, dès que la vessie se considère comme pleine, et il peut arriver que je doive trouver des toilettes à 5 minutes d'intervalle, avec chaque fois une émission d'urine, et une douleur tout aussi intense le deuxième fois même si j'étais allée aux toilettes 5 minutes plus tôt. Et ceci peut se répéter trois, quatre fois de suite, puis je commence à pouvoir attendre un quart d'heure, puis une demi-heure...

Il ne m'est jamais arrivé d'avoir le sentiment de devoir aller uriner et de ne rien faire. Il y a toujours émission d'urine. En revanche, il m'est arrivé parfois, quand la douleur chronique est trop forte, de confondre cette dernière avec la douleur-besoin d'uriner, et d'attendre bêtement pour aller aux toilettes alors que j'aurais pu me soulager plus tôt, simplement parce que je n'ai pas su interpréter le signal douloureux.

L'activité et la position ont une influence : assise, je peux attendre un peu plus longtemps, couchée ou debout le besoin apparaît de manière plus précoce.

Comment décrire cette douleur ? Ce n'est pas facile. Je dirais que ça commence un peu comme un point de côté (sauf que c'est au niveau de la vessie), qui devient de plus en plus fort, l'impression d'avoir reçu un coup de poing sur la vessie, et au final je ne saurais même plus décrire car c'est tout qui se dégingue, pas seulement la vessie qui me fait mal mais j'ai les jambes en coton, le corps qui tremble, les muscles qui ne répondent plus, le raisonnement qui ne se fait plus, marcher dix mètres représente l'ascension de l'Himalaya, je ne suis plus tendue que par la volonté de trouver des toilettes, qui devient une idée fixe, une question de survie. Le reste du temps, la douleur se manifeste comme des coups de couteau ou de rasoir, j'ai l'impression de marcher avec un rasoir dans l'urètre et un couteau planté dans la vessie qui me fait mal à chaque pas. Parfois, lorsque je vais mieux, c'est simplement une impression de lourdeur.

La nuit, lorsque la douleur me réveille, je me traîne jusqu'aux WC par le plus court chemin. Si je suis hors de chez moi et que les WC ne sont pas à proximité immédiate, j'utilise un pot de chambre, car le trajet pour aller jusqu'aux toilettes est très pénible.

En général, mais pas toujours, la miction elle-même n'est pas douloureuse. La douleur vésicale est toujours soulagée ; parfois le passage de l'urine peut provoquer une douleur violente au niveau de l'urètre, une impression de déchirure, qui relance le processus douloureux. En revanche, si je « pousse » pour évacuer toute l'urine (la miction étant parfois difficile), je suis sûre de déclencher des douleurs violentes au niveau vésical aussi. Je m'en abstiens donc à toute force.

Une chose est sûre : depuis que j'ai la CI, je ne sais plus ce que veut dire « avoir besoin de faire pipi » : j'ai totalement perdu cette sensation de besoin, ce petit chatouillis qui attire l'attention et se tait si on le lui ordonne avant de réapparaître, obstinément, un peu plus tard... Il a été remplacé par une sensation franchement douloureuse, et qui n'admet aucun délai pour être satisfaite.

#### Témoignage 4 :

La fréquence mictionnelle, ou pollakiurie, est généralement le premier symptôme de la CI. En ce qui me concerne, elle est apparue environ un an avant les douleurs qui lui sont maintenant étroitement associées. Cette fréquence se combine avec l'urgence, ou impériosité, qui est elle aussi extrêmement angoissante et invalidante, mais très difficile à imaginer quand on ne l'a jamais ressentie. Je lui trouve pour ma part deux origines qui sont bien distinctes, même si elles se superposent la plupart du temps.

La plus simple, la plus logique, et la plus facile à comprendre par quelqu'un qui ne souffre pas de CI, est liée à la taille et donc à la capacité de la vessie. Minuscule,

celle-ci se trouve très vite pleine à ras bords. De plus, ses parois étant devenues fibreuses et ayant perdu leur élasticité, il est impossible de gagner du temps et de « se retenir encore un peu » quand elle se trouve remplie. Au contraire, il est nécessaire de la vider sans aucun délai. Cette opération est toujours volontaire, et elle est même difficile à réaliser à cause de l'urètre qui est comprimé, rétréci et douloureux. Elle n'a donc rien à voir avec de l'incontinence.

Cette première forme d'urgence est prévisible et on peut la dominer en allant uriner avant d'y être vraiment obligé. Dans mon cas, cela représente 60 à 80 mictions par 24 heures : autrement dit, les « urgences » sont remplacées par des « précautions » aussi contraignantes ! De plus, un tel comportement n'est pas conseillé car il vaut mieux, paraît-il, se retenir le plus longtemps possible afin de forcer la vessie à ne pas rétrécir trop vite. C'est loin d'être confortable puisque j'ai toujours plus ou moins mal et plus ou moins envie, mais je me force à le faire. Il est donc impératif que je dispose de toilettes dès que survient l'inévitable besoin à satisfaire immédiatement. Celui-ci pouvant se produire au bout de cinq minutes comme au bout d'une heure, selon ce que j'ai ingéré auparavant, la seule solution est de rester à la maison. Ou alors, d'avoir soigneusement programmé et préparé ma sortie en évitant de manger et de boire pendant au moins six heures auparavant. Cependant, malgré cette précaution, je n'ai jamais la certitude de pouvoir tenir le temps nécessaire, et en plus je prends le risque d'une concentration des urines qui entraînera une crise de douleurs aggravée, ainsi qu'un deuxième type d'urgence.

Celui-ci est lié à l'inflammation et à l'ulcération de la muqueuse vésicale. A tout moment, alors même que la vessie n'est pas encore pleine, peut se produire une douleur/envie incontrôlable, qui vous plie en deux et vous force à éliminer sur le champ le petit volume d'urine responsable. Ce besoin arrive comme un raz-de-marée et il est impossible d'y résister. L'angoisse d'y être confrontée en dehors de chez soi représente une véritable épée de Damoclès qui, ajoutée à la certitude plus ou moins rapprochée d'une urgence de la première catégorie, conduit à ne plus sortir du tout. C'est peut-être cette forme d'urgence qu'on devrait appeler « impériosité » pour bien la différencier de la précédente. En ce qui me concerne, je ne peux pas les confondre, bien qu'elles se juxtaposent souvent et qu'elles entraînent le même besoin immédiat d'uriner. L'impériosité, d'après mon expérience, est en général liée à des urines plus concentrées que d'habitude, mais pas toujours. Parfois, bien que très diluées et aussi limpides que de l'eau, elles peuvent ne pas être assez alcalines, et leur arrivée sur la muqueuse à vif équivaut alors à verser de l'acide sur une brûlure. D'où cette réaction qui consiste à évacuer instantanément le liquide fautif. Mais là non plus, on ne peut pas dire que ce soit de l'incontinence : uriner est devenu une opération si difficile que je dois toujours « pousser » de toutes mes forces pour y arriver, et si douloureuse que je suis obligatoirement consciente de ce que je fais...

Témoignage 5 :

Cela fait 3 ans et demi que je ne sais plus quand aller aux toilettes normalement, quand une vraie envie doit se faire ressentir.

## Témoignage 6 :

L'impériosité se manifeste chez moi de 3 manières différentes :

1- lorsque j'ai envie d'uriner et étant donnée ma capacité vésicale très réduite, je ne peux attendre très longtemps, car cela devient très vite insoutenable. Ce besoin devient de plus en plus fort, provoquant des spasmes au niveau de la vessie et des intestins. Dans ce cas, il est très urgent de me soulager, sinon ces douleurs s'accompagnent très vite de tremblements, de sueurs, d'une accélération du rythme cardiaque, d'un mal-être insupportable. Au niveau vessie, j'arrive encore à me retenir, mais côté intestins, je suis obligée d'avouer qu'il m'est arrivé plus d'une fois de ne pas pouvoir me retenir : vous voyez la situation. Très, très pénible. Aujourd'hui, j'ai réglé ce grave problème en sortant toujours de chez moi munie de protections spécifiques, et j'avoue que cela m'a changé la vie, me donnant une liberté que je ne connaissais plus depuis des années. D'autant plus qu'après de telles épreuves et après s'être autant retenu, on souffre terriblement.

2- en cas de brûlures au niveau vessie et urètre (sans infection urinaire), j'éprouve le besoin d'uriner très souvent pour calmer la douleur qui revient presque aussitôt. Dans ce cas, ce sont des douleurs semblables aux infections urinaires. D'autres types de douleur se manifestent par des coups de rasoir au niveau du bas-ventre et surtout de l'urètre. Ce sont des douleurs excessivement violentes qui stoppent la marche, m'empêchent de me baisser ou de m'asseoir. Dans ce cas également je soulage ces terribles douleurs en éliminant le peu d'urine que je dois avoir dans ma vessie endommagée, et depuis peu je me soulage en plus par la prise de tramadol, médicament que je connais grâce à l'association.

3- la nuit : je suis réveillée par la douleur plus ou moins importante selon les nuits. Je ressens un poids énorme au bas-ventre, des brûlures, des douleurs qui peuvent être violentes (comme les coups de rasoir), tout cela soulagé par le fait d'uriner. C'est donc la course aux toilettes une bonne partie de la nuit.

Pour me résumer, en ce qui me concerne, je vais très souvent aux toilettes à cause de la souffrance mais aussi parce que j'ai maintenant une vessie de faible capacité.

**Un prochain dossier sera consacré à l'expression de la douleur : quelle(s) douleurs ressentons-nous au juste, comment la (les) caractériser, et éventuellement, quels moyens, quelles techniques nous aident pour la combattre ? Tous et toutes à vos plumes pour témoigner, envoyez vos écrits par e-mail à [ci\\_France@hotmail.com](mailto:ci_France@hotmail.com), ou par la poste à l'adresse de l'association, 82 rue Albert, 75013 Paris.**

---

### Informations, contact

Composition du bureau après les élections de l'assemblée générale du 17 avril 2005 :

Françoise WATEL, présidente ; Delphine QUEGUINER, secrétaire ; Jeanine LEGAL, trésorière ; Annick NADAL, trésorière adjointe.

Nota bene. La lettre d'informations de l'association CI est constituée en grande partie de témoignages de malades. Ces témoignages sont des expériences personnelles et n'engagent que leurs auteurs, comme, de manière générale, tous les articles signés. Tout conseil médical est à rechercher auprès du médecin traitant.