



Rejoindre cet évènement Wooclap



1

Allez sur
wooclap.com

2

Entrez le code
d'évènement dans le
bandeau supérieur

Code d'évènement
FRHSJQ

 [Copier le lien de participation](#)





Vous accueillez un patient de 79 ans aux urgences, acheminé par sa fille pour une fatigue et une sensation de palpitations...



- ① La prise d'un traitement anticoagulant 95% 71
- ② L'ancienneté des symptômes 95% 71
- ③ La consommation d'alcool ou d'autre stupéfiants 52% 39
- ④ La présence de fièvre au cours des derniers jours 71% 53



00:35



125%



Stratégie Globale de prise en charge d'un patient en FA : AF-CARE

- 1 C : Comorbidités et FDRCV à rechercher
 - 2 A : Anticoagulation appropriée
 - 3 R : Ralentir et Réduire = contrôler la FC et envisager la cardioversion
- E : Évaluer et ré-évaluer les thérapeutiques en cours chez les patients chroniques

PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE

1

FA / FLUTTER

Si doute diagnostic : manœuvre vagale ou adénosine en respectant les CI et les précautions d'emploi

Instabilité hémodynamique et/ou respiratoire
Attention si voie accessoire connue ou découverte sur ECG (Cf. ANNEXE)

Installation SAUV
Cardioversion électrique (Cf. page 5)

**Ancienneté ?
1^{er} épisode ?**

Facteur déclenchant ?

La recherche et la correction d'un facteur déclenchant doit être une priorité avant, ou en parallèle de, l'instauration d'un traitement contrôlant la fréquence ou le rythme cardiaque

Observance thérapeutique

Systémique : Hypovolémie, Sepsis, Anémie, Hyperthyroïdie, Trouble Métabolique,...

Toxique : Alcool, CO, Cocaïne,...

Cardiaque : Péricardite, SCA, Insuffisance Cardiaque décompensée, Valvulopathie, Embolie Pulmonaire,...

Cardiopathie Connue ?

Insuffisance cardiaque et dernière FEVG

Trouble conducteur / Bloc de branche

Type de cardiopathie (Ischémique? Amylose?)

**Anticoagulant ?
Antiarythmique ?**

Facteur déclenchant ?

La recherche et la correction d'un facteur déclenchant doit être une priorité avant, ou en parallèle de, l'instauration d'un traitement contrôlant la fréquence ou le rythme cardiaque

Observance thérapeutique

Systémique : Hypovolémie, Sepsis, Anémie, Hyperthyroïdie, Trouble Métabolique,...

Toxique : Alcool, CO, Cocaïne,...

Cardiaque : Péricardite, SCA, Insuffisance Cardiaque décompensée, Valvulopathie, Embolie Pulmonaire,...





Vous accueillez aux urgences un patient connu pour une ACFA ancienne.
Il vous explique ressentir des palpitations plus importantes depuis hier....



① Ce patient devra être vu par un médecin dans un délais de 15min

56%

31



② Pas besoin de faire un ECG, sa fibrillation est déjà connue

0%

0



③ La priorité va être de ralentir sa fréquence cardiaque

65%

36

④ S'il se dégrade, vous connaissez la procédure locale pour réaliser une cardioversion électrique

47%

26



00:39



125%



2

Patient déjà sous anticoagulation efficace à dose curative ?

OUI

Poursuite du traitement anticoagulant

NON

Débuter anticoagulation, quelque soit le score
CHA2DS2-VA

3

Contrôle de la fréquence cardiaque

Objectif FC < 110 bpm

FC < 110 bpm

Et

Absence de retentissement
fonctionnel

Suivi Ambulatoire

Adresser les découvertes de
FA en consultation
cardiologique dans le mois

FC > 110 bpm

Échographie Clinique par
urgentiste :FEVG ? Congestion Pulmonaire ?
Surcharge vasculaire ? Facteur
déclenchant ?Mauvaise tolérance
clinique ?

OU

Hypotension Artérielle ?

OU

Insuffisance cardiaque
décompensée ?

NON

β-Bloquant β1 sélectif quelque soit la FEVG

Si CI aux β-bloquants :

- Inhibiteur calcique si FE \geq 40% et absence de cardiopathie sous-jacente

Ou

- Digoxine si cardiopathie sous-jacente

OUI

Digoxine IV ou Amiodarone IV
(en considérant le risque de
cardioversion)

FC < 110 bpm

ET

Amélioration
Symptomatique

OUI

Hospitalisation ou gestion ambulatoire en fonction de :

- correction du facteur déclenchant
- contexte clinique / social du patient
- accessibilité à la filière cardiologique

NON

Avis cardiologique
Urgent

Cardioversion Electrique en Urgence

La cardioversion électrique en urgence est indiquée pour les patients présentant des **signes d'instabilité hémodynamique** se traduisant par des signes de **bas débit et une hypotension artérielle**.

Chez les patients en FA et en OAP, la cardioversion électrique n'est probablement pas la stratégie à envisager en première intention.

Sédation Procédurale

Propofol ou Kétamine ou Etomidate => posologie adaptée au patient

Cardioversion

Patches positionnés en antéro-post (à préférer si besoin d'un électro-entraînement)

Choc Electrique externe BiPhasique 120-200J synchrone

Anticoagulation : HNF

Vous êtes IDE en SAUV avec un patient présentant une fibrillation auriculaire.



1

Pour ralentir sa fréquence cardiaque, l'ATENOLOL s'administre dilué dans du G5%, en IVSE sur 60min avec une première dose de 5mg

10%

8



2

Pour une cardioversion en urgence, l'AMIODARONE s'administre à la dose de 300mg, pure en IVD

21%

16



3

Pour ralentir sa fréquence cardiaque, la DIGOXINE s'utilise diluée dans du NaCl à administrer en IVL

56%

44

4

Vous savez où trouver le livret du médicament Urg'ARA pour préparer vos drogues

91%

71



00:39



125%



ATENOLOL - TENORMINE®

Ampoule de 5 mg/10 mL
Concentration : 0,5 mg/mL

βbloquant

INDICATIONS :

- Poussée HTA
- FA
- Syndrome Aortique Aigu

CONTRE-INDICATIONS :

- Asthme et BPCO
- Choc cardiogénique, insuffisance cardiaque
- BAV 2^{ème} et 3^{ème} degré non appareillé, l
- Maladie du sinus, bradycardie
- Syndrome de Raynaud
- Hypersensibilité à l'aténolol

INSTALLATION ET SURVEILLANCE :

Scope, monitoring complet
Matériel de réanimation prêt à l'emploi
Arrêt de l'injection dès que FC < 60/min
Surveillance : PA /5 min pendant 15 min
puis /15 min pendant une heure



PRÉPARATION :

Prélever une ampoule PURE et injecter en IVDL sur 5 min



POSOLOGIE :

5 mg en IVDL sur 5 min

À renouveler 15 min plus tard si besoin, selon objectif tensionnel

EFFETS SECONDAIRES :

- Bronchospasme
- Bradycardie, troubles de la conduction, insuffisance cardiaque

TROUBLE DU RYTHME

AMIODARONE – CORDARONE®

Ampoule de 150 mg/ 3 mL
Concentration : 50 mg/mL

Antiarythmique



PLUSIEURS INDICATIONS : UNE FICHE PAR INDICATION

INDICATIONS :

- Cardioversion d'une FA, patient avec cardiopathie connue, selon référentiel Urg'Ara
- TV mal tolérée

CONTRE-INDICATIONS :

- Bradycardie, BAV sévère
- Hypotension artérielle sévère

INSTALLATION ET SURVEILLANCE :

Scope, monitoring complet
Matériel de réanimation prêt à l'emploi
Privilégier VVP de gros calibre (pli du coude), VVP dédiée



PRÉPARATION :

PSE : Prélever deux ampoules, soit 300 mg et compléter à 20 mL av

À passer en 30 minutes, soit vitesse 40 mL/h



POSOLOGIE :

300 mg à passer en 30 min

PUIS relai IVSE ou Per Os sur avis cardio et selon référentiel Urg'Ara

EFFETS SECONDAIRES :

- Veinite, réaction au point d'injection
- Bradycardie, hypotension
- Nausées
- Thyroïdite

DIGOXINE - DIGOXINE®

Ampoule de 0,5 mg/ 2 mL

Tonicardiaque

INDICATIONS :

- Contrôle de la FC dans la FA si cardiopathie pré-existante

CONTRE-INDICATIONS :

- BAV 2^{ème} ou 3^{ème} degré non appareillé
- Hyperexcitabilité ventriculaire
- Fibrillation auriculaire associée à un syndrome de Wolff Parkinson White
- Cardiopathie obstructive : RA, cardiopathie hypertrophique
- Hypokaliémie non corrigée

INSTALLATION ET SURVEILLANCE :

Scope, monitoring complet
Matériel de réanimation prêt à l'emploi



PRÉPARATION :

Prélever une ampoule et diluer dans une poche de 50 ou de 100 mL de NaCl 0,9%
À passer en 10 min



POSOLOGIE :

0,5 mg en IVL sur 10 min

EFFETS SECONDAIRES :

- Troubles de la conduction, troubles du rythme ventriculaire
- Hallucinations, convulsions, céphalées
- Troubles digestifs
- Allergie



Il est 7h du matin

Vous êtes IOA et un VSAV vous amène un patient de 74 ans, pour difficulté respiratoire

Titre en plein écran

Titre sur la moitié de l'écran

- ① Une fréquence respiratoire supérieure à 25cpm est un critère supplémentaire de gravité à ce tableau 92% 36
- ② Une tension artérielle élevée pourrait orienter vers un OAP 95% 37
- ③ En attendant d'avoir le dosage des BNP, il faut démarrer un aérosols de TERBUTALINE 3% 1
- ④ Vous n'êtes pas inquiet pour la suite de prise en charge car vous connaissez la procédure locale et le matériel nécessaire à l'initiation de la VNI chez ce patient 67% 26



00:39



Classification phénotypique (par ordre de fréquence rencontrée au SAU)

**Intensité des soins à définir selon
contexte clinique (âge,
polypathologie, institutionnalisation,
fragilité)**

Insuffisance cardiaque chronique décompensée :

- ATCD d'insuffisance cardiaque chronique avec fonction ventriculaire gauche plus ou moins altérée
- Rétention hydrosodée progressive, signes de congestion systémique prédominant
- Installation progressive, (plusieurs jours)
- PA conservée, possible signes d'hypoperfusion

OAP cardiogénique :

Dyspnée et orthopnée au premier plan
Installation rapide voire brutale (quelques heures)
Evolution vers détresse respiratoire, PA conservée voire élevée
Facteur déclenchant souvent facilement identifiable

Insuffisance ventriculaire droite isolée

Signes de congestion systémique d'installation progressive ou rapide (quelques heures à quelques jours) / anasarque possible

Choc cardiogénique

Signes de choc hémodynamique et l'hypoperfusion prédominant
Installation rapide voir brutale (quelques heures)



Œdème Aiguë Pulmonaire

Objectifs de la prise en charge

Mise en place des thérapeutiques sans délai
Soulager les symptômes respiratoires
Déplétion hydrosodée et normo-tension
Corriger l'hypoperfusion si elle est présente

**Intensité des soins à définir selon
contexte clinique (âge,
polypathologie, autonomie, fragilité)**

**VNI devant FR > 25 / Sat < 90 % sous O2 / mise en jeu des
muscles respiratoires accessoires / orthopnée**

Si pas de détresse respiratoire : Oxygénothérapie

TAS ≥ 110mmHg

OUI

**1/ Dérivés nitrés
2/ Diurétiques de l'anse**

NON

Hypoperfusion périphérique ?

OUI

**1/ Diurétiques de l'anse
2/ Inotrope positif ou
Vasopresseur selon ETT**

NON

Diurétiques de l'anse

**Amélioration respiratoire et
hémodynamique attendue dans les 30min**

OUI

Hospitalisation, intensité de soin à définir selon
besoins du patient
Optimisation thérapeutique

NON

**Avis cardiologique
Avis réanimateur**



Vous accueillez une patiente de 54 ans qui se présente spontanément aux urgences pour une douleur thoracique apparue 45min plus tôt alors qu'elle déneigeait sa cour....



- 1

Douleur rétrosternale, oppressante, constrictive

99% 86
- 2

Associée à une sensation de lipothymie

59% 51
- 3

Irradiant dans les dents et la mâchoire

95% 83
- 4

Entrainant des nausées

71% 62



00:39



Chest pain
or pressure



80%
of women and men with ACS
present with chest pain or pressure

Diaphoresis



Epigastric pain/
Indigestion



Shoulder/
Arm pain



Other symptoms, like diaphoresis,
indigestion/epigastric pain and
shoulder/arm pain occur commonly
in both women and men with ACS

Dizziness



Nausea/
Vomiting



Jaw/Neck
pain



Shortness
of breath



Some symptoms may be more common
in women with ACS, including:

- Dizziness/Syncope
- Nausea/Vomiting
- Jaw/Neck pain
- Shortness of breath
- Pain between the shoulder blades
- Palpitations
- Fatigue

2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) ^{FREE}

Robert A Byrne, Xavier Rossello, J J Coughlan, Emanuele Barbato, Colin Berry, Alaide Chieffo, Marc J Claeys, Gheorghe-Andrei Dan, Marc R Dweck, Mary Galbraith ...

Show more

Author Notes

European Heart Journal, Volume 44, Issue 38, 7 October 2023, Pages 3720–3826,

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>



Caractère de la douleur

Origine coronarienne :

Douleur rétrosternale typique : oppression, serrement, pesanteur

Irradiant au bras gauche/deux bras, mâchoire, cou, dos, épigastre

ET survenant à l'effort ou au stress, cédant au repos ou à la trinitrine

Très probable

Douleur rétrosternale évocatrice, mais manquant 1 critère

(irradiations atypiques, déclenchement non net, soulagement imprécis)

Probable

Douleur atypique : ponctiforme, fugace, reproductible à

la palpation, liée à la

respiration ou aux mouvements, localisée latéralement

Peu probable

Présence de signes associés évocateurs : dyspnée, sueurs, nausées, malaises, lipothymie

Surtout chez patient à risque CV

Renforce la probabilité
(vers probable ou vers très probable)

Présentation atypique chez sujet âgé, femme, diabétique : dyspnée isolée, asthénie, malaise

Probable
(malgré atypie de la douleur)

Vous êtes toujours avec cette patiente de 54 ans,
Compte tenu de caractéristiques de sa douleur thoracique qui persiste, vous avez ...



- 1

Cette patiente est à risque de présenter des troubles du rythme menaçant, il faut la monitorer en continu

97% 61
- 2

Une hypotension artérielle orienterait d'emblée vers un tableau à très haut risque

76% 48
- 3

On répètera les ECG uniquement si la douleur régresse

0% 0
- 4

Même sans le résultat de la première troponine il faudra administrer 250mg d'aspirine à ce patient

49% 31



00:40





Douleur
thoracique
évocatrice d'un
Syndrome
Coronarien Aigu
(SCA)

ECG
18D

Interprétation
médicale
<10min

- Absence de sus-décalage persistant du segment ST
- Frequentement : sous-décalage du segment ST ou inversion des ondes T dans des territoires concordants

Dès le diagnostic de NSTEMI retenu et dès la
phase pré-hospitalière :
ASPIRINE 250mg IV ou PO

Clinique / Paraclinique

- Choc cardiogénique ou instabilité hémodynamique
- Douleur thoracique persistante et réfractaire au traitement
- Insuffisance cardiaque aiguë
- Trouble du rythme menaçant
- Complications mécaniques
- Modifications dynamiques récurrentes de l'ECG évocatrice d'ischémie (élévation intermittente du segment ST)

- Elévation de la troponine selon algorithmes 0/1h ou 0/2h de l'ESC
- GRACE score >140
- Elévation transitoire du segment ST
- Modification dynamiques du segment ST ou de l'onde T
- Autre FDR à considérer : insuffisance rénale ou cardiaque chronique, diabète

- Patient non catégorisé comme très haut ou haut risque mais présentant un tableau clinique évocateur de SCA, particulièrement sur un terrain à risque (insuffisance rénale ou cardiaque chronique, diabète)
- Angor Instable

**Stratification
du risque**

**Très Haut
Risque**

Haut Risque

**Non à haut
risque**

A propos de syncope...



- ①

Le terme de syncope ne renvoie pas forcément à une perte de connaissance

22% 16
- ②

La syncope traduit une baisse transitoire et spontanément résolutive du débit sanguin cérébral

92% 68
- ③

Une syncope au cours d'un effort est un critère de gravité, ce patient devra bénéficier d'une surveillance scopée

92% 68
- ④

Une syncope en position couchée est un critère de gravité, ce patient devra bénéficier d'une surveillance scopée

80% 59



00:39



Définition

Perte de Connaissance (PC) spontanée totale brève, avec amnésie de la PC et résolution spontanée de l'état d'éveil et du tonus postural, en lien avec baisse du débit cérébral

1. PRENDRE EN CHARGE la pathologie dont la syncope peut être un symptôme (sepsis, hémorragie...)

La syncope n'a pas de cause évidente

Proposer une stratification du risque
Ecarter une cause cardiologique
Pour quel patient demander un avis spécialisé?

2. RECUEILLIR les éléments nécessaires

Anamnèse
Faire préciser le malaise/prodrome/circonstances par proches et témoins

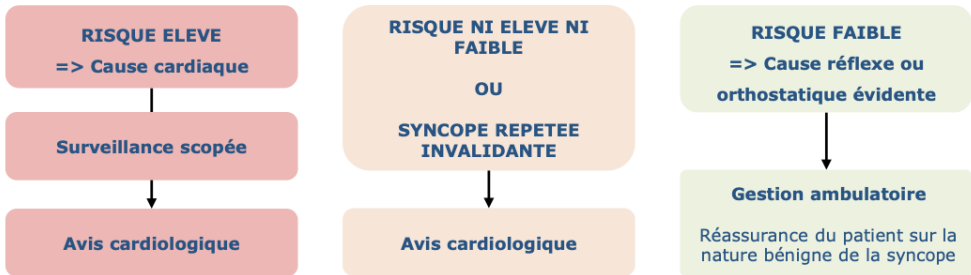
ECG

Général
ATCD (DAI/PM) / Traitement / ATCD familiaux
Examen clinique général
Selon contexte réaliser test hypotension orthostatique (HTO) ou Massage Sino-Carotidien (MSC)
Biologie selon contexte non systématique

Focus: Test hypoTA orthostatique
Repos couché (à défaut assis) 5 min avant la réalisation du test
Puis mesure de la PA/FC en position de repos
Mise debout et mesure PA/FC à 1 et 3 min
Pathologique si :
- Baisse Pas > 20 mmHg
- Pas < 90 mmHg
- Symptomatique
Incertain dans les autres cas

Focus: Massage Sino-Carotidien
Indiqué après 40 ans, si cause réflexe suspectée
En absence d'AVC récent (< 3 mois), en absence de souffle cervical bilaté ou de sténose carotidienne connue
Patient en décubitus, tête tournée côté inverse à la stimulation, massage ou pression en regard de la carotide
Pathologique si pause > 3 sec ou chute PA > 50 mmHg

3. STRATIFIER LE RISQUE (critères page 2) ET ORIENTER



CRITERES

RISQUE ELEVE
=> Cause cardiaque

- Critères à l'interrogatoire**
- ATCD de cardiopathie
 - Présence PM ou défibrillateur => interrogatoire PM/DAI obligatoire : transfert (modalité de médicalisation selon contexte clinique et avis cardiologique) vers USIC de proximité
 - ATCD familiaux de mort subite < 40 ans ou de cardiopathie sévère familiale
 - Syncope précédée de palpitations
 - Syncope en position couchée
 - Syncope à l'exercice

- Critères cliniques**
- PAs < 90 mmHg inexpliquée
 - Bradycardie persistante (< 40 bpm) en état d'éveil et en absence d'entraînement physique
 - Souffle systolique non bilanté

- Critères ECG**
- ESV, TVNS
 - QRS larges (> 120 msec), bloc bi/trifasciculaire
 - HVG
 - BSA, bradycardie sinusale < 40/min, BAV
 - W/DW

RISQUE FAIBLE
=> Cause réflexe ou orthostatique évidente

- Cause réflexe**
- Longue histoire (années) de malaise récurrent avec des caractéristiques identique à l'épisode actuel
 - Prodromes typiques: étourdissement, bouffée de chaleur, sueurs, nausées, vomissements
 - Après vécu d'une situation inconfortable
 - Après station debout prolongée et/ou endroit chaud et bondés
 - Pendant ou après un repas
 - Déclenché par toux défécation miction
 - Après une rotation de la tête ou une pression sur le sinus carotidien (tumeur, rasage, col serré)
 - MSC positif, négatif non excluant

- Cause orthostatique**
- En se levant ou après s'être levé
 - Après station debout prolongée
 - Lever après exercice
 - Situation post prandiale
 - Lien temporel avec introduction ou changement de dose de traitement vasopresseur ou diurétique
 - Dysautonomie connue, parkinson
 - Test hypoTA positif, négatif non excluant



Vous accueillez aux urgences une jeune femme de 26 ans à 10 jours d'une ligamentoplastie du genou droit. ...



① Il faut suspecter une embolie pulmonaire chez toute douleur thoracique se présentant à l'accueil des urgences.

9%

3



② Tout patient suspect d'embolie pulmonaire devra bénéficier d'un dosage des D-dimères avant la réalisation d'une angio-TDM thoracique

12%

4



③ Un patient se présentant aux urgences avec une dyspnée et une haute probabilité d'embolie pulmonaire devra être surveillé en SAUV

76%

25

④ Quelque soit le contexte clinique, dès que les D-dimères sont élevés, le patient présente une probabilité très élevée d'avoir une embolie pulmonaire diagnostiquée sur une angio-TDM thoracique

3%

1



00:39



125%



33 / 134



Vous êtes IOA dans un centre hospitalier ne disposant pas d'une unité de cardiologie interventionnelle. La table de coronarographie la plus proche est à 30min de route....



- ①

Vous proposez d'installer cette patiente directement sur le brancard de l'UMH

44% 8
- ②

Pour une angioplastie primaire on ne réalise que le bolus d'héparine

17% 3
- ③

L'ISOSORBIDE DINITRATE en bolus et en relais IVSE sera utiliser si il faut contrôler la tension artérielle

72% 13
- ④

Selon les organisations et les contraintes locales, cette patiente pourra être transférées en TIH ou par des ambulanciers formés

17% 3

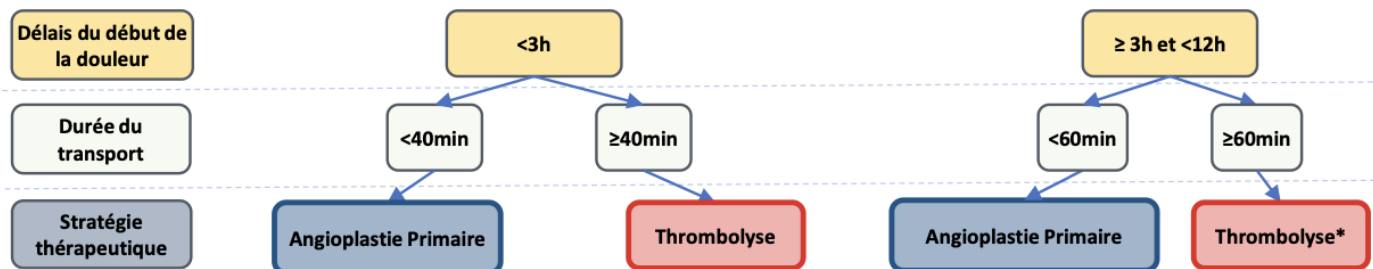


00:39





- **L'ECG diagnostique** comportera **18 dérivations** pour permettre l'exploration des dérivations **droites et postérieures**.
- Le délai total de l'intervention correspond au délai entre la réalisation de l'ECG par un médecin pouvant thrombolyser et le passage du guide à travers la lésion.
- Tous les patients doivent être admis, **le plus vite possible** (à considérer comme une intervention primaire) vers les centres de cardiologie interventionnelle (CCI) pour une **angioplastie primaire (AP)**, ou une éventuelle **angioplastie de sauvetage après thrombolyse**.
- Les **indications** de coronarographie doivent être prises **avant l'arrivée dans le CCI** pour un accès direct en salle de cardiologie interventionnelle si nécessaire.



- A l'exception des patients se trouvant dans un CCI, la **thrombolyse** sera discutée pour **les patients à faible risque hémorragique souffrant depuis moins d'1h30**.
- **Les patients en choc cardiogénique ou en pré-choc** devront être orientés vers un **centre d'ECMO**.
- **Angioplastie primaire** envisageable si **STEMI >12h** après le début de la douleur et : si **douleur thoracique persistante, insuffisance cardiaque droite ou gauche ou troubles rythmiques soutenus**.

*Discuter au cas par cas pour les patients à haut risque de saignement : patients âgés et/ou porteurs de comorbidités ; envisager une thrombolyse pour les patients ayant : un temps de transport ≥60min, une IC Killip 3 ou 4 et/ou une instabilité HD ou rythmique, un âge jeune

Délai ECG qualifiant – départ de l'ambulance	Durée de transport	Délai arrivée hôpital – entrée en salle de coro	Délai entrée en salle de coro – passage du guide dans la lésion
Objectif <20min	Variable d'ajustement	Objectif < 20min	Objectif < 20min

La détermination de la durée de transport pourra se faire à l'aide d'outils informatiques.



Angioplastie Primaire

1/ ASPIRINE : 250mg IV

2/ TICAGRELOR (Brilique®) : 180mg PO

OU PRASUGREL (Efient®) : 60mg PO

Si CI PRASUGREL ou TICAGRELOR / ET pour les MCS :

CLOPIDOGREL (Plavix®) : 600mg si <75ans ; 300mg si ≥75ans

3/ HEPARINE NON FRACTIONNÉE (HNF) : 70UI/Kg IVD puis 12UI/Kg/h IVSE (sans engendrer de retard au transport)

Lors de la réalisation d'un ECG à l'accueil des urgences, vous vérifiez toujours l'étalonnage de votre appareil :



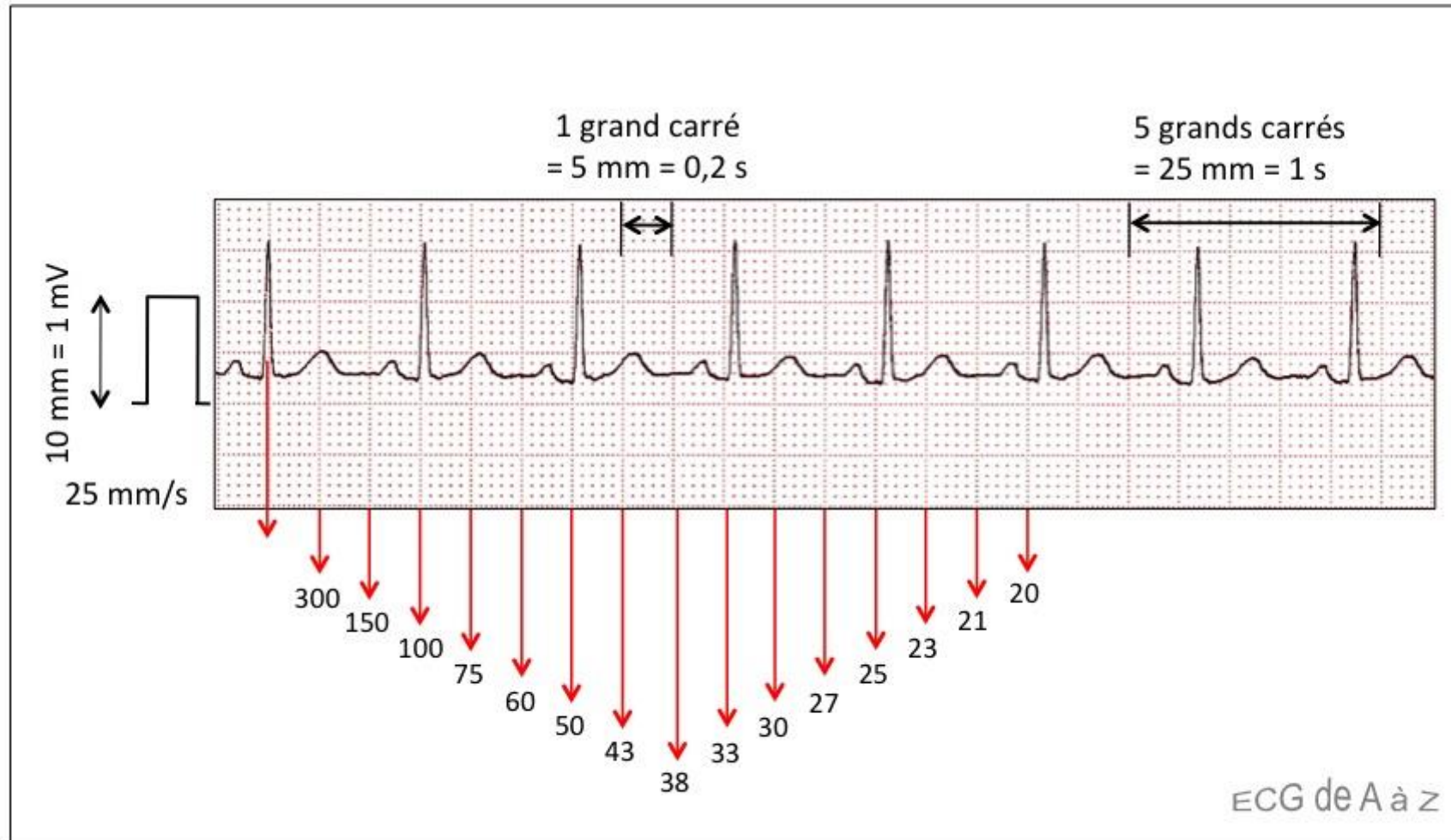
- ① La vitesse de défilement de la machine doit être réglée sur 25mm/s 88% 50
- ② 5 grands carrés défilent en 1 seconde 46% 26
- ③ Une déflexion verticale de 10mm correspond à 1mV 61% 35
- ④ La position des électrodes sur le thorax, l'abdomen ou les membres influence l'amplitude du signal 88% 50



00:39

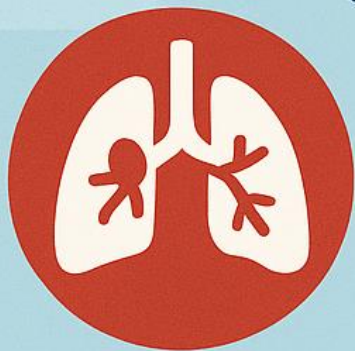


ECG généralités (étalonnage)



URGARA QUIZ

UrgARA
urgences-ara.fr



**MERCI DE
VOTRE
PARTICIPATION !**

