

L'ADMISSION D'UN JEUNE AUX URGENCES EN LIEN AVEC UNE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL

« **Mieux comprendre les enjeux pour améliorer la
prévention et la prise en charge** »

Comité consultatif régional
Rennes, 05 juillet 2010



**Guylaine Bénec'h, chargée de mission
CIRDD Bretagne**

9 place du Général Koenig
35000 Rennes

gbenech@cirdd-bretagne.fr 02.23.20.14.60
www.cirdd-bretagne.fr



PLAN DE LA PRESENTATION:

1. Présentation du projet

2. Principaux résultats et éléments de réflexions

- Etat des connaissances actuelles
- Enquête 2009 (Rennes)

3. Perspectives 2010-2012

TEMOIGNAGES DE PROFESSIONNELS

(Pompier, policier, secouriste, urgentistes)



ORIGINES DU PROJET

● UNE PREOCCUPATION PARTAGEE:

- Comité scientifique « alcool et jeunes »
- MILDT, CR, Ville de Rennes, Ministère de la jeunesse...
- Projet médical de territoire « Conduites addictives », conférence sanitaire territoire de santé No5
- Services d'accueil des urgences de Rennes
 - Urgences pédiatriques de Rennes et ANPAA35
- Associations et acteurs de terrains

● CONTEXTE :

- Communiqué octobre 2008 du Ministère de la santé:
«Les hospitalisations pour ivresse dans les services de pédiatrie (moins de 15 ans) ont augmenté de près de 50% en quatre ans ».
- Articles de presse sur « l'augmentation des cas de comas éthyliques chez les jeunes de moins de 15 ans ».

OBJECTIFS DU PROJET

- CONNAITRE « L'ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES »
 - ⇒ Revue de littérature nationale et internationale
- DRESSER UN « ETAT DES LIEUX » DE LA SITUATION
 - Réaliser une enquête sur les pratiques des professionnels (hôpital + amont et aval)
 - Mieux connaître les publics concernés (données épidémiologiques et psychosociales sur les jeunes patients)
 - ⇒ Enquête exploratoire à échelle de la ville de Rennes en 2009
 - ⇒ Groupe de travail
 - ⇒ Entretiens auprès de professionnels
 - ⇒ Analyse de l'activité 2008 du SAU de Rennes
- IDENTIFIER DES PISTES D' ACTIONS
 - ⇒ Projet d'expérimentation sociale 2010-2012
 - ⇒ Mutualisation des expériences locales

LE MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL (RENNES)

1. CHU DE RENNES

- **SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES**
 - PROFESSEUR BELLOU, CHEF DE SERVICE (2010)
- **URGENCES ADULTES (HOPITAL PONTCHAILLOU)**
 - Dr David Travers, Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie, CHU de Rennes
 - Mr Bruno Contamin, cadre de santé aux urgences de Pontchaillou (2010)
 - Dr François-Jérôme Kerdiles, urgentiste à Pontchaillou (2010)
- **URGENCES PEDIATRIQUE / UNITE DES GRANDS ENFANTS (HOPITAL SUD)**
 - Dr Marie-Aline Guitteny, responsable des urgences pédiatriques de l'hôpital Sud, CHU de Rennes
 - Madame Françoise Pannetier, infirmière, urgences pédiatriques
 - Dr Véronique Chasle, urgences pédiatriques
 - Mr Olivier Picquart, Cadre de santé puériculteur. Unité des Grands enfants et des adolescents. Hôpital Sud.
- **UNITE D'ALCOOLOGIE DE LIAISON**
 - Dr Caroline Le Lan, Praticien Hospitalier, responsable de l'unité d'alcoologie de liaison, service des maladies du Foie, CHU de Rennes

2. CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER

- Mr Jean-Pierre Poras, Cadre de santé au Département des conduites addictives, CHGR et membre du comité de pilotage « *conduites addictives* » du groupe « santé publique » de la conférence sanitaire du secteur 5.

3. ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE (ANPAA35)

- Mme Marie-Cécile Courchay, directrice

NOS QUESTIONS DE DEPART

- Qui sont les jeunes admis aux urgences hospitalières en lien avec une consommation d'alcool ?
- Comment se déroule la « chaîne d'intervention » autour de ces jeunes (prise en charge à l'hôpital et en pré/post hospitalier) ?
- Quelles actions semblent pertinentes ?

⇒ Quelle méthodologie d'enquête adopter ?

**REVUE DE
LITTÉRATURE:
« Quel est l'état des
connaissance sur le
sujet ? »**



REVUE DE LITTÉRATURE

- Recensement d'articles issus de la presse spécialisée, recherches sur Internet...
- Une thématique relativement peu explorée, enquêtes rares et limitées
- Quelques « incontournables » :
 - SUREAU, C., CHARPENTIER, S., PHILIPPE, J.M., PERRIER, C., TRINH-DUC, A., FOUGERAS, O., CHARPENTIER, S., RAPHAËLE, V., MIRANDA, J. & LE GALL, C. (2006). *Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences »*. Commission de Veille Scientifique.
 - PICHEROT, G. (2007). De plus en plus de jeunes aux urgences. Le point de vue d'un pédiatre. In P. HUERRE & F. MARTY (Eds). *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse*. Paris : Albin Michel.
 - COORDINATION DES SOINS ET DE LA RECHERCHE EN ALCOOLOGIE (COSRA 35). (1998). Urgences : accueil, urgences hospitalières et alcool. *Actes de la Journée régionale du Mardi 9 juin 1998, Rennes, 92 pages*.
 - BRICE, C. (2003). Etude prospective des conduites à risques de l'adolescent aux urgences de Saint-Brieuc. Thèse de doctorat en Médecine de l'Université de Rennes 1, France.
 - MICHEL, G. & GUILLERY, X. (2006). Les conduites à risque chez l'adolescent. Propositions de prise en charge dans un service d'urgence. *Alcoologie et Addictologie, 28(1), 51-57*.

L'INTOXICATION ETHYLIQUE AIGUE

- La notion d'intoxication éthylique aigüe (IEA)
 - Une notion médicale correspondant à une intoxication provoquée par une ingestion d'alcool
 - Notion plus adaptée que celle d'« ivresse »
 - Notion à distinguer de celle de « coma éthylique »
- Trois phases:
 1. Excitation psychomotrice simple
 2. Incoordination
 3. Phase comateuse (<7% des IEA)
- Deux types d'IEA
 - IEA simple
 - IEA compliquée
- Le degré d'intoxication dépend de multiples facteurs (ne se limite pas aux taux d'alcoolémie)

L'IEA AUX URGENCES: GENERALITES

- En France, 10 à 30% des patients admis dans les SAU (tous âges confondus) présentent une IEA (diagnostic principal ou secondaire)
- 25% des IEA ne sont pas reconnues
- Les circonstances de l'IEA peuvent être variées:
 - Ivresse aiguë
 - Traumatisme
 - Chute
 - Agression
 - Malaise
 - Sensation vertigineuse...
- Une IEA est présente dans:
 - 50 à 80% des accidents (30% des accidents mortels)
 - 80% des agressions
 - 20 à 30% des malaises et vertiges
 - 30-70% des intoxications médicamenteuses volontaires
 - 20 à 30 % des tentatives de suicide
 - 40% des suicides des adolescents

L'IEA AUX URGENCES: GENERALITES (suite)

- L'admission pour IEA correspond par définition à un usage nocif d'alcool
- Tous les patients admis en IEA n'ont pas les mêmes besoins (¼ des patients admis pour IEA présenteraient une alcoolo-dépendance)
- Mais une admission pour IEA est un facteur prédictif important de:
 - Morbidité accrue
 - Conduite automobile sous l'emprise de l'alcool
 - Abus d'alcool
 - Décès prématuré
- Les IEA itératives sont rares (13-17%) mais ont un fort poids psychologique sur les équipes de soins
- De nombreux patients sortent sans être hospitalisés (15 à 72% selon les sites)
- Seul 1 patient sur 2 exprime une relation entre hospitalisation et alcoolisation
- Des freins dans la prise en charge liés aux représentations des soignants, au manque de connaissances et aux difficultés propres au contexte des urgences.

RECOMMANDATIONS DE L'ANAES

- Ne pas banaliser
- Eviter les attitudes négatives, moralisatrices
- Améliorer les compétences des équipes (totalité des personnels):
 - Données épidémiologiques, alcoologie, ressources...
 - Représentations et attitudes
 - Utilisations d'outils de repérage simples
 - Information sur l'efficacité des interventions proposées
- Evaluer la situation du patient (questionnaire DETA ou CAGE) et procéder à une intervention ultrabrève
- Informer le patient sur le mésusage d'alcool, les ressources disponibles...
- Au besoin, orienter vers une intervention spécialisée (psychiatrie, addictologie de liaison...)
- Procéder à une hospitalisation systématique (72h pour les adolescents) permettant un deuxième temps de prise en charge, « à froid »
- En cas de sortie prématurée, reprendre contact avec le patient (courrier)

Les jeunes aux urgences: généralités

Toutes causes confondues, en France:

- Proportion des 13-19 ans aux urgences: 10 % (conduites à risques plus fréquentes dans cette tranche d'âge)
- Taux de réitération plus élevés chez les jeunes
- L'admission au SAU peut dissimuler un autre type d'urgence, non formulée: violence subie, dysfonctionnement familial, difficultés personnelles...
- Atmosphère des urgences difficile pour les jeunes

Tendances relevées chez les jeunes admis pour IEA

- Une population essentiellement masculine
- Une problématique liée à celle des comportements à risques de l'adolescence
- Admissions surtout la nuit et le week-end
- Consommations ayant lieu essentiellement en extérieur
- Admissions majoritairement par les secours publics (SAMU, Sapeurs Pompiers, Police)
- De grandes variations, selon les sites, en matière de prise en charge (hospitalisations et consultations spécialisées plus ou moins fréquentes)
- Consommation d'alcools forts
- Taux moyen d'alcoolémie $>1,5\text{g/l}$

Tendances relevées chez les jeunes admis pour IEA

- Consommations plus fréquentes que la moyenne nationale
- Polyconsommations plus fréquentes que la moyenne nationale (surtout tabac et cannabis)
- Expérimentation de substances psychoactives supérieure aux moyennes nationales (ecstasy, cocaïne...)
- 1ères ivresses plus précoces
- Situations de dépendance peu courantes

Tendances relevées chez les jeunes admis pour IEA

- Problèmes sociaux et violences familiales (25%)
- Alcoolisme parental (25%) – surtout paternel
- Famille monoparentale
- Difficultés scolaires, absentéisme
- Tous les jeunes n'ont pas les mêmes besoins...

NB: différents profils de jeunes et différentes formes d'alcoolisation

- Différents types de jeunes (*typologie de Thomazeau*):
 - « Le fêtard »: celui qui boit pour faire la fête.
 - « L'aventurier »: celui qui boit pour connaître de nouvelles sensations.
 - « Le timide »: celui qui boit pour faire comme les autres et s'intégrer.
 - « Le fuyard »: celui qui boit pour fuir la réalité et ses problèmes.

- Et différentes formes d'alcoolisation...
 - Alcoolisation « festive »
 - Alcoolisation « défonce »
 - Alcoolisation d'automédication

Les facteurs de risques chez les adolescents

- Carences affectives et vécu traumatique
- Conflits familiaux
- Consommation abusive d'alcool par les parents
- Influence des pairs
- Vulnérabilités individuelles (tolérance à l'alcool...)
- Accessibilité des boissons alcoolisées, marketing ciblant les jeunes...

L'IEA DE JEUNES AUX URGENCES

- Les alcoolisations des jeunes sont trop souvent banalisées
- 50% des alcoolisations chroniques débutent avant l'âge de 20 ans
- Les SAU peuvent être un lieu privilégié de repérage et d'intervention
- Attention à ne pas identifier le jeune à un « groupe », au risque de « fixer la pathologie »

Recommandations ANAES:

- Hospitaliser 72H (prise en charge globale et travail auprès de l'entourage)
- Effectuer une évaluation psychologique et sociale autour des éléments :
 - Familiaux
 - Biographiques
 - Autres conduites à risques
 - Poly-consommations
 - Scolaires
 - Conditions d'alcoolisation
 - Antécédents psychiatriques
 - ...
- Orienter vers la prise en charge appropriée (bien présenter le lieu lors de l'hospitalisation)

DONNEES SUR LA SITUATION RENNAISE



La prise en charge « en amont »

- Ville de Rennes: présence d'intervenants en amont sur l'espace public la nuit (dispositif Prév'enille, Noz'ambule, Premiers Secours...)
 - ⇒ Présence adulte en centre-ville la nuit
 - ⇒ Prévention et réduction des risques
 - ⇒ Premiers secours lors d'évènements festifs, dispositifs de mise à l'abri...
- Les « accompagnateurs officiels » :
 - Pompiers (« *quand ça saigne* »)
 - Forces de l'ordre (« *quand ça cogne* »)
 - SAMU
- Alcoolisations sur l'espace public (centre-ville, parcs, sur la voie publique...), en milieu scolaire, dans les bars et discothèques, dans la sphère privée (milieu familial, appartements)...
- **NB: la grande majorité des alcoolisations ne terminent pas aux urgences !**

En amont: une situation qui ne satisfait personne...

- Sentiment d'être démunis, « dépassés » voire épuisés:
Des alcoolisations massives, de plus en plus jeunes, de plus en plus féminines, de plus en plus violentes...
- Questionnements sur les rôles et limites de chacun
Qui et quand orienter vers le SAU?
- Questionnements quant à la responsabilité morale et juridique
- Monopolisation des équipes (pompiers, forces de l'ordre)
- Ambiguïté de la relation soin/répression
- Questionnements sur la parentalité
« Mais que font les parents ? »

En amont: exemples de suggestions...

- Améliorer les connaissances sur « la personne en état d'ivresse »
- Envisager la création d'un lieu de mise à l'abri, en ville, pour « stocker et surveiller », voire la présence d'un « médecin itinérant »
- Renforcer le travail de prévention
- Communiquer davantage envers les parents ...

Le cas particulier des Ivresses Publiques Manifestes (IPM)

- Procédure consistant à interpellier les personnes en état d'ébriété manifeste sur la voie publique, à les placer en cellule de dégrisement et à leur infliger une amende (150 €)
- Depuis 1970, un examen médical doit être effectué dans les services d'urgences hospitalière pour évaluer si l'état de la personne est compatible avec la rétention (délivrance d'un certificat de non admission dans 90% des cas)
- Concerne environ 70 000 personnes / an en France (8 121 en Bretagne en 2008).
- La procédure d'IPM mobilise 5 à 10% des équipages de police ou gendarmerie disponible (avec des pointes les week-end et lors d'évènements)

Le cas particulier des Ivresses Publiques Manifestes (IPM)

Mission d'évaluation 2008:

- Une procédure qui permet d'éviter des décès
- Mais qui reste à améliorer:
 - Fonctionnaires insuffisamment formés aux enjeux sanitaires
 - Présence des forces de l'ordre au sein de l'hôpital non souhaitable
 - Coût élevé de la procédure
 - Conditions de détention parfois inadaptées...
- Recommandations:
 - Visite du médecin sur les lieux de rétention
 - Amélioration de la réponse pénale pour favoriser la prise en charge sanitaire
 - Organisation du suivi sanitaire

Rennes: une convention avec SOS Médecin en 2009-2010

- Convention signée en décembre 2009 (Préfecture, Police, SOS Médecins) visant l'examen de la personne interpellée dans les locaux de la Police par SOS Médecins
- Objectifs:
 - Soulager les équipes
 - Désengorger les urgences
 - Gagner en efficacité
- Horaires: 21H-6H du jeudi soir au dimanche matin
- 266 visites médicales au premier semestre 2009 + 133 prévus en 2010

A l'hôpital: une situation présentant des forces...

- Important travail en réseau, sur le territoire, en matière d'addictologie / alcoologie
- Un intérêt pour la thématique, une volonté des équipes d'améliorer leurs connaissances
- Présence de l'équipe de psychiatrie et des équipes de liaison en addictologie (urgences adultes)
- Permanences d'infirmiers du CHGR aux urgences pédiatriques (horaires limités)

... et des faiblesses

- Séparation des urgences pédiatriques (Hôpital Sud) et adultes (Pontchaillou) sur deux sites
- Des conditions de travail difficiles (« la cour des miracles »): manque de temps, manque de lits, épuisement...
- La temporalité des urgences vs la temporalité de la prévention / intervention
- Hétérogénéité des pratiques (« ça dépend de la personne ») et des représentations
- Outils de repérage et d'intervention (questionnaires, intervention ultra-brève... peu connus des équipes urgentistes)
- Un manque de connaissance des acteurs post-hospitaliers et des prises en charge possibles
- Un manque de « retours » sur le devenir des patients / l'efficacité des interventions effectuées
- Besoin de formations en alcoologie (épidémiologie, fondamentaux, prise en charge...)
- Besoin de renforcer la coordination avec l'extérieur

Structures pouvant accueillir les jeunes en aval

- Présence d'acteurs aux rôles et compétences diverses:
 - Soins en addictologie / alcoologie
 - Structures d'accueil et d'orientation pour les jeunes
 - Structures d'accueil et d'orientation pour les parents...
- Mais une inter-connaissance et un travail en réseau qui reste à renforcer
- Un « maillon manquant » entre les urgences et les ressources existantes

ADMISSIONS POUR IEA DE JEUNES DE < 25 ANS AU SAU DE RENNES EN 2008:

*Analyse de la base de données
Res'urgences*

BLOODY SHOT

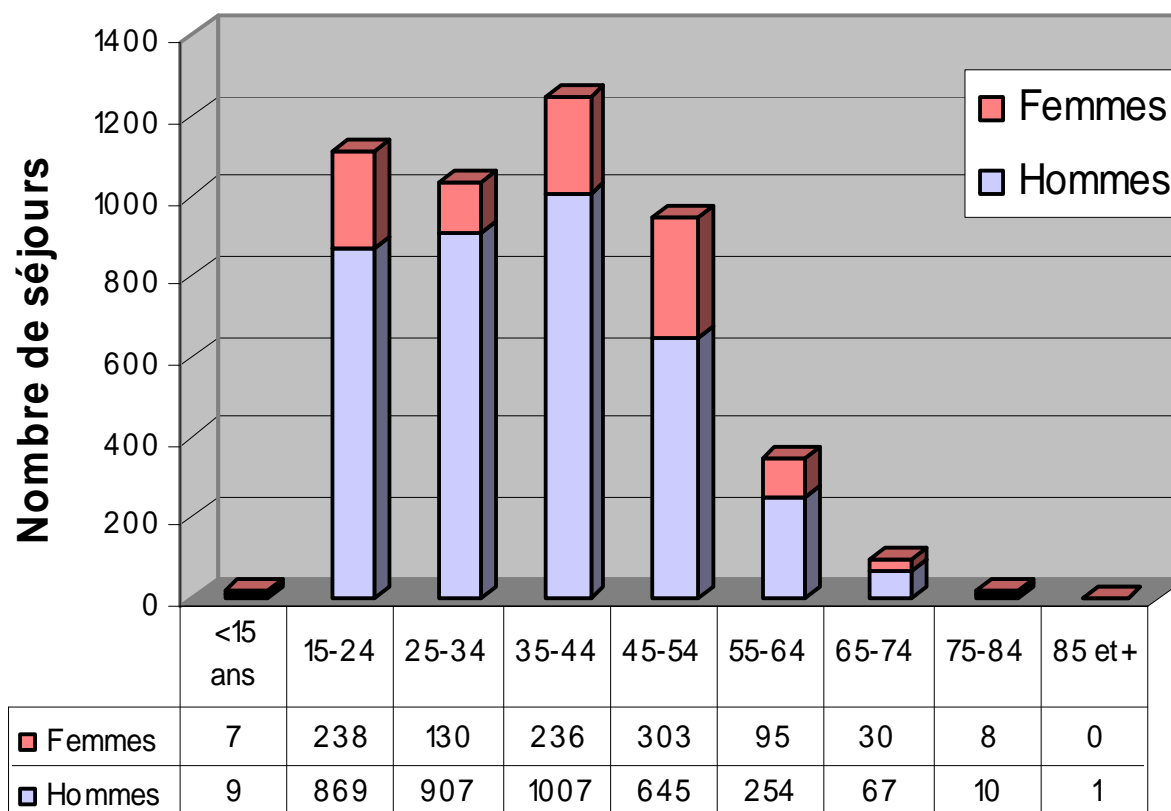
5 doses de mix d'alcool
2 doses de provocation
1 dose de vulnérabilité

Prenez quelques verres d'alcool Trop.
Ajoutez-y quelques remarques
désobligeantes.
Rehaussez le tout avec une
bousculade, des regards
provocateurs, une ou deux insultes et
un coup de poing en pleine tête...
Et c'est gagné !
Enfin pour vous, ce serait plutôt : et
c'est perdu...
Servir frappé.



Un phénomène plutôt masculin.
Les 35-44 ans sont les plus concernés.

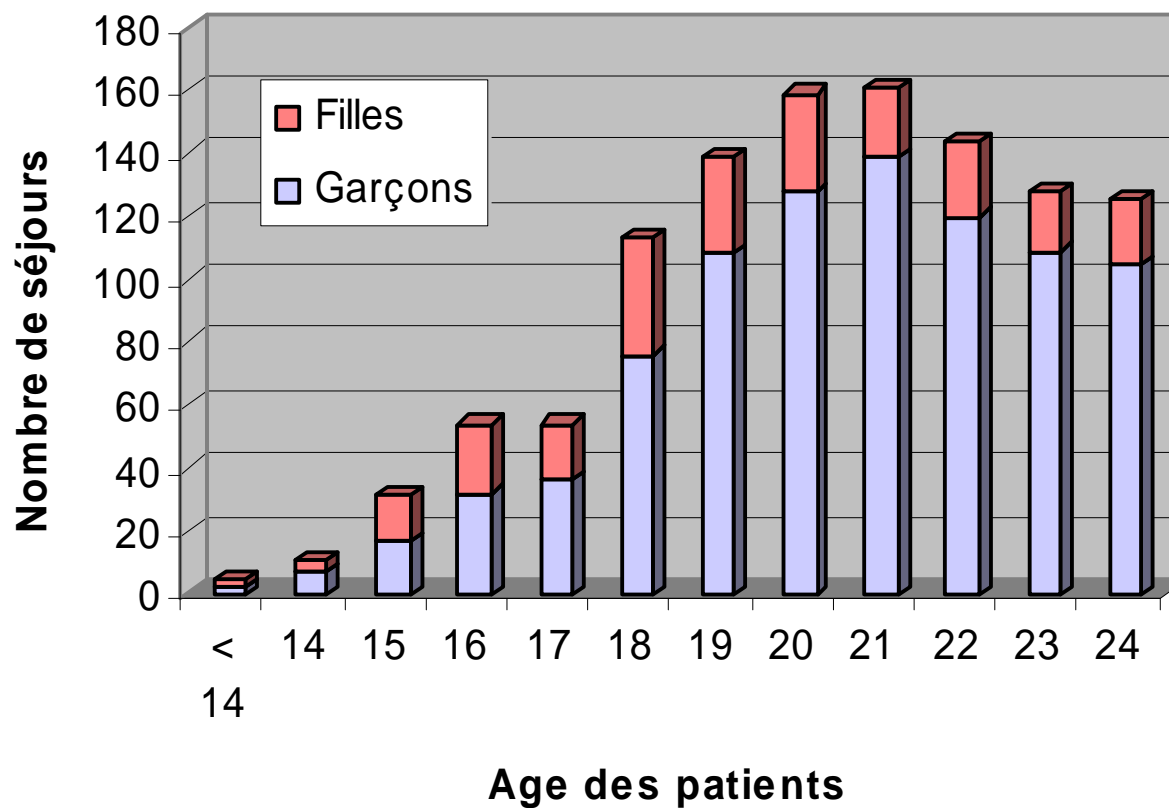
Répartition des séjours pour IEA au SAU de Rennes
par sexe et âge en 2008



Tranche d'âge des patients

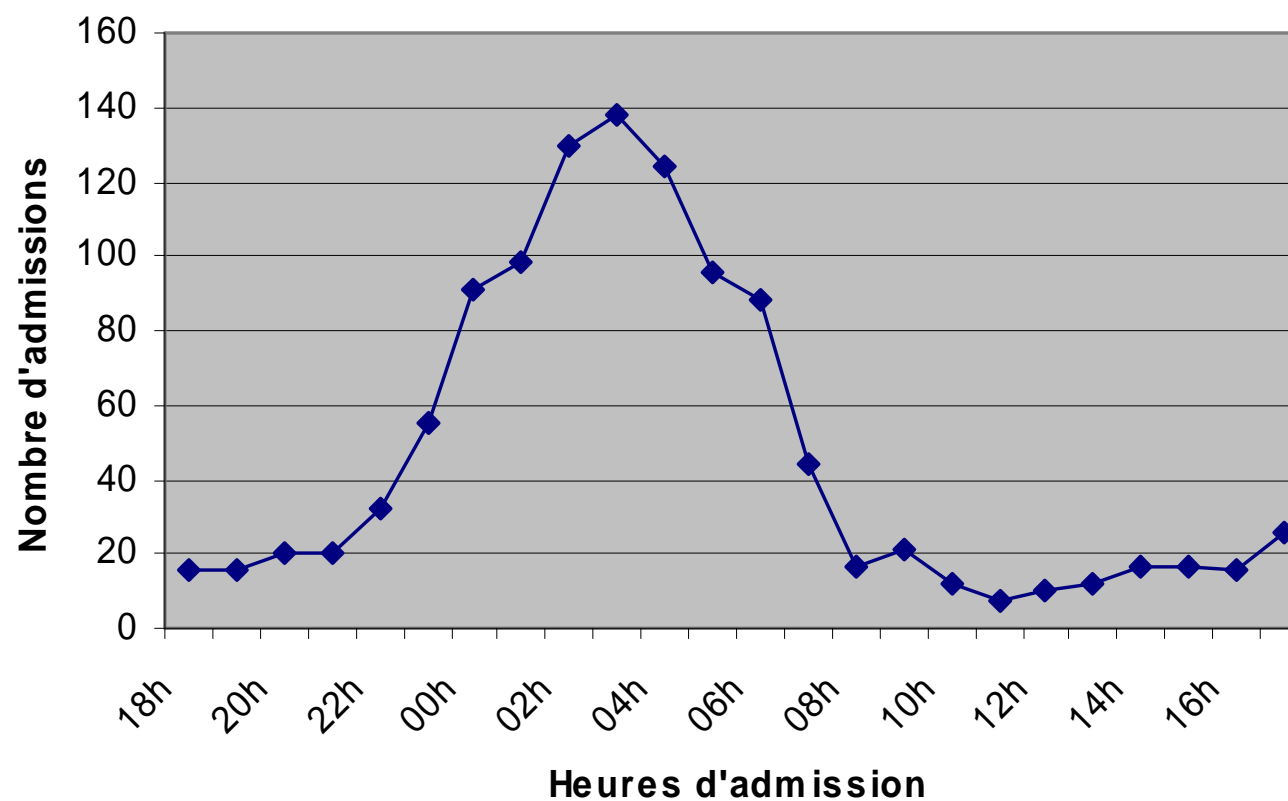
Chez les jeunes: un pic vers 20-21 ans

Répartition par âge des séjours pour IEA de jeunes de moins de 25 ans au SAU de Rennes en 2008



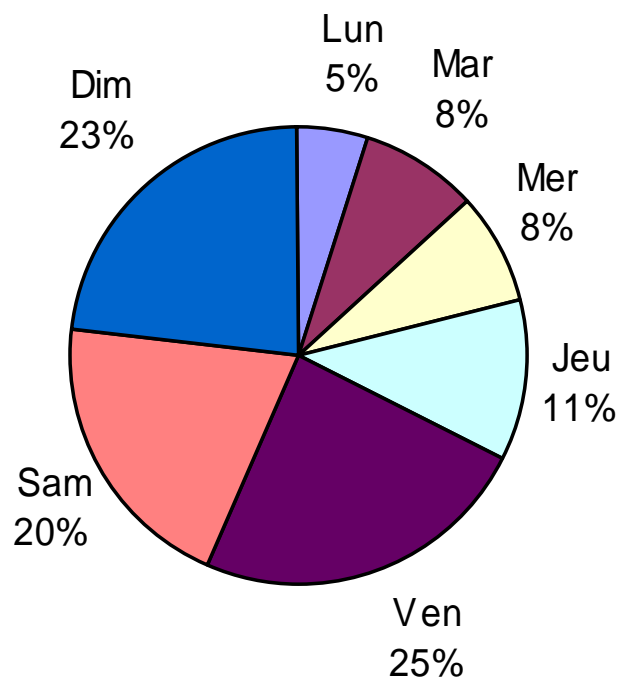
Des admissions ayant essentiellement lieu la nuit

Répartition par tranche horaires des admissions pour IEA de jeunes de moins de 25 ans (moyenne sur 2008)



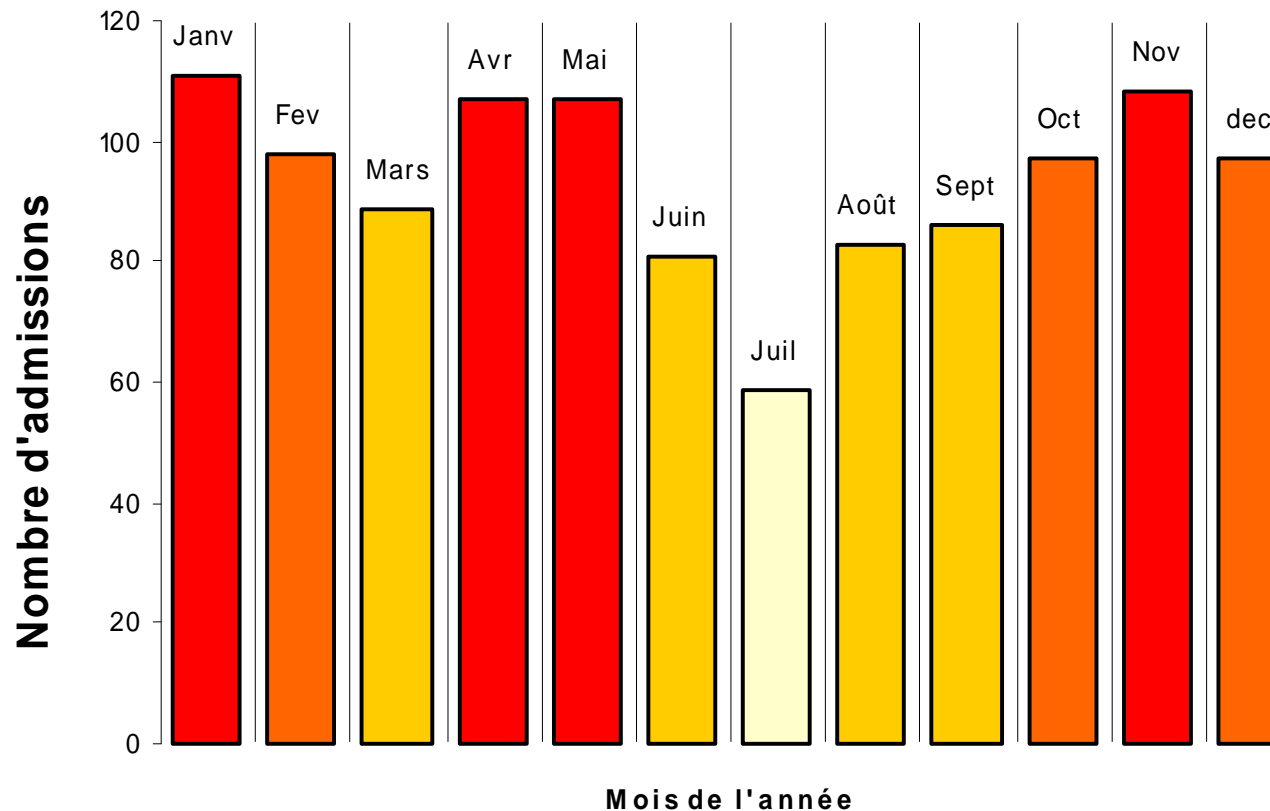
Une forte concentration sur les week-ends

**Répartition des séjours pour IEA
de jeunes de moins de 25 ans par jour de la semaine en 2008**



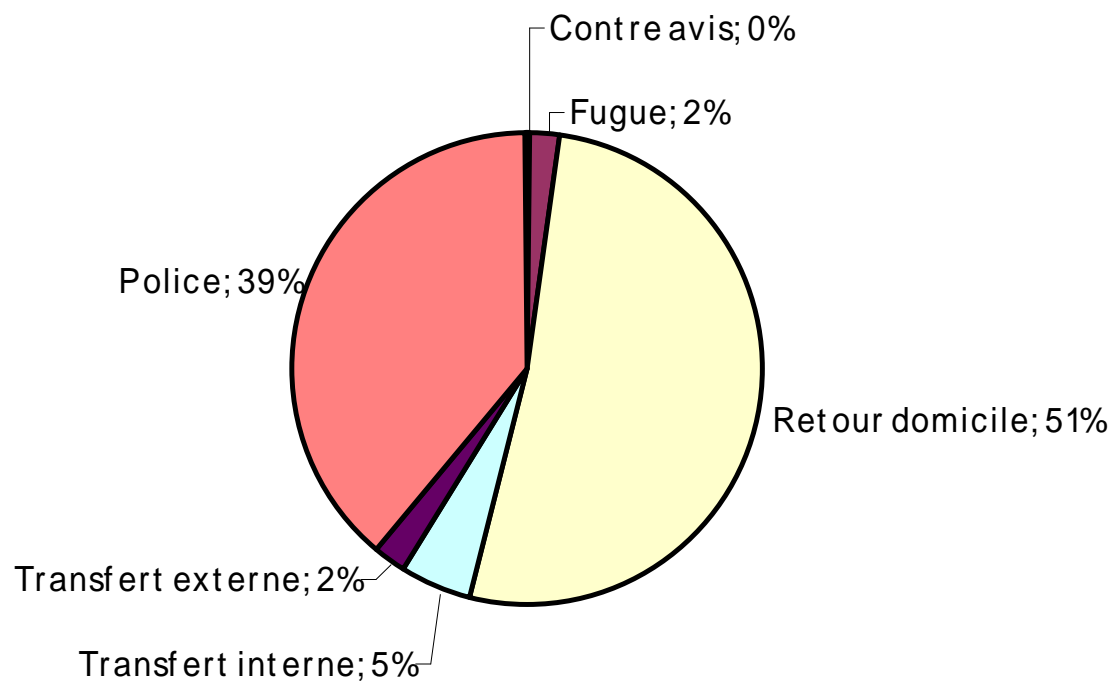
Une variation saisonnière rythmée pas les calendriers scolaires

Répartition par mois des séjours pour IEA de jeunes de moins de 25 ans en 2008



Plus d'un patient sur trois finit la nuit au poste de police

Orientation des jeunes suite à leur séjour aux urgences pour IEA en 2008



Une rencontre non systématique des équipes d'alcoologie de liaison

- **Durée moyenne de séjour:**

- 5h30 chez les < 25 ans (mineurs: 7h)
- 10 h chez les 25+

- **Alcoologie de liaison:**

- Proportion de patients (< 25 ans) rencontrés par l'équipe de liaison en alcoologie: 28%

- **Forces de l'ordre:**

- Proportion de patients quittant l'hôpital avec les forces de l'ordre: 39%

BESOINS IDENTIFIES

- **Affiner nos connaissances** sur les jeunes admis pour IEA
- **Améliorer les compétences des équipes** des SAU (formations épidémiologie, alcoologie, outils d'évaluation, interventions brèves...)
- **Renforcer le travail en réseau**: acteurs de la prévention, du soin, de la répression, de l'éducation, intervenants jeunesse, structures d'aide à la parentalité...
- **Partager les connaissances** acquises autour de la thématique (professionnels, jeunes et grands publics)
- **Créer les conditions permettant de procéder à une évaluation systématique**, à froid, de la situation de chaque jeune, selon une approche globale

Un exemple allemand: le programme « HaIT- Hart am Limit » (Stop: c'est la limite!)

Constat:

- Augmentation des hospitalisations de jeunes adolescents en lien avec une alcoolisation massive.
- Manque de cohérence des adultes en matière d'alcool.

Deux niveaux d'intervention:

- Partie réactive: adolescents admis aux urgences en lien avec une alcoolisation massive.
- Partie proactive: échelle « communautaire ».

Objectifs:

- Repérer et intervenir de manière précoce auprès de jeunes à risque.
- Sensibiliser et responsabiliser les adultes.
- Faire appliquer la législation en matière de vente d'alcool aux mineurs.

Un exemple allemand: le programme « HaIT- Hart am LimiT » (Stop: c'est la limite!)

Mise en œuvre:

- Système d'alerte lors de l'admission d'un jeune aux urgences.
- Interventions auprès du jeunes et de sa famille.
- Entretiens de groupes.
- Actions de prévention auprès des adultes (familles, milieux scolaires, soignants...)
- Formation de professionnels de débits de boissons...

Evaluation:

- Diminution du nombre d'admissions aux urgences.
- Généralisation à échelle nationale du projet pilote.

Un exemple breton: le protocole de prise en charge des adolescents au CHU de Saint Briec

- **Constat:** augmentation du nombre de jeunes admis en IEA
- **Réponse:** une procédure de rencontre systématique, à distance, de tous les jeunes admis aux urgences pour IAA, avec un addictologue spécialisé dans les questions d'adolescence (en lien avec le psychologue et le psychiatre)
- **Objectifs:** évaluer la situation selon une approche globale, échanger avec le jeune autour de la notion d'ivresse, proposer l'orientation adaptée
- **Modalités:**
 - Prise de RV avec le jeune dans les 15 jours qui suivent son passage
 - Entretien avec les parents
 - Entretien avec les parents et le jeunes
 - Orientation adaptée
- **NB:** ce type de dispositif permet une amélioration des connaissances sur les profils de jeunes rencontrés aux urgences

PINK NIGHTMARE

3 doses d'alcool Trop

2 doses de séduction

1 dose de relation sexuelle non protégée

Prenez quelques verres d'alcool Trop. Mixez une jolie rencontre avec quelques sourires ravageurs.

Accompagnez d'une relation sexuelle non protégée. À vous les infections sexuellement transmissibles. Servir contaminé.

PERSPECTIVES POUR LA SUITE...



www.inpes.santat.fr
inpes



PERSPECTIVES 2010 -2012

Volet rennais: un projet d'expérimentation sociale

UNE « EXPÉRIMENTATION SOCIALE » ACCOMPAGNÉE D'UNE ÉVALUATION EXTERNE ET SCIENTIFIQUE (OFDT)

- Formation à destination de ces professionnels urgentistes
- Outil - ressources (répertoire des structures incluant le rôle de chacune et des contacts, dépliants / affiches...)
- Entretiens post urgences avec les jeunes / les parents
 - Evaluer la situation globale
 - Revenir sur les circonstances de l'admission aux urgences
 - Apporter les éléments d'information et de motivations adaptés
 - Proposer une orientation adaptée
 - *Rencontrer les parents et amorcer une intervention familiale*
 - *Inviter le jeune à co-participer à la réalisation d'une action*
- Renforcement du travail en réseau
- Observation / amélioration des connaissances (analyse quantitative et qualitative)

PERSPECTIVES 2010 -2012

Volet inter-départemental et régional

Niveau départemental : contribuer à l'amélioration des connaissances et à la mise en place de dynamiques départementales (Morbihan, Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor)

- Mettre en place et animer des groupes de travail départementaux.
- Réaliser des états des lieux départementaux.
- Proposer des ressources à destination des professionnels
- Promouvoir l'expérimentation d'actions à échelle locale.

Niveau régional : contribuer à l'amélioration des connaissances à travers la mise en place d'un dispositif d'observation régional.

- Poursuivre l'analyse de la littérature et en diffuser les résultats
- Diffuser une information adéquate aux professionnels
- Organiser des temps d'échange au niveau régional (comité consultatifs, groupes de travail...)
- Réaliser un tableau de bord épidémiologique régional, (en partenariat avec l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne) à partir des données du *Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)*.

MERCI !

TEMOIGNAGES DE PROFESSIONNELS
(Pompier, policier, secouriste, urgentistes..)