

Mot de votre Président



Bonjour à tous,

Avec l'arrivée de l'été, on voit poindre à l'horizon des journées ensoleillées et des jours agréables. Au niveau de l'insuffisance cardiaque, les choses s'annoncent aussi meilleures. En effet, avec deux nouvelles médications pour contrôler l'insuffisance cardiaque (Eplerenone et Ivabradine), le devenir des patients cardiaques s'avère meilleur.

Le déploiement de Vision C+ s'accélère avec des améliorations constantes au logiciel. Cet outil de suivi nous permettra éventuellement de pouvoir produire des statistiques québécoises et mesurer ainsi l'efficacité de notre suivi chez nos patients.

Par ailleurs, vous pourrez consulter sur notre site internet (www.sqic.org) la lettre envoyée au Ministre de la santé ainsi que sa réponse. Soyez convaincus de l'engagement de votre société ainsi que de son Président pour voir ce dossier évoluer. En effet, le manque de fourniture de médicaments pour nos patients insuffisants cardiaques me semble intolérable et les ruptures de stocks de la dernière année soit non la disponibilité de l'Hydralazine et de l'Aldactone me semble des chevaux de bataille sur lesquels une réponse favorable de nos gouvernements est nécessaire. Au besoin, une mobilisation de l'ensemble de la Société devra être faite.

Finalement, j'aimerais également vous rappeler notre symposium de l'automne. Les inscriptions sont ouvertes et je vous encourage fortement à venir assister aux deux journées de conférences. Dans l'espoir de vous voir lors de ces deux journées!

Je vous souhaite un merveilleux été rempli de moments heureux avec vos familles.

Serge Lepage, MD
Président de la SQIC
Serge.Lepage@USherbrooke.ca

Dans ce numéro

- ⇒ Mot du président.
D^r Serge Lepage p. 1
- ⇒ Mot de la rédactrice en chef.
D^{re} Anique Ducharme p. 2
- ⇒ La non compaction du VG
D^{re} Marie-Hélène LeBlanc p. 2
- ⇒ Le dabigatran : un pas dans la
bonne direction
M. Simon de Denus, Pharm.
M. Denis Brouillette, Pharm. p. 3
- ⇒ STICH : Revascularisation ou
ne pas revasculariser ?
D^r Normand Racine
D^r Denis Bouchard p. 4
- ⇒ Lignes directrices 2010 en
réanimation cardiorespiratoire
RCR
M^{me} Marie Pagé p. 5
- ⇒ Les stérols végétaux
M^{me} Joanne Larocque p. 6
- ⇒ Dilemme éthique,... Que faire ?
M^{me} Nathalie Nadon
M^{me} Sonia Heppell p. 7



Un mot de la rédaction

Par Anique Ducharme, MD, MSc.
Monique.masse@icm-mhi.org

Bienvenue à cette nouvelle édition de notre *Newsletter* préféré. Maintenant que le beau temps est enfin arrivé (du moins depuis 24 heures!) et que l'été est à nos portes, quoi de plus rafraîchissant qu'une bonne lecture ?

Il n'y manque qu'un bon pique-nique au parc... Un peu de stérols végétaux avec ça? Mme Laroque saura nous les démystifier et nous guider dans nos choix santé, et ce tant personnellement que pour nos patients.

Si ces bons conseils ne suffisent pas, ou alors arrivent trop tard pour plusieurs de nos patients, lorsque la maladie coronarienne est bien installée, que faire? La décision de procéder ou non à une revascularisation myocardique chez des patients avec fraction d'éjection abaissée est longtemps demeurée une question difficile; souvent le choix se basait plutôt sur la balance entre les préférences individuelles (du patient et du médecin) et le risque, principalement relié aux co-morbidités. Heureusement, une étude du NIH de grande envergure, l'étude STICH (Surgical Treatment for Ischemic Heart Failure), permet maintenant de nous guider. Deux experts impliqués dans l'étude (un cardiologue et un chirurgien cardiaque) en discutent ici les résultats.

Ensuite, pour poursuivre avec les dilemmes, nos infirmières praticiennes oseront poser « les questions qui tuent » : Quand retirer le permis de conduire à un patient? Comment s'y prendre ? Et quelles sont nos responsabilités en tant que professionnels de la santé? Devant ces questions délicates, il est bon de se rappeler que la conduite automobile demeure un privilège et non un droit inaliénable, et ce même si on vit en Amérique du Nord où la culture de la voiture est omniprésente.

D'autre part, en tant que professionnels de la santé œuvrant avec des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, il est de notre responsabilité d'être le plus à jour possible dans notre domaine, ce qui devrait inclure à mon avis la réanimation (de base, RCR ou avancée, ACLS). Mme Pagé nous expliquera les grandes lignes des modifications des recommandations 2010. Qui sait, peut-être cet aperçu constituera un rappel du besoin d'une mise à jour plus importante?

Finalement, nos pharmaciens apporteront un vent de nouveauté et discuteront du dabigatran. Panacée pour tous?

J'en profite pour vous souhaiter un très bel été !

Anique Ducharme, MD, MSc

La non compaction du VG

Parmi les causes plus rares d'insuffisance cardiaque, il faut mentionner la non compaction du ventricule gauche (VG). Il s'agit d'une forme de cardiomyopathie causée par un arrêt de compaction des fibres myocardiques dans la période intra utérine. Elle est caractérisée par la présence de récessus intertrabéculaires profonds dans la portion hypertrophiée du myocarde et n'est pas associée à aucune autre anomalie structurelle cardiaque. On rencontre des formes familiales et des formes isolées.

Cette pathologie est diagnostiquée à l'écho et fait partie des diagnostics différentiels de l'HVG.

Les trabéculations sont typiquement localisées à l'apex du VG et à la paroi apicolatérale ou inférieure. On note que le ratio en fin de systole de la région non compactée sur la région compactée est de plus de 2. Il n'y a pas d'obstruction dans la chambre de chasse. C'est une

cardiopathie emboligène qui nécessite une anticoagulation.

La fonction ventriculaire est souvent abaissée avec une hypokinésie marquée des segments affectés et la fonction diastolique est altérée. Ces patients sont plus sujets à présenter de la tachycardie ventriculaire ou une mort subite.

Marie-Hélène LeBlanc, MD
Hôpital Laval
marie-helene.leblanc@med.ulaval.ca

Le dabigatran : un pas dans la bonne direction.

Depuis sa commercialisation il y a plus de 50 ans, la place de la warfarine n'a pas été remise en question par aucun autre anticoagulant. Toutefois, l'arrivée du dabigatran sur le marché canadien comme agent de prophylaxie des événements thrombotiques dans la fibrillation auriculaire non-valvulaire a modifié l'approche de prise en charge de cette maladie. Il importe donc de mettre en perspective cet anticoagulant par rapport à la warfarine. D'abord, le dabigatran présente de nombreux avantages : une efficacité équivalente ou supérieure à la warfarine, un risque de saignement moindre ou équivalent, une faible variabilité de l'effet du traitement et peu d'interaction médicamenteuse.

Un des avantages indéniables du dabigatran est la possibilité de moduler la dose telle qu'utilisée dans l'étude RELY. En effet, on sait que la dose de 110 mg BID démontre un effet équivalent à la warfarine pour réduire les événements thrombotiques, avec une incidence de saignements majeurs moindre. D'autre part, la dose de 150 mg BID produit un effet supérieur à la warfarine avec une incidence de saignements majeurs similaire. On pourra donc modifier le régime posologique pour tenir compte du risque de saignement des patients. D'ailleurs, une sous étude récente publiée dans la revue *Circulation*

(*Circulation* 2011;123;2363-72) suggère que sur la base des saignements la dose de 110 mg 2 fois par jour devraient être favorisés chez les patients de plus de 75 ans. On note par contre une incidence de dyspepsie plus élevée avec le dabigatran. D'autres questions demeurent sans réponse, comme : la gestion de certaines interaction (amiodarone, dronedarone, verapamil...), la dose à utiliser chez les patients ayant une clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min, les doses à utiliser chez les patients ayant bénéficié d'un remplacement de valve cardiaque mécanique ou même la prise en charge des saignements.

Le dabigatran n'est donc pas une alternative universelle à la warfarine, mais constitue un pas dans la bonne direction. D'autres études viendront augmenter nos connaissances et permettront sans doute de mieux clarifier la place des nouveaux anticoagulants.

Denis Brouillette
Pharmacien, D.Ph.

Institut de cardiologie de Montréal

Simon de Denus

Pharmacien, MSc(Pharm), PhD, professeur adjoint
faculté de pharmacie de l'Université de Montréal



www.sqic.org



30 Septembre 2011
01 Octobre 2011

Estrimont Suites et SPA (Orford)
Réservations :
Sans frais : 1-800-990-8223

Comité exécutif—2010-2011

D^r Serge Lepage, Président
D^r Normand Racine, Président sortant
D^r Marc Frenette, Secrétaire-
Trésorier
D^{re} Marie-Hélène LeBlanc



a/s Dr Serge Lepage
688, rue Prospect, Bureau 209
Sherbrooke, Qc J1H 1A8
Tél. : 819-542-2750

Les textes et illustrations ne peuvent être reproduits sans l'autorisation écrite de l'éditrice de la SQIC. Les opinions exprimées dans le bulletin d'information SQIC ne reflète pas nécessairement celles de l'éditrice ou de la SQIC. De plus, les produits et services dont il est fait mention dans le bulletin d'information ne sont ni approuvés, ni recommandés par la SQIC, sauf quand il en est fait mention formellement.

L'étude STICH (Surgical Treatment for Ischemic Heart Failure) : Revasculariser ou ne pas revasculariser ? Voilà le dilemme.

L'indication de revasculariser les patients insuffisants cardiaques avec maladie coronarienne significative et une fonction ventriculaire gauche abaissée (FEVG < 35%) avec ou sans angor demeure un dilemme thérapeutique. L'étude STICH récemment publiée¹ est la première étude prospective randomisée à évaluer le rôle d'une revascularisation chirurgicale chez des patients insuffisants cardiaques stables avec maladie coronarienne potentiellement revascularisable et FEVG < 35%. L'objectif primaire fut de comparer la mortalité totale entre le groupe traitement pharmacologique médical optimal seul (MED) (602 patients) vs traitement pharmacologique médical optimal avec revascularisation chirurgicale (CHX) (610 patients). Plusieurs objectifs secondaires furent également évalués dont ceux reliés à la mortalité cardiovasculaire (CV), la mortalité totale combinée aux hospitalisations soit pour insuffisance cardiaque ou pour causes cardiovasculaires.

RÉSULTATS

L'analyse de l'objectif primaire selon l'intention de traitement a démontré une absence de différence dans la mortalité totale entre les 2 groupes (40.5% MED vs 35.7% CHX; p=NS). Par contre, 17% des patients randomisés dans le groupe MED ont transférés vers le groupe CHX. Ainsi il est pertinent de connaître la mortalité totale analysée selon le protocole (groupe MED n'ayant pas transféré vers le groupe chirurgical). Cette analyse selon protocole démontre une réduction de la mortalité totale de 24 % favorisant le groupe CHX (42.6 % MED vs 33.9% CHX; p=0.005).

Il est important de noter que la mortalité totale au cours des 2 premières années post-randomisation fut plus faible dans le groupe MED (19.1%) comparativement au groupe CHX (20.1%). Par contre cette mortalité totale dans chaque groupe plus de 2 ans post-randomisation favorise le groupe CHX vs MED (15.6% vs 21.4% respectivement, p=0.004).

Par ailleurs, tous les objectifs secondaires prédéterminés favorisent le groupe CHX :

Mortalité CV : 33.4% MED vs 27.5% CHX (réduction de 19%; p=0.05)

Mortalité toute cause + hospitalisation pour I.C. : 53.8 % MED vs 47.5 % CHX (réduction de 16%; p=0.03)

Mortalité toute cause + hospitalisation CV : 68.3% MED vs 57.5% CHX (réduction de 16%; p<0.003)

Mortalité toute cause + hospitalisation toute cause : 73.4% MED vs 65.4% CHX (réduction de 19%; p=0.003)

Malgré l'excellente méthodologie de l'étude, il y a des limitations importantes à retenir. Premièrement, le taux de croisement du groupe MED vers le groupe CHX fut de 17% survenant majoritairement dans les premiers 6 mois pour progression des symptômes ou décompensation aiguë ou choix du patient ou du médecin. De plus, 9% des patients assignés au groupe CHX ne furent pas revascularisés. Ce changement de traitement joue en défaveur du groupe CHX. Par contre, ces données représentent la vraie vie basée sur l'évolution clinique des patients. Deuxièmement, cette étude s'applique à une population plus jeune (âge moyen 60 ans), ayant plus d'angor (60% des patients), et une classe NYHA plus faible (> 60% classe fonctionnelle I ou II) que celle généralement rencontrée dans les cliniques d'insuffisance cardiaque. Troisièmement, nous ne connaissons pas le devenir des patients potentiellement éligibles mais non randomisés par choix soit du patient ou du médecin. Quatrièmement, cette étude a exclu tout patient avec angor sévère, instabilité hémodynamique ou avec un tronc commun. Cinquièmement, le rôle de l'imagerie cardiaque évaluant la viabilité myocardique demeure à être élucidé prospectivement. L'étude IMAGE-HF actuellement en cours permettra de clarifier davantage cet aspect.

En conclusion, le traitement pharmacologique médical optimal du patient insuffisant cardiaque avec maladie coronarienne potentiellement revascularisable, FEVG < 35% et stable cliniquement demeure l'approche thérapeutique essentielle. L'option chirurgicale demeure raisonnable selon les particularités cliniques de chaque patient. La stratégie thérapeutique finale qui convient le mieux à adopter revient au patient et son médecin traitant.

Référence

1. Velazquez Eric J et al. Coronary-Artery Bypass in Patients with Left Ventricular Dysfunction. NEJM 2011;364:1607-1616.

Normand Racine, MD

Cardiologue

Investigateur principal STICH
Institut de Cardiologie de Montréal

Denis Bouchard, MD

Chirurgien cardiaque

Co-investigateur STICH
Institut de cardiologie de Montréal

Lignes directrices 2010 en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et en soins d'urgence cardiovasculaire (SUC) de l'American Heart Association (AHA).

Quoi de neuf Doc?

À tous les 5 ans, une mise à jour des lignes directrices en matière de RCR et SUC est effectuée suite à un processus rigoureux de révision de milliers d'études sur la réanimation, qui sont soumises à l'examen de 356 spécialistes provenant de 29 pays.

Coïncidence, l'année 2010 correspond au 50^e anniversaire de la première publication médicale (dans JAMA) attestant de la survie à la suite de compressions à thorax fermé après un arrêt cardiaque.

SOINS IMMÉDIATS EN RÉANIMATION

Le groupe de travail a cru bon de remettre l'accent sur des compressions thoraciques de haute qualité avec les modifications suivantes (en italique/gras) :

- Une fréquence *minimale* (par rapport à environ) de 100 compressions/minute;
- Une profondeur de compressions *d'au moins* (par rapport à approximativement) 5 cm chez l'adulte;
- Un relâchement complet du thorax entre chaque compression;
- Une minimisation des interruptions de massage pour un temps maximum d'arrêt de 10 secondes;
- Une ventilation NON excessive c'est-à-dire ni trop vite et ni trop fort.

La séquence d'intervention en RCR a été modifiée de ABC à CAB en plus d'autoriser la RCR à mains seules (compressions uniquement) sauf dans les cas d'asphyxie où les ventilations sont encore préconisées. Le fait d'omettre l'évaluation des voies aériennes et de la respiration diminue de plusieurs secondes l'intervalle entre la découverte de la victime et la première compression pour les arrêts cardiorespiratoires (ACR) secondaires à une mort subite. Par ailleurs, on croit pouvoir augmenter le nombre de personnes qui vont intervenir auprès d'une victime d'ACR si on délaisse la ventilation artificielle surtout en absence d'équipement protecteur.

Une courte section sur les présentations atypiques (respiration agonale et/ou convulsion) de l'ACR a aussi été ajoutée.

SOINS AVANCÉS EN RÉANIMATION

Des données existent maintenant sur la quantité de joules (J) requis pour la cardioversion de tachycardies instables avec énergie biphasique:

- Fibrillation auriculaire : 120 à 200 J
- Tachycardie ventriculaire : 100 J

La quantité de joules peut-être augmentée s'il n'y a pas de réponse au premier choc. On peut aussi considérer le coup précordial pour les patients avec tachyarythmies instables ou sans pouls dont l'arrêt est témoigné et qui sont sous monitoring cardiaque.

La capnographie à ondes continues est recommandée pour les patients intubés dans le but de :

- Valider le bon positionnement du tube endotrachéal lors de l'intubation;
- Confirmer le bon positionnement du tube lors de la réanimation et des transports;
- Surveiller la qualité du RCR (Pet CO₂ > 12.5 mm Hg);
- Détecter le retour ou la perte de la circulation spontanée (montée ou descente abrupte de la Pet CO₂).

L'utilisation des données des courbes de pression artérielle est aussi recommandée pour surveiller la qualité du RCR à savoir, le maintien d'une TA diastolique > 20 mm Hg.

L'Atropine n'est plus recommandée pour le traitement de routine de l'asystolie et de l'activité électrique sans pouls sur une bradycardie; l'Adénosine est maintenant suggérée pour le diagnostic et/ou le traitement de la tachycardie ventriculaire monomorphe, régulière et stable; la cardiostimulation externe a été rétrogradée à une thérapie de classe IIa au même titre que les perfusions de Dopamine et d'Épinéphrine pour le traitement de la bradycardie instable.

Les algorithmes de la bradycardie et de la tachycardie ont été simplifiés en mettant la priorité sur l'identification et le traitement des causes potentielles et réversibles de ces arythmies. L'avis d'un expert si le patient est stable ou stabilisé est de mise.

On a procédé à une mise à jour des recommandations des 10 situations spécifiques d'ACR et on a fait l'ajout de 5 autres conditions particulières telles que l'ACR secondaire à une embolie pulmonaire, une tamponnade ou une avalanche; l'ACR dans un contexte d'angioplastie et de post chirurgie et finalement l'ACR chez le patient obèse.

Au niveau de la chaîne de survie, on a ajouté un maillon, celui des *soins intégrés post réanimation*. Cette nouvelle étape confirme l'importance des soins à prodiguer après un arrêt cardiaque et elle est développée au travers d'un nouvel algorithme spécifique. Par ailleurs, il est recommandé d'administrer de l'O₂ pour maintenir une saturométrie ≥ 94% mais < 100% afin d'éviter chez cette clientèle, une hyperoxémie pouvant favoriser une —>

production excessive de radicaux libres. De plus, tous les patients réanimés indépendamment de l'arythmie initiale ou de l'absence de sus-décalage du segment ST, doivent subir une coronarographie.

En face d'un syndrome coronarien aigue non compliqué, il n'est plus recommandé d'administrer de l'O₂ s'il y a absence de dyspnée et si la saturation est $\geq 94\%$. La morphine doit être administrée avec précautions pour les patients présentant de l'angine instable ou un infarctus sans sus-décalage du segment ST; il faut privilégier la nitroglycérine IV pour soulager la douleur.

Pour l'accident vasculaire cérébral (AVC), on a fait une mise à jour des critères d'inclusion et d'exclusion pour une fibrinolyse avec rt-PA incluant l'augmentation de la fenêtre d'intervention à 4.5 heures suivant le début des symptômes et on a simplifié le traitement de l'hypertension pour les patients éligibles ou non à la fibrinolyse.

En conclusion, ces changements, basés sur des données probantes, ont le potentiel d'être encore modifiés puisque la science évolue et que les recherches continuent. Prochain rendez-vous en 2015.

Références

1. Points saillants des lignes directrices 2010 en matières de RCR et de SUC (PDF 4 MB)
2. The 2010 Guidelines for CPR and Emergency Cardiovascular Care (full document)

Marie Pagé

Infirmière praticienne
Institut de cardiologie de Montréal

Les stérols végétaux

Les stérols végétaux sont naturellement présents dans certains aliments (fruits, légumes, huiles végétales, noix et grains entiers). L'organisme n'en synthétise pas.

La composition des stérols est semblable au cholestérol et entre ainsi en compétition au site d'absorption intestinal. Comme les stérols ont une meilleure affinité avec les récepteurs, ils diminuent donc l'absorption du cholestérol. Conséquemment, on observe une réduction plasmatique du LDL cholestérol, sans affecter le HDL-cholestérol et les triglycérides.

Selon les données probantes, un apport de 2 grammes de stérols/jour, permet une réduction d'environ 10 % sans modification du régime alimentaire (ou plus si le régime alimentaire est modifié). Cette consommation doit être quotidienne pour maintenir cet effet.

Une consommation supérieure à 2 grammes/jour n'apporterait pas de bénéfice additionnel et un apport sécuritaire de référence a été fixé à 3 grammes/jour. Au-delà il pourrait y avoir une réduction des niveaux plasmatiques de B-carotène.

L'apport alimentaire moyen est de 150 à 400 mg/jour, il est donc insuffisant pour produire cet effet hypocholestérolémiant.

La prise de stérols avec les statines a un effet complémentaire sur la réduction du cholestérol.

L'enrichissement des aliments en stérols végétaux est permis dans plusieurs pays dont le Canada (depuis 2010). L'innocuité est démontrée.

Les aliments suivants peuvent être enrichis en stérols :

- tartinades
- mayonnaise
- margarine
- sauce à salade
- yogourt, yogourt à boire
- jus de fruits et de légumes

La loi permet un enrichissement de 1 gramme de stérol par portion.

On doit donc consommer 2 portions/jour pour obtenir la dose optimale de 2 grammes/jour.

Joanne Larocque dt.p.
Nutritionniste clinicienne, ICM
joanne.larocque@icm-mhi.org

Dilemme éthique, ... Que faire?

Vous suivez M. Leblanc à la clinique d'insuffisance cardiaque depuis quelques années. Vous avez développé avec lui et sa conjointe une relation de confiance. Depuis 6 mois, l'état de M. Leblanc s'est détérioré; sa classe fonctionnelle est 3 selon la NYHA. Il dort souvent le jour et est moins concentré.

M. Leblanc habite en banlieue. C'est lui qui assure le transport pour les rendez-vous médicaux, les courses et les sorties sociales. Sa fille unique habite à 2 heures de chez lui.

Vous êtes inquiète quant à son aptitude à conduire sa voiture et craignez qu'il représente un danger pour lui-même et pour les autres conducteurs.

Devez-vous comme professionnel de la santé, faire un signalement à la SAAQ?

Comme professionnel, vous avez une responsabilité en regard de la sécurité publique en matière de conduite automobile. L'article 603 du code de la Sécurité routière stipule que :

« Tout professionnel de la santé peut, selon son champ d'exercice, faire rapport à la Société du nom, de l'adresse, de l'état de santé d'une personne de 14 ans ou plus qu'il juge inapte à conduire un véhicule routier, en tenant compte notamment des maladies, déficiences et situations incompatibles avec la conduite d'un véhicule routier telles qu'établies par règlement. ».

Il peut cependant être tentant d'éviter la question afin de ne pas mettre la relation de confiance en péril. Une dénonciation est une violation au droit à la confidentialité.

Les codes de déontologie des médecins, infirmières révèlent que le professionnel de la santé ne peut divulguer

des informations que si le patient y consent ou si la Loi l'y autorise. Dans le cas mentionné, la Loi qui s'applique est d'assurer la protection publique et elle l'emporte sur le droit à la confidentialité du patient.

Dans ce contexte, le professionnel de la santé est-il OBLIGÉ de faire un signalement?

Le droit accorde au professionnel un pouvoir discrétionnaire. Ce qui veut dire que le médecin (ou autre professionnel) peut signaler ou non, retarder sa décision, etc.

Dans le cas de M. Leblanc, nous pourrions préparer le patient/famille à cette éventualité. En expliquant d'abord l'impact de l'évolution de la maladie soit la diminution de concentration et de vigilance qui sont nécessaires à la conduite. Nous pourrions lui proposer certains compromis comme de privilégier la conduite le matin, les courtes distances par exemple. Il faudrait aussi regarder la possibilité de transports bénévoles pour les rendez-vous médicaux.

Le signalement à la SAAQ est une décision difficile pour tous les professionnels. Entre le principe de droit à la confidentialité et le principe de justice, le professionnel ne peut faire abstraction que la perte du permis de conduire porte atteinte à l'autonomie et entraîne de lourdes conséquences, même si nous devons parfois en arriver là. L'importance de préparer le patient/famille à cette éventualité est essentielle.

Nathalie Nadon, inf. M.Sc.
Infirmière praticienne spécialisée en cardiologie
CHUM

Sonia Heppell, inf. M.Sc.
Infirmière praticienne spécialisée en cardiologie
Institut de cardiologie de Montréal

Merci à nos membres partenaires pour leur don sans restriction à l'EMC

