

QUOI DE NEUF
EN
ANESTHESIE REANIMATION
OBSTETRICALE

INTRODUCTION

DR ANNE-SOPHIE DUCLOY-BOUTHORS, MATERNITÉ JEANNE DE FLANDRE, CHRU LILLE

DR JEAN GUILOMENOTTI, HOPITAL BICHAT APHP

PR DAMIEN SUBTIL, MATERNITÉ JEANNE DE FLANDRE, CHRU LILLE

Conflits d'intérêts

As manager of the national congress of French obstetric anesthesia and as investigators of health research programmes, we have previously received support from:

TEM International, LFB, CSL Behring, Roche Diagnostics, Stago, Haemonetics, Fresenius, Leo Pharma, Novo Nordisk.



René Magritte 1952
Fondation Diana Vierny

Les thèmes qui bougent en anesthésie réanimation obstétricale

- Analgésie du travail
- Transfusion et traitement de la coagulopathie dans l'HPP
- Mortalité maternelle et analyse de la morbidité
- Sécurité en salle de naissance et organisation des soins

Analgésie du travail

Enquête nationale périnatale PCEA 1

I L. Kpéa, MP. Bonnet, C. Le Ray, C. Prunet, A-S Ducloy-Bouthors, B. Blondel.

R 537 (samedi après-midi)

ENP 2010: échantillon représentatif des naissances; 7299 femmes ayant accouché par voie basse et à bas risque de césarienne ont été sélectionnées

Accoucher avec une péridurale initialement non souhaitée: situation chez les femmes à bas risque en France en 2010 :

Initialement, 26% des femmes ne souhaitaient pas d'AP.

Pour 54%, une péridurale a finalement été réalisée.

La primiparité était très fortement associée au fait d'accoucher avec une péridurale initialement non souhaitée. Facteurs: primiparité, ocytocine, forceps, anesthésiste disponible.

Analgesie du travail

Enquete nationale périnatale PCEA 2

M-P Bonnet, L Kpéa, B. Blondel, C Le Ray

R 532 samedi après-midi

Disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA) en France : données de l'Enquête Nationale Périnatale 2010

- 524 maternités.
- PCEA disponible dans 59,2% (n=310) de ces maternités.
- Variations interrégionales.
- Principalement proposée dans les maternités françaises de taille importante, universitaires et lorsqu'un anesthésiste était spécifiquement dédié à la salle de travail 24h sur 24

Analgesie du travail

Enquete nationale périnatale PCEA 3

L. Kpéa, MP Bonnet, B. Blondel, C Le Ray

R 533, samedi après-midi

Facteurs associés à la non-utilisation de la PCEA : ENP2010

Population d'étude (n=14681 femmes). Selection : Femmes ayant accouché dans une maternité où la PCEA était disponible et qui avaient bénéficié d'une AP.

Parmi 6931 femmes AVB + AP dans une maternité équipée en PCEA,

3820 (55,1%) ont accouché sans PCEA.

Facteurs de non-utilisation du mode PCEA : lieu 'accouchement et très peu caractéristiques individuelles et structurelles.

Probablement conditionné par Equipement en PCEA

Analgesie du travail

Enquete nationale périnatale PCEA 4

MP Bonnet, L. Kpéa, B. Blondel, C Le Ray. R 531, samedi après-midi

L'administration en mode auto-contrôlée (PCEA)
augmente-t-elle l'efficacité de l'analgésie péridurale ENP

Population d'étude : 9337 femmes ayant bénéficié d'une AP.

Facteurs associés avec efficacité AP : PCEA ($p=0,006$),
IMC $<30\text{kg/m}^2$, primiparité, niveau d'études élevé, préparation à
l'accouchement, AVB spontané et absence d'épisiotomie.

En Analyse multivariée :

PCEA (OR 1,3 (IC 95% 1,1-1,5)),

Primiparité (OR 1,4 (IC95% 1,3-1,7)),

IMC $<30\text{kg/m}^2$ (OR 1,4 (IC95% 1,1-2,0)).

Analgesie du travail EPIDURAL VERSUS NON EPIDURAL VERSUS NO ANALGESIA IN LABOUR

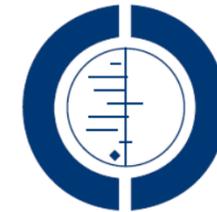
Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L

The Cochrane Library 2011, June

- Analgésie péridurale plus efficace pour soulager la douleur de l'accouchement
- Augmente la durée de la phase d'expulsion, le recours à l'ocytocine RR: 1,19 (1,03-1,39) et le pourcentage d'extractions instrumentales
- Aucun effet indésirable grave
- Pas d'effet néfaste sur la mère et l'enfant

Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Review)

Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L



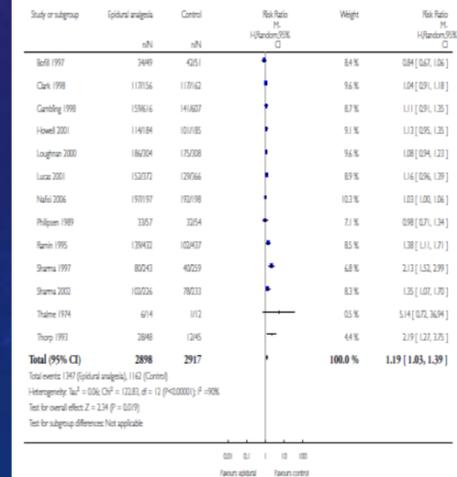
THE COCHRANE
COLLABORATION®

Analysis 1.9. Comparison 1 Epidural versus non-epidural analgesia in labour, Outcome 9 Oxytocin augmentation.

Review: Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour

Comparison: 1 Epidural versus non-epidural analgesia in labour

Outcome: 9 Oxytocin augmentation



Transfusion et traitement de la coagulopathie au cours de l'HPP: Une problématique à part entière. Des recos et des travaux

EJA

Eur J Anaesthesiol 2013; **30**:270–382

GUIDELINES

Management of severe perioperative bleeding

Guidelines from the European Society of Anaesthesiology

Sibylle A. Kozek-Langenecker, Arash Afshari, Pierre Albaladejo, Cesar Aldecoa Alvarez Santullano, Edoardo De Robertis, Daniela C. Filipescu, Dietmar Fries, Klaus Görlinger, Thorsten Haas, Georgina Imberger, Matthias Jacob, Marcus Lancé, Juan Llau, Sue Mallett, Jens Meier, Niels Rahe-Meyer, Charles Marc Samama, Andrew Smith, Cristina Solomon, Philippe Van der Linden, Anne Juul Wikkelsø, Patrick Wouters and Piet Wyffels

Obstetric bleeding

We recommend that peripartum haemorrhage should be managed by a multidisciplinary team. An escalating management protocol including uterotonic drugs, surgical and/or endovascular interventions, and procoagulant drugs should be available. **1C**

ESA Guidelines 2013

Kozec et al. Eur J Anaesthesiol 2013; 30:270–382

- We recommend that peripartum haemorrhage should be managed by a multidisciplinary team. An escalating management protocol including uterotonic drugs, surgical and/or endovascular interventions, and procoagulant drugs should be available. **1C**
- Risk awareness and early recognition of severe haemorrhage are essential. **C**
- We suggest that patients with known placenta accrete are treated by multidisciplinary care teams. **2C**
- Cell salvage is well tolerated in obstetric settings, provided that precautions are taken against rhesus isoimmunisation. **C**
- We suggest that using perioperative cell salvage during caesarean section may decrease postoperative homologous transfusion and reduce hospital stay. **2B**
- We recommend that moderate (<9.5 g dl⁻¹) to severe (<8.5 g dl⁻¹) postpartum anaemia be treated with intravenous iron rather than oral therapy. **1B**

ESA Guidelines 2013

8.2.2.2 Postpartum haemorrhage: coagulation monitoring and management

Kozec et al. Eur J Anaesthesiol 2013; 30:270–382

- We suggest assessing fibrinogen concentration in parturients with bleeding, as concentrations $<2 \text{ g l}^{-1}$ may identify those at risk of severe PPH. **2C**
- Platelet count $<100 \times 10^9 \text{ l}^{-1}$ at the onset of labour, particularly combined with plasma fibrinogen concentration $<2.9 \text{ g l}^{-1}$, may indicate an increased risk of PPH. **C**
- aPTT and PT are of little predictive value for PPH. **C**
- Thromboelastometry can identify obstetric coagulopathy and hyperfibrinolysis and guide haemostatic therapy. **C**

ESA Guidelines 2013

8.2.2.3 Haemostatic treatment of obstetric haemorrhage

Kozec et al. Eur J Anaesthesiol 2013; 30:270–382

- In life-threatening PPH, we suggest a transfusion protocol with a fixed product ratio or individualised procoagulant intervention and factor substitution. **2C**
- Considering physiologically elevated fibrinogen concentrations in pregnancy, we suggest that a higher trigger value for treating hypofibrinogenaemia may be required. **C**
- We recommend the administration of tranexamic acid in obstetric bleeding to reduce blood loss, bleeding duration and the number of units transfused. **1B**
- We suggest that tranexamic acid be considered before caesarean section. **2C**
- In antepartum bleeding, we suggest administration of tranexamic acid. **2B**
- We recommend that rFVIIa should only be considered as last-line therapy because of its thromboembolic risk. **1B**
- We suggest that fibrinogen concentration and number of platelets should be optimised before administration of rFVIIa. **2C**

Transfusion et traitement de la coagulopathie au cours de l'HPP: Une problématique à part entière. Des recos et des travaux

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 (suppl. au n° 8) : 4S9-4S16.



Recommandations pour la pratique clinique

Hémorragies du post-partum

Pour la première fois depuis 2004, diminution du nombre de morts maternelles dues à l'hémorragie de 25 à 18% des décès

Mise à jour des recommandations françaises en 2014

Ongoing randomized placebo controlled trials on PPH induced coagulopathy treatment

Shakur et al WOMAN trial tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage: an international randomised, double blind placebo controlled trial. *Trials* 2010;11:40.

Wikkelse et al FIB-PPH trial: fibrinogen concentrate as initial treatment for postpartum haemorrhage: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2012;13:110.

Collins et al controlled-trials.com/ISRCTN46295339/ISRCTN46295339. FG ROTEM

Ducloy et al FIDEL trial A randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled study on the efficacy and safety of a therapeutic strategy of post-partum haemorrhage comparing early administration of human fibrinogen versus placebo in patients treated with intravenous prostaglandins following vaginal delivery

Ducloy et al TRACES A randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled dose ranging clinical and pharmacobiological study on the efficacy of two dose regimes of tranexamic acid in hemorrhagic cesarean section.

MORBIDITE MORTALITE MATERNELLE

De 2007 à 2009, 254 décès maternels = 85 femmes par an en France
→ taux de mortalité maternelle : 10,3 / 100 000 naissances vivantes.

Diminution de 25 à 18% du nombre de morts par hémorragie

Nombre de décès par

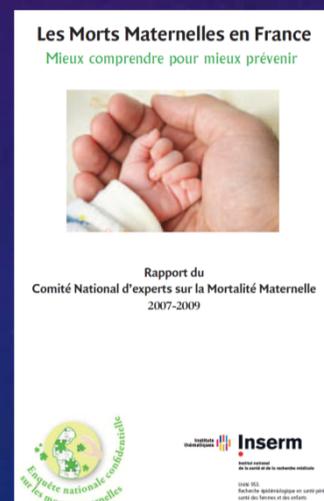
Hémorragie: 46

Thromboembolie: 30

Embolie amniotique : 20

HTA gravidique PE éclampsie : 23

Maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires : 58



MORBIDITE MORTALITE MATERNELLE

Eviter les morts maternelles en travaillant sur le morbidité sévère et les near miss.

- Enquête EPIMOMS

grande étude sur la santé maternelle en France, a pour objectif de mieux connaître la fréquence de la morbidité maternelle sévère, ses causes, l'organisation des soins autour de ces cas.

- Initiative régionale : RMMMR Commission régionale de la naissance et de la petite enfance région Nord Pas de Calais

Déclaration volontaire des morts maternelles et des near-miss

Analyse des cas et regroupement par thème

Mesures correctives et préventives

Diffusion 4 réseaux et Mise en application CRNPE et ARS

MORBIDITE MORTALITE MATERNELLE

RMMMR Nord Pas de Calais:

Grippe, Embolie Amniotique, Dissection aortique,
puis HELLP syndrome + IRA PPP



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

**Vaccination antigrippale
SPECIAL FEMMES ENCEINTES
ET MAMANS DE NOURRISSONS DE
MOINS DE 6 MOIS**



En se vaccinant, elles protègent aussi leur bébé

MORBIDITE MORTALITE MATERNELLE RMMMR Nord Pas de Calais: Embolie Amniotique

Aide au diagnostic
(affiche et kit)
et Registre

DIAGNOSTIC clinique et biologique en cas de suspicion d'embolie de liquide amniotique

Quand penser à une embolie de liquide amniotique ?

devant une anomalie inexpliquée et brutale pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant le post-partum immédiat.

- ✦ Tachycardie maternelle majeure >150bpm
- ✦ Agitation importante avec angoisse de mort imminente
- ✦ Détresse respiratoire aiguë (Hypoxie, cyanose, pâleur)
- ✦ Syndrome cave supérieur suivi d'un Œdème Aigu du Poumon
- ✦ Hypotension artérielle, collapsus cardiovasculaire
- ✦ Convulsions
- ✦ Hémorragie (utérine, hémoptysie, digestive)
- ✦ Atonie utérine majeure persistante
- ✦ CIVD, fibrinolyse
- ✦ Arrêt cardiaque
- ✦ Bradycardie foetale permanente et acidose majeure pH<7 inexpliquée



Comment réagir ?

1 J'APPELE DU RENFORT
pour la prise en charge immédiate de l'urgence et la réalisation des examens complémentaires

2 JE PRÉLÈVE POUR CONFIRMER LE DIAGNOSTIC
dès que possible sur voie veineuse centrale (préférable) ou périphérique

- ✦ 2 tubes EDTA (bouchon violet),
- ✦ 1 tube sec ou hépariné (bouchon rouge ou vert)
- ✦ 1 LBA (ou prélèvement bronchoalvéolaire)

à réaliser même si la patiente n'est pas intubée sur aspiration bronchique ou crachats. Ou par LBA : injecter 20 ml de sérum physiologique dans la sonde d'intubation et réaspirer immédiatement 80 ml avec un aspirateur à mucosités; mettre dans un pot bactériologique ou sur un pot d'aspiration gastrique des nouveau-nés.

**3 J'ACHEMINE LES TUBES
AVEC UN RÉSUMÉ DE L'HISTOIRE CLINIQUE**

et j'envoie un double de ce résumé par mail à la RMMMR RMMmaternelleregion-asduclouv@chru-lille.fr pour tenue d'un registre régional des cas de suspicion d'embolie amniotique. Je complète secondairement avec l'évolution clinique et les résultats des tests biologiques en réunion, par téléphone ou par mail.

En cas d'hystérectomie d'hémostase

Conserver l'utérus à l'état frais dans la glacière du bloc obstétrical puis l'adresser via le service d'anatomo-pathologie de votre établissement au service d'anatomo-pathologie conventionné avec un résumé clinique pour un examen spécifique de recherche de cellules amniotiques dans les vaisseaux utérins et non pas seulement dans la pièce elle-même.

Documentation complémentaire :
diaporama Agathe Houze de L'aulnoit disponible sur les sites des réseaux.

Organisation du transport des tubes (laboratoire d'analyse biologique référent de la maternité)

Hôpital de la Croix Rousse à Lyon
Dr Catherine Boisson - UF de Biologie Foeto-Maternelle Fédération de Biochimie, Centre de Biologie Nord des HCL
Hôpital de la Croix Rousse
103 Grande Rue de la Croix Rousse
69 317 Lyon Cedex 04

Prévenir le service de l'envoi :
04 72 07 18 55

les 2 tubes EDTA de 5 ml (bouchon violet) pour le dosage de tryptase et la recherche de cellules amniotiques et 1e LBA / étiquetés et conservés à température ambiante.

Hôpital Robert Debré à Paris
Dr Françoise Müller - Service de Biochimie-Hormonologie Hôpital Robert Debré
48 boulevard Sérurier - 75 935 Paris Cedex

Prévenir le service de l'envoi :
01 40 03 53 81 - 01 40 03 53 82

1e tube sec (rouge) ou hépariné (vert) pour dosage de l'alpha foeto-proteïne et de l'IGFBP-1



LA DISSECTION AORTIQUE

Quand penser à une dissection aortique?

- Devant toute **douleur thoracique** et/ou **abdominale** brutale, d'emblée intense ou s'aggravant rapidement, surtout au 3ème trimestre,
- Mais aussi devant une pathologie gravidique restant douloureuse après traitement adapté:
 - colique néphrétique hyperalgique,
 - pré-éclampsie, HELLP Syndrome (tableau souvent incomplet),d'autant plus s'il existe des antécédents familiaux (Marfan, Elher Danlos...),

Pourquoi y penser?

- Pronostics vitaux foetal et maternel engagés, nettement améliorés par un diagnostic et un traitement rapides,
- 1,7 - 4,6% des décès maternels survenus pendant la grossesse ou le post partum sont dus à une dissection aortique,
- 50% des dissections aortiques de la femme de moins de 40 apparaît pendant la grossesse,
- La mortalité augmente de 1% par heure après le début des symptômes,

Comment faire le diagnostic?

Angioscanner thoracique et/ou **échocardiographie** par voie transthoracique ou transoesophagienne, éventuellement répétés.

Quelle prise en charge ?

Appeler le 15, transfert vers un centre de soins intensifs cardiologiques avec chirurgie et maternité attenante



SÉCURITÉ EN SALLE DE NAISSANCE

Sinistralité en Obstétrique dans les hôpitaux publics: données SHAM
66 dossiers de sinistres 1983-2005

SFA les plus graves : Erreur de lecture du RCF , Retard de décision de césarienne.

Pénurie et/ou à la qualification des effectifs . Traçabilité du suivi médical souvent en défaut. Problèmes liés aux locaux .

Défaut d'information : Reproche constant, même dans des situations de semi urgence.

Le médecin anesthésiste n'est généralement impliqué que lors des retards de césariennes (8cas) et pour des complications liées à la péridurale (3cas : retard de pose, inefficacité ou brèche).

La connaissance de la sinistralité doit aider à renforcer la démarche qualité et la sécurité en obstétrique.

SÉCURITÉ EN SALLE DE NAISSANCE

HAS : accréditation en équipe CFAR/Gynerisq

7 maternités dont Perpignan

- Culture de sécurité et de gestion des risques.
- Discussion interdisciplinaire et interprofessionnelle
- Prises en compte des équipes soignantes.
- RMM sur les cas difficiles et douloureux (mort maternelle et néonatales).

mais

- Manque d'adhésion
- Difficulté à trouver du temps commun à toutes les disciplines et professions,
- Difficulté à intégrer les établissements de soins voisins (à l'origine de transfert) dans les RMM.

SÉCURITÉ EN SALLE DE NAISSANCE

HAS : Projet PACTE : sécurité en équipe

Situation Antécédents Évaluation Demande S. A. E. D.

« SA 'ED : ça aide à communiquer » Un outil de communication à l'usage des professionnels de santé.

S : Situation

A : Antécédents

E : Évaluation

D : Demande

S

Je décris la **Situation** actuelle concernant le patient :

Je suis : *prénom, nom, fonction, service/unité*

Je vous appelle au sujet de : *M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité*

Car actuellement il présente : *motif de l'appel*

Ses constantes vitales/signes cliniques sont : *fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.*

A

J'indique les **Antécédents** utiles, liés au contexte actuel :

Le patient a été admis : *date et motif de l'admission*

Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...

Il a eu pendant le séjour : *opérations, investigations, etc.*

Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examen sont : *labos, radio, etc.*

La situation habituelle du patient est : *confus, douloureux, etc.*

La situation actuelle a évolué depuis : *minutes, heures, jours*

E

Je donne mon **Évaluation** de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est : ...

J'ai fait : *donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.*

Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave

Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma **Demande** (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...

par exemple :

Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : *quand?*

ET

pouvez vous m'indiquer ce que je dois faire : *quoi et quand?*

En retour votre interlocuteur doit reformuler les informations brièvement pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation, puis conclure par une prise de décision

SÉCURITÉ EN SALLE DE NAISSANCE

- HAS: Qualité et sécurité des soins au sein du secteur de naissance

Certification des établissements de santé: 30 Janvier 2014

Jean Tourres, Dan Benhamou, Claude Ecoffey

L'activité anesthésique s'exerce en salles de travail et de césarienne (bloc obstétrical).

La sécurité anesthésique est une exigence réglementaire : « Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes :

- une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée ;
- les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie ;
- une surveillance continue après l'intervention ;
- une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuée. » (Article D.6124-91 du CSP).

SÉCURITÉ EN SALLE DE NAISSANCE

- HAS: Qualité et sécurité des soins au sein du secteur de naissance

Certification des établissements de santé: 30 Janvier 2014

Les recommandations formalisées d'experts de la société française d'anesthésie-réanimation et collaborateurs (SFAR) sur l'organisation de l'anesthésie analgésie en obstétrique (à paraître en 2014) sont mises à la disposition des professionnels et appliquées. La mise en œuvre de la check-list sur la sécurité chirurgicale (au mieux adaptée au bloc obstétrical) est effective en cas de césarienne programmée.

Y compris disponibilité du bloc opératoire, de la SSPI, réhabilitation précoce et conditions de surveillance des patientes selon les horaires de prise en charge.

SÉCURITÉ EN SALLE DE NAISSANCE

SFAR-CARO-CNGOF-CNSF-IADE:

RFE Organisation de l'anesthésie analgésie en obstétrique

« Ces recommandations doivent permettre l'élaboration d'une charte du secteur de naissance incluant l'organisation d'anesthésie-réanimation obstétricale dans tous les établissements exerçant l'obstétrique.

Elle tient compte du nombre d'accouchements mais aussi des épisodes de suractivité et de la charge de soins d'anesthésie-réanimation des grossesses à haut risque. permettant de définir deux niveaux de soins d'anesthésie-réanimation obstétricale : de référence et soins d'anesthésie-réanimation obstétricale de recours et d'affecter les moyens humains, moyens de réseau et moyens matériels pour répondre à cette prise en charge. La charte doit être écrite et diffusée à l'ensemble des acteurs ainsi qu'aux autorités institutionnelles. Elle est compatible et coordonnée au fonctionnement général des secteurs interventionnels de l'établissement de soins. »

CONCLUSION

- Evolution des pratiques et des organisations
- Pour des soins personnalisés
- Adaptés aux souhaits des patientes et à leur risque
- Et répondant à une démarche multiprofessionnelle et pluridisciplinaire
- Qui améliore la qualité et les conditions du travail des soignants



REMISE DES BOURSES CARO

Favoriser la recherche clinique appliquée en anesthésie réanimation obstétricale

PREMIER LAUREAT : **OLIVIA VASSAL**

TITRE DU PROJET : **EVALUATION DE LA NEUROTOXICITÉ TARDIVE
DE L'INJECTION INTRATHÉCALE DE VOLUVEN[®] DANS UN
MODÈLE EXPÉRIMENTAL MURIN**

*PROJET EN CONTINUITÉ AVEC LES TRAVAUX PRÉCÉDEMMENT RÉALISÉS PAR LA
CANDIDATE GRÂCE À L'AIDE DU CARO.*



REMISE DES BOURSES CARO

Favoriser la recherche clinique appliquée en anesthésie réanimation obstétricale

PREMIER LAUREAT : **ELIE KANTOR**

ANALYSE DES CONSEQUENCES DE LA PRECARITE SUR LA PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE ET LES COMPLICATIONS DE L'ANESTHESIE AU COURS DE LA GROSSESSE.

LE THÈME DE LA RECHERCHE EST UN THÈME DE SANTÉ PUBLIQUE PARTICULIÈREMENT SENSIBLE. L'INFLUENCE DE LA PRÉCARITÉ SUR LA MORBIMORTALITÉ MATERNELLE EST LOIN D'ÊTRE NÉGLIGEABLE DANS NOS PAYS ET AVOIR UN POINT DE VUE ANESTHÉSIQUE SUR CES TENANTS ET ABOUTISSANTS SERA D'UNE GRANDE UTILITÉ. LE CANDIDAT POURRA MENER CE TRAVAIL À BIEN EN PARTIE GRÂCE À L'AIDE DU CARO.

DIA MONTPELLIER