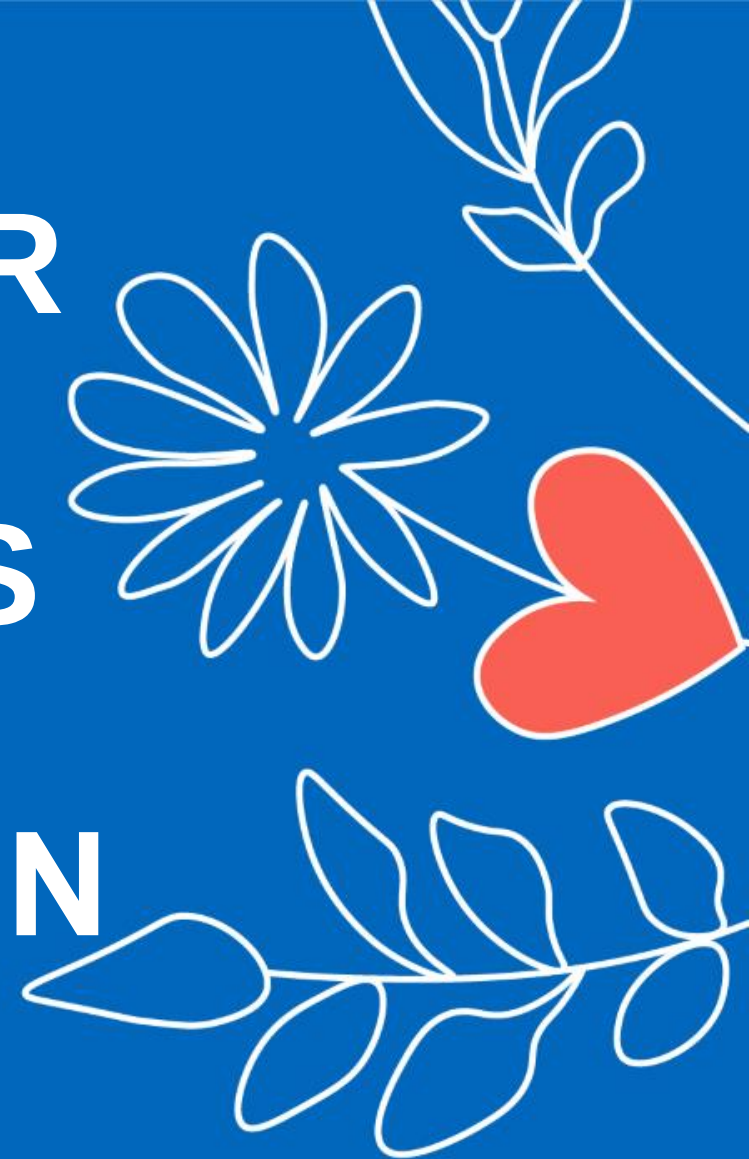


16 mai 2023

INSTRUCTIONS POUR LES RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES ET LA GESTION DES LISTES D'ATTENTE EN CHSLD



Formulaire de référence



- Doit être complété pour référer un usager à un professionnel
- La complétion du formulaire de référence appartient généralement à l'infirmière
- Inscrire **le nom du référent lisiblement**
- Consentement requis de l'usager / personne autorisée. Exceptions : abus, maltraitance ou urgence
- Acheminer à « ***Services professionnels Shappa*** » **par courriel** (cc intervenant concerné), **une seule référence par envoi**
- Déposer l'original au dossier

CISSS de la Montérégie-Ouest 3

Références: Kinésiologie



- À l'admission ou lors du constat d'un besoin observé par le kin:
 - évaluation par le kin de la pertinence d'être assigné au dossier en maintien ou en prévention du déconditionnement (formulaire de référence non requis si assignation immédiate)
- Références par l'infirmière:
 - demandes concernant le maintien, la prévention du déconditionnement (Compléter sections 1 et 2 du formulaire « ***Demande de services - Kinésiologie CLI-XXXXX*** »)
- Références par un professionnel autorisé:
 - demandes concernant des activités confiées par un professionnel autorisé (Compléter sections 1 et 3 du formulaire « ***Demande de services - Kinésiologie CLI-XXXXX*** »)
- Références par un médecin / IPS:
 - demandes concernant des activités confiées par un médecin / IPS (Compléter sections 1 et 4 du formulaire « ***Demande de services - Kinésiologie CLI-XXXXX*** »)

Formulaire

Demande de services- Kinésiologie CLI-XXXXXX p.1

Demande de services - Kinésiologie

PROGRAMME :

INFORMATIONS GÉNÉRALES (Section à compléter par tous les référents)

☐ L'utilisateur / ☐ une personne autorisée accepte la référence Chambre :

Diagnostic médical non limité aux symptômes :
Contre-indications / précautions :
Douleur :
Incapacités / déficiences :
Informations complémentaires :

MOTIFS DE RÉFÉRENCE

☐ PRÉVENTION DU DÉCONDITIONNEMENT / MAINTIEN DES ACQUIS (Section pouvant être complétée par tous les référents)

☐ Entretien motivationnel
☐ Enseignement des saines habitudes de vie
☐ Informations complémentaires :

ACTIVITÉS CONFÉES PAR UN PROFESSIONNEL AUTORISÉ (Section à compléter par le pht / t.phys / erg référent)

☐ Traitement du déconditionnement
Consignes :

☐ Entraînement à la marche / ☐ Autopropulsion du FR :
☐ À la chambre ☐ Sur l'unité ☐ À l'extérieur
Aide technique à la marche : ☐ Marchette ☐ Ambulateur ☐ Canne ☐ Autre:
☐ Suivre avec fauteuil roulant ☐ Ceinture de marche ☐ Assistance X 1 ☐ Assistance X 2 ☐ Supervision
☐ Distance :
Consignes :

☐ Renforcement musculaire : ☐ MIG ☐ MID ☐ MSG ☐ MSD
Consignes :

☐ Mobilisations articulaires : ☐ MIG ☐ MID ☐ MSG ☐ MSD ☐ Actif ☐ Actif-assisté ☐ Passif
Consignes :

☐ Exercices d'équilibre :
Consignes :

☐ Entraînement aux escaliers :
Consignes :

☐ Entraînement aux transferts :
Consignes :

☐ Entraînement au ☐ pédalier / ☐ NuStep: ☐ MI's ☐ MS's
Consignes :

CLI-XXXXXX (xxxx-xx)

DEMANDE DE SERVICES
KINÉSIOLOGIE

Dossier de l'utilisateur
Page 1 de 2

Formulaire

Demande de
services-
Kinésiologie
CLI-XXXXX
p.1

Nom :

Prénom :

#Dossier :

☐ Autre / Informations complémentaires :

ACTIVITÉS CONFIÉES PAR UN MÉDECIN / IPS		(Section à compléter par le médecin / IPS)
Problèmes	Objectifs de traitement	Plan de traitement
☐ Diminution de l'endurance physique ☐ Difficulté à la marche ☐ Difficulté à l'autopropulsion du FR ☐ ↓ Force musculaire Préciser : ☐ ↓ Amplitude articulaire Préciser: ☐ Trouble d'équilibre ☐ Difficulté aux escaliers ☐ Difficulté aux transferts ☐ Autre:	☐ Améliorer la tolérance à l'effort ☐ Améliorer / Sécuriser la marche ☐ ↑ Force musculaire ☐ ↑ Amplitude articulaire ☐ ↑ Équilibre ☐ Améliorer / sécuriser les escaliers ☐ Améliorer / sécuriser les transferts ☐ Autre:	☐ Programme d'exercices ☐ Entraînement au pédalier ☐ Entraînement à la marche ☐ Entraînement à l'autopropulsion FR ☐ Exercices de renforcement ☐ Exercices de mobilité ☐ Exercices d'équilibre ☐ Entraînement aux escaliers ☐ Entraînement aux transferts ☐ Autre:
Consignes / informations supplémentaires :		

Complété par :

Nom, prénom

Signature et titre

Date :

aaaa/mm/jj

Références: Nutrition



- Formulaire « **Référence en nutrition CLI-60443** »:
 - requis pour toutes les demandes en nutrition
- Section obligatoire pour toutes les demandes:
 - risque de malnutrition: OCDN
- Demandes en lien avec un trouble de la déglutition:
 - joindre le « **Dépistage du trouble de la déglutition CLI-60115** »

Référence en nutrition CLI-60443

RÉFÉRENCE EN NUTRITION

Chambre :		☐ L'utilisateur ou son représentant légal accepte la référence					
En cours :	Texture :	☐ Régulière	☐ Tendre	☐ Molle	☐ Hachée	☐ Purée	☐ NPO
	Consistance :	☐ Claire	☐ B18	☐ B10	☐ B4	☐ NPO	
MOTIFS DE RÉFÉRENCE							
RISQUE DE MALNUTRITION : Outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN) (Section obligatoire)							
Au cours des 6 derniers mois, est-ce que l'utilisateur a perdu du poids sans avoir essayé de perdre du poids? ☐ Oui ☐ Non							
Depuis plus d'une semaine, est-ce que l'utilisateur mange moins que d'habitude? ☐ Oui ☐ Non							
DYSPHAGIE (Joindre le formulaire : Dépistage du trouble de la déglutition CLI-60115)							
Signes de dysphagie aux solides :		☐ À tous les repas	☐ Quelques fois par semaine	☐ Occasionnelle			
Signes de dysphagie aux liquides :		☐ À tous les repas	☐ Quelques fois par semaine	☐ Occasionnelle			
Spécifiez les signes observés :							
☐ Post obstruction des voies aériennes							
Aliment(s) en cause :							
☐ Absence de consentement au changement de texture recommandée avec risque d'obstruction des voies aériennes							
☐ Post pneumonie d'aspiration dans le milieu actuel							
☐ Demande de réévaluation de texture ou consistance de la part de l'utilisateur (ou de son répondant si inapte)							
☐ Réévaluation de texture suite au retrait permanent ou à l'ajustement des prothèses dentaires/extractions dentaires							
AUTRES MOTIFS							
☐ Nutrition entérale							
☐ Accident vasculaire cérébral de novo							
☐ Diabète avec épisodes de déséquilibres répétés							
☐ Insuffisance rénale instable ou décompensée (électrolyte déséquilibré, limite liquidienne, etc.)							
☐ Insuffisance cardiaque instable ou décompensée (limite liquidienne, restriction sodium, etc.)							
☐ Insuffisance respiratoire avec perte pondérale							
☐ Obésité entraînant des limitations fonctionnelles							
☐ Constipation problématique							
☐ Plaie chirurgicale		Site :					
☐ Lésion de pression		Stade :		☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
				☐ X	☐ Lésion tissus profonds		Site :
Soins palliatifs avec :		☐ Diarrhées	☐ Nausées	☐ Vomissements	☐ Occlusion intestinale		
Trouble gastro-intestinal sévère avec :		☐ Diarrhées	☐ Nausées	☐ Vomissements	☐ Occlusion intestinale		
Autre(s) motif(s) :							



Références: Services psychoéducatifs



- Unités régulières :
 - références requises pour toutes demandes régulières (Formulaire « **Référence aux services psychoéducatifs CLI-60441** »)
 - prise en charge du TES peut être immédiate lors d'un signalement d'urgence ou lorsque le TES observe sur le moment un besoin d'intervention
- Unités SCPD / UP :
 - assignation automatique des TES à tous les usagers
 - pas de référence requise

Formulaire

Référence aux services psychoéducatifs CLI-60441 p.1

REFERENCE AUX SERVICES PSYCHOEDUCATIFS

URGENT: ☐ Oui ☐ Non ☐ Demande de téléconsultation

Chambre : ☐ UP / SCPD Niveau d'aptitude :

☐ L'utilisateur ou son représentant légal accepte la référence

Nom du demandeur :

No de téléphone :

Diagnostic(s) de TNC / trouble de santé mentale :

Interventions tentées ou en cours :

Évaluations récentes : ☐ Labos

☐ Médicales :

Autres disciplines impliquées :

MOTIFS DE RÉFÉRENCE / COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

☐ Cris	☐ Isolement	☐ Mord
☐ Pleurs	☐ Méfiance	☐ Frappe
☐ Propos sexuels	☐ Négativisme	☐ Lance des objets
☐ Demandes, plaintes répétées	☐ Recherche constante d'attention	☐ Crache
☐ Répétitions : mots, phrases, questions	☐ Changements de l'humeur	☐ Cherche à sortir de l'unité
☐ Verbalisations agressives	☐ Errance	☐ Comportement sexuel inadéquat
☐ Verbalisations suicidaires	☐ Errance invasive	☐ Habillage, déshabillage inapproprié
☐ Hallucinations, idées bizarres	☐ Agitation motrice	☐ Manipulation, accumulation d'objets
☐ Anxiété, détresse psychologique	☐ Empoigne, agrippe, pince	☐ Absorption d'objets non-comestibles
☐ Manipulation de selles		

Autres,
précisions :

FRÉQUENCE DES COMPORTEMENTS

- ☐ 1 fois / semaine ☐ Autre :
☐ Quelques fois / semaine
☐ Plusieurs fois / semaine
☐ 1 fois / jour
☐ Plusieurs fois / jour

DURÉE DES COMPORTEMENTS

- ☐ 1 semaine ou moins ☐ Autre :
☐ 1 mois
☐ 2-3 mois
☐ 4-6 mois

Contexte d'apparition des
comportements (heure,
soins, lieu, etc.) :

Référence aux
services
psychoéducatifs
CLI-60441 p.2

CONSÉQUENCES RELIÉES À LA PRÉSENCE DES COMPORTEMENTS					
☐ Plaintes des proches, usagers ☐ Conflits entre usagers ☐ Refus de respecter PCI ☐ Détérioration des capacités cognitives ☐ Verbalisations agressives des autres usagers	☐ Détérioration des capacités physiques ☐ Détresse significative de l'utilisateur ☐ Perte de poids ☐ Utilisation de PRN ☐ Non-collaboration lors des AVD-AVQ ☐ Refus de prendre sa médication	☐ Refus de se laver ☐ Refus de s'alimenter Mesure de contrôle : ☐ Chimique ☐ Physique ☐ Isolement			
Autres, précisions :					
RISQUES POTENTIELS			Faible	Moyen	Élevé
Abus et maltraitance			☐	☐	☐
Chute			☐	☐	☐
Blessure			☐	☐	☐
Infection			☐	☐	☐
Fugue			☐	☐	☐
Automutilation			☐	☐	☐
Tentative de suicide			☐	☐	☐
Détérioration de la santé physique, psychologique			☐	☐	☐
Compromission de la sécurité de l'utilisateur (court, moyen, long terme)			☐	☐	☐
Compromission de la sécurité du personnel, autres usagers (court, moyen, long terme)			☐	☐	☐
Autres, Précisions :					
CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL (au cours de la dernière année)					
☐ Diminution des visites ☐ Arrêt des visites		☐ Perte d'un proche ☐ Changement de milieu de vie		☐ Chirurgie ☐ Hospitalisation	
Autres, précisions :					
COMPLÉMENT D'INFORMATION					

Références: Physiothérapie-Ergothérapie



- Pas de référence requise en physiothérapie lors des admissions (tous les usagers sont évalués d'emblée à leur arrivée)
- Formulaire « **Requête de services en physiothérapie CLI-60224** » à compléter par le médecin / IPS lorsqu'il y a nécessité de fournir les prérequis aux technologues en physiothérapie
- Toujours compléter et numériser les 2 pages du formulaire « **Référence aux services physiothérapie/ergothérapie CLI-60444** »)

Référence aux
services de
physiothérapie
/ergothérapie
CLI- 60444
p.1

RÉFÉRENCE AUX SERVICES DE
PHYSIOTHÉRAPIE / ERGOTHÉRAPIE

Chambre :		☐ L'utilisateur ou son représentant légal accepte la référence
☐ Détérioration récente de l'état de santé de l'utilisateur (≤ 1 mois)	☐ Soins palliatifs / soins de confort	
☐ Sécurité compromise de l'utilisateur, des autres usagers ou du personnel		
☐ Blessure récente de l'utilisateur ou d'un membre du personnel		
☐ Évaluation d'admission	☐ Réévaluation post-hospitalisation	

SECTION À PRÉDOMINANCE PHYSIOTHÉRAPIE - MOTIFS DE RÉFÉRENCE

TRANSFERTS PROBLÉMATIQUES

☐ Transfert autonome problématique ☐ Transfert assisté problématique ☐ Couché - assis ☐ Assis - debout ☐ Pivot lit - Fauteuil roulant ☐ Déplacements au lit	☐ Information complémentaire :
--	---

DÉPLACEMENTS NON-SÉCURITAIRES

☐ À la chambre ☐ Sur l'unité ☐ À l'extérieur Nombre de chute depuis : Une semaine : Un mois : Risque de chute : ☐ imminent ☐ modéré ☐ Difficulté à se déplacer avec aides techniques ☐ Chambre encombrée ☐ Configuration problématique de la chambre	☐ Information complémentaire :
--	---

DIFFICULTÉ À LA MARCHÉ

☐ Station debout instable ☐ Instabilité à la marche ☐ Boiterie ☐ Diminution de l'endurance Aides techniques : ☐ Ajout ☐ Vérification ☐ Ajustement	☐ Information complémentaire :
--	---

DOULEUR

Site : Horaire / Fréquence : Déclencheur :	☐ Information complémentaire :
--	---

AUTRES MOTIFS

☐ Déconditionnement, ou risque de : ☐ Diminution de force, site : ☐ Diminution d'amplitude articulaire, site :	☐ Information complémentaire :
---	---

Référence aux services de physiothérapie/ergothérapie CLI- 60444 p.2

SECTION À PRÉDOMINANCE ERGOTHÉRAPIE - MOTIFS DE RÉFÉRENCE	
INTÉGRITÉ DE LA PEAU	
Lésion de pression : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ X ☐ LTP BRADEN : ☐ Risque de lésion de pression ☐ Antécédent de plaie au même site Site : Date d'apparition : ☐ Cadran de positionnement déjà en place (horaire aux 2 heures) ☐ Rouleau de positionnement ☐ Surface thérapeutique ☐ Interventions / équipements tentés par l'équipe de soins : ☐ Information complémentaire :	
RISQUES DE CHUTE / MESURES DE REMPLACEMENT ET DE CONTRÔLE	
Nombre de chute depuis : Une semaine : Un mois : Risque de chute : ☐ imminent ☐ modéré Circonstances des chutes (lieu, heure, etc.) : ☐ Conséquences : ☐ Installation d'une mesure de contrôle : ☐ Réévaluation d'une mesure de contrôle ☐ Moniteur de mobilité en place : ☐ Lit ☐ Fauteuil ☐ Tapis de sol en place ☐ Mesure de remplacement en place : Date de début : Mesure de contrôle : ☐ Isolement ☐ Chimique ☐ Physique : Date de début : ☐ Interventions / équipements tentés par l'équipe de soins : ☐ Information complémentaire : ☐ Grille d'observation complétée	
Lorsque pertinent : joindre les formulaires suivants complétés : ☐ « Soins, interventions et surveillance liés aux mesures de contrôle CH/déficience CLI-60066 (2019-06) » ☐ « Mesures de remplacement CLI-60058 (2019-05) »	
POSITIONNEMENT INADÉQUAT : ☐ Au lit ☐ Au fauteuil ☐ À l'alimentation	
☐ Douleur ☐ Inconfort ☐ Site : ☐ Ajustement d'un élément de positionnement déplacé ou dysfonctionnel ☐ Glissement sur l'assise ☐ Instabilité ou inclinaison du tronc ☐ Difficulté lors des transferts : ☐ Fauteuil roulant ☐ Base roulante ☐ Fauteuil gériatrique ☐ Équipement en place (rouleau, biseau de positionnement, oreiller, etc.) : ☐ Interventions / équipements tentés par l'équipe de soins : ☐ Information complémentaire :	
ÉVALUATION FONCTIONNELLE	
☐ Difficulté lors des soins de base : ☐ Collaboration aux soins difficile : ☐ Difficulté lors de l'alimentation : ☐ Besoin de vaisselle/ustensiles adaptés ☐ Positionnement ☐ Difficulté à l'habillage : ☐ Difficulté lors des déplacements en fauteuil roulant : ☐ Trouble de comportement ayant un impact sur l'autonomie : ☐ Errance invasive ☐ Agressivité : ☐ Comportement sexuel inadéquat : ☐ Éval. en contribution à la détermination de l'aptitude : ☐ Avec risque santé/sécurité MEEM : ☐ Information complémentaire :	
AUTRES MOTIFS	
☐ Bris d'équipement (RAMQ) : ☐ Évaluation dysphagie ☐ Autres motifs : ☐ Demande d'aide à la mobilité (CMR)	

Complété par :

Nom, prénom

Signature et titre

Date :

aaaa/mm/jj

Pour que votre
humanité
s'exprime pleinement

Québec



Références: Services sociaux

- Formulaire de référence « **Référence aux services psychosociaux en CHSLD CLI-60442** »:
 - requis pour toutes les demandes psychosociales
- Documents légaux à joindre à toute demande de démarches légales:
 - copie du mandat en cas d'inaptitude (Homologation de mandat)
 - lettre du notaire avec assermentation

Référence aux services psychosociaux en CHSLD

CLI-60442 p.1

RÉFÉRENCE AUX SERVICES PSYCHOSOCIAUX EN CHSLD

Chambre :		☐ L'utilisateur ou son représentant légal accepte la référence	
Nom du demandeur :		No de téléphone :	
MODIFS DE RÉFÉRENCE			
BESOIN DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL À L'USAGER POUR SA PERSONNE			
☐ Besoin de protection / soutien décisionnel	☐ Idéations suicidaires / comportements autodestructeurs		
☐ Consentement aux soins / refus de soins	☐ Dépistage de symptômes dépressifs		
☐ Usager hébergé sous ordonnance de la Cour	☐ Détresse psychologique / deuils non résolus		
☐ Demande d'aide médicale à mourir (AMM)	☐ Demande de relocalisation (hors territoire)		
☐ Droits de l'utilisateur / défis éthiques	☐ Problématiques de consommation / dépendance		
☐ Droits en lien à la vie privée / aux défis du milieu de vie	☐ Médiation entre l'utilisateur et le personnel soignant		
☐ Soins palliatifs	☐ Autre motif :		
BESOIN DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL À L'USAGER EN LIEN AVEC SES PROCHES			
☐ Clarification du répondant ou du représentant légal	☐ Présomption d'abus / de maltraitance		
☐ Absence ou perte du répondant ou d'un proche	☐ Conflits familiaux avec impacts sur l'utilisateur		
☐ Le répondant ne remplit pas son mandat adéquatement	☐ Médiation entre les proches et le personnel soignant		
☐ Soutien au proche aidant	☐ Autre motif :		
BESOIN DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL À L'USAGER CONCERNANT SES BIENS ET SERVICES EXTERNES			
☐ Besoin d'aide / soutien pour la gestion de ses biens	☐ Dossier de recouvrement du CISSMO		
☐ Présomption d'abus financier	☐ Référence à des services externes tels que financiers et juridiques : notaire, assurances, préarrangements, comptable, impôts, banques, organismes communautaires		
☐ Démarches auprès d'instances gouvernementales	☐ Autre motif :		
☐ Démarches : changements administratifs 65 ans +			
DÉMARCHES LÉGALES			
☐ Homologation du mandat de protection (Obligatoire : fournir la preuve écrite de l'engagement d'un notaire au préalable)			
☐ Ouverture d'un régime de protection			
☐ Réévaluation d'un régime de protection :		Date d'échéance :	(joindre copie de la lettre)
☐ Attestation de l'aptitude d'un usager			
☐ Autre situation concernant un outil de protection d'un usager ou des mesures alternatives			
COMPLÉMENT D'INFORMATION			

Traitement de la référence

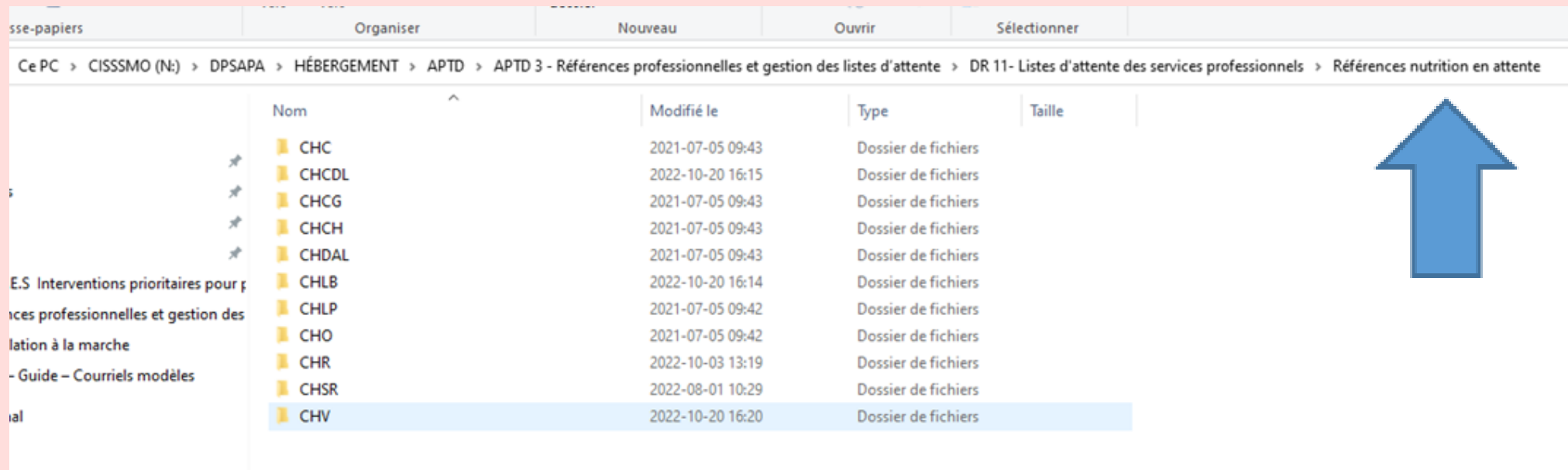


- Analyse et priorisation par la SAC (Voir critères de priorisation)
- Détermination de l'orientation de la demande lorsqu'il y a plusieurs orientations possibles
- Inscription de l'usager sur la « Liste d'attente » au lien suivant :
 - *N:\DPSAPA\HÉBERGEMENT\APTD\APTD 3 - Références professionnelles et gestion des listes d'attente\DR 15- Listes d'attente des services professionnels*

Excel interface showing the 'Liste d'attente et de suivis services psychosociaux' spreadsheet. The spreadsheet is divided into two main sections: 'CHSLD Vaudreuil' and 'CHSLD Rigaud'. Each section has columns for 'Motif requête', 'Priorité', and 'Usager'. A large blue arrow points to the 'Motif requête' column under 'CHSLD Vaudreuil'. The bottom of the spreadsheet has tabs labeled 'Attente' and 'Assignés'.

Traitement de la référence

- Enregistrement de la référence dans le dossier « Dossiers en attente » situé au lien suivant :
 - *N:\DPSAPA\HÉBERGEMENT\APTD\APTD 3 - Références professionnelles et gestion des listes d'attente\DR 15- Listes d'attente des services professionnels*



Nom	Modifié le	Type	Taille
CHC	2021-07-05 09:43	Dossier de fichiers	
CHCDL	2022-10-20 16:15	Dossier de fichiers	
CHCG	2021-07-05 09:43	Dossier de fichiers	
CHCH	2021-07-05 09:43	Dossier de fichiers	
CHDAL	2021-07-05 09:43	Dossier de fichiers	
CHLB	2022-10-20 16:14	Dossier de fichiers	
CHLP	2021-07-05 09:42	Dossier de fichiers	
CHO	2021-07-05 09:42	Dossier de fichiers	
CHR	2022-10-03 13:19	Dossier de fichiers	
CHSR	2022-08-01 10:29	Dossier de fichiers	
CHV	2022-10-20 16:20	Dossier de fichiers	

Cheminement et prise en charge de la référence



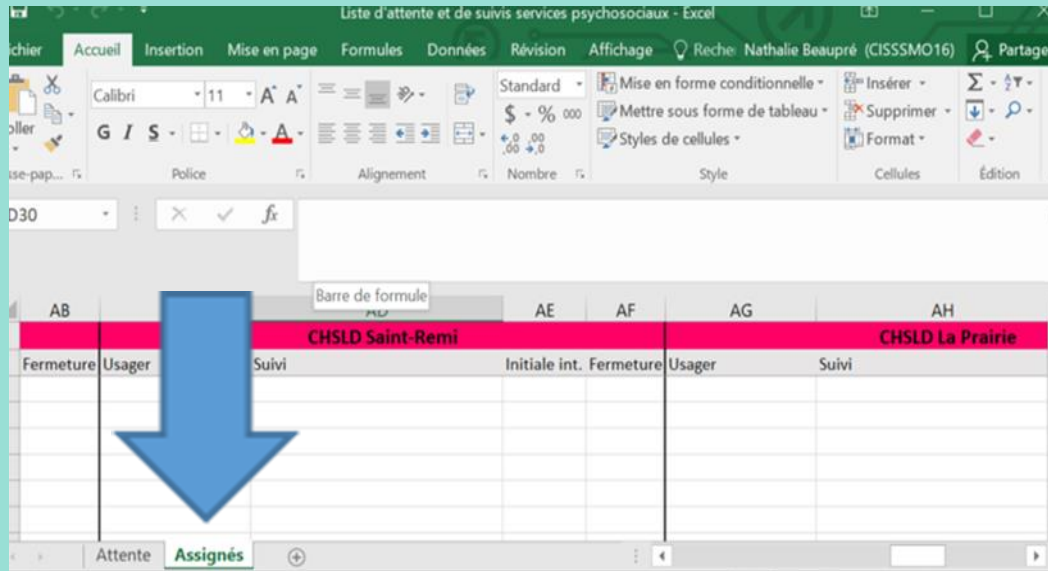
Intervenant:

- Onglet « Attente » de la liste d'attente
 - Prise en charge du 1^{er} nom inscrit sur la liste d'attente lorsque sa charge de travail le permet
 - Surlignage en jaune du nom de l'utilisateur qu'il vient de s'assigner ou pour signifier un retrait souhaité de la liste d'attente (décès, référence plus requise...)

Cheminement et prise en charge de la référence



- Onglet « Assignés » de la liste d'attente
 - Inscription du nom de l'utilisateur assigné dans l'onglet « Assignés »
 - Inscription d'une note du suivi à faire
 - Inscription de la date de fermeture lorsque les interventions sont terminées
 - Surlignage en vert de tous les usagers « actifs »





Cheminement et prise en charge de la référence

SAC

- Suite à la prise en charge par un intervenant:
 - Suppression du nom de l'utilisateur surligné en jaune dans la liste d'attente
 - Suppression de la requête dans « Dossiers en attente »



- Les infirmières ont accès à la liste d'attente et liste des usagers assignés et sont encouragées à la consulter avant de compléter une nouvelle demande de services.
- **S'assurer de fermer le document aussitôt que la consultation est terminée.**
- Un usager dont la fermeture de l'assignation est de moins de 3 mois sera automatiquement réassigné à l'intervenant, s'il s'agit de la même problématique.
- Lorsqu'un usager est inscrit sur la liste d'attente et qu'il y a de nouvelles informations à communiquer, acheminer un courriel à « **Services professionnels Shappa** » (cc. intervenant concerné) avec le complément d'information.

QUESTIONS?

