

● Les effets indésirables cardiovasculaires des traitements d'aide à l'arrêt du tabac.

Mills EJ et al. *Circulation*. 2013 Dec 9. [Epub ahead of print].
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24323793>

L'idée persiste souvent que les aides pharmacologiques à l'arrêt du tabac pourraient avoir un effet délétère sur les événements cardiovasculaires. Cette méta-analyse a utilisé les résultats des essais cliniques randomisés du bupropion, de la varénicline et des traitements nicotiques de substitution (TNS), ainsi que les rapports internes de la FDA. Parmi les 63 essais cliniques retenus (21 pour les TNS, 28 pour le bupropion et 18 pour la varénicline), aucune augmentation des événements indésirables cardiovasculaires (EICV) n'a été observée pour le bupropion (RR=0,98 ; IC 95% 0,54-1,73) ou la varénicline (RR=1,30 ; 0,79-2,23). Par contre, une augmentation significative de ces EICV a été observée pour les TNS (RR=2,29 ; 1,39-3,82), mais principalement due aux EICV non graves (principalement la tachycardie). En restreignant l'analyse aux EICV majeurs, un effet protecteur significatif a été trouvé pour le bupropion (RR=0,45 ; 0,21-0,85), et aucun effet significatif n'a été observé tant avec la varénicline (RR=1,34 ; 0,66-2,66) qu'avec les TNS (RR=1,95 ; 0,26-4,30). Les auteurs concluent donc qu'aucun des traitements pharmacologiques d'aide à l'arrêt du tabac n'augmente le risque d'EICV graves.

● La réaction initiale au tabac ou au cannabis détermine-t-elle la future dépendance ?

Agrawal A et al. *Addiction*. 2013 Dec 11. doi:10.1111/add.12449. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24325652>

Les réactions initiales positives ou négatives ont été considérées comme pouvant influencer sur le développement de la dépendance. Cette étude, réalisée chez des jumeaux a pris en compte les réactions initiales au tabac et au cannabis et les a comparées au niveau de dépendance des sujets selon les critères du DSM-IV, mais a aussi estimé la part d'héritabilité (facteurs génétiques). Des modèles d'équations factorielles et exploratoires ont été utilisés pour analyser les réactions initiales, des modèles de Cox ont servi à examiner la relation temporelle avec les diagnostics de dépendance, et des modèles uni- et multivariés ont été utilisés pour analyser l'influence génétique et environnementale (partagée et non partagée, des jumeaux). Les sujets étaient des jumelles (femmes uniquement) de 18 à 32 ans ayant des antécédents de tabagisme (n=2393) ou d'utilisation de cannabis (n=1445). Les réactions initiales positives (relaxation, plaisir...) au tabac montrent une association avec le diagnostic de dépendance à la nicotine du DSM-IV, ainsi qu'avec le diagnostic d'abus/dépendance au cannabis (pour les réactions négatives, comme les nausées, ou la toux, les résultats sont moins clairs). Par contre, les réactions initiales positives au cannabis ne montrent une association qu'avec le diagnostic d'abus/dépendance au cannabis. Les facteurs génétiques jouent un rôle modeste (héritabilité de 27 à 35%, p<0,05), le reste de la variance étant attribué à l'environnement individuel spécifique. Les covariations des facteurs indexant les réactions initiales positives ou négatives ont été attribuées aux facteurs génétiques (corrélation attribuée aux facteurs génétiques ; rg=0,09-0,55 ; p<0,05), et parfois à l'intersection avec les facteurs liés à l'environnement individuel spécifique (corrélation attribuée aux facteurs environnementaux ; re=0,17-0,28 ; p<0,05). Il est à noter tout de même, que l'âge de début du tabac était de 14,3 ± 3,0 ans, alors que celui du début du cannabis était de 17,0 ± 2,7 ans, et que

la grande majorité des sujets ont commencé par le tabac, seulement 6,5% (parmi 1318 rapportant l'utilisation des 2 produits) ont commencé par le cannabis et 13,6% ont commencé les deux produits au même moment. Il faut aussi noter que les réactions subjectives étaient mesurées a posteriori (en moyenne 7,6 ans après le début du tabac et 5,6 ans après le début du cannabis), et que la plupart des utilisateurs de cannabis l'utilisent mélangé à du tabac. Enfin, cette étude ne porte que sur des femmes.

● Les effets du sevrage sont-ils plus importants chez les personnes ayant des troubles psychiatriques ?

Smith PH et al. *Am J Public Health*. 2013 Dec 12. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24328637>

Les résultats de deux enquêtes (Enquête épidémiologique NESARC 2001-2002, limitée aux fumeurs n=9913 et cohorte d'entretien téléphonique chez des fumeurs adultes en 2 vagues 2004-2006, n=751) ont été analysés afin de comparer la prévalence, la sévérité et les profils des symptômes de sevrage nicotinique dans différentes catégories de troubles psychiatriques, ainsi que l'influence de ces symptômes sur les tentatives d'arrêt du tabac dans ces catégories. Les troubles psychiatriques ont été définis selon le DSM-IV. Ils ont ensuite été classifiés en groupes (pour maintenir une bonne puissance statistique), dont les processus d'internalisation (troubles anxio-dépressifs), d'externalisation (troubles liés à l'usage d'alcool ou d'autres substances, et personnalité antisociale) et les troubles psychotiques (compte tenu de la faible incidence, ils ont été classifiés en fonction d'une question demandant au sujet si un professionnel de santé lui avait dit qu'il était atteint de schizophrénie ou de troubles psychotiques), au cours des 12 derniers mois. Au total 5 groupes ont été constitués, ND (pas de trouble), ED (trouble externalisé), ID (trouble internalisé), IED (les deux à la fois), PD (trouble psychotique). Les symptômes de sevrage ont été classifiés selon les critères du DSM-IV, la présence de symptômes était validée si 4 ou plus, parmi 8 pour produire une variable binaire (0 ou 1), et la somme des symptômes (0 à 8) était utilisée comme variable continue. Les résultats montrent que les troubles psychiatriques sont associés à une plus grande sensibilité aux symptômes de sevrage, 44% des ces symptômes étant attribués aux personnes ayant des troubles psychiatriques. Les profils de symptômes étaient comparables entre les groupes, cependant, les symptômes anxieux étaient plus marqués chez les personnes ayant des troubles anxio-dépressifs (internalisation, ID). Les personnes ayant des troubles psychiatriques avaient une bonne motivation à l'arrêt, mais étaient moins susceptibles d'arrêter, et à la fois la dépendance et les symptômes de sevrage étaient de bons marqueurs de cette plus grande difficulté à arrêter de fumer. Il est donc particulièrement important de cibler les symptômes de sevrage dans ces populations.

● Comment les tabacologues anglais prennent-ils en compte l'utilisation de la cigarette électronique chez les fumeurs ?

Beard E et al, *Patient Educ Couns*. 2013 Nov 6. pii: S0738-3991(13)00463-1. doi:

10.1016/j.pec.2013.10.022. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290243>

Cette étude de l'équipe de Robert West a cherché à savoir comment les tabacologues anglais prennent en compte l'utilisation de plus en plus fréquente de la cigarette électronique (CE) parmi leurs patients. Un questionnaire internet a été envoyé aux centres d'aide à l'arrêt, et 58 responsables et 1284 tabacologues de ces centres ont répondu (les centres d'aide à l'arrêt sont en fait des centres de santé du NHS, traitant tous les problèmes de santé, et dont l'activité d'aide à l'arrêt du tabac est supervisée par le NCSCT, organisme responsable de la tabacologie au niveau national). Les résultats montrent que 90% (n=1150) des tabacologues ont répondu que leurs patients utilisaient la CE, et 95% (n=1215) qu'on leur avait posé des questions à ce propos. Parmi les responsables (Directeurs de centres), 71% (n=41) ont déclaré avoir mis en place un protocole (policy) sur les avis à donner, parmi lesquels 58% (n=35) ont dit que les tabacologues devaient dire que ces produits n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché (les anglais veulent faire de la CE un médicament, sous l'égide du MHRA, l'agence anglaise des médicaments). Parmi les tabacologues, 55% (n=707) ont dit respecter ce protocole, et 11% (n=138) ont ajouté que les CE n'étaient pas sûres. Seulement 9% l'ont consigné dans le dossier du patient. Les auteurs (dont le NCSCT) concluent que bien que beaucoup de fumeurs rapportent utiliser la CE, peu de centre d'aide à l'arrêt prennent en compte son usage, et les tabacologues utilisent l'argument que la CE n'est pas un encore médicament. Les auteurs considèrent qu'il est nécessaire d'éduquer les tabacologues sur l'utilisation de la CE et la réduction du risque (introduite en Angleterre depuis cette année par le NICE, centre de référence des pratiques médicales, <http://www.nice.org.uk/PH45>) afin de s'assurer que les conseils sont consistants et basés sur les preuves.

- **Exposition à la nicotine (cotinine) et aux carcinogènes de la fumée de cigarette chez les fumeurs non quotidiens.**

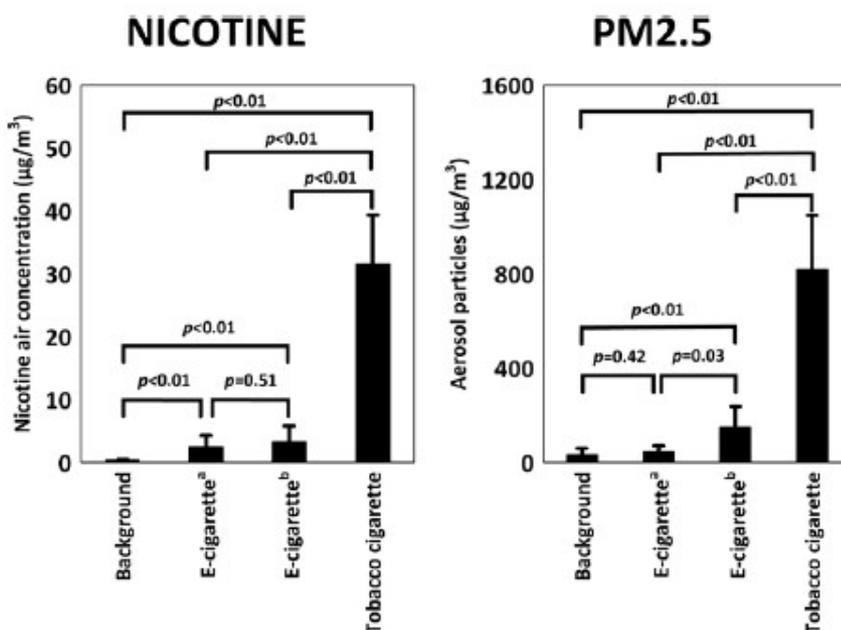
Khariwala SS et al. Nicotine Tob Res. 2013 Dec 1. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24297808>

Aux Etat-Unis, le nombre de fumeurs non quotidiens a fortement augmenté ces dix dernières années. Cette étude a cherché à savoir quelle était l'exposition à la nicotine (mesurée par la cotinurie) et aux carcinogènes (mesurée par la concentration de NNAL dans l'urine, une nitrosamine spécifique du tabac). Les participants étaient 28 afro-américains, 4 latino-américains, et 25 caucasiens, fumant au moins 1 cigarette, entre 4 et 24 jours par mois, au cours des 30 derniers jours. Ces fumeurs fumaient en moyenne $3,3 \pm 2,1$ cigarettes/jour (cpj) les jours où ils fumaient, fumaient en moyenne $13,0 \pm 5,4$ jours par mois, et fumaient non quotidiennement depuis $10,5 \pm 10,5$ ans. La concentration médiane de cotinurie (normalisée par la créatinine) était de 490,9 ng/mg (éventail de 3,21 à 3743) et celle de NNAL de 140,7 pg/mg (éventail de 0,77 à 2305). Ces expositions représentent 40 à 50% de l'exposition des fumeurs quotidiens. Les concentrations de NNAL et de cotinine étaient fortement corrélées ($r=0,84$; $p<0,01$), mais étaient modestement corrélées au nombre de cpj (respectivement, $r=0,39$; $p<0,01$ et $r=0,34$; $p<0,05$). Le nombre de jours où les fumeurs fumaient par mois n'était pas corrélé de façon significative à aucun des marqueurs. Ces taux d'exposition sont très élevés, et posent des dangers pour la santé. Les taux d'expositions sont plus corrélés au nombre de cigarettes fumées par jour, qu'au nombre de jours de consommation de cigarettes.

- **Quelle est le niveau d'exposition secondaire à la vapeur de cigarette électronique ?**

Czogala J et al. Nicotine Tob Res. 2013 Dec 11. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24336346>

Avec la e-cigarette, contrairement à la cigarette, il n'y a pas de flux secondaire (celui qui s'échappe de la cigarette allumée mais non utilisée), mais une partie de la vapeur inhalée par le vapoteur est exhalée dans l'air. Cette étude s'est donc intéressée à l'exposition passive, ou secondaire due à la vapeur de e-cigarette, en comparaison avec celle produite par la fumée de cigarettes. Pour cela, les auteurs ont mesuré les taux de nicotine, particules ($PM_{2,5}$), CO et composés organiques volatils (COV) dans une chambre d'exposition fermée. La vapeur a été générée par une machine à fumer dans des conditions pré-déterminées (le rythme utilisé est semble-t-il peu réaliste, 1 bouffée de 70 ml prise en 1,8 s toutes les 10 secondes, et a déjà été critiqué par d'autres auteurs). Une seconde expérience, plus réaliste, a comparé les mêmes paramètres après utilisation de e-cigarettes et de cigarettes par 5 fumeurs utilisant régulièrement les deux. Les résultats montrent que la e-cigarette génère de la nicotine mais pas de produits de combustion dans l'air ambiant. La concentration de nicotine produite par 3 différentes marques de e-cigarette (toutes de première génération, ou ressemblant à des cigarettes) a été de $0,82$ à $6,23 \mu\text{g}/\text{m}^3$, alors que la concentration de nicotine résultant de la consommation de cigarettes a été 10 fois plus élevée ($31,60 \pm 6,91$ vs $3,32 \pm 2,49 \mu\text{g}/\text{m}^3$, $p=0,0081$). Des résultats similaires ont été observés avec les



particules $PM_{2,5}$. Sur le graphique, la seconde barre représente les e-cigarettes utilisées avec la machine à fumer, la troisième barre, les e-cigarettes utilisées par les fumeurs/vapoteurs. Il est aussi à noter que les résultats comparant les 3 marques de e-cigarettes sont assez différents (variation de 1 à 4 pour la nicotine et de 1 à 3 pour les particules), et montre le besoin de tester différents types de e-cigarettes dans des conditions standardisées (mais peut-être plus réalistes qu'avec la machine à fumer).

- **Effets de la nicotine et de l'alcool sur les cellules placentaires (*in vitro*).**

Repo KJ et al. *Toxicol Lett.* 2014 Jan 13;224(2):264-71.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24201001>

Cette étude toxicologique a été menée sur une ligne de cellules cancéreuses (des trophoblastes placentaires) nommées BeWo. Le stress oxydatif pourrait être impliqué dans les effets toxiques de l'alcool et du tabac sur le développement du fœtus. Des cellules BeWo ont été exposées à une solution à 0,2 % d'éthanol (EtOH) ou à 15 μ M de nicotine (NIC), ou à l'association des deux. L'EtOH et la Nic ont provoqué une augmentation non significative de la production de ROS (reactive oxygen species, ayant des propriétés oncogéniques), mais l'association des deux a produit un effet significatif ($p < 0,01$) (après 24h ou 48h d'exposition, mais pas après 72h). Par contre ni l'EtOH, ni la Nic, ou l'association des deux n'a eu d'effet sur la viabilité des cellules, mais la Nic (après 24h et 72h d'exposition) et la combinaison EtOH + Nic (après 24h d'exposition seulement) a diminué la prolifération des cellules. Sous l'effet du stress oxydatif, les cellules placentaires produisent des protéines à activité mitogène (qui agissent sur la prolifération et la différenciation des cellules), produites dans le réticulum endoplasmique (RE). La Nic a augmenté l'expression d'un type de protéines (GRP78/BiP) marqueur du stress du RE, mais pas un autre type (IRE1 α). De même la phosphorylation (activation) et l'expression de certaines autres protéines (JNK, p38, ERK1/2) ont été modifiées par la Nic ou l'association EtOH + Nic. Les auteurs concluent donc que les problèmes de développement chez le fœtus sous l'action de la nicotine et/ou de l'éthanol pourraient passer par la réponse du RE au stress oxydatif induit par la Nic et/ou l'EtOH. Cette étude est un peu complexe à comprendre, et nécessiterait sans doute aussi que l'on s'intéresse à d'autres composés de la fumée de tabac.

- **Augmenter la dose de varénicline chez les fumeurs non-répondants pourrait être efficace.**

Jiménez-Ruiz CA et al. *Mayo Clin Proc.* 2013 Dec;88(12):1443-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290118>

La varénicline à la dose de 2 mg/jour n'est pas efficace chez tous les fumeurs, le fait d'augmenter la dose pourrait-il améliorer cette efficacité. C'est ce qu'a testé cette étude rétrospective (donc moins valide qu'une étude contrôlée et randomisée), recueillant les cas de traitement à la dose de 3 mg/jour dans deux centres d'aide à l'arrêt espagnols. Dans le protocole suivi, les fumeurs étaient traités à la dose de 2 mg/jour pendant 8 semaines, avec un suivi comportemental, puis à la dose de 3 mg/jour s'ils toléraient bien la varénicline, mais continuaient de fumer, ou continuaient à ressentir de forts symptômes de sevrage après avoir arrêté de fumer. L'échantillon représente 73 fumeurs, dont 52 continuaient de fumer à 8 semaines, et 21 qui avaient arrêté, mais ressentaient encore de forts symptômes de sevrage. Les taux d'arrêt, validés par mesure du CO expiré, de la semaine 9 à la semaine 24, ont été de 40% et 48%, respectivement dans ces deux groupes. L'augmentation de la dose a provoqué des événements indésirables chez 22 patients (30%), ceux-ci étaient principalement faibles et incluaient des nausées, vomissements, rêves anormaux, et insomnies. Seuls 2 patients ont arrêté le traitement (tous les deux à cause des nausées et vomissements). Les auteurs concluent donc que cette augmentation de posologie après 8 semaines de traitement standard chez des fumeurs continuant de fumer ou ressentant encore de forts symptômes de sevrage, peut améliorer l'efficacité de la varénicline, tout en étant bien tolérée.

[Vu sur le Net](#)

Quelques liens (cliquer sur le titre) qui vous mèneront vers des nouvelles qui ont fait la Une du net ce mois-ci.

[Abandon des quotas de tabac pour les particuliers](#)

[Tabac : la hausse des prix limitée à 20 centimes](#)

[Un vendeur de cigarettes électroniques condamné à l'écraser](#)

[Vers un nouveau traitement pour se débarrasser du tabac](#)

[Accord des Vingt-Huit sur une législation anti-tabac](#)

[Accord de l'UE pour encadrer la cigarette électronique](#)

["Le Complot", la nouvelle campagne choc contre l'industrie du tabac](#)

[Acteurs de l'e-cigarette et de la lutte anti-tabac s'allient pour mieux informer](#)

[Tabac: la Commission fait le ménage à l'approche des européennes](#)

formations

Nous avons le plaisir de vous informer de la création d'un Diplôme d'Université à Paris VII, intitulé « **Thérapies cognitivo-comportementales et Motivationnelles des addictions** » pour l'année 2013-2014.

L'objectif de la formation :

- Connaître les bases psychothérapeutiques théoriques et pratiques des addictions à une substance (alcool, tabac, cannabis, opiacés, benzodiazépines, cocaïne...) et des addictions comportementales.
- Savoir discuter l'indication de traitements par TCC et entretiens motivationnels et la mettre en place.
- Réflexion autour de cas cliniques apportés par les étudiants et les enseignants. Elaboration de stratégies thérapeutiques personnalisées.
- Acquisition des compétences en TCC et entretiens motivationnels autour de situations cliniques.

Ce DU est destiné aux médecins, internes, pharmaciens, infirmiers, psychologues, éducateurs, assistants sociaux.

Cet enseignement comprend 9 modules de deux demi-journées (vendredi matin vendredi après midi,) et une journée d'évaluation, complété par un stage de 25 heures.

Module 1 : Modèles cognitifs et comportementaux des addictions, analyse fonctionnelle.

Module 2 : Les schémas cognitifs. La restructuration cognitive.

Module 3 : L'entretien motivationnel. Le changement, Prévention des rechutes, maintien de l'abstinence. L'aide à la compliance

Module 4 : L'adolescent et le jeune adulte. Spécificité du sujet âgé. Spécificité de la comorbidité psychiatrique (schizophrénie, trouble bipolaire)

Module 5 : Spécificités des produits et TCC. Préparation du mémoire.

Module 6 : Spécificités des addictions comportementales et TCC. Préparation du mémoire.

Module 7 : Thérapies de couples, familiales et de groupe. Préparation du mémoire.

Module 8 : Assertivité. Gestion du stress. Gestion des émotions. Préparation du mémoire.

Module 9 : La recherche en TCC et thérapies motivationnelles. Evaluation et méthodologie.

Module 10 : Journée d'évaluation

Les enseignements sont prévus du 31 janvier au 13 juin 2014 (1 à 2 fois par mois).

informations

Une unité « addictions des adolescents » a été développée à l'hôpital Paul-Brousse. Cette unité s'adresse aux jeunes de 15 à 23 ans présentant des conduites addictives aux substances psychoactives (cannabis, « binge drinking », opiacés, psychostimulants...) ou comportementales (jeux vidéos ...). Cette unité se compose d'une consultation spécialisée et, depuis peu, d'un hôpital de jour.

Toutes les informations sont consultables sur le site du CERTA :

<http://cms.centredesaddictions.org/index.php/traitements/unite-addictions-des-adolescents>

Toute nouvelle prise en charge se fait à la demande du médecin référent du patient. **Vous êtes ainsi invités à proposer vos patients pour une prise en charge en HDJ.** Vous resterez au centre du dispositif de soins en coordination avec l'équipe de l' HDJ.

congrès

Le Dr Stenger a rédigé un compte-rendu du congrès de la SFT de Clermont-Ferrand, vous pouvez le télécharger sur le site de Fractal.

<http://www.fractal.asso.fr/index3.php?art=article&categorie=8&article=393>



Dates du congrès :

Du vendredi 31 janvier au dimanche 2 février 2014

- Inscriptions :
20 novembre 2013 : augmentation des tarifs
13 janvier 2014 : date limite sur internet au tarif minoré

http://www.congres-pneumologie.fr/programme/index_sessions.asp?action=R&menuId=1

**Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie
16 et 17 Janvier 2014
Palais des Congrès Porte Maillot Paris**

Session commune Société Française de Tabacologie/Société Française de Cardiologie

**Société Française de Tabacologie/SFC –
Prise en charge du tabagisme : "Vade Mecum pour le cardiologue"**

Jeudi 16 janvier 2014
16:00 - 17:30

Session commune
Salle 353

Modérateur (s) s: E. Garbarz, Nathalie Wirth

Société Française de Tabacologie/SFC – Prise en charge du tabagisme : "Vade Mecum pour le cardiologue"		
Jeudi 16 janvier 2014		Session commune
16:00 - 17:30		Salle 353
16:00 - 16:20	Tabagisme et maladies cardiovasculaires : quoi de neuf en 2014 ? - D. Thomas	
16:20 - 16:40	Comment parler du tabac à un patient fumeur ? - Marion Adler	
16:40 - 17:00	Comment utiliser en pratique les outils de sevrage ? - G. Peiffer	
17:00 - 17:20	Pilule, tabac et accidents cardiovasculaires : où est le problème ? - I. Berlin	

2 sessions « Meet the Expert »

La cigarette Electronique : efficace ? Fiable?		
Jeudi 16 janvier 2014		Meet the Expert
9:00 - 9:30		Espace Rencontre
Autre session identique « Meet the expert » le vendredi à 12 :00		
Modérateur (s) : D. Thomas		
12:00 - 12:30	- B. Dautzenberg	

La cigarette Electronique : efficace ? Fiable?		
Vendredi 17 janvier 2014		Meet the Expert
12:00 - 12:30		Espace Rencontre
Autre session identique « Meet the expert » le jeudi à 9 :00		
Modérateur (s) : D. Thomas		
12:00 - 12:30	- B. Dautzenberg	

Session infirmières

Epidémiologie et prévention		
Vendredi 17 janvier 2014		Sessions pour infirmières et techniciens médicaux
11:00 - 12:30		Salle 342 AB
Modérateur (s) s: Rosemary Chatelier, Y. Etienne, E. Rohrbacher		
11:00 - 11:20	Prévalence des pathologies cardiovasculaires en France et en Europe - F. Delahaye	
11:20 - 11:40	Tabagisme : une priorité dans la prévention - D. Thomas	
11:40 - 12:00	Prévention primaire des facteurs de risque. Diabète et hypercholestérolémie - Cathy Daugareil	
12:00 - 12:20	Informations du groupe des paramédicaux de la SFC - Monique Lespes	

offres d'emploi

Le Centre hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil (Val d'Oise) recherche un médecin pour son service de tabacologie. Poste praticien temps partiel ou 6 vacations hebdomadaires (5 pour la tabacologie, 1 pour l'alcoologie), à pourvoir à dater de janvier 2014, pôle addictologie.

Contact :

- Dr Anne Bretel, Chef de service, Tabacologie, Tel. 06 85 56 25 94, anne.bretel@ch-argenteuil.fr

- Dr Monique Sobann, Alcoologie, monique.sobann@ch-argenteuil.fr

(annonce du 15.11.13)

et comme toujours !

Si vous avez des annonces (congrès, symposium, offre d'emploi...) à proposer pour cette lettre, merci de les adresser à Jacques Le Houezec jacques.lehouezec@amzer-glas.com

Je profite de cette dernière Lettre de 2013 pour vous souhaiter une très bonne année 2014 !