

SANTE

POURQUOI LA PREVENTION DOIT-ELLE ETRE OBLIGATOIRE EN FRANCE ?

 Dossier technique

Dossier technique
Santé / **Pourquoi la PREVENTION doit-elle être
obligatoire en France ?**

SOMMAIRE

Partie 1 / Préambule	03
Partie 2 / Ce que propose l'IPS : Rendre la prévention obligatoire	05
2.1 Principe	05
2.2 Financement	07
2.3 Annexes	09

Dossier technique

Santé / Pourquoi la PREVENTION doit-elle être obligatoire en France ?

PARTIE 1

PREAMBULE

La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique.

C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Rôle du Médecin Généraliste en matière de Prévention Individuelle et collective

Université Paul SABATIER Toulouse III – Professeur Stéphane OUSTRIC, Département Universitaire de Médecine Générale - 2012

Les soins primaires sont des prestations de soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins de santé individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté.

MOS – Déclaration d'Alma Alta 1978

La triple connaissance nécessaire :

- Connaissance des préférences et comportement du patient,
- Connaissance des données actuelles de la science,
- Connaissance de la situation clinique observée n'est maîtrisée que par le médecin généraliste, référent, de famille, de proximité.

Pour ces raisons, la médecine générale est fondamentale dans un rôle de détection de pathologies en amont, donc de prévention. On parle d'ailleurs des préventions*.

*On parle régulièrement de trois niveaux de prévention :

1. **la prévention primaire** : vise à éviter l'apparition d'une maladie et à réduire le nombre de nouveaux cas (l'incidence de la maladie). Elle agit sur les facteurs de risque par l'éducation pour la santé.
2. **la prévention secondaire** : vise la réduction de durée d'évolution d'une maladie (la prévalence de la maladie). Elle repose sur le diagnostic précoce de celle-ci par le dépistage.
3. **la prévention tertiaire** : vise à limiter les conséquences et les séquelles de la maladie, et de prévenir les récives. Elle prévient le passage des incapacités et les handicaps secondaires à une pathologie aigüe ou chronique.

Au-delà de l'aspect strictement thérapeutique, qui a souvent été développé dans différentes études, l'aspect économique est fondamental, dans un moment où la France enregistre toujours des pertes abyssales au niveau de la branche Maladie de la Sécurité Sociale.

Sans revenir sur plusieurs causes qui ont été mises en exergue à juste titre (les français vivent plus vieux, la technologie coûte de plus en plus, etc...), il n'est pas possible d'entretenir un système qui constitue une anomalie financière d'un point de vue des comptes de la Nation.

Quelques rappels sur l'Assurance Maladie en France :

- Les dépenses totales de santé représentent 11% du PIB en 2015
- 159,2 milliards d'euros de prestations nettes ont été versées en 2015
- Depuis 3 ans, la part de la Sécurité Sociale est en augmentation dans le financement de la consommation des soins et biens médicaux (75,7% en 2011, 75,9% en 2012, 76% en 2013, 76,9 % en 2015), le reste étant pris en charge principalement par les organismes complémentaires et les ménages (la moyenne des pays de l'OCDE est autour de 72,5%)
- Si la progression des dépenses chaque année (ONDAM) a été régulée entre +2 et +2,5% par an, la perte de l'assurance maladie se situe chaque année depuis presque toujours entre -5 et 10 milliards d'euros
- Plus de 115 Milliards d'euros de perte cumulée ces 15 dernières années

Comptes nationaux de la Santé 2014

DSS

OMS

Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2015

La prise en charge d'une pathologie très tôt après les premiers symptômes (détectés par le médecin généraliste) permet d'une part de plus grandes chances de guérison, et d'autre part de faire beaucoup d'économies à la collectivité.

Ce constat a été effectué par les USA qui, dans le cadre de l'OBAMA CARE (réforme de la Santé) impose le cahier des charges des visites obligatoires chez le médecin généraliste, dans le cadre d'un programme de prévention et de détection.

A noter que ce principe prend le contre-pied des habitudes françaises, dont le système de soin est curatif et non préventif (il est important de rappeler qu'en France, le barème de remboursement de la Sécurité Sociale prévoit un taux de remboursement pour l'hôpital – en % de remboursement – plus élevé que pour celui des consultations médicales, 80/100% contre 70%, sachant qu'à l'hôpital on soigne après déclaration d'une pathologie donc dans une démarche curative exclusivement, ce qui n'est pas le cas pour le médecin qui peut détecter sans soigner, mais le cas échéant diriger efficacement en amont vers des spécialistes).

Extrait du Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale (Cour des Comptes – Septembre 2015)

Le dispositif de « **médecin référent** » instauré en 1997 reposait sur la signature d'un contrat de suivi médical entre le patient et le médecin généraliste, ce dernier s'engageant à tenir un dossier médical, à assurer des actions de prévention et à orienter le patient vers des spécialistes. Le « **médecin traitant** » créé par la loi du 13 août 2004 s'est ensuite substitué au « **médecin référent** », avec pour objectif de mettre en place **un parcours de soins coordonné** autour du patient par le médecin. Dix ans plus tard, cette réforme reste inaboutie. Malgré l'adhésion des patients, le manque de clarification des missions effectivement dévolues au médecin et la complexité du dispositif ont limité ses effets restructurant. **L'échec du « dossier médical personnel »** qui devait permettre de suivre le cheminement du malade dans le système de soins, a fortement compromis les objectifs de cette réforme. Le médecin traitant n'est pas devenu le pivot d'une organisation plus intégrée du système de soins à même de répondre à l'évolution des besoins de prise en charge.

L'incohérence des différentes réformes menées a fait oublier l'objectif commun de chacune d'entre elles : le rôle fondamental du médecin dans le soin mais surtout dans la détection.

PARTIE 2

CE QUE PROPOSE L'IPS Rendre la prévention « obligatoire »

2.1. PRINCIPE

L'idée n'est pas de remettre en cause l'universalité de la Sécurité Sociale, ou encore de prévoir des incitations financières pour les médecins, laissant croire que ces derniers ne remplissent pas bien leurs missions et que seule une incitation financière changerait leur comportement.

La Sécurité Sociale doit rester « la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes ».

Ordonnance du 4 octobre 1945 portant création de la Sécurité Sociale.

Mais cette solidarité doit avoir une contrepartie qui dépasse la notion de cotisation assise sur le salaire.

Chaque citoyen qui bénéficie des prestations de la Sécurité Sociale doit être responsable de son capital humain et de son « entretien ». Beaucoup de tentatives ont été imaginées par les Pouvoirs Publics pour mettre en place des plans de prévention basés sur la sensibilisation et la responsabilisation des citoyens.

A l'instar de la vitesse sur la route, force est de constater que l'éducation des esprits a ses limites.

Aussi l'IPS estime que le temps est venu de mettre un « radar » de bonne santé par le biais **d'UNE visite UNIQUE et OBLIGATOIRE** chez le médecin.

Cette visite serait UNE campagne nationale de collecte de données médicales.

Quel est le meilleur et le plus efficace collecteur de données médicales ? Ce n'est pas une application ou un smartphone, c'est le médecin.

Tout simplement parce qu'au-delà d'un scoring robotisé, il sait s'adapter à une situation personnelle et poser les bonnes questions à son patient, de surcroît s'il connaît l'environnement familial en étant le médecin traitant.

Nous conserverions donc un rôle central pour le médecin dans cette campagne.

Les données collectées permettraient :

- D'alimenter une base statistique extrêmement à jour et précises de la santé des Français
- De diriger certaines populations sur des opérations précises et ciblées de détection ou de prévention approfondie
- De diriger certaines populations vers des examens ou analyses approfondies
- De diriger si nécessaires certaines populations vers des soins spécialisés suffisamment en amont pour impacter des chances de guérisons en premier lieu, et des économies pour la collectivité en second lieu.

Il est important de rappeler qu'un contrôle obligatoire est prévu par la loi pour chaque véhicule après 4 ans de circulation. Ce contrôle est codifié et des points très précis doivent être contrôlés, étant soit source d'accident d'après les nombreuses statistiques à disposition, soit source de nuisance pour la société (*système de freinage, pneus, dispositifs d'éclairage, pollution, suspension, direction, éléments de la carrosserie, réservoir, rétroviseurs, avertisseur etc*).

Dès que le contrôle est effectué (celui-ci révélant de temps en temps des réparations à effectuer), le garage agréé ayant effectué le contrôle appose une vignette réglementée sur le pare-brise de la voiture. Le non-respect de cette obligation peut entraîner une amende de 135 à 750€.

Sur le principe de la voiture, et pour des raisons pas si éloignées (conséquences médicales pour le citoyen, conséquences nuisibles pour la société, en l'espèce financière), l'IPS préconise de rendre obligatoire ce type de visite médicale.

Ce principe serait d'obliger les Français de plus de 10 ans à passer une visite obligatoire « check up général » chez leur médecin traitant.

Le contenu (**durée et la liste des contrôles**) de cette (ou ces) visite(s) doit être validée par un Comité Scientifique, le tarif serait lui validé par les Syndicats de médecins.

Le médecin ayant pratiqué le contrôle :

- Informera la Caisse dont le citoyen relève que l'examen a été effectué
- Signalera au citoyen si un point nécessitant examen complémentaire voire visite chez un spécialiste est avéré (cette information relève du secret médical et entre dans le champ de la relation médecin/patient)

Le non-respect de cette obligation pourra entraîner l'application d'un ticket modérateur majoré sur les postes consultations (50% au lieu de 30%) et hôpital (40% au lieu de 20%, 20% au lieu de 0).

L'intérêt d'agir sur le ticket modérateur (partie restant à charge de l'assuré social) est d'impacter les assurances complémentaires qui devront soit majorer leur prix, soit participer aux campagnes d'information et de sensibilisation pour que leurs clients assurés sociaux respectent l'obligation de visite.

L'IPS sait que le débat du stockage et de la confidentialité des datas médicales reviendra (différentes enquêtes récentes montrent que les Français sont plutôt favorables à communiquer leurs données de santé s'ils en tirent un avantage).

Le débat sur l'exploitation de ces datas sera également posé, mais un Comité éthique, au sein d'une Loi de santé publique, devra rédiger une Charte d'utilisation de ces données, suffisamment ouverte pour être exploitées et efficaces.

Les données collectées par cette campagne nationale viendraient enrichir et mettre à jour la base SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie) prévue par la Loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé.

2.2. FINANCEMENT

Se posera bien entendu le délicat sujet du financement de cette campagne de collectes de datas.

L'idée de l'IPS serait, pour un Commissariat à la Prévention à créer, de collecter des datas via une visite obligatoire de chaque français (coût « unique » environ 3 Milliards d'euros via une visite au coût unitaire de 50 €), prise en charge à 100%, cofinancée par les régimes obligatoires et complémentaires (85%-15%), suffisamment longue pour lister 15 ou 20 points précis.

L'obligation serait remplie dès que le RO aurait reçu l'information du médecin.

Si elle n'est pas remplie, la sanction est à déterminer, mais l'idée d'un TM majoré, non pris en charge par l'AMC, fait son chemin à l'IPS.

Les datas collectés permettraient à l'évidence d'effectuer des opérations de dépistage et de prévention suffisamment ciblées pour être très efficaces. Au-delà de sauver des vies, ce sont des milliards d'euros qui seraient économisés dans les comptes publics tant certaines pathologies sont réputées très coûteuses pour la Sécurité Sociale.

L'IPS a rencontré les syndicats CSMF et MG France qui ne sont pas contre l'idée d'une loi de santé publique visant à remettre la prévention au cœur du système de soins via les médecins. Entre obligation immédiate, ou incitation puis obligation, ils sont partagés.

1/ majoration des recettes actuelles, avec pour principe une prise en charge du régime obligatoire (AMO) et du régime complémentaire (AMC) sur une clé de répartition identique à celle correspondant à leur prise en charge actuelle :

Compte tenu des recettes estimées de la branche maladie (source LFSS) et des recettes estimées de l'assurance maladie complémentaire (source Fond de financement CMU), le coût de 3 Mds €, avec une répartition 85/15, correspond à une majoration de leurs recettes de 1,4% pour l'AMO et de 1,24% pour l'AMC

2/ baisse des dépenses (prestations)

Les annexes à ce dossier permettent d'établir des bases de comparaison en termes d'économies possibles.

Un coût annuel de 3 Mds€ c'est par exemple :

- 9,2% d'économie sur les dépenses d'hôpitaux sur une seule année ou
- 9,65% d'économies sur les dépenses liées aux pathologies cardio-neurovasculaires et cancers également sur une seule année
- Etc...

Le récent **Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale (Cour des Comptes, Septembre 2015)** met en exergue plusieurs pathologies qui devraient être mieux détectées en s'appuyant davantage sur le réseau des médecins de proximité (par exemple les pathologies liées aux insuffisances rénales qui concernent plus de 70.000 français pris en charge pour un coût embarqué pour la collectivité d'environ 3,5 Mds€, page 366 du rapport).

Ces programmes d'économies, très simples à valoriser, sont bien entendu le fruit de la détection en amont des pathologies graves pour les patients et coûteuses pour la collectivité.

C'est le « ROE » de l'opération.

L'IPS peut chiffrer plus précisément les impacts liés à cette nouvelle charge, le présent dossier ayant pour objectif de sensibiliser et de montrer que de nombreuses pistes de financements et d'économies rendent réalisable la mise en application d'une telle mesure.

- Remettre le médecin généraliste au cœur du système de soin français
- Responsabiliser les assurés sociaux sur la nécessité d'entretenir leur capital humain en contrepartie de la solidarité financière de la collectivité
- Réhabiliter l'équilibre « droit et devoir » de chaque citoyen assuré social
- Respecter la confidentialité des informations médicales
- Pour la première fois en France, intégrer la notion d'obligation dans la prévention via pénalité financière (majoration du ticket modérateur)
- Permettre à la France de revenir après cette campagne au premier plan des pays modernes en matière de santé en prenant l'initiative d'une telle campagne nationale sur 65 millions d'individus
- Considérer les dépenses de prévention comme des dépenses d'investissement, avec un « return on equity » (ROE) chiffrable en objectif

Les pertes abyssales de la Sécurité Sociale ne sont pas une fatalité.

L'IPS propose une réforme claire, immédiate, courageuse, responsable, respectueuse des acteurs médicaux et financièrement impactante sur les comptes de la Nation.

2.3. ANNEXES



Une délégation de l'IPS a rencontré le CSMF et MG France représentant les 2 syndicats majoritaires des médecins généralistes (plus de 50% au total des 2 syndicats aux dernières élections d'octobre 2015) et des spécialistes non chirurgiens (plus de 40% pour le CSMF).

Les représentants de ces 2 instances voient très favorablement l'idée d'une Loi de Santé publique visant à remettre la prévention au cœur du système de soin français via les médecins.

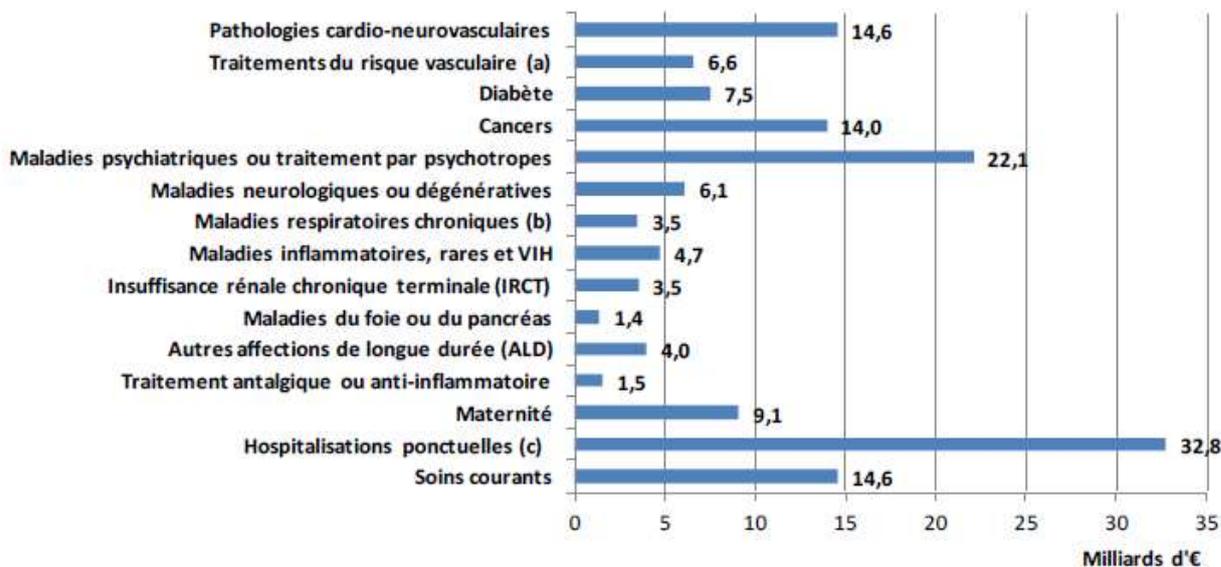
Si les modalités diffèrent selon le syndicat (seuls les médecins généralistes doivent être concernés pour MG France alors que les spécialistes doivent l'être aussi pour CSMF), un consensus se dégage pour créer un Comité scientifique chargé :

- De définir la cible
- De définir les modalités de la visite de prévention (durée, point à checker, tarif).

Sur la notion d'obligation, les deux syndicats pensent en effet que le temps est venu d'expliquer pédagogiquement et d'imposer la prévention, même si pour le CSMF il serait intéressant de phaser le processus (facultatif, puis incitatif puis obligatoire).

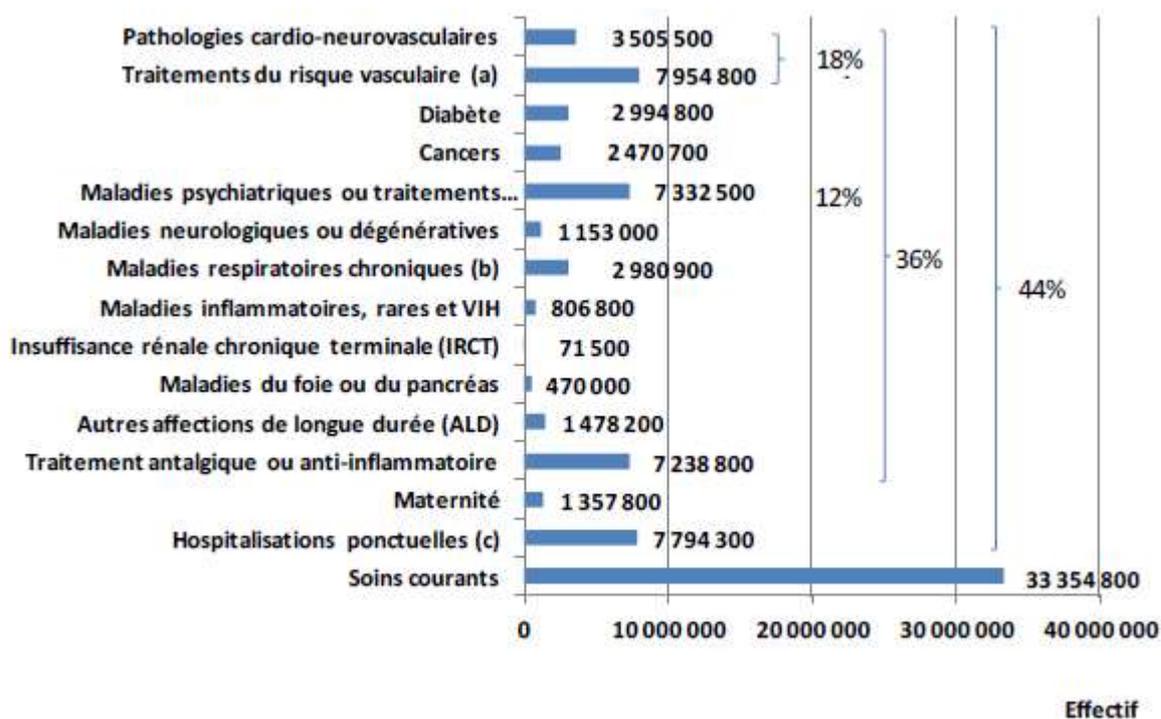
Pour les 2 syndicats, il conviendra de légiférer sur la collecte et l'exploitation des données médicales, donc d'intégrer la notion d'informatisation des Cabinets.

Les décideurs de ces 2 instances sont d'accord pour travailler le sujet avec l'IPS, voire pour l'accompagner dans le cadre d'échanges avec les politiques.



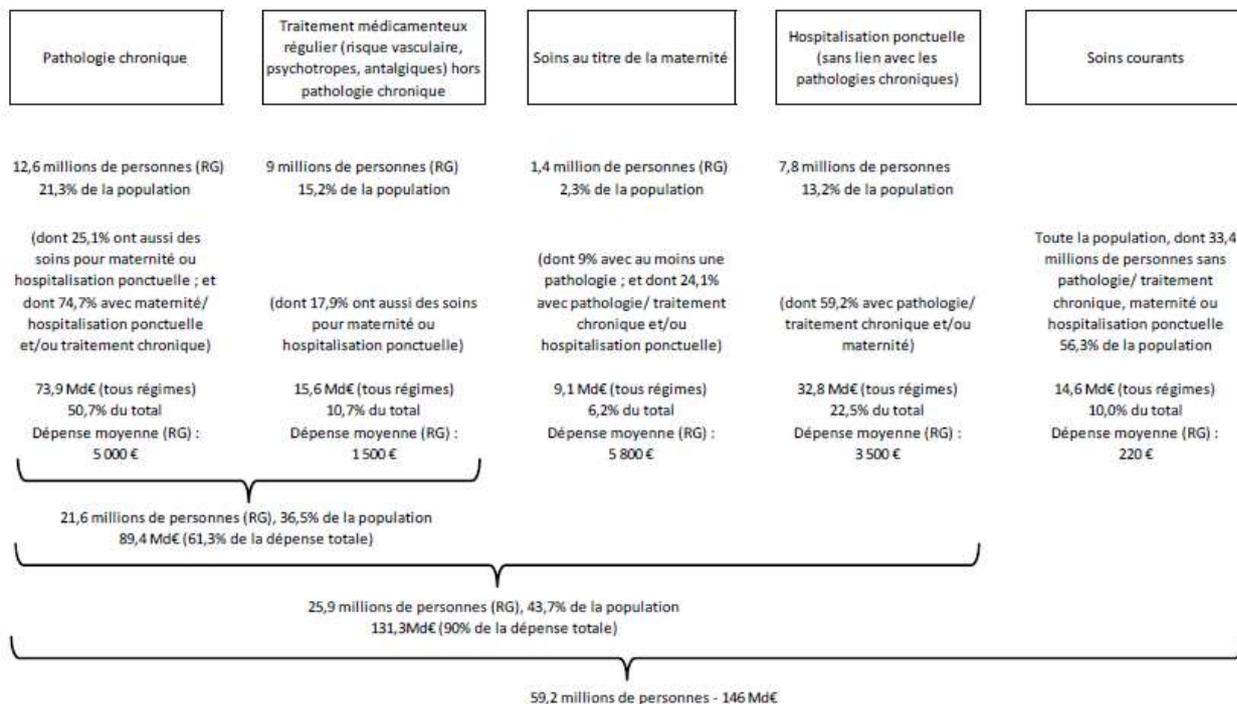
Répartition des dépenses en 2012 par groupes de pathologies et traitements

Source : CNAMTS, Analyse médicalisée de l'ONDAM, Rapport charges et produits pour 2015



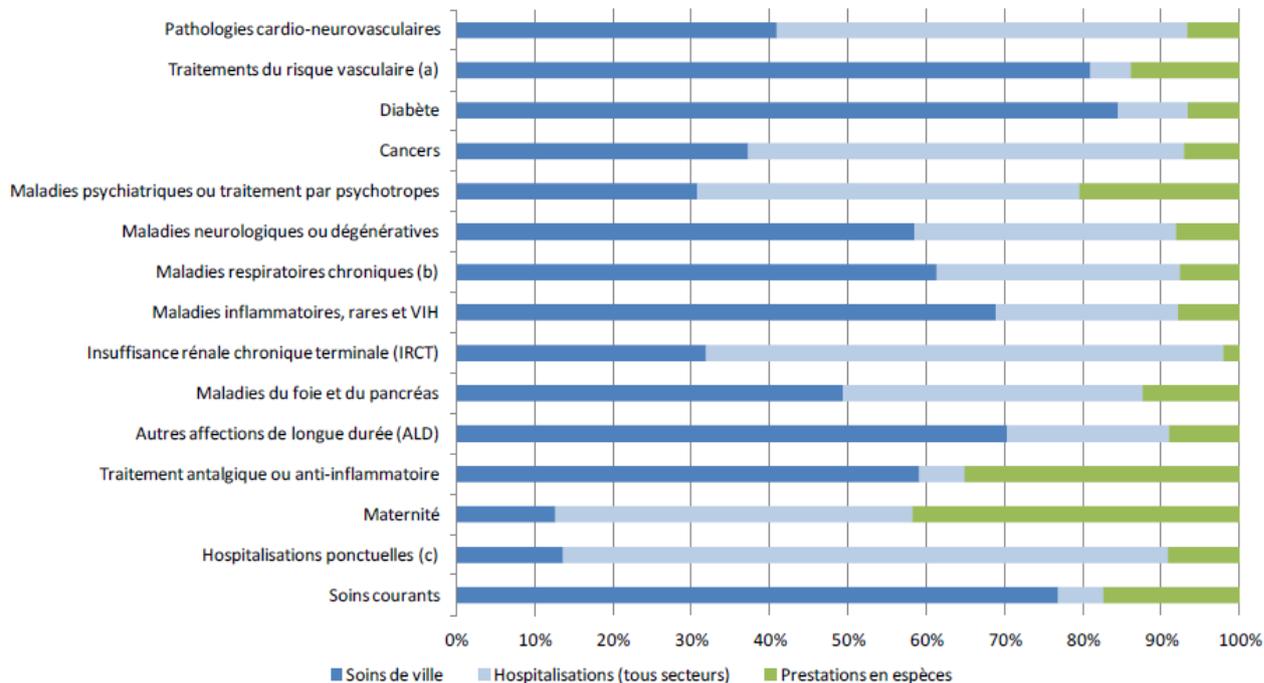
Effectifs de personnes prises en charge pour pathologies, traitements et évènements de santé en 2012 (régime général)

Source : CNAMTS, Analyse médicalisée de l'ONDAM, Rapport charges et produits pour 2015



Répartition de la population (régime général) et des dépenses en 2012

Source : CNAMTS



Dépenses 2012 – structure des dépenses pour les grandes catégories de pathologies, traitements & épisodes de soins

Source : CNAMTS, Analyse médicalisée de l'ONDAM, Rapport charges et produits pour 2015

Importance de la détection, quelles incitations aux Royaume Uni ?

<http://www.topsante.com/medecine/troubles-neurologiques/alzheimer/prevenir/au-royaume-uni-le-medecintouche-une-prime-quand-il-detecte-une-demence-72469>
23/10/2014

Au Royaume-Uni, le médecin touche une prime quand il détecte une démence (la maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune de démence -60 à 80% des cas).

Outre-manche, on n'hésite pas à agiter la carotte devant le nez des médecins pour les encourager à mieux dépister les démences. Les démences comme la maladie d'Alzheimer sont très mal diagnostiquées au Royaume-Uni. 850 000 personnes souffrent de "démence", mais seulement 45 % d'entre elles seraient réellement dépistées, selon le quotidien Daily mail. C'est pour remédier à cette situation "choquante" que le ministre de la Santé Jeremy Hunt a décidé de mettre en place ce système incitatif de prime à la démence. Avec cette méthode, discutable certes, le ministre souhaite augmenter le taux de diagnostic de deux tiers d'ici à mars 2015. Le service national de santé britannique (National health service, NHS) table sur 90 000 patients supplémentaires dépistés pour une démence à raison de 12 par médecin généraliste.

Ces 55 livres (70 euros) touchés à chaque diagnostic de démence peuvent, selon le souhait du médecin, être versé en plus du salaire ou bien être réinvesti dans les équipements médicaux.

Ces comptes d'apothicaire ne sont pas du goût de tout le monde. Certains craignent un surdiagnostic de la démence avec des risques d'erreurs. D'autres critiquent un système de prime onéreux et inefficace.

Une prime à la performance en France

En France, les médecins ne touchent pas de prime pour un diagnostic de démence. En revanche, ils peuvent toucher une prime à la performance en plus de leurs consultations quand ils remplissent des objectifs de santé (par exemple la vaccination des personnes âgées, mammographie des femmes de plus de 50 ans, prescription de médicaments anti cholestérol aux diabétiques à risque). En 2013, ce "bonus" annuel s'est élevé à 5 774 euros en moyenne pour les généralistes.

Cancer du sein

Le médecin traitant acteur du dépistage du cancer du sein

Chaque année, près de 49 000 cas de cancers du sein sont détectés et 11 900 femmes décèdent des suites de cette maladie. Pourtant, détecté à un stade précoce, le cancer du sein peut être guéri dans 9 cas sur 10. Le rôle d'information et d'orientation des médecins est essentiel pour favoriser la participation des femmes au dépistage en fonction de leur âge et de leur niveau de risque.

Un Français sur six est atteint d'une maladie chronique grave

http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/06/29/un-francais-sur-six-atteint-d-une-maladie-chroniquegrave_

Le Monde.fr avec AFP | 29.06.2011

Neuf millions de personnes, soit un assuré du régime général sur six, souffrent d'une maladie chronique grave comme le diabète, le cancer, l'hypertension ou la schizophrénie. Voilà les conclusions d'un rapport transmis aux administrateurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie, mercredi 29 juin 2011. Depuis 2009, le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques a augmenté d'environ 4 % (340 000 personnes de plus à la fin 2010 par rapport à l'année précédente), selon les mêmes sources. Et le taux de croissance oscille entre 3,5 % et 4,2 % par an depuis 2005.

DEUX TIERS DES DÉPENSES DE SANTÉ REMBOURSÉES

Pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale, ces patients représentent les deux tiers des dépenses de santé remboursées et environ 90 % de leur croissance.

Les patients en affection de longue durée (ALD) constituent 15,5 % de la population du régime général. Si la tendance se poursuit, on passera à 17 % en 2014, affirment encore *Les Echos*. Le diabète vient de prendre la première place des affections, avec 1,9 million de malades (+ 6,5 %) et un coût estimé à environ 10 milliards d'euros, passant devant les cancers (+ 3,7 %).

La maîtrise des ALD est donc essentielle pour équilibrer les comptes de la Sécurité sociale. Et les solutions n'ont pas encore été trouvées. "Un décret paru dimanche ferme l'accès au régime des ALD au titre de l'hypertension [uniquement pour les nouveaux malades], mais l'économie sera modeste [20 millions]. Quant à l'idée de ne plus rembourser tous les soins à 100 %, évoquée en 2008, elle a été enterrée", précise le quotidien économique.

Ces maladies qui coûtent le plus cher à la Sécurité Sociale

FIGARO.FR Publié le 23/10/2013 à 11:11

INFOGRAPHIE - Hospitalisations ponctuelles, comme la cataracte, mais aussi pathologies psychiatriques et diabète représentent les plus grosses dépenses de l'Assurance-maladie. Le cancer occupe une place moins importante.

Combien coûte le fléau du cancer? Et celui du diabète? C'est pour répondre à ces questions que l'Assurance-maladie a passé en revue ses immenses bases de données. «Il est utile pour nous de savoir à quoi servent les dépenses maladie, pour déterminer comment agir pour développer des stratégies de prévention», a expliqué mardi le directeur de la Caisse nationale de l'Assurance-maladie, Frédéric van Roekeghem, en présentant ces chiffres.

Il en ressort que, sur 146 milliards d'euros de dépenses totales d'Assurance-maladie, le premier budget concerne les hospitalisations ponctuelles, avec 29,9 milliards en 2011. Chirurgie de la cataracte, prothèses de hanche, endoscopies... «Ce sont ainsi 7,3 millions de personnes qui ont connu une hospitalisation ponctuelle sur l'année», précise l'Assurance-maladie. Les hôpitaux et cliniques privées ont totalisé 10,5 millions de séjours. Un chiffre en hausse de 2,4 %, tiré par la croissance du nombre de patients hospitalisés.

Toutefois, la Sécu relève surtout «le poids majeur des pathologies lourdes et chroniques dans les dépenses de santé, avec 92 milliards d'euros de remboursements en 2011, soit près des deux tiers des dépenses totales». Parmi elles, les maladies et les risques cardiovasculaires représentent plus de 30 milliards d'euros (voir infographie).

Les cancers représentent 10 % des dépenses

Vient ensuite la santé mentale, qui représente 22,6 milliards. L'Assurance-maladie comptabilise dans ce chiffre aussi bien les pathologies donnant lieu à une hospitalisation que la prise régulière de psychotropes. «Cette dépense est assez conforme avec les analyses internationales et montre que la santé mentale, même si elle n'entraîne pas une mortalité conséquente, occupe une place très importante dans le système de soins», analyse Dominique Polton, directrice de la stratégie à l'Assurance-maladie.

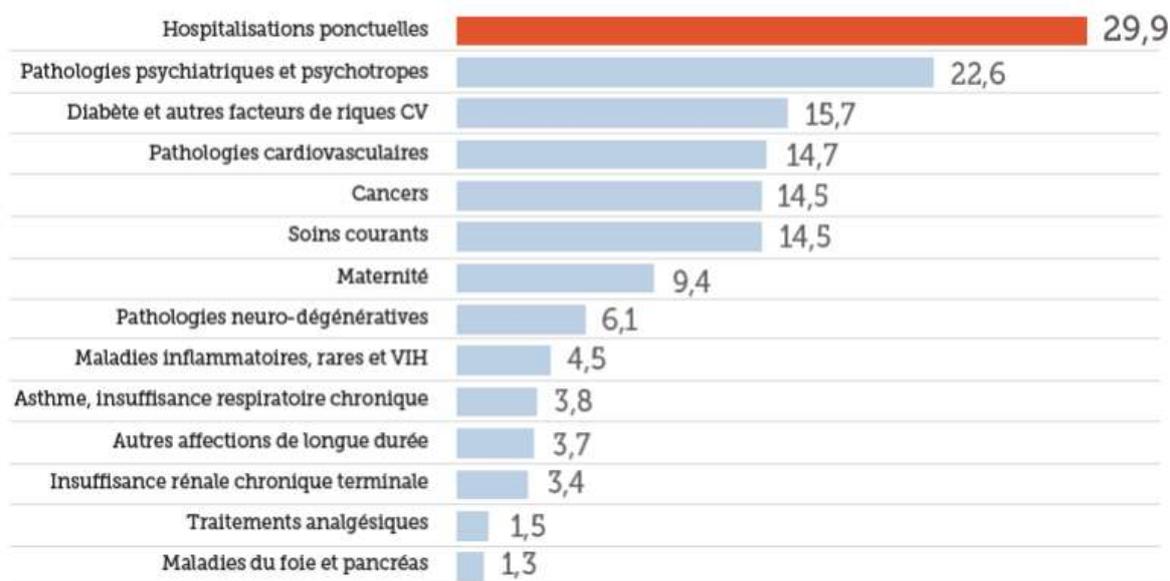
Quant aux cancers, ils représentent une dépense de 14,5 milliards d'euros, soit 10 % des dépenses globales. Les cancers du sein et du colon comptent pour respectivement 19 % et 10 % de ces dépenses, soit 2,7 et 1,5 milliards d'euros.

Globalement, 40 % des assurés sont concernés par une pathologie, et 60 % n'ont bénéficié que de remboursements de soins courants. «Ces chiffres montrent une grande concentration des dépenses: 60 % des assurés génèrent que 10 % des dépenses, analyse Frédéric van Roekeghem. Cela montre la très forte solidarité de notre Assurance-maladie.» À noter : ces statistiques ne prennent en compte que les dépenses de l'Assurance-maladie obligatoire. La part des soins remboursés par les complémentaires santé - environ 15 % des dépenses totales - n'est pas comptabilisée

Les hospitalisations, première dépense de santé de l'Assurance maladie

DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE PAR PATHOLOGIE, EN 2011

en milliards d'euros



Source : Assurance maladie

23/10/2013

LE FIGARO · fr