

MOTS CLÉS

Graph
Europe 2019
Turin
Italie
Système de santé



Graph

GRAPH EUROPE 2019

Le système de santé italien

Après Berlin (2014), Londres (2015), Stockholm (2017) et Copenhague (2018) ⁽¹⁾, la cinquième édition européenne du Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph) s'est tenue à Turin du 17 au 20 avril 2019, avec pour objectifs d'élargir les horizons hospitaliers français, de mener une réflexion autour de modèles applicables à nos établissements et de comparer nos outils. L'occasion – via des conférences données par les principaux acteurs italiens et des visites de terrain – d'analyser un système de santé qui, s'il présente des différences fondamentales avec le système français, est confronté à plusieurs défis, certains similaires, d'autres spécifiques.

La différence fondamentale entre nos deux systèmes de santé réside dans le mode de financement. Assis sur l'impôt, le système italien diffère du système français, inspiré de l'histoire bismarckienne et fondé sur les cotisations sociales.

Le système de santé italien est basé sur une couverture universelle gratuite et sur l'égalité d'accès au système de santé. L'article 32 de la Constitution de 1947 dispose que « *la République protège la santé en tant que droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité, et elle garantit des soins gratuits aux indigents* ».

« *En 1978, l'Italie passe d'un régime d'assurance mutualiste à un système de santé national garantissant une couverture universelle et financée par un impôt national, avec la mise en place du Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La réforme du SSN complétée par les décrets législatifs de 1992 et de 1999 provoque une importante restructuration des institutions sanitaires* ⁽²⁾. »

En matière de psychiatrie, la loi Basaglia, ou loi 180, de 1978, a imposé la fermeture des hôpitaux psychiatriques et leur remplacement par des services communautaires (cf. *infra*). Le ministère de la Santé italien établit les grandes lignes de la politique de santé. Le système de santé italien est décentralisé, régionalisé (figure 1).

La région pilote, régule et gère le système de santé dans toutes ses composantes (hôpitaux, cabinets de ville, centres de santé, etc.).

Certaines régions (Lombardie, Vénétie, Emilie Romagne) ont une autonomie plus forte, fruit d'un régionalisme différencié.

L'État finance les régions selon un algorithme comprenant la population, son âge, etc. Puis la région adopte une politique, qui peut varier, distribue ses financements à des agences sanitaires locales – *azienda sanitaria locale* (ASL) (encadré 1) dont le directeur général est nommé par la région. L'ASL est une sorte de GHT mais incluant toute l'hospitalisation, publique et privée, la médecine de ville et l'équivalent des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), avec une autorité hiérarchique sur toute l'offre. Les hôpitaux sont dans les ASL, sauf les hôpitaux universitaires (figure 2).

Défis majeurs et similarités avec le système français

Les principaux points de similarité sont la culture de la santé comme valeur fondamentale pour le bien de la nation, une offre de soins historiquement centrée sur les hôpitaux publics, ainsi qu'une pression financière croissante.

Gérard VINCENT
Président du Graph

Dr Michele CERUTI
Spécialiste en santé publique et médecine sociale, service d'information médicale
Centre hospitalier de Briançon

Bastien RIPERT
Directeur délégué du centre hospitalier de Briançon
Coordonnateur du Graph Europe

Alexis THOMAS
Secrétaire général du Graph



GRAPH

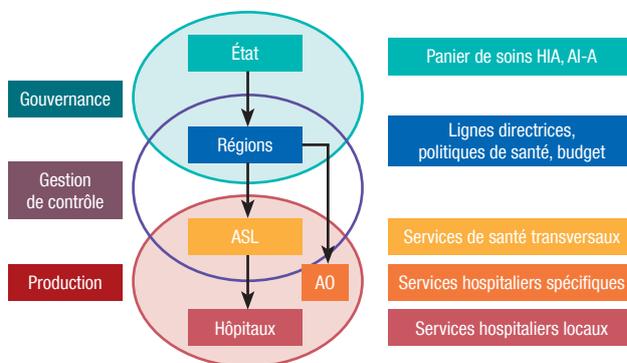
Une pression financière forte

La pression financière dérive de l'augmentation des coûts liés à la santé. L'introduction de technologies et de traitements innovants de plus en plus coûteux, nécessaires pour garantir une offre de qualité, a exigé des ressources supplémentaires. C'est pour éviter tout gaspillage que la méthodologie du Health Technology Assessment ⁽³⁾ a été mise en place en Italie, à l'échelle à la fois nationale et régionale, et dans chaque ASL.

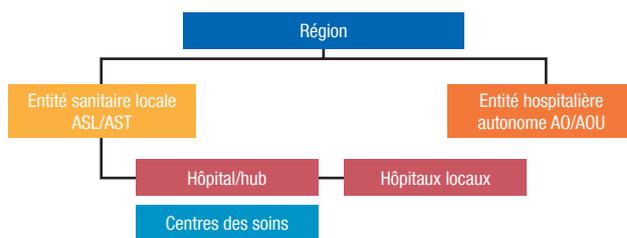
Une reconversion de l'offre

La reconversion de l'offre s'inscrit en Italie sur une histoire qui voit, dans la création du SSN et de ses unités territoriales (USL puis ASL), un atout pour la reconversion progressive de l'offre sanitaire. Ces unités avaient depuis le début la fonction de garantir les services de santé, en régulant les activités des hôpitaux locaux, des cabinets de médecins généralistes et spécialistes, ainsi que les fonctions d'inspection et d'accompagnement en santé publique, de façon à garantir une bonne santé et une bonne hygiène dans chaque territoire. La vague du *new public management* des années 90, qui voulait introduire l'indépendance du domaine de la santé par rapport au clientélisme politique local, couplée avec la crise des années 2000 qui ne pouvait plus permettre des dépenses croissantes trop peu régulées, l'offre des unités sanitaires a été progressivement réorganisée. Initialement fusionnées en unités géographiques plus vastes, puis converties en entreprises sanitaires, ces ASL ont intégré la gestion de leurs hôpitaux sous la responsabilité de leurs directions, en excluant le poids des communes et des administrations locales. Plus récemment, leur réorganisation en macro-ASL, qui disposent juridiquement d'une forte autorité et d'une responsabilité territoriale, a également permis la reconversion des hôpitaux locaux en établissements sanitaires de proximité qui intègrent des services de premier recours, des prestations d'imagerie, de laboratoire, et les services à domicile. En effet, selon les normes nationales, un seul hôpital « hub » est prévu pour chaque ASL. Seuls les établissements de santé les plus importants (AO) ainsi que les hôpitaux universitaires (AOU) ont continué à maintenir leur propre indépendance administrative et budgétaire.

» **FIGURE 1**
Une organisation en santé régionalisée

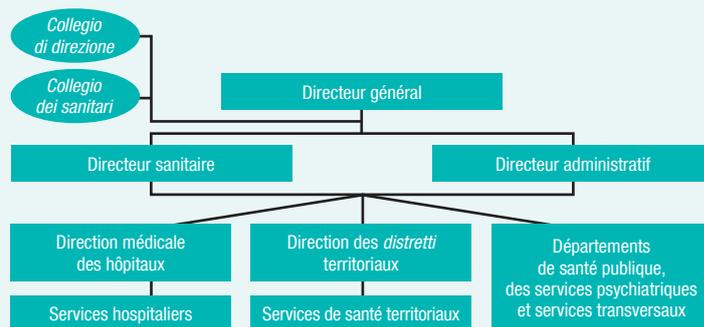


» **FIGURE 2**
Gouvernance régionale et place des hôpitaux



» **ENCADRÉ 1**
Compétences, statut et missions des agences sanitaires locales

- Conduite des actions de prévention et de santé publique, avec gestion et contrôle des données à visée épidémiologique.
- Hygiène publique et des aliments, autorisations.
- Régulation de l'offre sanitaire publique dans les hôpitaux, dans les « maisons de santé » et pour les cabinets médicaux publics et privés.
- Gestion des pharmacies publiques, de la conduction des contrats avec les prestataires privés.



Le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques

Le vieillissement de la population est particulièrement important en Italie, avec une sous-estimation et un retard par rapport aux autres pays de l'OCDE dans le renouvellement des politiques sociales (*welfare state*), en particulier celles pour le soutien financier et fiscal des familles. Les prévisions de la pyramide des âges sont particulièrement défavorables pour les années 2020-2030, où le poids social pèsera de façon importante sur les jeunes ménages. En effet, depuis 2015, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans a augmenté de 560 000, tandis que la population active a diminué dans les mêmes proportions⁽⁴⁾. Et la tendance ne devrait pas se résorber dans les années à venir. L'impact des pathologies chroniques n'est pas particulièrement prononcé ; toutefois, le service de santé italien n'y est actuellement pas suffisamment préparé pour y faire face, en termes à la fois de ressources humaines et financières. D'où la création dans l'agenda politique national de santé de mesures importantes, basées sur le *chronic care model*.

NOTES

(1) Y. Bubien, A. Thomas, « Le système de santé allemand », *Gestions hospitalières*, n°540, novembre 2014.

Idem, « Le système de santé anglais », *Gestions hospitalières*, n°552, janvier 2016.

Idem, « Le système de santé suédois », *Gestions hospitalières*, n°568, septembre 2017.

G. Vincent, A. Thomas, « Le système de santé danois », *Gestions hospitalières*, n°581, décembre 2018.

(2) www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-europe/italie.shtml

(3) https://www.who.int/medical_devices/assessment/en

(4) <https://fr.express.live/italie-veillissement-population/>

Des défis spécifiques

De fortes inégalités régionales nord/sud

La régionalisation italienne présente des points d'intérêts indéniables, en lien avec le processus de décentralisation de la gestion de l'organisation de la santé, confiée aux régions par l'État, assurant un rôle de stratège, de coordinateur et d'évaluateur. Les régions disposent de marges de manœuvre importantes pour déployer de manière opérationnelle et au plus près du « terrain » les réponses adaptées aux besoins de santé tenant compte du cadre imposé par l'État.

Ce modèle d'un système de santé s'appuyant fortement sur les régions présente néanmoins une préoccupation majeure : des disparités considérables entre les régions du nord et du sud de l'Italie, pour lesquelles l'État se trouve en difficulté d'harmoniser le niveau de prestation de soins et de qualité de prise en charge sur l'ensemble du territoire, remettant en cause le principe de solidarité propre à chaque système de santé. En témoigne un indicateur aussi symbolique que l'espérance de vie, proche de 85 ans si vous résidez à Milan et inférieur de plus de quatre ans si vous vivez à Naples.

Derrière ce constat d'inégalités entre systèmes de santé régionaux s'ajoutent trois problématiques adjacentes :

» les régions les plus riches (Lombardie, Vénétie) demandent plus d'autonomie à l'État pour améliorer encore et toujours « leur » système de santé, par exemple en prenant en main la gestion des ressources médicales encore centralisée ;

» les régions les plus pauvres connaissent des difficultés dans leur gestion et leur organisation, avec des « reprises en main » régulières par le pouvoir central, semblables aux administrations provisoires que nous connaissons en France ;

» certains patients font le choix d'aller se faire soigner dans les meilleurs systèmes de santé régionaux (en Lombardie notamment). Des flux de patients de régions pauvres vers des systèmes de santé régionaux plus riches se sont organisés. Ce « tourisme médical » au sein de l'Italie accentue les difficultés des régions pauvres, qui doivent contribuer pour les prises en charge de ces patients dans les régions riches.

Enfin, si, en France, l'organisation du système de santé demeure extrêmement centralisée, l'autonomie des établissements de santé semble donner une dynamique bien supérieure aux établissements de santé italiens fortement administrés par des régions bénéficiant de pouvoirs importants liés à la décentralisation. Le pouvoir d'initiative des hôpitaux français comme la capacité à porter des projets apparaissent sans commune mesure aux hôpitaux ou ASL italiens et sont à préserver.

Le défi des listes d'attente

Le système de santé italien connaît des engorgements importants dans la prise en charge des patients programmés, avec des délais d'attente très significatifs suivant les pathologies. Plusieurs raisons à cela : le système de santé public demeure essentiellement financé par dotation, n'incitant pas à l'activité, la démographie médicale est déclinante, réduisant partiellement l'offre de soins (départ de médecins à l'étranger ; départs en retraite massifs et difficultés d'anticipation) ; la médecine défensive (*cf. infra*) génère une perte de productivité

pour se préserver de contentieux lourds et déstabilisants ; le déséquilibre nord/sud accroît les difficultés avec des flux de patients du sud vers le nord, engorgeant encore plus les capacités d'absorption d'hôpitaux déjà en difficulté.

Face à ces engorgements, les patients n'ont parfois d'autre solution que de recourir aux établissements privés, avec des restes à charge importants ou frontaliers, à l'exemple de l'hôpital de Briançon (Hautes-Alpes). Les régions proposent également des solutions organisationnelles à travers les ASL, qui ont dans leurs objectifs l'amélioration des temps d'attente en ambulatoire notamment. L'ASL Torino 3 a pu par exemple réduire en un an les délais d'attente par l'ouverture de vacations le samedi, ce qui a permis la prise en charge de 3 800 actes supplémentaires en six mois. Néanmoins, cette réponse locale demeure insuffisante au niveau national. Le défi des listes d'attente demeure un sujet de préoccupation majeure en Italie.

L'enjeu de la médecine défensive : lorsque le risque l'emporte sur le soin

Le système de santé italien connaît une judiciarisation exponentielle de la responsabilité médicale. Ces dix dernières années, le nombre de plaintes concernant des erreurs médicales a augmenté de 184 %. Plus de 80 % des médecins ont reçu au moins une assignation à comparaître ou une demande d'indemnisation civile. Au moins un tiers des médecins font face à une procédure pénale pour conduite fautive, nécessitant bien souvent des investigations très longues bien qu'aboutissant à un acquittement dans 90 % des cas. Comment cela s'explique-t-il ? La pression des médias mais également la notion de marché du risque médical ont créé un système mettant sous pression les médecins dans l'exercice de leur art. Le marché de l'accident médical est devenu de manière très cynique un marché très lucratif.

Pendant longtemps, l'absence d'un cadre réglementaire a favorisé le succès de la judiciarisation du risque médical, avec une jurisprudence qui s'est progressivement imposée, à l'exemple de la responsabilité contractuelle du contact social. Enfin, le système est demeuré fragile par des périodes d'autoassurance ou de monopole d'assurance peu fiable. Les médecins sont également contraints de souscrire des assurances professionnelles très onéreuses, car un établissement public peut demander à un médecin responsable d'une faute lourde le remboursement de l'indemnisation versée à un patient.

Les médecins ne sont pas restés impassibles face à cette montée de la judiciarisation du risque médical. Ils se sont naturellement adaptés et protégés pour faire face, adoptant une médecine dite « défensive ». Chaque prise en charge ou acte médical s'accompagne de justifications toujours plus importantes dans l'hypothèse d'un contentieux. Essentiellement concentré dans les spécialités les plus à risques (urgences, orthopédie, chirurgie générale, obstétrique/gynécologie), les motivations de ces pratiques sont de tout faire pour rassurer un patient, améliorer la confiance autour de la prise en charge, créer un document juridique qui permette de tracer la recherche de preuve pour confirmer ou exclure un diagnostic.

Les impacts économiques de cette médecine défensive sont très importants pour le système de santé italien : autour de

TABLEAU 1
Systèmes de santé italien/français

	Italie	France
Population	60, 59 millions	66,99 millions
Superficie	301 336 km ²	643 801 km ²
Nbre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants	3,2	6,13
Croissance du PIB 2018	0,9 %	1,5 %
Part des dépenses de santé dans le PIB	8,5 %	11 %

13 milliards d'euros, soit 11,8 % des dépenses totales de santé (3,7 % médicaments, 2,4 % consultations de spécialistes non pertinentes, 3,2 % rééducation, 0,8 % examens de laboratoire, etc.), ou encore 0,75 point de PIB. Cette évaluation peut être complétée par une perte de productivité générant un allongement des délais d'attente.

Pour lutter contre cette situation difficile, le cadre réglementaire vient d'évoluer avec la loi Gelli de 2017, impliquant une obligation d'assurance pour les établissements, la volonté de réduire les contentieux médico-légaux, d'apporter de la sérénité dans l'exercice professionnel, d'augmenter la confiance des citoyens dans leur système de santé ou encore d'améliorer l'attractivité dans les spécialités sensibles. Les effets de cette évolution réglementaire attendue du monde professionnel de la santé devront être évalués dans le temps.

Des spécificités importables ?

Le système territorial intégré

L'organisation en ASL présente une force incroyable par rapport au système de santé français très cloisonné, car il réunit en une entité juridique unique l'hôpital et la ville dans le cadre d'un réseau de soins gradué, proposant une réponse forte aux enjeux de proximité et d'organisation des parcours de soin. L'hôpital se concentre sur les prises en charge aiguës des patients, incluant une déficience fonctionnelle significative ou une gestion d'activités programmables nécessitant un plateau technique complexe.

« Quelle que soit l'organisation de la gouvernance, les défis demeurent identiques. »

Le territoire gère l'ensemble des activités en lien avec l'éducation sanitaire, la médecine préventive, les diagnostics, le soin, la réhabilitation de premier niveau et les prises en charge urgentes. Il garantit la continuité des soins à la fois pour les patients sortant de l'hôpital dans le cadre d'une prise en charge dite « post-aiguë » et pour la gestion des maladies chroniques. Il regroupe de nombreuses structures permettant une réponse aux besoins de santé reposant sur le modèle de soin intégré et la recherche d'une prise en charge globale au sens de la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La médecine proposée dans ce système est une médecine d'initiative, intégrant également la dimension sociale du patient. L'organisation du réseau territorial s'organise autour de modèles pluriels, notamment :

» une médecine de groupe pour les médecins généralistes s'associant dans des cabinets, avec pour objectifs de fournir les soins de proximité, de gérer les maladies chroniques, d'orienter le patient si nécessaire vers une prise en charge de second niveau (spécialistes, hôpital) ; des vacations de spécialistes peuvent se tenir dans le cabinet. D'autres métiers paramédicaux sont généralement présents dans le cabinet ;

» les maisons de santé (*casa della salute*) : structures essentielles qui réunissent dans un lieu unique l'ensemble des professionnels (médecin généraliste, spécialiste, assistant social, infirmier gestionnaire du parcours du patient [*case manager*]) pour organiser au mieux les parcours de soins autour de la prévention, de la promotion de la santé, des maladies chroniques, de l'intégration des problématiques sociales, des dispositifs d'accompagnement de la

fragilité... Les maisons de santé disposent aussi d'un plateau technique (dont des lits d'hospitalisation), très souvent relié à l'hôpital voisin par télé-médecine, à l'exemple de transmission d'électrocardiogramme ou de mammographies interprétées à distance. Elles permettent une prise en charge de premier niveau, y compris en urgence pour éviter le recours à l'hôpital lorsque cela n'est pas nécessaire, en amont comme en aval (sortie précoce après la phase aiguë d'une prise en charge à l'hôpital). Les médecins généralistes constituent la force vive du fonctionnement de cette structure et les différents cabinets de médecine générale se relaient pour assurer la continuité des soins. Des spécialistes viennent y consulter en ambulatoire et des paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...) proposent des prises en charge à la journée qui peuvent avoir lieu au domicile du patient. Enfin, le système d'information est commun entre maisons de santé, hôpitaux et cabinets de ville car intégrés dans la même ASL.

L'infirmier gestionnaire du parcours du patient (*case manager*) joue un rôle fondamental d'organisation de ce parcours décidé par l'équipe pluriprofessionnelle de la maison de santé. Il est important de noter que le système de santé italien présente une dimension santé publique très forte et la place de la prévention y est plus importante qu'en France. Les dépenses liées à la mission de la prévention sont de l'ordre de 5% des dépenses totales consacrées à la santé.

Enfin, l'installation des médecins est régulée, permettant l'emploi des ressources médicales si précieuses au meilleur lieu pour répondre aux besoins de santé. Ainsi, des postes sont ouverts par la région en fonction des besoins diagnostiqués, et les médecins candidatent ensuite à l'ASL de rattachement du poste. Historiquement, le nombre de médecins formés en Italie était important et cette régulation de l'offre a permis de ne pas connaître de désert médical comme on peut l'apprécier en France. De plus, un véritable système d'engorgement s'est créé au début des années 2010, suscitant de nombreux départs à l'étranger de médecins italiens. Aujourd'hui, la situation s'est quelque peu inversée, avec de nombreux départs en retraite en prévision et un nombre de médecins formés inférieur aux projections des besoins, créant des tensions en termes de démographie médicale, notamment sur certaines spécialités.

La psychiatrie, 40 ans après la loi Basaglia

L'Italie présente une histoire exceptionnelle dans le domaine de la prise en charge en santé mentale avec la loi Basaglia de 1978, ou « loi 180 », une expérimentation à très grande échelle de la désinstitutionnalisation, qui aura marqué l'histoire de la psychiatrie non seulement italienne, mais mondiale.

Cette loi a entraîné la fermeture de tous les hôpitaux psychiatriques et « libéré » quasiment du jour au lendemain plus de 100 000 malades. Les hôpitaux psychiatriques ont ainsi été progressivement remplacés par toute une gamme de services communautaires décentralisés et sectorisés de prévention, de traitement et de réadaptation des malades atteints de pathologies mentales. Les services psychiatriques ont tous été intégrés à l'intérieur des hôpitaux généraux,

avec un nombre limité de lits (division par quatre du nombre de lits, durée moyenne de séjour environ de 12 jours).

Le secteur est organisé au niveau d'un département de santé mentale dans chaque ASL, qui construit la réponse aux besoins de santé sur la base de l'offre de soins suivante : unité d'hospitalisation en psychiatrie générale - SPDC (1 lit/10 000 habitants) ; hôpital de jour (1/150 000 habitants), centres communautaires de santé mentale (1/10 000 habitants), résidences services (2 lits/10 000 habitants), ratio de personnel toutes catégories confondues (1/1 500 habitants). Un bilan très positif de la réforme a pu être proposé près de 40 ans après l'application de la loi Basaglia, avec des marqueurs forts de la désinstitutionnalisation toujours aussi présents : un nombre de lits, des soins sous contrainte et une DMS très faibles, de nombreuses structures en dehors de l'hôpital et pivots de la prise en charge des patients, un travail territorial reposant sur le parcours des patients, des indicateurs de performances sur de nombreux indicateurs de santé mentale favorables, à l'exemple du taux de suicide très inférieur en Italie (6,3/100 000 habitants pour 10 lits/100 000 habitants) par rapport à la France (14,4/100 000 habitants pour 88 lits/100 000 habitants). Si l'éternelle confrontation entre judiciarisation et soin demeure, la loi Basaglia constitue la fondation d'une psychiatrie moderne et ouverte tournée vers la meilleure prise en charge des patients.

Le directeur sanitaire

La gouvernance des établissements de santé italiens, comme des ASL, présente la particularité de reposer sur une « triade » autour d'un directeur général, nommé par la région, d'un directeur administratif et d'un directeur sanitaire, tous deux nommés par le directeur général.

Intégré dans la ligne hiérarchique, le directeur sanitaire, que l'on appellerait en France « directeur médical », dispose d'un rôle hybride d'organisation nécessitant des compétences stratégiques et opérationnelles. Il soutient le directeur général dans la conception de la stratégie, par une responsabilité de chefferie de projet, s'appuyant sur l'innovation et le management médico-économique. Il est le connecteur entre la direction stratégique (direction générale) et la direction opérationnelle. Il est le directeur de la production des services de santé et pilote les missions stratégiques à haute valeur ajoutée comme le management de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion des processus cliniques, la politique de l'hygiène, les enjeux de certification, la gestion des contentieux ou encore la réduction des délais d'attente ou la pertinence des prescriptions. Il conduit les réorganisations internes. Il a autorité sur le personnel médical, coordonne à cet effet la gouvernance médicale (chefs de service notamment) et élabore la gestion prévisionnelle emplois et compétences ou encore la politique de bien-être au travail.

Il n'existe pas de commission médicale d'établissement (CME) et donc d'élection de représentants médicaux intégrant la gouvernance d'un établissement comme en France. Le corps médical est placé sous l'autorité du directeur général et du directeur sanitaire (généralement un médecin de

santé publique) qui veille sur la permanence médicale et sur les aspects disciplinaires.

Le directeur sanitaire contribue également à l'élaboration du plan d'investissement, notamment biomédical. Enfin, il a un rôle important de gestion de l'environnement externe (usagers, société civile, industriels).

Au-delà de l'intérêt porté à cette organisation de la gouvernance des institutions sanitaires italiennes, un directeur général d'une grande ASL, a partagé cette conclusion sur les enjeux de la gouvernance. Pour lui, quelle que soit l'organisation de la gouvernance, les défis demeurent identiques : une entreprise humaine portant la vision d'un hôpital modernisé, intégrant les contraintes économiques (maladies chroniques, vieillissement, nouveaux médicaments, nouvelle technologie, soutenabilité du système), organisationnelles (démographie médicale, parcours de soin, nouveaux modes de prise en charge) et sociales. ●

LE GRAPH

Fondé en 1974 par six CHU (Clermont-Ferrand, Montpellier, Reims, Rennes, Rouen et Saint-Etienne), le Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph) réunit à ce jour, dans le cadre de la loi de 1901 sur les associations, les établissements publics de santé adhérents et les personnalités du monde de la santé associées à ses activités à titre personnel. Le Graph est un groupe de directeurs d'hôpital qui réunit médecins, philosophes, industriels, économistes... pour faire avancer la réflexion sur les grands sujets de santé et de société.

Ses objectifs

- Créer un nouvel espace de réflexion et de recherche en dehors des schémas traditionnels et du protocole figé
- Faire évoluer le management et apporter des solutions innovantes aux grandes problématiques de santé
- Promouvoir la réflexion et la recherche en matière de gestion hospitalière
- Développer la recherche et anticiper les évolutions continues des organisations hospitalières
- Faire émerger de nouveaux talents
- Susciter les contacts et échanges d'expériences, en France et à l'étranger, dans une démarche de benchmark.

Le Graph organise trois séminaires par an : Alpes, Méditerranée et Europe (Berlin en 2014, Londres en 2015, Stockholm en 2017, Copenhague en 2018, Turin en 2019, Barcelone en 2020, Rotterdam en 2021).

Président : Gérard Vincent

Site Internet : www.le-graph.com - Twitter : @le_Graph