

CAISSE D'ASSURANCE
VIEILLESSE INVALIDITE
ET MALADIE
DES CULTES



cavimac

Recommandations

**Pour une habilitation CAVIMAC d'un
secteur dédié FSI
[Forfait Soins Infirmiers]**

Sommaire

I. Le FSI

- 1.1. Définition
- 1.2. Support juridique
- 1.3. Objectifs
- 1.4. Procédures d'habilitation
- 1.5. Modalités d'attribution de la prestation FSI
- 1.6. Dépenses couvertes par le FSI
- 1.7. Contrôle et suivi exercé par la CAVIMAC
- 1.8. Modalités d'interprétation des recommandations
- 1.9. Point particulier concernant un secteur FRC en EHPAD

II. Recommandations concernant les locaux, les équipements et l'organisation du secteur habilité CAVIMAC

- 2.1. Situation du secteur FSI
- 2.2. Description du secteur FSI
- 2.3. Sécurité
- 2.4. Organisation et prise en charge des soins



I. FSI Généralités

1.1. Définition

Le Forfait Soins Infirmiers [FSI] a été créé le 1^{er} décembre 1983 pour la prise en charge des soins dispensés dans les structures de vie habilitées par la CAVIMAC.

Le FSI a été mis en place dans les communautés et collectivités religieuses et diocèses, en tant qu'alternative à l'hospitalisation, par analogie avec les services rendus par un service de soins infirmiers à domicile [SSIAD] pour les personnes âgées, et dès que l'état du malade nécessite des soins, notamment des soins infirmiers ou d'hygiène générale, des concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie et éventuellement d'autres soins et services relevant d'auxiliaires médicaux ou d'autres personnels.

- Si le malade présente un état pathologique ou une dépendance physique ou psychique attesté médicalement, il s'agit du forfait soins médical [FSM].
- Si le malade présente, à la suite d'une intervention chirurgicale, d'une hospitalisation, d'une maladie grave ou d'un traumatisme important, un état physiologique, physique ou psychique nécessitant une convalescence, il s'agit du forfait repos convalescence [FRC].

1.2. Support juridique

Pour la CAVIMAC, le FSI est une prestation maladie spécifique, obligatoire, inscrite au règlement intérieur des prestations.

1.3. Objectifs

Le FSI est mis en œuvre dans le but :

- d'éviter l'hospitalisation des assurés, lors des phases aiguës ou chroniques d'une affection, dès lors que celles-ci peuvent être prises en charge dans un secteur dédié de la structure de vie habilitée de la communauté, sans qu'il y ait perte de chance,
- de faciliter le retour à domicile des assurés après une hospitalisation,
- de maintenir un lien social fort et préservé entre le patient et la communauté.

1.4. Procédures d'habilitation CAVIMAC

Pour pouvoir bénéficier du FSI, les secteurs dédiés des communautés ou collectivités religieuses affiliées à la CAVIMAC, doivent préalablement obtenir une habilitation de la CAVIMAC.

L'instruction des demandes d'habilitation CAVIMAC, des secteurs dédiés FSI est effectuée par le service médical de la CAVIMAC.

Pour toute première demande, une visite sur place pourra être faite par le Médecin Conseil de la CAVIMAC. Celui-ci effectuera l'instruction technique qui s'appuie sur les recommandations décrites ci-après.

Une commission composée d'administrateurs CAVIMAC, au vu du dossier d'instruction, décide de l'habilitation du secteur dédié FSI.

1.5. Modalités d'attribution de la prestation FSI

La prise en charge en FSI est subordonnée à un accord préalable du Médecin Conseil de la CAVIMAC.

Les responsables du secteur dédié FSI, adressent au Médecin Conseil une demande de prise en charge établie par le médecin traitant au plus tard à l'entrée du patient. L'accord de la CAVIMAC est notifié au responsable du secteur dédié, au vu de l'avis du Médecin Conseil.

Les assurés relevant du régime particulier peuvent bénéficier du FSI (considéré comme alternative à l'hospitalisation).

1.6. Dépenses couvertes par le FSI

Les soins sont pris en charge par la CAVIMAC sous la forme d'un forfait journalier, dont le montant est revalorisé dans les mêmes conditions que le barème arrêté au niveau national pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Le forfait versé par la CAVIMAC couvre exclusivement les dépenses afférentes :

- aux soins infirmiers, quel que soit le statut des intervenants ;
- à la fourniture du petit matériel médical nécessaire aux soins ;
- aux interventions des aides-soignantes.

Ce FSI (FSM et FRC) est exclusif de toute autre prise en charge de soins infirmiers ou de forfait soins versé par l'assurance maladie (SSIAD, HAD, forfait soins versé aux établissements EHPA, EHPAD, PUV).

1.7. Contrôle et suivi exercé par la CAVIMAC

Le service médical de la CAVIMAC assure le suivi et le contrôle du secteur dédié au FSI.

Le responsable du secteur dédié est tenu de maintenir à jour un registre médical pour tous les patients pris en charge dans le secteur dédié, et de répondre à une enquête annuelle. (Tout changement, dans l'organisation (personnels notamment), la prise en charge et les locaux doit être signalé lors de cette enquête annuelle).

A tout moment, une visite des locaux peut avoir lieu à l'initiative du Médecin Conseil de la CAVIMAC et/ou de la commission. Cette visite pourra, si nécessaire, donner lieu à un réexamen de l'habilitation au FSI.

1.8. Modalités d'interprétation des recommandations

Les recommandations précisées dans le chapitre II suivant, décrivant les locaux, les équipements et l'organisation permettant à une personne âgée et/ou malade d'être prise en charge dans les meilleures conditions possibles au sein de sa communauté avec le FSI, sans perte de chance, sont issues des textes et recommandations applicables aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, et des référentiels pragmatiques du service du contrôle médical de la CAVIMAC.

Ces éléments ne sont pas exhaustifs, ni opposables mais constituent une bonne base de travail pour réhabiliter, mettre à niveau et/ou construire un secteur FSI dédié dans une structure de vie en vue d'une habilitation CAVIMAC.

Ces recommandations devront être utilisées, dans le cadre de la procédure d'habilitation CAVIMAC, comme un guide de référence et en aucun cas comme des critères normatifs nécessaires et opposables. En effet, les secteurs FSI dédiés ne sont pas des établissements médico-sociaux, mais font partie des locaux communautaires que l'on peut considérer comme des domiciles communs.

Ils devront être pris en compte au sein d'une analyse globale, effectuée par le service du contrôle médical de la CAVIMAC, des besoins démographiques des communautés et/ou collectivités religieuses, de l'organisation et de la prise en charge des secteurs dédiés FSI. Bien entendu, l'utilisation de ces recommandations devra tenir compte du type de communauté, sous-entendant leur faisabilité technique, et de la taille du secteur dédié FSI.

Par exemple, il est évident que la situation n'est pas la même dans un bâtiment ancien avec des contraintes de construction importante, que dans un bâtiment plus récent.

D'autres critères que les locaux et l'organisation du secteur FSI dédié devront être pris en compte au moment de la procédure d'habilitation CAVIMAC :

- le FSI est un forfait soins faisant partie intégrante du projet de vie naturel au sein de la structure de vie, considéré comme domicile commun. Il participe, autant que possible, au sein de la communauté [famille], au maintien des personnes âgées et/ou malades dans leur cadre de vie,
- il fait partie intégrante des processus de solidarité, d'entraide et de partage des tâches de la vie quotidienne au sein de la structure de vie,
- en aucun cas, ce secteur ne peut être comparé à un établissement médico-social [EHPAD, PUV], dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont précisées par des textes réglementaires,
- pour ne pas se voir imposer par les tutelles [Conseils Généraux, Agence Régionale de Santé, Préfet] la transformation en établissements médico-sociaux, dont l'environnement est beaucoup plus contraignant, le secteur devra être de taille bien moindre que ceux-ci (d'une manière générale < 25 lits).

Dans la même logique, la dépendance des personnes ne devra pas être trop importante et devra être compatible avec la prise en charge dans le cadre d'un domicile, ici commun (GMP < 300 et moins de 10% de GIR 1, 2 ¹),

- le FSI est parfaitement adapté à la prise en charge d'une communauté de dépendance moyenne,
- le FSI n'est pas la seule possibilité de prise en charge, et il est complémentaire des autres moyens de prise en charge des personnes âgées, à domicile [Hospitalisation à Domicile (HAD), SSIAD, APA individuelle, interventions d'infirmières libérales, ...], en établissement [Petite Unité de Vie (PUV)], Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Ces moyens complémentaires devront être utilisés autant que de besoin, en respectant les règles de facturations décrites dans le paragraphe 1.6. En cas de dépendance importante, un accord avec un ou plusieurs EHPAD inter congrégations devra être recherché.

1.9. Point particulier concernant un secteur FRC en EHPAD

Suite à la réforme de la nouvelle tarification des établissements médico-sociaux mise en œuvre par la réglementation du 26 avril 1999, les établissements signataires d'une convention tripartite ne peuvent plus prétendre au FSI versé par la CAVIMAC pour les résidents habituels de l'établissement. En effet, il n'est pas possible de cumuler deux forfaits de soins pour le même malade.

Toutefois, l'habilitation pour un secteur « repos convalescence » pourra être accordée sous certaines conditions, notamment en tenant compte de la nature des locaux et de dérogations éventuelles.

Les principaux critères d'habilitation aidant au maintien d'un secteur dédié repos convalescence sont les suivants :

- ce secteur repos convalescence doit être indépendant de l'EHPAD et différent des lits temporaires,
- le nombre de lits doit être limité aux besoins et ne doit pas être supérieur à 5 lits,
- les conditions de sécurité minimales doivent être respectées : l'appel dans la chambre doit être obligatoire et centralisé [un téléphone individuel n'est pas suffisant],
- la surface de la chambre ne doit pas être inférieure à 16m², avec sanitaire,
- le personnel soignant doit être spécifique à ce secteur et indépendant du personnel soignant de l'EHPAD, exception faite pour la nuit et le week-end (dans ce cas, l'accord de l'EHPAD devra être requis),
- le recours à du personnel soignant libéral selon les besoins doit être possible en cas de nécessité,

¹ Dans le cas contraire, l'avis de la Commission de Sécurité est requis et la structure de vie devra être conforme aux normes ERP Type J.

- un responsable du secteur dédié sera à désigner,
- des lieux de vie doivent être présents,
- l'accessibilité par un ascenseur est souhaitée si le secteur se trouve en étage,
- le sanitaire individuel [douche et WC] est souhaité.

Aménagement

II. Recommandations concernant les locaux, les équipements et l'organisation du secteur habilité CAVIMAC

Les recommandations d'aménagement du secteur dédié FSI devront s'adapter en fonction de l'architecture du bâtiment. Il n'y a donc pas là de facture architecturale type mais chaque projet devra répondre aux spécificités locales.

2.1. Situation du secteur FSI

Celui-ci devra être spécifique, situé dans une zone contiguë. Dans certains cas où d'autres chambres de la « structure de vie » possèdent un équipement spécifique personnes handicapées, un secteur non contigu pourra faire l'objet d'une habilitation au sein des bâtiments communautaires. Une entrée spécifique de l'extérieur, pour permettre l'accès du ou des personnels, sera appréciée.

L'accès aux pièces de vie communautaires devra être aisé [chapelle, oratoire, bibliothèque, salle à manger, salon, ...].

2.2. Description du secteur FSI

2.2.1. L'entrée principale

Quand elle existe, elle devra être de plain-pied avec les espaces extérieurs pour permettre le passage d'un fauteuil roulant et d'un brancard.

Une aire de dépose située à proximité de l'entrée principale, de préférence protégée des intempéries, et permettant la dépose des personnes dépendantes ou malades sera appréciée, en cas de faisabilité.

2.2.2. Description des chambres

▶ espace

Une chambre individuelle sera préconisée.

La conception de l'espace privatif s'apparente à celle d'un logement, afin de conforter l'identité et la sociabilité du résident. Elle comprend, le plus souvent, un espace repos et séjour, ainsi qu'un cabinet de toilette.

Pour les constructions neuves et les réhabilitations importantes, la surface des chambres recommandée est de 18 à 22m², avec sanitaire.

Pour les autres situations, la surface recommandée est de 16 à 20m² avec sanitaire.

▶ accessibilité

La porte d'entrée de la chambre, aura une largeur de 90cm à 1m10 pour permettre, si possible, le passage d'un lit et/ou d'un fauteuil roulant. Le battant s'ouvrira vers l'intérieur. Une condamnation totale ou partielle de la porte est souhaitable. Elle devra de préférence pouvoir en soi être ouverte de l'extérieur.

Pour faciliter la surveillance, il est souhaitable que l'on puisse apercevoir la personne, juste en ouvrant la porte d'entrée.

▶ équipements

La chambre ne devra pas être surchargée en mobilier.

Un mobilier permettant à la personne résidente de ranger ses affaires personnelles [placard, penderie...], et qui sera nécessaire à son activité et à la vie quotidienne [bureau, table de travail, fauteuil de repos...], devra être prévu et compatible avec les déplacements du résident et l'accès au lit pour les soins.

En cas de problème de motricité, un lit médicalisé serait apprécié. Une sonorisation des événements importants de la vie communautaire [offices, réunions, festivités...] est aussi un élément souhaitable, participant au maintien de l'intégration du résident au sein de la communauté.

▶ espace de la chambre

Il doit être dimensionné pour accueillir un lit médicalisé et permettre le déplacement du résident en fauteuil roulant. L'existence d'une aire de rotation [cercle d'1m50 de diamètre], et d'un espace de 90 cm de chaque côté du lit et en pied de lit, est souhaitable.

La hauteur de l'allège des fenêtres doit permettre aux personnes assises ou alitées de jour, de visualiser l'environnement extérieur [60 cm recommandés].

Il est souhaitable que les baies, notamment celles situées au Sud et à l'Ouest, comportent un dispositif de protection solaire.

L'occultation complète de la chambre doit être possible, pour permettre le sommeil. Une automatisation sera appréciée.

► la salle d'eau

L'espace sanitaire individuel est préférable à un espace commun.

Quand elle existe, la salle d'eau de la chambre doit être adaptée à l'accès et à la manœuvre en fauteuil roulant [aire de rotation d'1m50 de diamètre].

La porte d'accès doit présenter une largeur d'au moins 90 cm.

Le battant de la porte doit s'ouvrir à l'extérieur de la salle d'eau, pour faciliter l'intervention du personnel, en cas de malaise d'un résident.

L'existence d'un battant de porte coulissante serait appréciée.

La salle d'eau idéale est équipée d'un lavabo avec miroir, d'une cuvette de WC et d'une douche, se répartissant autour de l'aire de rotation.

Certains équipements sont recommandés :

- le revêtement de sol doit être résistant à l'eau, antidérapant et étanche avec une pente légère vers le siphon de sol,
- le lavabo doit être adapté à l'accès des personnes en fauteuil roulant [hauteur de 80 cm]. Il peut éventuellement être remplacé par une vasque encastrée dans un plan de travail ;
- le miroir doit être surbaissé [au maximum 10 cm au-dessus du plan du lavabo],
- le mobilier doit permettre de recevoir les effets personnels du résident, accessibles depuis un fauteuil roulant,
- la douche doit comporter un bac de réception et un siphon intégré dans le sol et ne présenter aucun seuil. Elle peut être équipée d'une robinetterie avec inverseur douche fixe/douche flexible, et de type mitigeur ou mieux thermostatique. Des barres d'appui à une hauteur comprise entre 90 et 120 cm sont nécessaires pour faciliter l'usage autonome de la douche,
- des sièges de douche peuvent être prévus [siège rabattable spécifique ou siège de jardin en matière plastique...],
- la cuvette de WC de préférence suspendue pour faciliter le nettoyage du sol. La hauteur de la cuvette, lunette rabattante comprise, doit être surélevée et se situer entre 0,46 et 0,50m de hauteur, pour permettre aux personnes âgées de se relever plus aisément. Des barres de soutien [fixes ou relevables, situées à 75 cm de hauteur] faciliteront l'accès à la cuvette, par transfert latéral ou frontal en utilisant la zone de rotation.

2.2.3. Description des espaces collectifs

► la salle de soins

Une salle de soins, de préférence située en position centrale de la zone dédiée FSI, est recommandée. Celle-ci comportera idéalement :

- une zone « propre » de préparation des soins paramédicaux, équipée d'un chariot de soins et d'un espace de stockage des médicaments sous clef et des nécessaires à pansements, avec inventaire des périmés régulièrement contrôlés,
- une zone « salle » de nettoyage avec point d'eau et paillasse,
- un espace bureau réservé à la partie administrative où se trouvent notamment les dossiers médicaux et paramédicaux.

Dans la mesure du possible, il est souhaitable d'installer le tableau central d'appels malades dans ce local.

La salle de soins ainsi que les armoires contenant les médicaments et les dossiers médicaux doivent obligatoirement fermer à clef.

▶ la salle de bains collective

Celle-ci n'est pas obligatoire, si chaque chambre est équipée de salle d'eau spécifique, comme décrit ci-dessus.

En cas d'absence de sanitaires individuels, elle est nécessaire et devra correspondre aux recommandations suivantes :

- la superficie totale doit être de l'ordre de 20m², si elle comprend baignoire, douche, WC, lavabo,
- elle doit être idéalement adaptée à l'accès et à la manœuvre des personnes en fauteuil roulant, à la circulation des appareils de transfert et à l'intervention du personnel,
- son équipement est du même type que celui d'une salle d'eau individuelle,
- la baignoire, quand elle existe, doit être soit médicalisée, soit standard, équipée d'un système de transfert.

▶ les sanitaires collectifs

En cas d'absence de sanitaires dans les salles d'eau équipant les chambres, un espace collectif avec plusieurs sanitaires doit être mis à disposition des résidents. Ces locaux doivent respecter les recommandations ci-après :

- intégrer une aire de rotation d'1m50 de diamètre pour permettre aux fauteuils roulants de manœuvrer,
- l'équipement et l'installation doivent être du même type que pour les WC installés dans les salles d'eau individuelles.

▶ autres locaux

D'autres locaux ne sont pas obligatoires, mais seraient appréciés :

- un bureau pour l'infirmière,
- un bureau pour le médecin et/ou le kinésithérapeute,
- un local pour le rangement du matériel médical,
- une chambre réservée à la personne de garde la nuit.

► espace de vie communautaire

L'existence d'espaces de vie communautaire constitue l'un des points forts de la structure de vie habilitée. Ceux-ci sont constitués notamment d'une salle à manger, d'un salon, d'une chapelle et/ou d'un ou plusieurs oratoires, voire d'autres espaces [bibliothèque, salle de repos, salle de communauté...].

Ceux-ci pourront être soit spécifiques pour les résidents de l'espace FSI dédié, soit communs à toute la communauté.

Dans tous les cas, ils doivent être facilement accessibles aux personnes présentant des problèmes de dépendance ou à mobilité réduite.

2.2.4. Circulation horizontale et verticale

Les espaces de circulation, qu'ils soient horizontaux ([hall, couloir,...] ou verticaux [escalier, ascenseur,...], doivent garantir une bonne accessibilité pour des personnes présentant une dépendance et/ou une mobilité réduite, à l'ensemble des lieux, extérieurs comme intérieurs que peuvent utiliser les résidents.

Cela concerne aussi l'accès aux lieux de culte [accès direct, tribune,...].

Les sols doivent être faciles d'entretien, et antidérapants.

► circulation horizontale

Les circulations doivent si possible tenir compte des recommandations suivantes :

- être équipées de mains courantes, sur un ou deux côtés. Celles-ci doivent être détachées du mur et placées à une hauteur de 90 cm,
- avoir une largeur comprise entre 1m20 et 1m40,
- tous les déplacements des résidents à l'intérieur de la structure de vie doivent être de plain-pied,
- s'il existe une pente, celle-ci ne doit pas excéder 5%,
- lorsqu'il existe une porte, celle-ci doit avoir une largeur entre 0,90 cm et 1m10, sauf les portes d'accès aux locaux techniques qui peuvent avoir une largeur moindre,
- dans la mesure du possible, il y a lieu d'éviter les ressauts et les marches si celles-ci existent. En cas d'existence, elles devront être comblées ou atténuées.

► circulation verticale

Celles-ci sont composées par des escaliers intérieurs, des ascenseurs, ou des appareils élévateurs.

Bien entendu, ces recommandations ne s'appliquent pas si le secteur est situé au rez-de-chaussée.

Recommandations concernant les ascenseurs ou élévateurs

- De préférence équipés de portes coulissantes, les boutons sensibles doivent se trouver à environ 80 à 85 cm du sol, de manière à être accessibles aux personnes en fauteuil roulant.
- Le bouton d'alarme devra être distinct et facilement repérable.
- Ils doivent permettre l'accès d'un fauteuil roulant. Pour cela, la cabine intérieure doit avoir une dimension d'au moins 1 mètre de largeur et 1m30 de profondeur.
- Ils doivent être régulièrement doux et précis.
- Idéalement, ils doivent pouvoir accueillir un brancard.

Recommandations concernant les escaliers

- Ils doivent avoir des volées droites de préférence.
- Ils doivent être équipés de mains courantes de chaque côté [à hauteur maximale de 80 cm].
- La dimension optimale recommandée des marches est de 14 cm de haut et 34 cm de large [hauteur maximale 16 cm et largeur minimale du giron 28 cm].
- La largeur minimale de l'escalier est de 1m20. Les nez de marche sont à éviter.

Sécurité

2.3. La Sécurité

Il est recommandé :

- que les chambres et les salles d'eau individuelles soient équipées d'un système d'appel relié dans les circulations et aux emplacements de travail et de garde du personnel [point lumineux dans le couloir, appel sonore dans la salle de soins, la salle de garde...]. Ce système d'appel malade peut être filaire ou sans fil, sous forme de bip ou de médaillon,

- que les murs des chambres et salles d'eau soient équipées de prises électriques fixées à 0,90 cm du sol, afin d'éviter au personnel de se baisser,
- que les interrupteurs et commandes électriques des chambres, salles d'eau et circulation soient positionnés à 80/85 cm du sol,
- que les commandes d'éclairage des chambres, salles d'eau et circulation soient situées à proximité directe de la porte du logement, du lit et du fauteuil pour éviter tout cheminement sans lumière,
- que l'éclairage, soit de luminosité suffisante, de qualité constante, sans zone d'ombre et, bien orienté pour éviter tout éblouissement,
- que les poignées des fenêtres des chambres, salles d'eau, soient placées à une hauteur de 90 à 120 cm et être facilement préhensibles, les boutons ronds sont à proscrire,
- une condamnation partielle ou totale des fenêtres,
- d'installer des extincteurs régulièrement contrôlés dans les parties communes,
- de prévoir l'évacuation en cas d'urgence des personnes les plus handicapées (rampe d'accès, plan d'évacuation, consigne en cas d'incendie, ...).

Les secteurs habilités par la CAVIMAC pour le FSI devront sur le plan sécurité incendie se rapprocher des services de la Mairie ou prendre l'avis d'un bureau de contrôle pour connaître la catégorie dans laquelle ils sont classés (soit habilitation collective, soit ERP) et se mettre en conformité.

Dans les zones géographiques pouvant être concernées par une période caniculaire, il y a lieu de prévoir une pièce rafraîchie [moins de 25 degrés].

Les soins

2.4. Organisation et prise en charge des soins

- Une surveillance constante du secteur dédié FSI est nécessaire.
- Une personne référente devra être désignée, responsable du secteur FSI. Celle-ci sera chargée d'organiser et de mettre en œuvre la continuité des soins.
- Les soins techniques devront être pris en charge sur prescription médicale par des infirmières diplômées d'Etat, qu'elles soient libérales, communautaires ou salariées.

- Le nursing et l'aide à la vie doivent être pris en charge par des aides soignants, auxiliaires de vie ou Auxiliaires Médico-Psychologiques [AMP], salariés ou communautaires.
- La quantification du personnel [horaire et nombre d'intervenants] est raisonnablement proportionnelle à la structure de vie habilitée, appréciée par le médecin conseil lors de l'habilitation initiale où chaque année après l'enquête annuelle.
- La nuit et les week-ends, il est nécessaire qu'une personne de garde soit présente et joignable au niveau du secteur dédié FSI.
- En cas de recours à du personnel communautaire, dans le cadre de la solidarité mutuelle, il faudra tenir compte de l'âge, éviter la surcharge de travail et prévoir un ou des remplacements en cas de besoin.
- Les copies des diplômes devront être fournies lors de la demande initiale d'habilitation ou lors de tout changement de personnel.

CAISSE D'ASSURANCE
VIEILLESSE INVALIDITE
ET MALADIE
DES CULTES



cavimac

