

**A Besançon, le centre hospitalo-universitaire est au bord de la faillite
Les administrateurs, en rejetant le budget 2004, ont ouvert une crise "salutaire"
Besançon de notre correspondant
Le Monde, 20 avril 2004**

Lorsqu'il a constaté, début 2004, que le report de charges total du CHU Jean-Minjoz de Besançon (Doubs) atteignait 15 millions d'euros et qu'à l'issue de l'exercice il culminerait à 21 millions, le maire (PS) de la capitale franc-comtoise, Jean-Louis Fousseret, a jugé qu'il *"était temps de mettre fin à la dérive"*. Sur sa proposition, le 17 février, le conseil d'administration de l'établissement qu'il préside a donc émis un avis négatif unanime sur le budget primitif 2004 de 295 millions d'euros notifié par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), ouvrant ainsi une crise qualifiée de *"salutaire"* par les acteurs sanitaires concernés. *"Il fallait en sortir, commente-t-il en l'attente d'un rapport de la chambre régionale des comptes annoncé en juin. Le CHU de Besançon est classé parmi les meilleurs de France. Or, malgré une gestion très rigoureuse, son déficit est tel que les emplois et le nombre de lits sont menacés."*

M. Fousseret pense que le CHU est *"victime d'une véritable discrimination"* puisque *"les hôpitaux parisiens bénéficient, à activité équivalente, de budgets supérieurs de 20 % au nôtre"*. Il considère que, derrière la demande de rallonge budgétaire adressée à deux reprises déjà au ministre de la santé, sans succès à ce jour, *"c'est d'une question de justice et d'égalité entre les territoires et les malades"* qu'il s'agit.

Avec 3 977 salariés dont 606 médecins, l'établissement reçoit des patients de toute la Franche-Comté. *"A ce stade, le bricolage n'est pas de mise"*, s'insurge le maire. Il a pourtant fallu y recourir. Afin de compenser un retard cumulé estimé par le Collectif de sauvegarde et de soutien du CHU à 152 millions d'euros depuis 1995, ni les impôts ni la taxe sur les salaires des exercices écoulés n'ont été payés. Cette astuce a permis de ponctionner en trois ans 12 millions d'euros sur les dépenses de personnel pour financer les postes médicaux et pharmaceutiques.

"En résumé, on a fait de la cavalerie !", avoue M. Fousseret, qui craint que, faute d'argent, *"des équipes de recherche performantes ne soient tentées d'aller travailler ailleurs"*. Le diagnostic du professeur Philippe Humbert, président de la commission médicale d'établissement, n'est pas plus optimiste. *"En reportant les dépenses de l'année en cours sur l'exercice suivant, le budget paraissait équilibré"*, explique-t-il. *"A l'époque du budget global, nous avons déjà une dotation faible et nous nous sommes développés sur cette base sans que les moyens suivent. Seulement, qu'un malade cancéreux soit à Besançon ou à Nice, il a droit aux mêmes molécules et innovations thérapeutiques coûteuses."*

"Chacun s'est habitué à ce que ce CHU produise des actes au prix le plus faible, que ses médecins travaillent de 60 à 70 heures par semaine contre 48 heures ailleurs", poursuit-il. Cela ne peut plus durer. Comme nous refusons de restreindre les médicaments et les soins, il est devenu difficile de tenir les réglementations. *"Il y a moins de personnel autour du patient, le temps de formation des étudiants est sacrifié, certains locaux et blocs opératoires sont dans un état lamentable."*

Le directeur de l'ARH, Patrice Blémont, tente d'atténuer la noirceur du tableau. *"Les perspectives du CHU ne sont pas si mauvaises"*, tempère-t-il. *"Certains nous assurent que la situation est grave, moi je la considère seulement comme préoccupante sur le court terme, améliorable sur le moyen terme et réglable sur le long terme."* Le passage à la tarification à l'activité, à partir du 1er juillet, selon M. Blémont, *"permettra un retour progressif à la normale"*.

Ce que contestent ses interlocuteurs, en soulignant qu'il ne représentera que 10 % du budget en 2004, une hausse de surcroît amputée par la disparition simultanée d'enveloppes ciblées et par l'augmentation des charges de personnel. *"Le collectif oublie aussi de rappeler que la remontée de Saint-Jacques -l'ancien hôpital situé en centre-ville- sur le CHU va coûter 130 millions d'euros"*

et que le gouvernement va la financer dans le cadre du plan Hôpital 2007. En termes de locaux, cela se traduira par une amélioration", ajoute le directeur de l'ARH.

"Qu'on en soit réduit à utiliser ce programme, qui n'est pas conçu dans ce but, pour corriger une anomalie et financer une opération prévue de longue date mais sous-évaluée en dit long sur le retard à combler", réplique M. Humbert, pour qui la future tarification n'aura d'effet à Besançon *"que si l'Etat prend ses responsabilités et remet auparavant les compteurs à zéro".*

Jean-Pierre Tenoux

Près de 300 chefs de service ont déjà signé la pétition Le Monde, 20 avril 2004

Qui sont les 286 premiers signataires de l'appel à l'opinion du Comité national de défense de l'hôpital (CNDH) pour que l'on ne *"détruisse pas le système de santé français"* ? Des praticiens parfois connus, mais pas des têtes d'affiches, venus de toute la France.

On relève notamment, parmi les signataires : Pr Marie-Claude Aumont, chef du service de cardiologie (hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris), Pr André Barret, chef du service de chirurgie générale et vasculaire (CHU Purpan, Toulouse), Pr Philippe Beaufils, chef du service de cardiologie (hôpital Lariboisière, Paris), Pr Jean-François Bergmann, service de médecine interne (hôpital Lariboisière, Paris), Pr Eliane Gluckmann, chef du service de greffes de moelle osseuse (hôpital Saint-Louis, Paris), Pr Michel Goudemand, chef du service de psychiatrie, (CHU de Lille), Pr Alain Lortat-Jacob, chef du service de chirurgie orthopédique, (hôpital Ambroise-Paré, Boulogne), Dr Patrick Werner, responsable du service des urgences (hôpital Beaujon, Paris).

"Le sigle CNDH réunit depuis près d'une dizaine d'années des médecins de diverses spécialités travaillant dans de nombreux établissements hospitaliers, explique le docteur Jean-Louis Chabernaud, spécialiste de néonatalogie (hôpital Antoine-Béclère, Clamart), l'un des responsables de cette association avec le docteur François Paraire (laboratoire d'anatomie pathologique, hôpital Raymond-Poincaré, Garches). Nous ne sommes pas tous d'accord sur le type d'actions à mener mais nous sommes tous en phase sur un point : les professionnels de santé se doivent de réagir avec force devant l'évolution de la situation du système qui se caractérise par une réduction de l'offre de soins et la dégradation des conditions de travail."

La décision de lancer un appel solennel a été prise au terme d'une série de débats et devrait être suivie d'autres initiatives. *"A dire vrai, nous œuvrons de manière quelque peu artisanale et nous sommes un peu dépassés par l'écho que nous rencontrons,* reconnaît M. Chabernot. *Le nombre des signatures augmente rapidement. Nous nous situons un peu dans la dynamique créée par le mouvement de révolte des chercheurs."*

En appelant, sans plus de précision, au *"rassemblement"*, la Coordination, à l'inverse du mouvement des chercheurs, ne réclame cependant aucune revendication spécifique. *"Plusieurs parmi nous étaient partisans d'avoir recours, comme l'ont fait les chercheurs, à la menace de la démission, confie M. Chabernot. Nous irons peut-être dans ce sens, tout en ayant conscience des limites d'une telle démarche. Nous savons aussi que le corps médical hospitalier n'est guère enclin aux manifestations et que la grève des soins n'est pas une arme aisée à manier. Pour l'heure, nous avons jugé préférable d'en appeler à l'opinion en postulant que nous serons entendus."*

Sur le fond, une telle démarche témoigne du décalage entre nombre de praticiens hospitaliers et les responsables des syndicats ou des sociétés savantes qui les représentent. De nombreux signataires de l'appel sont, par exemple, adhérents de syndicats qui ont accepté une partie du plan de réforme Hôpital 2007 dans lequel le CNDH voit le début de la privatisation du système de santé.

Alain Coulomb, directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : "La nostalgie d'un passé idéalisé est un cul-de-sac"
Le Monde, 20 avril 2004

Quelle analyse faites-vous de l'appel lancé par le mouvement de la coordination nationale de défense de l'hôpital ?

L'erreur serait de ne pas entendre cette plainte, ce symptôme qui dit la souffrance des professionnels de santé qui adhèrent à ce mouvement. L'erreur serait aussi de sous-estimer ce phénomène, de nier ce qui résulte d'une crise d'identité de l'institution hospitalière. Pour autant, il ne s'agit pas d'adhérer à une analyse qui est, sinon fautive, du moins critiquable. Nous disposons en effet depuis peu d'éléments objectifs qui permettent d'enrichir le débat et d'en finir avec un certain nombre de clichés.

Quels sont ces éléments ?

Ils résultent du travail mené par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), que je préside depuis dix-huit mois. Cette agence, créée en 1996, a notamment pour mission d'évaluer la qualité du système de distribution des soins hospitaliers. Nous évaluons et accréditons 700 établissements par an. Contrairement aux lieux communs, la crise dont souffrent les établissements hospitaliers ne trouve pas son origine dans un conflit entre public et privé, entre les structures riches et les plus démunies, entre les grandes et les petites ou entre celles qui prennent en charge des affections aiguës et celles qui s'occupent de psychiatrie ou de maladies au long cours. On pourrait imaginer que la situation est meilleure dans telle région, ou qu'il vaut mieux travailler dans un centre hospitalo-universitaire. Ce n'est pas le cas.

Des leçons peuvent-elles être tirées de vos observations ?

Nous avons identifié un groupe d'établissements de santé publics et privés qui, au regard de l'évaluation de la qualité des soins dispensés, se situe dans un peloton de tête. Leur caractéristique commune est qu'ils bénéficient d'un management - et particulièrement d'un management médical - qui permet de faire vivre ensemble des professions différentes et des logiques parfois contradictoires. Osons une métaphore physique : dans ces établissements, l'énergie déployée produit davantage de partage que d'échauffements. Avec les mêmes contraintes juridiques et financières, certains parviennent à faire mieux. On y trouve une forme de paix sociale, de dynamique de groupe soignant et d'adaptation au changement.

Il existe certes une crise générale de l'hôpital, mais elle n'est pas gérée et subie par tous et partout. La désespérance n'est pas fatale, et les moyens de réagir ne s'expriment pas seulement en millions d'euros.

Pour autant, contestez-vous les difficultés des soignants ?

Ces abcès existent et on aurait tort de les ignorer. Je suis toutefois persuadé que les difficultés sont plus grandes dans les établissements offrant des soins de moindre qualité ou mal organisés. J'ajoute que les turbulences du monde hospitalier ne peuvent être comprises sans regarder les changements de notre époque.

Lesquels ?

Les malades changent, les maladies dont ils souffrent changent, ceux qui soignent changent et les techniques diagnostiques et thérapeutiques ne cessent d'évoluer. Tous ces bouleversements sont rapides et brutaux. L'hôpital souffre de n'avoir pas su anticiper. Les malades hospitalisés sont à la fois plus exigeants et mieux informés. Notre système hospitalier a été bâti sur la prise en charge des soins aigus alors que nous commençons à devoir prendre en charge majoritairement les pathologies chroniques, notamment en raison du vieillissement de la population. Tout cela bouleverse les relations médecin-malade, les approches thérapeutiques, l'articulation entre l'hôpital et la médecine de ville.

Cette dernière vit d'ailleurs une crise au moins aussi profonde que l'hôpital. Ajoutons que les professionnels de santé ont des revendications sur le temps de travail, les loisirs et les rapports

hiérarchiques, similaires au reste de la société. On pourrait regretter que la pratique de la médecine perde une partie du caractère sacré qu'elle a pu avoir par le passé, mais c'est ainsi.

Quels remèdes prônez-vous ?

On peut entendre la plainte des membres de la Coordination nationale de défense de l'hôpital, mais on ne peut pas laisser dire n'importe quoi. La réduction, ces vingt dernières années, du nombre de lits est la réponse institutionnelle à la réduction de la durée des séjours d'hospitalisation. Le projet Hôpital 2007 n'est en rien un début de privatisation de l'hôpital public. Je reconnais que le prochain mode de tarification rapporté à l'activité médicale peut induire des effets pervers que nous devons prévenir via une meilleure évaluation des conséquences de cette réforme.

Mais comment pourrions-nous nous opposer à un système qui lie les allocations de ressources à l'activité médicale effective ? Tous les pays occidentaux ont accepté ce système. Sortir de la crise ne peut passer que par le développement d'une démarche de qualité et d'un soutien aux réseaux de soins qui émergent en France mais sont insuffisamment organisés. C'est le seul fil rouge qui réunira les usagers, les professionnels de santé et les payeurs. La nostalgie d'un passé idéalisé est un cul-de-sac. J'espère que ceux qui semblent enfermés dans une revendication rigide, une crispation stérile et dans une forme d'immobilisme ne seront pas, sur le fond, allergiques à une telle analyse.

Propos recueillis par J.-Y. N.

Après les chercheurs, les médecins de l'hôpital en appellent à l'opinion *Le Monde*, 20 avril 2004

Près de 300 chefs de service et professeurs de médecine lancent, dans le Monde, un appel pour défendre le SERVICE PUBLIC de la santé, à l'image du mouvement des chercheurs. "Notre système de soins, hier encore considéré comme un des meilleurs du monde, est en train d'être détruit", s'alarment les signataires, venus de toute la France, du COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE DE L'HÔPITAL (CNDH). Ils s'inquiètent du manque d'internes, d'infirmières, d'urgentistes et de moyens à l'hôpital. Même s'il faut entendre "LA SOUFFRANCE DES PROFESSIONNELS de santé", Alain Coulomb, directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé conteste "cette crispation stérile". Le CNDH s'interroge sur les suites à donner au mouvement et reconnaît fonctionner de "FAÇON ARTISANALE".

Après la révolte sans précédent des chercheurs, les médecins hospitaliers vont-ils ouvrir un nouveau front social avec le gouvernement ? A l'initiative du Comité national de défense de l'hôpital (CNDH), des centaines de chefs de service et de professeurs de médecine - 286 lundi 19 avril, en fin de matinée - lancent, dans *Le Monde*, un appel alarmant intitulé "*Défendons notre service public*". Ces praticiens exerçant dans des établissements de soins répartis sur tout le territoire (la liste des signataires peut être consultée sur www.lemonde.fr) s'adressent non pas au gouvernement, mais directement aux Français.

"Ce qui est en jeu se situe au-delà des opinions des uns et des autres : il s'agit de votre santé(...), préviennent-ils d'emblée. Cette initiative est, en effet, née en marge des syndicats (nombreux dans le secteur) et des sociétés savantes. Comme la pétition des chercheurs, qui avait suscité l'adhésion de l'ensemble des sciences "dures" ou "humaines", l'appel du CNDH réunit des médecins de toutes les disciplines et de toutes les structures hospitalières, des plus prestigieuses, comme les centres hospitaliers et universitaires, aux plus modestes.

Ce n'est pas le premier avertissement des praticiens hospitaliers, mais c'est la première fois qu'ils en appellent ainsi à l'opinion. En novembre 2003, 244 professeurs et chefs de service de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) avaient écrit à Jean-François Mattei et Luc Ferry, alors ministres de la santé et de l'éducation nationale, pour les avertir de "*la gravité de la*

situation", notamment la pénurie de personnel médical et paramédical. Ce courrier était resté lettre morte. Une semaine plus tard, 1 155 chefs de service et médecins de Paris et de province lançaient un nouvel SOS - à Jacques Chirac, cette fois (*Le Monde* du 2 mars) - pour attirer son attention sur *"la gravité de la situation dans les hôpitaux publics"*.

Aujourd'hui, les signataires de ce nouvel appel posent le même diagnostic : *"Nos hôpitaux, qui pratiquaient une médecine de très haut niveau, sont en train d'être disloqués. Notre système de soins, hier encore considéré comme un des meilleurs du monde, est en train d'être détruit."* Sans revendications aussi précises que celles des chercheurs (respect des engagements budgétaires de l'Etat, recrutement de jeunes dans les laboratoires publics), les médecins signataires de l'appel ne peuvent faire autrement que de dresser la liste des abcès du système hospitalier.

Le manque d'effectifs

Les problèmes sont nés de la politique du *numerus clausus* (instauré au début des années 1970) limitant de manière drastique le nombre des étudiants pouvant poursuivre leurs études de médecine à l'issue de la première année. L'hôpital, plus encore que la médecine libérale, souffre des conséquences de cette politique et ce d'autant plus qu'à la réduction du nombre des médecins, s'est ajoutée une modification de la pratique de l'internat et du clinicat.

Les effectifs de ces médecins en formation ont baissé de 45 % en dix ans, bouleversant l'activité des services, modifiant la répartition des tâches et réduisant la qualité des soins et de la formation des futurs spécialistes. Le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin a relevé le *numerus clausus*. En deux ans, 900 postes nouveaux ont été créés : en 2004, 5 600 étudiants pourront poursuivre leur formation au-delà de la première année. Mais les études médicales durant de huit à douze ans, les effets de cette mesure ne se feront pas sentir avant plusieurs années.

La difficile application des 35 heures

C'est l'une des principales causes des difficultés rencontrées au quotidien dans l'organisation des soins. Cette réduction du temps travail, décidée sans préparation par le gouvernement Jospin, n'a pas été compensée par une augmentation du nombre d'infirmières. Ses effets ont été d'autant plus dommageables qu'elle se conjuguait à un phénomène de départ à la retraite et coïncidait avec les conséquences de la baisse des quotas d'entrée dans les instituts de formation aux soins infirmiers, décidée en 1997. La situation est devenue ingérable en période de crise, comme lors des épidémies hivernales de bronchiolite ou de la canicule d'août 2003. Le gouvernement estime aujourd'hui que l'augmentation du quota annuel d'entrée dans les écoles d'infirmières - porté à 30 000 - permettra de régler les difficultés. Le CNDH estime, lui, que la capacité d'accueil des écoles est de 26 346 postes pour près de 107 000 candidats.

Les urgences sous tension

L'introduction des 35 heures a particulièrement déstabilisé les services d'urgence, déjà aux prises avec de nombreuses difficultés : demandes croissantes (et pas toujours justifiées), stagnation des effectifs et des moyens. Or, le gouvernement n'a toujours pas apporté de réponse à ces difficultés, régulièrement dénoncées par l'Association des médecins urgentistes hospitaliers de France, y compris dans le plan Hôpital 2007.

La contestation du plan Hôpital 2007

Le CNDH dénonce la plupart des mesures réunies dans ce projet de *"modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale"*. Outre la rénovation du parc hospitalier, il prévoit la tarification à l'activité, des regroupements de services en pôles d'activité (centrés autour d'une maladie par exemple) et la nomination des chefs de service par le directeur et la commission médicale d'établissement (et non plus le ministre). Toutefois, lors de ces rencontres avec les syndicats dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie, Philippe Douste-Blazy, le ministre de la santé, n'a pas exclu de le modifier sur certains points.

L'hôpital absent de la réforme de l'assurance-maladie.

Le gouvernement n'a pas intégré l'hôpital (près de 40 % des dépenses remboursées) dans la réforme de l'assurance-maladie qui doit être bouclée en juillet. Même si la "Sécu" perd 1 milliard d'euros par mois, le débat n'est plus exclusivement financier. Plus personne ne croit, en effet, à une réduction des dépenses hospitalières : elles sont appelées à croître en raison du vieillissement de la population, des nouvelles techniques médicales et des exigences de "consommateurs" de soins qui voient moins les hôpitaux comme une source de dépenses que comme un bien collectif à défendre.

Les médecins s'interrogent sur le sens de leur mission. La loi sur les 35 heures a été "*l'élément catalyseur*", résume un ancien directeur de CHU. Elle a laissé entendre que les hôpitaux étaient "*de simples outils de production parmi d'autres*", alors qu'ils ne sont "*rien d'autre que la réunion d'une compétence professionnelle et de l'amour porté à son prochain : le malade*".

Jean-Michel Bezat et Jean-Yves Nau

12 milliards de déficit, selon M. Douste-Blazy ***Le Monde*, 20 avril 2004**

Le système de l'assurance-maladie "*n'est pas gouverné*", a déclaré Philippe Douste-Blazy, le ministre de la santé et de la protection sociale, dans un entretien aux *Echos* lundi 19 avril, appelant "*chaque Français*" à prendre "*conscience du désastre*". Il affirme que "*le déficit de l'assurance-maladie va atteindre cette année plus de 12 milliards d'euros*", au lieu des 11 milliards prévus. Cela représente "*plus de 400 euros par foyer et par an*", poursuit-il. Le ministre veut proposer, début mai, "*un texte de nouvelle gestion de l'assurance-maladie*". A ceux, comme la CFDT, qui lui reprochent d'être pressé, il répond : "*Chaque mois gagné nous permettrait de gagner 1 milliard d'euros.*"

Urgence **L'éditorial *Le Monde*, 20 avril 2004**

PENDANT des lustres, l'excellence du système hospitalier a fait partie de l'exception française. Or, depuis plusieurs années, cette précieuse spécificité a commencé à s'effriter. Pénurie d'effectifs, attente interminable aux urgences, personnel trop débordé pour avoir le temps d'être humain, délais de plusieurs mois pour un rendez-vous avec un spécialiste... Chaque Français a un jour été confronté - directement ou au travers de sa famille ou de ses amis - à la dégradation parfois dramatique des conditions de fonctionnement de l'hôpital public, dénoncée aujourd'hui dans une pétition par près de 300 chefs de service de plusieurs dizaines d'hôpitaux de tout le pays.

Certes, la santé coûte de plus en plus cher, et des sommes considérables ont été investies dans le système hospitalier. A lui seul, l'hôpital public représente plus d'un tiers des dépenses d'assurance-maladie, au moment où les finances publiques sont dans un état très préoccupant. Mais il est des domaines où l'impératif financier ne peut pas l'emporter sur l'urgence politique. Même dans le camp de ceux qui critiquent un Etat trop lourd et trop budgétivore, il arrive que les miracles réalisés par l'hôpital, grâce aux moyens dont il dispose, ébranlent les convictions les mieux assises...

Le président de la République et le premier ministre doivent avoir conscience que cette question déborde la seule problématique de la qualité des soins. L'hôpital résume à lui seul la question de l'efficacité des services publics. Quand il se délabre, il renforce le sentiment d'abandon ressenti par une partie de la population, qui se traduit par la désaffection ou la méfiance à l'égard du politique, accusé d'être inefficace.

D'autant que les plus pauvres et les plus démunis, qui éprouvent déjà ce sentiment d'abandon, sont les plus touchés par la dégradation du système hospitalier : faute parfois de pouvoir payer un généraliste, ces catégories contribuent à l'engorgement des urgences, qui remplacent alors le "médecin de famille" qu'elles n'ont plus... Sans oublier les enseignements de la canicule meurtrière de l'été 2003 sur la faiblesse des infrastructures des urgences hospitalières en cas de crise.

Dans ce contexte, les médecins signataires, bien au-delà de la défense d'intérêts catégoriels, sont en phase avec une attente profonde de la population. Le gouvernement, après le sévère avertissement des régionales et le recadrage imposé par Jacques Chirac, doit accorder à l'expression de ce malaise une attention encore plus forte qu'au mouvement des chercheurs, et, si possible, en tergiversant moins...

Contrairement à ce que peut croire l'opinion, la réforme de l'assurance-maladie qui va être lancée n'inclura pas l'hôpital. Il revient donc aux pouvoirs publics de définir un cadre de discussions qui permette à la collectivité de sauver "*cet ultime espace d'égalité*", selon l'expression de l'urgentiste Patrick Pelloux, avant que les dégâts dans le système de soins et dans l'opinion ne soient trop importants.

Les quatre vérités de l'assurance-maladie

CONÇUE aux heures sombres de l'Occupation, esquissée par le Conseil national de la résistance (CNR), mise en œuvre à la Libération dans un consensus national, la Sécurité sociale constitue, depuis plus d'un demi-siècle, l'un des piliers de la société française. Sans elle, l'unité nationale, le consensus démocratique et la paix sociale seraient en danger. L'assurance-maladie est le volet majeur de cet édifice.

Conscient de la mission éminente qui incombe ainsi à la Sécurité sociale, le Club Vauban a ressenti la nécessité, après la publication du diagnostic partagé du haut conseil présidé par Bertrand Fragonard sur la problématique de l'assurance-maladie, et avant les propositions annoncées par le gouvernement, de parvenir à un constat politique minimum commun.

Bien entendu, il ne s'agit pas de faire cautionner la politique de la majorité par l'opposition, ou vice-versa, mais de rappeler qu'au-delà des intérêts partisans immédiats s'impose un intérêt général qui engage à terme les formations politiques appelées à assumer, à un moment ou à un autre, au gré de l'alternance, la responsabilité des grands problèmes de notre société. On notera que c'est ce pragmatisme sans complaisance qui a permis à l'Allemagne de trouver un accord sur une première réforme entre sa majorité de gauche et son opposition de droite sur l'évolution de son système de santé.

Le Club Vauban n'a la prétention de se substituer ni à la gauche ni à la droite dans la définition des modalités de la réforme. En revanche, sur un sujet qui préoccupe légitimement l'immense majorité des Français, il lui paraît utile de soumettre ses "quatre vérités" aux réflexions de nos concitoyens.

Première vérité : la dérive déficitaire dramatique de l'assurance-maladie mène la Sécurité sociale à une catastrophe programmée.

Avec 10 milliards d'euros de déficit en 2003, 20 000 euros de déficit supplémentaire chaque minute, notre système de santé est en péril de mort. Si cette vérité du rapport Fragonard n'est évidemment pas agréable à admettre, encore moins à afficher, il est clair pour autant qu'on ne peut plus aujourd'hui se contenter des rafistolages pratiqués depuis 1976.

On ne sauvera pas la Sécurité sociale avec du sparadrap. C'est dire que, d'urgence, s'impose une vision stratégique pour assurer, dans la durée, la sauvegarde d'un système aussi vital pour l'équilibre de la nation.

Deuxième vérité : le retour à l'équilibre est affaire de longue haleine. Aussi faut-il, sans tarder, engager la réforme. De Michel Rocard en 1988 à Jean-Pierre Raffarin en 2003, il aura fallu quinze

ans pour ne faire qu'amorcer la réforme des retraites. Qui peut croire qu'on puisse, en six mois, réformer l'assurance-maladie ?

Certes, depuis 1789, les Français rêvent de révolutions qui, d'un coup, régleraient, par miracle, les problèmes insolubles et permettraient d'offrir le confort de la coexistence entre le beurre et l'argent du beurre. Hélas ! Le "grand soir fiscal" ou le "grand soir social", trop souvent annoncés ou promis, ne sont que des litanies lénifiantes pour bonnes consciences.

Pour ce qui touche à l'assurance-maladie, rien ne serait pire aujourd'hui que de mettre le chaos dans le système médical ou de l'aggraver à l'hôpital. La refonte de l'assurance-maladie, volet majeur de la protection sociale, ne peut être que méthodique, lente et progressive. Elle doit surtout être acceptée par le plus grand nombre grâce à une pédagogie simple, pragmatique, dégagée des dogmes et des intérêts électoraux immédiats. Les Français ne suivront que si on leur dit toute la vérité, et si les solutions s'imposent d'elles-mêmes, parce que justes et logiques. L'urgence n'est en rien exclusive de la concertation, et rien ne serait pire que de faire voter aujourd'hui, dans le tumulte, des lois inévitablement vouées à être annulées à la première alternance. L'assurance-maladie a trop d'inertie pour supporter des coups de barre brutaux. Elle appelle des efforts patients et continus.

Troisième vérité : le cadrage effectif des dépenses de santé nécessaire à leur maîtrise implique d'abord que les priorités soient clairement établies. Il implique également que, concomitamment, soient traqués la surconsommation et les gaspillages, et qu'il soit fait appel, à cette fin, à l'ensemble des acteurs, parties prenantes du système existant : professions médicales, auxiliaires, patients.

Dans les pays développés, où le pouvoir d'achat et la durée de vie augmentent, les deux catégories de dépenses des ménages qui croissent plus vite que la moyenne sont la santé et les loisirs, au détriment des deux éléments qui évoluent le moins vite, l'alimentation et l'habillement.

Si le Conseil national de la résistance (CNR) et le général de Gaulle avaient choisi, à la Libération, de rembourser l'alimentation plutôt que la santé, les excédents seraient aujourd'hui considérables ! Bien au contraire, il faut considérer que l'enchérissement du coût de la santé procède de manière incontournable de l'allongement de la durée de la vie, environ un trimestre par an, hors canicule, comme du progrès des techniques médicales et pharmaceutiques.

Pour autant, tout doit être mis en œuvre pour réduire les gaspillages, par exemple les consultations à tout propos, les examens dupliqués, le recours à des thérapies aussi coûteuses que sans effet réel, et cela est une condition absolue du maintien de notre système d'assurance-maladie, sans pour autant écorner la compétitivité de notre économie.

Quatrième vérité : pour casser la dérive déficitaire actuelle, on ne peut plus s'en tenir au vote annuel par le Parlement d'un objectif, l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam), qui demeure lettre morte. Il faut bien évidemment agir à la fois sur les recettes et sur les dépenses.

Pour ce qui touche aux recettes, il est clair que le système a besoin d'une gouvernance responsable, fondée avant tout sur le fait qu'il n'est pas raisonnable de continuer à mettre des dépenses courantes à la charge des générations futures, ce qui revient, comme le soulignait récemment le gouverneur de la Banque de France, à faire payer notre pain quotidien par nos petits-enfants.

Pour ce qui concerne les dépenses, il est clair que le sentiment de la gratuité totale, même s'il est indispensable de maintenir celle-ci au profit des catégories les moins favorisées, doit faire place au sens de la responsabilité chez tous les acteurs, le corps médical, les auxiliaires, les patients eux-mêmes pour lesquels il n'est pas d'autre modalité concrète de responsabilisation individuelle

que celle d'un minimum de paiement à leur charge, dans le contexte d'une réelle mutation des comportements qui reste à accomplir.

Enoncer ces quatre vérités ne vaut critique ni du gouvernement actuel ni de ceux qui l'on précédé. A un moment aussi inquiétant pour le bien-être et l'unité de la nation, tout règlement de compte serait hors de propos. Les Français, au contraire, exigent de leurs responsables qu'ils sauvent pour de bon l'avenir d'un système de santé auquel ils sont tous attachés, au-delà, à tout moment, de l'existence d'une majorité et d'une opposition, comme de tous les intérêts catégoriels concernés. Une démocratie forte et consciente doit ainsi pouvoir compter sur le courage politique et le bon sens de tous ses élus républicains pour faire prévaloir l'intérêt général.

par Antoine Veil

Antoine Veil est président de la société av consultant. il s'exprime au nom du club vauban, qui regroupe des personnalités de droite et de gauche.

Et les usagers ?

Le Monde, 20 avril 2004

LE nouveau ministre de la santé et de la protection sociale, qui, à son tour, ne ménage pas sa peine pour réussir une réforme que bien des observateurs qualifient de risquée, n'a pas pris l'initiative de rencontrer les associations d'usagers du système de santé.

Rupture avec une période qui avait permis que les usagers soient représentés au sein du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie ? Leurs contributions avaient, comme celles des autres composantes du Haut Conseil, permis de dégager un consensus sur le diagnostic de notre système d'assurance-maladie. Cette période n'aura-t-elle été qu'une parenthèse ?

Ce serait bien dommage, car, pour réussir la réforme de l'assurance-maladie, il faut s'y prendre autrement. Sans disqualifier quiconque. Ni ceux qui émergent au registre habituel des partenaires sociaux ni ceux qui ont naturellement vocation à participer au débat et à la prise de décisions.

Tenir à l'écart les usagers n'est pas bien judicieux. Car ils peuvent apporter beaucoup à une question qui, de toute façon, ne se résoudra pas sans eux.

La question du financement est redoutable. Elle doit être résolue. Tous ceux qui pensent que l'on peut la traiter sans frapper au porte-monnaie sont des menteurs. Soit on révisé à la baisse le panier de soins. Soit on augmente les cotisations. Soit on fait les deux. Notre approche : tout mettre en œuvre pour que ne soient admis au remboursement que les traitements et les soins dont le service médical rendu est éprouvé, d'une part, et rechercher un mode de financement des dépenses qui soit équitable selon les niveaux et la nature des revenus quels qu'ils soient, d'autre part.

Mais nous ne voudrions pas que l'on résolve la question du financement sans se préoccuper de celle de l'organisation du système de soins. Le fait d'injecter plus d'argent dans un système défectueux ne fait qu'en aggraver les dysfonctionnements. Or, avec un tel niveau d'engagement financier, l'assurance-maladie devrait avoir un effet plus structurant sur l'organisation de notre système de soins. Il faut améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital, il faut mieux répartir l'offre de soins sur le territoire, et nous ne pouvons pas continuer à supporter un système de soins qui tient encore à l'écart nos concitoyens les plus démunis ou les plus vulnérables.

Croire que l'on peut affronter ces enjeux sans un peu de contrainte sur les uns ou les autres est un autre mensonge. Nous devrions pouvoir nous concerter et dégager au nom de l'intérêt général des convergences fructueuses pour les usagers du système de santé et la santé publique d'une manière générale.

Reste la question de la gouvernance, qui motive bien des appétits depuis quelques jours. Les partenaires institutionnels sortent de l'entretien avec le ministre de la santé et de la protection sociale en clamant haut et fort qu'ils ont été entendus et qu'ils auront leur place autour de la table. Tant mieux. Mais nous nous permettons d'affirmer que le tour de table serait incomplet sans la représentation des usagers du système de santé.

Il ne sert à rien de nous chercher querelle sur notre représentativité. Ce que nous apportons relève de l'expertise profane ; depuis plus de vingt ans, nos combats ont conduit à élever cette expertise au rang de celles qui découlent des approches scientifiques ou doctrinales.

Il n'y a pas d'autre voie pour sauver l'assurance-maladie. A écarter les usagers, on risque de perdre en chemin les meilleurs alliés de la réforme : ceux qui, utilisateurs du système de soins, ont décidé d'en être les vigies attentives.

par Hubert Brin, Frédérique Pothier et Christian Saout

Hubert Brin et Christian Saout sont respectivement président de l'Unaf et d'Aides. Frédérique Pothier est secrétaire générale du Lien. Ils représentent les usagers au sein du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie

Axa veut être présent "tout au long de la vie" de ses clients Le Monde, 20 avril 2004

Henri de Castries, président du directoire d'Axa, détaille sa STRATÉGIE. Concernant la polémique sur le coût de l'assurance auto, il explique que le montant des réparations et la judiciarisation des contentieux n'incitent pas à diminuer les tarifs. Au-delà, il souhaite qu'Axa soit perçu comme un spécialiste non seulement de l'assurance, mais aussi de la "PROTECTION FINANCIÈRE", un concept plus global qui le place en concurrence avec les banques. L'assureur français Axa sort plutôt renforcé des trois années de CRISE qu'a connues ce secteur. Il est l'un des rares assureurs européens à n'avoir pas eu besoin d'être recapitalisé. Si les assureurs ont payé un lourd tribut aux tensions internationales, le LLOYD'S britannique tire profit de la situation irakienne. Depuis 2001, le chiffre d'affaires lié au terrorisme a été multiplié à Londres par près de 40.

Le texte de cet entretien a été relu et amendé par Henri de Castries.

Après trois années de turbulences, la crise de l'assurance est-elle terminée ?

L'assurance a clairement connu un bouleversement sans précédent. Jusqu'en 2000, nous vivions une ère de prospérité artificielle portée par l'exubérance des marchés financiers. Brutalement, tous les mécanismes se sont déréglés. Nous avons eu une explosion sans précédent des sinistres, avec des inondations, des attentats - notamment le 11 septembre 2001 -, tout cela sur fond de procédures judiciaires de plus en plus coûteuses. Cette aggravation des risques n'a été compensée par aucun stabilisateur. Il y a eu, en même temps, une baisse très sensible des actions et une chute des taux d'intérêt, qui sont venues comprimer nos marges financières. Cette simultanéité ne s'était pas vue depuis plus de cinquante ans.

Comment Axa s'en sort-il ?

Nous avons souffert, mais nous avons réagi rapidement. Nous avons réduit nos coûts, relancé notre dynamique commerciale et amélioré nos résultats techniques. Axa sort renforcé de cette épreuve.

Pourquoi, malgré de bons résultats, les assurés n'en voient-ils pas les effets ?

Certes, les résultats techniques de l'assurance sont meilleurs, mais le résultat total de nos activités n'est pas encore revenu à ses niveaux d'avant la crise. Le retour à la rentabilité de l'assurance-dommages est récent, il est normal que les actionnaires en bénéficient après plusieurs années difficiles. Enfin, il faut trouver de nouveaux gisements de productivité pour améliorer simultanément le sort de l'actionnaire et du client.

Pourtant, Francis Mer, alors ministre des finances, vous avait demandé un geste.

Les accidents ne sont pas seuls à générer des dommages, il y a d'autres causes, comme le vol, qui n'ont pas baissé dans ces proportions. Par ailleurs, le coût de la réparation automobile augmente, comme celui des indemnités accordées par les tribunaux pour les dommages corporels. Sur ce point, l'inflation est à deux chiffres, et nous n'en avons pas la maîtrise. C'est d'ailleurs un vrai débat de société. Ces indemnisations ne sont pas payées par des poches profondes qui seraient les assureurs ou leurs actionnaires. Elles le sont par les assurés. Cela étant, les tarifs d'Axa en France sont compétitifs puisque nous avons gagné 100 000 nouveaux clients en assurance automobile en 2003. Et, grâce au système de bonus-malus, les assurés qui n'ont pas d'accident voient leurs cotisations baisser.

Vous êtes discret sur l'assurance-maladie comparé à votre prédécesseur, Claude Bébéar, qui prônait une sécurité sociale privée.

Nous n'avons pas changé de position. Claude Bébéar ne proposait pas une sécurité sociale privée, mais un meilleur partage des rôles, dans la transparence, au profit des assurés et sous le contrôle de l'Etat. La "diabolisation" qui consistait à dire que les assureurs "écrémeraient" les risques ne correspond évidemment pas à la réalité. Dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, l'Etat est meilleur garant qu'il n'est gérant.

Pourquoi passer d'assureur à spécialiste de la protection financière ?

Nous voulons être présents tout au long de la vie de nos clients, en les accompagnant depuis leur premier achat, souvent une automobile, jusqu'à la transmission de leur patrimoine, en passant par la retraite, la santé et la prévoyance. Le mot assurance ne suffisait pas pour cela. Il n'intégrait pas suffisamment l'épargne, qui représente les deux tiers de notre activité, ni le conseil qu'apportent nos spécialistes.

N'est-ce pas une réponse à la concurrence des banques ?

Contrairement à une idée reçue, les banques ne nous prennent pas de parts de marché sur l'ensemble des produits d'épargne des ménages. Si elles ont fortement progressé dans l'assurance-vie, c'est parce qu'elles ont orienté l'épargne de leurs clients vers ces produits. Mais leurs parts de marché dans la collecte de l'épargne mondiale ont reculé. Notre stratégie n'est pas une réponse défensive à l'expansion des banques. Elle est d'abord une réponse aux besoins de nos clients désireux d'avoir une gamme complète de services et de conseils. Nos réseaux de distribution sont un atout essentiel par leur disponibilité et leur connaissance du terrain, nos agents d'assurance sont plus compétitifs que les conseillers bancaires. Si nous pouvons développer la taille et le maillage de ces réseaux, nous le ferons.

Envisagez-vous des acquisitions ?

Même si la croissance interne est notre priorité quotidienne, nous sommes en mesure, si nous le souhaitons, d'augmenter nos parts de marché par croissance externe sur nos marchés cibles que sont l'Europe de l'Ouest, les Etats-Unis, le Japon et l'Australie. Nous le faisons aux Etats-Unis, avec notre proposition de rachat de l'assureur-vie Mony.

Que pensez-vous de l'intervention du gouvernement vis-à-vis du groupe pharmaceutique Aventis, menacé d'une offre publique d'achat de la part du franco-allemand Sanofi-Synthélabo ?

Les pouvoirs publics ont la légitimité, en tant que garants de l'intérêt général, de demander aux protagonistes d'exposer leurs plans pour se former un jugement. En revanche, il serait anormal que l'Etat torde les règles de fonctionnement des marchés financiers et de liberté des investissements étrangers. On ne peut à la fois vouloir promouvoir l'investissement étranger en général, parce qu'il est bon pour l'emploi et la croissance de notre pays, et le refuser dès que se présente un cas particulier.

Quelles en seraient les conséquences ?

En tant que principal investisseur institutionnel privé français, garant de l'épargne de millions de foyers, deux critères nous importent. Le premier tient à la transparence et à la liberté de

fonctionnement des marchés, c'est-à-dire à la possibilité, pour les actionnaires qui ont accepté des risques, de tirer le meilleur prix des biens qu'ils possèdent. La deuxième règle absolue, c'est la réciprocité. Le non-respect de l'un ou l'autre de ces principes ne pourrait être que défavorable aux entreprises françaises et à la croissance de notre économie. Il pourrait y avoir des mesures de rétorsion en cas d'acquisitions à l'étranger. En 2003, au plus fort de la querelle franco-américaine sur l'Irak, personne ne nous a empêchés de faire une offre sur Mony au prétexte que nous étions français.

Propos recueillis par Dominique Gallois et Frédéric Lemaître

Le nombre d'accidents du travail avec arrêt s'est accru de 3 % en 2002

Les maladies professionnelles progressent également. L'amiante concerne près de la moitié des indemnités versées par l'assurance-maladie

Est-ce parce que les mutations économiques et sociales du travail dans les entreprises ont développé la flexibilité et le recours à la sous-traitance ? Ou s'agit-il des premiers effets du vieillissement de la population active ? Les interrogations formulées par le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, lors de la présentation de son rapport annuel, le 13 avril, sont inquiétantes. Elles pourraient expliquer l'augmentation du nombre d'accidents du travail avec arrêt : 759 980 en 2002, c'est-à-dire 3 % de plus qu'en 2001, selon les statistiques fournies par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). En 2001, avec 737 499 déclarations, on avait relevé une légère amélioration (- 0,8 %).

En fait, depuis 1995, la situation n'a pratiquement cessé d'empirer. Selon la CNAMTS, 672 234 accidents du travail avec arrêt avaient été comptabilisés cette année-là. En l'espace de neuf ans, la hausse a été de 13 %. Les données de l'année 2002 sont d'autant plus préoccupantes que les accidents graves ont augmenté de 9 %, pour atteindre le chiffre de 47 009, alors qu'une importante amélioration avait été constatée en 2001, avec un recul de 10 %. En revanche, le nombre d'accidents mortels (686) a baissé de 6 % et atteint son plus bas niveau depuis sept ans.

Dans son rapport, le Conseil relativise toutefois la situation. Rapporté à l'ensemble des salariés, le nombre d'accidents du travail (43 pour 1 000) a augmenté de 0,5 % en 2002 après une forte chute en 2000 et 2001 correspondant à une période de forte activité. De même, le rapport souligne que dans les secteurs les plus exposés, comme le bâtiment, qui atteint 99 accidents pour 1 000 salariés (125 000 accidents et 155 décès), la tendance a fortement baissé depuis 1975. Dans les activités de la fonction publique, où la fréquence est nettement plus faible - 16 accidents pour 1 000 salariés, les salariés du secteur hospitalier sont les plus exposés, avec 14 % de déclarations liées à l'exposition au sang.

Parmi les causes des accidents du travail, la route reste la principale. En 2002, 24 384 accidents de la route ont été déclarés, auxquels il faut ajouter ceux, encore plus nombreux (61 239, dont 549 mortels), qui sont survenus lors des trajets domicile-travail. Pour le Conseil, ce constat nécessite un effort accru de sensibilisation pour réduire les taux d'exposition, notamment en ce qui concerne l'utilisation du téléphone portable chez les "grands rouleurs" (VRP, agents techniques d'entretien...).

L'évolution des maladies professionnelles n'est guère plus encourageante, même si les statistiques font état d'une plus large reconnaissance en matière de risques et de nouvelles pathologies. De fait, le nombre de maladies déclarées a augmenté de 14,5 % entre 2000 (30 127) et 2001 (34 517), dernière année pour laquelle on dispose de statistiques établies. En 1996, 13 658 cas avaient été enregistrés.

L'aggravation est tout aussi significative pour les situations d'incapacité permanente, passées de 10 120, en 1996, à 24 220, en 2001, et pour les décès, en hausse de 35 % de 2000 à 2001, avec 318 cas, alors qu'on en comptait 96 en 1996.

La première maladie professionnelle reconnue concerne les troubles musculo-squelettiques, les affections articulaires et les lombalgies, qui représentent trois quarts des pathologies. Mais le Conseil ne manque pas de s'inquiéter de la croissance régulière des cancers d'origine professionnelle à évolution lente. C'est essentiellement le cas de ceux qui sont provoqués par l'exposition à l'amiante, de plus en plus nombreux. Alors que 1 607 cas étaient recensés en 1996, 4 922 l'ont été en 2001. Ce bilan ne tient pas compte des diagnostics réalisés sur les retraités.

Selon la CNAMTS, le risque amiante fournit 14 % des dossiers mais représente 48 % du montant total des indemnités versées. Celles-ci ont atteint 372,847 millions d'euros en 2001. Cette somme n'inclut que les décisions prononcées à l'encontre des entreprises du secteur privé, dont la liste s'est, depuis, allongée.

Le coût des prises en charge et des indemnisations devrait s'alourdir après les récentes décisions de justice qui ont étendu à l'ensemble des activités de l'Etat la reconnaissance de la *"faute inexcusable"*.

Une raison supplémentaire, insiste le Conseil, pour renforcer la surveillance des salariés ainsi que les dispositifs de contrôle des substances cancérigènes utilisées dans les entreprises.

Michel Delberghe

La revue "Santé et Travail" juge que des congés-maladie se substituent aux préretraites

Le Monde, 20 avril 2004

En 2003, les dépenses d'indemnités journalières pour cause d'arrêt de travail versées ont augmenté de 5,6 %, et celles liées aux accidents du travail ainsi qu'aux maladies professionnelles de 7,1 %. Cette progression a été nettement ralentie par rapport aux années précédentes, qui avaient connu des hausses exceptionnelles respectives de 11 % et 13,5 %.

Pour tenter de comprendre les raisons de ce phénomène inquiétant, le dossier du numéro d'avril de *Santé et Travail*, la revue trimestrielle de la Fédération nationale de la mutualité française, aboutit à des conclusions opposées à celles avancées par Jean-François Mattei. A la suite du rapport conjoint de l'inspection générale des finances et des affaires sociales, l'ancien ministre de la santé avait dénoncé les *"abus"* en insistant sur la nécessité de renforcer les contrôles. Pour Jean-François Desrioux, rédacteur en chef, *"les absents n'ont pas toujours tort"*. Dans l'éditorial consacré à ce dossier, il souligne que *"l'absentéisme, au plan national, comme au sein des entreprises, est un indicateur global qu'il convient d'analyser au cas par cas pour ne pas tirer des conclusions trop hâtives"*.

Outre les effets de la dégradation des conditions de travail, les rédacteurs de la revue relèvent également *"la multiplication des arrêts de longue durée dans la tranche d'âge des 55-59 ans"*. Selon les résultats d'une enquête de la Société française de médecine générale, *"la décision d'arrêt est motivée par une pathologie aiguë dans six cas sur dix et par une pathologie chronique (cancer) dans le tiers des cas"*. Et ils ajoutent *"qu'avec le tarissement des dispositifs de préretraite, le recours à l'arrêt de travail devient un mode de régulation des départs des salariés âgés"*.

INTERVENANTS EXTÉRIEURS

"A travers les salariés, on finit par connaître les contextes d'entreprise, leurs conditions de travail, l'atmosphère qui y règne", note un médecin généraliste de la Loire. Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) devraient pouvoir exercer pleinement leur mission pour repérer les situations anormales. Dans certaines entreprises, des observatoires ont ainsi été constitués avec des intervenants extérieurs.

Le dossier s'attarde enfin sur la controverse du contrôle médical des arrêts qui met en cause les rôles respectifs des médecins prescripteurs, des médecins conseils des caisses, mais aussi des médecins du travail. La "*chasse aux abus*" est aussi confiée à des intervenants extérieurs, comme la société belge Securex qui, note *Santé et Travail*, a connu une progression de 30 % de son chiffre d'affaires en trois ans.

M. De