

Commission Santé Retraite

Compte rendu

Date de réunion	18/03/2015	Date de diffusion	25/03/2015	Rédacteur	Ph. Dascotte
Participants	Rueil : Y. Briolant, P. Dascotte, C. Le Lefebvre Lyon : F. Diehl, S. Drochon, D. Ogier, J. Verstraete				
« Excusés »	J. Le Gall (retraité), M-C. Prudent (retraitee)				
Direction	N. Benchechroun, N. Couenne, M. Albertini, N. Marciano et Mme ? (Gras Savoye) MIP : M. Lagrange				

La réunion débute à 14 h 00.

Ordre du jour

Reprise du groupe de travail portant sur l'étude d'un contrat MIP spécifique à destination des retraités.

Les membres du groupe de travail issus de la CSR et présents à cette réunion sont notés dans l'encadré ci-dessus.

Il est à noter que les deux personnes retraitées membres de ce groupe de travail étaient absentes. Depuis, nous avons appris qu'il y avait eu, d'une part malencontreusement une forte incompréhension sur la possibilité de participer à cette réunion pour Marie-Claude Prudent à Lyon et si cette incompréhension est due à un manque de clarté de mes mails je m'en excuse, et d'autre part une absence de Joël Le Gall à Rueil car en vacances.

Nicolas Couenne commence la réunion par un rappel de la situation.

La MIP propose aux retraités d'IFPEN un CF (contrat facultatif) identique en terme de prestations au CO (contrat obligatoire) proposé aux salariés. La participation d'IFPEN aux cotisations demandées aux retraités a évolué de manière dégressive ce qui a augmenté la cotisation due par les retraités de manière conséquente.

L'accord d'entreprise du 11 octobre 2013 portant sur la complémentaire santé définissait que pour les retraités « dès 2013, un groupe de travail réunissant la DRH, les organisations syndicales, l'organisme assureur et le courtier déterminera dans quelles conditions il pourra être proposé aux retraités, au plus tard le 1^{er} juillet 2014, un contrat spécifique adapté à leur situation. »

L'étude par le groupe de travail s'est déroulée de décembre 2013 à mai 2014. Les annonces de nouvelles lois portant sur la complémentaire santé ont arrêté ces travaux dans l'attente de parution des décrets. Leur parution a maintenant permis la reprise du groupe de travail.

En amont de cette réunion, la DRH nous a remis le document ci-dessous :



MIP BASE - MIP OPTIONS IFPEN au 01.04.2015

Grille de prestations intégrant le décret CCAM

Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats responsables, et les décrets pris pour son application (notamment les décrets 2005-1226 du 29 septembre 2005 et 2007-1937 du 26 décembre 2007). Ne sont ainsi pas prises en charge la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 euro au 01.01.2005), les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés, les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 euro par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaires médicaux, 2 euros par transport, au 01.01.2008).

PRESTATIONS	RBT SS	MIP BASE	OPTION ECO	OPTION CONFORT
Le remboursement des options ECO et CONFORT s'entendent y compris les prestations de base.				
FRAIS MEDICAUX				
Consultations, visites Généralistes	70 ou 100% TC	30% BR	70% BR	120% BR
Consultations, visites Spécialistes	70 ou 100% TC	30% BR	110% BR	150% BR
Consultations, visites Professeurs	70 ou 100% TC	80% BR	110% BR	150% BR
Actes techniques médicaux hors hospitalisation	70% BR	30% BR	80% BR	100% BR
Actes de chirurgie et d'anesthésie hors hospitalisation	70% BR	52% BR	110% BR	150% BR
Radiologie : actes d'imagerie, actes d'échographie	70% BR	30% BR	80% BR	100% BR
Ostéodensitométrie non remboursée	-	30% FR	40% FR	50% FR
ACTES PARA-MEDICAUX	60% TC	40% BR	80% BR	120% BR
PHARMACIE				
Pharmacie remboursée sur la Sécurité sociale	15%/30%/65% TFR	85%/70%/35% TFR	85%/70%/35% TFR	85%/70%/35% TFR
Pharmacie non remboursée, sur prescription et au VIDAL (forfait/an/bénéficiaire de moins de 10 ans)	-	-	-	15 €
PREVENTION				
Les prestations de prévention figurant sur la liste publiée au Journal Officiel du 18 juin 2006 sont remboursées dans les conditions prévues par la présente garantie et au minimum à hauteur de 100 % du Ticket Modérateur				
Vaccins prescrits (non pris en charge par la Sécurité sociale)	-	80% FR (2%PMSS/an)	80% FR (2%PMSS/an)	80% FR (2%PMSS/an)
Substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €/an/PP	25 €	25 €	25 €
Frais de santé hors nomenclature : ostéopathie, étioopathie, héliothérapie, kinésithérapie, acupuncture dès lors qu'ils sont dispensés par des professionnels de santé (médecins) au sens du code de la Santé Publique. FORFAIT par an par bénéficiaire	-	50 €	85 €	125 €
ANALYSES				
Analyses nomenclature	60% TC	40% BR	70% BR	120% BR
Actes hors nomenclature	-	-	10% FR	30% FR
DENTAIRE				
Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale (1)	70% BR	30% BR	90% BR	120% BR
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale (1)	70% BR	170% BR	230% BR	300% BR
Inlay-core remboursé (ICO) - limité à 3 actes par an	70% BR	55% BR	55 % BR	55 % BR
Prothèse dentaire et Travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (4)	-	76,22 € / an	230 € / an	300 € / an
Implantologie :				
- racine - limité à 2 actes tous les 2 ans	-	200 €	200 €	200 €
- pilier implantaire, travaux implantaires (4)	-	76,22 € / an	76,22 € / an	76,22 € / an
- couronne sur implant (1)	70% BR	170% BR	170% BR	170% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100% TC	120% TC	120% TC	120% TC
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	150% TC	150% TC	150% TC
ORTHOPEDE-APPAREILLAGE				
Médicaux et Liste des Produits et des Prestations Remboursables (LPPR, ex-TIPS)	60 ou 100% TC	70/30 % TC (mini 4,5%PMSS)	70/30 % TC (mini 4,5%PMSS)	120% TC
Appareil auditif remboursé Sécurité sociale	60 ou 100% TC	260/220 % TC (mini 2,8%PMSS)	260/220 % TC (mini 2,8%PMSS)	350% TC
OPTIQUE (par an et par bénéficiaire)				
Verres et montures plafonnés à un équipement par an et par bénéficiaire (hors montures solaires)				
Forfait monture + verres simples ou enfants	60% TC	115,00 €	180,00 €	270,00 €
Si pas de remboursement depuis 3 années civiles	60% TC	135,00 €	205,00 €	300,00 €
Forfait monture + verres progressifs	60% TC	175,00 €	250,00 €	350,00 €
Si pas de remboursement depuis 3 années civiles	60% TC	195,00 €	275,00 €	380,00 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale - Forfait	60% TC	125,00 €	187,50 €	250,00 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	-	2,5% PMSS	4,5% PMSS	6,00% PMSS
CURES THERMALES				
Surveillance médicale	70% TC	30% TC	30% TC	30% TC
Frais d'établissement thermal	65% TC	35% TC	35% TC	35% TC
Transport	65% TC	-	-	-
Hébergement (3)	65% TC	150,01 €	150,01 €	150,01 €
HOSPITALISATION (2)				
Médicale	80% BR	20% BR	20% BR	20% BR
Honoraires, séjour	-	2,1% PMSS/J	2,1% PMSS/J	2,1% PMSS/J
Supplément séjour	-	-	-	-
Chirurgicale (y compris la chirurgie réfractive remboursée)	80% BR	20% BR	20% BR	20% BR
Honoraires, séjour	-	2,1 ou 4,7% PMSS/J	2,1 ou 4,7% PMSS/J	2,1 ou 4,7% PMSS/J
Supplément séjour	-	65% BR	65% BR	160% BR
Dépassements actes techniques médicaux	-	65% BR	65% BR	130% BR
d'honoraires actes de chirurgie et d'anesthésie	-	125 € /œil	213 € /œil	300 € /œil
Chirurgie réfractive non remboursée par la S.S. (ex Kératotonomie)	-	2,1% PMSS/J	2,7% PMSS/J	3,20% PMSS/J
Chambre particulière	-	2,1% PMSS/J	2,7% PMSS/J	3,20% PMSS/J
Frais d'accompagnement en milieu hospitalier ou foyer "accueil famille"	-	100%	100%	100%
FORFAIT JOURNALIER	-	-	-	-
TRANSPORT				
Remboursé par la Sécurité sociale	65% TC	35% TC	35% TC	35% TC
MAISON DE REPOS, PREVENTORIUM, ETC.				
Honoraires, séjour	80% TC	20% TC	20% TC	20% TC
Supplément (suite à hospitalisation)	-	22,87 € / J limité à 30 j	22,87 € / J limité à 30 j	22,87 € / J limité à 30 j
Supplément (sans hospitalisation préalable)	-	-	-	-
		MIP BASE	OPTION ECO	OPTION CONFORT
		Avant 76 ans	76 ans et +	
P = ISOLE		104,99 €	116,90 €	12,66 €
P+E, C, C+E = FAMILLE		157,69 €	169,80 €	24,08 €
		199,30 €	221,81 €	24,08 €
		238,18 €	274,46 €	43,05 €

NOTES

1 - Plafonds de Remboursements appliqués au cumul des prestations versées / année civile / bénéficiaire (€)	2 - Hospitalisation
	Supplément séjour : Chambre particulière, différence de prix de journée.
	2,1%PMSS/J pour les actes chirurgicaux dont BR inférieure à 167 €
	4,7%PMSS/J pour les actes chirurgicaux dont BR supérieure à 167 €
	Frais d'accompagnement si le malade est âgé de + 14 ans ou de + 70 ans ou enfants handicapés.
	3 - Joindre obligatoirement la facture d'hébergement.
	4 - Plafond annuel global cumulé limité à 76,22€ / an pour MIP BASE, 76,22€ / an pour ECO et 152,45€ / an pour CONFORT

Conformément aux dispositions prévues par l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale modifié par le décret sur les contrats responsables n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales :

- La Mutuelle prend en charge les frais de soins de santé dans les conditions et limites définies par la présente garantie, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur pour les soins remboursés par la Sécurité sociale ;
- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS (contrat d'accès aux soins) prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale sont pris en charge par la Mutuelle dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge par les médecins adhérents au CAS minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable.

Par ailleurs, les prestations définies par la présente garantie sont conformes aux exigences posées par l'article D911-1 du Code de la Sécurité sociale relatif à la couverture minimale obligatoire dite Panier de soins. Dans ce cadre, les soins remboursés par la Sécurité sociale sont pris en charge par la Mutuelle dans les limites définies par la présente garantie, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur prévue par l'article D911-1 précité.

DELAIS DE CARENCE (hors TM)	MIP BASE	OPTION ECO	OPTION CONFORT
Prothèse dentaire, Orthopédie, Prothèse auditive, Optique, Orthodontie, Cure thermique, Chirurgie dentaire	6 mois	6 mois	6 mois

L'adhésion aux présentes garanties prend effet à la date indiquée sur la fiche d'adhésion transmise par le membre participant (au plus tôt au 1er jour du mois qui suit sa sortie du contrat collectif obligatoire des actifs). Aucun délai de carence ne sera appliqué.

- si l'adhésion à la garantie de base est faite dans les 6 mois qui suivent la proposition d'adhésion envoyée par la Mutuelle.
- lorsque l'adhésion à l'une des options est faite en même temps ou dans les 6 mois qui suivent celle à la garantie de base.

Au-delà de ces 6 mois les délais de carence précités s'appliqueront, délais durant lesquels les cotisations sont dues sans qu'aucune prestation relative aux soins (date retenue sur les décomptes Sécurité sociale) ne puisse être réglée, en dehors de l'obligation de prise en charge du ticket modérateur pour les soins remboursés par la Sécurité sociale (hors cures thermales).

Par la suite, le passage d'un niveau de garantie à un autre ne pourra intervenir qu'au terme d'un délai minimum d'adhésion de 1 an dans le niveau précédent.

Le transfert vers un niveau de garantie supérieur impliquera l'observation des délais de carence ci-après (délais durant lesquels les prestations du niveau de garantie précédent seront appliquées). En cas de transfert vers un niveau de garantie inférieur, les prestations du nouveau niveau de garantie seront appliquées immédiatement (1er jour du mois suivant la demande).

Le transfert d'un niveau de garantie inférieur vers un niveau de garantie supérieur « pour convenance personnelle » ne peut s'effectuer que deux fois pendant la période d'adhésion à la Mutuelle. Le transfert de garantie peut s'effectuer sans tenir cas de cette limite en cas de modification de la cellule familiale (décès, naissance, mariage,...).

Lorsque ce transfert a été effectué deux fois, le retour à un niveau de garantie inférieur n'est plus possible.

L'adhésion à la garantie optionnelle est renouvelée au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf résiliation, dans le respect du délai minimum d'adhésion, par courrier recommandé envoyé avant le 31 octobre de l'exercice précédent.

De mon côté, j'ai regroupé le montant des cotisations selon les contrats et niveaux de prestations dans un tableau que j'ai adressé aux membres du groupe de travail. Ce tableau est repris ci-dessous :

	Cotisations globales mensuelles en € pour structure isolé et famille		Cotisations globales mensuelles en € pour d'autres structures de cotisations *		Cotisations MIP : grille "alternative" au CF									
	CO Groupe IFPEN/MIP	CF Groupe IFPEN/MIP	CO Groupe IFPEN/MIP	CF Groupe IFPEN/MIP		MIP Base < 76 ans	MIP Base > 76 ans	Option ECO	Option CONFORT	MIP Base + Option Eco < 76 ans	MIP Base + Option Confort < 76 ans	MIP Base + Option Eco > 76 ans	MIP Base + Option Confort > 76 ans	
Isolé	73,9	154,6	Participant	73,9	154,6	Participant	104,99	116,9	12,66	22,68	117,65	127,67	129,56	139,58
Famille	196	309,23	Participant + Enfants	119,7	255	Participant + Enfants	157,69	169,8	24,08	43,05	181,77	200,74	193,88	212,85
Famille	196	309,23	Couple	169,2	307,1	Couple	199,3	221,81	24,08	43,05	223,38	242,35	245,89	264,86
Famille	196	309,23	Couple + Enfants	216,5	354,7	Couple + Enfants	238,18	274,46	24,08	43,05	262,26	281,23	298,54	317,51

* : étude suite à une question de la commission et remise en CSR du 10/02/2015 (définition "différente" des catégories)

La grille proposée présente un socle de base constitué par MIP Base, et deux options spécifiques dites Eco et Confort. Le socle de base est donc mutualisé avec l'ensemble des adhérents à MIP Base ce qui permet un pilotage plus aisé car constitué d'un grand nombre d'adhérents déjà connus. Les options Eco et Confort sont elles spécifiques pour les retraités IFPEN, et ne sont donc pas mutualisées avec d'autres contrats de la MIP. Ces grilles reposent sur les « principes » mutualistes de la MIP qui est de faire peu de niveau d'âge (deux niveaux, jusqu'à 75 ans et au-delà), mais aussi de proposer une différence de cotisation le plus possible maîtrisée entre les niveaux d'âge.

Pour Gras Savoye, cette grille représente un substitut Loi Evin. En effet, IFPEN continuera de proposer un CO et un CF devant respecter la Loi Evin, mais avec une aide de l'entreprise sur les cotisations des retraités qui peut devenir nulle. Le CF présentera donc un montant de cotisation élevé à charge de l'adhérent, ce qui sera atténué sur la grille « alternative » et ses options.

L'écart sur les cotisations entre le CF et la grille MIP ci-dessus dépend bien évidemment du choix du niveau de prestation (MIP Base, option Eco, Option Confort) et de l'âge. En ne regardant que les deux structures Participant et Couple, nous avons une différence de 10 et 15% avec l'option Confort et la tranche d'âge > 76 ans, mais 32 et 23% avec MIP Base et la tranche d'âge < 76 ans.

Nous avons signalé que les niveaux de cotisation seront des critères forts de choix. Nous avons aussi signalé notre crainte sur l'évolution du CF par les futurs départs : adhérents estimant la cotisation hors de leur budget ou bien adhérent s'estimant faible consommateur ? Nous avons rappelé qu'il nous paraissait souhaitable que l'entreprise maintienne un niveau d'aide minimum sur le CF afin de maintenir une population conséquente.

La Direction nous a indiqué qu'elle tenait à un accord, de durée déterminée, alors qu'une décision unilatérale (DU) définirait obligatoirement une échéance avec aucune participation de l'employeur. Un accord sur une durée courte impose à l'entreprise de provisionner des risques sur la durée de l'accord, alors qu'une DU impose des provisions sur la durée moyenne de 23 ans actuellement, ce que ne semble pas souhaiter l'entreprise.

Le lien entre le CO et le CF a été aussi évoqué. Ces deux contrats sont juridiquement séparés. Mais c'est bien la situation globale qui est prise en compte avec la recherche d'un équilibre. Par ailleurs, si le ratio cotisation / prestation évolue défavorablement pour le CF, l'équilibre devra être maintenu par le CO qui devra donc supporter des charges supplémentaires car la Loi Evin devra toujours être respectée.

Michel Lagrange a précisé que le contrat MIP Base n'a pas subi de changements de cotisation ces deux dernières années. De plus, les résultats actuels lui laisse espérer un maintien pour l'année à venir sans préjuger de nouvelles taxes à ce jour pas prévues. Il a aussi précisé qu'il n'y a pas de délai de carence lorsqu'un adhérent souhaite passer à un niveau supérieur de prestation.

Yves Briolant avait transmis une proposition établissant de manière différente les niveaux de prestation. Plutôt que de proposer des options, il suggérait des pourcentages différents de remboursements en fonction de seuil. Par exemple, une consultation généraliste couverte à 300% du BR serait couverte à 100% sur les 150 premier % du BR, puis à 75% sur les 150% restant. Ainsi, les prestations à montant moindre étaient davantage remboursées que celles à montant plus élevé. Nous pouvons supposer que les prestations médicales affichent des tarifs inférieurs dans les régions géographiques à plus faibles revenus, et ainsi avoir un effet compensatoire.

Michel Lagrange a répondu que l'idée était théoriquement séduisante mais non applicable car difficile à assimiler par l'adhérent. De plus, il faudrait que ce système soit d'une pratique répandue pour être bien perçu. Quant à l'effet géographique des tarifs des praticiens, il a répondu que les options pouvaient répondre à cela, et que l'adhérent ne se trompait pas et prenait l'option adaptée à son environnement sous réserve que son budget le lui permette.

La réunion s'est terminée sur un échange des suites à donner.

Il est alors apparu qu'un point important serait de connaître qui piloterait les options Eco et Confort, le contrat MIP Base étant naturellement piloté par la MIP. Etant entendu que la souscription des options serait collective, la personne morale pourra être l'entreprise ou une association. Les membres de la commission présents ont demandé que l'entreprise assure le suivi de ces options, ce qui n'était du tout évident pour la Direction au grand étonnement des membres de la commission. Nous avons alors demandé qu'une réponse nous soit donnée sur ce point car elle conditionne le travail de la commission et des DS : à quoi bon élaborer des contrats qui ne seront pas suivis par les signataires ? Par ailleurs, l'évolution de la population du CF sera à mettre en parallèle du contrat alternatif, d'où un suivi qui paraît souhaitable par la CSR, les résultats du CO et du CF étant « liés » au moins en terme définition / négociation des cotisations.

En attendant la réponse de la DRH, il est projeté de faire une réunion de CSR sans la Direction en avril, puis de fournir les travaux de cette réunion d'avril aux DS afin qu'ils échangent avec la Direction dans le cadre de l'accord complémentaire santé.

Fin de la réunion à 16h00

A la suite de cette réunion, je vous ai adressé le mail vous demandant votre avis sur l'organisation d'une réunion préparatoire où je convierais Michel Lagrange. Sébastien Drochon m'a répondu et m'a autorisé à joindre sa réponse qui à mon sens illustre bien la problématique.

Par ailleurs, cette réunion que je souhaitais monter courant avril ne se fera que durant les deux dernières semaines de mai, les congés de printemps et les ponts répétés de mai décimant les membres de la CSR.

En annexe du CR de cette réunion, je vous joins le mail que je vous ai adressé le 19 mars, ainsi que le retour ce 24 mars de la CFDT Lyon remis par Sébastien Drochon :

Bonjour,

Hier après-midi s'est réuni le groupe de travail visant à élaborer une grille « alternative » pour les retraités.

Le groupe de travail était constitué :

- De membres de la CSR : Jan Vestraete, Catherine Lefebvre, Daniel Ogier, Sébastien Drochon, Fabrice Diehl, Yves Briolant, Philippe Dascotte ;
- De la Direction : Nicolas Couenne et Naguib Benchechroun ;
- De Michel Lagrange pour la MIP ;
- De Marc Albertini, Noémie Marciano et d'une troisième personne pour Gras Savoye.

Je me propose de vous faire un CR écrit dès la semaine prochaine. Ce CR pourrait servir de base à une future réunion de la CSR (courant avril), réunion sans présence de la Direction, mais avec une participation éventuelle de Michel Lagrange.

Ce mail vise donc à obtenir déjà votre accord de principe sur cette invitation à lancer. Si vous me donnez votre accord, je devrai ensuite obtenir l'autorisation de la Direction et voir la disponibilité de Michel Lagrange. J'attends vos réponses pour mardi 24 mars au plus tard car il va être délicat de trouver une date réunissant suffisamment de participants avec les vacances de printemps qui approchent.

La réunion de CSR à venir pourra ainsi formuler des remarques ou avis, voire suggérer des questions, l'ensemble de ces éléments devant être remis aux Délégués Syndicaux qui doivent rencontrer la Direction dans le cadre de l'accord complémentaire santé.

Par ailleurs, lors de la réunion de la veille, les retraités Joel Le Gall (pour Rueil) et Marie-Claude Prudent (pour Lyon) étaient absents. J'espère que ces deux personnes ont eu des imprévus bénins. La Direction avait permis la présence de ces personnes au groupe de travail alors qu'elle est refusée pour les plénières de commission.

Merci pour vos réponses.

N'hésitez à me poser des questions pour clarifier si nécessaire des points de ce mail.

Le CR sera diffusé la semaine prochaine.

Bon après-midi,

Philippe Dascotte

Responsable de la CSR

Bonjour Philippe,

Pour faire suite à ta demande concernant la CFDT sur Lyon puisque nous n'avons pas eu l'occasion d'en discuter avec Rueil, il nous semble important de conseiller aux retraités pour tous ceux qui peuvent économiquement supporter le prix de rester dans le contrat facultatif actuel, à cela plusieurs raisons :

- Nous ne voulons pas leur faire prendre le risque de ne plus pouvoir bénéficier du contrat facultatif (loi Evin) dès lors qu'ils choisissent un nouveau contrat
- Nous pensons que l'entreprise gardera une part employeur et qu'elle se dévoilera après l'échéance de Juin
- A discuter avec les retraités, il semblerait que le rapport prestation / cotisation est bon même sans part employeur
- Doit-on nous actifs décider pour les retraités ?
- Le problème de souscription du contrat qui ne serait pas IFPEN, pose questions
- Le déséquilibre engendré par le départ de néo retraité n'est pas à négliger
- Pourquoi finalement pour ceux qui veulent un bas prix, ne pas leur conseiller MIP base, MIP plus et MIP plus/2 ?

Pour nous, pas de problème pour discuter en CSR, mais voilà notre point de vue, qui était d'ailleurs partagé par d'autres membres de la CSR sur Lyon d'autres OS

A+

SD