



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère des Finances et des Comptes publics

COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

PROCES-VERBAL

REUNION PLENIERE DU 5 JUIN 2014

En présence de :

MADAME MARISOL TOURAINÉ

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

MONSIEUR CHRISTIAN ECKERT

SECRETAIRE D'ÉTAT AU BUDGET, AUPRES DU MINISTRE DES FINANCES

ET DES COMPTES PUBLICS

MONSIEUR CHRISTIAN CHARPY

SECRETAIRE GENERAL

l'ensemble des salariés conduira à avoir une réflexion d'ensemble sur les divers dispositifs de prise en charge des soins, sur leur coordination, leur pilotage et la régulation de l'ensemble.

En ce qui concerne la branche Famille, son financement fait l'objet d'une profonde transformation avec la barémisation des cotisations patronales et la baisse du financement par les employeurs. L'UNAF sera particulièrement attentive à ce que les engagements du gouvernement de compenser intégralement la moindre participation des employeurs au financement de la branche soient scrupuleusement respectés.

Sur le volet des économies supportées par la branche Famille, l'UNAF a déjà fait part à plusieurs reprises de son opposition à ces mesures. Elle en dénonce surtout l'incohérence, puisque sont frappées essentiellement les jeunes familles en voie de constitution. Au-delà des éléments financiers, il s'agit d'un contresens absolu vis-à-vis des derniers développements de la politique familiale qui avaient rencontré une quasi-unanimité chez les décideurs politiques, les partenaires sociaux, les gestionnaires et les familles.

Dans le même esprit, l'injonction relative aux rebasages annoncée du FNAS de la CNAF pour 2014, outre le fait qu'elle contrevient aux dispositions de la COG signées avec l'État il y a moins d'un an, conduit à la réduction des moyens financiers consacrés aux équipements et aux services familiaux de proximité.

Dans le même temps, pour des raisons budgétaires, les collectivités locales hésitent à investir dans ce type d'équipements. En réduisant les moyens du FNAS de la branche Famille et les effets d'entraînement qu'il génère, on fragiliserait les partenaires locaux alors que le gouvernement, en développant les schémas départementaux ou territoriaux des services aux familles, souhaite au contraire les renforcer. Là aussi, la technique du rabot conduit à l'incohérence.

Enfin, concernant la branche Retraite, nous avons deux interrogations. L'augmentation prévue de 0,05 point de la cotisation employeur sera-t-elle compensée par une diminution du même ordre de la cotisation familiale ? Cette perte de recettes pour la branche Famille sera-t-elle elle-même compensée ? Deuxième question : la loi du 2 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite prévoyait dans son article 22 la présentation au Parlement dans les 6 mois suivant la promulgation de la loi d'un rapport sur l'évolution des droits familiaux. Quel est le statut de celui-ci ?

Je terminerai mon intervention par un point concernant le travail informel, gris ou plus directement noir. Si la lutte contre le travail clandestin reste un impératif au nom de notre système solidaire de cotisations, celle-ci devrait également s'étendre aux analyses d'impact préalables aux modifications de seuils, de barèmes, d'exonérations qui influencent certaines pratiques marchandes et que nous constatons de plus en plus. Peut-être une évolution des rapports régulièrement présentés devant cette Commission pourrait consister à ajouter un indicateur sur ce sujet, concernant les politiques de contrôle.

Concernant ce rapport, comme tout le monde, nous en avons pris connaissance *in situ*. Une technique pourrait consister à décaler d'une journée la réunion de notre Commission, puisque, si celle-ci s'était tenue demain, le rapport étant près aujourd'hui, nous aurions eu 24 heures pour pouvoir l'analyser. Je vous remercie.

MADAME LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE
Monsieur Jean-Paul ORTIZ.

MONSIEUR JEAN-PAUL ORTIZ

Merci. Madame la Ministre, Monsieur le ministre, Monsieur le Secrétaire général, Mesdames et Messieurs, je voudrais, au nom de la confédération des syndicats médicaux français, me féliciter de cette sous-exécution de l'ONDAM, qui permet d'avoir un déficit global en nette baisse par rapport aux années précédentes. Je ferai à ce niveau deux remarques. La première est que cette nette

sous-exécution de l'ONDAM est en grande partie à mettre au crédit des soins de ville, et en particulier de la médecine libérale dans tous ces aspects puisque les soins de ville sont sur une sous-exécution de 1,1 Md€, ce qui est tout à fait considérable par rapport au budget.

Il faut noter la réussite de la maîtrise médicalisée. Je vous rappelle que nous avons un objectif de maîtrise médicalisée à 550 M€, qui non seulement a été réalisé mais a été dépassé, puisque nous réalisons 109 % de l'objectif fixé préalablement de maîtrise médicalisée.

Ceci m'amène à faire une deuxième remarque. Aujourd'hui, il est important - cela a été dit à plusieurs reprises - de restructurer l'offre de soins et de soutenir fortement la médecine de ville. Aujourd'hui, c'est la partie la plus vertueuse pour l'équilibre vers lequel nous tendons. Or soutenir les soins de ville signifie donner les moyens à la médecine libérale d'accomplir les nouvelles missions qui sont en train d'émerger autour de la multiplication des pathologies chroniques, du vieillissement de la population. Nous souhaitons tous un évitement du recours à l'hospitalisation, coûteuse, souvent pénalisante pour le patient âgé, et donc le maintien à domicile. Pour cela, il faudra les moyens à la médecine de ville, en particulier pour le premier recours, autour du développement de la coordination des différents acteurs et autour de la prise en charge de ces nouvelles missions. Mais que serait le premier recours dans ce pays si nous n'avions pas une médecine spécialisée libérale de proximité, autrement dit une médecine de deuxième recours, qui bien souvent permet, par un accès rapide, aux médecins spécialistes de proximité d'éviter ces hospitalisations dont je parlais ?

Aujourd'hui, l'enjeu à la fois en termes d'efficacité, de qualité et de proximité pour la population, tout en garantissant l'accessibilité aux soins - vous savez combien la CSMF s'y est engagée -, est de soutenir et d'encourager les efforts déjà faits par la médecine de ville, pour réussir à tenir cet objectif que nous partageons de sauvegarde de notre Sécurité sociale solidaire et d'équilibre des comptes, dans un avenir que nous souhaitons le plus proche possible. Je vous remercie.

MADAME LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Monsieur Jean-Paul HAMON.

MONSIEUR JEAN-PAUL HAMON

Bonjour, Madame la Ministre. Je vais sans doute me répéter car, chaque année depuis 2 ans, je vous parle de l'AVASTIN, dont l'absence d'AMM dans la DMLA coûte chaque année à la collectivité 390 M€ et va coûter encore cette année puisque les juristes du ministère se sont vus retoquer le décret - on peut se demander pourquoi -, ce qui aurait permis son arrivée sur le marché. Ce n'est pas la nouvelle molécule qui arrive qui coûte déjà 12 Md€ dans les 2 mois de prescription qui va arranger les choses, avec un ASMR 5.

Dans le même esprit, l'arrivée sur le marché des NACO, les nouveaux anticoagulants oraux, qui, malgré un ASMR 5, se sont vus fixer un prix six fois supérieur aux anti-vitamine K, ce qui ne manque pas de surprendre quand on sait que ces médicaments ont coûté l'an dernier 300 M€ et vont coûter très prochainement 1 Md€.

En ce qui concerne les génériques, quand on voit les mesures tatillonnes imposées aux médecins libéraux sur le non substituable manuscrit, on peut légitimement s'étonner du mode de fixation des prix de l'association de deux voire trois molécules génériques, qui se voient attribuer le statut de nouveau médicament, avec une fixation des prix généralement supérieure au total des trois molécules génériques. On comprend mieux pourquoi la France n'a que 30 % de médicaments dans le domaine du générique, alors que nos voisins en ont 70 %.

On voit qu'il y a des marges dans ce domaine, ainsi que dans un autre domaine que vous connaissez bien, puisque j'en parle ici aussi chaque année : la régulation de l'accès aux urgences hospitalières et une modification des financements de celle-ci. Cela permettrait d'éviter 10 millions de passages aux urgences hospitalières, qui coûtent près de 3 Md€ à la collectivité.

Je me répète mais je me permets de rappeler ici la proposition de la FMF concernant l'accès aux soins, qui date de juin 2012 : tarifs opposables naturellement pour les personnes les plus démunies CMU, AME, ACS, mais aussi pour ceux qui n'ont pas le choix, les soins non programmés et les actes d'urgence. La négociation aurait porté sur une revalorisation de tous ces actes non programmés qui auraient permis de vider les urgences où, je le rappelle, 10 millions de passages se font pour 3 Md€ de coût à la collectivité.

J'évoquerai brièvement les frais de gestion des complémentaires, dont nous attendons avec impatience la publication, et ceux de la CNAM qui s'implique de plus en plus dans l'organisation des soins, avec Prado, Sofia et autres boutiques santé et coaching santé pendant qu'elle impose aux médecins de plus en plus de tâches administratives. On marche sur la tête.

Si nous étions associés aux réformes, plutôt que d'être considérés comme des chambres d'enregistrement, nous aurions sans doute évité des erreurs comme celle du tiers-payant généralisé alors que nous sommes favorables à un tiers payant social, si le guichet est unique, ou une relance du DMP alors que vous savez depuis 2 ans qu'il existe une messagerie sécurisée utilisée par 50 000 médecins, qui pourrait être généralisée France entière pour un coût de 24 M€. Tout le monde sait ici combien a coûté le DMP et avec quel résultat.

Quand on fait un calcul rapide, on arrive à un total de près de 8 Md€, ce qui devrait permettre le plan Marshall que nous réclamons sur la médecine libérale, dont la démographie est en chute libre. Ne nous y trompons pas : sans une réforme radicale, se concentrer sur les uniques maisons de santé pluridisciplinaires, c'est oublier que les 80 % de médecins qui maillent le territoire travaillent seuls et vont devoir tenir le territoire pendant les 15 ans qui viennent. Les oublier en concentrant le maigre argent que l'on va mettre sur les maisons de santé pluridisciplinaires est une erreur fondamentale.

Je vous rappelle que le vrai problème d'accès pour les patients sera de trouver un médecin libéral de proximité, qu'il soit généraliste ou spécialiste. Je vous remercie.

MADAME LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Madame Martine LANGLOIS pour MG France.

MADAME MARTINE LANGLOIS

Je partage l'avis de mes confrères et je suis représentante un peu novice de MG France. Vous avez eu la gentillesse de nous recevoir. Nous avons fait nos neuf propositions de conditions qui nous paraissent pouvoir regrouper des conditions dans lesquelles l'offre de premier recours pourrait être une solution à l'avancée de la réforme du système de santé. Nous sommes relativement inquiets sur l'accès aux soins au quotidien, que nous pouvons déjà constater. Nous sommes inquiets sur le report du financement par le RO vers le RC, et finalement un reste à charge pour les familles qui n'apparaît pas dans les comptes de la Sécurité sociale d'aujourd'hui.

MADAME LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Qui souhaite intervenir du côté des fédérations hospitalières ?

MADAME ÉLISABETH TOME GERTHEINRICH

Du côté des fédérations, la première question qui se pose toujours est de savoir qui ouvre le bal. Ce sera moi.

Vous nous avez invités à prendre acte d'un environnement économique, financier et budgétaire qui est extrêmement contraignant. C'est un environnement qui nous oblige tous puisque nous sommes tous autour de la table, à un titre ou à un autre, comptables devant les Français du bon usage des deniers publics. Nous devons nous en souvenir.

Pour ce qui est de la fédération de l'hospitalisation privée, cela passe en matière d'offres de soins par trois points, trois mots-clés qui résument la philosophie de notre action. Le premier mot-clé

un agenda chargé. Deuxième consolation : vous êtes les premiers à prendre connaissance des textes quasiment finalisés et des modalités incluses dans le PLFRSS. Cela ne console pas mais cela explique les choses.

Deuxième remarque et des plus sérieuses : Monsieur le Président, vous avez tout à l'heure dit que vous ne portiez pas de jugement sur la C3S. Marisol TOURAINE reviendra sur le fond mais pourquoi le gouvernement a-t-il choisi de supprimer la C3S plutôt que de procéder à d'autres suppressions d'impôt ou de cotisations ? Le gouvernement estimait que cet impôt était le plus injuste, et le plus anti-économique des prélèvements existants car il porte sur le chiffre d'affaires des entreprises. La question des marges et la question des bénéficiaires qui se posent actuellement justifiait plutôt une action sur ce dispositif que nous estimons antiéconomique. Cette se fera de façon progressive.

C'est la transition avec ma dernière remarque. J'ai bien entendu, Messieurs les parlementaires, la question des contreparties. J'ai entendu aussi la question des contreparties tout à l'heure sur le pacte de responsabilité. J'ai entendu aussi ceux qui disent qu'il faut s'engager sur 3 ans, il faut faire tout de suite, très rapidement, sinon cela ne sert à rien. Je crois que le gouvernement a choisi une position très claire. Il inscrit les allègements de cotisation et les réductions d'impôt dans une trajectoire pluriannuelle. Cette trajectoire pluriannuelle est incluse dans le programme de stabilité transmis à Bruxelles. Elle sera incluse dans la loi de programmation des finances publiques qui sera présentée - et je l'espère adoptée - à l'automne. Les choses sont connues et inscrites pour 3 ans dans des lois-cadres.

Deuxièmement, les mesures sont déclinées au fur et à mesure, ce qui permet à l'ensemble des acteurs de vérifier si les conditions du pacte sont respectées. C'est ainsi que nous avons décidé de faire une loi, ici, au mois de juin, et d'y inclure des mesures que nous aurions pu n'inscrire qu'au mois de décembre de cette année puisqu'elles démarreront au 1^{er} janvier 2015. Mais nous souhaitions donner ce signe pour dès à présent prendre des mesures qui peuvent entrer en vigueur à l'automne - je pense aux mesures fiscales - et des mesures sur les cotisations qui entrèrent en vigueur en janvier. Nous les inscrivons mais seulement pour 2015. Dans les documents cadres, la trajectoire et les montants sont connus, souvent même les modalités. Mais les lois annuelles se feront et déclineront les mesures dans le cas où - ce que tout le monde espère - les engagements des uns et des autres soient respectés. Voilà ce que je voulais dire en termes d'équilibre politique et temporel. Toute autre surenchère, d'où qu'elle vienne, serait de nature à rompre les engagements qui ont été pris et qui seront tenus. Ils ne sont pas toujours faciles à tenir car cela nécessite des engagements très forts et d'appuyer sur des équilibres qui ne sont pas toujours forcément acceptés.

Voilà ce que je voulais dire, Madame la Ministre, pour donner ma position en tant que responsable des comptes publics dans leur ensemble.

MADAME LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Merci, Monsieur le Ministre. Je ne reviens pas sur la question des délais. J'entendais, pendant que vous interveniez, une observation disant que vous n'avez pas le texte. Vous l'aurez ce soir. Vous en avez eu une version condensée, résumée hier soir. Je ne reviens pas sur la description des conditions plus difficiles qui auraient pu être celles de cet examen.

Je veux d'abord dire que nous avons parfaitement conscience des efforts qui ont été réalisés par les caisses dans leur ensemble et du fait que la situation dans les caisses est parfois tendue. Il y a des difficultés d'organisation qui peuvent affecter le service rendu au public. Nous sommes évidemment attentifs à tout cela. Des discussions sont d'ailleurs en cours. Nous avons alloué à la branche vieillesse la possibilité de recrutements exceptionnels, compte tenu de la situation particulière de cette caisse face à la mise en œuvre de la loi retraite et dans la perspective de la mise en œuvre du compte pénibilité. J'en dirai un mot dans un instant. Des discussions sont en cours avec la CNAM. J'espère qu'elles vont pouvoir aboutir.

Nous sommes très vigilants. Nous sommes évidemment attentifs à la situation à laquelle sont confrontées les caisses. Je souhaite que les accords puissent être trouvés d'ici l'été.

Je veux dire un mot sur le RSI. J'ai indiqué, dans le cadre de la décision qui est prise d'une baisse progressive de la C3S, que nous allons adosser le RSI au régime général. Adossement qui se justifierait par le fait qu'il y a un alignement des prestations versées. Qui dit adossement ne dit pas tutelle. À la MSA, c'est ce qui est en place depuis de nombreuses années. Il n'y a pas de tutelle. Le fait qu'il y ait un adossement technique des garanties apportées dans la gestion ne signifie absolument pas que, y compris pour ceux qui sont affiliés au RSI, l'interlocuteur change et qu'il n'y ait plus d'identification du régime particulier. Je veux le dire. La MSA pourrait confirmer ces points. Il n'y aura pas de remise en cause de la gouvernance du RSI.

Je veux dire par ailleurs que le dispositif d'adossement est neutre. La baisse de la C3S est neutre pour le régime général, en ce qui concerne le financement. À partir du moment où nous avons indiqué qu'il y aurait compensation des baisses de cotisation pour la Sécurité sociale, pour le régime général, les modalités de ces compensations seront inscrites dans les lois de finances initiales présentées à l'automne. Pour le régime général auquel le RSI va être adopté, sur le plan financier, cette opération sera totalement neutre.

J'ai entendu, du côté des organisations syndicales, notamment la CGT et Force Ouvrière, l'expression d'une inquiétude, au-delà de divergences exprimées sur les choix politiques réalisés, sur le fait que les baisses de cotisations se traduiraient par des baisses de droits pour les salariés, baisses de salaires ai-je même entendu du côté de la CGT. La réponse est clairement non. Les droits sont calculés sur la même base. La question qui est aujourd'hui posée est de savoir qui va financer cette base. Il y aura une compensation par l'État. Mais la base de calcul des droits n'est en aucun cas affectée par ces baisses de cotisations. Il n'y a pas, pour les salariés, de changement dans les droits auxquels ils peuvent prétendre et de changement quant à la base de calcul de leurs droits.

Je ne reviendrai pas davantage sur ce que dit Christian ECKERT. J'ai entendu ce qu'a dit le MEDEF. Valérie CORMAN s'est interrogée sur des signaux contradictoires envoyés par le gouvernement. À lire les déclarations des membres du MEDEF, j'ai le sentiment aussi de quelques messages qui sont proches de l'incohérence. Je ne crois pas que ce soit la meilleure façon de faciliter la mise en œuvre du pacte. Le gouvernement assume ses responsabilités. Il les assume en présentant ce texte. Le temps est donc venu de la mise en œuvre. Il faut aller vite, vous avez raison, Madame. Il faut aller au rythme qui a été annoncé et qui est un rythme rapide. Le respect de la parole donnée est aussi le respect des échéances qui ont été annoncées. Je crois que chacun a intérêt à ce que les choses, maintenant, se mettent en place et se mettent en œuvre. Sinon, il y a toujours des risques qui se prennent. Chacun assume les risques qu'il entend prendre.

La question des retraites a été largement évoquée. Je veux dire d'abord que la loi du 20 janvier 2014 a 4 mois. François JOLICLERC s'inquiétait du rythme de publication des décrets. Un certain nombre de décrets très importants ont d'ores et déjà été pris, qui concernent il y a quelques jours les droits correspondant au congé maternité. Un décret a été pris sur le travail à temps partiel. Des décrets d'application ont été pris concernant l'amélioration des conditions d'attribution du minimum contributif. Nous avançons donc relativement vite, honnêtement, compte tenu du fait que les délais écoulés sont relativement courts encore.

Sur la pénibilité, nous sommes exactement dans le tempo qui a été annoncé. Il n'a à aucun moment été prévu que le décret sur la mise en place du compte pénibilité soit fait avant l'été puisque nous souhaitions donner une large place à la concertation, engagée sous l'égide de Michel DE VIRVILLE. Je veux dire les choses de la façon la plus directe possible. La loi a prévu la mise en place d'un compte pénibilité au 1^{er} janvier de l'année prochaine. Un compte pénibilité se mettra en place pour le 1^{er} janvier de l'année prochaine, qui n'ouvrira des droits qu'à compter de l'année suivante. Il faut le temps que ce compte produise des effets. La question de la mise en place du compte n'est pas discutée. Elle l'est parfois publiquement ou dans les organes de presse mais elle

n'est pas discutée. Cela ne signifie pas que la manière dont ce compte se mettra en place ne doit pas être la plus simple possible. Ce n'est pas parce que l'on veut mettre en place un compte pénibilité que nous aurions la volonté de le rendre par principe le plus compliqué possible. Nous voulons qu'il soit le plus simple possible. Je crois que les organisations syndicales partagent cette appréciation. Qui dit simplicité dit aussi simplicité de l'identification des droits. Cela permet d'éviter qu'il y ait de la contestation. Je crois que nous avons tous à gagner à de la simplicité. C'est le sens dans lequel Michel DE VIRVILLE a travaillé.

Je rappelle que l'ouverture de ce nouveau droit doit se traduire dans le temps par - c'est l'effet le plus visible - des départs anticipés en retraite, si un salarié a été exposé à des facteurs de pénibilité. À terme, ce ne sera pas la seule option possible. Je veux bien réinsister sur le fait que la démarche de prévention est pour nous essentielle. L'ouverture de ce compte pénibilité doit permettre l'engagement d'une retraite progressive ou d'un travail à temps partiel à la fin de la carrière ou avant, ou des mesures de formation, l'accès à des dispositifs de formation permettant une réorientation professionnelle. C'est parce que nous souhaitons favoriser la prévention que la place des entreprises dans ce dispositif est essentielle, même si le compte ne produira d'effet qu'à partir de 2016.

Concernant l'ACOSS, l'horizon de remboursement de la dette par la CADES est bien 2024. Compte tenu de la trajectoire de réduction des déficits qui est prévue en 2017, nous considérons que le montant de trésorerie portée par l'ACOSS devrait rester dans des limites supportables.

Je termine sur la question de la santé. Je ne vais pas m'y attarder car j'aurais l'occasion dans quelques jours, le 17 juin, de présenter des orientations pour l'évolution de notre système de santé. Je voudrais insister sur le fait que, le 17 juin, je ne présente pas le projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Dieu, qui n'a pas grand-chose à voir dans l'affaire, m'en garde. Ce que je souhaite, c'est éviter que nous abordions ces enjeux de santé seulement à travers le prisme de l'équilibre financier, même si l'équilibre financier doit absolument être atteint et facilité.

Nous ne pouvons pas considérer que le seul débat sur le système de santé est un débat sur la manière d'atteindre cet objectif même si, à travers les mesures structurantes qui seront proposées sur les démarches facilitant l'hospitalisation ambulatoire, la médecine ambulatoire et pas seulement la chirurgie ambulatoire, nous avons des espoirs d'économies importantes. Avant même de parler d'économies, nous avons la volonté de favoriser le premier recours, une meilleure organisation de l'offre de soins en ambulatoire qui nous permette d'apporter des réponses satisfaisantes à des charges parfois indues qui pèsent sur l'hôpital et aux souhaits de qualité qui peuvent être exprimés par nos concitoyens.

Sur la question du médicament, nous avons la volonté de faire en sorte que nos concitoyens puissent accéder à des médicaments innovants. Il est exact que certains médicaments qui vont arriver sur le marché vont coûter relativement cher, même tout à fait cher, même si les prix ne sont pas encore négociés et que nous avons à négocier les prix. Je pense au médicament contre l'hépatite C. Cela exige d'autant plus des efforts sur d'autres terrains, avec l'augmentation de la place des médicaments génériques ou la maîtrise des coûts et des prix des autres médicaments et la maîtrise des prescriptions pour maîtriser les volumes de médicaments consommés dans notre pays.

Je ne reviens pas sur les différentes situations qui ont pu être évoquées. Il y a parfois des règles de droits qu'il s'agit de respecter. Nous ne sommes pas seuls - c'est le principe d'un état de droit - à définir les règles de droit. Pour ce qui est de l'AVASTIN et du LUCENTIS, nous avançons, nous travaillons. Des enjeux de droit nous ont empêché d'aller aussi vite que ce que nous souhaiterions mais nous avançons et nous avons bien l'intention d'aboutir. Pour l'orientation de notre système de santé, les orientations retenues seront présentées le 17 juin.

Je voulais remercier chacune et chacun d'entre vous pour sa participation à cette réunion. Pour ce qui est des caisses, vous aurez à examiner le texte dans les jours prochains. Les parlementaires, nous nous retrouverons dans quelques semaines pour l'examen de ce texte. Merci à tous.