

*Mardi 27 octobre 2009
2ème séance
Présidence de M. Tony Dreyfus*

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

Intervention de Mme Marisol Touraine

Motion de rejet préalable déposée en application de l'article 91, alinéa 5, du règlement.

M. le président. J'ai reçu de M. Jean-Marc Ayrault et des membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche une motion de rejet préalable déposée en application de l'article 91, alinéa 5, du règlement.

La parole est à [Mme Marisol Touraine](#).

[Mme Marisol Touraine.](#) Monsieur le président, madame, messieurs les ministres, madame, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, nous abordons ce débat sur le PLFSS dans un climat quelque peu étrange puisque le Gouvernement constate les déficits, et choisit, au nom d'une hypothétique reprise, de ne rien faire.

Ce sentiment d'étrangeté est conforté par l'attitude de la majorité qui, on l'a encore entendu cet après-midi, hésite entre rébellion et résignation ; et il est renforcé par le vote sur la première partie du projet de loi de finances de certains membres éminents de l'UMP, dont le président de la commission des affaires sociales, vote de nature à introduire un doute quant à la confiance que porte la droite elle-même envers les propositions faites par le Gouvernement.

Ce PLFSS est en effet une fuite en avant, au mieux inconsciente - ce que je ne crois pas -, et plutôt destructrice. Au lieu d'engager des réformes de fond, madame la ministre, messieurs les ministres, vous préférez faire les poches des assurés sociaux, avec la multiplication des franchises et autres remboursements médicaux, ou la baisse des pensions. Le déficit effraie mais, je le dis avec une certaine solennité, ce qui est en jeu pour nous, ce n'est pas quelque principe d'équilibre budgétaire - même s'il faut évidemment se préoccuper de l'équilibre -, pas davantage l'idée que les dépenses sociales, en particulier les dépenses d'assurance maladie, deviendraient excessives : c'est tout simplement le fait qu'à ne pas vous donner les moyens de rétablir l'équilibre de la sécurité sociale, vous en préparez peut-être le démantèlement, en tout cas la dénaturation.

Qu'il s'agisse de la maladie ou de la retraite, vous encouragez très concrètement les Français, par votre inaction, à se tourner vers les assurances privées qui finiront par devenir une assurance de base et non plus complémentaire pour une partie de la population. Pour nous, l'enjeu est bien là : il ne porte pas sur la générosité de notre système de protection sociale, mais bien sur son efficacité sociale vis-à-vis de l'ensemble de la population, classes populaires comprises bien évidemment, et sur sa capacité à garantir l'égalité des prestations quelle que soit l'origine sociale.

Ce que nous pensons de ce texte, madame, messieurs les ministres, tient en trois mots : inconséquence, imprévoyance, provocation.

L'inconséquence, elle est évidemment financière. 30 milliards de déficit en 2010 toutes branches confondues, et sans doute 173 milliards en 2013. De quoi donner le vertige ! Et pourtant, ces chiffres ne sont absolument pas sincères. L'impact de la reprise sur l'emploi et donc sur la masse salariale, reprise que nous espérons tous mais qui n'est pas encore confirmée, ne se fera que très progressivement. Dès lors, tabler comme vous le faites sur une croissance annuelle de la masse salariale de 5 % à partir 2011 grâce à une croissance du PIB de 2,5 % apparaît au mieux optimiste, au pire mensonger, quand on sait qu'entre 2000 et 2007, période de croissance importante, la masse salariale n'a crû que de 3,7 % par an. On voit donc bien qu'il est totalement illusoire d'envisager d'atteindre, dans le contexte actuel, les perspectives que vous indiquez.

Le déficit pour 2009, vous le présentez comme principalement conjoncturel. La baisse attendue d'au moins 2 % de la masse salariale en 2009 se soldera par une perte de recettes de 11 milliards minimum pour le régime général.

Ce constat, nous pouvons le partager. Mais nous contestons vos réponses : si ce ne sont pas les dépenses qui dérapent, pourquoi ne pas rechercher vraiment de nouvelles recettes plutôt que de taxer encore les assurés sociaux ?

Vous allez les faire payer cash et très cher votre obsession de ne pas toucher au bouclier fiscal !

Cette obsession, elle se traduit d'abord par le forfait hospitalier. Vous nous dites toujours que celui-ci a été créé par la gauche. Certes, mais dans quel esprit ? Il s'agissait de ne plus laisser les frais de repas à la charge de la sécurité sociale. Qui peut le contester ?

On est largement au-delà du forfait initial. Il était de 3 euros au départ, de 10 euros en 2002, et vous l'aurez presque doublé en sept ans : 18 euros par jour pour des repas, surtout à l'hôpital, je trouve que c'est exagéré. Quinze jours seulement d'hospitalisation, et c'est la moitié de l'allocation mensuelle adulte handicapé qui sera prélevée, soit un quart du SMIC. Les classes moyennes, elles aussi, seront directement concernées. Il ne s'agit pas d'imaginer que ceux qui vont trinquer font partie exclusivement des catégories les plus fragiles et les plus populaires de notre pays.

Autre mesure surréaliste dont on entend aussi parler ces derniers jours : la création d'une nouvelle catégorie de médicaments remboursés à 15 %. Madame la ministre de la santé et des sports, cela devient ubuesque : un médicament est efficace ou il ne l'est pas. Certes, on peut admettre qu'il y ait plusieurs catégories de remboursement parce que l'efficacité est susceptible d'évoluer, mais si un médicament est efficace, il doit être remboursé, et si le service médical rendu devient faible, voire inexistant, il est hautement recommandé de ne pas encourager des pratiques qui peuvent être problématiques. J'insiste sur cette question des remboursements car le seul résultat tangible de votre politique en ce domaine, c'est qu'entre 2004 et 2008, le reste à charge des ménages, hors complémentaires, a augmenté de 14 %, et que le transfert des prestations de l'assurance maladie vers les complémentaires s'est accru de 1,5 point depuis deux ans. Si on enlève ce qui relève des affections longue durée ou de l'hospitalisation, et que l'on prend en compte les prestations qui concernent 80 % des Français, le taux de remboursement hors complémentaire tombe à moins de 55 % au grand maximum. Cela signifie que, alors que l'on se gargarise de chiffres de remboursement par la sécurité sociale qui atteindraient 77 % à 78 %, la réalité est que, pour la plupart de nos concitoyens, ce remboursement n'est que de 50 % à 55 %. C'est une remise en cause très concrète de l'assurance maladie, remise en cause qui va évidemment s'accélérer avec les mesures que vous proposez.

D'un côté, plus de charges pour les assurés, de l'autre, pratiquement rien pour les nouvelles recettes.

En effet, la lutte contre la fraude, par principe nécessaire, n'est évidemment pas la réponse au déficit, compte tenu de l'ampleur de celui-ci. Cela permet à certains membres de la majorité de stigmatiser un peu plus les assurés, mais une telle réponse n'est évidemment pas à la hauteur de l'enjeu.

En outre, vous brandissez, comme un étendard de vertu, les quelques recettes tirées de la réduction de quelques exonérations concernant les retraites chapeau, les contrats d'assurance-vie et les plus-values de cession de valeurs mobilières. Sur ce dernier point, je tiens à souligner qu'il s'agit d'une pure mesure d'affichage puisque, par principe, elle ne rapportera rien en 2010 ! Zéro euro de plus dans le budget de la sécurité sociale ! Vous nous proposez, monsieur le ministre du budget et des comptes publics, un cavalier inconstitutionnel en guise de politique budgétaire. Le compte n'y est pas : moins de 800 millions si l'on tient compte du forfait social, ce n'est pas sérieux !

Alors, qu'en est-il des exonérations dont bénéficient les heures supplémentaires, qui pénalisent l'emploi et coûtent 4 milliards d'euros ? Rien. Qu'en est-il du manque à gagner du fait du bouclier fiscal qui, comble de l'indignité - sentiment partagé jusque dans votre majorité -, exonère les plus riches de toute contribution solidaire, CSG ou CRDS ? Rien. Quant à la mise en place d'un régime de droit commun pour les stock-options ou les retraites-chapeau ? Toujours rien !

Et qu'en est-il de la remise en question des exonérations dont bénéficient les employeurs pour les salaires jusqu'à 1,6 fois le SMIC ? Rien de rien ! Or non seulement ces exonérations constituent une trappe à bas salaires, ce qui en soi devrait être préoccupant, mais elles n'ont manifestement aucun impact sur l'emploi. Nous proposons donc de limiter les exonérations aux 1 000 premiers emplois par entreprise. Nous suggérons aussi de suivre la recommandation du comité des prélèvements obligatoires, qui constate que des employeurs usent et abusent du recours à des rémunérations complémentaires, versées par exemple sous la forme de treizième et de quatorzième mois, ce qui leur permet de bénéficier d'exonérations pour des emplois rémunérés en réalité au-delà du seuil de 1,6 fois le SMIC. Le comité estime à 3 milliards d'euros le manque à gagner ; la Cour des comptes avait déjà évalué à 3 milliards les cotisations à récupérer sur les stock-options ; vous avez, depuis 2002, fait exploser les niches et les exonérations sociales puisqu'elles ont augmenté de 65 %, et se montent à environ 58 milliards. À un moment où l'on débat d'un déficit de la sécurité sociale qui se chiffre en dizaines de milliards d'euros, on voit bien que le lien entre ces exonérations sociales et le déficit s'impose.

Cela dit, nous sommes les premiers à considérer et à affirmer qu'au-delà des mesures que nous préconisons pour obtenir de nouvelles recettes s'imposera une réorientation du financement de la protection sociale. En effet, les prélèvements sur les seuls revenus du travail atteignent aujourd'hui leurs limites - en tout cas tels qu'ils existent aujourd'hui.

Nous sommes prêts à cette discussion, sans refuser de réfléchir au montant des prélèvements. La CSG, instrument principal du financement actuel, doit elle-même évoluer vers plus de progressivité. Il faut s'interroger sur la manière d'aboutir à ce résultat nécessaire - plusieurs pistes sont possibles - si l'on veut se donner les moyens de financer de façon juste notre modèle social, au lieu de l'abandonner au nom de la stabilité des prélèvements obligatoires qui n'est qu'un dogme : le fait d'augmenter le forfait hospitalier, les remboursements et les franchises se traduisent bien par une baisse du pouvoir d'achat des Français.

Affirmer que vous ne voulez pas augmenter les prélèvements obligatoires pour ne pas ponctionner le pouvoir d'achat est un argument qui trouve ses limites. D'un côté, nous aurions un prélèvement qui pourrait être solidaire, alors que de l'autre c'est une taxe qui pèse de manière très différente selon le niveau social des assurés.

Pour engager cette réflexion sur la réorientation du financement de la protection sociale, il est vain d'imaginer que les dépenses de santé vont diminuer, nous l'affirmons haut et fort. C'est sans doute un point qui peut nous différencier. Nous pensons que les dépenses de santé sont appelées à s'accroître à la fois parce que la population vieillit et que les techniques s'améliorent, et surtout parce que la préférence pour la santé s'affirme. Nous pensons que c'est une bonne chose.

Si vous êtes d'accord pour considérer que les dépenses de santé vont augmenter, donnez-vous les moyens - c'est le seul débat - de faire en sorte qu'elles soient financées. Vous ne pouvez pas d'un côté affirmer, comme à l'instant, que vous êtes d'accord pour que les dépenses de santé augmentent, et de l'autre ne prévoir aucune nouvelle recette et ne proposer rien d'autre que des taxations supplémentaires ou des diminutions de dépenses. Se pose une question de cohérence, mais je suis sûre que vous aurez l'occasion de vous expliquer.

Sur le front des recettes, vous faites preuve d'une inconséquence coupable. Tant qu'à laisser filer la dette, en proposez-vous au moins une gestion efficace ? Je ne m'attarderai pas sur ce point, brillamment démontré par plusieurs membres de la majorité. Nous partageons l'inquiétude que suscite votre choix de faire porter la dette sur l'ACOSS, qui devra émettre des billets de trésorerie pour environ 30 milliards d'euros supplémentaires, ce qui paraît d'une irréalité complète au vu des conditions actuelles du marché.

Inconséquence financière, mais aussi imprévoyance structurelle. Une partie du déficit reste due à un déséquilibre structurel. Il y a bien évidemment la branche vieillesse : l'échec de la loi Fillon de 2003 est patent, et votre action depuis n'a rien amélioré.

Concrètement, cela signifie que le niveau des retraites baisse dans notre pays. Votre choix, non assumé et non revendiqué, c'est celui de la baisse des pensions comme solution au problème du financement de notre régime par répartition, et cela sape la confiance des Français dans l'avenir de ce système alors que la crise a démontré qu'on ne pouvait s'en remettre aux fonds de pension.

Nous savons tous que les leviers pour équilibrer le système de retraite ne sont pas infinis. C'est pour cela que nous dénonçons votre immobilisme sur la prise en compte de la pénibilité au travail qui seule permettra de rendre justes les efforts nécessaires. Nous constatons l'absence de toute politique en faveur de l'emploi des seniors, à un moment où la tentation de départs anticipés en retraite refait surface, ce qui est aussi malheureux que compréhensible.

Cette absence de politique en faveur de l'emploi des seniors rend perverse toute idée de relever l'âge légal de départ en retraite. L'année dernière, ici même, Xavier Bertrand, alors ministre des affaires sociales, le disait d'ailleurs à notre collègue Yves Bur qui préconisait de s'engager dans cette voie.

Le Fonds de réserve des retraites, qui doit faciliter le passage du cap des années 2020, est en déshérence. Vous ne l'alimentez plus. Initialement prévu pour disposer de 150 milliards d'euros à cette date, il disposera d'à peine 83 milliards d'euros.

À ce manque de réserves - qui le rendra inefficace - s'ajoute un manque de stratégie quant à son utilisation. Comme l'année dernière, nous proposons de flécher certaines recettes vers le fonds de réserve, comme une augmentation du forfait social ou les cotisations sur les stocks-options.

Dans ces conditions, le rendez-vous de 2010 s'annonce comme le couperet de la rigueur, et il pourrait bien s'abattre notamment sur les avantages familiaux.

À ce stade, je voudrais dire un mot sur l'article 38. Pourquoi est-il franchement insupportable de remettre en cause la majoration de durée d'assurance dont bénéficient les femmes ? Pas au nom de je ne sais quelles valeurs qui feraient des femmes les piliers de l'ordre familial. Pas au nom, monsieur le ministre, de la politique familiale. Mais au nom de cette réalité persistante, violente, qui veut que l'inégalité dont souffrent les femmes au travail aboutisse à ce que leur retraite moyenne soit de 40 % inférieure à celle des hommes.

Dans ces conditions, comment justifier de faire disparaître la maigre compensation que représente la majoration de la durée d'assurance pour répondre aux contraintes indiscutables que pose la jurisprudence ?

Le Gouvernement, après avoir été tenté de le faire - et avant peut-être d'y revenir -, propose un système compliqué pour essayer de pallier la difficulté. Je ne reviens pas sur la description de ce système que tout le monde connaît désormais et qui nous paraît insuffisant et insatisfaisant.

Pour notre part, nous demandons que la totalité des huit trimestres de majoration soit attribuée au titre de la grossesse et de la naissance, et rien au titre de l'éducation. On me rétorque que l'on ne peut pas accorder huit trimestres pour neuf mois de grossesse et trois mois de congé maternité.

Mais la discrimination dont souffrent les femmes au travail ne se résume pas aux mois d'absence après une naissance. Elle dure tout au long de la vie professionnelle. Elle commence même avant que les femmes aient des enfants puisque les employeurs anticipent le fait qu'elles vont être absentes pour ce motif. Les employeurs inventent je ne sais quel sous-investissement dans leur travail des femmes ayant des enfants, et prennent très concrètement prétexte des périodes de maternité pour les marginaliser dans l'entreprise.

Il ne s'agit donc pas de compenser le temps de la maternité, mais le retard professionnel accumulé parce qu'elles sont des femmes. Les données disponibles confirment cette approche : les femmes n'ayant pas eu d'enfant ou un seul enfant ont une pension de 25 % supérieure à celle de l'ensemble des femmes, alors que l'impact de la paternité est nul sur le montant des retraites des hommes.

On ne nous a pas apporté la preuve que notre dispositif était impossible à adopter pour des raisons juridiques. Nous proposons de ne rien faire porter sur l'éducation, pour laquelle le principe de non-discrimination s'applique à plein, du fait de l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Nous proposons de faire porter les huit trimestres sur le seul fait de la naissance et de la grossesse, pour compenser non pas le congé de maternité mais l'inégalité dans le monde du travail. Il n'y a pas là de discrimination vis-à-vis des hommes. Au contraire, il s'agit de corriger une autre discrimination. Il ne nous a pas été démontré que c'était juridiquement impossible.

Toujours sur l'article 38, nous pensons qu'il est inique de ne pas comptabiliser la totalité de cette majoration, en vertu de ce que je viens de dire, dans le calcul des carrières longues.

Après les retraites, l'assurance maladie : les politiques de régulation ne sont manifestement pas votre priorité. Qu'on ne nous dise pas que les mesures de régulation n'ont pas leur place dans un PLFSS : elles sont présentes notamment au travers des missions du FICQS. Il s'agit de financer globalement une politique de santé.

L'augmentation inévitable des dépenses de santé n'empêche pas de rechercher le système globalement le plus efficace : un euro dépensé doit être un euro utile pour la santé de nos concitoyens.

Or quelle est la situation ? La loi HPST, nous la trouvons vide.

Peut-être faut-il attendre la suite des événements ? Mais la situation est assez préoccupante, étant donné les décisions que vous prenez - comme la fermeture des blocs opératoires - alors même que les ARS ne sont pas mises en place.

Le système conventionnel est à bout de souffle, et les tentatives de réanimation sont inutiles à ce stade. Les déserts médicaux s'agrandissent, la prévention et la santé publique sont les dernières roues d'un carrosse qui ressemble de plus en plus à une citrouille, les refus de soins demeurent, les dépassements d'honoraires explosent.

C'est évident : 2 milliards sur 18 milliards, il n'y a que vous pour ne pas vous en rendre compte !

Le secteur optionnel est une fausse bonne idée. Vous permettez à des médecins du secteur 1 de pratiquer des dépassements d'honoraires, sans exiger de ceux qui sont en secteur 2 et qui les multiplient déjà, de revenir à des tarifs plus raisonnables voire opposables. Le secteur optionnel, c'est à très court terme la fin des tarifs opposables. Nous n'avons aucun doute à cet égard.

La régulation du système passe par la consolidation du rôle de l'hôpital public, qui doit sans doute maintenir les efforts vigoureux qu'il a déjà engagés pour une meilleure efficacité financière mais aussi sociale : accueil du public, délais d'attente des patients.

En quelques années, l'hôpital s'est davantage transformé que la médecine libérale mais votre seule réponse c'est la restriction financière qui va signifier concrètement des centaines de médecins en moins dans les hôpitaux.

La comparaison avec le secteur privé trouve vite ses limites. Je veux affirmer ici avec force que la campagne de presse orchestrée par le secteur privé est proprement scandaleuse. On aurait aimé, madame la ministre, vous entendre davantage sur ce point. Votre silence vaut approbation, ce qui est problématique.

Qui forme ? Qui cherche ? Qui accueille 85 % des urgences ? Qui prend en charge la précarité, la totalité des pathologies, notamment les plus graves, sans jamais refuser un patient parce qu'il ne serait pas assez rentable ? L'hôpital public, évidemment !

Votre seule réponse, c'est la fermeture annoncée, sur des critères technocratiques, de centaines de blocs opératoires, sans qu'il soit tenu compte des réalités démographiques, géographiques, sanitaires locales.

Nous répétons notre opposition au principe même de la convergence tarifaire entre le privé et le public. Son renvoi à 2018 est un leurre puisque vous introduisez les premières étapes de la convergence dès ce PLFSS.

Le fonctionnement de la médecine libérale doit être revu. Nous n'approuvons pas l'égalité de l'ONDAM entre l'hôpital et la médecine ambulatoire. Nous proposons de diminuer l'ONDAM de ville pour financer ce qui servira d'ailleurs la médecine de ville, à savoir le FICQS, le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Ce fonds, qui finance les projets structurants, diminue année après année. Madame la ministre, vous nous dites que la totalité des crédits n'étant pas consommés, il est logique de retirer des fonds.

Mais que se passe-t-il très concrètement ? En région, la répartition de l'enveloppe nationale se fait selon des critères purement démographiques. Résultat : dans certaines régions, des tas de projets ne sont pas financés. Les régions qui sont en retard doivent rendre les fonds et se trouvent ainsi privées d'une partie de la dotation annoncée. *De facto*, la sous-consommation des crédits est encouragée par votre pratique politique.

Beaucoup de sujets sont renvoyés aux calendes grecques : la rémunération forfaitaire des professionnels - indispensable à la mise en œuvre d'une politique ambitieuse de prévention -, les délégations de tâches, et, à un degré moindre, l'impulsion donnée aux pratiques de groupe. Nous avons eu l'occasion d'en débattre en commission avec vous, madame la ministre, au moment de l'appréciation des résultats du PLFSS de l'année dernière.

Vous nous annoncez régulièrement de grandes réalisations. En théorie, les expérimentations sur la rémunération forfaitaire sont possibles. Dans la pratique, rien n'a été mis en œuvre. Il serait temps de passer aux actes.

Dans votre projet, la régulation de la consommation médicamenteuse se résume à des déremboursements, alors qu'il convient d'accentuer encore la diffusion des génériques et de réserver les nouvelles molécules aux patients pour qui elles représentent une avancée effective. Sans cela, rien ne pourra avancer de manière constructive.

Le système conventionnel expire sous nos yeux.

Il est temps, sans doute, de passer à une autre étape de l'organisation de la médecine de ville.

Le reste du texte est à l'avenant. Comme l'a clairement démontré Marie-Françoise Clergeau, il ne comporte qu'un pauvre article sur la politique familiale, consacré aux travaux chez les aides maternelles, alors que les besoins d'accueil en structures collectives sont loin d'être satisfaits, que le gel des prestations familiales est contreproductif économiquement en cette période de crise, et que le fonds national promis pour le financement de la protection de l'enfance a été abandonné.

Quant au secteur médico-social, l'inquiétude est grande : son ONDAM est certes fixé à 5,8 %, mais cela ne profitera pas aux établissements existants et, manipulation suprême, vous n'y arrivez qu'en siphonnant 150 millions du budget de la CNSA, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : c'est autant en moins, donc, pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Demander aux plus dépendants de payer pour ceux qui ne le sont pas encore complètement est un comble !

Tout cela, et j'en viens à ma conclusion, finit par tourner à la provocation. Beaucoup de nos collègues de la majorité ont, au nom de la nécessaire rigueur dans la gestion des comptes, exprimé leur préoccupation sur ce texte. Les socialistes partagent cette préoccupation, mais l'essentiel n'est pas là. À s'intéresser seulement à l'équilibre des comptes sans se préoccuper du contenu des politiques suivies, on prépare en effet le terrain à une remise en cause de notre système beaucoup plus fondamentale.

Nous n'entonnons pas le grand air du complot contre la sécurité sociale. Ce n'est pas notre état d'esprit, mais nous constatons que les signes concrets d'un changement d'approche sont déjà là. À force de réduire les retraites à la portion congrue, on pousse les Français à multiplier, quand ils le peuvent, les placements complémentaires. Pour l'assurance-maladie, l'objectif a été clairement énoncé par le Président de la République au congrès de la Mutualité française : les complémentaires doivent prendre le relais. La belle affaire, dites-vous, puisque le patient, qui est remboursé par sa mutuelle, ne voit pas la différence ! Mais c'est faux. Ce n'est pas à un ajustement de tuyauterie que nous assistons, mais bel et bien à un changement de système. Si la prise en charge par la sécurité sociale est solidaire, le remboursement par les complémentaires est anti-redistributif, puisque les prestations dépendent du contrat choisi, et que ce contrat est déterminé en fonction de la capacité à payer. Plus on est riche, plus on peut se payer une bonne complémentaire ; meilleure est la complémentaire, meilleurs sont les remboursements excédant la part de la sécurité sociale. Ce faisant, le remboursement solidaire est progressivement remplacé par un remboursement partiellement - car il ne l'est pas encore complètement - indexé sur les revenus des assurés : on l'observe avec le forfait hospitalier, les déremboursements ou les dépassements d'honoraires, sans parler de l'optique et des soins dentaires. Seuls les contrats les plus chers prévoient la prise en charge de ces frais ; on voit d'ailleurs que la Mutualité française a décidé une augmentation de ses tarifs comprise entre 5 % et 10 % l'année prochaine.

Autre exemple de transfert de responsabilités : la participation des organismes complémentaires à la prise en charge de la grippe A. Solidarité élémentaire en apparence mais tour de passe-passe en réalité, car cette dépense aurait dû être assumée par le budget de l'État et non par celui de la sécurité sociale, dans la mesure où elle relève d'une mission de santé publique. On regrettera d'ailleurs la précipitation et l'imprévoyance du Gouvernement, qui a commandé 94 millions de doses de vaccins et pris, de façon insensée et sans aucun recul, un engagement de paiement alors qu'une seule dose devrait suffire dans la plupart des cas. Franchement, l'industrie pharmaceutique s'en sort plus que bien !

Notre groupe, mes chers collègues, vous appelle donc à rejeter dès à présent le PLFSS car, s'il peut sembler relever d'une posture, celle d'un attentisme tranquille, il est en fait une imposture (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*), un fric-frac de plus dont souffriront les ménages, et qui cache de vraies transformations de notre système de protection sociale. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)
