

Les sénateurs socialistes



Groupe Socialiste du Sénat

BULLETIN SPÉCIAL

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

S O M M A I R E

L'EDITO... **p. 3**

NOTE D'INFORMATION... **p. 4**

- PLFSS pour 2012 : la sécurité sociale, toujours en longue maladie !

INTERVENTIONS... **p. 7**

<u>Jean-Pierre CAFFET</u> :	page 8	Demande de suspension de séance
	page 27	Intervention du Rapporteur pour avis des Finances, dans la discussion générale
	page 51	Explication de vote sur l'ensemble du texte
<u>Jacky LE MENN</u> :	page 9	Demande de suspension de séance
	page 33	Intervention dans la discussion générale
<u>Yves DAUDIGNY</u> :	page 10	Demande de suspension de séance
	page 11	Intervention du Rapporteur général des affaires sociales, dans la discussion générale
	page 46	Explication de vote sur l'ensemble du texte
<u>Ronan KERDRAON</u> :	page 17	Intervention du Rapporteur des affaires sociales, dans la discussion générale
	page 49	Explication de vote sur l'ensemble du texte
<u>Christiane DEMONTES</u> :	page 21	Intervention de la Rapporteuse des affaires sociales, dans la discussion générale
<u>Jean-Pierre GODEFROY</u> :	page 24	Intervention du Rapporteur des affaires sociales, dans la discussion générale
<u>Claire-Lise CAMPION</u> :	page 30	Intervention dans la discussion générale
<u>Aline ARCHIMBAUD</u> :	page 36	Intervention dans la discussion générale
<u>René TEULADE</u> :	page 39	Intervention dans la discussion générale
<u>Samia GHALI</u> :	page 43	Intervention dans la discussion générale
<u>Jean DESESSARD</u> :	page 50	Explication de vote sur l'ensemble du texte

COMMUNIQUÉS DE PRESSE... **p. 52**

- PLFSS pour 2012 : La majorité sénatoriale supprime l'augmentation de la taxe sur les mutuelles

- PLFSS pour 2012 : Le Sénat vote la suppression de la TEPA

- Budget de la sécurité sociale 2012 : le Sénat de gauche met en pièce le projet du Gouvernement et impose sa propre vision de la protection sociale

- Budget de la sécurité sociale 2012 : Le Sénat de gauche, après avoir imposé sa propre vision du budget de la sécurité sociale, rejette en bloc le texte finalisé à l'Assemblée nationale.

L'Edito d'Yves DAUDIGNY...

PLFSS 2012 :

"Nous avons fait la preuve qu'une autre politique sociale est économiquement possible !"

Une double gageure, relevée et réussie.

– Premier texte financier soumis à l'examen du Sénat après les élections du 25 septembre, ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale comportait, pour notre majorité, deux gageures. Il était d'abord impératif que les quatre composantes de la gauche sénatoriale unissent leurs forces de proposition, s'accordent sur l'essentiel du message que la nouvelle majorité peut maintenant adresser à la population de la tribune de la Haute Assemblée et présentent un seul front au moment des votes. Il s'agissait aussi, de faire la preuve de la justesse sanitaire et sociale et du réalisme économique des amendements que nous défendons en séance publique de longue date.



Malgré un calendrier parlementaire plus resserré que jamais, le défi est largement relevé grâce, au sein de notre Groupe, à la forte implication, au travail et à la présence des membres de la Commission des affaires sociales, notamment des rapporteurs et chefs de file, Catherine Génisson pour l'assurance maladie, Ronan Kerdraon et Jacky Le Menn pour le médico-social, Samia Ghali pour la famille, Christiane Demontes et René Teulade pour l'assurance vieillesse, Jean-Pierre Godefroy et Jacqueline Alquier pour les accidents du travail et maladies professionnelles.

Face à un Gouvernement qui s'acharne, sous couvert d'économies, à transférer, à force de déremboursement et d'augmentation de taxes, le coût de la dette sur les ménages, sans jamais parvenir à réduire un déficit que produisent nécessairement les sous-financements structurels qu'il impose en amont, nous avons montré qu'il est possible de rétablir une plus juste répartition de l'effort contributif et de mieux gérer les comptes sociaux, tout en préservant l'accès aux soins.

Près de 4 milliards supplémentaires d'économies. – Nous avons en effet prouvé qu'il était possible, lorsque

la volonté politique est là, d'imposer une gestion plus responsable des comptes en réduisant de près de 4 milliards d'euros le déficit de la Sécurité sociale pour 2012 et les années suivantes en supprimant notamment le dispositif à la fois coûteux et inefficace des exonérations de la loi TEPA applicable aux heures supplémentaires. Mais nous avons aussi rétabli une part des ressources de la Sécurité sociale en majorant les prélèvements sur les stock-options, les "retraites-chapeaux" et les "parachutes dorés". Nous avons imposé un meilleur accès aux soins en supprimant l'augmentation de la taxe sur les mutuelles votée en septembre dernier, en supprimant le raboutage annoncé des indemnités journalières... Nous avons refusé de précariser plus encore la population en supprimant le report de trois mois des allocations familiales, en améliorant la reconnaissance des maladies professionnelles...

Ce dossier spécial rappellera aux uns, précisera aux autres, de manière détaillée, l'ensemble de nos propositions et positions. Il permettra également d'apprécier l'argumentation de la majorité présidentielle et combinée elle nous conforte finalement, tant elle fait long feu : imprévision qui impose au Gouvernement de multiplier au pied levé les Plans de réduction des déficits ; reconnaissance tardive, après tout le monde, d'hypothèses macroéconomiques erronées ; irresponsabilité qui lui fait se contenter de reporter toujours le traitement structurel de la dette sociale et de la financer encore par de nouvelles dettes.

Au-delà, ce sont clairement deux visions inconciliables qui s'affrontent. C'est d'une part la mise en œuvre d'une politique de financiarisation généralisée, y compris à la protection sociale, la croyance qu'à elle seule, la RGPP viendra à bout de la crise, fut-ce au prix d'une restriction de l'accès à la santé. C'est, d'autre part, la conviction que les efforts demandés doivent être autrement et justement répartis, que la prévention, les soins et l'accompagnement constituent des impératifs humains, sociaux mais aussi économique et qu'en la matière, le service public, expression de la solidarité nationale, est et doit en rester le garant.

Yves DAUDIGNY

Sénateur de l'Aisne,

Rapporteur général des finances sociales

Note d'information...

PLFSS pour 2012

La sécurité sociale, toujours en longue maladie !

Que penser de l'année 2011 !

Que penser des comptes 2011 du régime général ?

Entre le vote du PLFSS intervenu fin 2010 et le mois de juin, une petite embellie financière aura permis d'améliorer le solde négatif de 1,4 Milliard. Celle-ci s'explique par une légère amélioration des recettes tirées des cotisations sociales (0,3%) et les mesures rigoureuses de contrôle des dépenses sur la Cnamts, la Cnaf et les AT-MP. La réforme des retraites a aussi un impact sur les comptes de l'exercice .

Tout cela n'est pas bouleversant !

Le seul régime reste déficitaire pour des hauteurs inédites.

La CNAMTS est en déficit depuis 1986 et achève sa 26ème année négative. Compte tenu des données politiques présentées par le Gouvernement, confirmées par les annexes de la LFSS 2011, entre 2011 et 2014 inclus, l'assurance maladie aurait encore 40 MDS de manque à gagner.

Le PLFSS 2011 s'est traduit par une absence totale de courage sur l'enjeu majeur que constitue la sauvegarde de notre système d'assurance maladie.

Dans son rapport , la Cour des comptes, au-delà d'un renforcement des transferts à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) qui gère ce déficit, recommande un effort accru de rétablissement des comptes, concentré en priorité, sur l'assurance maladie. Il s'agit de réduire encore les dépenses de médicaments et de remédier aux inégalités persistantes dans la répartition territoriale des médecins en introduisant une modulation généralisée de la prise en charge des cotisations sociales des médecins conventionnés par l'assurance maladie en fonction de l'implantation territoriale des médecins. La Cour insiste aussi pour réorienter les niches sociales et fiscales des couvertures complémentaires santé et de l'épargne retraite vers les catégories aux revenus peu élevés.

Et de 2012...

Avec 130 milliards de dette, un déficit pour 2012 limité a hauteur de 13,9 milliards grâce a des recettes nouvelles, Le trou de la sécurité sociale est encore loin d'être comblé !

Si le gouvernement ne cache pas sa satisfaction d'avoir réduit par deux le déficit de l'assurance maladie en deux ans, le problème reste entier, et le projet de loi de financement de la sécurité sociale, **ne fait encore une fois que poser quelques rustines**, les moins douloureuses possibles à huit mois de la présidentielle !

En effet, le gouvernement n'a pas prévu de demander de nouveaux sacrifices aux français.

Il se contente de reprendre les mesures du plan d'économies annoncées fin aout par François Fillon qui devraient permettre d'accroître les recettes de la sécurité sociale de 6 milliards d'€ en 2012 et de ponctionner très lourdement les mutuelles et l'industrie pharmaceutique..

Là encore , il n'y a aucun politique structurée derrière ces mesures, décidées au coup par coup. **Tous ces prélèvements relèvent de l'ingénierie financière, ils ne sont pas l'expression de la solidarité nationale !**

Associées aux bénéfices comptables de la réforme des retraites -5 milliards d'€- et à la hausse supérieure aux attentes de la masse salariale qui doit rapporter 1 milliard d'€ dès 2011, ces mesures devraient permettre une baisse du déficit du régime général de la sécurité sociale ramené à 18,2 milliards en 2011 ; puis à 13, 9 milliards en 2012. Au sein de ce déficit, celui de l'assurance –maladie passerait à 9,6 milliards en 2011, puis 5,9 milliards en 2012.

Tout en saluant les mesures du plan anti déficit du gouvernement, Didier Migaud, président de la cour des comptes a rappelé que la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) ne pouvait pas amortir plus de 11 milliards de déficit social par an.

Au delà, et c'est le cas actuellement, les déficits alimentent une dette qui s'élevait fin 2010 à plus de 130 milliards d'€.

Autre écueil, les prévisions du gouvernement reposent sur une hypothèse de croissance de 1,75%, jugée très optimiste jusqu'au sein de la majorité. Le Gouvernement dit avoir tenu compte de la révision à la baisse de l'hypothèse de croissance, passée de plus de 2 % à 1,75 %. Mais plusieurs analystes l'évaluent désormais plus proche de 1,4 % que de 1,75 %.

Vu, le contexte électoral, il fallait s'y attendre : c'est bien un PLFSS d'attente qui est présenté. « il s'agit d'un PLFSS de mise en œuvre des réformes qui ont été faites, comme celles des retraites » défend –on au sein de l'exécutif pour justifier l'absence de mesures plus énergétiques.

Ce projet de loi ne comporte aucun axe de réforme structurelle. Si le déficit diminue, c'est par un saupoudrage de mesures diverses. Ce projet ne consacre pas moins l'abandon de la réforme de la perte d'autonomie, l'incapacité du Gouvernement à réduire les inégalités de santé, à dompter l'inflation des dépassements d'honoraires. Le secteur optionnel pose problème ainsi que la convergence tarifaire entre le privé et le public et les déserts médicaux ne sont en rien réglés. Dans le prolongement des quatre précédents, ce texte illustre une politique qui conduit au recul des droits des patients et de l'accès aux soins.

Reste que la réforme structurelle de la sécurité sociale qui devrait représenter un effort total de 15 milliards d'euros pour être viable est encore repoussée à plus tard

Cinq ans d'une gestion au coup par coup

Pour avoir une vision claire d'une politique publique, rien de tel que de mettre bout à bout toutes les micro mesures adoptées année après année, comme le fait Agnès Bocognano, directrice de la santé à la Mutualité française. Qu'est-ce qui ressort de la gestion de la Sécurité sociale depuis cinq ans ?

Côté recettes, on a multiplié les petites taxes affectées à la Sécu, même si, in fine, elles n'ont fait que compenser la chute des recettes due à la crise.

Au total, depuis l'arrivée de Nicolas Sarkozy à l'Elysée, près de 20 milliards de nouveaux prélèvements ont été ajoutés pour financer la protection sociale, si l'on additionne les dizaines de mesures prises dans le cadre des cinq lois de financement de la Sécurité sociale Entreprises et ménages, salariés et épargnants, toutes les catégories de contribuables ont été sollicitées, mais à des degrés divers. Les complémentaires santé figurent parmi les premiers contributeurs.

Mutuelles, assurances et institutions de prévoyance auront supporté plus de 3 milliards d'euros de taxes nouvelles. Les revenus de l'épargne ont été sollicités à plusieurs reprises : prélèvement à la source des contributions sociales sur les dividendes (2008), instauration du forfait social sur l'épargne salariale (2009) qui sera ensuite relevé chaque année, prélèvement au fil de l'eau des contributions sur l'assurance-vie (2011), hausse des prélèvements sur les revenus du patrimoine (2012), etc.

Le tabac, l'alcool, les sodas, les licences de téléphonie mobile et même les SMS surtaxés des jeux télévisés figurent sur la longue liste des hausses de prélèvements.

C'est plutôt du côté des dépenses que l'évolution est la plus révélatrice de la politique de la santé sous Nicolas Sarkozy. D'abord, on a agi sur le poste des médicaments via la « maîtrise médicalisée » visant à limiter les prescriptions ou à les orienter vers les génériques, et par la baisse des prix moyens. Mais ces actions ont été en partie effacées par la prescription croissante de médicaments récents, donc chers.

Côté dépenses encore, on a transféré une part croissante du financement : d'abord sur les patients, par la création de franchises, d'un « ticket modérateur forfaitaire » en hôpital, par la hausse du forfait hospitalier journalier (de 14 euros en 2005 à 18 aujourd'hui), et par la baisse régulière du taux de remboursement de nombreux « biens médicaux ». Transfert ensuite sur les complémentaires santé qui prennent en charge les dépassements.

Ces deux mesures de réduction des dépenses du régime général n'ont pas empêché ses dépenses globales d'augmenter toujours plus vite - sauf en 2010 - que l'objectif fixé lors du PLFSS - le fameux Ondam. La raison ? Le nombre de personnes prises en charge à 100 %, car relevant des affections longue durée (ALD), augmente chaque année, notamment parce qu'elles s'installent dans la maladie chronique.

Aujourd'hui, les 15 % des patients qui sont en ALD absorbent à eux seuls 65 % des dépenses de l'assurance-maladie.

Il en ressort une sécurité sociale à deux vitesses, avec d'un côté des patients en ALD de plus en plus nombreux et pris en charge à 100 %, de l'autre, les petites maladies en passe de sortir de la solidarité : « Pour ceux qui ne sont ni en ALD, ni soignés à l'hôpital, le taux de remboursement des soins n'est plus que de 49 % », Cet écart croissant, qui a longtemps été le fruit d'un non-choix politique, nous entraîne vers une conception plus libérale de la santé. » Dont le pilier reste la liberté d'installation et de prescription des médecins, dans un régime où la dépense demeure majoritairement socialisée. Voilà pourquoi la France, contrairement à ses voisins, ne parvient pas à contrôler ses dépenses de santé.

Je vous invite à consulter la note détaillée sur l'extranet du site du groupe socialiste : www.senateurs-socialistes.fr ou l'obtenir auprès de la collaboratrice du groupe à l'adresse suivante : m.legrand@senat.fr

Projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012

Interventions des sénateurs socialistes

séances les lundis 7 et 14 novembre 2011

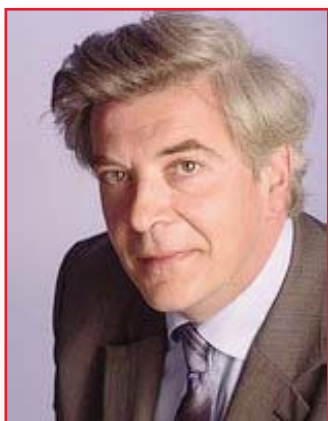
<u>Jean-Pierre CAFFET</u> :	page 8	Demande de suspension de séance
	page 27	Intervention du Rapporteur pour avis des Finances, dans la discussion générale
	page 51	Explication de vote sur l'ensemble du texte
<u>Jacky LE MENN</u> :	page 9	Demande de suspension de séance
	page 33	Intervention dans la discussion générale
<u>Yves DAUDIGNY</u> :	page 10	Demande de suspension de séance
	page 11	Intervention du Rapporteur général des affaires sociales, dans la discussion générale
	page 46	Explication de vote sur l'ensemble du texte
<u>Ronan KERDRAON</u> :	page 17	Intervention du Rapporteur des affaires sociales, dans la discussion générale
	page 49	Explication de vote sur l'ensemble du texte
<u>Christiane DEMONTES</u> :	page 21	Intervention de la Rapporteuse des affaires sociales, dans la discussion générale
<u>Jean-Pierre GODEFROY</u> :	page 24	Intervention du Rapporteur des affaires sociales, dans la discussion générale
<u>Claire-Lise CAMPION</u> :	page 30	Intervention dans la discussion générale
<u>Aline ARCHIMBAUD</u> :	page 36	Intervention dans la discussion générale
<u>René TEULADE</u> :	page 39	Intervention dans la discussion générale
<u>Samia GHALI</u> :	page 43	Intervention dans la discussion générale
<u>Jean DESESSARD</u> :	page 50	Explication de vote sur l'ensemble du texte

PLFSS pour 2012

Demande de suspension de séance

Intervention de Jean-Pierre CAFFET, rapporteur pour avis de la Commission des finances, sénateur de Paris

Monsieur le président, mesdames et monsieur les ministres, mes chers collègues, après le plaidoyer de Mme Jouanno pour les annonces faites ce matin par le Gouvernement, je tiens à préciser que ces annonces, pour attendues qu'elles fussent, modifient de manière sensible le projet de loi de financement de la sécurité sociale qui nous a été soumis.



Parmi toutes les mesures qui ont été annoncées ce matin, j'en ai retenu trois.

La première porte sur l'âge de départ à la retraite à 62 ans, qui deviendra effectif en 2017 au lieu de 2018. Quel sera l'impact de cette mesure sur les comptes de 2012 et à l'horizon de 2018 ?

La deuxième est l'indexation des prestations familiales à hauteur de 1 %. Quelles seront les conséquences de cette mesure sur la branche famille, qui nous préoccupe, puisqu'elle n'est pas en bonne santé, si je puis m'exprimer ainsi ?

La troisième est l'abaissement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM, de 2,8 %, dans l'actuel projet de loi, à 2,5 %.

Il est clair que ces mesures ont des incidences sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui est non pas le texte de la commission des affaires sociales, mais celui que nous a transmis l'Assemblée nationale.

Il est difficile d'admettre que le travail parlementaire se déroule dans de telles conditions.

Je ne comprendrais pas, en qualité de rapporteur pour avis de la commission des finances, que l'on engage le débat sans avoir présents à l'esprit ne serait-ce que les ordres de grandeur pour les comptes de la sécurité sociale pour 2012 – ainsi que pour les années qui suivent, puisque des projections à moyen terme ont été annexées au projet de loi de financement – et la manière dont les mesures annoncées vont s'insérer dans le présent PLFSS.

Nous ignorons, en effet, – et c'est une autre difficulté – comment le Gouvernement entend procéder. Déposera-t-il des amendements sur le présent PLFSS ? Présentera-t-il un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale dans les semaines ou les mois qui viennent ? Nous sommes dans le flou le plus total sur ce point.

Pour toutes ces raisons, je m'associe à la demande de suspension de séance de Mme la présidente de la commission des affaires sociales. Il faut effectivement permettre à la commission des affaires sociales de se réunir afin de chercher la vérité sur ce qui nous attend dans cette discussion et de mesurer les conséquences des annonces qui ont été faites ce matin. Cela me semble être la moindre des choses, ne serait-ce que pour la dignité du travail parlementaire.

PLFSS pour 2012

Demande de suspension de séance

Intervention de Jacky LE MENN, sénateur d'Ille-et-Vilaine

Le groupe socialiste s'associe lui aussi à la demande de la présidente de la commission des affaires sociales. Il ne serait pas sérieux d'engager un examen, assorti d'un vote, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale alors que les annonces du Gouvernement emportent des conséquences très importantes pour la suite de nos travaux.



sociales afin qu'elle puisse se prononcer, l'ensemble des dispositions proposées.

Mais puisque nous sommes sérieux, toutes sensibilités politiques confondues, écoutons d'abord les trois ministres concernés nous exposer les motivations du Gouvernement et nous dire ce qu'ils préconisent pour rendre ce projet de loi de financement de la sécurité sociale cohérent et crédible.

Les trois ministres qui sont parmi nous aujourd'hui ne devraient me semble-t-il voir que des avantages à expliciter les mesures qui ont été évoquées par Mme Jouanno voilà quelques instants.

Une révision était nécessaire. Reste à savoir précisément sur quels points elle doit porter. Les éléments d'information dont nous disposons suscitent de nombreuses réticences, ne serait-ce que sur l'ONDAM, qui va évoluer à la baisse.

Il importe que les membres du Gouvernement présents aujourd'hui nous expliquent comment nous pourrions, dans les mois à venir, assurer le financement des hôpitaux, garantir la prise en charge de nos concitoyens dans de bonnes conditions, alors même que l'on nous annonce un plan d'austérité sans précédent.

Mes chers collègues, nous ne pouvons pas faire comme si ce plan n'existait pas. Travaillons avec sérieux ; mettons à plat, en commission des affaires

PLFSS pour 2012

Demande de suspension de séance

Intervention d'Yves DAUDIGNY, rapporteur général de la Commission des affaires sociales, sénateur de l'Aisne

Monsieur le président, mesdames et monsieur les ministres, mes chers collègues, l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 est assez original et irréal, certes par la nature de la majorité nouvelle du Sénat, mais aussi



parce que les données à partir desquelles le texte est équilibré sont fausses. Madame la ministre du budget, nous l'avions dit et vous en étiez convenu.

Nous devrions débattre en définitive d'un nouveau projet de loi de financement de la sécurité sociale, virtuel en quelque sorte : il repose sur des données qui sont rectifiées, réajustées, mais cette fois il n'est plus en équilibre. Il est difficile de combiner les deux.

Vous nous avez indiqué, madame la ministre, qu'il n'était pas possible, dans le respect du parcours démocratique des textes dans notre pays, de donner aujourd'hui au Sénat le détail des mesures qui viendront rectifier le projet de loi de financement de la sécurité sociale existant pour parvenir à la situation d'équilibre. Vous nous avez dit aussi que la déclaration faite ce midi par M. le Premier ministre avait justement pour objet d'éclairer le Sénat sur l'avenir du texte dont il discute aujourd'hui. Nous prenons acte de cette déclaration.

La commission des affaires sociales, mesdames et monsieur les ministres, a la volonté de débattre de ce texte. En effet, les enjeux sont importants pour nos concitoyens : il y va de leur santé, de leur vie professionnelle et familiale ; je pense notamment aux retraites ou encore aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Nous allons donc, comme vous l'avez souhaité, reprendre le cours du déroulement de cette séance : nous allons vous écouter, mesdames et monsieur les ministres. Mais à l'issue de vos prises de parole, nous demanderons de nouveau une suspension de séance, de façon que les différents rapporteurs, y compris moi-même, puissent, à la lueur des éléments que vous leur fournirez, en espérant que vous leur présenterez à ce stade les amendements qui seront ensuite débattus, modifier leurs interventions.

Dans ces conditions, tout en ayant conscience de toutes les imperfections qui ont déjà été notées et du caractère irréal qui préside à l'examen de ce texte, nous pourrions entrer dans le vif du sujet, c'est-à-dire examiner les différents articles du texte.

PLFSS pour 2012

Discussion générale

Intervention d'Yves DAUDIGNY, rapporteur général de la Commission des affaires sociales, sénateur de l'Aisne

Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, quelques jours avant celui du projet de loi de finances, constitue chaque année un rendez-vous d'importance politique majeure. Cette année, il intervient à la veille d'échéances électorales déterminantes pour notre pays. Son apport au débat national est donc essentiel pour éclairer nos divergences, nos différences d'analyse, et, surtout, pour montrer qu'il existe des alternatives, des solutions permettant de régler les problèmes autrement.



Le contexte économique actuel tendu, marqué par la hausse du chômage et la crise des dettes européennes, ainsi que l'annonce, voilà quelques heures à peine, d'un nouveau plan d'austérité, j'y reviendrai, influenceront aussi la tonalité de nos échanges. Pour ma part, j'essaierai, madame la ministre, d'avoir une approche constructive et responsable, sans langue de bois, toutefois.

La nouvelle majorité de la commission des affaires sociales a souhaité imprimer sa marque sur ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Des contraintes constitutionnelles et organiques rendent cependant quasi impossible la mise au point d'un contre-projet. D'une part, l'article 40 de la Constitution interdit toute création ou hausse de dépenses. D'autre part, la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale enserme la loi de financement de la sécurité sociale dans un cadre rigide.

Ces motifs et la brièveté des délais depuis le renouvellement des instances sénatoriales, ont rendu difficile la construction d'une alternative complète au texte que vous nous proposez, madame la ministre. En outre, le Sénat ne dispose pas des moyens techniques permettant, par exemple, de proposer en parfaite connaissance de cause de nouveaux tableaux d'équilibre pour les différentes branches de la sécurité sociale, ainsi qu'un cadrage macroéconomique remanié.

Nous avons donc fait le choix d'une approche plus politique que technocratique, car nous pensons que c'est ce qu'attendent nos concitoyens.

J'en viens donc à nos principaux constats.

Cette année, le cadrage, établi parallèlement à celui du projet de loi de finances à la fin de l'été, était – nous pouvons désormais utiliser l'imparfait – excessivement optimiste. Vous le corrigez, madame la ministre : c'était indispensable !

En effet, retenir une hypothèse de croissance de 1,75 % pour 2011 et 2012, puis de 2 % pour les années suivantes – c'est toujours ce qui figure dans les tableaux que vous nous avez fournis – était très volontariste.

Pour ce qui concerne la masse salariale, qui détermine les trois quarts des ressources de la sécurité sociale, prévoir une progression de 3,7 % en 2011 et en 2012, et de 4 % par an à partir de 2013 était, compte tenu des résultats des dernières années, extrêmement ambitieux.

Ces prévisions sont aujourd'hui irréalistes. Tous les économistes et experts tablent sur une croissance sans doute inférieure à 1 % en 2012. Sous la pression des marchés et de nos partenaires européens, le Président de la République s'est donc aligné sur ce taux, comme l'avait fait l'Allemagne quelques jours plus tôt.

Les conséquences concrètes de ce réajustement appellent une grande vigilance. Si celui-ci doit naturellement empêcher toute nouvelle dérive des comptes, il faut veiller – c'est essentiel – à ce qu'il soit appliqué de manière équitable aux différents acteurs de la sphère sociale. De ce point de vue, la revalorisation de 1 % seulement des prestations sociales en 2012 ne répond certainement pas à cet objectif.

Or, dans le cadre économique particulièrement optimiste retenu à l'annexe B, les comptes du régime général restent déficitaires jusqu'au terme de la projection, en 2015, même si le déficit est ramené de 13,9 milliards d'euros en 2012 à 8,5 milliards d'euros. Avec le Fonds de solidarité vieillesse, le FSV, ce seront donc encore plus de 10 milliards d'euros qui ne seront pas financés !

Pour tenir ce cap, un effort de maîtrise des dépenses est prévu afin de compenser la croissance tendancielle élevée des branches vieillesse et maladie. Mais, à l'évidence, cet effort ne sera pas suffisant au regard de l'ampleur des déficits programmés.

Bien entendu, ces projections sont très volatiles : il suffit de modifier l'une des hypothèses pour que les soldes présentés deviennent caducs. Par exemple, une progression de la masse salariale inférieure de un point aux projections représente 2 milliards d'euros de déficits supplémentaires.

Malgré tout, ce cadrage pluriannuel a le mérite de tracer une trajectoire et de faire apparaître les contraintes et les difficultés liées à l'objectif de réduction des déficits – nous ne les oublions pas. Il montre aussi de manière éclatante que le Gouvernement a totalement abandonné toute perspective d'un retour à l'équilibre à moyenne échéance. Est-ce vraiment responsable ?

Qu'en est-il des comptes présentés dans ce PLFSS ?

L'année 2010 aura été celle des déficits historiques.

Le régime général a terminé 2010 avec un solde négatif de 23,9 milliards d'euros, soit plus du double de ce qu'il était en 2008 ! La branche maladie, en particulier, a vu ses comptes plonger, son déficit s'élevant à 11,6 milliards d'euros – soit trois fois le montant constaté en 2008. Bien entendu, la dégradation des comptes a résulté de la chute sans précédent des recettes, elle-même liée à la crise économique et financière.

Mais, comme la Cour des comptes l'a fait observer à de maintes reprises, nous ne serions pas tombés aussi bas si notre pays avait pu aborder la crise avec des comptes à l'équilibre... Les 10 milliards d'euros de déficit constatés chaque année depuis 2004 ont plombé durablement nos finances sociales ; nous devons en payer le prix pendant très longtemps.

Un léger redressement a été amorcé en 2011. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale voté à la fin de l'année dernière a prévu un déficit de 20,9 milliards d'euros pour le régime général. Fort heureusement, la masse salariale a repris sa progression – 3,7 % sur l'ensemble de cette année, selon les prévisions –, nous permettant d'espérer un déficit légèrement réduit : il pourrait s'élever à 18,2 milliards d'euros, soit 2,7 milliards d'euros de moins que prévu. La branche maladie reste la plus déséquilibrée, son solde – négatif pour 9,6 milliards d'euros – représentant plus de la moitié du déficit total.

Les prévisions pour l'année 2012 s'inscrivent dans le cadre général de la trajectoire de réduction des déficits publics à 4,5 % du produit intérieur brut.

Je rappelle que le déficit du régime général devrait s'établir à 13,9 milliards d'euros. Une progression des ressources de 4,9 % est attendue, grâce au dynamisme de la masse salariale et aux effets des mesures nouvelles, qui devraient rapporter 5,3 milliards d'euros.

Plusieurs de ces mesures ont déjà été adoptées, pour un montant de 2,9 milliards d'euros, en loi de finances rectificative : c'est le cas notamment de la hausse du taux de la taxe sur les contrats responsables, j'y reviendrai, et la majoration du taux du prélèvement social sur les revenus du capital.

D'autres mesures figurent dans ce PLFSS : hausse du forfait social ; réaménagements de l'assiette de la CSG, de la contribution sociale de solidarité des sociétés, la C3S, et de la taxe sur les véhicules de société ; intégration des heures supplémentaires dans le calcul des allègements généraux ; augmentation de la fiscalité sur les alcools.

Les autres, comme la taxe sur les boissons sucrées, sont inscrites dans le projet de loi de finances pour 2012.

Une fois de plus, madame la ministre, les mesures proposées sont éparpillées entre différents projets

de loi, ce qui rend peu lisible la politique du Gouvernement - sans doute est-ce à dessein -, et la tâche très difficile pour qui voudrait avoir une approche d'ensemble des comptes sociaux.

Les dépenses, quant à elles, augmentent de 3,3 %. Le delta permet de réduire le déficit de 4,3 milliards d'euros par rapport à 2011.

Vous nous proposez de nouvelles économies pour tenir cet objectif de réduction ; mais il s'agit, pour une large part, de mesures d'urgence applicables uniquement en 2012...

Je veux à présent vous faire part des principales observations formulées par la commission des affaires sociales sur les équilibres des comptes sociaux.

Première observation : ce PLFSS n'apporte pas plus que les précédents les solutions nécessaires à la sauvegarde de notre système de protection sociale. Comme je viens de le montrer, il ne résout ni la question des déficits, ni celle du manque structurel de recettes des branches maladie et famille ainsi que du Fonds de solidarité vieillesse, ce FSV que l'on oublie parfois dans le calcul des déficits totaux. Il ne résout pas davantage le problème, pourtant fondamental, de l'accès aux soins, ni la douloureuse question du reste à charge, ni les problèmes financiers des hôpitaux.

Bref, ce PLFSS ne traite aucun des sujets qui appellent des réponses urgentes !

Au sujet des restes à charge, il est vrai qu'une amélioration a été constatée en 2009 et 2010. Elle est essentiellement due au taux de remboursement de 100 % appliqué pour les affections de longue durée, les ALD.

Il s'est en réalité produit un « effet cloche » : après avoir augmenté, les restes à charge ont récemment baissé. Mais il y a une dizaine d'années, ils étaient sensiblement inférieurs à ce qu'ils sont aujourd'hui : 9 %, par exemple, en 2000.

Deux exemples me paraissent emblématiques de la négligence, je dirais presque l'irresponsabilité du Gouvernement.

La dette de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles, d'abord, atteindra 3,8 milliards

d'euros à la fin de l'année 2011. Or que fait le Gouvernement ? Il décide un transfert partiel à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, la CADES, pour 2,5 milliards d'euros. Sans doute s'agit-il de profiter de la hausse mécanique des recettes de CSG et de CRDS résultant des aménagements d'assiette... Où est la logique ?

La question se pose d'autant plus que le Gouvernement prévoit également d'affecter au régime agricole une plus grande partie des droits sur les alcools, ce qui lui permettrait de couvrir un tiers de son déficit. Cependant, outre le fait qu'elle ne constitue qu'une solution très partielle aux problèmes de ce régime, cette méthode revient à ponctionner des recettes de la Caisse nationale d'assurance maladie, au motif que la CNAM disposera de nouvelles recettes grâce au PLFSS...

Comment s'y retrouver dans un pareil labyrinthe ! Madame la ministre, peut-on, en toute responsabilité, se livrer à un tel jeu de bonneteau ?

Rien n'a été prévu, ensuite, pour la couverture en 2012 des déficits des branches maladie et famille. Si les prévisions sont respectées, il faudra financer dans quelques mois 8,2 milliards d'euros de déficit... Transférera-t-on aussi ce déficit à la CADES, avec une recette de poche quelconque pour en assurer le remboursement ? Le laissera-t-on dans les comptes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, l'ACOSS, en attendant de trouver quoi en faire ?

Cette politique de court terme n'est plus acceptable. Les enjeux sont trop graves. Nous ne pouvons plus continuer à fabriquer de la dette à partir de nos dépenses courantes.

Avec la crise, les déficits sociaux ont atteint des sommets : plus de 70 milliards d'euros en trois ans pour le régime général et le FSV. La dette sociale a doublé depuis 2007, et nous la transférons, sans états d'âme, à nos enfants et à nos petits-enfants !

Deuxième observation : le Gouvernement persiste dans sa politique de réajustements ponctuels des recettes. J'ai fait tout à l'heure l'inventaire rapide des mesures figurant dans le PLFSS en matière de recettes : elles ne répondent à aucune stratégie d'ensemble et ne sont clairement pas à la hauteur des enjeux.

Je veux prendre, là encore, deux exemples.

Le forfait social, d'abord, est augmenté de deux points – comme les deux années précédentes. Il est ainsi porté à 8 %, pour un gain de 410 millions d'euros. Pourquoi cette politique des petits pas ? On ne compte plus les institutions qui, de la Cour des comptes au Comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales - présidé par Henri Guillaume, il a rendu son rapport en juin dernier –, ont indiqué que le forfait social pouvait être relevé plus nettement. Pourquoi ne pas emprunter cette voie ?

Le complément de libre choix d'activité versé aux foyers avec jeunes enfants, ensuite, devait être assujéti à la CSG. Cette mesure était censée rapporter 140 millions d'euros à la sécurité sociale. L'Assemblée nationale l'a supprimée à l'unanimité ; bien entendu, nous proposerons de maintenir cette suppression. Est-il défendable de s'attaquer aux revenus de personnes qui sont souvent en situation difficile dans le contexte de la crise actuelle ?

Et que dire du gage trouvé pour compenser cette suppression... Le report de trois mois de la revalorisation des prestations familiales est pour nous réellement indigne ! Maintiendrez-vous ce report, alors qu'aujourd'hui même la revalorisation a encore été revue à la baisse, si l'on en croit ce que le Premier ministre vient d'annoncer ?

Troisième observation : il est devenu prioritaire de définir une véritable stratégie de mobilisation des recettes afin de sauvegarder notre modèle de protection sociale. J'en ai parlé, la semaine dernière, au cours du débat sur les prélèvements obligatoires et leur évolution. Les amendements que notre commission a adoptés sont le reflet de cette conviction.

La stratégie qu'il est nécessaire de définir pour mettre à niveau les recettes de la protection sociale doit reposer sur trois piliers.

Je citerai d'abord la suppression des mesures coûteuses et inefficaces : je pense naturellement aux exonérations de charges sur les heures supplémentaires mises en place par la loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite loi TEPA. Nous n'avons pas peur d'avoir ce débat, et nous l'aurons, car, dans le nouveau contexte de rigueur, ce cadeau fiscal et social de 2007 est de plus en plus contestable.

Je citerai ensuite la poursuite de la révision des niches sociales. De vraies marges existent encore :

hausse du forfait social, stock-options, attributions gratuites d'action, retraites chapeau, indemnités de rupture.

Je citerai enfin la mobilisation de recettes nouvelles. Nous devons en particulier travailler à un meilleur ciblage des allègements généraux de charges sociales. Nous n'avons, madame la ministre, rien dit de plus : j'ai parlé d'un meilleur ciblage des allègements généraux, pas de leur suppression. J'ai trouvé que vous avez fait de nos propositions une lecture, sinon caricaturale, du moins quelque peu hâtive...

Madame la ministre, chers collègues de l'opposition, l'effort sur les recettes que nous proposons n'implique nullement un relâchement de la maîtrise des dépenses, qui ne serait naturellement pas responsable. Mais cette maîtrise doit être juste et avoir pour objectif une meilleure efficacité du système au profit de nos concitoyens. À cet égard, qu'en est-il de l'assurance maladie, qui constitue le plus gros poste de dépenses de notre budget social. ? Le PLFSS pour 2012 s'inscrit malheureusement dans le prolongement des précédents : on y multiplie les mesures ponctuelles en se gardant bien d'aborder les problèmes structurels...

Ne serait-il pas préférable de maîtriser les dépenses de santé en amont, par exemple en développant davantage la prévention ou l'éducation thérapeutique – vous-même l'avez dit et nous pouvons tomber d'accord sur ce point –, plutôt que de se focaliser sur une régulation macroéconomique a posteriori et sur l'affichage d'un ONDAM trop volontariste pour être crédible ?

Vous avez annoncé une révision de 2,8 % à 2,5 % s'agissant de l'ONDAM pour 2012, ce qui correspond à une réduction des dépenses de 700 millions d'euros. Sur quelles dépenses allez-vous faire porter l'effort ? Nous l'avons bien compris : la réponse nous sera donnée dans le cadre d'un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale.

Par nature, les solutions de court terme que privilégie le Gouvernement ne sont pas pérennes ; de surcroît, elles érodent les principes fondateurs de notre sécurité sociale : universalité et solidarité. C'est le cas des participations forfaitaires, des multiples franchises, des remboursements erratiques, des gels arbitraires de dotations pour les hôpitaux : la liste est longue des mesures qui ne font que saper les bases de notre système sans régler aucun des problèmes de fond !

Les déremboursements ont-ils réorienté la politique du médicament – alors que l'on sait que le véritable problème tient à la multiplication des molécules et à leur prix élevé ? Les franchises ont-elles modifié le comportement des assurés ? Non, deux fois non !

Ces mesures ont eu un seul résultat tangible, dramatique même pour certaines familles : elles ont rendu l'accès aux soins encore plus difficile. C'est un point de désaccord important entre nous ! Ainsi, 16 % des Français renoncent aujourd'hui à se soigner pour des raisons financières – un sondage a même avancé le chiffre de 30 %...

Les dépassements d'honoraires, qui ont explosé depuis leur création en 1980, ont doublé ces vingt dernières années, culminant à 2,5 milliards d'euros en 2010. Ces pratiques ont entraîné des transferts de prise en charge de l'assurance maladie vers les organismes complémentaires, qui pourraient, à terme, remettre en cause notre système obligatoire de base. Rappelons que le taux de remboursement de la sécurité sociale pour les soins courants représente aujourd'hui de 50 % à 60 % de leur coût : quel serait demain pour les jeunes, qui sont rarement malades, l'intérêt de demeurer dans le système de sécurité sociale si le taux de remboursement diminue encore ?

Je suis surpris par la réponse du Gouvernement, qui propose en fait d'entériner une partie de ces dépassements, sans agir sur ceux qui sont excessifs, et de les faire rembourser par les complémentaires santé, c'est-à-dire par les assurés eux-mêmes via leurs primes d'assurance. Veut-on vraiment nous faire croire que le secteur optionnel est la solution aux dépassements d'honoraires ?

L'accès aux soins, c'est aussi la question de l'inégale répartition des médecins libéraux sur le territoire. Force est de constater que les quelques mesures dites « incitatives », votées ces dernières années, n'ont pas d'effets, ou qu'ils sont trop lents. Il sera nécessaire, très vite, de se montrer plus volontariste, en relançant d'abord les négociations conventionnelles pour aboutir à un accord efficace.

C'est sur la base de ces observations que notre commission propose de supprimer les nombreux dispositifs qui pénalisent déjà les patients, ou qui les pénaliseront si nous votons ce texte.

Il s'agit, tout d'abord, du doublement de la taxe sur les contrats « responsables » adopté dans une loi de

finances rectificative en septembre dernier : cette mesure ne peut que renchérir le coût des complémentaires. Elle paraît d'autant plus contre-productive que, en pénalisant ainsi les contrats « responsables » et en y ajoutant la prise en charge des dépassements d'honoraires du secteur optionnel envisagé par le Gouvernement, on videra ces contrats de leur sens. Il est évident que les organismes complémentaires n'auront alors plus intérêt à les proposer, car ils seront nettement plus chers pour leurs affiliés. Est-ce le résultat escompté par le Gouvernement ? J'ajoute que ce serait malheureux parce que, au moins, ces contrats ne peuvent pas discriminer les assurés selon leur état de santé.

Pour les mêmes motifs, nous ne soutiendrons pas la création, à marche forcée, du secteur optionnel, qui me semble – et je ne suis pas le seul à le penser – dangereux à bien des égards s'il n'est pas accompagné d'autres mesures tendant à limiter les dépassements d'honoraires. Il ne constituera qu'un effet d'aubaine pour certains médecins, mais il créera un sentiment de découragement chez d'autres, notamment les généralistes, qui respectent les tarifs opposables.

Par ailleurs, nous proposons de supprimer la franchise sur les boîtes de médicaments – une recette que vous incluez dans le calcul de l'ONDAM tel que vous l'avez présenté tout à l'heure, madame la ministre. Cette mesure est profondément injuste et inégalitaire, car elle touche d'abord les personnes disposant de faibles ressources et celles qui sont en mauvaise santé. Du reste, elle ne règle en rien, je le répète, le problème du prix du médicament en France.

En outre, nous ne cautionnerons pas le rabetage annoncé des indemnités journalières envisagé par le Gouvernement. Je signale, au passage, que grâce au programme déployé par l'assurance maladie, le volume des indemnités journalières a baissé de 11 % ces trois dernières années, alors même que la croissance de la population active et son vieillissement auraient dû entraîner son augmentation. La CNAM estime à 1 milliard d'euros l'économie annuelle résultant des efforts ainsi engagés.

Par ailleurs, notre commission demande l'abrogation du processus de convergence tarifaire entre les hôpitaux et les cliniques.

Dans son dernier rapport annuel sur la sécurité sociale, la Cour des comptes montre clairement que

ce processus est mal engagé, car mal défini. Ne nous obstinons pas dans cette voie et engageons plutôt une réflexion d'ensemble sur les modes de financement des hôpitaux pour aboutir à une articulation optimale entre tarification à l'activité et dotations liées aux missions de service public.

Enfin, nous proposons la suppression de la contribution à l'aide juridique pour les procédures sociales. Notre commission s'était déjà élevée en juillet dernier contre l'assujettissement des contentieux de sécurité sociale à cette nouvelle taxe de 35 euros ; mettons de nouveau en cohérence le code général des impôts avec la loi de 1946, qui prévoit que ces procédures sont gratuites et sans frais.

Toutes ces observations m'amènent à dire que le Gouvernement n'a pas pris la mesure des questions qui se posent : la contrainte globale sur les dépenses ne peut être efficace longtemps et va miner le système dans son ensemble. Il est urgent d'adopter, comme nous ne cessons de le réclamer, une grande loi de santé publique : si nous savons mieux préserver la santé de nos concitoyens, nous limiterons évidemment la progression des dépenses de l'assurance maladie. C'est là, à mon sens, la seule démarche à entreprendre si l'on souhaite agir en faveur de la consolidation de notre protection sociale.

Au total, la commission a attribué au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 une note « triple I » – une expression déjà reprise par la presse ! – et les mesures annoncées ce midi n'y changeront rien. Ce PLFSS est irréaliste, tout d'abord, car son cadrage macroéconomique n'est pas suffisamment prudent ; sur ce point, le Premier ministre nous a donné raison tout à l'heure. Il est indigent, ensuite, du fait de l'absence totale de solutions structurelles aux graves problèmes que connaît notre système de protection sociale, comme je l'ai montré. Il est irresponsable, enfin, car il continue à faire payer notre impéritie actuelle aux générations futures.

Sans un retour rapide à l'équilibre, la pérennité de notre modèle de protection sociale est irrémédiablement condamnée. L'histoire jugera sévèrement ceux qui ont renoncé à engager les efforts nécessaires à la préservation de l'héritage unique que nous ont laissé nos prédécesseurs. La solidarité nationale et la sécurité sociale sont des valeurs qu'il nous faut porter haut, même en temps de crise, et c'est ce que nous ferons.

PLFSS pour 2012

Discussion générale

Intervention de Ronan KERDRAON, rapporteur de la Commission des affaires sociales pour le secteur médico-social, sénateur des Côtes d'Armor

Monsieur le président, mesdames les ministres, monsieur le rapporteur général, mesdames, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, permettez-moi de citer quelques propos tenus l'année dernière par notre rapporteur Sylvie



Desmarescaux, du haut de cette tribune : « L'année 2011 sera cruciale pour le secteur médico-social. Le Parlement examinera, enfin, la réforme de la prise en charge de la dépendance annoncée dès la fin de l'année 2007 par le Président de la République. Dans ces conditions, le projet de loi de financement de la sécurité sociale est un texte d'attente. » Or cette attente ne fait que se prolonger...

En préambule à l'analyse des crédits dévolus aux établissements et aux services médico-sociaux du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, je tenais à vous remettre en mémoire ces propos, qui prennent aujourd'hui tout leur sens, voire une signification nouvelle.

En effet, en tant que rapporteur pour le volet médico-social, je ne peux que faire valoir le sentiment de profonde déception ressenti par l'ensemble des acteurs de ce secteur après l'abandon de la réforme attendue de la dépendance. Cette déception que, du reste, nous sommes nombreux à partager, quelles que soient les travées sur lesquelles nous siégeons, est d'autant plus vive que le Président de la République a, depuis 2007, affirmé à maintes reprises dans des termes particulièrement forts sa détermination à mener à bien ce chantier.

Je me contenterai, mes chers collègues, de vous rapporter un extrait de son intervention devant le

Conseil économique, social et environnemental le 8 février 2011 : « Nous ne pouvons plus attendre, peut-être même avons-nous collectivement déjà trop attendu. Attendre encore serait une faute morale impardonnable. » Tout est dit !

La réforme de la dépendance restera la grande absente d'une législature au cours de laquelle l'exécutif n'aura pourtant cessé d'en marteler l'urgence.

Aucune suite ne sera donc donnée à la mobilisation qui s'est opérée, dans les régions et sur le plan national, au cours du premier semestre de cette année.

Cette mobilisation a pourtant donné lieu à de multiples réflexions et propositions ; je pense notamment aux travaux menés par la Haute Assemblée. Toutes les propositions ne faisaient certes pas consensus, mais de grands axes se sont dégagés autour de plusieurs thèmes : l'importance de la prévention, le renforcement du rôle de la CNSA ou encore une meilleure coordination de l'aide à l'autonomie.

Enfin, si l'on se réfère aux projections démographiques, il apparaît que, d'ici à 2025 tout au moins, les principaux dysfonctionnements constatés, notamment le reste à charge trop élevé pour les familles et les dépenses excessives pesant sur les départements, dont je crains qu'elles ne fassent que perdurer, pourraient être corrigés moyennant des financements qui ne sont pas hors de portée.

Ce seraient en effet, en 2025, des dépenses supplémentaires de l'ordre de 5 milliards d'euros, par rapport au niveau de 2010, qu'il faudrait répartir entre les différents financeurs publics et les ménages.

Aussi est-il véritablement consternant que, à l'issue de cette intense période d'analyse, le Gouvernement n'ait retenu aucune priorité forte, ni défini d'orientation stratégique sur ce dossier, que ce soit en matière

d'organisation ou de financement, à part un fonds d'urgence de 50 millions d'euros, dont on ne sait pas comment il sera financé ni quels seront ses critères d'attribution.

J'en viens maintenant plus directement au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Tout d'abord, je tiens à apporter une précision. Nous devons nous prononcer sur l'ONDAM médico-social prévu pour 2012 par l'article 48 du projet de loi. Il s'agit de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées. Toutefois, l'enveloppe « soins » consacrée à ces établissements et services est plus large. Elle comporte aussi une part du produit de la contribution solidarité autonomie, tirée de la journée de solidarité.

À cet égard, je partage l'analyse faite l'an dernier selon laquelle il serait normal que le Parlement ait à se prononcer sur l'ensemble de cette enveloppe « soins » – l'objectif global de dépenses, l'OGD – qui est aujourd'hui fixée par un arrêté ministériel. Je rappelle qu'il s'agit là d'une préconisation formulée dans un rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances.

Cette précision mérite d'être apportée, car l'ONDAM médico-social et l'OGD n'évoluent pas nécessairement dans les mêmes proportions.

Le PLFSS prévoit, pour 2012, un ONDAM médico-social en progression de 4,2 % : 6,3 % pour les personnes âgées et 2,1 % pour les personnes handicapées. Tels sont, me semble-t-il, les chiffres que vous avez indiqués tout à l'heure, madame la ministre ; je ne pense pas qu'ils aient été affectés par les mesures annoncées aujourd'hui.

Le budget prévisionnel de la CNSA, qui figure à l'annexe 8 du projet de loi, fait apparaître, quant à lui, un OGD qui progressera sensiblement moins vite, à hauteur de 3,4 % en 2012, avec 4,6 % pour les personnes âgées et 2,2 % pour les personnes handicapées.

Au total, l'OGD pour 2012 s'élèverait à 17,6 milliards d'euros : 8,9 milliards pour les personnes âgées et 8,7 milliards pour les personnes handicapées.

Ma première observation portera sur les mises en réserve de crédits.

En 2010, l'ONDAM médico-social voté par le Parlement avait été réduit de 100 millions d'euros au cours de l'exercice pour contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

En 2011, 100 millions d'euros ont été gelés en début d'exercice.

En un mot, le secteur médico-social a été durement pénalisé, puisqu'il a supporté environ 20 % des mises en réserve, alors qu'il représente moins de 10 % de l'ONDAM.

Une telle pratique est inacceptable, car elle est contraire au principe de fongibilité asymétrique censé préserver les crédits médico-sociaux dans le budget des agences régionales de santé, les ARS.

À ce jour, l'incertitude demeure quant à un éventuel dégel de ces crédits d'ici à la fin de l'année.

Sur les 545 millions d'euros qui seront mis en réserve en 2012, nous ignorons quelle sera la part du médico-social. En tout état de cause, j'y insiste, cette dernière doit être ramenée à de plus justes proportions.

Par ailleurs, il faut reconnaître que, avec 4,2 % d'augmentation, la composante médico-sociale de l'ONDAM – lequel ne croîtra finalement que de 2,5 % dans le futur PLFSS rectifié – est celle qui progressera le plus.

L'écart est tout de même moins sensible si l'on se réfère à l'OGD, c'est-à-dire à l'ensemble des dépenses de soins, dont le taux de progression est de 3,4 %.

La progression des crédits médico-sociaux est ventilée entre trois postes principaux.

Le premier concerne l'installation de places nouvelles en établissements ou en services, à hauteur d'environ 150 millions d'euros. Il s'agit de la poursuite de la mise en œuvre des plans gouvernementaux, lesquels d'ailleurs ont pris un certain retard, pour ne pas dire un retard certain. J'y reviendrai.

Le deuxième poste concerne la poursuite de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD, à hauteur de 140 millions d'euros. Cette indispensable médicalisation dite « de deuxième génération » a été effectuée grâce à un outil d'évaluation des besoins en

soins, le fameux outil « Pathos ». Elle a toutefois été arrêtée en 2011, les ARS n'ayant pris à ce titre aucun engagement nouveau. Il y a, là aussi, un retard à rattraper.

Enfin, le troisième point concerne les dotations correspondant aux places existantes, qu'il faut réajuster. Il convient d'ailleurs de noter que 95 % des dépenses de soins des établissements et des services financées par l'ONDAM correspondent à des charges de personnels.

Or, si les salaires augmentent d'environ 2 % par an, les dotations de reconduction n'ont été revalorisées que de 0,89 % en 2011 et ne le seront que de 0,8 % en 2012. Une telle revalorisation est largement insuffisante pour faire face aux charges salariales. En outre, aucun moyen supplémentaire n'est apporté au titre des dépenses de fonctionnement.

Comme celle pour 2011, l'enveloppe pour l'année 2012 ne permettra pas de mener de front de manière efficiente la réalisation des plans de création de places, la poursuite de la médicalisation des EHPAD et l'octroi de moyens de fonctionnement suffisants aux établissements et services. Toute avancée sur l'un de ces trois objectifs sera en fin de compte gagée au détriment des deux autres.

S'agissant des créations de places, permettez-moi une petite remarque : on observe un décalage réel, et important, entre les objectifs annoncés, les autorisations accordées aux projets et le nombre effectif de places que les crédits de paiement permettent de financer.

En ce qui concerne les personnes âgées, il me semble que le Plan Solidarité-Grand Âge prévoyait plus de 90 000 places nouvelles sur la période 2007-2012, soit une moyenne d'environ 15 000 places par an.

Or, en quatre ans, seules 30 000 places ont été créées. En outre, le rythme d'installation a chuté en 2010, avec seulement 5 000 places nouvelles.

S'agissant des personnes handicapées, 41 000 places étaient annoncées sur la période 2008-2014. Or, sur les trois premières années, seules 13 500 places ont été installées.

J'introduis ici un élément de contexte qui me semble important. Entre 2005 et 2007, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, a bénéficié de

crédits supérieurs à ses dépenses réelles. Les réserves qu'elle a constituées ont culminé à 1 milliard d'euros en 2008.

Cette période est désormais définitivement révolue, puisque toutes ces réserves ont été consommées entre 2009 et 2011, soit pour compléter l'ONDAM, soit pour alimenter des plans d'aide à l'investissement permettant de moderniser les établissements. Et, depuis cette année, les réserves se limitent à 60 millions d'euros, soit l'équivalent d'une journée de dépenses de la CNSA... Il n'y a donc plus aucune marge de manœuvre.

En conséquence, l'enveloppe « soins » pour 2012 ne répond pas aux trois objectifs qu'elle est censée financer.

De même, la dotation destinée aux plans d'investissements, passée de 131 millions d'euros en 2010 à 113 millions d'euros en 2011, n'est plus que de 48 millions d'euros pour 2012.

Entre 2007 et 2011, le budget de la CNSA a progressé de plus de 30 %. Pourtant, dans le même temps, les concours qu'elle verse aux départements ont augmenté d'à peine plus de 3 %, alors que les dépenses correspondant au versement de l'allocation personnalisée d'autonomie, l'APA, et de la prestation de compensation du handicap, la PCH, ont quant à elles explosé de plus de 40 %. Encore une fois, les départements sont très sévèrement pénalisés, alors même qu'on nous annonce que les collectivités locales devront se serrer encore un peu plus la ceinture.

Cette question dépasse le PLFSS, puisqu'il ne s'agit pas ici de voter le budget de la CNSA, mais je veux souligner qu'une part croissante de la contribution de solidarité pour l'autonomie est « rognée » pour compléter l'ONDAM ou pour financer des plans gouvernementaux, tels le plan Alzheimer, au détriment, une fois de plus, des départements. Décidément, ces derniers se retrouvent bien seuls face à l'explosion des charges pesant sur eux... Il faudra donc procéder à un rééquilibrage entre assurance maladie et aide sociale, ainsi qu'entre solidarité nationale et ressources fiscales locales, et cela ne sera possible qu'avec des ressources plus larges que celles qui sont aujourd'hui affectées au risque « perte d'autonomie ».

Madame la ministre, je regrette que l'examen de cette question fondamentale, que nous devons aborder cet automne, soit renvoyé à plus tard.

Les débats nous permettront toutefois d'aborder d'autres questions importantes, comme la tarification ou les difficultés des services d'aide à domicile. Ainsi, je vous proposerai de supprimer l'article 37 du texte, qui entend lancer de nouvelles expérimentations de tarification des EHPAD, alors que les réformes mises en œuvre ces dernières années ne sont pas stabilisées, voire sont purement et simplement suspendues. Tel est le cas, par exemple, de la tarification à la ressource, adoptée par le Parlement, sur l'initiative du Gouvernement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Dans le même esprit, je présenterai un amendement visant à instituer un mécanisme de prorogation des conventions tripartites des EHPAD, le Gouvernement ayant suspendu leur renouvellement et, ce faisant, créé un vide juridique.

En conclusion, mes chers collègues, comme notre rapporteur général, je constate avec regret que le présent PLFSS maintient le secteur médico-social dans une situation qui, depuis deux ans, s'est très sérieusement tendue. Enfin, et surtout, il n'apporte aucune perspective nouvelle aux acteurs de ce secteur.

PLFSS pour 2012

Discussion générale

Intervention de Christiane DEMONTES, rapporteure de la Commission des affaires sociales pour l'assurance-vieillesse, sénatrice du Rhône

Monsieur le président, mesdames les ministres, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur général, mes chers collègues, je précise d'emblée que mon intervention ne prendra pas en



compte les mesures annoncées aujourd'hui par le Premier ministre. En effet, madame la ministre nous l'a confirmé, dès que nous aurons voté – ou non ! – le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, ces mesures feront l'objet d'un projet de loi de financement rectificative – j'espère qu'il n'y en aura qu'un, mais sait-on jamais !

L'an dernier, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le débat sur la branche vieillesse suivait de quelques jours l'adoption par le Parlement, après une longue discussion, notamment au Sénat, du projet de loi portant réforme des retraites. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 solde donc, pour ainsi dire, la première année d'application de cette réforme des retraites. Nous venons d'apprendre que cette loi sera modifiée pour permettre une application anticipée du recul des bornes d'âge dès 2017 au lieu de 2018.

Aujourd'hui, comment peut-on analyser la situation de la branche vieillesse ? Son niveau de déficit se révèle très élevé et devrait le rester durablement : après avoir atteint un sommet en 2010, ce déficit demeure considérable en 2011 et il ne sera pas significativement réduit en 2012. Pis encore, l'assurance vieillesse représentera un poids croissant dans une dette sociale en forte augmentation. Une partie de ces déficits restera nécessairement à financer par des

recettes nouvelles qui, à ce jour, n'ont pas été définies. En 2012, les déficits ne seront donc pas significativement réduits.

Je veux d'ailleurs relever tout de suite la dégradation du solde financier de deux régimes.

Tout d'abord, la branche retraite du régime des exploitants agricoles, dont les dettes seront reprises jusqu'à 2010, vous nous l'avez dit, madame la ministre, continuera de connaître un déficit très important en 2011 et au-delà, malgré les 400 millions d'euros de recettes supplémentaires qui lui seront affectés à partir de 2012.

Les causes démographiques de ce déséquilibre sont parfaitement connues. La subvention d'équilibre de l'État a été supprimée depuis 2009 – rappelez-vous, chers collègues, le Fonds de financement des prestations sociales agricoles, le FFIPSA, a alors été supprimé – et il faudra nécessairement rétablir des ressources de niveau équivalent. En attendant, la Mutualité sociale agricole, la MSA, va être autorisée à emprunter jusqu'à 2,9 milliards d'euros en 2012.

Ensuite, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, la CNRACL, est pour sa part en déficit depuis 2010, et le manque dépassera les 600 millions d'euros l'année prochaine. Il résulte en partie du reversement à l'État des cotisations perçues au titre des agents transférés aux collectivités territoriales, en particulier aux régions et aux départements.

Les prévisions de recettes de l'assurance vieillesse pour 2012 laissaient envisager une augmentation de 4,2 % pour le régime général, de 4,3 % pour l'ensemble des régimes de base et de 2,9 % pour le Fonds de solidarité vieillesse, ou FSV. Rappelons néanmoins que ces prévisions sont – ou plutôt étaient ! – établies sur la base d'une hypothèse de progression de la masse salariale identique à celle de 2011, soit

3,7 % ; j'utilise maintenant l'imparfait puisque vous venez de nous annoncer, madame la ministre, que cette hypothèse était rectifiée à 3 %... Je rappelle que l'UNEDIC, voilà déjà plusieurs mois, avait retenu une hypothèse de progression de la masse salariale de 2,8 % pour 2012. Le maintien de cette progression à 4 %, annoncé pour 2013 et les années suivantes, nous semble tout à fait aléatoire !

Je veux également rappeler que l'amortissement des déficits à venir entre 2011 et 2018 pour la branche vieillesse et le FSV a fait l'objet l'an passé d'un traitement spécifique, à travers la mobilisation anticipée du Fonds de réserve pour les retraites, le FRR, qui devra transférer ses actifs à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, la CADES, dont la durée a d'ailleurs été prolongée jusqu'à 2024. Le FRR, je le rappelle, avait été créé en 1999 afin de constituer et gérer des réserves financières pour contribuer au financement des régimes de retraite à partir de 2020. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a remis en cause cette mission initiale du FRR et programmé sa disparition.

Je veux encore et surtout insister sur la situation du Fonds de solidarité vieillesse – les indications que vous nous avez données, madame la ministre, ne nous incitent pas à l'optimisme ! – dont les missions ont été élargies au fil des ans, afin qu'il prenne en charge une fraction toujours plus importante de la part non contributive des retraites.

Toutefois, le Fonds n'est malheureusement pas doté de ressources en rapport avec ce rôle fondamental : en 2009, il a perdu 0,2 point de contribution sociale généralisée, ou CSG, au profit de la CADES. Les autres recettes affectées au FSV sont loin d'avoir le même rendement que la CSG et leur produit est même parfois très aléatoire.

Ainsi, la part de la contribution sociale de solidarité des sociétés versée au FSV varie fortement, selon les résultats du régime social des indépendants. De même, le fonds n'a pas obtenu le montant qu'il attendait des taxes sur les « retraites chapeau ». Dans le même temps, les dépenses du FSV augmentent à un rythme soutenu. Tel est notamment le cas de la compensation due aux caisses pour les périodes de chômage des assurés, et rien n'indique, aujourd'hui, que cette dépense se stabilisera, contrairement aux prévisions annoncées lors de la réforme des retraites.

Finalement, le FSV a surtout servi de réceptacle au transfert comptable des déficits des régimes d'assurance vieillesse. Je considère que cette fragilisation du financement du fonds n'est pas acceptable, car elle n'est pas de nature à consolider, sur le long terme, les mécanismes de solidarité destinés aux assurés dont les parcours professionnels sont les moins favorables.

Enfin, je voudrais revenir sur le scénario de retour à l'équilibre à l'horizon de 2018 qui nous a été présenté l'année dernière.

Je constate tout d'abord que, sans recettes supplémentaires et sur la base du cadrage macroéconomique retenu par le projet de loi, le besoin de financement du régime général ne sera pas couvert en 2018. Comme l'a indiqué devant la commission le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la CNAV, il faudra donc trouver des recettes nouvelles en rapport avec la progression des dépenses pour éviter le creusement de nouveaux déficits.

Par ailleurs, comme on pouvait le pressentir, ce cadrage est désormais fortement remis en cause sous l'effet de la crise économique et financière.

La révision des hypothèses de croissance se répercutera nécessairement sur le rendement des recettes. Toutefois, c'est principalement l'évolution de la situation de l'emploi qui sera déterminante pour la réalisation du retour à l'équilibre : d'une part, elle influe sur les charges du FSV au titre de la compensation des périodes de chômage ; d'autre part, le Gouvernement tablait sur un rétablissement de la situation financière de l'UNEDIC pour transférer à l'assurance vieillesse des cotisations d'assurance chômage. Or les données les plus récentes montrent malheureusement que les perspectives financières de l'assurance chômage continueront à se dégrader en 2012 : n'oublions pas que l'UNEDIC table aujourd'hui sur une persistance de ses déficits, sa dette cumulée passant de 11 milliards d'euros en 2011 à 12,7 milliards d'euros en 2012. Il est alors difficile d'imaginer des transferts provenant de l'UNEDIC !

C'est dans ce contexte d'incertitude majeure sur l'avenir financier de l'assurance vieillesse qu'intervient la mise en œuvre de la réforme des retraites. À mon sens, ce contexte ne fait que renforcer certaines des préoccupations soulevées lors du débat qui s'est tenu l'an dernier.

Je pense d'abord à la situation des seniors : on nous avait dit qu'il suffirait de reculer les bornes d'âges pour les voir travailler plus !

Nous constatons, sur les douze derniers mois, une augmentation de près de 15 % du nombre de chômeurs de plus de cinquante ans, ce qui n'incite pas à l'optimisme quant au niveau d'emploi des seniors. Quel sera le sort des demandeurs d'emploi les plus âgés lorsqu'ils arriveront en fin de droits ?

Le Gouvernement, nous avons pu le constater ces derniers mois, a tergiversé : l'allocation équivalent retraite, l'AER, supprimée une première fois à la fin de 2008, a été maintenue « à titre exceptionnel » en 2009, puis de nouveau prorogée en 2010. Sur l'initiative de notre commission, le Sénat a permis qu'elle soit prolongée pour les bénéficiaires qui la percevaient à la fin de 2010, jusqu'à ce qu'ils atteignent le nouvel âge de départ en retraite. Finalement, le Gouvernement a annoncé la création prochaine d'une allocation transitoire de solidarité, ou ATS, réservée aux générations nées entre 1951 et 1953. On peut craindre que cette mesure n'apporte pas une réponse satisfaisante aux chômeurs confrontés aux conséquences du relèvement de l'âge de départ à la retraite.

En ce qui concerne la prise en compte de la pénibilité, nous avons évoqué, lors de l'audition des ministres, la déception ressentie au vu des conditions très restrictives imposées par les décrets d'application pour le bénéfice de la retraite anticipée. Ainsi, les salariés concernés devront notamment justifier de leur exposition pendant dix-sept ans à des facteurs de risque et présenter un taux d'incapacité compris entre 10 % et 20 %.

En ce qui concerne la prévention de la pénibilité, qui doit faire l'objet de négociations de branches et d'accords d'entreprises, il semble que la situation n'ait guère évolué. Il n'y aura aucune obligation de négocier des accords pour les entreprises dont moins de 50 % des effectifs sont exposés à des facteurs de risques.

Nous ne pouvons également que réitérer nos inquiétudes quant aux conséquences du report à 67 ans de l'âge d'attribution du taux plein pour les assurés n'ayant pas bénéficié d'un parcours professionnel continu – je pense bien évidemment aux femmes.

Je regrette aussi que la réforme n'ait pas traité la question des pensions de réversion, qu'il s'agisse de leur montant ou de leurs conditions d'attribution, notamment pour prendre en compte les nouvelles formes de vie en couple, en particulier le PACS.

Plus généralement, les conséquences de l'application de la réforme sur le niveau futur des pensions et des taux de remplacement, quoi que vous disiez, madame la ministre, restent encore mal évaluées.

Je veux enfin insister sur les constats sévères de la Cour des comptes concernant, en particulier, les aides publiques à l'épargne retraite, dont le montant a été chiffré par cette institution à près de 2,4 milliards d'euros par an.

D'une part, la Cour relève que le régime de l'épargne retraite entraîne un effet d'aubaine pour certaines catégories socioprofessionnelles qui ont déjà accès, pour compléter leurs pensions de retraites, à d'autres formes d'épargne ; d'autre part, elle préconise que les aides publiques à l'épargne retraite soient réorientées vers les salariés du secteur privé disposant de faibles revenus, qui risquent de voir à l'avenir le taux de remplacement de leurs pensions de retraite diminuer. Dans le contexte actuel des finances publiques, notamment des finances sociales, il paraît indispensable de réexaminer la pertinence de ces dispositifs, au même titre que celle des « niches » fiscales et sociales.

En conclusion, il apparaît, pour la branche vieillesse comme pour l'ensemble de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, que le Gouvernement navigue à vue, oscillant, comme l'a rappelé M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales, entre négligence et irresponsabilité : ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, pas plus que les précédents, n'apporte les solutions nécessaires à la sauvegarde du système de protection sociale. Et je crains fort que le projet de loi de financement rectificative que vous nous avez annoncé ne nous fasse pas avancer davantage !

PLFSS pour 2012

Discussion générale

Intervention de Jean-Pierre GODEFROY, rapporteur de la Commission des affaires sociales pour les accidents du travail et maladies professionnelles, sénateur de la Manche

Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, faisant figure d'exception culturelle au sein de la sécurité sociale, la branche accidents du travail et maladies professionnelles, dite « AT-MP », ne devrait pas être en déficit



cette année et, somme toute, c'est normal. Elle répond, en effet, à une logique quelque peu différente des autres branches : une logique assurantielle. Les entreprises cotisent en fonction du risque qu'elles font peser sur la santé des travailleurs ; ces cotisations doivent donc s'ajuster aux dépenses.

Selon ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, la branche devait produire 100 millions d'euros d'excédents en 2011 – j'ai compris cet après-midi qu'ils seraient vraisemblablement nuls. Il était même prévu 200 millions d'euros d'excédents en 2012 et en 2013, 400 millions d'euros en 2014 et 600 millions d'euros en 2015, qui devraient plutôt s'élever respectivement à 100 millions d'euros, à 300 millions d'euros et à 500 millions d'euros !

Je serai, pour ma part, beaucoup plus prudent. Nous savons ce que valent désormais les hypothèses de croissance et d'évolution de la masse salariale qui sous-tendent ce projet de loi. Madame la ministre, je trouve d'ailleurs curieux que vous ayez rectifié la prévision de croissance pour 2012, mais que vous ayez conservée celle des années suivantes. Vous auriez dû être plus prudente dans les tableaux prospectifs. Plus encore, j'ai tendance à considérer que ces excédents sont artificiels.

Ils résultent en réalité du transfert de près d'1,3 milliard d'euros de dette de la branche vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale, la CADES, que vous avez opéré l'an dernier.

Nous nous y étions d'ailleurs vivement opposés à l'époque. Ce transfert revenait à exonérer les entreprises des obligations qui leur incombent en matière de réparation des dommages causés aux victimes.

Qui plus est, cette fameuse dette de la branche AT-MP s'était constituée, pour une part importante, du fait de l'augmentation de la compensation versée à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Par ce transfert à la CADES, on fait donc payer aux citoyens, non aux entreprises, des dépenses imputées à tort à l'assurance maladie. C'est faire peu de cas du lien entre les cotisations dues par les entreprises et leurs actions de prévention, que le Conseil constitutionnel vient encore récemment de rappeler.

J'ai le sentiment que la branche AT-MP est aujourd'hui dans la tourmente. Elle est, en effet, critiquée sur de nombreux plans.

Sur le plan juridique, la règle de limitation des préjudices indemnisables en cas de faute inexcusable de l'employeur figurant dans le code de la sécurité sociale a été récemment censurée par deux fois, à l'occasion d'une question prioritaire de constitutionnalité, par le Conseil constitutionnel.

Malgré cela, les victimes peinent encore à faire reconnaître leurs droits, faute notamment de la transcription de cette jurisprudence dans le droit positif. Nous y reviendrons lors de l'examen de nos amendements.

Sur le plan financier, les indemnités forfaitaires qu'elle sert aux victimes paraissent de plus en plus en retrait par rapport à l'évolution du droit civil, même dans les cas où l'imputation est présumée.

Sur le plan comptable, la Cour des comptes, observant l'existence de dysfonctionnements importants dans la manière dont sont établis les taux de cotisation, a refusé de certifier les comptes de la branche en juin dernier. Ce n'est pas un événement anecdotique et, s'il devait se reproduire, cela remettrait en cause la crédibilité même du système de tarification, qui constitue pourtant, je le répète, l'un des traits caractéristiques du régime.

Sur le plan moral, la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ne cesse d'augmenter en dépit de quinze années d'actions menées pour la juguler. Le dernier rapport de la commission Diricq, qui estime qu'elle pourrait représenter jusqu'à 1,1 milliard d'euros de dépenses, relève que certaines victimes ne connaissent pas leurs droits, mais aussi que certains employeurs font pression pour que ces droits ne soient pas reconnus. C'est inacceptable !

Sur le plan de la prévention, le nombre de malades souffrant de pathologies liées au travail augmente chaque année, de même que le nombre d'accidents de trajet. C'est inquiétant.

Ces problèmes sont anciens, madame la ministre ; ils ne paraissent pourtant pas en voie de résorption. Nous les dénonçons depuis longtemps, mais peu de choses ont été faites pour y remédier. On fait attendre les victimes en multipliant les commissions et les rapports.

Les travailleurs de l'amiante ne le savent que trop bien, eux qui attendent encore que l'accès au dispositif de cessation anticipée d'activité soit enfin ouvert en fonction des professions exposées et non plus seulement à des entreprises répertoriées. Faudra-t-il que les victimes atteignent le nouvel âge de la retraite, tel qu'il résulte de la réforme de 2010, pour que soient reconnus leurs droits ?

Comme vous le savez, madame la ministre – M. Xavier Bertrand y a fait référence tout à l'heure –, cette question me tient particulièrement à cœur. Il s'en faut de peu que certains considèrent que la branche AT-MP a essentiellement pour effet de limiter les droits des victimes.

Pour ma part, je ne le crois pas. La branche AT-MP est la fille du paritarisme et, ne serait-ce qu'à ce titre, elle doit être préservée. Il me paraît essentiel que l'évolution des mécanismes d'indemnisation des accidents et des maladies professionnelles se fasse prioritairement au sein de la branche. Toute autre solution risquerait de forcer les victimes à prouver l'imputabilité du dommage qu'elles ont subi et de les laisser désarmées face à la complexité du droit civil et de la jurisprudence.

Il nous faut cependant être plus ambitieux dans les réformes que nous proposons, ce qui suppose que nous connaissions exactement l'état de la situation.

Pour la première fois cette année, nous ne dépendons pas uniquement des statistiques du régime général de la sécurité sociale. Une étude de l'Institut de veille sanitaire publiée à la fin du mois dernier permet d'évaluer, ce qui n'avait jamais été fait auparavant, le nombre total d'accidents du travail reconnus pour l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale, qui s'élève à 1 284 000. Les trois quarts concernent des hommes, soit environ 289 000 de plus que ceux qui sont reconnus par le seul régime général.

Cette étude fait également ressortir la dangerosité des industries agroalimentaires, tout particulièrement dans le secteur de la découpe de la viande.

Ces données montrent la nécessité d'une vision globale de la sinistralité, et je regrette que l'outil statistique dont nous avons envisagé la création lors des débats sur la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique n'en soit encore, sept ans plus tard, qu'au stade des études de faisabilité.

Une action déterminée sur les causes de la sous-déclaration est impérative et nous suivrons avec attention la suite donnée aux propositions de la commission Diricq pour endiguer ce phénomène. On ne peut accepter, madame la ministre, que la moitié de la sous-déclaration soit imputable aux maladies liées à l'amiante. Que les victimes de cette substance hautement toxique ne fassent pas valoir leurs droits devant la branche, mais aussi parfois devant le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, le FIVA, est insupportable.

Nous pensons également que l'indemnisation intégrale du préjudice lié à la faute inexcusable de l'employeur ne peut attendre. Pour la clarté et la lisibilité

de notre droit, le Gouvernement aurait déjà dû transcrire dans les textes la jurisprudence très claire du Conseil constitutionnel. Dans les limites étroites, et de mon point de vue absurdes, que nous impose l'article 40 de la Constitution, surtout dans une loi de financement de la sécurité sociale, nous avons proposé des amendements pour avancer sur cette question. Ils sont forcément imparfaits. Nous vous solliciterons donc, madame la ministre, de même que M. Xavier Bertrand, pour aller au bout de cette démarche.

S'agissant des mesures proposées cette année, certaines, introduites à l'Assemblée nationale, sont attendues par les victimes.

Ainsi, l'article 55 bis permet enfin la reconnaissance de toutes les formes d'union pour l'indemnisation des ayants droit des victimes. Nous avons proposé cette réforme depuis longtemps, et il était temps qu'elle soit réalisée. C'est un point positif.

L'article 55 ter répond aussi à une attente, la prise en compte de toutes les périodes travaillées, y compris celles qui relèvent du régime des gens de mer ou des ouvriers de la défense, pour le versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, l'ACAATA.

Plusieurs amendements l'année dernière, dont l'un émanait de la commission des affaires sociales, visaient des avancées sur ce point. Je ne peux toutefois m'empêcher de regretter votre minimalisme. Vous procédez certes à une coordination nécessaire entre les régimes, mais vous restez en deçà de l'harmonisation que nous souhaitons.

Je souhaite également porter à votre attention un grave problème qui nous a été signalé par les associations de victimes. Le régime général refuse, semble-t-il, de verser les pensions de retraites des victimes polypensionnées à l'expiration du versement de l'ACAATA. C'est là une violation de la lettre et de l'esprit de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, tel qu'il a été amendé par le Sénat lors de la discussion de la réforme des retraites.

Pourrez-vous veiller, madame la ministre, à ce qu'il soit enfin mis un terme à cette anomalie administrative ? L'amendement que le Sénat a voté à l'unanimité l'année dernière pour maintenir l'âge de départ à la retraite des victimes de l'amiante éligibles au

fonds de cessation anticipée d'activité des tra

vailleurs de l'amiante, le FCAATA, fonde notre décision d'approuver les dotations de la branche aux « fonds amiante », telles qu'elles sont prévues à l'article 54. Le FCAATA voit son budget augmenter pour financer la disposition que le Sénat a unanimement soutenue l'an passé. Assumons donc cette mesure de justice.

J'en viens à l'article 53. Même si nous regrettons que la compensation de la sous-déclaration se situe, malgré l'augmentation prévue, en deçà de la réalité que nous laisse entrevoir la commission Diricq, nous nous abstenons sur cet article pour ne pas priver la branche maladie de la compensation financière à laquelle elle a légitimement droit.

En revanche, il est d'autres dispositions sur lesquelles nous ne pouvons pas être d'accord. Je pense notamment à l'article 55 fixant la compensation que la branche AT-MP devrait verser à la branche vieillesse du fait des départs anticipés à la retraite liés à la pénibilité. Le fait de reconnaître la pénibilité dans la réforme de 2010 était indispensable du point de vue de l'équité. L'affecter de modalités de mise en œuvre complexes et de critères d'application drastiques, comme l'a rappelé ma collègue Christiane Demontès, sera la source de trop d'injustices pour que nous l'acceptions.

En l'état, d'ailleurs, nous parlons non pas de pénibilité, mais d'invalidité, puisqu'il faut atteindre un taux d'incapacité de 20 % ou, entre 10 % et 20 %, justifier de dix-sept années d'exposition ! En outre, ce dispositif ne concerne, pour l'instant, que le tableau des maladies professionnelles actuellement reconnues.

En tant que président de la mission d'information sur le mal-être au travail, je puis vous affirmer que beaucoup de maladies non détectées aujourd'hui devront faire l'objet de toute notre attention sur la pénibilité.

Dans ces conditions, nous ne pouvons pas accepter, en l'état, l'article 55 du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cela ne signifie pas pour autant que nous ne soyons pas en phase sur l'idée même de pénibilité.

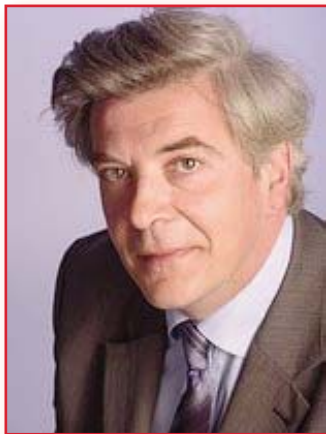
Vous l'avez compris, madame la ministre, nous nous prononcerons au cas par cas, sur chaque article, sans prendre d'engagement sur un vote d'ensemble pour la branche. Pour ce dernier, nous attendons de connaître l'accueil qui sera réservé à nos amendements.

PLFSS pour 2012

Discussion générale

Intervention de Jean-Pierre CAFFET, rapporteur pour avis de la Commission des Finances, sénateur de Paris

Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur général de la commission des affaires sociales, mes chers collègues, ce matin même, quelques heures avant d'entamer ce débat, la représentation nationale se trouvait dans l'incertitude et l'expectative : incertitude sur la sincérité de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale fondé, à l'évidence, sur des hypothèses macroéconomiques pour le moins optimistes ; expectative résultant de l'indécision dont le Gouvernement faisait preuve pour ajuster son projet aux nouvelles perspectives d'environnement économique pour notre pays l'an prochain.



Et ce n'est que vers midi que nous avons eu connaissance du nouveau train de mesures d'austérité prises par le Gouvernement.

Pour l'essentiel, en ce qui concerne la sécurité sociale, ces mesures portent donc, nous en avons eu la confirmation, sur l'avancement d'un an du calendrier de report de l'âge légal de départ à la retraite, sur la réduction à 2,5 %, et non plus à 2,8 %, de la progression de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM, et sur la désindexation de certaines prestations sociales, je pense notamment aux prestations familiales.

À l'heure qu'il est, nous ne connaissons ni l'impact de ces mesures sur le projet de loi qui nous est proposé ni leurs conséquences sur les comptes de la sécurité sociale à l'horizon de 2018, puisque le Gouvernement a fait le choix de recourir à un texte rectificatif, ce dont nous prenons acte.

Finalement, s'il y a une certitude dans ce projet de loi, c'est celle de la poursuite des déficits, donc de l'accumulation de la dette sociale qui pèsera sur les générations futures. Car après une année 2010 marquée par un déficit historique des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse de 29,6 milliards d'euros, soit 1,5 point de PIB, l'exercice 2011 se caractérise encore par un niveau particulièrement élevé de déficit, soit 24 milliards d'euros, en dépit d'une relative modération des dépenses et, surtout, d'une bonne tenue de la masse salariale.

Quant au déficit tendancier pour 2012, soit avant les mesures adoptées dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2011 de septembre dernier, avant les dispositifs proposés dans le cadre du présent PLFSS et, par construction, avant les mesures annoncées ce matin, il demeure pour le moins préoccupant – c'est un euphémisme – puisqu'il atteindrait 27,4 milliards d'euros, soit trois fois le déficit des régimes obligatoires de base et du FSV de 2007.

Certes, il y a la crise, que personne ne songe à sous-estimer, encore moins à nier. Néanmoins, comme l'a rappelé la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2011 sur la sécurité sociale, « le niveau exceptionnellement élevé des déficits [de la sécurité sociale] ne s'explique que partiellement par la crise économique ». En effet, « les facteurs structurels expliquent environ 0,7 point d'un déficit qui a représenté 1,2 point de PIB en 2010 », soit plus de la moitié du déficit. C'est en effet avec un handicap de près de 10 milliards d'euros que notre système de protection sociale a dû affronter la crise économique.

Pour 2012, un nouvel effort important – plus de 6 milliards d'euros – nous est proposé concernant les recettes. Près de la moitié de ces recettes ont d'ores et déjà été prévues dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2011 de septembre dernier, qu'il s'agisse du doublement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à laquelle sont assujettis les contrats de santé « solidaires et responsables », de l'augmentation de 12,3 % à 13,5 % du taux des

prélèvements sociaux sur les revenus du capital ou de la réforme du régime des plus-values immobilières hors résidence principale.

Le reste des recettes sera introduit dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, dans le projet de loi de finances pour 2012 – comme la taxe sur les boissons sucrées – ou fera l'objet de mesures réglementaires.

Comme les années passées, les mesures de recettes proposées consistent principalement en des réductions timides de niches sociales ou de comportements d'optimisation fiscale, comme la réintégration des heures supplémentaires dans le calcul du coefficient des allègements généraux sur les bas salaires – je reconnais que cette mesure va dans le bon sens –, l'augmentation du forfait social ou l'homogénéisation de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés. Elles sont également complétées par d'assez nombreuses révisions ou introductions de taxes dites « comportementales » : révision du barème de la taxe sur les véhicules de société, relèvement des droits sur les boissons alcoolisées, hausse du prix du tabac, création d'une taxe sur les boissons sucrées.

Si l'on ne peut que partager les objectifs de santé publique affichés, il est néanmoins patent et que ces augmentations de taxes comportementales ne sont que des mesures d'urgence destinées à redresser les comptes sociaux. Et il est tout à fait regrettable que le Gouvernement fasse l'économie d'une politique de prévention, laquelle serait pourtant nécessaire. Outre que certaines de ces mesures ne me semblent pas acceptables en tant que rapporteur pour avis de la commission des finances, elles ne constituent aucunement des mesures structurelles susceptibles de permettre la maîtrise des déficits dans les années qui viennent.

Il convient en effet de noter que, malgré ces recettes nouvelles et un effort sur les dépenses portant essentiellement sur l'assurance maladie – à hauteur de 2 milliards d'euros –, effort qui sera augmenté dans le projet de loi de financement rectificative, de l'ordre de 500 millions d'euros si j'ai bien compris, le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV atteindra près de 19 milliards d'euros en 2012, soit plus du double de celui qui a été constaté en 2007.

Quant aux projections pluriannuelles annexées au présent PLFSS, soit avant intégration des mesures

annoncées ce matin, elles ne laissent entrevoir qu'une stabilisation de ce même déficit autour de 14 milliards d'euros à l'horizon 2015, contre 8,9 milliards d'euros en 2007.

Certes, le Gouvernement a révisé à la baisse sa prévision de croissance pour 2012, l'hypothèse retenue étant désormais de 1 %, au lieu de 1,75 % initialement. Il a également révisé à la baisse l'hypothèse de progression de la masse salariale, fixée à 3 % au lieu de 3,7 %. Cependant, malgré cette révision à la baisse, les hypothèses de progression de la masse salariale à moyen terme paraissent très incertaines. Or chacun connaît la très grande sensibilité du solde du régime général à l'évolution de la masse salariale : comme l'a rappelé tout à l'heure M. le rapporteur général, une variation d'un point de cette dernière modifie le solde du régime général d'environ 2 milliards d'euros, dont près de la moitié pour l'assurance maladie. Cela donne une idée de l'ampleur des efforts supplémentaires qui devront être accomplis.

Par ailleurs, je tiens à rappeler que cette situation s'inscrit au lendemain d'importantes mesures prises en 2011, lesquelles ont modifié en profondeur le financement de notre régime de protection sociale.

À l'automne dernier, la loi organique relative à la gestion de la dette sociale et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ont en effet procédé à l'opération de reprise de dette la plus importante depuis la création de la CADES en 1996. Cette reprise de dette est exceptionnelle à trois égards. Elle l'est d'abord par son ampleur : au total, ce sont 130 milliards d'euros qui seront transférés à la Caisse entre 2011 et 2018, soit quasiment l'équivalent des déficits qui lui ont été transmis depuis sa création. Elle l'est ensuite par son étalement dans le temps. Elle est enfin exceptionnelle par son mode de financement, ses ressources ayant été fortement accrues et diversifiées.

Compte tenu de la situation actuelle, de nouvelles dettes devront très certainement être transférées prochainement à la CADES. En effet, le schéma esquissé à l'automne dernier n'apporte pas, contrairement aux déficits de la branche vieillesse, de solutions aux déficits à venir des branches maladie et famille. Or, selon les annexes du présent projet de loi de financement, après les mesures proposées dans le PLFSS, mais avant celles qui ont été annoncées ce matin – la plupart d'entre elles ne valant que pour 2012 –, le déficit cumulé des branches maladie et

famille du régime général sur la période 2012-2015 devrait dépasser les 20 milliards d'euros.

Il convient également de rappeler que des réformes ont été reportées, comme celle sur la perte d'autonomie des personnes âgées, et que d'autres, quand elles ont été engagées, demeurent inabouties d'un point de vue financier, à l'instar de la réforme des retraites, que le Gouvernement met beaucoup en avant.

J'en veux pour preuve que, dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, la Cour des comptes estime que l'impact de la réforme sur le solde des régimes de retraite a été largement surévalué par le Gouvernement, compte tenu notamment des hypothèses optimistes prises en compte pour établir les projections d'évolution des comptes des régimes de retraite, lesquelles étaient fondées sur un abaissement à 4,5 % du taux de chômage en 2024.

Je note, en outre, que bien que la réforme des retraites soit présentée comme entièrement financée, des mesures nouvelles à destination de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, à hauteur de 949 millions d'euros pour 2012, sont proposées, ce qui laisse perplexe sur le bouclage financier de la réforme. Et je ne parle pas, bien évidemment, des mesures annoncées ce matin, puisque nous n'en connaissons pas encore le chiffrage. Nous ne découvrirons que lors de l'examen du PLFSS rectificative leur impact sur les comptes de la branche vieillesse. Enfin, je souligne, ou plutôt je rappelle, que nous ne connaissons pas l'impact à moyen et à long terme sur la branche vieillesse de la mesure d'âge annoncée ce matin.

Indépendamment de ce nouveau train de mesures d'austérité, vous comprendrez, madame la ministre, que la commission des finances n'ait pu avaliser votre projet et qu'elle ait souhaité le modifier par un certain nombre d'amendements, dans une perspective à la fois d'efficacité économique et de justice sociale.

À ce stade, je n'en commenterai que deux.

Le premier de ces amendements a pour objet la suppression du doublement de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à laquelle sont assujettis les contrats de santé solidaires et responsables, une imposition que n'ont guère évoquée, sauf erreur de ma part, les ministres qui se sont succédé à la tribune tout à l'heure.

Tout indique que cette mesure est inique.

Tout d'abord, personne ne remet en cause cette dépense fiscale, certainement pas le comité chargé d'évaluer l'ensemble des dépenses fiscales et des niches sociales, dit « comité Guillaume », qui lui a attribué la note maximale en termes d'efficacité. Ensuite, l'alourdissement de cette taxe se répercuterait inévitablement sur les adhérents des mutuelles, en écartant encore un peu plus de la protection contre la maladie les plus démunis de nos concitoyens. Enfin, cette mesure pose plus largement la question de l'architecture de notre système de protection sociale, lequel repose d'un côté sur l'assurance maladie de base et, de l'autre, sur l'assurance maladie complémentaire ; la question de l'accès à cette dernière est d'ailleurs plus particulièrement encore posée.

Mes chers collègues, je vous proposerai donc un autre moyen de dégager 1,1 milliard d'euros, qui ne pèsera pas sur les assurés, à savoir une hausse de trois points du forfait social et une hausse de 0,5 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

Le second amendement vise sans doute l'une des mesures les plus coûteuses et les moins efficaces votées dans le cadre de la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat du 21 août 2007 : il s'agit des exonérations fiscales et sociales sur les heures supplémentaires, qui représentent aujourd'hui pour les finances publiques un coût total de 4,9 milliards d'euros, dont 3,4 milliards d'euros pour les organismes de sécurité sociale.

Le Conseil des prélèvements obligatoires a estimé en effet dans un rapport que « l'efficacité du dispositif semble très limitée, le gain en PIB étant en tout état de cause inférieur au coût de la mesure ».

Quant à l'étude du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, une instance associant la majorité et l'opposition, elle conclut à l'inefficacité de ce dispositif, marqué par un fort effet d'aubaine, et recommande la suppression au moins de la partie employeur des exonérations de cotisations sociales, avant sa disparition totale.

Pour conclure, la commission des finances portant un jugement négatif sur ce PLFSS, tel qu'il résulte des travaux de l'Assemblée nationale, elle aura à cœur de le modifier en profondeur.

PLFSS pour 2012

Discussion générale

Intervention de Claire-Lise CAMPION, sénatrice de l'Essonne

Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le temps de dresser le bilan de la politique du Gouvernement est venu. Nous commençons aujourd'hui l'examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale de la mandature. Nous allons donc à la fois discuter des dernières propositions de ce gouvernement en matière de protection sociale et mettre en perspective le bilan de sa politique.



Pour ce faire, un rapide retour en arrière nous permettra de considérer les ambitions d'hier, voire les promesses, au regard de la réalité des faits. Chacun se souvient que, PLFSS après PLFSS, le Gouvernement annonçait que nous allions renouer avec la situation qui prévalait en 2002, à savoir l'équilibre de nos comptes sociaux.

Cet objectif devait même être atteint dès 2008 ; il a été repoussé à 2010, puis à 2012. Nous y sommes, et l'équilibre est toujours introuvable...

Certes, la crise affecte nécessairement nos comptes sociaux. Ce fut le cas en 2008, c'est encore le cas avec la crise actuelle, d'une tout autre ampleur. Mécaniquement, et à périmètre constant, le volume des recettes se contracte, c'est un fait.

Mais il en est un autre, souligné par la Cour des comptes, qui tient en deux chiffres : le déficit actuel est pour 40 % conjoncturel et pour 60 % structurel. Je paraphraserai donc notre ancien collègue Dominique Leclerc, qui écrivait, en 2009, dans son rapport : « Pour autant, la crise ne doit pas servir d'alibi pour masquer la réalité [...] ». »

Madame la secrétaire d'État, affirmer que « les déficits permanents appartiennent au passé, qu'en 2012 [le Gouvernement] ramènera le déficit public à 4,5 % de notre richesse nationale, puis à 3 % en 2013 et 2 % en 2014, et ce quelles que soient les évolutions de la conjoncture économique », ne vaut certainement pas engagement. En revanche, nous pouvons être d'accord avec vous sur un point : vous avez « une responsabilité historique ». Mais cette dernière est établie depuis bien longtemps. Où en est-on exactement ? En d'autres termes, que laisserez-vous en héritage et quelles perspectives s'offrent à notre pays ?

Pour répondre à cette question, je centrerai mon propos sur les grands équilibres et sur l'assurance maladie. Les grands équilibres et leur évolution constituent l'illustration arithmétique de votre politique, de votre héritage, et donc de celui de tous nos concitoyens. Cela est parfaitement retracé dans les articles 1er à 4 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Sans entrer dans les détails, je constate que le déficit du régime général, qui s'était stabilisé autour de 11 milliards d'euros entre 2004 et 2008, a depuis doublé. Aujourd'hui, le total des déficits cumulés atteint près de 120 milliards d'euros. À cet égard, notre commission estime à juste titre que cette situation « constitue une menace avérée pour la survie même du système de protection sociale ». En effet, le socle d'endettement annuel de 20 milliards d'euros est insoutenable. Cette stratification suscite mécaniquement une hausse de l'endettement social. Elle contraint à la mobilisation croissante de sommes importantes, lesquelles font défaut pour assurer l'équilibre des comptes actuels. L'effet démultiplicateur est encore accentué par l'usage que vous avez fait de la Caisse d'amortissement de la dette sociale, qui, depuis sa création, a porté 199,9 milliards d'euros de dette. À ce jour, elle a pour mission de porter 272,3 milliards d'euros, soit dix fois plus qu'à son origine. En cette fin d'année, elle doit amortir plus de 140 milliards d'euros.

Mais ce n'est pas tout ! La dette sociale est aussi composée des déficits cumulés que la CADES ne reprend pas. Ils figurent au bilan de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, l'ACOSS. Sous le poids des déficits croissants, et faute de réorientation politique, vous avez été contraints de porter le plafond d'emprunt de cette agence à 21 milliards d'euros, somme qui, à défaut de reprise des déficits des branches maladie et famille, devrait atteindre 29 milliards d'euros dès 2013. Enfin, j'ajoute que, dans le contexte actuel, une réelle incertitude existe quant à l'évolution à venir des taux d'intérêt. Or, cette évolution conditionne une part non négligeable de notre endettement, qu'elle risque d'alourdir encore un peu plus.

Le Président de la République a déclaré récemment qu'il ne laisserait pas notre endettement peser sur les générations futures. C'est pourtant ce que vous avez fait pendant cette mandature !

En ce qui concerne la branche maladie, je souhaite faire un constat préalable, emblématique de votre bilan. Nous considérons tous que l'égalité d'accès aux soins est un objectif fondateur de toute politique publique guidée par des considérations d'équité sociale et de santé publique. Depuis 1992, le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières est mesuré par l'Institut de recherche et documentation en économie de santé, l'IRDES, dans son rapport sur la santé et la protection sociale. Les comptes nationaux de la santé en 2010 en ont repris les résultats et observent que « le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières en population générale augmente entre 1998 et 2000. Il chute ensuite fortement de 2000 à 2002. Depuis, il semble en augmentation et est quasiment revenu en 2008 à son niveau de 2000. »

Quatre ans ont passé depuis, et 23 % de nos concitoyens renoncent à se soigner, ou en diffèrent le moment, pour des raisons budgétaires. La situation est d'autant plus grave que les personnes concernées cumulent les vulnérabilités sociales.

Considérer la branche maladie à travers ce prisme me semble pertinent à plus d'un titre. Cela met en évidence le fait que votre politique de déremboursement massif et continu, d'augmentation du ticket modérateur, d'instauration de franchises ou du forfait de 30 euros pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, l'AME, conjuguée aux réductions drastiques de prise en charge, a contracté l'accès aux

soins, fait exploser les inégalités et précarisé nombre de nos concitoyens.

Il suffit de se rendre dans un centre d'accueil de soins et d'orientation ou dans les locaux d'une association humanitaire pour s'en rendre compte. Désormais, ce sont des travailleurs pauvres, des retraités pauvres qui font appel à ces structures, lesquelles suppléent l'État dans ses missions ! Comment en irait-il différemment quand le tableau alarmant dressé par l'INSEE pour 2009 fait apparaître que notre pays comptait cette année-là 8,2 millions de « pauvres », contre 7,8 millions l'année précédente, d'autant que nous avons tous bien conscience que la situation a encore empiré depuis ? Vous ne protégez pas nos concitoyens comme le commande la Constitution.

Mme la ministre a qualifié ce budget de « budget du rétablissement en marche ». Devons-nous comprendre que les neuf budgets précédents n'avaient pas cette ambition ? Affirmer que ce PLFSS se situe dans le prolongement de la politique que vous menez depuis dix ans est une lapalissade. Comme l'écrit le rapporteur général de la commission des affaires sociales, ce PLFSS « n'engage pas de modifications profondes du système de santé ». En effet, l'ONDAM pour les soins de ville et pour les établissements de santé, fixé à 2,7 %, reste incertain.

Par ailleurs, le relèvement du plafond de ressources pour le bénéfice de la complémentaire santé constitue une reconnaissance officielle des difficultés croissantes rencontrées par la population pour accéder aux soins. Pour autant, ce relèvement est loin de correspondre à celui du seuil de pauvreté. L'inégale répartition territoriale des médecins est un frein en matière d'égalité d'accès aux soins. Chaque année, le Gouvernement nous annonce que des solutions à ce problème récurrent vont être proposées. Mais, jusqu'à présent, rien – ou si peu – n'a été fait.

À l'instar de la convention médicale, signée le 26 juillet, vous demeurez en retrait sur cette question. Et que dire de la création forcée d'un secteur optionnel en guise de réponse à la problématique des dépassements d'honoraires et de leur doublement en vingt ans ? Plutôt que d'adopter une approche nécessairement globale centrée sur les généralistes relevant du secteur 1, vous allez favoriser des spécialistes relevant du secteur 2, sans mettre sous contrainte ceux qui pratiquent des dépassements d'honoraires excessifs. Par là même, vous conforterez aussi le déficit existant.

Comment ne pas évoquer la taxation à 7 % des contrats de mutuelle complémentaire santé « responsables » ? Parce que le tarif est un facteur déterminant dans le choix de nos concitoyens d'y souscrire ou non, votre décision va fragiliser encore l'accès aux soins.

La commission propose de maintenir le niveau de taxation à 3,5 % et de supprimer les franchises sur les médicaments. En effet, cette fiscalisation comportementale n'a eu d'incidence que sur la consommation de ceux de nos concitoyens qui vivent dans la plus grande précarité, ce qui est tout à fait injuste. Cette logique est aussi à l'œuvre lorsque vous entendez abaisser le niveau des indemnités journalières pour maladie afin d'économiser 220 millions d'euros.

Dans ce cas également, ce sont les plus fragiles, les plus exposés qui seront pénalisés. Ils le seront aussi en conséquence des annonces qui ont été faites ce matin par le Premier ministre en matière de retraite.

Sans aucune considération pour le Parlement, vous décrêtez que le passage de l'âge légal de la retraite à 62 ans interviendra non plus en 2018, mais dès 2017. Encore une fois, des gages sont donnés aux marchés ! Mais quelles certitudes avez-vous quant à l'évolution de l'emploi ? Aucune ! Aussi les 200 millions d'euros d'économies escomptés en 2012 et les 4,4 milliards d'euros prévus d'ici à 2016 ne sont-ils que pure théorie. Ce qui est sûr, en revanche, c'est que vous faites porter le poids de votre responsabilité sur nos concitoyens.

Enfin, je souhaite évoquer rapidement la situation des hôpitaux. Votre politique a sciemment fragilisé l'hôpital public pour mieux servir le secteur privé. Néanmoins, en période préélectorale, il est toujours bon de mettre entre parenthèses les dispositions les plus brutales. Ainsi, vous avez suspendu la convergence tarifaire jusqu'au 31 décembre 2012. Aujourd'hui, il est indispensable de mettre à plat les modalités de financement du secteur hospitalier. À défaut, nous ne pourrions pas garantir une amélioration de l'équilibre entre tarification à l'activité et missions de service public, et ce sont une fois encore nos concitoyens qui en feront les frais.

Madame la secrétaire d'État, le gouvernement auquel vous appartenez a raté le rendez-vous de la justice et de l'efficacité ; le quotidien d'un trop grand nombre de nos concitoyens est là pour en témoigner.

Pour notre part, nous prôtons une tout autre politique, en rupture avec votre stricte vision comptable et de court terme. Elle permettra aux principes fondateurs de notre régime de protection sociale, qui veulent que chacun reçoive selon ses besoins et contribue selon ses moyens, de prévaloir pour les générations à venir.

PLFSS pour 2012

Discussion générale

Intervention de Jacky LE MENN, sénateur d'Ille-et-Vilaine

Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, madame la présidente de la commission des affaires sociales, mesdames, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, comme le soulignent à juste titre de nombreux observateurs, ce PLFSS pour 2012 est marqué par la rigueur. De plus, comme l'a fort justement observé M. le rapporteur général, il a été construit sur des hypothèses économiques aujourd'hui dépassées, sans même parler des dernières annonces de M. le Premier ministre, qui imposeront l'élaboration d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificatif. À cet égard, nous nous attendons au pire, hélas !



Mon intervention portera plus spécifiquement sur le volet médicosocial de ce PLFSS, en écho à l'excellent rapport de notre collègue Ronan Kerdraon.

Madame la secrétaire d'État, j'observerai tout d'abord que, nonobstant « l'effet de priorité » accordé par ce projet de budget au secteur médico-social – ses crédits progressent de 4,2 %, contre 2,7 % pour le secteur hospitalier, l'ONDAM s'élevant, du moins pour l'heure, à 2,8 % –, ce dernier n'est pas suffisamment épargné.

J'en veux pour preuve le montant des crédits affectés aux personnes handicapées, qui pourtant bénéficient d'un « coup de pouce » budgétaire. Si, pour le handicap, l'ONDAM progresse de 2,1 %, la majeure partie de cette augmentation servira à financer de nouvelles places. À périmètre constant, l'enveloppe budgétaire allouée au fonctionnement des établissements et services n'augmentera donc que de 0,75 %, soit moins que l'inflation prévue, estimée entre 2 %

et 2,1 %. En d'autres termes, les structures existantes devront réduire leurs dépenses de manière drastique pour boucler leurs budgets.

Mes chers collègues, je souhaite ensuite appeler votre attention sur six points qui interpellent et inquiètent plus spécifiquement les acteurs de terrain.

En premier lieu, s'agissant du « gel de crédits » que certains orateurs viennent d'évoquer, le gel de 100 millions d'euros qui a été appliqué en 2011 aux dotations sanitaires et médicosociales peut modifier encore sensiblement en 2012 la portée des orientations fixées par le Gouvernement. Ce gel a abouti à l'invalidation de facto du vote du PLFSS pour 2011 par les parlementaires.

Par ailleurs, le secteur médico-social représente 20 % des crédits gelés, alors qu'il ne constitue que 10 % des crédits de l'assurance maladie : cela semble procéder d'une « fongibilité asymétrique inversée », cela a été dit, par rapport à la lettre et à l'esprit de la loi HPST.

Dans son annexe B, le PLFSS pour 2012 prévoit une nouvelle mise en réserve de dotations, pour un montant de 545 millions d'euros au titre de l'ONDAM global. D'ailleurs, ce chiffre pourrait encore augmenter, à la suite des annonces de ce matin.

Le secteur médico-social ayant été sévèrement frappé par un tel gel en 2011 – les crédits en question ne lui ont toujours pas été restitués, malgré les besoins de financement constatés dans le champ du handicap, artificiellement masqués par un jeu d'équilibrage entre les deux sous-objectifs de dépenses « personnes âgées » et « personnes handicapées » –, nous estimons qu'il doit être préservé de toute nouvelle mesure de cet ordre en 2012.

En deuxième lieu, une délégation pleine et entière des crédits votés par le Parlement s'impose, avec un « rebasage » indispensable et sincère de l'objectif global des dépenses pour les personnes handicapées,

afin de ne pas continuer à pénaliser indirectement le secteur des personnes âgées.

À la lecture du rapport budgétaire pour 2010 – dernier exercice connu – de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, que l'on ne peut abstraire d'une approche globale concernant la compréhension et l'évaluation du financement du secteur médicosocial, il apparaît que le résultat de la section I, dédiée au financement des établissements et services médicosociaux, est présenté dans une logique de compensation de l'exécution des deux sous-objectifs de dépenses. La sous-consommation de crédits sur l'enveloppe des personnes âgées est ainsi compensée par un dépassement, d'un montant presque équivalent, de l'enveloppe consacrée aux personnes handicapées.

Nous déplorons le caractère anormal de ce mécanisme d'équilibrage des comptes de la CNSA, et partant l'instabilité de la construction des objectifs de dépenses des années suivantes. Il n'est plus acceptable de poursuivre dans cette voie, avec un mécanisme de compensation inter-secteurs d'une ampleur anormale qui dénature profondément les orientations voulues par le Parlement, lequel vote deux montants de sous-enveloppes de crédits différents en toute connaissance de cause.

Dès lors, un « rebasage » significatif de l'objectif de dépenses au bénéfice des personnes handicapées devient indispensable en vue d'affecter effectivement aux établissements assurant l'accueil des personnes âgées dépendantes l'ensemble des crédits votés par le Parlement en leur faveur dans le cadre du PLFSS. La majorité des fédérations gestionnaires d'établissements et services concernés intervenant dans le secteur médicosocial sont très critiques à l'égard de ce modus operandi qui n'a que trop duré.

En troisième lieu, il est urgent de réactiver d'une manière vigoureuse la politique de médicalisation des EHPAD, brutalement stoppée en 2011.

Il s'agit d'une action prioritaire pour redonner confiance aux professionnels travaillant dans ces établissements, ainsi qu'aux résidents eux-mêmes, sans oublier leurs familles. En effet, force est de constater que le niveau de l'encadrement soignant dans les EHPAD n'a pas suivi l'aggravation très rapide de la perte d'autonomie de nombre de personnes accueillies et l'augmentation des besoins en soins techniques dans ces établissements.

Cette évolution est tout à fait logique compte tenu de la préférence exprimée par nos concitoyens : quitter leur domicile le plus tard possible, lorsque leur état de santé et de dépendance est très dégradé. En EHPAD, les taux d'encadrement actuels sont encore trop éloignés des objectifs définis par le plan solidarité-grand âge.

Certes, le PLFSS pour 2012 prévoit des mesures nouvelles dédiées à cette médicalisation, mais elles nous semblent insuffisantes, de même qu'aux responsables d'établissements concernés. En outre, ces derniers s'inquiètent de la rapidité avec laquelle ces mesures sont mises en œuvre, étant donné la difficulté de recruter les personnels soignants nécessaires.

En quatrième lieu, il est nécessaire de relancer la dynamique de conventionnement dans le secteur des EHPAD.

Les dispositions législatives prévoient que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée qui accueillent une proportion de personnes âgées dépendantes supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent héberger des personnes âgées remplissant certaines conditions de perte d'autonomie que s'ils ont passé une convention avec le président du conseil général et le directeur de l'agence régionale de santé concernée.

La durée de la convention, fixée par voie réglementaire, est de cinq ans. Or les contraintes budgétaires de ces dernières années ont conduit les pouvoirs publics à ralentir le rythme de renouvellement des conventions pluriannuelles, voire à geler ce renouvellement, comme ce fut le cas en 2011.

Cette situation a eu pour conséquence de placer les établissements dans l'illégalité : en effet, ils continuent à assurer la prise en charge des personnes âgées dépendantes en l'absence de convention les y autorisant expressément. C'est pourquoi nous voterons l'amendement déposé sur ce point par le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

En cinquième lieu, j'évoquerai la question de l'expérimentation relative à la tarification des EHPAD, objet de l'article 37 du PLFSS.

Cette proposition ne laisse pas d'inquiéter les fédérations gestionnaires, ainsi que l'Assemblée des départements de France, l'ADF. En effet, cette expérimentation concernant les ressources des EHPAD – à savoir une modulation du forfait global relatif aux soins dans les EHPAD, en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité dont la liste sera fixée par décret – ne peut être acceptée tant que les établissements ne seront pas justement dotés au regard de leur groupe iso-ressources moyen pondéré, ou GMP, et de leur « pathos » moyen pondéré, ou PMP.

L'introduction de tels critères risque de pénaliser fortement ces structures d'hébergement, dont le montant des dotations de soins ne correspond déjà pas aux besoins de leurs résidents.

Le préalable fondamental au lancement d'une telle expérimentation doit être la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire national d'un financement suffisant des dotations des établissements au regard des niveaux de dépendance et de besoins en soins des personnes qu'ils accueillent.

Telle qu'elle est envisagée, l'expérimentation ne permettra pas de garantir la reconnaissance de ces niveaux, ce qui ne manquera pas d'accroître le sentiment d'insécurité, déjà trop fortement ancré, qui règne dans les structures d'hébergement ; cela est bien sûr inacceptable. En conséquence, mon groupe soutiendra l'amendement de suppression de cet article 37, présenté par M. le rapporteur général.

En sixième et dernier lieu, j'affirmerai notre refus de la convergence tarifaire pour les établissements médicosociaux et les unités de soins de longue durée, les USLD.

Nous présenterons un amendement visant à abroger la convergence tarifaire pour les établissements médicosociaux et les USLD. En effet, le mécanisme prévu par le Gouvernement pour organiser le dispositif de convergence tarifaire – lorsque les dotations de soins des établissements en cause dépassent un plafond fixé réglementairement, elles sont réduites – pourrait laisser à penser que la dotation de soins de certains EHPAD serait trop élevée, ce qui ne correspond pas à la réalité. Ainsi, aujourd'hui, 1,6 % seulement des EHPAD publics en situation de convergence présentent des ratios d'encadrement soignant supérieurs à 0,5, alors que ces ratios sont inférieurs à 0,3 pour 57 % d'entre eux.

Par exemple, selon la Fédération hospitalière de France, la majorité des établissements concernés ne disposent d'aucune infirmière la nuit, ni sur place ni en astreinte. Dans ces conditions, comment seraient-ils en mesure de restituer des moyens ? Vouloir persévérer dans cette voie relève de l'inconscience...

Pour conclure, je précise que nous nous associons pleinement aux observations et aux propositions du rapporteur général de la commission des affaires sociales sur ce volet médicosocial du PLFSS pour 2012. Notre groupe présentera une dizaine d'amendements.

Par ailleurs, nous déplorons l'ajournement de la réforme concernant la perte d'autonomie des personnes âgées, attendue depuis trop longtemps déjà. Ce renvoi à une date indéterminée engendre un sentiment de profonde déception parmi les personnes âgées, leurs familles, les élus locaux et l'ensemble des acteurs et des professionnels de ce secteur. Cette déception est à la hauteur des espoirs nés des déclarations d'intention répétées du Président de la République sur ce dossier. La majorité de nos concitoyens est également très déçue ; elle saura s'en souvenir le moment venu !

PLFSS pour 2012

Discussion générale

Intervention d'Aline ARCHIMBAUD, sénatrice de Seine-Saint-Denis

Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mesdames, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, au travers du PLFSS pour 2012, le Gouvernement fait, de toute évidence, le choix de l'aggravation des inégalités



sociales plutôt que celui d'une véritable politique de santé publique axée sur la prévention et la diminution des risques environnementaux.

Mme la ministre a souligné que l'heure n'était pas à la facilité, qu'il fallait maîtriser les dépenses et avoir le courage d'engager des réformes de fond : nous sommes d'accord, mais lesquelles ?

Ce PLFSS nous semble beaucoup trop timide dans le domaine de la prévention et de la diminution des risques environnementaux. Il faudrait, sur ce point, conduire une politique de santé publique ambitieuse, qui anticipe les problèmes et ne considère pas cette question de la prévention comme relevant d'un ensemble de mesures périphériques secondaires. En 2010, les deux tiers des dépenses d'assurance maladie ont été consacrées au traitement des maladies chroniques et des affections de longue durée telles que le cancer, le diabète, l'obésité ou les maladies cardio-vasculaires. Par exemple, l'épidémie de diabète coûte environ 12,5 milliards d'euros par an. La simple stabilisation du nombre de cas permettrait d'économiser 1 milliard d'euros en agissant sur certaines causes de cette maladie, comme la sédentarité, la mauvaise alimentation ou certaines formes de pollution.

Les maladies chroniques, qui touchent 20 % de la population française, pourraient être largement contenues si une réelle politique de santé publique était

enfin mise en place. Il nous paraît impérieux d'agir sur les causes des maladies plutôt que de se contenter d'en traiter les symptômes a posteriori.

Ces traitements représentent un poids considérable pour l'assurance maladie et, par conséquent, pour la population française, qui la finance. Ainsi, les dépenses de médicaments atteignent 17 milliards d'euros par an. Il est temps de mettre un frein à la surconsommation et à la surfacturation des médicaments, qui ne font qu'assurer une rente aux industriels de la santé.

Une politique de santé publique centrée sur la prévention passe par une meilleure diffusion de l'information à destination de tous. En effet, 80 % des problèmes de santé résultent de facteurs non médicaux – hygiène, environnement ou alimentation – et pourraient être évités si l'on mettait en place une réelle éducation à la santé. Une politique de santé publique centrée sur la prévention passe par une action pour juguler l'épidémie de cancers que nous connaissons actuellement, le nombre de nouveaux cas ayant doublé en trente ans. On le sait, le cancer est désormais la première cause de mortalité en France. Une politique de santé publique centrée sur la prévention passe par la réduction de l'emploi des pesticides ainsi que par l'interdiction de certains produits chimiques et de perturbateurs endocriniens révélés par les désastres du distilbène ou du bisphénol A. Une politique de santé publique centrée sur la prévention passe par une meilleure alimentation et une meilleure hygiène de vie. Aujourd'hui, un enfant sur cinq est touché par l'obésité ou le surpoids, et la plupart d'entre eux souffrent ou souffriront de pathologies qui y sont associées : maladies cardio-vasculaires, diabète, etc.

L'obésité est deux fois plus répandue chez les ouvriers que chez les cadres, dont l'espérance de vie est supérieure de dix ans, ce qui ajoute l'injustice sociale à la crise sanitaire. L'éducation à l'équilibre alimentaire, la généralisation des aliments sains, issus de l'agriculture biologique, une réglementation drastique de la publicité à destination des enfants sont des

questions urgentes qu'il faut, selon nous, impérativement traiter.

Une politique de santé publique centrée sur la prévention passe par la lutte contre un certain nombre de lobbies – pharmaceutique, chimique, agroalimentaire ou encore du sucre ou de l'alcool –, ainsi que par la protection des lanceurs d'alerte.

Ce n'est donc pas un comportement dépensier, voire irresponsable, des malades qui est la cause fondamentale de la hausse des dépenses de l'assurance maladie et des énormes difficultés financières que nous évoquons aujourd'hui. La raison première de cette situation est bel et bien l'environnement dégradé dans lequel nous vivons. L'expansion des maladies chroniques doit être considérée comme un élément de la crise environnementale, au même titre que l'épuisement des ressources naturelles ou encore l'érosion de la biodiversité.

Nous ne résoudrons la crise de notre système de soins et de son financement que si nous agissons aussi à la source sur les causes des grandes maladies chroniques actuelles : le stress, la pollution, les conditions de travail, la mauvaise qualité de l'alimentation... Notre système de santé ne peut plus se borner à traiter les conséquences de la dégradation de l'environnement : nous devons passer d'une logique uniquement curative à un système alliant soins, prévention et éducation à la santé.

« Mieux vaut prévenir que guérir » : cet adage simple devrait être au cœur de notre politique de santé et de solidarité sociale. En effet, maintenir une population en bonne santé n'a pas de prix, et surtout une population en mauvaise santé a un coût ! Ce coût est très important, comme nous pouvons le constater aujourd'hui. Il en résulte que nos raisonnements doivent se fonder sur des calculs qui ne soient pas simplement de court terme.

La seconde partie de mon intervention sera plus brève que la première, dans la mesure où elle traite de questions qui ont déjà été largement développées par certains de mes collègues. Sous de nombreux aspects, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 accentue les inégalités sociales et les inégalités en matière d'accès aux soins. À cet égard, je citerai quelques exemples criants.

Le Gouvernement propose de doubler la taxe sur les contrats solidaires et responsables des complémentaires santé.

Cette mesure va se répercuter sur le coût des contrats des mutuelles pour les usagers et accentuera les difficultés d'accès aux soins que la politique de « responsabilisation des malades » a déjà particulièrement amplifiées.

Le taux de remboursement de l'assurance maladie est, en moyenne, d'un peu moins de 77 %, contre plus de 80 % voilà trente ans. La part des dépenses de santé qui incombe aux complémentaires et aux usagers ne fait donc qu'augmenter. Cela est particulièrement vrai pour les soins courants, tels que les consultations des médecins généralistes ou les médicaments : le niveau de remboursement par l'assurance maladie est tombé à un peu plus de 60 %.

L'accès à une mutuelle pour toutes et tous et l'augmentation du taux de remboursement passent notamment par la suppression des franchises médicales et l'interdiction des dépassements d'honoraires. Le montant de ces derniers atteint, chaque année, 2 milliards d'euros, les deux tiers de cette somme pesant directement sur les ménages après intervention des organismes d'assurance complémentaire. Cette situation est totalement injuste.

Permettez-moi d'évoquer aussi une autre forme d'inégalité, à savoir l'inégalité en matière d'accès aux soins, due en particulier à l'existence de déserts médicaux. En effet, il y a aujourd'hui un certain nombre de territoires, tant dans des zones rurales que dans des zones densément urbanisées, où l'on manque de médecins. En tant que sénatrice de Seine-Saint-Denis, je peux vous dire que nous connaissons en la matière des situations aiguës, extrêmement préoccupantes, qui exigent des mesures incitatives fortes.

Enfin, lorsque vous proposez de diminuer les indemnités journalières pour lutter contre les prétendus abus des salariés, vous créez un autre type d'inégalité.

Nous assistons à une explosion du nombre des maladies professionnelles et des accidents du travail, liée à la dégradation des conditions de travail, à la pression subie constamment par les salariés et à l'individualisation des modes de gestion. Il est inconcevable de taxer les travailleurs et de ne pas mettre en place un meilleur système de prévention des accidents et des maladies au travail, ainsi qu'une réelle prise en compte de la pénibilité, y compris environnementale.

À cet égard, mon collègue Jean-Pierre Godefroy a insisté sur le problème de l'amiante, qui est loin d'être réglé.

En conclusion, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ne répond pas aux grands enjeux de santé publique et de solidarité. Il s'appuie sur une vision comptable à court terme, il ne prévoit pas d'investir dans la prévention, il alourdit les dépenses de santé pour les plus modestes, il limite l'accès aux soins pour ceux de nos concitoyens qui sont le plus en difficulté.

PLFSS pour 2012

Discussion générale

Intervention de René TEULADE, sénateur de la Corrèze

Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur général, mes chers collègues, chaque année, le projet de loi de financement de la sécurité sociale nous offre son lot de surprises. L'année dernière, il était marqué par la funeste affaire du Mediator ; cette année, le cœur du problème réside dans le cœur du texte, à savoir les chiffres initialement présentés par le Gouvernement.



Plutôt que de déverser une logorrhée de statistiques, rappelons simplement que les prévisions de croissance sur lesquelles s'est fondé le Gouvernement étaient irréalistes. En la matière, son optimisme s'est heurté à la froide réalité économique : en 2012, la croissance devrait s'établir autour de 1 %, loin des 1,75 % longtemps annoncés contre vents et marées par la majorité présidentielle.

Dans un contexte économique contraint, où la rigueur, la volatilité et l'incertitude dominant, comme en témoigne la tourmente qui secoue actuellement la zone euro, comment le Gouvernement a-t-il pu ainsi se bercer d'illusions ? En ce sens, nous ne pouvons que regretter d'avoir entamé un débat sur des chiffres fondés sur des hypothèses macroéconomiques dépassées ; nous ne pouvons que regretter d'avoir entamé un débat actuellement sacrifié sur l'autel, disons-le, de la duperie.

La duperie est d'autant plus fruste que la majorité présidentielle n'a de cesse de s'ériger en chantre de l'efficacité et de la rationalité économiques, confon-

dues avec la mise en place, sans discussion, de mesures d'austérité qui pénalisent à la fois la croissance, l'emploi, l'investissement et la compétitivité.

Entendons-nous bien : lutter contre les déficits, notamment celui de la sécurité sociale, est une nécessité et une priorité absolues ; nous en sommes convaincus. À cet égard, ce matin même, le Premier ministre, M. François Fillon, a explicité que les mesures du nouveau plan de rigueur étaient guidées par ces principes. Mais comment croire en cette fable ?

En effet, pourquoi le Gouvernement n'a-t-il pas touché au paquet fiscal, dont le coût est estimé à 10 milliards d'euros, soit le montant qu'il lui manquait pour boucler son budget ? Pourquoi, parallèlement, a-t-il accéléré la réforme des retraites, faisant porter l'effort sur les salariés ? Pourquoi avoir maintenu la défiscalisation des heures supplémentaires, dispositif dont l'inefficacité a été soulignée à de nombreuses reprises, et avoir fixé à 1 % par an, de manière péremptoire, l'augmentation des prestations sociales, sans se préoccuper de l'évolution de l'inflation ? Pourquoi avoir gelé le barème de l'ISF pendant deux ans, plutôt que de s'attaquer davantage aux niches fiscales ?

Quelle audace ne faut-il pas, après avoir énoncé cette litanie de mesures, pour assurer que ce plan de rigueur est équitable ! Ce ne sont pas les « mesurette » annoncées qui compenseront la profonde injustice que représente ce nouveau plan de rigueur.

Ce cadrage d'ensemble étant effectué, j'aimerais maintenant vous faire part de mes observations sur la branche vieillesse de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. À titre liminaire, il convient de préciser qu'analyser les chiffres de la branche vieillesse ne peut se faire qu'au regard de la réforme des retraites promulguée le 9 novembre 2010.

Brutale elle a été, brutale elle demeure, comme en témoignent les déclarations du Premier ministre ce matin, qui a consacré l'accélération de la réforme et le report de l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans d'ici à 2017 au lieu de 2018, sans négociation préalable avec les partenaires sociaux, ce qui manifeste une forme de mépris !

Ainsi, évoquer le problème des retraites, c'est aborder des questions sociales et sociétales fondamentales pour le présent et pour l'avenir. En effet, les principes qui sous-tendent les mécanismes de notre système de retraites reflètent en réalité les valeurs de notre société. En ce sens, la question des retraites est éminente, car elle retranscrit l'essence même de notre nation.

À ceux qui se plaisent à souligner qu'il ne s'agit ici que de sujets philosophiques, sans portée concrète, je rappellerai les récentes manifestations, dans plus d'une centaine de villes, le 6 octobre 2011, de plusieurs milliers de retraités qui dénonçaient leur précarité, clamaient leur peur du déclassement et, osons le dire, exprimaient un sentiment se rapprochant plus du désespoir que du désarroi.

Comment pourrait-il en être autrement, étant donné les paramètres de leur situation : pouvoir d'achat en berne en raison de la relative stagnation des prestations versées, isolement de plus en plus manifeste, difficultés de plus en plus grandes pour se soigner, comme en témoigne la pétition mise en circulation par la Fédération nationale de la Mutualité française ?

À cet égard, un récent sondage montrait que près d'un tiers des Français avaient dû renoncer à se soigner en 2011. En Europe, seule la Pologne présente des statistiques plus inquiétantes. La France a plongé à la quatorzième place au sein de la zone euro selon le critère du déficit du système de sécurité sociale. Une gestion équilibrée des comptes nous ferait remonter à la huitième position : cela suffit à légitimer la mise en œuvre d'une autre politique.

Dans un tel contexte, le projet de loi sur la dépendance aurait été le bienvenu, afin de soulager à la fois les personnes âgées et leurs familles. Malheureusement, il a été jeté aux oubliettes... Pour autant, il n'en demeure pas moins un problème majeur qui doit être traité dans le cadre d'une réflexion large, englobant les questions d'évolution démographique, de santé publique, de sécurité sociale et de retraites.

Sans palabrer sur l'ensemble de la réforme des retraites, certes guidée par l'urgence, mais marquée par l'absence d'esprit de négociation, de compromis et de conciliation de la majorité présidentielle, nous pouvons nous interroger quant à son incidence sur les chiffres présentés dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Tout d'abord, rappelons qu'en 2010 les déficits de l'assurance vieillesse ont atteint un niveau sans précédent : près de 9 milliards d'euros pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la CNAV, 4 milliards d'euros pour le Fonds de solidarité vieillesse, le FSV, et environ 2 milliards d'euros pour les autres régimes, soit un total de 15 milliards d'euros.

Afin de pallier cette situation dramatique, les mesures prises ont visé à la fois l'augmentation des recettes et la réduction des dépenses. Néanmoins, la diminution des dépenses, à l'inverse de l'accroissement des recettes, a un effet différé dans le temps, si bien que les déficits vont demeurer à un niveau élevé au cours des années à venir : près de 6 milliards d'euros pour la CNAV, 3,7 milliards d'euros pour le FSV et environ 2 milliards d'euros pour les autres régimes, soit 11,7 milliards d'euros au total en 2012. Selon les projections gouvernementales, ce déficit structurel ne descendra pas en dessous de 10 milliards d'euros par an d'ici à 2015.

Il est donc urgent de prendre des mesures supplémentaires d'une efficacité économique certaine, d'autant que les déficits de la branche vieillesse vont accroître une dette sociale déjà en forte augmentation. Sur les 130 milliards d'euros transférés à la CADES entre 2010 et 2018, près de 85 milliards d'euros sont inhérents aux déficits de la branche vieillesse. En outre, il faut souligner que les déficits de certains régimes n'ont pas été pris en compte dans le cadre de la réforme des retraites et qu'ils restent en attente de financement.

Ainsi, le régime des exploitants agricoles va continuer de connaître un déficit très important ces prochaines années, et ce malgré les 400 millions d'euros de recettes supplémentaires qui lui seront affectés à partir de 2012. Parallèlement, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales, la CNRACL, est en déficit depuis 2010. Or ce déficit va s'aggraver de 600 millions d'euros cette année, en conséquence du reversement à l'État des cotisations perçues au titre des agents transférés aux collectivités locales.

Par conséquent, au regard de l'ensemble de ces éléments, nous ne pouvons être que dubitatifs s'agissant du scénario de retour à l'équilibre à l'horizon 2018 qui nous est vendu comme la quintessence de la réforme des retraites, dont nous avons dénoncé le caractère foncièrement inique lors de la discussion du projet de loi éponyme dans cet hémicycle, l'année dernière.

Outre les incidences du report de l'âge légal de la retraite de 60 à 62 ans d'ici à 2017, indépendamment du nombre d'années de cotisation, nous ne pouvons que réitérer nos inquiétudes quant aux conséquences, pour les assurés n'ayant pas bénéficié d'un parcours professionnel continu, notamment les femmes, du report à 67 ans de l'âge de l'accès au taux plein.

Aujourd'hui, nous le savons, les parcours professionnels ne sont plus aussi linéaires qu'auparavant. Nos concitoyens aspirent à bénéficier d'une formation continue, à faire coexister harmonieusement vie professionnelle et vie personnelle, quitte à mettre de côté temporairement la première. Ils aspirent, tout simplement, à la liberté d'organiser leur cycle de vie comme ils l'entendent, sans pour autant renâcler au travail.

Autrement dit, de nos jours, le triptyque formation-travail-retraite n'a plus grande pertinence. La formation se poursuit au-delà des études, tandis que les « phases de retraite » sont de plus en plus nombreuses au cours de la vie professionnelle ; parallèlement, la fin de la vie professionnelle n'est pas la fin de l'activité économique et de l'activité sociale.

C'est pourquoi le projet socialiste évoque la notion de « retraite choisie », système universel et personnalisé qui prendrait en compte le parcours et les aspirations de tout un chacun. Les systèmes scandinaves, en pointe en la matière, fournissent un exemple de ce que pourrait être un système moderne de retraites. De surcroît, l'injustice que représente à nos yeux cette réforme des retraites est symbolisée par son traitement de la problématique de la pénibilité.

Dans le cadre de la préparation de l'examen du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, lors de l'audition des ministres, nous avons évoqué notre profonde déception eu égard aux conditions particulièrement restrictives imposées par les décrets d'application pour bénéficier de la retraite anticipée.

En particulier, nous avons critiqué le critère d'exposition durant dix-sept ans à des facteurs de risque pour les assurés présentant un taux d'incapacité compris entre 10 % et 20 %.

À cet égard, le volet relatif à la prévention, qui repose sur des négociations de branche et des accords d'entreprise, est à la peine.

En effet, pour les entreprises dont moins de 50 % de l'effectif est exposé à des facteurs de risques, il n'y aura aucune obligation de négocier des accords.

Enfin, le thème des retraites est intrinsèquement lié aux débats sur l'emploi des seniors. Dans un contexte où les perspectives économiques ne cessent de se dégrader, où le taux de chômage au sein de l'Union européenne, qui a atteint 10,2 % en septembre dernier, n'a jamais été aussi élevé, l'emploi des seniors est une variable essentielle pour le succès des politiques économiques.

Rappelons qu'en France les seniors, comme les jeunes, sont fortement exposés au chômage. Ainsi, au deuxième trimestre de 2011, le taux d'emploi des seniors était de 40,9 %, très au-dessous de la moyenne européenne, qui s'établissait à 46,3 %, et loin de l'objectif fixé par la stratégie de Lisbonne, à savoir un taux d'emploi de 50 % pour 2010. Pis encore, une nette césure se dessine à partir de 60 ans : le taux d'emploi des 55-59 ans s'élève à 63,4 %, alors que celui des 60-64 ans est de 18,1 %, soit presque cinquante points de différence...

Dans ces conditions, comment est-il possible de défendre la réforme des retraites et, par voie de conséquence, les chiffres de la branche vieillesse présentés dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ? Vous vous êtes focalisés sur une seule face de la même pièce de monnaie, l'âge légal de départ à la retraite, sans prendre le temps de réfléchir à la question primordiale de l'emploi des seniors. La preuve en a d'ailleurs été apportée ce matin, puisque la seule mesure annoncée relative aux retraites a une nouvelle fois concerné l'âge légal de départ à la retraite. En d'autres termes, vous promettez aux seniors non pas une retraite paisible, mais une retraite anxigène, marquée par une peur frénétique du chômage.

Ceci est symptomatique de votre vision court-termiste, de votre tendance à naviguer à vue : vous n'avez eu de cesse de tergiverser s'agissant de l'allo-

cation équivalent retraite, qui concerne les demandeurs d'emploi les plus âgés arrivant en fin de droits. Supprimée à la fin de 2008, maintenue « à titre exceptionnel » en 2009, prorogée en 2010, puis supprimée en 2011, cette mesure sera finalement rétablie sous l'appellation d'« allocation transitoire de solidarité ». Cette politique confuse ne fait que traduire l'incapacité du Gouvernement à trouver des solutions viables pour l'emploi des seniors !

Ainsi, nous souhaitons que la lecture de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale au Sénat, à défaut de vous convaincre, puisse vous éclairer. Nous voulons être non pas uniquement dans la gestion des crises, mais dans l'anticipation et la prévention, en privilégiant l'action plutôt que la réaction.

Nous souhaitons démontrer qu'il est possible de lutter efficacement et autrement contre les déficits de la sécurité sociale ; nous souhaitons exposer notre vision et nos propositions en vue d'assurer le financement et la pérennité de notre système de protection sociale.

Vous verrez que nous avons non seulement l'« audace d'espérer », mais aussi l'audace d'y croire, l'audace de ceux qui sont déterminés, convaincus et responsables !

PLFSS pour 2012

Discussion générale

Intervention de Samia GHALI, sénatrice des Bouches-du-Rhône

Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, alors que nous sommes amenés à examiner le dernier projet de budget de la branche famille de la sécurité sociale de cette législature, nous constatons, une fois encore, que cette branche est le parent pauvre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Que nous proposez-vous ?



Deux mesures très ciblées, relatives à l'allocation de soutien familial et au complément de libre choix du mode de garde, sont envisagées. Aussi intéressantes soient-elles pour les familles monoparentales, les deux articles dont elles font l'objet ne peuvent à eux seuls constituer un projet, madame la secrétaire d'État, ni, a fortiori, masquer les faiblesses d'une politique sans vision ni ambition.

J'en veux pour preuve le fait que les avantages octroyés aux uns par ce texte devaient, dans l'esprit du Gouvernement, être repris aux autres. En proposant initialement l'assujettissement à la CSG du complément de libre choix d'activité et du complément optionnel de libre choix d'activité, mesure rejetée par nos collègues députés, le Gouvernement tentait de récupérer 30 euros par mois sur le dos des familles bénéficiaires. D'ailleurs, il ne s'arrête pas en si mauvais chemin, puisqu'il prétend maintenant reporter l'actualisation des allocations logement au mois d'avril, proposition heureusement repoussée par notre commission des affaires sociales. Et comme cela ne suffit toujours pas, le Premier ministre vient d'annoncer aujourd'hui même qu'un nouvel effort serait demandé aux plus défavorisés, aux bénéficiaires des prestations sociales, puisqu'il a été décidé que les prestations sociales seraient désormais

indexées sur le taux de croissance, ce qui aboutira à une baisse du pouvoir d'achat et du niveau de vie des bénéficiaires.

Oui, madame la secrétaire d'État, comme pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale, la politique du Gouvernement est insaisissable et ne donne aucun résultat. Depuis cinq ans, les comptes de la branche famille ne cessent de se dégrader. Alors qu'ils affichaient un excédent de 200 millions d'euros en 2007, ils ont basculé dans le déficit dès 2008. Pour 2011 et 2012, les déficits attendus sont d'environ 2,5 milliards d'euros.

Pour ce qui concerne les perspectives, l'inquiétude demeure. Aucune piste sérieuse de redressement ne se dessine. Voilà quelques mois, le Haut Conseil de la famille considérait que la branche famille retrouverait l'équilibre au plus tôt vers 2017. Si l'on précise que cette estimation s'appuie sur les hypothèses économiques d'une croissance de long terme de 1,5 % par an et d'un taux de chômage diminuant jusqu'à 4,5 %, on peut en déduire que la situation est très alarmante... Et ce ne sont pas les économies dérisoires, et surtout injustes, que vous décidez année après année qui changeront la donne, sauf pour les familles pénalisées.

Je pense, en particulier, à la suppression de la rétroactivité des aides personnelles au logement pour les trois mois précédant la demande des allocataires. Nous vous l'avions déjà dit l'année dernière, au moment où cette mesure avait été adoptée, mais il convient hélas d'y revenir : les familles les plus modestes, celles qui sont le moins en mesure de s'informer de leurs droits et celles dont l'un des membres voit sa situation professionnelle changer brutalement, sont, au final, les plus touchées.

En matière de logement, dans un contexte de crise économique et de montée du chômage, la situation des familles demeure très difficile. Les revenus des allocataires diminuent et les besoins en matière d'aide au logement augmentent.

La part des dépenses de logement dans le budget familial grimpe, ce dont, malheureusement, vous ne tenez pas compte.

Je le répète, aucune perspective sérieuse de redressement ne se dessine. Au-delà de la situation dégradée des comptes de la branche famille, nous nous souvenons des promesses faites par M. Sarkozy lorsqu'il était candidat. Dans son discours de Périgueux, il s'était engagé à « faire cesser la situation insupportable de la mère qui travaille, qui élève seule ses enfants et qui n'arrive pas à les faire garder », proposant « que le droit de faire garder ses enfants quand on travaille ou quand on est à la recherche d'un emploi devienne opposable [...] afin d'obliger tout le monde à créer au plus vite les capacités d'accueil nécessaires ». Vous vous en souvenez certainement, madame la secrétaire d'État... Nous aussi, croyez-le !

La France peut se réjouir d'avoir l'un des taux de natalité les plus élevés d'Europe : plus de 820 000 naissances par an. C'est une chance pour notre pays. Mais si l'on rapproche ce chiffre du taux d'emploi des femmes, on réalise combien les freins à l'emploi des femmes persistent. Lorsque les enfants sont jeunes, les problèmes de garde sont très aigus et les femmes pénalisées dans leur accès à l'emploi. L'offre de garde d'enfants est donc un enjeu central de la politique familiale. Le constat est simple : en France, seulement un enfant de moins de trois ans sur deux peut bénéficier d'un accueil. Dans certains départements, c'est beaucoup moins. Dans certains quartiers défavorisés, dans certaines zones rurales, c'est moins encore ! À la fin de l'année 2009, sur cent enfants de moins de trois ans, vingt-sept pouvaient être accueillis par un assistant maternel, quatorze par un établissement d'accueil du jeune enfant, cinq par une école maternelle et deux, ou presque, par un salarié à domicile. Tels étaient les ordres de grandeur : pour cent enfants, la capacité d'accueil théorique s'élevait à environ quarante-huit places.

Depuis 2007, les modes de garde ont connu des évolutions contrastées. En matière d'offre individuelle, si le nombre de places de garde chez les assistants maternels a augmenté, le développement des maisons d'assistants maternels reste insuffisant.

En matière d'offre collective, les structures multi-accueil affichent une progression, mais les structures mono-accueil régressent, tout comme le nombre de places offertes par les services d'accueil familial.

Il est vrai que des places nouvelles ont été créées, mais, au même moment, les places réservées aux moins de trois ans ont été supprimées dans les écoles maternelles. En 2000, plus d'un tiers des enfants de moins de trois ans étaient accueillis en maternelle. En 2010, ils n'étaient plus que 13 %. Nous sommes passés de 178 300 enfants accueillis en maternelle à la fin de 2006 à 123 200 à la fin de 2009... Voilà, mes chers collègues, qui est en totale contradiction avec les efforts annoncés pour favoriser l'accueil des jeunes enfants !

Nous avons pourtant tellement besoin de l'école maternelle. D'ailleurs, je tiens à saluer l'initiative de notre collègue Françoise Cartron, qui, jeudi dernier, a présenté au nom du groupe socialiste-EELV une proposition de loi visant à instaurer la scolarité obligatoire à trois ans.

Je l'affirme : l'école maternelle est un bienfait pour nos enfants, particulièrement dans les quartiers sensibles. Pas simplement parce qu'elle est gratuite, mais parce qu'elle répond à une demande sociale et à une nécessité pour notre pays. Les parents des milieux défavorisés sont confrontés à des difficultés de plus en plus lourdes, économiques, sociales et psychologiques. La prise en charge collective des enfants à l'âge des premiers apprentissages n'est pas une dépense supplémentaire, mais une aubaine, une chance, un investissement pour l'avenir !

Le recul de l'accueil en école maternelle annule, dans les faits, les progrès accomplis en matière de développement de l'offre de garde des jeunes enfants. Au total, nous sommes très loin des 200 000 places supplémentaires promises par le Président de la République.

De surcroît, d'importants chantiers restent à mener. Je pense en particulier à la revalorisation des professions de la petite enfance, qui passe par l'accroissement de l'offre de formation des professionnels et le renforcement du pilotage de l'offre de garde, qui est aujourd'hui très insuffisante.

C'est le contraire de la politique que vous menez ! Les professionnels se sont émus à juste titre de l'abaissement du taux d'encadrement et de l'augmentation du nombre d'enfants autorisés par assistante familiale.

Oui, la politique familiale doit franchir une nouvelle étape et s'appuyer sur un véritable service public de la petite enfance !

La crise économique que nous traversons et le déficit que vous avez creusé contraignent la réforme ; il serait irresponsable de l'ignorer. Mais une nouvelle étape de la politique familiale doit être franchie, car la demande sociale a profondément évolué.

Devant la multiplication des séparations, le nombre croissant de familles monoparentales et recomposées ainsi que les conséquences qui en résultent pour les enfants et la société en général, nous devons élaborer de nouvelles solutions pour aider l'enfant à se développer et le couple parental à mieux exister.

Les familles monoparentales – le plus souvent des mères seules – ont non seulement besoin d'aides financières plus importantes que les autres, mais aussi d'un accompagnement vers l'emploi et d'un soutien plus grand pour l'organisation de la vie familiale, notamment pour la garde des enfants.

À ce sujet, je dois dire que le rapport du groupe de travail « famille », présenté en juillet dernier par deux députés de l'UMP, montre une nouvelle fois que, malheureusement, certains restent aveuglés par des principes d'un autre âge. Autant je partage le diagnostic sur la « fragilité croissante des couples et des familles et la "monoparentalisation" de la pauvreté », qui ont un coût social, autant je trouve que la réponse proposée par vos collègues du groupe de l'UMP de l'Assemblée nationale est empreinte de vieux clichés.

Certes, nous devons prendre acte des conséquences sociales des instabilités familiales et de la nécessité d'aider les couples à durer. La stabilité des couples nous intéresse. C'est un sujet de fond, dont il faut se préoccuper. J'y suis pour ma part très sensible. Mais s'il faut soutenir les initiatives destinées à aider les couples – conseil conjugal, médiation familiale, groupes de parole –, l'État n'a pas à imposer une forme de conjugalité. Au contraire, il faut rapprocher les différentes formes de conjugalité – PACS, mariage, union libre – et leurs régimes fiscaux.

Le rapport Grommerch-Mariton réaffirme son attachement au système actuel, construit autour de la notion de « foyer fiscal », qu'il propose même de renforcer.

Pour ma part, je suis intimement convaincue qu'il faut à l'inverse repenser le système du point de vue des individus. Dans le cadre de cette individualisation, il faudra reconsidérer le quotient familial, afin

que les aides aux familles puissent être versées sous forme d'un crédit d'impôt forfaitaire par enfant. À mes yeux, un tel dispositif serait plus juste que le quotient familial, car il ne pénaliserait pas les classes populaires et moyennes. Il aurait également le mérite de préserver l'universalité des allocations familiales tout en réglant les problèmes de leur fiscalisation et de leur attribution dès le premier enfant.

Cette réforme aurait l'énorme avantage de permettre le passage d'une logique de réparation, dominée par un soutien financier aux familles pour compenser le coût de l'enfant, à une stratégie d'investissement social centrée sur des prestations de services au profit de l'enfant et de son développement.

PLFSS pour 2012

Vote sur l'ensemble du texte

Intervention d'Yves DAUDIGNY, rapporteur général de la Commission des affaires sociales, sénateur de l'Aisne

Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous avons commencé l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 il y a exactement une semaine, et il est temps de dresser le bilan de nos travaux. Premier constat : le Sénat s'est clairement opposé au projet du Gouvernement.



Le Sénat s'est d'abord dressé contre la première partie du projet de loi sur les comptes de l'année 2010. Nous voulions en effet dénoncer le déficit historique de 2010, soit 28 milliards d'euros pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse, le FSV. Comme l'a indiqué la Cour des comptes, la crise n'explique qu'une partie de ce déficit. Plus des deux tiers ont une origine structurelle liée aux 10 milliards d'euros de déficits annuels constatés, année après année, depuis 2004. C'est bien la majorité présidentielle actuelle qui en porte l'entière responsabilité.

Je précise, pour que ce soit bien clair, que notre vote ne remet nullement en cause l'excellent travail de certification des comptes réalisé par la Cour des comptes ; il marque simplement notre opposition résolue à la politique portée par ces comptes.

Le Sénat s'est ensuite opposé à la deuxième partie du PLFSS, celle qui concerne les comptes de l'exercice en cours, c'est-à-dire l'année 2011.

Là encore, le niveau des déficits – plus de 20 milliards d'euros pour le régime général et le FSV –, le transfert de 65 milliards d'euros de dettes à la caisse d'amortissement de la dette sociale, la CADES, et l'absence totale de mesures de redressement des comptes à

caractère structurant nous ont conduits à rejeter les comptes rectifiés proposés par le Gouvernement.

Le Sénat s'est également opposé à l'équilibre présenté pour 2012, et cela pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le cadrage économique, même rectifié à la marge pour 2012, est, tous les observateurs le disent, irréaliste : une croissance du PIB de 1 % et de la masse salariale de 3 % en 2012 est, selon toutes les prévisions effectuées et rendues publiques, excessivement optimiste ; nos partenaires européens n'hésitent même plus à nous le reprocher.

Ensuite, ce PLFSS maintient un niveau de déficit bien trop élevé, de près de 18 milliards d'euros, pour le régime général et le FSV en 2012.

Enfin, le présent projet de loi de financement n'apporte pas une seule des solutions nécessaires à la sauvegarde de notre système de protection sociale ; il ne résout ni la question des déficits, ni celle du manque structurel de recettes des branches maladie et famille ou du FSV, ni le problème, pourtant fondamental, de l'accès aux soins, ni la douloureuse question du reste à charge, ni les problèmes financiers des hôpitaux, bref aucun des sujets qui appellent des réponses urgentes !

Le Sénat s'est aussi opposé à l'accumulation irresponsable des déficits sociaux. Ceux-ci ont atteint des sommets : plus de 70 milliards d'euros en trois ans pour le régime général et le FSV. La dette sociale a doublé depuis 2007 et nous la transférons, sans états d'âme, à nos enfants et petits-enfants ! Et le Gouvernement continue à laisser filer les déficits : l'annexe B montre qu'ils s'établiront encore à plus de 10 milliards d'euros par an jusqu'en 2015.

Je le répète, cette politique de court terme n'est plus acceptable. Les enjeux sont trop graves. Nous ne pouvons plus continuer à fabriquer de la dette à partir de nos dépenses courantes.

C'est pourquoi la majorité de gauche du Sénat a clairement rejeté le projet du Gouvernement. Néanmoins, elle a aussi voulu montrer qu'une autre politique était possible. Elle a donc décidé d'imposer sa vision d'un budget différent de la sécurité sociale.

Le Sénat a imposé une gestion plus responsable des comptes ; il a réduit d'au moins 3,5 milliards d'euros le déficit de la sécurité sociale pour 2012 et les années suivantes.

Nous avons considéré comme nécessaire d'adopter, dès cette année, des mesures à caractère pérenne et non pas ponctuel, à la différence de ce qu'a trop souvent fait le Gouvernement, pour commencer à diminuer de façon significative les déficits.

L'abrogation des exonérations applicables aux heures supplémentaires de la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite « TEPA », qui permet d'apporter 3,5 milliards d'euros à la sécurité sociale, est la mesure phare de nos propositions. Il s'agit en effet de supprimer un dispositif à la fois coûteux et inefficace. Certes, les dispositions que nous avons adoptées auront des conséquences pour certains de nos concitoyens, mais nous assumons nos responsabilités, car, pour nous, la priorité est claire, c'est l'emploi !

Le Sénat a imposé une nouvelle politique en matière de ressources afin de combler le manque structurel de recettes de la sécurité sociale, régulièrement dénoncé par la Cour des comptes.

Cette augmentation des recettes s'est faite de manière responsable. D'une part, les mesures proposées par la commission et nos collègues des différents groupes de la majorité sénatoriale ont consisté à réduire des niches sociales existantes, sur lesquelles des marges de progression ont été repérées depuis longtemps. Il en est ainsi du forfait social, des stock-options et des attributions gratuites d'actions, des retraites chapeaux et des parachutes dorés. D'autre part, nous avons aussi cherché à rendre plus efficaces ces niches, en commençant à mieux cibler les allègements généraux de cotisations sociales, afin de limiter les effets d'aubaine.

J'ouvre une parenthèse pour répondre à Mme la ministre du budget qui nous a accusés d'avoir créé dix-sept nouvelles taxes. Mais c'est faux, c'est totalement faux !

Sur les dix-neuf mesures ajoutées en matière de recettes, seules quatre sont véritablement nouvelles, toutes les autres ne sont que des réductions de niches existantes.

Et sur ces quatre nouvelles taxes, deux ont été adoptées à l'unanimité par le Sénat : la création d'une contribution patronale additionnelle sur les bonus des traders et l'instauration d'une taxe sur les produits cosmétiques au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'AFSSAPS. Nous ne pouvons accepter une telle déformation de la vérité !

Le Sénat a par ailleurs imposé un meilleur accès aux soins.

Nous avons abrogé l'augmentation de la taxe sur les assurances complémentaires votée en septembre dernier, et nous avons plus que largement gagé cette perte de 1,1 milliard d'euros pour les comptes sociaux.

Nous avons également exonéré de cette taxe les contrats responsables couvrant les étudiants.

Nous avons supprimé l'article visant à mettre en place un secteur optionnel, car nous ne voulons pas légitimer des dépassements d'honoraires contre lesquels nous sommes bien décidés à lutter.

Nous avons voté, sur l'initiative des groupes communiste et socialiste, la restriction des financements publics aux maisons de santé qui appliquent les tarifs opposables et le tiers payant.

Nous avons refusé le rabetage annoncé des indemnités journalières.

Nous souhaitons aussi supprimer la franchise sur les boîtes de médicaments – nous l'avions annoncé – et mettre un terme à la convergence tarifaire entre les secteurs hospitaliers, public et privé. Malheureusement, l'article 40 de la Constitution nous a empêchés de le faire. Les contraintes constitutionnelles et organiques rendent en effet impossible la mise au point d'un véritable contre-projet.

La brièveté des délais, depuis le renouvellement des instances sénatoriales, et l'absence de moyens techniques de chiffrage ont rendu difficile la construction d'une complète solution de rechange au texte qui nous a été proposé.

Malgré tout, la nouvelle majorité du Sénat est parvenue à imprimer réellement sa marque sur ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le texte que nous allons voter dans quelques instants ne ressemble en rien à celui que nous a présenté le Gouvernement.

Il représente pour nous l'esquisse – l'esquisse seulement, car nombre de mesures ne peuvent figurer dans ce projet de loi, soit du fait de l'article 40 de la Constitution, soit en raison de leur caractère réglementaire, ce qui est fréquemment le cas en matière de sécurité sociale – de ce que pourrait représenter un véritable projet de gauche pour la sécurité sociale, un projet fondé sur les valeurs de sécurité et de solidarité, un projet qui ne renie pas les acquis d'un système hérité du Conseil national de la Résistance et que nous avons le devoir, vis-à-vis de nos concitoyens, de préserver au plus haut niveau.

PLFSS pour 2012

Vote sur l'ensemble du texte

Intervention de Ronan KERDRAON, sénateur des Côtes-d'Armor

Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le texte dont nous avons débattu au cours de ces derniers jours est le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale de la législature. Lorsqu'il nous est arrivé de l'Assemblée nationale, nous l'avons analysé avec objectivité, réalisme et pragmatisme. Il s'inscrivait dans la lignée des précédents : insuffisance des mesures visant à augmenter les recettes, absence d'une réforme structurelle dans les différentes branches, adoption d'une série de dispositions visant à réaliser des économies qui pénaliseraient les personnes les plus modestes, enfin et surtout abandon de la réforme de l'aide à l'autonomie.



En définitive, ce texte n'apportait pas de solutions à la hauteur des enjeux. Il ne résolvait pas durablement la question des déficits, ni celle du manque structurel de recettes des branches maladie et famille ou du Fonds de solidarité vieillesse, le FSV, sans compter qu'il reposait sur des bases erronées. Cette analyse nous avait conduits à lui accorder un « triple I », comme « indigent, irresponsable et irréaliste ».

La majorité sénatoriale l'a très clairement rejeté en le transformant totalement.

À l'occasion des débats qui se sont tenus dans cet hémicycle, nous avons adopté, comme l'a souligné M. le rapporteur général, une attitude responsable.

Au final, nous devons – nous, membres de la majorité sénatoriale de gauche – répondre à la question suivante : avons-nous réussi à modifier profondément la nature du texte qui nous était proposé ?

Bref, avons-nous répondu aux attentes de nos compatriotes ?

Dans les moyens alloués par la Constitution, nous pouvons répondre par l'affirmative, et je vais m'en expliquer.

Nous avons abrogé l'article 1er de la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite « loi TEPA », qui n'a d'ailleurs créé ni emplois ni revenus significatifs pour les intéressés. Nous avons supprimé la taxe sur les mutuelles, qui allait peser, une fois de plus, sur les assurés les plus modestes, y compris la taxe sur les mutuelles étudiantes. Nous avons augmenté les taxes sur les formes les plus inégalitaires du capital : stock-options, retraites chapeaux et autres parachutes dorés.

Ces recettes, qui ne sont pas, comme l'a prétendu Mme Péresse, des prélèvements supplémentaires sur le dos des Français, nous permettent de diminuer le déficit des comptes sociaux de 3,5 milliards d'euros, soit une réduction de 13,5 milliards d'euros, là où vous nous proposiez 10 milliards. En outre, elles rétablissent une réelle équité sociale.

Contrairement à ce que vous proclamez à l'envi, la gauche a à cœur de réduire les déficits sans affaiblir la protection sociale qui est due à chacun de nos concitoyens. Au final, chacun peut constater que ce budget de la sécurité sociale n'est plus le vôtre, mais qu'il préfigure les choix qu'une majorité de gauche pourrait proposer aux Français en 2012.

Le Sénat, dans sa nouvelle configuration, a imposé des orientations réalistes et protectrices sur lesquelles vous aurez le plus grand mal à revenir.

C'est pourquoi, avec conviction et détermination, les sénatrices et sénateurs socialistes voteront ce budget porteur d'espoir.

PLFSS pour 2012

Vote sur l'ensemble du texte

Intervention de Jean DESESSARD, sénateur de Paris

Monsieur le président, permettez-moi tout d'abord de vous remercier pour votre présidence, menée, tout au long de ces débats, avec « tact et mesure ». Je remercie également les ministres et les rapporteurs de leurs interventions. Ils ont pris le temps d'expliquer leurs positions et de répondre à nos questions. Ce débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 est paradoxal pour nous, écologistes : on nous dit qu'il faut dépenser moins, qu'il faut faire des économies – c'est la question qui est revenue sans cesse au cours de cette semaine –, et, par ailleurs, on le sent bien, on veut favoriser un secteur économique.



S'il doit y avoir croissance dans notre société, c'est bien dans le secteur des services à la personne – je pense notamment à l'assistance aux personnes âgées et, plus généralement, à tout ce qui peut améliorer le bien-être de la population. S'il y a un secteur qu'il faut développer, c'est bien le secteur de la santé !

Autant il me paraît idiot de développer inutilement les transports ou de gaspiller les ressources naturelles, autant il ne faut pas redouter une croissance des services à autrui.

Paradoxalement, pendant une semaine, nous nous sommes demandé comment dépenser moins, alors que l'on pourrait au contraire se soucier du développement de ces champs d'activité. Il me semble donc que l'organisation de notre débat sur le PLFSS ne permet pas de refléter fidèlement le poids économique de ce secteur.

Le voyage d'étude effectué en Californie par une délégation de la commission des affaires sociales en septembre 2009 a renforcé ma conviction. Nous avons en effet visité des hôpitaux et, à chaque fois, leurs managers – c'est ainsi que les directeurs de ces établissements se décrivent – nous présentaient le fonctionnement des hôpitaux comme des usines, en calculant le chiffre d'affaires de telle chambre dans tel service à partir de son taux d'occupation. Ils ont compris que, tout comme l'industrie automobile à Détroit, la santé est un secteur économique important !

Je vous rassure, camarades communistes, loin de moi l'idée de prendre l'économie américaine pour modèle, et c'est pourquoi je disais au début de mon intervention que ce débat était paradoxal. Mais arrêtons de considérer la santé comme un secteur dont il faudrait impérativement réduire les charges, comme un simple service rendu aux usagers ; c'est avant tout un secteur économique d'importance qu'il convient de développer !

Pour autant, je suis d'accord pour dénoncer les abus, qu'ils viennent des laboratoires âpres au gain et ou des médecins, qui demandent des dépassements d'honoraires.

De même, comme l'a souligné ma collègue Aline Archimbaud lors de la discussion générale, il faudrait s'attaquer à ces causes pathogènes que sont notre mode d'alimentation, notre mode de vie ou nos conditions de travail. Il y aurait beaucoup à faire dans ce domaine de la prévention, et le PLFSS devrait aussi être l'occasion d'aborder ce coût pour la collectivité que représente aujourd'hui notre façon de consommer et, surtout, de produire.

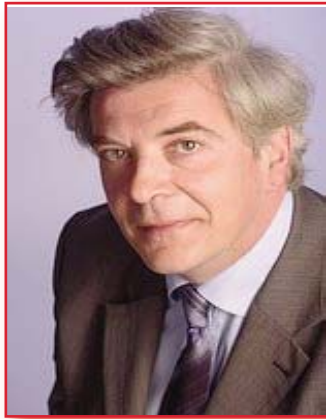
En conclusion, eu égard aux avancées importantes intervenues au cours de ce débat, les écologistes voteront le PLFSS dans la rédaction résultant des travaux du Sénat.

PLFSS pour 2012

Vote sur l'ensemble du texte

Intervention de Jean-Pierre CAFFET, rapporteur pour avis, sénateur de Paris

Acette heure tardive, je serai bref, mais je ne peux m'empêcher de réagir aux propos de M. Milon. Tout au long du débat, le Gouvernement a répété comme une litanie qu'il cherchait à réaliser des économies lorsque nous ne faisons que créer des impôts et des taxes nouvelles. Pourtant, si l'on reprend le cadrage général de ce PLFSS, l'on constate que les déficits n'ont été maîtrisés ni en 2010, année où le déficit a atteint un record historique, ni en 2011, et qu'ils ne le seront pas davantage en 2012.



Et sur les 8 milliards d'euros de mesures de redressement que vous avez proposées pour réduire le déficit tendanciel en 2012, 2 milliards seulement proviennent d'économies, 6 milliards résultant de ressources et de taxes nouvelles. L'ensemble des économies en dépenses ne représentent donc que le quart des mesures de redressement présentées par le Gouvernement.

Le procès que vous nous avez fait pendant une semaine est donc totalement infondé. Ensuite, il faut mettre fin au délire concernant les dizaines de taxes que nous aurions créées au cours de ce débat !

Mais c'est faux, monsieur Bertrand ! S'agissant du forfait social, c'est vous qui avez proposé de le faire passer de 6 à 8 % ; nous l'avons juste porté à 11 %.

Mais nous n'avons pas créé cette taxe, que je sache ! Elle existait déjà ! Nous avons simplement utilisé ce forfait social pour gager une partie de la suppression de la taxe sur les mutuelles, laquelle est également une création du gouvernement auquel vous appartenez, monsieur Bertrand.

Nous n'avons créé aucune taxe ; nous avons utilisé celles qui existaient déjà !

Nous n'acceptons pas ce procès que vous nous intétez sur les économies et les créations de taxes.

D'autant qu'en matière de taxes, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire à Mme Péresse, vous êtes probablement l'un des meilleurs gouvernements de ces dernières décennies. En l'espace d'un quinquennat, vous en avez créé une trentaine, dont l'une des dernières en date, qui n'est pas la moins insolite, porte sur les mollusques, les poissons et les crustacés !

Quoi qu'il en soit, ne nous accusez pas d'avoir inventé de nouvelles taxes dans ce PLFSS, car il n'en est rien !

En réalité, nous avons dessiné une nouvelle architecture de la protection sociale, et c'est bien cela qui semble vous déranger, monsieur le ministre.

COMMUNIQUE
de
Yves DAUDIGNY,
Sénateur de l'Aisne
Rapporteur général de la commission des affaires sociales

Projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale 2012 :
La majorité sénatoriale supprime
l'augmentation de la taxe sur les mutuelles

Dans le cadre des discussions de vote du Projet de Loi de Finances de la Sécurité Sociale (PLFSS), le Sénat a fait adopter, ce mardi 8 novembre 2011, un amendement visant à supprimer l'augmentation de la taxe sur les mutuelles.

Cette taxe devait passer de 3,5 à 7%. Susceptible de s'appliquer aux contrats « solidaire et social », soit plus de 90% des contrats aujourd'hui, son augmentation aurait eu un réel impact financier pour les ménages, en augmentant le coût de leur contrat de complémentaire santé.

Convaincu que d'autres recettes sont possibles pour maintenir notre modèle social, le Groupe socialiste souhaite protéger les plus modestes et les classes moyennes. Il poursuit son travail d'élaboration de ce Projet de Loi de Finances de la Sécurité Sociale dans ce sens, pour que la santé reste accessible à tous.

Diffusion le 8 novembre 2011

COMMUNIQUE
de
Yves DAUDIGNY,
Sénateur de l'Aisne
Rapporteur général de la commission des affaires sociales

Projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale 2012 :
Le Sénat vote la suppression de la loi TEPA

Dans le cadre des discussions de vote du Projet de Loi de Finances de la Sécurité Sociale (PLFSS), le Sénat a voté, dans la nuit de mardi à mercredi 9 novembre, l'abrogation de l'article 1 de la loi dite 'TEPA' qui exonère de charges sociales les heures supplémentaires.

L'échec des dispositions TEPA, transposition juridique du « Travailler plus pour gagner plus » est désormais patent. Un rapport de l'Assemblée nationale de juillet 2011 soulignait son effet d'aubaine, puisqu'il n'y a pas eu d'ajouts véritables d'heures supplémentaires. Le gain promis aux salariés s'est avéré bien faible, avec un écart important d'un salarié à un autre, les principaux bénéficiaires s'avérant être ceux dont les revenus sont déjà parmi les plus forts. Elles auront surtout impliqué un coût de 4,5 milliards d'euros annuel pour l'Etat. Soit près de 15 milliards à ce jour.

Pour le groupe socialiste, ces dispositions inégalitaires et particulièrement inadaptées en période de crise, devaient être abrogées. C'est désormais chose faite. Ce vote, permis par la majorité sénatoriale, démontre surtout que de nouvelles recettes plus justes sont possibles pour le Projet de Loi de Finances de la Sécurité Sociale 2012.

Diffusion le 9 novembre 2011

Communiqué de presse

Budget de la Sécurité sociale 2012

Le Sénat de gauche met en pièce le projet du Gouvernement et impose sa propre vision de la protection sociale

Dans la nuit du 14 au 15 novembre, la majorité du Sénat a voté une nouvelle version du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012 après sa remise en cause complète, trouvant des recettes beaucoup plus solidaires et supprimant certains cadeaux fiscaux mis en place par le gouvernement.

Le travail des sénateurs a été lancé malgré le mépris du Premier Ministre à l'égard des parlementaires, qui annonçait aux médias son plan de rigueur à la veille de la discussion du PLFSS, le rendant par là même caduc. **La majorité sénatoriale a profondément modifié ce texte en votant :**

- **L'abrogation de l'article 1er de la loi TEPA** qui institue des exonérations sociales et fiscales pour les heures supplémentaires ;
- **L'augmentation de taxation du capital** tels que les retraites chapeau, stocks options et parachutes dorés;

Ces deux mesures conjuguées permettent de réduire le déficit de la sécurité sociale d'environ 4 milliards.

- **La suppression de l'augmentation de la taxe sur les mutuelles ;**
- **La suppression de la taxe mutuelle pour les contrats étudiants ;**
- **Des dispositions pour plus d'égalité homme-femme dans l'entreprise;**
- **Le maintien de la revalorisation des allocations familiales au 1er janvier ;**
- **La suppression du secteur optionnel ;**
- **La garantie des droits constants en matière d'indemnités journalières maladie.**

En conséquence de cette réappropriation radicale du texte, les sénateurs de gauche ont choisi de voter le budget de la sécurité sociale en 1ère lecture, répondant ainsi à leurs convictions profondes.

Yves DAUDIGNY, Sénateur de l'Aisne,
Rapporteur général de la Commission des Affaires sociales
Jean-Pierre CAFFET, Sénateur de Paris
Christiane DEMONTES, Sénatrice du Rhône
Jean-Pierre GODEFROY, Sénateur de la Manche,
Ronan KERDRAON, Sénateur de Côtes-d'Armor

Diffusion le 15 novembre 2011

COMMUNIQUE

Budget de la Sécurité sociale 2012

Le Sénat de gauche, après avoir imposé sa propre vision de la protection sociale, rejette en bloc le texte finalisé à l'Assemblée nationale

La majorité sénatoriale a rejeté en bloc la version du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012 tel qu'il est ressorti de l'Assemblée nationale. Elle marque son opposition déterminée à la politique gouvernementale qui, d'année en année, entretient une spirale catastrophique d'accumulation de déficits sociaux.

Les sénateurs de gauche constatent que l'ensemble des propositions, qui avait été introduites par le Sénat au cours des débats permettant son vote en première lecture, a reçu une fin de non recevoir de la part de l'Assemblée nationale.

Ce choix est regrettable. Des mesures responsables ont été proposées en première lecture, qui avaient donné la preuve qu'un autre budget était possible :

- En réduisant de 4 milliards le déficit prévu pour 2012 pour le régime général de la Sécurité sociale et le Fonds Solidarité Vieillesse ;
- En imposant un meilleur accès aux soins par l'abrogation, par exemple, de l'augmentation de la taxe sur les complémentaires Santé ;
- En refusant les dernières mesures proposées, emblématiques d'une politique injuste et sans vision d'avenir : moindre revalorisation des prestations familiales, fragilisation accrue de la situation financière des hôpitaux publics, accélération du plan retraite.

L'Assemblée nationale, répondant aux souhaits du gouvernement, n'a pas eu le courage d'avaliser ces propositions. **La majorité sénatoriale, dans ce contexte de crise, a assumé ses responsabilités quant à l'avenir de notre système de protection sociale.**

Yves DAUDIGNY, Sénateur de l'Aisne,
Rapporteur général de la Commission des Affaires sociales

Diffusion le 24 novembre 2011

Bulletin du Groupe socialiste du Sénat

avec la participation des collaborateurs du groupe

Coordination : Marie d'OUINCE

Aïcha KRAI

Secrétaire de rédaction - réalisation et conception - publication

Contact : 01 42 34 38 51 - Fax : 01 42 34 24 26

www.senateurs-socialistes.fr

Reprographie : Sénat
