

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mercredi
21 juillet 2021
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 105

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2020-2021

**Présidence de
Mme Fadila Khattabi,
Présidente**

- Audition de M. François de La Guéronnière, conseiller-maître, et M. Erwan Samyn, rapporteur extérieur, sur le rapport de la Cour des comptes « Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient »..... 2
- Communication sur l'effectivité des droits à l'allocation journalière de présence parentale (M. Paul Christophe, rapporteur) 16
- Présences en réunion 24



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 21 juillet 2021

La séance est ouverte à neuf heures trente.

La commission procède à l'audition de M. François de La Guéronnière, conseiller-maître, et M. Erwan Samyn, rapporteur extérieur, sur le rapport de la Cour des comptes « Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient ».

Mme la présidente Fadila Khattabi. Pour cette dernière réunion de commission de la session extraordinaire, nous prenons connaissance du rapport remis par la Cour des comptes en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, intitulé « Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient ».

Comme vous le savez, l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières permet à notre commission de saisir la Cour de toute question relative à l'application des lois de financement de la sécurité sociale et de lui demander de procéder à des enquêtes sur les organismes soumis à son contrôle.

En application de ces dispositions et suite à une réunion du bureau de décembre 2019, Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission, avait demandé à la Cour de procéder à une enquête sur la couverture complémentaire santé. Le bureau avait notamment souhaité que, dans le cadre de cette enquête, la Cour aborde la question des conséquences de la suppression du Fonds de la complémentaire santé solidaire décidée en novembre 2019.

Ce rapport, dont la remise intervient un peu plus tard qu'initialement prévu du fait de la crise sanitaire, dresse un bilan très complet et étayé des missions et de la place des complémentaires santé ainsi que des dispositifs spécifiques à destination des publics les plus fragiles – notamment la complémentaire santé solidaire, qui est venue remplacer la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Enfin, suite à la réunion du bureau du 9 décembre 2020, j'ai adressé à M. le premier président de la Cour un courrier lui demandant de bien vouloir procéder à une nouvelle enquête, sur la santé des enfants. Les conclusions devraient nous être remises à l'automne.

Monsieur le conseiller maître, monsieur le rapporteur, je vous donne la parole pour nous présenter ce rapport de la Cour. Je précise que celui-ci a été transmis hier à l'ensemble des commissaires. Viendront ensuite les questions de notre rapporteur général, des orateurs des groupes et des autres députés.

M. François de La Guéronnière, conseiller-maître à la Cour des comptes. Ce rapport est articulé autour de deux idées. La première est celle de l'imbrication étroite entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, qui s'est construite au cours du temps et qui a conduit à un décret de mutualisation des dépenses d'assurance maladie extrêmement élevé – le plus élevé de l'ensemble des pays industrialisés. La seconde idée est de montrer que ce résultat a été atteint au prix de dépenses très élevées, d'une part, et de certaines inéquités dans l'accès et la nature des droits accordés, d'autre part.

Nous avons essayé de reconstituer le mécanisme qui a conduit à accorder autant de place aux complémentaires santé dans notre système. Très peu de pays européens leur

accordent une telle place. La question était de savoir comment limiter les restes à charge après l'assurance maladie complémentaire, qui sont intervenus après que des mesures de régulation budgétaire ont été mises en place dans les années 1980 et 1990.

La France n'a pas choisi, comme plusieurs de ses voisins, notamment l'Allemagne, de mettre en place un système de plafonnement annuel des dépenses de santé des ménages, dit « bouclier sanitaire ». Nous avons plutôt mis en place des dispositifs sectoriels d'exonération des frais de santé : par exemple, les tickets modérateurs en ville et à l'hôpital ou le forfait journalier hospitalier. Tous ces dispositifs ont été concentrés sur les patients souffrant d'affections de longue durée (ALD).

Ces dispositifs d'exonération ont un net impact : en moyenne, le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire est de 620 euros, un niveau assez faible, et plus faible d'ailleurs que celui de nos voisins européens, mais cette moyenne masque de très importantes disparités. Pour 1 % des patients, ce reste à charge dépasse 3 700 euros par an, y compris pour les patients en ALD, notamment à l'hôpital. Les restes à charge importants concernent l'hôpital, les dépassements d'honoraires des professionnels libéraux, l'optique, le dentaire, les audioprothèses et, enfin, certains médicaments.

Le législateur a privilégié le développement des assurances complémentaires. Celles-ci interviennent en complément de l'assurance maladie obligatoire dans tous les domaines, y compris en matière d'hospitalisation. Le système français se caractérise ainsi par une intervention concurrente des deux assurances maladie, de base et complémentaire, sur les mêmes risques, par opposition à d'autres pays.

Pour que ces assurances maladies se développent, de nombreuses mesures incitatives ont été mises en place : des déductions fiscales pour les travailleurs indépendants, des détaxations pour les agriculteurs, voire des mesures obligatoires pour les salariés du privé après l'accord national interprofessionnel de 2013 puis l'entrée en vigueur de la loi qui a suivi en 2016. Le Gouvernement a annoncé que cette obligation serait étendue aux fonctionnaires des fonctions publiques nationale et territoriale entre 2024 et 2026. Toutes ces mesures, auxquelles s'ajoute la complémentaire santé solidaire, aboutissent à ce que 96 % de la population soit couverte par une complémentaire santé – cela représente un taux tout à fait élevé.

Ce développement des complémentaires santé a évidemment des effets favorables sur la couverture des risques, mais aussi certains effets pervers. Puisque la personne qui demande les soins n'est pas celle qui les paye, il peut exister des risques d'inflation de certaines prestations et biens, ou des dépenses dont les fondements sont plus esthétiques que médicaux par exemple.

Pour contrer ces effets pervers et limiter les dépenses à la charge du système, les complémentaires santé ont progressivement fait l'objet d'un encadrement de plus en plus strict.

Les contrats responsables, qui prévoient un plafonnement des remboursements dans deux domaines, les dépassements d'honoraires des professionnels libéraux et l'optique, sont la première étape de cet encadrement. Les résultats de ces contrats sont assez mitigés. En ce qui concerne l'optique, les quantités de lunettes remboursées ont certes baissé, mais leur prix moyen a augmenté. Par conséquent, l'effet global est assez faible.

La seconde étape de cet encadrement est la réforme du 100 % santé. L'objectif de cette réforme est de constituer un panier de biens et de prestations à des prix caractéristiques prédéterminés dans chacun des trois domaines de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse. Ces paniers font l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie. Nous avons

tenté de dresser un premier bilan de l'application de cette réforme ; ce bilan devra toutefois sûrement être complété dans deux ou trois ans, car il intervient très peu de temps après le lancement de la réforme, dont le déploiement a été sérieusement handicapé par la crise sanitaire. Néanmoins, nous avons mis en évidence plusieurs décalages entre les premières réalisations et les projections initiales de la réforme. Ces décalages laissent penser qu'il existera peut-être des risques financiers dans cette réforme. Dans le domaine dentaire par exemple, l'absence d'obligation faite aux professionnels de pratiquer les actes du panier à 100 % en a réduit la portée. Dans le domaine de l'optique, il n'existe pas d'obligation de promotion des actes pris en charge par le panier 100 % santé – cela a également un impact. Nous constatons donc un démarrage positif mais avec certains risques. Nous n'avons pas eu l'ambition de revoir l'ensemble du système car nous n'avons pas assez de recul sur cette réforme, mais il semble qu'une partie des difficultés est liée à une faible communication auprès du grand public et à une information insuffisante des usagers sur les remboursements proposés par les complémentaires santé sur l'ensemble des paniers. Il y aurait certainement matière à améliorer les choses sur ces points et nous avons fait des recommandations en ce sens.

Le pendant de l'encouragement des complémentaires santé est, pour les personnes aux revenus les plus modestes qui n'ont pas les moyens de payer les cotisations des complémentaires santé, la mise en place d'un dispositif public et gratuit de couverture complémentaire. Sur la durée, la mise en place de ce système a connu de très nombreuses réformes : existait d'abord la couverture maladie universelle (CMU) puis la CMU-C, puis l'ACS, qui a été réformée, puis supprimée et remplacée par une nouvelle extension de la CMU-C à des plafonds supérieurs, désormais appelée la complémentaire santé solidaire (CSS). Ces mouvements montrent que les plafonds d'éligibilité n'ont cessé d'être augmentés. Aujourd'hui, 7 300 000 personnes sont couvertes par ce dispositif, ce qui représente 11 % de la population totale. Il s'agit donc de chiffres tout à fait considérables.

En prenant en compte le cumul de l'ensemble du système complémentaire, à savoir les assurances privées complémentaires et la CSS, le système français permet d'assurer un reste à charge des ménages le plus faible en moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Seulement 6,9 % de la consommation de biens et de soins médicaux est à la charge des ménages en 2017.

Ce bon résultat est acquis au prix d'un coût élevé et de certaines inéquités pour certaines catégories de la population. Le coût peut être analysé selon deux composantes. La première est constituée par les dépenses consacrées à l'encouragement à la couverture de la population par une complémentaire privée. Ce coût s'élève à 10 milliards d'euros – il est analysé en détail dans le rapport. Il faut y ajouter le coût de la CSS : il atteint 2,6 milliards d'euros en 2019. À terme, avec la transformation de l'ACS en CSS et la hausse du nombre des bénéficiaires de la CSS, nous avons estimé que l'on devrait aboutir à un coût atteignant entre 3,7 et 4,9 milliards d'euros au total. Ce coût s'approche de trois quarts de point de produit intérieur brut ; il est donc important. Ces dépenses ont été financées en partie par une taxe de solidarité additionnelle (TSA). Cette taxe ne finance pas seulement la CSS : une partie des recettes est attribuée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).

Parmi ces coûts, l'on relève une part importante de coûts de gestion de l'assurance complémentaire. Malgré la concentration progressive du secteur, il existe de nombreux acteurs. Les coûts de gestion de l'assurance complémentaire dépassent maintenant ceux de l'assurance maladie obligatoire, malgré des dépenses remboursées six fois inférieures. Cela tient au fait que les deux systèmes d'assurance interviennent concurremment sur les mêmes risques : les coûts administratifs interviennent deux fois pour les mêmes dépenses de

remboursement final pour le patient. Ce système est très différent du système en vigueur en Allemagne, où l'assurance obligatoire de base est concentrée sur un certain nombre de dépenses et l'assurance complémentaire est concentrée sur d'autres dépenses. Ainsi, il n'y a pas d'addition des coûts de gestion ; ceux-ci interviennent sur des domaines de gestion différents. Il faut tout de même noter que les champs d'intervention ne sont pas tout à fait les mêmes et que l'on ne peut pas entièrement comparer les dépenses de gestion du système de base et du système complémentaire.

D'autres faiblesses tiennent aux inéquités du système. Nous en avons relevé plusieurs. La première est que les complémentaires santé privées offrent des conditions inégales à leurs assurés. Les systèmes qui encadrent cette prise en charge sont différents. Par exemple, les salariés du secteur privé sont les bénéficiaires du système : grâce à leur couverture au niveau de l'entreprise, ils bénéficient de contrats négociés de façon plus efficace, en raison de l'effet de masse de l'entreprise, et de la prise en charge de près de 60 % de leurs cotisations par leur entreprise. À l'opposé, les personnes âgées, surtout celles aux revenus les plus modestes, sont les moins bien loties dans ce système. Comme la tarification des assurances complémentaires est fonction de l'âge, les personnes âgées payent les cotisations les plus élevées. Le rapport présente plusieurs chiffres sur ces questions. Une étude du ministère de la santé parue hier confirme tout à fait ce diagnostic.

L'autre faiblesse tient à la CSS. Bien que l'état de santé des personnes bénéficiant de la CSS soit proportionnellement plus dégradé que celui du reste de la population, nous constatons que des personnes renoncent encore aux soins. Il existe par ailleurs encore des refus des professionnels de santé de soigner – ces refus sont interdits en théorie, mais ils sont peu sanctionnés dans la pratique. En outre, bien que l'assurance maladie et la CNAM aient développé de nombreux instruments pour accroître le recours des intéressés à la CSS, les résultats ne sont pas encore très convaincants. Le taux de recours de la CSS a augmenté – il est passé de 60 % à 70 % – mais il est encore beaucoup plus faible que les 96 % de couverture de la population générale.

Nous avons tiré de tout cela deux types de conclusions. D'une part, nous avons relevé des défaillances ponctuelles qui appellent à des recommandations dans le cadre du système existant. Nous avons à ce titre formulé cinq recommandations qui sont reprises au début du rapport. D'autre part, l'ensemble des constats dressé par le rapport soulève des questions sur l'organisation générale de l'assurance maladie. Nous sommes bien conscients que ces questions d'organisation générale de l'assurance maladie et de prise en charge des dépenses de santé ne posent pas seulement des questions d'efficience et de niveau de la dépense ; c'est la raison pour laquelle, comme nous l'avons fait en 2016 et 2017, nous avons plutôt proposé des scénarios d'évolution du système. Ces scénarios ne constituent pas des recommandations en tant que telles ; ils ont pour ambition de stimuler la réflexion sur le point de savoir comment faire évoluer les choses.

Nous avons dessiné trois scénarios, en commençant par le scénario le plus radical et en terminant par le scénario se situant le plus dans la continuité avec le système actuel.

Le premier scénario prévoit, à l'image de beaucoup de nos voisins européens, de mettre en place un bouclier sanitaire, c'est-à-dire un système de plafonnement des restes à charge en fonction du revenu des ménages.

Le deuxième scénario propose de désimbriquer les interventions respectives de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire. Le 100 % santé, avec des paniers pris en charge à 100 % et des paniers qui ne le sont pas, pourrait constituer la base de cette désimbriication. Il faudrait alors que l'assurance maladie complémentaire ait les moyens de faire ce que fait l'assurance maladie obligatoire s'agissant des dépenses qui lui seraient

transférées : faire de la gestion du risque, c'est-à-dire réguler les champs de dépenses qui lui sont transférées de façon à éviter leur augmentation inconsidérée.

Enfin, le troisième scénario consiste à approfondir la régulation existante. Il propose de renforcer la régulation qui affecte les complémentaires santé et de favoriser à la fois une plus grande transparence et une plus grande comparabilité des offres, afin de permettre aux entreprises et aux particuliers de les mettre en concurrence de façon plus éclairée, voire d'encadrer le niveau des frais de gestion et peut-être le prix des garanties elles-mêmes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je tiens tout d'abord à vous remercier pour la qualité des travaux que vous venez de nous présenter. Votre rapport fournit un éclairage bienvenu sur la place des mutuelles dans notre système de protection sociale. Vos recommandations sont d'autant plus précieuses que le Gouvernement et la majorité ont souhaité, depuis 2017, rendre plus efficiente l'articulation entre la sécurité sociale et les acteurs mutualistes, notamment en fusionnant la CMU-C et l'ACS en une complémentaire santé solidaire, dont l'objectif est d'améliorer l'accès à une protection santé pour l'ensemble des Français.

Le rapport rappelle ainsi que 96 % de la population est couverte par une complémentaire santé. Si ce chiffre semble satisfaisant, 4 % de la population n'y a, de fait, pas accès. Les restes à charge restent très lourds dans certaines pathologies et les taux de recours sont parfois insuffisants.

Dans cette optique, vous soulevez plusieurs problématiques qui relèvent du projet de loi de financement de la sécurité sociale, dont certaines ont pu être évaluées au printemps par mes collègues de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) et sur lesquelles je souhaiterais revenir.

Vous indiquez d'abord que l'équilibre financier de la réforme du 100 % santé pourrait, au vu des premiers mois d'application – je conviens que nous avons assez peu de recul sur le sujet –, ne pas respecter les projections initiales. Quelles en seraient, selon vous, les conséquences sur les dépenses supportées par les organismes complémentaires et, *in fine*, sur les cotisations payées par les assurés ?

Vous rappelez également que la CSS est un système public indispensable pour les personnes les plus fragiles financièrement, mais que le taux de recours à celle-ci est encore trop faible. Quelle serait, selon vous, la principale mesure à mettre en œuvre à court terme pour améliorer son taux de recours ?

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019, nous avons intégré la possibilité pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) de bénéficier automatiquement du renouvellement de la CSS. Vos travaux permettent-ils de dresser un premier bilan de cette disposition ?

Enfin, vous abordez la question de la TSA, dont vous soulignez les limites en ce qui concerne son impact sur la régulation des organismes complémentaires. J'entends que ma question dépasse sans doute le champ du seul rapport, mais nous avons voté dans la dernière LFSS une contribution des organismes complémentaires destinée à compenser les économies qu'ils ont réalisées pendant la crise sanitaire. Cette contribution exceptionnelle vous semblait-elle bien calibrée ? Avez-vous constaté, notamment au cours de l'élaboration de votre rapport, une augmentation des primes des organismes complémentaires d'assurance maladie en lien avec cette contribution ?

M. Dominique Da Silva. Les complémentaires santé, au cœur de nos discussions ce matin, prennent en charge 13,7 % des dépenses de santé, soit deux à cinq fois plus que chez

nos voisins. En France vous l'avez rappelé, complémentaires santé comprises, le reste à charge des ménages est le plus faible en moyenne des pays de l'OCDE.

Mais ce modèle très protecteur, si l'on souhaite le préserver, doit toujours reposer sur une logique de maîtrise des coûts et d'efficacité des prestations de santé. Or comme l'a déjà rappelé la Cour des comptes, il y a la question du transfert complet aux complémentaires santé des risques dont elles assument déjà l'essentiel du financement – on pense bien sûr à l'optique, aux prothèses dentaires et auditives. Outre l'intérêt d'éviter un doublement des frais de gestion, j'y vois aussi un enjeu de lisibilité des garanties pour les assurés. Quels sont, selon vous, les freins qui empêchent d'avancer sur cette recommandation de bon sens ?

Autre point de vigilance que vous pointez dans votre rapport et qui me tient à cœur : l'inégalité du système entre les contrats collectifs des salariés et les contrats individuels, qui concernent pour l'essentiel des retraités et des personnes sans emploi ou non salariées. Avec un taux de redistribution des contrats individuels de 72 % contre 87 % pour les contrats collectifs, c'est en quelque sorte une double peine pour les contrats plus chers et davantage taxés. Comment peut-on résoudre cette équation contraire au principe de solidarité et d'égalité d'accès aux soins ?

Enfin, le produit de la TSA s'élève à 5,2 milliards d'euros en 2019. La moitié de ce produit est attribuée à la CSS, dont le taux de non-recours reste élevé et inchangé malgré les récentes réformes. Aussi, ne pensez-vous pas qu'il soit souhaitable de repenser la TSA afin de mieux répondre à l'enjeu de solidarité ?

Malgré tout, je pense que, comme l'a très bien écrit Sylvain Tesson, « *la France est un paradis peuplé de gens qui se croient en enfer* ».

M. Jean-Pierre Door. Votre rapport indique que la CSS, combinée aux complémentaires santé privées, permet d'assurer un haut niveau de protection de la population. Pourtant, le taux de couverture par une complémentaire santé n'atteint que 88 % chez les 20 % des ménages les plus modestes. La moitié des personnes non couvertes se trouvent en situation de pauvreté. La CSS permet-elle d'améliorer effectivement l'accès à une complémentaire santé complète des ménages modestes ?

Comme l'a rappelé le rapporteur général, la crise sanitaire, en réduisant les dépenses des assureurs privés, a été favorable à leur situation financière des complémentaires santé. A-t-on pu mesurer les résiliations des contrats, rendues à tout moment possibles depuis quelques mois ? Une taxe spéciale a été créée l'an dernier compte tenu de cette situation et sera probablement renouvelée. Il semblerait qu'elle soit augmentée dès lors que les économies sont supérieures aux prévisions. Que pensez-vous de la pérennité de cette taxe spéciale, en plus de la TSA ?

Quelles seraient les actions à mener afin d'obtenir une vision globale de l'action des complémentaires santé en matière de prévention en santé ? Nous sommes dans le flou à ce sujet.

Enfin, les complémentaires santé regrettent en général d'être des payeurs aveugles. Ces organismes n'ont aucune notion de ce qu'ils remboursent, dès l'instant où seule la sécurité sociale connaît exactement les dépenses individuelles de chaque assuré. Faudrait-il corriger ce système ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je vous remercie pour ce rapport éclairant sur l'écosystème des complémentaires santé que vous qualifiez à juste titre de très protecteur mais peu efficient. J'ai moi-même eu l'occasion de me pencher sur ce dossier passionnant et complexe dans le cadre des deux derniers printemps sociaux de l'évaluation, au cours desquels j'avais

été chargé par la commission et par la MECSS d'évaluer la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé. Celle-ci est un réel succès plus d'un an après sa mise en œuvre effective pour les trois secteurs, même si certains points restent à améliorer.

À ce sujet, j'aimerais recueillir votre avis sur un point important de la réforme concernant l'optique. Ne pensez-vous que nous pourrions donner plus de latitude aux organismes complémentaires sur la prise en charge de la part sécurité sociale sur le panier B, voire de leur laisser la totale gestion de la part optique, quand on sait que la sécurité sociale ne rembourse que 9 centimes d'euro ? La sécurité sociale rembourse 9 centimes d'euro pour contrôler, alors que l'on sait qu'elle n'a pas la capacité de contrôler. Cela recoupe votre recommandation sur la désimbrication. Ne pouvons-nous pas aller plus loin en la matière ? J'avais interrogé le directeur général de la CNAM à ce sujet ; il était réticent à cette idée. Ne serait-il pas intéressant de s'inspirer du 100 % santé et d'imaginer un panier de base pour les différents soins et actes médicaux pris en charge à 100 % par la sécurité sociale, et de confier le reste de la prise en charge aux complémentaires santé ? Il s'agit de la première recommandation que vous formulez. Il pourrait être possible de mêler le bouclier sanitaire et la répartition.

Ma seconde question porte sur une vision globale du rapport entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. Comme vous le savez, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) travaille actuellement sur cette articulation. Il s'agit d'une question fondamentale pour l'évolution à moyen terme de notre système de protection sociale, liée au rapport entre la solidarité nationale et le système assurantiel. J'aimerais ainsi savoir comment votre institution se positionne sur cette question. Aussi, quelle analogie voyez-vous entre votre rapport et les travaux actuels du HCAAM ? Les propositions qui sont faites se rejoignent plutôt.

M. Boris Vallaud. Ma première question concerne le coût de la mesure. Vous êtes-vous posé la question du bénéfice lié à la réduction des renoncements aux soins ?

Vous avez évoqué la géographie sociale de la CSS – j'aimerais que vous approfondissiez ce point. Il semblerait que les personnes les plus modestes ne soient pas forcément les mieux couvertes. Quelle est exactement cette géographie et comment peut-on surmonter cette difficulté ?

Quelle extrapolation peut-on faire de la mise en œuvre de la CSS dans les discussions en cours dans le cadre de la fonction publique de manière générale ?

Et enfin, s'agissant de l'articulation, quel est votre point de vue sur le 100 % sécurité sociale ?

Mme Annie Chapelier. Merci pour la qualité et la clarté de votre rapport, qui vient utilement nous éclairer sur les questions liées aux complémentaires santé, que vous qualifiez de peu efficaces, coûteuses mais de qualité. Si la couverture maladie des Français repose essentiellement sur l'assurance maladie obligatoire, qui prend en charge 76,6 % de leurs frais médicaux, les organismes complémentaires complètent de manière significative ce remboursement. 96 % des Français – donc, la quasi-totalité de la population – sont aujourd'hui couverts par une complémentaire santé. Depuis le 1^{er} janvier 2016, le secteur privé en a l'obligation ; cela sera également le cas des agents publics à l'horizon 2026.

Avec le temps, le législateur a cherché à réguler de plus en plus étroitement les mutuelles pour s'assurer de leur contribution à la réduction du reste à charge des ménages et éviter les abus pouvant découler du haut niveau de prise en charge de certaines dépenses de santé. Cela était le sens de la réforme du 100 % santé, que nous avons adoptée en début de législature et qui est entrée progressivement en vigueur depuis 2019. Vous faites toutefois le

constat de difficultés – pardonnez-moi pour cet euphémisme – dans la mise en œuvre de cette réforme, surtout en optique, et d'un risque de dépassement des projections financières qui pourrait avoir des conséquences non négligeables sur le niveau de cotisation des assurés. Au regard des conclusions de votre rapport, pourriez-vous s'il vous plaît développer les pistes d'amélioration que vous avez identifiées et que vous nous avez présentées en fin d'exposé pour faire en sorte que cette réforme sociale majeure soit pleinement mise en œuvre ? Pouvez-vous nous apporter davantage de précisions sur la place grandissante des assurances de banque dans l'assurance complémentaire par rapport aux mutuelles classiques, et nous expliquer quelles en seraient les conséquences ?

M. Jean-Hugues Ratenon. Je voudrais aborder la question des mutuelles communales. Depuis 2013, date à laquelle Caumont-sur-Durance, petite commune du Var, a ouvert la voie, plus de 2 000 communes ont mis en place une mutuelle communale afin de donner accès à leurs administrés à une mutuelle à tarif plus avantageux. À La Réunion, la ville de Saint-Paul, qui se trouve à l'ouest et compte environ 170 000 habitants, est en train d'en mettre une en place – il s'agit de la première commune ultramarine à le faire. L'initiative est bien accueillie par la population. Il s'agit de donner aux citoyens qui n'ont pas de mutuelle faute de moyens mais n'ont néanmoins pas droit à la CMU, un accès à des soins auxquels ils renoncent trop souvent. Selon France Assos Santé, deux Français sur trois ont en effet déjà renoncé à se soigner. Par la mise en place de mutuelles communales, les villes tentent de pallier les manquements de l'État, qui dérembourse toujours plus de médicaments et n'encadre pas les dépassements d'honoraires. Nous souhaitons que la sécurité sociale retrouve sa grandeur et rembourse les soins à 100 % par un financement solidaire. Que pensez-vous de ces mutuelles communales ? Présentent-elles selon vous un avantage pour les citoyens français ?

M. Pierre Dharréville. J'ai écouté avec attention vos propos. J'ai mis du temps à comprendre le titre : « très protecteur mais peu efficient ». Si je comprends bien, cela veut dire : « c'est cher pour ce que c'est ». J'ai tendance à penser que le résultat n'est pas négligeable, même si je considère que le recours aux soins et la prise en charge demeurent insuffisants dans notre pays et que nous avons encore des progrès à faire en la matière.

Vous avez parlé d'interventions concurrentes de la sécurité sociale et des organismes complémentaires. Je pense qu'il s'agit plutôt d'une intervention conjointe. Nous pouvons discuter le bien-fondé de cette vision, mais je ne crois pas qu'une forme de concurrence s'exprime à ce niveau.

Le modèle mutualiste a une histoire. Les caisses de secours et la participation à la prise en charge ont débouché sur la création de la sécurité sociale avec le maintien d'un monde mutualiste. Je suis frappé de voir que vous ne faites pas la différence entre les mutuelles d'un côté et les assurances privées de l'autre. Mais elles ne suivent pas le même modèle. Pouvez-vous en dire plus ? Je m'intéresse par exemple au coût des dividendes parmi les surcoûts de 10 milliards d'euros que vous évoquiez – cette somme n'est d'ailleurs pas de l'argent public.

S'agissant des propositions que vous formulez, j'ai du mal à me retrouver sur l'idée qu'il faudrait plafonner et compresser les dépenses de santé, car je pense que nous sommes trop en dessous de ce qu'il faudrait faire. Je suis plutôt favorable au « 100 % sécu », mais avec un haut niveau de protection sociale. Un « 100 % sécu » avec un mauvais niveau de prise en charge ne règlera pas les problèmes. Quant à votre troisième proposition visant à accélérer la mise en concurrence, je ne pense pas qu'elle amènera de solutions aux problèmes que nous pouvons rencontrer.

M. Bernard Perrut. Depuis décembre 2020, il est possible de résilier sa complémentaire santé à tout moment si elle a au moins un an. Mais pour bien choisir son contrat, il faut savoir comparer les garanties proposées. À combien reviendra finalement une consultation chez un dermatologue ou une opération de la cataracte ? Lorsqu'on est devant les tableaux de garanties fournis par les assurances et les mutuelles, force est de constater que l'intelligibilité des contrats est plus qu'ardue. L'on n'y parle généralement pas en euros mais en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale – sans compter qu'il ne s'agit pas de ce que remboursera la sécurité sociale : celle-ci ne rembourse souvent qu'une partie de sa base de remboursement. Face à ces concepts complètement abscons et inabordables pour les Français – et je révèle ce qu'ils pensent, monsieur le conseiller maître –, que proposez-vous pour permettre une meilleure lisibilité des contrats, sans laquelle il est impossible de comparer les offres ? Il en va de même pour la compréhension et l'appropriation de la réforme du 100 % santé, qui mériterait une meilleure information quant aux remboursements proposés sur l'ensemble des paniers, permettant ainsi de choisir de manière éclairée celui qui est le plus approprié à ses besoins.

Selon votre rapport, l'organisation du système des complémentaires s'avère pour partie inéquitable. Vous évoquez les salariés du secteur privé, les différents statuts des agents publics, les indépendants, les inactifs, et je pense plus spécialement aux personnes âgées, qui font face à des coûts parfois très conséquents résultant d'une tarification majoritairement liée à l'âge. Et évidemment, il faut évoquer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Certaines organisations ont mis en place un dispositif d'assurance dépendance qui serait adossé à la complémentaire santé. Que pensez-vous de ce système ? Face aux réserves que vous émettez sur les complémentaires santé, comment faire peser cette prise en charge sur la solidarité nationale sans augmenter les impôts et cotisations des Français ? J'aimerais avoir votre point de vue sur la manière dont nous pourrions faire face, dans les années qui viennent, à la prise en charge de l'autonomie et de la dépendance de nos aînés.

M. Thierry Michels. Je vous remercie pour ce travail essentiel sur les complémentaires santé. C'est en effet un sujet crucial pour nos concitoyens et votre rapport comporte nombre d'enseignements fort intéressants.

Avez-vous pu, à l'occasion de vos travaux, évoquer les publics spécifiques et la couverture de leurs besoins par les mutuelles ? Je pense aux personnes en situation de handicap et à leur accès concret à la santé. Elles peuvent espérer bénéficier de dispositifs mis en place par notre majorité, par exemple le 100 % santé. Quelle appréciation portez-vous sur l'évolution du reste à charge pour ces assurés ?

Par ailleurs, avez-vous pu travailler au rapport des mutuelles avec les professionnels de santé dans la mise en œuvre des réformes décidées dans les dernières années ? Nous recevons en effet des retours préoccupants quant aux exigences des mutuelles en matière de documents justificatifs vis-à-vis de certains professionnels de santé pour lesquels le tiers payant est souvent décisif. Ces exigences se traduisent par des tracas administratifs et des retards de paiement – je pense en particulier aux opticiens qui bénéficient du reste à charge zéro dans le cadre du panier optique. Quel regard portez-vous sur les efforts demandés par les mutuelles aux professionnels de santé, leur pertinence et la fluidité de leur relation dont dépend *in fine* la qualité de la couverture santé de nos concitoyens ?

M. Alain Ramadier. La « loi Évin » du 31 décembre 1989 fixait le cadre juridique d'exercice de l'activité de protection sociale complémentaire notamment en santé et en prévoyance, comme rappelé dans la synthèse du rapport de la Cour des comptes, pour limiter les restes à charge de la population résultant de la couverture du risque maladie par un système assurantiel. La France n'a pas choisi, comme la plupart de ses voisins, de mettre en

place un système de plafonnement des dépenses annuelles de santé des ménages, mais elle a choisi une politique d'imbrication étroite des assurances maladie obligatoire et complémentaire permettant une mutualisation très élevée des dépenses de santé. Les décisions prises par les pouvoirs publics ont favorisé le développement des assurances complémentaires santé afin d'améliorer l'accès aux soins. Elles interviennent en complément de l'assurance maladie obligatoire dans tous les domaines de la santé, même si elles privilégient très largement les champs que cette dernière couvre le moins bien, à savoir les soins dentaires et audioprothèses. Cette situation est paradoxale. Comment expliquer qu'avec un taux de couverture des complémentaires santé passé de 70 à 95 % de la population française en trente ans, le renoncement aux soins pour raisons financières a sensiblement augmenté durant cette période ? Plus globalement, faut-il ou non conserver le degré actuel d'encadrement de ces garanties ou, au contraire, imaginer les intégrer à la couverture de base ?

M. Thilbault Bazin. La présentation de votre rapport suscite plusieurs interrogations.

Vous estimez le coût de la CSS à 2,6 milliards d'euros et vous précisez que celui-ci pourrait évoluer jusqu'à atteindre de 3,7 à 4,9 milliards d'euros. L'écart est important. Pourquoi un tel delta ? Quelles sont les hypothèses de simulation ? Cela va-t-il amener une augmentation de la TSA ? Cela peut légitimement nous inquiéter.

Vous avez également évoqué les coûts de gestion de l'assurance complémentaire, qui sont importants. Quelles sont vos préconisations très concrètes pour les diminuer ?

Enfin, vous avez indiqué que les salariés du secteur privé jouissaient d'un meilleur état de santé. Je m'interroge : à métier identique, pourquoi ceux-ci auraient-ils un meilleur état de santé que les agents du secteur public ?

M. Guillaume Chiche. Je vous remercie pour le rapport que vous avez présenté.

Ma première remarque concerne l'absence de différenciation entre les assureurs mutualistes et la banque-assurance. La commission des affaires sociales a déjà tenu des débats à ce sujet à la faveur de la réforme sur la résiliation infra-annuelle des complémentaires santé. Je rappelle qu'ils n'accomplissent pas les mêmes missions et ne poursuivent pas les mêmes objectifs. Les assureurs mutualistes, organisant la mutualisation d'un risque et implantant des services de santé sur l'ensemble de nos territoires, se situent dans un enjeu non pas de concurrence avec le régime obligatoire mais de complémentarité. D'ailleurs, si le renoncement aux soins pendant la période de covid a été synonyme de « gains » pour les organismes complémentaires, je note que les assureurs mutualistes ont organisé, pour certains d'entre eux, la redistribution d'argent envers leurs sociétaires.

Puisque l'objectif du monde mutualiste est d'offrir la meilleure couverture santé possible au plus grand nombre, et y compris singulièrement aux publics les plus précaires, deux questions se posent alors. D'une part, les règles de solvabilité qui leur incombent exigent, dans une approche prudentielle, un certain nombre de réserves qui peuvent constituer une limitation dans le champ d'action de ces mutuelles et dans la proposition d'une gamme accessible pour le plus grand nombre. D'autre part, le cas de la résiliation infra-annuelle que nous avons voté veut organiser une concurrence entre les organismes, avec l'idée que cela bénéficiera au plus grand nombre. Je crois qu'accentuer la concurrence en matière de santé ne se fait que rarement au bénéfice des personnes bénéficiant des services proposés.

M. François de La Guéronnière, conseiller-maître. Je vais répondre à certaines questions et je demanderai à Erwan Samyn, principal rédacteur de ce rapport, de répondre aux autres. Certaines questions touchent à des champs que nous n'avons malheureusement pas étudiés dans le cadre de cette enquête.

Je répondrai d'abord aux questions de M. le rapporteur général, à commencer par la réforme du 100 % santé. L'équilibre financier reposait beaucoup pour les organismes complémentaires sur des économies attendues dans le champ de l'optique. Or si pour une grande part, celles-ci sont acquises par la réduction du niveau de prise en charge des montures, elles devaient également découler du choix fait par les assurés d'opter pour l'offre à reste à charge nul. Lors de notre instruction, la Cour a noté que l'optique demeurait en retrait comparativement aux autres champs, avec moins de 15 % des offres relevant de ce panier. L'une des sources de cet équilibre financier n'était donc pas au rendez-vous dans les premiers mois d'application de la réforme. Les données les plus récentes, publiée par la direction de la sécurité sociale (DSS) postérieurement au rapport, confirment d'ailleurs cette faiblesse comparative. Il est donc possible que les complémentaires santé réalisent de moindres économies, mais il est encore trop tôt pour l'affirmer et encore plus pour les chiffrer. Il faudra sans doute attendre la publication annuelle de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé sur la situation financière des organismes complémentaires pour s'en faire une première idée.

Vous m'interrogez sur les principales mesures à mettre en œuvre à très court terme pour améliorer le taux de recours à la CSS. Notre quatrième recommandation préconise d'expérimenter l'attribution automatique de la CSS pour les bénéficiaires du RSA et des autres minima sociaux, et de la renouveler automatiquement pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et de l'allocation supplémentaire d'invalidité, pour les étudiants boursiers et pour les retraités modestes, en fonction des données rassemblées dans le dispositif de ressources mutualisé mis en place dans le cadre de la réforme des aides au logement. Cette recommandation prend en compte le fait que la CSS vise un public fragile qui peut être rebuté par les démarches administratives et permettrait que le système soit beaucoup plus automatique et proactif. Cela dit, ces changements supposent beaucoup d'ajustements ; c'est la raison pour laquelle nous préconisons de commencer par une expérimentation.

La question suivante porte sur le bilan que nous dressons de la possibilité pour les allocataires du RSA de bénéficier automatiquement du renouvellement de la CSS. Nous tirons un bilan positif de cette disposition. C'est d'ailleurs la principale raison pour laquelle nous avons formulé la quatrième recommandation, que je viens de citer. Nous avons toutefois relevé certaines difficultés techniques à ce sujet. Dans la caisse primaire d'assurance maladie de Meurthe-et-Moselle, nous avons constaté des taux de rejet de dossiers très élevés – de l'ordre de 20 % – liés au fait que les périodes de référence pour le RSA – tous les trois mois – ne correspondent pas à ceux de la CSS – tous les douze mois. Cela nécessite des re-saisies des données et crée des difficultés et complications. C'est la raison pour laquelle notre troisième recommandation préconise d'homogénéiser l'assiette de la CSS et celle de l'éventuel futur revenu universel d'activité afin de pallier cette difficulté.

S'agissant de la TSA, l'instruction de la Cour, malheureusement, a été menée pendant l'année 2020 et il est difficile de se prononcer à ce sujet aujourd'hui. Nous avons relevé les montants de prélèvements supplémentaires faits sur les organismes complémentaires mais nous n'avons pas conduit d'investigations sur ce point dans le cadre de ce travail.

M. Dominique Da Silva a attiré notre attention sur l'inégalité entre les contrats des salariés du privé et ceux des individuels. Nous n'avons pas fait de recommandation spécifique sur ce point, mais les scénarios généraux d'évolution prévoient plusieurs voies pour faire face à cette question. Le scénario du bouclier sanitaire réglerait évidemment de façon radicale la question en supprimant la cause. Nous pensons toutefois qu'une meilleure transparence et une

meilleure comparabilité des contrats pourraient jouer en faveur d'une certaine harmonisation de leurs conditions.

M. Erwan Samyn, rapporteur extérieur. S'agissant de la TSA, les principaux constats que nous avons pu établir sont les suivants. Nous relevons tout d'abord la complexité globale de cette taxe puisqu'elle comprend un grand nombre de sous-assiettes, ce qui en complexifie le suivi et le contrôle, d'autant que le Fonds CMU suivait les évolutions de façon rapprochée ; sa suppression et le transfert de cette mission au réseau des Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) supposent un investissement supplémentaire de ce réseau pour veiller au recouvrement de cette taxe.

Ensuite, cette taxe, qui avait été initialement créée pour financer la CSS, a finalement un objet bien plus large aujourd'hui : elle finance également la sécurité sociale et donc l'assurance maladie obligatoire.

Enfin, cette taxe, puisqu'elle est proportionnelle aux cotisations versées, pèse davantage et avant tout sur les personnes âgées. Ce sont elles qui, du fait de la tarification à l'âge, payent les cotisations les plus importantes. Elles sont d'une certaine manière doublement préjudiciées par le système : elles ont souvent un état de santé plus dégradé que le reste de la population et supportent de ce fait des frais de santé importants ; et elles payent davantage de TSA par ce biais.

Je vous ai présenté les constats. Il n'appartient pas à la Cour d'aller au-delà de ces constats et de proposer une éventuelle refonte de cette taxe.

M. François de La Guéronnière, conseiller-maître. M. Jean-Pierre Door nous a interrogés sur les conséquences de la crise sanitaire, les taux de résiliation et l'avenir de la taxe spéciale. Nous n'avons malheureusement pas pu étudier ces points dans le cadre de ce rapport.

Erwan Samyn pourra en revanche répondre à la question portant sur le rôle de prévention de l'assurance maladie complémentaire et sur le point de savoir comment faire en sorte que celle-ci soit moins un « payeur aveugle ».

M. Erwan Samyn, rapporteur extérieur. La Cour doit remettre prochainement un rapport sur la question de la prévention. Je ne m'avancerai pas sur ce sujet, d'autant que ce point n'a pas été précisément étudié du point de vue des complémentaires santé dans le cadre de ce rapport.

En revanche, la mise en place de la plateforme nationale des données de santé, le *Health Data Hub*, devrait permettre d'accéder à des données complémentaires à celles de l'assurance maladie obligatoire, et en particulier aux données des organismes complémentaires, ce qui permettra *a priori* d'obtenir une meilleure visibilité quant aux actions de prévention qui sont menées. La question se pose alors des nomenclatures et des effecteurs de ces différentes actions de prévention dont les données ne remontent pas nécessairement ; mais ce sujet est bien plus vaste que celui des seules complémentaires santé.

Se pose ensuite la question du rôle que l'on souhaite donner aux complémentaires santé – ce rôle dépend des différents scénarios que la Cour a présentés dans son rapport. En particulier, la question de la désimbrication des interventions respectives de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire supposerait certainement de renforcer le rôle des assurances complémentaires, notamment en matière de gestion du risque, et peut-être également plus largement en matière de prévention – finalement, la prévention devrait être le premier outil de la gestion de risques.

M. François de La Guéronnière, conseiller-maître. L'assurance dépendance n'était pas le thème de ce rapport. La Cour y travaille en ce moment et il faudra donc attendre la parution des rapports à l'automne.

Une question nous a été posée quant aux solutions pour mieux comparer les offres. Dans le cadre du scénario proposant une plus grande transparence et la régulation accrue des complémentaires santé, nous recommandons que le législateur puisse imposer certaines offres aux contenus prédéfinis. La comparabilité pourrait se faire sans difficulté sur la base de contenus prédéfinis. La difficulté actuelle vient du fait que chaque assureur a sa façon de faire et son contrat propre ; il est donc extrêmement difficile de comparer les offres entre elles.

S'agissant des questions de M. Thierry Michels, nous n'avons malheureusement pas étudié les publics spécifiques.

M. Erwan Samyn, rapporteur extérieur. Sur les rapports entre les mutuelles et les professionnels de santé, dans le cadre du printemps social de l'évaluation, la DSS avait dû évoquer ce point dans le cadre d'une question assez technique sur les codes et le regroupement de la liste des produits et prestations. Un débat avait émergé entre les complémentaires santé, qui souhaitent accéder à des données assez précises, et la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui a une vision plus limitative de cette question car il s'agit de données de santé. Ce point était en débat ; je crois que la DSS poursuit ses travaux en la matière.

Cela renvoie cependant plus largement à la question du tiers payant. Les données collectées dans le cadre de ce rapport montrent que la question du tiers payant en optique n'est pas si problématique par rapport aux autres champs du dentaire et de l'audiologie. Nous avons relevé en optique un chiffre de 73 % de tiers payant, contre 31 % pour le dentaire et 43 % pour l'audiologie – à noter que l'audiologie n'a été concernée par la réforme du 100 % santé que depuis 2021. Vous avez voté en LFSS 2021 l'obligation de tiers payant pour tous à partir du 1^{er} janvier 2022. On peut espérer que ces taux atteignent prochainement les 100 % et que les difficultés techniques qui ont pu être relevées soient rapidement tranchées.

M. François de La Guéronnière, conseiller-maître. M. Alain Ramadier nous questionnait sur les renoncements aux soins – nous avons déjà traité ce point dans le cadre des réponses aux questions du rapporteur général.

M. Erwan Samyn, rapporteur extérieur. M. Thibault Bazin s'interrogeait sur les scénarios qui sous-tendaient les évaluations de 3,7 milliards et 4,9 milliards d'euros. En effet, le delta peut en effet sembler conséquent. Cela s'explique, car un certain nombre de personnes bénéficient, même si elles perçoivent des revenus assez faibles, d'une complémentaire collective car elles sont salariées. Ces personnes peuvent par exemple être salariées à mi-temps ; ainsi leur revenu est relativement bas et leur permettrait de bénéficier de la CSS, ou en tout cas de la CSS dite contributive – l'ancienne ACS. La question derrière ce delta est la suivante : 100 % des personnes qui bénéficient aujourd'hui de cette complémentaire par leur entreprise souhaiteraient-elles basculer vers la CSS ? Ces deux dispositifs ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients respectifs. L'hypothèse de 3,7 milliards d'euros correspond ainsi à 0 % de bascule et l'hypothèse de 4,9 milliards à 100 % de bascule.

M. François de La Guéronnière, conseiller-maître. M. Cyrille Isaac-Sibille nous a demandé comment nous nous positionnons par rapport aux travaux du HCAAM sur l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. Nous suivons évidemment de près les travaux du HCAAM mais nous ne nous positionnons pas particulièrement par rapport à ceux-ci. Nous avons consulté le HCAAM dans le cadre de notre enquête.

M. Erwan Samyn, rapporteur extérieur. La question du succès du 100 % santé dans l'optique et le point de savoir s'il convient d'accorder plus de latitude dans la prise en charge renvoie au scénario de la désimbrication entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire évoqué par le rapport. Le transfert complet de l'optique avait effectivement été recommandé par la Cour dans le cadre de précédents rapports, en particulier un rapport de 2017 sur l'avenir de l'assurance maladie. Il ne l'a pas été dans le cadre de ce rapport, puisqu'une évolution est intervenue depuis lors : la réforme du 100 % santé. À l'inverse d'un transfert intégral, le choix a été fait d'organiser la participation de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire pour le remboursement et la prise en charge des dépenses de santé dans les champs optique, dentaire et des audioprothèses. Cela a conduit la Cour à prôner un transfert qui s'appuie sur cette réforme du 100 % santé et ainsi à préconiser un transfert des paniers 100 % santé vers l'assurance maladie obligatoire et des autres paniers libres vers l'assurance maladie complémentaire.

S'agissant des questions de M. Boris Vallaud, les chiffres que nous avons pu obtenir en matière de géographie sociale de la CSS laissent penser que celle-ci est relativement fidèle à la géographie des départements où les populations les plus précaires se concentrent. Il existe un certain nombre d'exceptions, mais nous n'avons pas obtenu d'éléments nous permettant d'expliquer pourquoi certains départements sont moins représentés en la matière. La principale difficulté ne porte pas sur la CMU-C mais sur l'ACS – le dispositif était assez méconnu, ce qui peut expliquer pourquoi ses taux de recours étaient assez faibles. Cela a d'ailleurs amené le législateur à réformer cette couverture publique au profit de la CSS. Les taux de recours s'améliorent ; on peut espérer que la géographie reflète alors mieux la réalité des territoires.

Pour ce qui est de l'extrapolation de la CSS vers la fonction publique, d'ici 2024 pour la fonction publique d'État et d'ici 2026 pour la fonction publique hospitalière et territoriale, les fonctionnaires bénéficieront, au même titre que les salariés du privé, d'une complémentaire collective financée par leur employeur à hauteur de 50 %. Il a été indiqué que le coût de ce dispositif s'élevait à 1,5 milliard d'euros pour l'employeur. Ce coût viendra s'ajouter aux dépenses publiques citées dans le cadre de ce rapport.

Mme Annie Chapelier, M. Jean-Hugues Ratenon et M. Pierre Dharréville se sont interrogés sur la place des mutuelles, des mutuelles communales et des assurances des banques dans les assurances complémentaires. Nous n'avons malheureusement pas investigué les mutuelles communales. Nous pouvons simplement constater que cette initiative met en exergue l'une des failles du système actuel : jusqu'à un certain niveau de revenus, les personnes sont protégées par une assurance publique, la CSS ; au-delà, les personnes bénéficient d'une complémentaire privée qui a un coût, parfois élevé, et qui explique pourquoi il y a encore des renoncements aux soins. De plus, jusqu'à la réforme du 100 % santé, les garanties pouvaient être faibles dans un certain nombre de champs ; cela expliquait que les renoncements aux soins puissent être importants dans ces champs.

En ce qui concerne la part respective des mutuelles, des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance au sein de l'assurance maladie complémentaire, nous avons pu observer que les assurances ont tendance à gagner en parts de marché par rapport aux mutuelles. Les institutions de prévoyance restent globalement stables – elles sont spécifiques car elles sont essentiellement placées auprès des salariés des entreprises privées ; leurs parts de marché évoluent donc relativement peu. Il s'agit d'un mouvement assez ancien et qui continue, même si les parts de marché évoluent peu d'une année sur l'autre, à hauteur de quelques points. Nous n'avons pas d'élément explicatif permettant d'éclairer cette évolution,

en dehors de pratiques tarifaires qui amèneraient les différents usagers à privilégier ce type d'organisme par rapport à d'autres.

En réponse à la question de M. Guillaume Chiche sur les règles de solvabilité et leurs conséquences en matière de différenciation entre les mutualistes et la banque-assurance, je ne suis pas expert de la question, mais il me semblait que les règles de solvabilité s'appliquaient également aux mutuelles, justement au titre de leur activité d'assurance santé. Cela rejaillit sur les frais de gestion de l'assurance maladie complémentaire, puisque ces obligations en matière de solvabilité imposent des réserves en capitaux. Cela peut expliquer aussi la difficulté de comparer les frais de gestion de l'assurance maladie complémentaire et ceux de l'assurance maladie obligatoire, puisqu'elles ne sont pas tout à fait soumises à la même réglementation.

M. François de La Guéronnière, conseiller-maître. M. Dharréville a estimé que nous pensions que tout ce système était « cher pour ce que c'est ». Nous avons plutôt dit que notre système était le plus protecteur des pays industrialisés et nous nous sommes interrogés sur les façons d'en réduire le coût. Le coût de 10 milliards d'euros que nous avons relevé constitue bien un coût public de soutien à la contraction de contrats d'assurance complémentaire.

Parmi les façons de réduire ce coût, nous avons relevé que les deux systèmes d'assurance de base et d'assurance complémentaire interviennent, non pas de façon concurrente ni conjointe, mais plutôt de façon concomitante sur les mêmes risques. Ce phénomène nous a conduit à élaborer les scénarios présentés plus tôt. Dans un cas, en optant pour le bouclier sanitaire, nous sortirions pour l'essentiel du système d'assurance complémentaire. Dans un autre, nous proposons la désimbrication des interventions afin de spécialiser les opérateurs chacun sur un type de prestation et donc réduire les frais de gestion.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je vous remercie, messieurs, pour la qualité du rapport et des réponses données. Il appartient maintenant à la Cour de rendre public ce rapport sur son site internet.

La commission entend ensuite une communication sur l'effectivité des droits à l'allocation journalière de présence parentale (M. Paul Christophe, rapporteur).

Mme la présidente Fadila Khattabi. Monsieur le rapporteur, vous avez engagé cette mission « flash » dans le prolongement de vos travaux en tant que rapporteur sur la proposition de loi visant à améliorer les conditions de présence parentale auprès d'un enfant dont la pathologie nécessite un accompagnement soutenu, que nous avons adoptée en novembre dernier. Elle constitue une belle avancée et se trouve désormais sur le bureau du Sénat. Vous êtes aujourd'hui en mesure de nous présenter une communication en conclusion de vos travaux, pour lesquels je vous remercie au nom de la commission.

M. Paul Christophe, rapporteur. Madame la présidente, chers collègues, le 26 novembre dernier, l'Assemblée nationale a adopté à l'unanimité en première lecture la proposition de loi visant à améliorer les conditions de présence parentale auprès d'un enfant dont la pathologie nécessite un accompagnement soutenu. Ce texte, vous vous en rappelez sans doute, prévoit la possibilité de doubler la durée du congé de présence parentale (CPP) et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) pour la faire passer de 310 à 620 jours sur une période de trois ans. Ces deux dispositifs devraient ainsi mieux répondre aux besoins de ces familles confrontées au cancer d'un enfant, par exemple.

Les auditions organisées en amont de l'examen de la proposition de loi et lors de l'évaluation de la loi du 8 mars 2019 visant à améliorer la prise en charge des cancers

pédiatriques portée par Nathalie Elimas avaient permis de faire remonter des difficultés relatives à l'information des familles et au délai d'instruction des demandes d'AJPP.

Dans l'attente de l'examen par le Sénat de la proposition de loi – celui-ci devrait intervenir avant la fin de l'année –, j'ai tenu à poursuivre ces travaux dans le cadre de cette mission « flash » afin de proposer des solutions concrètes aux difficultés rencontrées sur le terrain.

Avant toute chose, permettez-moi de faire quelques rappels rapides sur le CPP et l'AJPP. Ils permettent d'apporter un soutien financier aux actifs ayant un enfant à charge atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants. Bien souvent, la dégradation de l'état de santé d'un enfant conduit l'un des parents, souvent la mère d'ailleurs, à arrêter son activité professionnelle à l'issue de plusieurs semaines. Ce dispositif vise donc à favoriser, autant que possible, le maintien de l'activité professionnelle et ainsi préserver le niveau de vie des foyers concernés.

L'AJPP s'élève actuellement à 52 euros par jour pour une personne seule et à 44 euros pour une personne en couple. Un bénéficiaire de l'AJPP reçoit ainsi en moyenne 780 euros par mois. L'arrêt de l'activité professionnelle peut donc représenter un sacrifice financier non négligeable, en particulier pour les familles monoparentales. Depuis l'an dernier, il est possible de fractionner le CPP et l'AJPP, ce qui permet de les rendre compatibles avec une activité professionnelle à temps partiel.

L'AJPP bénéficie à 10 000 personnes chaque année. Ce chiffre est en constante progression – de l'ordre de + 6 % en 2019 –, ce qui traduit sans doute une meilleure information du public.

Toutefois, les auditions que j'ai conduites et les remontés de terrain laissent à penser qu'il reste beaucoup à faire en la matière. Un sondage réalisé par le collectif Grandir sans cancer en février 2021 auprès de quatre cents familles démontre que les principaux canaux d'information ne sont pas pleinement exploités. Ainsi, sur 389 participants, il apparaît que moins de trois familles sur cinq sont informées de leurs droits à l'AJPP par un ou une assistante sociale, souvent de l'hôpital. Seul un tiers des familles ont connaissance de l'AJPP *via* une caisse d'allocations familiales (CAF) et un quart d'entre elles *via* un médecin généraliste ou hospitalier. Enfin, près de la moitié des familles déclarent s'être informées essentiellement par elles-mêmes, sans doute *via* internet.

L'information des familles serait en outre très inégale selon les départements ou les établissements hospitaliers. Selon les témoignages que j'ai reçus, les personnes censées renseigner les familles, en l'occurrence des assistants sociaux, ne sont pas toujours au courant de l'existence de l'AJPP.

Dans ces conditions, il est nécessaire de renforcer la communication à destination des familles concernées, des entreprises, dont les services des ressources humaines semblent ignorer trop souvent l'existence de ce dispositif, et surtout des services sociaux des hôpitaux, qui sont les mieux placés pour informer les familles.

Afin de rendre le droit au CPP et à l'AJPP plus effectif, il serait opportun que les informations soient portées spontanément à la connaissance des parents qui sont alors accaparés par la prise en charge de leur enfant. Autrement dit, ce ne serait plus aux familles d'aller chercher l'information qui, bien que plus accessible en principe grâce à internet, demeure parfois difficile à trouver, mais aux organismes débiteurs et à leurs relais d'entrer en contact avec les familles. Ainsi les assistants sociaux des hôpitaux pourraient contacter directement les familles dont un enfant, tombé gravement malade, handicapé ou accidenté,

serait hospitalisé ou même diagnostiqué. Je propose donc de porter à la connaissance des familles l'existence de l'AJPP dans le cadre d'une démarche proactive des acteurs chargés de les informer sur leurs droits – qu'il s'agisse des CAF, des caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) ou des services sociaux, par exemple.

De manière générale, la communication pourrait être mutualisée entre les CAF et les caisses de la MSA au regard du volume relativement modeste de dossiers traités chaque année. C'est d'ailleurs ce à quoi se sont engagées la CAF du Nord et la caisse de la MSA du Nord-Pas-de-Calais que j'ai auditionnées ensemble. Cette communication aurait vocation à être élargie à l'ensemble des droits qui sont susceptibles d'intéresser ce type de public, tels que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou l'allocation journalière du proche aidant (AJPA).

J'ai également été interpellé sur la question des délais de traitement des demandes d'AJPP. Ces demandes doivent être adressées à la CAF ou à la MSA accompagnées d'une attestation de l'employeur précisant que le demandeur bénéficie d'un CPP et d'un certificat médical attestant de la particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident de l'enfant. Cette demande est traitée soit directement par la caisse locale, soit par une autre caisse pour celles ayant adhéré à la mutualisation du traitement des demandes d'AJPP.

Selon le code de l'action sociale et des familles, l'organisme débiteur dispose de trois mois pour répondre à la demande à compter du premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'AJPP. Au-delà, celle-ci est tacitement acceptée. En pratique, ces délais seraient bien plus courts. Selon la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), les demandes d'AJPP sont traitées sous une vingtaine de jours en moyenne. Les CAF ouvrent les droits à l'AJPP si toutes les conditions administratives sont remplies lorsque l'attestation mensuelle est enregistrée, et ce sans attendre l'accord du service du contrôle médical, qui dispose d'un délai de deux mois pour rendre son avis. Les modalités de versement de l'AJPP sont donc favorables aux bénéficiaires de l'AJPP puisqu'elles reposent sur le postulat que les conditions médicales sont remplies. C'est uniquement dans le cas, très rare, où l'avis rendu est défavorable que l'avance faite par l'organisme de sécurité sociale fait l'objet d'une récupération. Au-delà du délai de deux mois, le droit à l'AJPP demeure acquis par accord tacite du contrôle médical.

Ces délais contrastent néanmoins avec les résultats du sondage réalisé par le collectif Grandir sans cancer. En effet, sur un panel de 277 familles, seuls 17 % de ces familles déclarent avoir perçu l'AJPP dans un délai d'un mois à compter du dépôt de leur demande, contre 61 % dans un délai d'un à trois mois et 22 % dans un délai de trois mois. Ces délais apparaissent particulièrement longs pour certaines familles précaires, souvent monoparentales. Il faut comprendre que celles-ci demandent l'AJPP en derniers recours, après avoir épuisé leurs jours de congé ou ceux de leurs collègues en cas de don afin de préserver leur niveau de rémunération. Ces délais peuvent aussi s'expliquer par le fait que les dossiers déposés ne sont pas toujours complets au moment de leur dépôt.

D'autres difficultés proviennent des modalités de transmission des données relatives au nombre de jours de CPP pris par le demandeur de l'AJPP pour le calcul de celle-ci. Actuellement, une attestation doit être remplie chaque mois, soit par le demandeur de l'AJPP, dans le cas des personnes au chômage, soit par l'employeur, pour les salariés, et adressée à la caisse compétente par courrier pour l'en informer. On voit clairement que cette procédure relève d'une autre époque. Or, selon la CNAF, les délais de traitement de l'AJPP sont souvent dus au retard de transmission de cette attestation.

La dématérialisation et l'automatisation de la transmission mensuelle des données relatives au nombre de jours de CPP doivent donc constituer une priorité. S'agissant des

salariés, l'utilisation du dispositif de ressources mensuelles (DRM), qui contient un ensemble d'informations agrégées relatives aux salaires et aux autres revenus, pourra permettre de récupérer ces données à la source et accélérer le versement de l'AJPP. M. le ministre Adrien Taquet avait d'ailleurs indiqué devant notre commission le 18 novembre dernier que cette évolution devrait intervenir « dans les tous prochains mois ». Or force est de constater sept mois plus tard qu'elle n'est toujours pas effective. J'insiste donc sur la nécessité de faire évoluer rapidement le DRM afin que les jours de CPP des salariés soient automatiquement communiqués aux organismes débiteurs de l'AJPP chaque mois.

Voilà, mes chers collègues, les éléments que je voulais partager avec vous à l'issue de cette mission que vous m'avez confiée. Je remercie celles et ceux qui ont contribué à alimenter les données compilées, ainsi que les services de la commission pour leur précieux concours.

Mme Annie Vidal. Le 26 novembre dernier, l'Assemblée nationale adoptait à l'unanimité en première lecture la proposition de loi de notre collègue Paul Christophe visant à améliorer les conditions de présence parentale auprès d'un enfant dont la pathologie nécessite un accompagnement soutenu, en doublant la durée du CPP et de l'AJPP.

Si l'AJPP a bénéficié de deux évolutions notables en 2019 et 2020, l'attribution et surtout le renouvellement par les CAF de cette allocation rencontre toujours des difficultés désormais bien identifiées, notamment grâce à votre travail dans le cadre de cette mission « flash ». Ses conclusions sont tout à fait intéressantes et je tiens ici à vous féliciter, cher collègue, pour votre expertise et votre engagement sur cette question. Je salue également votre choix d'adresser un questionnaire à l'ensemble des parlementaires. Cela a permis à celles et ceux qui le souhaitent de pouvoir contribuer modestement à votre rapport.

Votre rapport dresse cependant un bilan mitigé. Il met en exergue la nécessité de faciliter les démarches des familles et de réduire les délais de traitement problématiques pour les bénéficiaires. D'autre part, il formule un certain nombre de propositions, auxquelles j'adhère complètement. Il propose de travailler sur une communication plus efficace et de mieux informer les familles de leurs droits. En ce sens, votre rapport propose une communication proactive et mutualisée qui me semble particulièrement pertinente.

Un parallèle pourrait être dressé avec l'AJPA, qui peut être versée aux personnes arrêtant de travailler ponctuellement ou réduisant leur activité pour accompagner un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Cette nouvelle prestation mérite également une communication accrue, tout comme une possible extension des mesures en faveur des proches aidants. Je souhaiterais recueillir votre regard et vos préconisations sur ces mesures. Vous semblent-elles intéressantes ?

M. Thibault Bazin. Je voudrais vous remercier à mon tour, monsieur le rapporteur, pour votre travail et surtout votre persévérance. Vous vous battez depuis longtemps pour les familles faisant face à des difficultés de santé d'un ou de plusieurs de leurs enfants et nous ne pouvons que saluer ces initiatives.

Nous ne pouvons que regretter avec vous que votre proposition de loi visant à améliorer les conditions de présence parentale auprès d'un enfant dont la pathologie nécessite un accompagnement soutenu ne poursuive pas son circuit législatif, sachant que ce texte a été adopté à l'unanimité par notre assemblée.

Nous sommes réunis aujourd'hui pour discuter des améliorations qui pourraient encore être apportées à l'AJPP. Nous ne pouvons qu'abonder dans votre sens : cette allocation est trop méconnue et il convient d'y remédier en améliorant la communication à différents niveaux. Cette allocation a certes le mérite d'exister, mais l'on peut regretter l'insuffisance de

son montant, qui peut mettre certaines familles en difficulté. Il est également impératif de simplifier son dispositif et les démarches à effectuer pour y accéder. La lourdeur administrative qui règne dans notre pays est d'autant plus regrettable quand elle s'impose à des parents qui ont autre chose à penser à ce moment-là et dont le quotidien est déjà bien compliqué du fait des problèmes de santé de leur enfant. Il nous reste à espérer, mes chers collègues, que ces souhaits seront entendus avant la fin de la législature afin d'améliorer la vie de ces familles et de permettre à ces enfants qui souffrent d'être mieux entourés par leurs parents.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je vous remercie pour ce travail précieux sur l'accès à l'AJPP. Concernant l'accès des familles à l'information sur un éventuel recours à l'AJPP, je suis étonnée de la faiblesse des médecins et des entreprises comme vecteurs d'information aux parents. Alors que nous allons adopter demain une proposition de loi sur la santé au travail, et alors même que nous connaissons l'impact sur la santé de la difficile conciliation entre la fonction d'aidant et la vie professionnelle, disposez-vous d'éléments sur le niveau d'information des médecins du travail sur l'AJPP et le rôle qu'ils peuvent ou pourraient jouer dans l'information des salariés parents d'enfants malades ?

Mme Annie Chapelier. Monsieur le rapporteur, cher Paul, je tiens tout d'abord à saluer au nom de notre groupe la qualité du travail que vous avez mené avec pugnacité et grâce à un engagement de longue date en faveur de l'amélioration des droits des parents des enfants malades.

Cette mission « flash » s'inscrit dans la continuité de la proposition de loi visant à améliorer les conditions de présence parentale auprès d'un enfant malade que vous avez portée en novembre 2020 et que notre assemblée avait alors adoptée à l'unanimité – il n'est jamais vain de le rappeler lorsque des textes sont aussi fédérateurs. Elle permettra de doubler la durée du congé et de l'allocation journalière de présence parentale. Nous attendons avec impatience son inscription à l'ordre du jour au Sénat, et je souhaite savoir si vous pouvez nous donner des informations sur ce calendrier.

La plupart du temps, on le voit sur le terrain, cette situation conduit à la suspension de l'activité professionnelle d'un parent, et souvent de la mère. Doubler la durée du congé et l'AJPP constitue donc une mesure en faveur du maintien en activité de ces femmes qui subissent la double peine de devoir accompagner un enfant malade et de se voir privées d'une partie de leurs revenus.

Monsieur le rapporteur, malgré les progrès réalisés en la matière, vous faites le constat que l'information des familles est très inégale selon les départements ou les établissements hospitaliers. Encore trop de parents concernés n'ont pas conscience des aides dont ils peuvent bénéficier. Vous proposez plusieurs pistes, mais au regard de vos travaux, quelles autres solutions pourraient selon vous être mises en œuvre à l'égard des familles pour renforcer cette communication ? Avez-vous envisagé de systématiser la perception des aides afin de garantir l'accès à l'AJPP pour toutes les personnes concernées ?

M. Pierre Dharréville. Je voudrais à mon tour saluer le travail effectué par notre rapporteur Paul Christophe sur un sujet important.

Vous le pointez, des améliorations sont cependant nécessaires – vous avez déposé une proposition de loi en ce sens. Le montant de l'AJPP est toujours problématique : à ma connaissance, cette allocation est la plus faible des allocations existantes. Cela n'est pas tout à fait justifiable. Je me permets donc de soulever cette question.

L'enjeu principal de votre rapport est l'accessibilité au droit. Ne faudrait-il pas systématiser, lorsqu'un enfant souffre d'une maladie grave, l'information des droits

mobilisables pour les parents ? Il existe à l'origine une possibilité d'information systématique et complète pour les familles sur leurs droits.

Merci pour le travail effectué, qui sera j'espère suivi d'effet.

M. Bernard Perrut. Monsieur le rapporteur, merci pour votre engagement. Cet engagement nous est commun. Nous mesurons tous combien il est important d'apporter un soutien aux parents en activité et ayant un enfant à charge atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité. Je pense plus particulièrement aux familles que je connais qui sont confrontées au cancer d'un enfant. En la matière, notre action législative prend véritablement tout son sens et nous pouvons en être fiers.

Je souhaiterais revenir sur le délai pour le versement de l'AJPP : une vingtaine de jours, un délai trop long pour les familles, puisque les caisses doivent recevoir une attestation signée par l'employeur indiquant le nombre de jours de congés pris au cours du mois. Dans le cadre de l'examen de la proposition de loi, le secrétaire d'État avait indiqué que la difficulté du délai « *trouvera une solution naturelle dans les tous prochains mois, quand les données du dispositif de ressources mensuelles, alimenté par les déclarations mensuelles des employeurs aux URSSAF seront utilisées pour servir l'AJPP. Cela supprimera de fait les allocations mensuelles.* » Je ne sais quelle est la durée des mois et des jours, monsieur le rapporteur, mais je crois qu'il y a urgence à ce que ce sujet soit abordé.

Concernant le suivi des dispositions votées par l'Assemblée nationale visant à améliorer les conditions de présence parentale auprès d'un enfant dont la pathologie nécessite un accompagnement soutenu, et dans le cadre de la proposition de loi que vous avez défendue à l'Assemblée, dont les dispositions visent à doubler la durée du congé et de l'allocation de présence journalière de présence parentale et qui a été votée à l'unanimité, avez-vous des perspectives sur l'examen au Sénat ? Ce doublement de la durée de l'AJPP est très attendu par certaines familles d'enfants atteints de cancers ou de leucémies, dont la durée de traitement peut dépasser 310 jours. Monsieur le rapporteur, agissez, faites tout ce que vous pouvez, car beaucoup de familles attendent, nous écoutent et ont besoin d'espoir.

M. Jean-Pierre Door. J'apprécie votre travail et votre ténacité, qui a été très importante sur un sujet extrêmement sensible. Des familles sont impactées par un enfant handicapé et se retrouvent souvent seules et isolées. Vous avez défendu une proposition de loi et vous faites un diagnostic mitigé des résultats actuels. Cette mission « flash » montre en effet quelques difficultés. Vous avez donc tout à fait raison de poursuivre ce travail. Nous serons là pour le construire avec vous. Merci et félicitations pour ce sacré boulot.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je m'associe bien sûr à toutes les louanges émises par nos collègues députés sur la qualité de votre travail. J'ai bien noté votre pugnacité et votre ténacité.

M. le rapporteur. Madame la présidente, mes chers collègues, c'est à moi de vous remercier. L'ambiance de travail proposée au sein de cette commission est un premier moteur. Sur ces sujets, l'on ne peut réussir et prospérer que si l'on travaille ensemble. Vous avez eu la courtoisie de rappeler que j'ai proposé cette loi ; j'ai à cœur de rappeler que c'est aussi votre loi.

Dans le cas de la navette, cette loi est en instance au Sénat. Claude Malhuret, le président du groupe Les Indépendants - République et Territoires, m'a promis de l'inscrire dans sa prochaine niche. Le tirage au sort pour les dates attribuées aux espaces réservés aux groupes politiques du Sénat a lieu aujourd'hui : je suis aussi impatient que vous de savoir quel créneau aura été attribué à ce groupe.

Il est probable, madame la présidente, que nous ayons besoin d'un petit peu de temps au sein de la commission car j'ai proposé aux collègues sénateurs d'introduire deux dispositifs : le premier pour permettre de rendre effectif le dispositif envisagé auprès de la fonction publique, et le second pour introduire une dimension de rétroactivité afin qu'une famille qui aurait commencé à utiliser les droits ne soit pas pénalisée et puisse bénéficier de l'extension que nous avons votée à l'unanimité. Voilà pourquoi nous aurons peut-être besoin de procéder à un vote conforme en commission, voire peut-être de l'inscrire dans notre prochaine niche dans le cadre de la procédure simplifiée que nous avons validée.

Chère Annie Vidal, merci de ta contribution, car tu as été la première à te saisir du questionnaire pour nous faire remonter de premières informations. Oui, cette communication est descendante et cela ne va pas. Pour les parents d'un enfant malade, il faut bien souvent d'abord digérer le diagnostic, puis s'organiser au sein de la famille avant de penser à se tourner vers des dispositifs. Il est donc besoin d'une communication transversale.

Cette problématique a aussi été identifiée pour les proches aidants : on constate qu'il est souvent difficile de se tourner vers les dispositifs ; il en existe pourtant beaucoup sur notre territoire, mais ils sont assez souvent disparates et ils sont tous méconnus. Il est paradoxal de voir qu'au moment où notre société offre le plus grand nombre de moyens de communication disponibles, elle est la plus difficile à atteindre.

Il nous faut également capitaliser sur les propositions faites par notre collègue Stéphanie Rist dans sa proposition de loi visant à améliorer le système de santé. Le dernier article prévoyait la création d'une plateforme à destination des proches aidants. Il faut absolument embarquer tous les dispositifs, dont le CPP et l'AJPP, sur cette plateforme.

Il est besoin de renforcer l'action des travailleurs sociaux, mais également de travailler à une meilleure communication auprès de ceux qui procèdent au diagnostic et à son annonce. Il faut renforcer le lien avec les familles concernées et créer un dispositif qui s'inscrive dans la durée : le travailleur social, qui dispose de l'information sur les droits relatifs à ce diagnostic, devrait au bout de quelques mois procéder à un rappel sur ces droits, pour que les familles en aient la pleine connaissance au moment où elles ont besoin de l'utiliser.

Cher Thibault Bazin, vous avez évoqué, comme Pierre Dharréville, la question du montant. Nous devons effectivement nous poser cette question. L'AJPP est équivalente à environ 780 euros par mois. Ce sujet pourrait animer un prochain débat dans le cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale ou d'une proposition de loi.

Vous pointez également la lourdeur administrative. Une des difficultés rencontrées par les familles est parfois la capacité à compléter le dossier en bonne et due forme, ce qui génère des retards dans la prise en charge et le paiement. Il est besoin d'améliorer l'accompagnement. Le travailleur social remplit un rôle d'information, il pourrait aussi être l'accompagnant aidant à remplir les documents nécessaires pour éviter les retards.

Chère Michèle de Vaucouleurs, la faiblesse de l'information est effectivement une constante que nous avons également rencontrée dans tous nos travaux sur les proches aidants. Il existe en la matière une vraie piste d'amélioration à proposer. Il faudrait disposer d'un dispositif à transmettre ou d'une affiche mentionnant clairement un numéro ou un site de référence permettant d'accéder directement à l'information. Cela rejoint la proposition de plateforme portée par Stéphanie Rist.

Chère Annie Chapelier, j'ai répondu à la question portant sur l'inscription au Sénat – dans tous les cas, elle aura lieu avant la fin du mandat. La systématisation des dispositifs

d'aide suppose de renforcer l'information et le lien avec le bénéficiaire, qu'il s'agisse d'un SMS ou d'un courriel pour transmettre l'information sur les droits.

Cher Pierre Dharréville, ta question rejoint également la systématisation de l'accès au droit. Il s'agit d'une information descendante sur les droits des personnes. Nous devons fluidifier notre capacité à le faire.

Cher Bernard Perrut, nous avons effectivement soulevé des interrogations sur l'attestation DRM. On nous a expliqué qu'en raison de la crise sanitaire, des moyens humains ont été déployés pour conforter d'autres dispositifs en lien avec la crise sanitaire. Pour autant, on nous a assuré que ceux-ci seraient remobilisés rapidement sur le DRM. Je n'ose pas me prononcer sur la fin de l'année – il s'agit d'une ambition, j'espère qu'elle se concrétisera car elle sera source de simplification au regard de ces délais de transmission des documents.

Cher Jean-Pierre Door, merci, car la ténacité est une valeur que j'entretiens. Cette passion pour les questions sociales s'inscrit dans les travaux que nous proposons régulièrement dans cette commission. Je vais continuer à travailler sur le point de savoir comment mieux protéger les familles victimes de ces dispositifs. On élargira alors largement le champ : il pourra s'agir d'une protection améliorée en matière d'emploi, de logement, de crédit.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Monsieur le rapporteur, je vous remercie encore une fois au nom de la commission. Vos travaux, dont nous avons tous relevé la qualité et la pertinence, seront mis en ligne sur le site de l'Assemblée nationale. Nous formons des vœux quant au cheminement de votre proposition de loi au Sénat.

Enfin, je vous remercie, mes chers collègues, pour votre mobilisation et l'ensemble de votre travail durant cette année si particulière. Notre commission a assuré le suivi de nombreux sujets qui rentrent dans son champ de compétences, et cela dans une bonne ambiance, malgré les divergences que nous pouvons avoir. Les chantiers qui nous attendent sont encore très nombreux à la rentrée. D'ici là, je vous souhaite à chacune et à chacun d'excellentes vacances.

La séance s'achève à onze heures trente.

Présences en réunion

Réunion du mercredi 21 juillet 2021 à 9 heures 30

Présents. – M. Thibault Bazin, Mme Annie Chapelier, M. Sébastien Chenu, M. Gérard Cherpion, M. Guillaume Chiche, M. Paul Christophe, M. Dominique Da Silva, M. Pierre Dharréville, M. Jean-Pierre Door, Mme Myriane Houplain, Mme Caroline Janvier, Mme Fadila Khattabi, M. Thomas Mesnier, M. Thierry Michels, M. Bernard Perrut, Mme Bénédicte Pételle, M. Alain Ramadier, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Jean-Louis Touraine, M. Boris Vallaud, Mme Michèle de Vaucouleurs, Mme Annie Vidal

Excusés. – Mme Justine Benin, Mme Josiane Corneloup, M. Jean-Carles Grelier, Mme Claire Guion-Firmin, M. Didier Martin, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Nadia Ramassamy, Mme Hélène Vainqueur-Christophe