

N° 2874

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2026.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*en conclusion des travaux du **Printemps social de l'évaluation***

ET PRÉSENTÉ PAR

M. THIBAUT BAZIN, MME SYLVIE BONNET, M. JÉRÔME GUEDJ, MME OCÉANE
GODARD, M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE, M. MICHEL LAUZZANA, MME ÉLISE
LEBOUCHER ET M. SÉBASTIEN PEYTAVIE,

Députés.

SOMMAIRE

| | Pages |
|---|-------|
| AVANT-PROPOS DE M. THIBAUT BAZIN, RAPPORTEUR GÉNÉRAL | 5 |
| AVANT-PROPOS DE MM. JÉRÔME GUEDJ ET CYRILLE ISAAC-SIBILLE, COPRÉSIDENTS DE LA MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | 7 |
| ÉVALUATIONS DES RAPPORTEURS | 11 |
| 1. LA RÉDUCTION DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS ET DE PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX APPLICABLES À LA RÉMUNÉRATION DES APPRENTIS | 13 |
| TRAVAUX DE LA COMMISSION | 37 |
| 2. LA RÉFORME DU BARÈME DES CONTRIBUTIONS SUR LES BOISSONS SUCRÉES ET ÉDULCORÉES | 43 |
| TRAVAUX DE LA COMMISSION | 57 |
| 3. LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE | 63 |
| TRAVAUX DE LA COMMISSION | 87 |
| 4. LA MISE EN ŒUVRE DES CAMPAGNES DE VACCINATION CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS DANS LES COLLÈGES | 95 |
| TRAVAUX DE LA COMMISSION | 115 |
| 5. LE COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DE MODE DE GARDE | 121 |
| TRAVAUX DE LA COMMISSION | 143 |

AVANT-PROPOS **DE M. THIBAUT BAZIN, RAPPORTEUR GÉNÉRAL**

La complémentarité entre les fonctions de législation – notamment dans le champ financier – d’une part et de contrôle et d’évaluation d’autre part qui sont dévolues au Parlement pourrait sembler évidente à la lecture de la Constitution.

Pourtant, la délibération sur les projets et propositions de loi se fait souvent dans une urgence que rien ne justifie sinon un défaut d’organisation et que rien n’explique en comparaison avec ce que l’on observe dans les démocraties voisines, sur la base de conceptions politiques arrêtées avant même le dépôt des textes, quand les convictions sont légitimes mais que l’impossibilité de s’en départir face à des arguments objectifs ne l’est pas, et à l’appui, pour les initiatives du Gouvernement, d’études d’impact prenant soin de masquer l’absence de réponse aux questions qui se posent vraiment derrière un sabir que les Français ne peuvent qu’abhorrer.

En sens inverse, bien des travaux d’information – missions d’information de format classique ou « flash », commissions d’enquête voire, en s’écartant un peu de la catégorie, débats inscrits à l’ordre du jour de la séance – sont décidés et menés sans prise en considération des évolutions du droit positif auquel les députés et leurs collègues sénateurs ont contribué, avec une ferveur qu’illustre le nombre croissant d’amendements déposés et adoptés : fréquemment trop tôt, parfois trop tard, le cas échéant trop largement et de façon plus exceptionnelle trop restrictivement.

Tels sont les deux écueils que la commission des affaires sociales, et au sein de cette dernière la Mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss), cherchent à éviter, en s’intéressant, dans le cadre bien établi désormais du Printemps social de l’évaluation, à l’application de dispositions précises de lois de financement (LFSS) antérieures, afin de vérifier que ce qui a été voté se traduit concrètement par des changements pour les patients, les allocataires, les retraités, les employeurs, les soignants, et en formulant des préconisations dont le législateur ou l’autorité réglementaire, dans un chaînage vertueux, pourront plus tard s’inspirer.

Le rapporteur général, dans sa fonction spécifique à l’examen du budget des régimes de base comme dans celle de co-rapporteur d’un des thèmes présentés dans ce rapport (à savoir les prélèvements sur la rémunération des apprentis), note en tout premier lieu avec satisfaction que bien davantage qu’à l’automne, les évaluations ont su s’appuyer sur les annexes jointes aux projets de LFSS et de loi d’approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) : elles sont aussi précieuses et riches sur les chiffres qui éclairent le passé, résultat d’un travail colossal des administrations et des caisses, qu’elles sont frustrantes sur les mesures nouvelles. Les analyses du Sénat, de la Cour des comptes, des inspections et des chercheurs ont, elles aussi, été une utile source de réflexion pour les auteurs du présent document.

En deuxième lieu, ressortent aussi de la lecture des contributions une instabilité de la norme, une difficulté à appréhender ses effets économétriques, une

opacité des sous-jacents des chantiers de l'exécutif et de leur mise en œuvre par ses services, une complexité de la mise à jour des systèmes d'information des caisses nationales et locales, des établissements ou encore des départements, une incapacité à prévenir puis à corriger les effets de seuil ou de bord et un raffinement excessif des relations financières entre la sécurité sociale et l'État.

Enfin, les observations et recommandations des rapporteurs ne cachent pas que le levier fiscal – celui de la sanction parée du vernis de l'incitation ou celui de l'allègement – est plus qu'à son tour utilisé quand la dépense mieux ciblée ou la régulation auraient été mieux indiquées.

C'est une remarque que, dans un autre cadre, en présence de son homologue de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, des présidents de celle-ci et de la commission des affaires sociales, de la Présidente de l'Assemblée nationale et de deux ministres, le rapporteur général a déjà faite : au lieu d'attendre la saison budgétaire pour parler des politiques publiques, il faudrait garder à l'esprit la contrainte financière quand viennent les réformes sectorielles.

AVANT-PROPOS
DE MM. JÉRÔME GUEDJ ET CYRILLE ISAAC-SIBILLE,
COPRÉSIDENTS DE LA MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE
DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le présent rapport constitue l'un des trois points d'aboutissement du travail fourni qu'a mené la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) au cours du premier semestre de l'année 2026.

Depuis cinq ans, le travail de la Mecss s'est considérablement étoffé.

Souvenons-nous : il y a encore quelques années, son activité reposait principalement sur une demande de rapport adressée à la Cour des comptes.

Aujourd'hui, grâce à la réforme de la loi organique de 2022 et à la mise en place du Printemps social de l'évaluation, la Mecss peut désormais évaluer concrètement l'application de différents articles des précédentes lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Par ailleurs, des rapports structurels sont conduits sur des sujets de fond, des auditions « focus » permettent aux députés d'approfondir des sujets très précis, souvent techniques et complexes. Ce fut le cas l'an dernier avec les mécanismes de fixation du prix du médicament, et cette année avec l'évaluation des travaux du Haut Conseil des nomenclatures, dans la perspective de la prochaine réforme de la classification, des deux heures de lien social dans le secteur de l'autonomie et de la prise en charge des protections périodiques.

- À titre principal, suivant une pratique désormais bien établie, la Mecss a défini et réparti les thèmes du Printemps social de l'évaluation, dont les conclusions sont ici compilées après que chacune d'entre elles a été présentée devant la commission des affaires sociales.

Sept rapporteurs se sont donc vu confier le commentaire de cinq dispositifs qui tous avaient donné lieu à de vifs débats parlementaires ou correspondaient à un fort besoin chez nos compatriotes : la promotion de l'emploi des jeunes mais aussi l'équité de traitement entre les travailleurs de différents statuts ; la prévention, grâce au levier fiscal, des dangers qu'entraîne pour la santé une consommation excessive de sucres ajoutés ; les soins psychiatriques, alors que la santé mentale a été érigée en grande cause nationale deux années de suite ; la réduction de la prévalence d'une des familles de pathologies les plus fréquentes mais encore connotée de façon trop embarrassée à la vie sexuelle des adolescents ; le soutien au recours à une assistante maternelle ou à une garde à domicile, dans le contexte du déclin de la natalité et de la transformation du positionnement des mères et des pères vis-à-vis de l'équilibre entre leur vie personnelle et leur activité professionnelle.

Leurs travaux, à la fois approfondis et synthétiques, précis et d'une lecture aisée, démontrent la nécessité d'une association le plus en amont possible de ce que

l'on appelle aujourd'hui les « parties prenantes », l'impératif de la transparence des données et la capacité à rectifier le tir rapidement, mais aussi celle à assumer une certaine stabilité si les choses sont satisfaisantes ou quand il faut laisser une réforme se déployer plusieurs années avant d'en mesurer les incidences.

Naturellement, ces évaluations complètent l'analyse de l'exécution en 2025 du budget des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) par le rapporteur général sur la base du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss)⁽¹⁾ et ont vocation à inspirer les membres du Parlement lorsque viendra l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2027.

● Par ailleurs, pour la deuxième année consécutive, la Mecss a souhaité que des sujets précis soient étudiés dans le cadre d'auditions « focus », s'appuyant sur un questionnaire technique écrit auquel les personnes invitées étaient priées de bien vouloir répondre avant leur venue à l'Assemblée nationale.

Se sont ainsi tenues :

– cinq auditions dans le cadre d'un cycle sur la révision de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et son incidence sur les tarifs hospitaliers, avec le Haut Conseil des nomenclatures (HCN), une fois individuellement puis une fois en même temps que la Haute Autorité de santé (HAS), les principaux syndicats représentatifs de médecins, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) puis l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) ;

– une audition sur le temps consacré à l'accompagnement et au lien social des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile, mesure dite « deux heures » (article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023), avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;

– enfin, une audition sur le remboursement des protections périodiques réutilisables (article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024).

Les contributions des intéressés sont compilées dans un rapport distinct⁽²⁾ ; les coprésidents saluent M. Sébastien Peytavie pour son implication sur la troisième thématique et remercient plus généralement leurs collègues pour leur participation.

● Depuis janvier 2025, une évaluation « structurante » est conduite sur la répartition des prises en charge entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam).

(1) Rapport n° 2863 de M. Thibault Bazin, rapporteur général, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 2 juin 2026.

(2) Rapport n° 2875 de MM. Jérôme Guedj, Cyrille Isaac-Sibille et Sébastien Peytavie, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2026.

Alors qu'une controverse avait pris corps à l'automne 2024 sur la décision, peut-être l'impératif prudentiel, des sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance de relever leurs tarifs à raison d'une hausse certes évoquée mais non intervenue du ticket modérateur et que le même débat avait occupé l'automne 2025 sur la répercussion envers les primes d'une contribution fiscale ponctuelle cherchant à récupérer la somme correspondant au premier mouvement, et alors qu'à rebours du fait statistique selon lequel la part de la consommation de soins et de biens médicaux payée par la sécurité sociale ne cesse de progresser (le reste à charge des ménages diminuant et la fraction assumée par les complémentaires étant stable), cette mission de MM. Jérôme Guedj, Thibault Bazin et Thierry Frappé (ces deux derniers ayant eu comme prédécesseurs M. Yannick Neuder et Mme Joëlle Mélin puis Christophe Bentz) devrait rendre ses conclusions avant le début de la session ordinaire et, en tout état de cause, celui des grandes échéances électorales que vivra notre pays.

ÉVALUATIONS DES RAPPORTEURS

1. LA RÉDUCTION DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS ET DE PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX APPLICABLES À LA RÉMUNÉRATION DES APPRENTIS

(M. Thibault Bazin et Mme Océane Godard, rapporteurs)

L'article 22 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 a conduit à une réduction de l'exonération de cotisations sociales applicable aux revenus des apprentis, soumettant à cotisation la part du revenu supérieure à 50 % du salaire minimum de croissance pour les nouveaux entrants dans l'apprentissage.

Parallèlement et selon les mêmes modalités, l'article 23 de la même loi de financement de la sécurité sociale a également assujéti la rémunération des apprentis entrant en formation postérieurement à la promulgation de la loi à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

C'est donc une transformation profonde du régime socio-fiscal applicable aux apprentis qui a été menée à partir de 2025.

Au regard de l'importance qu'occupe la politique d'apprentissage dans le champ des politiques de l'emploi mais également des enjeux financiers et de justice fiscale qu'elle soulève, les corapporteurs de la présente mission, M. Thibault Bazin et Mme Océane Godard, ont choisi, dans le cadre des travaux du Printemps social de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, d'évaluer l'application des dispositions relatives aux exonérations de cotisations et de prélèvements sociaux applicables aux apprentis.

Les rapporteurs ont entendu, à cette fin, les représentants de la direction du budget, de la direction de la sécurité sociale et de la direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle.

Ont été aussi auditionnés les principales organisations représentatives de salariés et d'employeurs ainsi que les personnels compétents de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et de l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce.

M. Bruno Coquet, universitaire particulièrement investi sur cette thématique, a également été entendu.

Enfin, les nombreux travaux disponibles sur le sujet dans les annexes aux projets de lois de financement de la sécurité sociale pour les années 2025 et 2026 et de la revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle ont également nourri les conclusions du présent rapport.

INTRODUCTION

Le choix de consacrer une mission du Printemps social de l'évaluation à la question des exonérations spécifiques de cotisations et de prélèvements sociaux dont bénéficient les apprentis tient, en premier lieu, à la récurrence, au moins depuis 2024, de ce débat dans le cadre de l'examen des projets de la loi de financement de la sécurité sociale, à l'automne.

Dernières mesures prises dans ce champ, les dispositions intégrées à l'article 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n° 1907) proposaient d'inscrire dans le droit positif la **suppression totale des exonérations de cotisations sociales pour les nouveaux titulaires de contrats d'apprentissage**.

Donnant lieu à de vifs débats en commission et en séance, celles-ci ont été supprimées à une très large majorité, **les deux corapporteurs de cette mission ayant d'ailleurs, lors des débats, exprimé des positions différentes sur le sujet**.

Dans ce contexte, **le présent rapport d'évaluation apparaît d'autant plus nécessaire qu'il n'est pas improbable que de nouvelles évolutions du régime socio-fiscal des apprentis soient intégrées au prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale**.

Ainsi, les rapporteurs de la présente mission soumettent à l'appréciation de leurs collègues **une série de constats partagés dont ils espèrent qu'elle pourra constituer une première base de travail** à une nouvelle réforme des exonérations ciblées applicables aux apprentis.

➤ **Une dynamique de l'apprentissage qui affecte très largement le montant de ces exonérations ciblées**

Le premier constat établi à l'issue des travaux de la mission tient à **l'augmentation massive des montants, en valeur absolue, d'exonération de cotisations et de prélèvements sociaux** spécifiques aux apprentis, conséquence directe de **la hausse du recours à cette modalité particulière de formation** depuis 2018 et, plus encore, depuis 2020.

Aussi bien en raison d'un « **effet volume** », avec la multiplication par près de trois du nombre de contrats d'apprentissage signés annuellement ⁽¹⁾, que d'un « **effet valeur** » alimenté par l'évolution haussière de la grille salariale des apprentis et d'une composition de la population plus favorable aux apprentis de l'enseignement supérieur ⁽²⁾, **le coût des seules exonérations de cotisations a crû de 175 % entre 2019 et 2024**.

(1) Direction générale du trésor, Trésor Éco n° 376, « L'apprentissage en France : quel bilan pour quels objectifs ? », novembre 2025. Le nombre de contrat d'apprentissage signé annuellement a été multiplié par 2,8 entre 2018 et 2024.

(2) Article L. 6222-27 du code du travail : « Sous réserve de dispositions contractuelles ou conventionnelles plus favorables, l'apprenti ne peut percevoir un salaire inférieur à un montant déterminé en pourcentage du salaire

De façon consolidée, **le montant des exonérations de cotisations et de prélèvements sociaux représentait en 2024 près de 2 873 millions d’euros** ⁽¹⁾, soit un peu plus de 10 % de la dépense publique consacrée à l’apprentissage ⁽²⁾.

➤ **Une finalité de ces allègements spécifiques bien confuse : entre incitation économique et instrument redistributif**

Au-delà du **dynamisme des montants considérés par la mission**, c’est bien la question plus large de la **finalité** de ces exonérations de cotisations sociales et de prélèvements sociaux qui est interrogée ici.

En effet, d’un **point de vue économique, l’incidence de ces exonérations sur la décision d’entrée dans l’apprentissage** n’a pu être positivement démontrée à l’occasion de la mission ⁽³⁾. À l’inverse, les mesures de restriction prévues par la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 n’ont pas eu pour effet direct la diminution observée en 2026 des nouvelles entrées dans l’apprentissage.

Toutes les contributions portées à la connaissance des rapporteurs s’accordent à établir que l’origine de cette diminution ponctuelle des entrées en apprentissage en 2025 tient moins à une mesure spécifique qu’à un « **effet cocktail** » ⁽⁴⁾ **dont les composantes peinent à être identifiées** ⁽⁵⁾.

Parallèlement, **la finalité redistributive de ces exonérations de cotisations est apparue comme fragile aux membres de la mission**. En effet, l’apprentissage est un dispositif de formation et d’insertion dans l’emploi mais n’a pas vocation à se substituer aux transferts sociaux de droit commun. En outre, la vocation pédagogique de ce dispositif de formation « en alternance » implique nécessairement un niveau de rémunération inférieur pour les apprentis, à raison même du caractère partiel de leur activité professionnelle et, du moins en théorie, de leur plus faible productivité par rapport aux salariés.

minimum interprofessionnel de croissance et variant en fonction de l’âge du bénéficiaire et de sa progression dans le ou les cycles de formation faisant l’objet de l’apprentissage. »

(1) Direction du budget, réponses au questionnaire des corapporteurs. Le coût de l’exonération de cotisations sociales salariales a triplé entre 2019 et 2024 pour atteindre un total de 1 609 millions d’euros. Le montant spécifique à l’exonération de l’assiette de la contribution sociale généralisée représente 1,2 milliard d’euros et 64,6 millions s’agissant de l’exonération de la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Ce montant consolidé est inférieur de 227 millions d’euros à l’estimation réalisée par M. Bruno Coquet dans la publication « L’apprentissage sous pression » (Observatoire français des conjonctures économiques, Policy brief n° 157, 5 mai 2026).

(2) Estimation réalisée à partir d’un montant de dépense publique en faveur de l’apprentissage de 24,1 milliards d’euros en 2024. Source : Bruno Coquet, op. cit., p. 13.

(3) Source : direction de la sécurité sociale, réponses au questionnaire des rapporteurs ; direction du budget : réponses au questionnaire des rapporteurs ; audition de M. Bruno Coquet.

(4) En économie, l’effet cocktail renvoie à la notion de combinaison des effets de plusieurs mesures sur l’évolution d’une variable donnée.

(5) Direction de l’animation de la recherche des études et des statistiques, « La situation du marché du travail au 4^e trimestre 2025 », p. 2.

➤ **Des situations criantes d'injustice qui plaident en faveur de nouvelles mesures**

Le troisième constat tient enfin aux différences de traitement corollaires à **l'existence de ces exonérations**. Ainsi à rémunération brute équivalente, un **étudiant titulaire d'un contrat de travail à temps partiel perçoit un salaire inférieur** à celui d'un apprenti, de même pour un salarié n'exerçant pas à temps complet.

Enfin, **en matière d'acquisition de droits sociaux, le caractère non contributif du bénéfice de l'assurance chômage** pour les apprentis et le dispositif dérogatoire de **validation de trimestres auprès de l'assurance vieillesse applicable depuis 2014** constituent autant d'écarts au droit commun difficilement justifiés par l'évolution des profils d'apprentis vers des métiers moins pénibles et aux perspectives de carrières potentiellement ascendantes.

I. UN DISPOSITIF D'EXONÉRATION CRÉÉ AFIN D'ASSURER LA PROMOTION DE L'APPRENTISSAGE

Initialement conçus afin d'assurer **l'attractivité de l'apprentissage comme voie d'accès au marché du travail**, les **dispositifs d'exonération de cotisations sociales et de prélèvements sociaux** ont été largement affectés par la transformation profonde de cette politique publique intervenue depuis 2018.

A. LA PHILOSOPHIE INITIALE DU DISPOSITIF D'EXONÉRATION : UNE INCITATION À L'APPRENTISSAGE PAR UNE HAUSSE DU SALAIRE NET

En 2018, le **choix opéré par les pouvoirs publics en matière d'apprentissage visait essentiellement à répondre à l'exclusion des jeunes publics** du marché du travail ⁽¹⁾.

Dans ce cadre, les exonérations spécifiques de cotisations sociales et l'exemption d'assiette de prélèvements sociaux applicables à la rémunération des apprentis visaient à favoriser **le développement de ce modèle d'emploi en diminuant le différentiel existant entre le salaire brut et le salaire net**.

1. Le développement de l'apprentissage comme solution à l'insertion dans l'emploi des jeunes publics

Aux termes de l'article L. 6221-1 du code du travail, le « *contrat d'apprentissage est un contrat de travail de type particulier* » qui assure à l'apprenti le « *versement d'un salaire* », d'une part, et « *une formation professionnelle complète* » fondée sur le modèle de l'alternance, d'autre part ⁽²⁾.

En contrepartie de ces avantages, **l'apprenti s'engage à respecter non seulement les stipulations de son contrat de travail** mais également à suivre la formation dispensée « *en centre de formation d'apprentis ou section d'apprentissage* » ⁽³⁾.

L'apprentissage n'est pas, du reste, **la seule modalité de suivi d'une formation en alternance**. En effet, le **contrat de professionnalisation**, créé par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 5 décembre 2003, constitue une alternative plus ciblée en ce qu'il s'adresse aux jeunes âgés de 26 à 30 ans ou aux bénéficiaires de minima sociaux associant à l'activité professionnelle une durée de formation qui varie de 15 % à 25 % selon le type de contrat ⁽⁴⁾.

(1) *Projet de loi pour la liberté de choix son avenir professionnel (XV^e législature, n° 904), Étude d'impact, pp. 115 et 125 (26 avril 2018).*

(2) *Article L. 6221-1 du code du travail, premier alinéa.*

(3) *Article L. 6221-1 du code du travail, deuxième alinéa.*

(4) *Rapport n° 778 (2024-2025) de M. Xavier Iacovelli fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la proposition de loi portant pérennisation du contrat de professionnalisation expérimental, 25 juin 2025, p. 6.*

Les réformes successives intervenues depuis 2018 ont amené à un développement massif de l'apprentissage afin de lutter contre le chômage des jeunes dont le niveau, au moment de la présentation du projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel, était **supérieur de 6,2 points à la moyenne européenne** ⁽¹⁾.

La création de France compétences, la fin du régime d'autorisation applicable aux centres de formation d'apprentis (CFA) et, plus encore, la réforme du financement de l'apprentissage visaient précisément un meilleur appariement, à moindre coût pour les entreprises, entre les besoins en main-d'œuvre et la formation initiale sur le marché de l'emploi.

Une dynamique de création de contrats d'apprentissage essentiellement portée par les différents dispositifs d'aide à l'embauche

L'analyse statistique de l'augmentation du nombre total d'apprentis (le « stock ») et de l'évolution du nombre de nouveaux entrants dans l'apprentissage (le « flux ») permet d'établir le caractère central des **aides à l'embauche dans le déploiement de l'apprentissage** ⁽¹⁾.

Ce constat est a d'ailleurs été mis en exergue par le rapport commis par l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales à l'occasion de la revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle : « *tant la littérature économique que les interlocuteurs rencontrés par la mission soulignent le rôle déterminant des aides à l'embauche dans cette augmentation, qui porte le stock d'apprentis à plus d'un million en 2023* » ⁽²⁾.

En proportion, **l'économiste Bruno Coquet estime que la réforme de 2018** – et notamment les dispositions relatives à la libéralisation de l'offre de formation – **explique à peine 19 % de la croissance du nombre d'apprentis en formation sur la période 2018-2022**.

L'essentiel de la croissance de la population d'apprentis est donc imputable à la création de l'aide dite « exceptionnelle » en 2020 dont **le montant couvrait la quasi-intégralité du coût salarial d'un jeune de moins de 21 ans et près de 80 % de celui d'un apprenti âgé de 21 à 25 ans** ⁽²⁾.

Pour rappel, **cette aide instaurée dans le cadre du plan de relance**, en complément de l'indemnisation prévue au titre de l'activité partielle, permettait à l'employeur de bénéficier d'une aide de 5 000 euros par an pour les mineurs et de 8 000 euros pour les majeurs dès la première année du contrat ⁽³⁾.

(1) *Inspection générale des finances et Inspection générale des affaires sociales, « Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle » (IGF n° 2023-M-112-04 & Igas n° 2023-123R), mars 2024, p. 3.*

(2) *Ibid, Annexe 2, p. 18. L'aide exceptionnelle a été mise en place par l'article 76 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.*

(3) *Bruno Coquet, « Apprentissage : un bilan des années folles » (Observatoire français des conjonctures économiques, Policy brief n° 117, 14 juin 2023.*

(1) « Au 31 décembre 2017, 22,3 % des jeunes de 15 à 24 ans n'occupaient pas d'emploi. Ce taux est de 16,1 % dans l'Union européenne. » *Source : Projet de loi pour la liberté de choix son avenir professionnel, Étude d'impact précitée, p. 125.*

2. Des exonérations ciblées de cotisations et de prélèvements sociaux à mi-chemin entre incitation économique et objectif redistributif

• **Les exonérations de cotisations sociales applicables au revenu des apprentis constituent des exonérations ciblées** instituées afin d'améliorer le taux d'emploi des publics bénéficiant de cette forme d'emploi particulière.

À la différence des allègements généraux, qui **constituent un mécanisme de réduction progressif du niveau des cotisations sociales patronales** en fonction du niveau de revenus des salariés ⁽¹⁾, les exonérations ciblées de cotisations peuvent, dans une logique d'incitation économique, porter alternativement sur un « public » ou un « territoire » donné.

Elles représentent un **montant total de 9,71 milliards d'euros dont près de 10 %**, soit un 1 milliard d'euros, spécifique aux apprentis ⁽²⁾. À l'origine, les **premières exonérations de cotisations sociales instituées au bénéfice des apprentis** ont été établies par les dispositions des lois n° 77-704 du 5 juillet 1977 portant diverses mesures en faveur de l'emploi des jeunes et complétant la loi n° 75-574 du 4 juillet 1975 tendant à la généralisation de la sécurité sociale et n° 78-698 du 6 juillet 1978 relative à l'emploi des jeunes et de certaines catégories de femmes. Elles ont notamment ouvert aux employeurs d'apprentis le bénéfice d'une exonération de cotisations sociales patronales indépendamment de la taille de leur entreprise ⁽³⁾.

Moins d'une année plus tard, la loi n° 79-13 du 3 janvier 1979 relative à l'apprentissage a toutefois recentré cette pratique en prévoyant en son article 2 que « *les jeunes gens engagés sous contrat d'apprentissage entre le 1^{er} juillet 1979 et le 30 juin 1982* » verraient « *la totalité des cotisations* » employeurs applicables à leur rémunération prises en charge par l'État, à la condition que les apprentis soient employés par des entreprises de moins de dix salariés ⁽⁴⁾. Une extension du bénéfice de l'exonération au-delà de ce seuil a néanmoins été réalisée à partir de l'année 1989 ⁽⁵⁾. À la suite de plusieurs modifications ⁽⁶⁾, l'exonération ciblée de la « part patronale » de cotisations sociales a finalement été supprimée en 2019 au

(1) Les allègements généraux consistent en des réductions des taux de cotisations sociales patronales pour les salaires inférieurs à des plafonds d'éligibilité. Ils sont dégressifs entre 1 et 1,5 fois le salaire minimum de croissance, c'est-à-dire que les taux de cotisations patronales augmentent à mesure que le salaire augmente entre ces deux bornes.

(2) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, « 1.6 Les dispositifs d'exonération en faveur de l'emploi », octobre 2025, p. 62. L'estimation a été réalisée sur la base des données prévisionnelles de la Commission des comptes de la sécurité sociale pour l'année 2026.

(3) IGF et Igas, « Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle » précitée, annexe III, p. 13.

(4) Le bénéfice de cette exonération est également ouvert aux artisans. Source : Projet de loi portant approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024 (XVII^e législature, n° 1456), Annexe 2 : « Présentation et évaluation des mesures d'exonération de cotisations et contributions ainsi que leur compensation », 26 mai 2025, p. 95.

(5) Rapport (n° 1470, 2013-2014) fait au nom de la commission des affaires sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, tome I, 17 octobre 2013, p. 181.

(6) Notamment la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui a modifié les modalités de prise en charge par l'État des cotisations et contributions sociales des apprentis.

profit « *d'une intégration des apprentis aux allègements généraux de cotisations sociales* »⁽¹⁾.

Les derniers travaux conduits par les inspections en la matière ont d'ailleurs relevé que **le ciblage des allègements généraux sur les « bas salaires »** tendait à bénéficier particulièrement aux entreprises ayant recours à l'apprentissage⁽²⁾.

S'agissant de « part salariale » des exonérations de cotisations sociales, les dispositions de l'article L. 6243-2 du code du travail prévoient que le titulaire du contrat d'apprentissage est « *exonéré de la totalité des cotisations salariales d'origine légale et conventionnelle pour la part de sa rémunération inférieure ou égale à un plafond fixé par décret* ». La modification intervenue en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (article 23) a, en outre, fixé le montant maximum de ce plafond à « *50 % du salaire minimum de croissance* »⁽³⁾.

Vos rapporteurs font observer que **la prise en charge par l'État des cotisations sociales salariales applicables aux revenus des apprentis** était, avant 2019, bien supérieure au niveau actuel pour une raison évidente, celle-ci était intégrale. L'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a mis fin à cette pratique en prévoyant la réduction progressive de cette exonération ciblée à partir des **rémunérations supérieures à 79 % du salaire minimum de croissance**.

À ce jour, **les exonérations ciblées de cotisations sociales salariales s'appliquent à une masse salariale conséquente, estimée en 2023 à 12,9 milliards d'euros**⁽⁴⁾. Par souci de clarté, les taux de cotisations sociales salariales applicables au 1^{er} janvier 2026 ont été indiqués dans le tableau ci-après.

Il convient de rappeler que le rendement de ces cotisations salariales est, depuis 2019, versé au bénéfice exclusif des organismes gestionnaires du « risque vieillesse », le financement du « risque maladie » et de l'assurance chômage ayant été entièrement fiscalisé.

TAUX DE COTISATIONS SOCIALES SALARIALES APPLICABLES AU TITRE DE L'ANNÉE 2026

| Types de cotisations | Taux applicables |
|--|------------------|
| Cotisations salariales de retraite de base | 7,3 % |
| Cotisations de retraite complémentaire | 4,01 % |

Source : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, « Taux de cotisations secteur privé », 1^{er} janvier 2026.

Les corapporteurs tiennent à rappeler que les exonérations susmentionnées – aussi bien pour leur part patronale que salariale – font l'objet

(1) IGF et Igas, « Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle » précitée, annexe III, p. 13.

(2) Ibid., p. 15.

(3) Article L. 6243-2 du code du travail.

(4) IGF et Igas, « Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle » précitée, annexe III, p. 6.

d'une **compensation auprès des organismes de sécurité sociale**, en application des dispositions de l'article 5 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale (dite « loi Veil ») ⁽¹⁾ aujourd'hui codifiées à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Pour la « part patronale », ces **exonérations de cotisations sociales sont compensées par voie fiscale** tandis que **l'exonération de cotisations sociales salariales** est compensée au moyen de crédits affectés en loi de finances au sein du programme 103 *Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi* de la mission *Travail, emploi et administration des ministères sociaux* ⁽²⁾.

Pour l'année 2026, **le montant des crédits affectés à cette dotation** était initialement fixé à 1 042,63 millions d'euros dans le projet de loi de finances pour 2026, **en diminution de 20 % par rapport à 2025** ⁽³⁾. Cette tendance trouvait à s'expliquer par **la montée en charge de la mesure votée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025** mais également **par souci de coordination vis-à-vis des dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026** (article 9).

Celles-ci prévoyaient la suppression totale des exonérations de cotisations sociales salariales pour tous les contrats d'apprentissage conclus postérieurement à la promulgation de la loi de financement. Écartée dès la première lecture à l'Assemblée nationale ⁽⁴⁾, cette disposition n'a pas été retenue à l'occasion de la nouvelle lecture, amenant à l'adoption au Sénat d'un amendement gouvernemental de coordination à l'article 49 du projet de loi de finances ⁽⁵⁾.

En définitive, **le montant de la dotation de l'État pour l'année 2026** versée en compensation des exonérations de cotisations sociales salariales appliquées à la rémunération des apprentis s'établit, à la date de rédaction du présent rapport, à **1 362,63 millions d'euros** ⁽⁶⁾.

● Concernant l'exonération spécifique de **contribution sociale généralisée et de contribution pour le remboursement de la dette sociale**, son application est

(1) Article 5 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale : « Toute mesure d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de son application. »

(2) Rapport spécial de M. Emmanuel Maurel et Mme Estelle Mercier, rapporteurs spéciaux des crédits de la mission Travail, emploi et administration des ministères sociaux du projet de loi de finances pour 2026 (XVII^e législature, n° 1996, Annexe n° 46), 23 octobre 2025, p. 30.

(3) Id.

(4) [Amendement n° 54 à l'article 9](#) du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (XVII^e législature, n° 1907) déposé par M. Jean-Claude Raux et ses collègues du groupe Écologiste et Social.

(5) [Amendement n° COORD-3 du Gouvernement à l'article 49](#).

(6) Le total déterminé par les rapporteurs a été obtenu par l'addition du montant d'autorisations d'engagement inscrit en projet de loi de finances pour 2026 et du montant d'autorisations supplémentaires inscrit par voie d'amendement spécifique à la compensation du maintien de l'exonération de cotisations salariales dont bénéficient les apprentis.

en l'état du droit positif restreinte aux contrats signés à compter du 1^{er} mars 2025 dont la rémunération est inférieure à 50 % du salaire minimum de croissance ⁽¹⁾.

Antérieurement à la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, **la rémunération des apprentis constituait une des rares exemptions applicables à l'assiette de la contribution sociale généralisée** et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale.

En effet, **s'agissant des revenus d'activité**, soit les « *sommes, ainsi que les avantages et accessoires en nature ou en argent [...] dus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail, d'une activité ou de l'exercice d'un mandat ou d'une fonction élective* » ⁽²⁾, seules les rémunérations des apprentis, des stagiaires ou encore issues de l'actionnariat salarié ne sont pas intégrées dans l'assiette de la CSG-CRDS ⁽³⁾.

Un degré de raffinement supplémentaire tient, en outre, à l'application d'un **abattement forfaitaire de 1,75 %** qui s'applique, depuis 2025, aux rémunérations d'apprentis dont le montant est supérieur à 50 % du salaire minimum de croissance. Conçu pour tenir compte des « *charges nécessaires à l'acquisition des revenus* », cet abattement trouve à s'appliquer dans la limite de quatre fois le montant du salaire minimum de croissance ⁽⁴⁾.

• En première analyse, vos rapporteurs souhaitent indiquer que **les exonérations de cotisations sociales et de prélèvements sociaux ne revêtent**, au regard des éléments portés à leur connaissance, **aucun caractère incitatif sur le recours à l'apprentissage**.

En ce sens, ils n'ont observé aucune stratégie de la part des candidats à l'apprentissage indiquant une préférence pour ce dispositif du seul fait que le différentiel entre leur salaire brut et leur salaire net serait inférieur à celui qui existerait pour un contrat de travail classique.

Au contraire, plusieurs éléments portés à leur connaissance indiquent que **les conditions de la conclusion du contrat d'apprentissage rendent hautement improbable l'émergence de tels comportements à une échelle microéconomique**.

Ainsi, comme l'indiquait M. Bruno Coquet au cours de son audition, **un candidat à l'apprentissage ne connaît que rarement en amont le niveau de salaire** qui pourrait lui être alloué ⁽⁵⁾. De plus, une situation de préférence pour un salaire net plus élevé devrait logiquement conduire à une diminution notable du

(1) Article 22 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(2) Article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Conseil des prélèvements obligatoires, « Rapport particulier n° 1 : les différences de traitement entre catégories de revenus », octobre 2024, p. 24.

(4) Ibid.

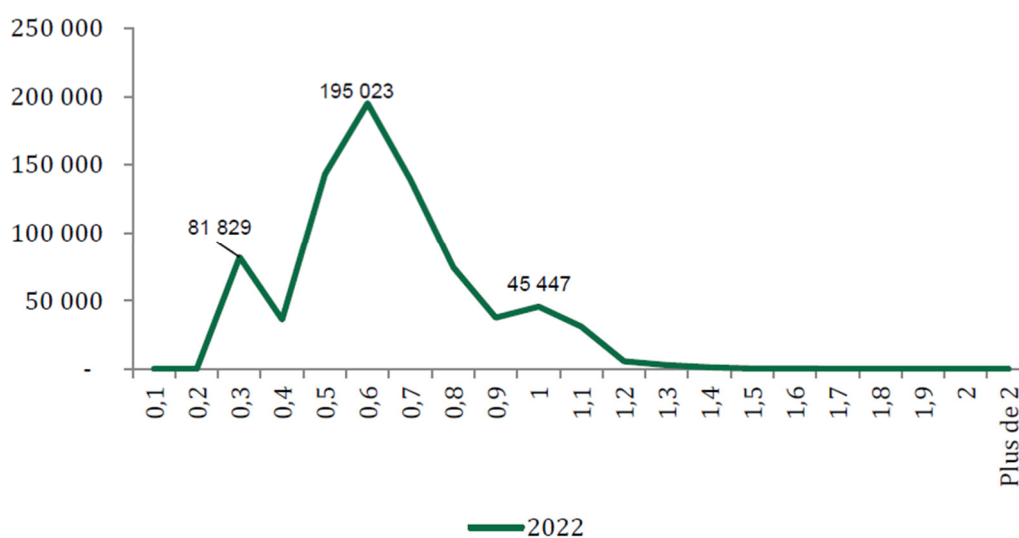
(5) M. Bruno Coquet, audition par les rapporteurs, mardi 19 mai 2026.

nombre d'apprentis au voisinage de 50 % du salaire minimum de croissance, soit le seuil d'assujettissement aux cotisations sociales salariales depuis le décret n° 2025-290 du 28 mars 2025 ⁽¹⁾.

Or les données à la disposition des rapporteurs ne permettent pas d'accréditer cette thèse, la « *distribution du nombre d'apprentis par branche du salaire minimum de croissance faisant apparaître un pic autour de 0,6 Smic* » ⁽²⁾ et ce avant une diminution progressive jusqu'à 0,9 Smic (cf. ci-dessous) ⁽³⁾.

DISTRIBUTION DES RÉMUNÉRATIONS D'APPRENTIS PAR TRANCHES DU SMIC EN 2022

Graphique 2 : Distribution des rémunérations d'apprentis par tranches du SMIC en 2022



Source : IGF et Igas, « Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle » précitée, Annexe III, p. 4.

• Enfin, s'agissant de l'argument redistributif, les exonérations apparaissent comme des outils bien moins puissants que les transferts sociaux directs dont peuvent, par ailleurs, bénéficier les apprentis.

À titre d'exemple, la **prime d'activité**, « complément de revenus d'activité destiné aux travailleurs revenus modestes », est ouverte aux apprentis bien que dans des conditions plus restrictives que pour le salarié de droit commun. L'ouverture du bénéfice de la prime d'activité pour un apprenti est ainsi conditionnée au respect de critères d'âge et de résidence prévus à l'article L. 842-2 du code de la sécurité sociale.

(1) Décret n° 2025-290 du 28 mars 2025 relatif à l'abaissement du seuil d'exonération des cotisations salariales des apprentis, article 2, codifié à l'article D. 6243-5 du code du travail.

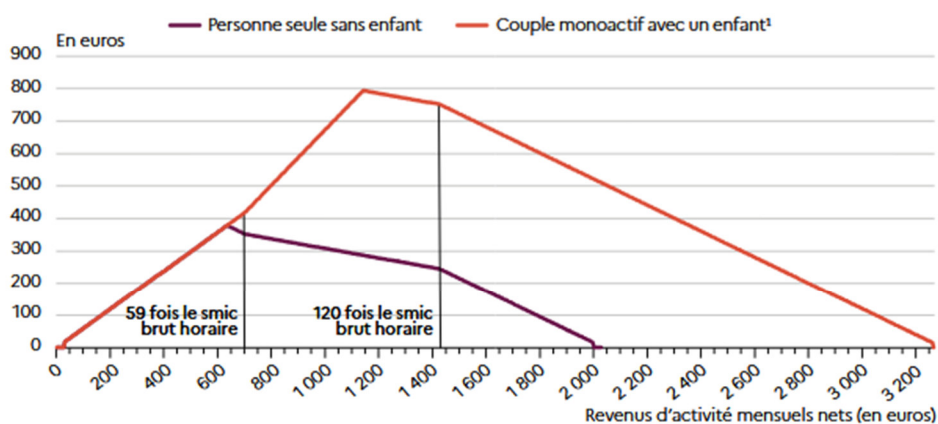
(2) IGF et Igas n° 2023-123R, « Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle » précitée, Annexe III, p. 4.

(3) La principale limite des données fournies par le rapport remis dans le cadre de la revue de dépenses sur ce thème tient au fait qu'elles sont antérieures à la mise en œuvre des mesures de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. Toutefois, les administrations n'ont pas observé d'évolution de la distribution des rémunérations d'apprentis par tranches du Smic à la suite de leur adoption.

Toutefois, **un critère complémentaire de revenu minimum d'activité** est également prévu, l'apprenti devant justifier de revenus professionnels dont le montant devrait excéder mensuellement un plafond déterminé par décret soit, en l'état du droit positif, 75 % du salaire minimum de croissance net ⁽¹⁾.

Si le **bénéfice de la prime d'activité est donc plus restreint pour les apprentis** et se concentre essentiellement sur les titulaires de contrats d'apprentissage les mieux rémunérés, il demeure que **le montant mensuel de la prime d'activité pour les personnes seules** dont le niveau de revenu net mensuel est supérieur à **1 082 euros** peut osciller entre **250 et 300 euros** (voir *infra*) ⁽²⁾.

LE BÉNÉFICE DE LA PRIME D'ACTIVITÉ EST D'AUTANT PLUS IMPORTANT QUE LE NIVEAU DE REVENU DE L'APPRENTI EST ÉLEVÉ



1. Couple monoactif : couple dont un seul membre déclare des revenus d'activité.
Note > En dessous de 15 euros, la prime d'activité n'est pas versée. Ce schéma prend en compte ce seuil de versement.
Lecture > Une personne seule sans enfant avec un revenu d'activité mensuel net de 705 euros, et sans autres ressources, perçoit 351 euros de prime d'activité par mois.
Source > Législation.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Minima sociaux et prestations de solidarité : la prime d'activité », édition 2025, p. 250.

Par comparaison, **la perte théorique de revenus induite en 2025 par l'assujettissement partiel à la CSG-CRDS** de la fraction de rémunération dépassant 50 % du salaire minimum de croissance a été chiffrée par les services de la direction de la sécurité sociale à moins de 50 euros par mois ⁽³⁾.

Il apparaît donc aux rapporteurs que **les exonérations de cotisations et de prélèvements sociaux ne sont ni suffisantes ni efficaces** – en comparaison des outils de complément de revenus existants – pour diminuer les écarts de revenus entre les apprentis et le reste des actifs.

Les organisations syndicales et patronales auditionnées ont d'ailleurs fait état d'un **constat similaire invitant le législateur à privilégier d'autres**

(1) IGF et Igas n° 2023-123R, « Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle » précitée, Annexe III, p. 4.

(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Minima sociaux et prestations de solidarité : la prime d'activité », édition 2025, p. 250.

(3) Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (XVII^e législature, n° 325), Annexe 9 : Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi », p. 45.

instruments afin d'augmenter le revenu disponible des apprentis (assouplissement des conditions d'accès aux bourses sur critères sociaux, « permis à 1 euro ») ⁽¹⁾.

B. LA RESTRICTION DU BÉNÉFICE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS ET DE PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX EN 2025 TIRE LES LEÇONS DES TRANSFORMATIONS DE CETTE POLITIQUE PUBLIQUE SANS POUR AUTANT METTRE UN TERME À LA CROISSANCE DU COÛT DE CES EXONÉRATIONS

Si, à l'origine, **la politique publique de l'apprentissage avait vocation à s'adresser à une fraction de la jeunesse considérée comme éloignée de l'emploi**, les transformations opérées depuis 2018 et, plus encore, depuis 2022 ont très largement éloigné cette politique publique de son objet.

En outre, **la situation des finances de la sécurité sociale** a amené les rapporteurs à interroger plus largement les coûts directs et indirects de ces exonérations, liés notamment aux droits non contributifs spécifiques dont bénéficient les apprentis.

1. Des exonérations de cotisations et de prélèvements sociaux qui se justifient d'autant moins que le profil des apprentis a largement évolué

Les travaux particulièrement fins conduits en « série longue » par la direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (Dares) du ministère du travail **permettent aux rapporteurs de la mission d'établir plusieurs constats sur l'évolution de la population des apprentis.**

• En premier lieu, **la part des apprentis inscrits dans un cursus de formation d'enseignement supérieur** a crû dans des proportions significatives, de plus de 20 points de pourcentage entre 2018 et 2025 ⁽²⁾. À la date de rédaction du présent rapport, **59,1 % des apprentis préparaient ainsi un niveau de formation équivalent à deux années après le baccalauréat ou plus** ⁽³⁾.

Par comparaison, la part d'apprentis préparant un niveau de formation équivalent au certificat d'aptitude professionnelle (CAP) **a diminué de plus de 9 points de pourcentage pour s'établir à 10,3 % du nombre d'apprentis formés.** Conséquence logique de cette modification du niveau de formation des apprentis, l'âge moyen du début de contrat d'apprentissage a augmenté pour atteindre 20 ans et 6 mois. En outre, on note une multiplication par deux de la part des apprentis âgés de « *22 ans ou plus* » ⁽⁴⁾.

(1) Auditions des rapporteurs, Table ronde avec les organisations patronales et syndicales, 19 mai 2026.

(2) Dares, « Séries longues : le contrat d'apprentissage », 27 février 2026.

(3) Ibid.

(4) Ibid.

• Plus surprenant, en revanche, **la durée moyenne des contrats d'apprentissage a progressivement diminué pour s'établir à dix-huit mois en 2025**, contre vingt et un mois en 2012.

Corollaire de ce raccourcissement, la part des apprentis qui entrent en apprentissage à l'issue d'un premier contrat est en **augmentation du fait, à la fois, d'une hausse des ruptures de contrats** – le taux de rupture est ainsi en hausse de plus de deux points de pourcentage entre 2017 et 2022 ⁽¹⁾ – **mais aussi de l'allongement des durées de formation**, cette dernière tendance incitant les étudiants à multiplier les formations en apprentissage afin d'amortir plus aisément le coût d'une entrée plus tardive sur le marché du travail ⁽²⁾.

• Enfin, s'agissant des secteurs, **le développement de l'apprentissage a majoritairement bénéficié aux activités tertiaires, qui ont vu leur part dans le total des contrats exécutés croître de 13 points de pourcentage**. Dans le même temps, la part du secteur secondaire diminuait de plus de 6 points ⁽³⁾.

Dès lors, vos **rapporteurs s'estiment fondés à considérer que, dans sa forme actuelle, la politique d'apprentissage tend à manquer sa cible**. Conçue initialement afin d'assurer l'employabilité et la formation de publics éloignés du marché du travail, cette politique publique a été captée au profit d'un public plus éduqué, essentiellement issu de milieux sociaux favorisés et dont les perspectives d'emploi n'ont pas été sensiblement améliorées par l'apprentissage.

Une nuance à ce propos pourrait être apportée en interrogeant **l'effet de l'apprentissage sur la poursuite d'études notamment pour les publics issus de milieux défavorisés**. Sur ce point, le rapport relatif à la « revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle » s'accorde à rappeler les données de l'enquête de 2021 menée par la Conférence des présidents d'université selon laquelle « *trois apprentis sur dix estiment que l'apprentissage a conditionné leur poursuite d'études* » ⁽⁴⁾. Dans le même temps, les mêmes travaux font observer que la formation en apprentissage depuis 2021 n'a pas bénéficié de façon particulière aux jeunes des quartiers prioritaires ou en territoires ruraux, soit ceux dont les difficultés d'employabilité seraient, en première approche, les plus fortes ⁽⁵⁾.

En guise de conclusion partielle, vos rapporteurs se limiteront à exprimer leur scepticisme quant aux effets de l'apprentissage sur la mobilité sociale et la diminution des écarts de revenus.

(1) Source : Dares, « *Séries longues : le contrat d'apprentissage : taux de ruptures brutes des contrats privés et publics* », 27 février 2026.

(2) La part des apprentis entrant en apprentissage à l'issue d'une rupture d'un précédent contrat était de 21,8 %. Source : Dares, « *Séries longues : le contrat d'apprentissage* », 27 février 2026.

(3) Ibid.

(4) IGF et Igas n° 2023-123R, « *Revue des dépenses publiques d'apprentissage et de formation professionnelle* » précitée, Annexe I, p. 21.

(5) Ibid.

S'ils ne nient pas l'intérêt de la prise en charge des frais de scolarité pour les apprentis issus de milieux défavorisés et engagés dans des cursus coûteux ⁽¹⁾, ils observent également que **la finalité de cette politique publique ne saurait être réduite à la compensation** – sur fonds publics – des dérives de coûts observées dans certains cursus.

2. Un coût pour les finances publiques d'autant moins supportable qu'il s'accompagne de dispositifs dérogatoires à la justification fragile

- Au total, entre 2019 et 2024, **le coût de l'exonération de cotisations sociales spécifique aux apprentis a été multiplié par trois pour atteindre 1 609 millions d'euros.**

L'exonération spécifique de CSG-CRDS a également progressé, bien que dans de moindres proportions, pour représenter un montant total de 1 200 millions d'euros en 2024. En sus de ces coûts, vos rapporteurs tiennent à rappeler qu'**une exonération spécifique aux salariés du secteur public est également applicable**, depuis 1993. Elle représentait en 2024 un coût total pour les finances publiques de **175 millions d'euros** ⁽²⁾.

Si la croissance du montant des exonérations ciblées a été contenue du fait de la mise en œuvre des dispositifs adoptés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, il n'en demeure pas moins que **celle-ci est également affectée par les évolutions de la conjoncture économique et du marché de l'emploi.**

À cet égard, vos rapporteurs observent que la **revalorisation prochaine du salaire minimum de croissance** est susceptible, par « effet de transmission » ⁽³⁾, d'alimenter une nouvelle hausse du montant des exonérations pour l'année 2026, venant fragiliser les efforts liés à la montée en charge des mesures susmentionnées.

- Dans ce contexte volatil, **vos corapporteurs estiment qu'un nouvel effort de ciblage de ces exonérations est souhaitable** particulièrement si l'on intègre la dimension relative au coût indirect de ces dispositifs.

En effet, **les exonérations ciblées de cotisations et les exemptions d'assiette de CSG-CRDS** dont bénéficient les apprentis constituent autant de **ressources manquantes pour la branche vieillesse de la sécurité sociale et pour l'assurance chômage.**

Or le nombre des sortants d'apprentissage ayant ouvert des droits au chômage a plus que doublé entre 2019 et 2023 ⁽⁴⁾. En 2023, l'Unedic estimait la

(1) Ibid.

(2) *Annexe 2 précitée du projet de loi portant approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024, p. 40.*

(3) *Le montant de l'exonération étant appliqué en fonction d'un pourcentage du Smic, le montant consolidé des exonérations de cotisations et de prélèvements sociaux évolue à la hausse en cas de revalorisation du Smic.*

(4) *Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce, « Apprentissage et assurance chômage : éléments de suivi », 17 juillet 2024.*

part d'anciens apprentis parmi les allocataires à 8 % du total contre 3 % en 2019 ⁽¹⁾. Si cette situation est évidemment à mettre en perspective avec la très forte augmentation du nombre d'apprentis depuis 2018, vos corapporteurs estiment qu'une problématique financière doublée d'une question de principe vient à se poser.

Sur un plan strictement budgétaire, la hausse du nombre d'apprentis au chômage contribue à fragiliser les perspectives financières de l'Unedic, ce surcoût n'étant pas compensé à due concurrence par une hausse du produit d'affectation de CSG à l'assurance chômage.

La hausse de 34 % du montant moyen de l'allocation journalière versée aux apprentis vient, en outre, aggraver cette tendance bien qu'on constate, dans le même temps, une diminution de la durée moyenne d'indemnisation sous l'effet de la réforme de la « contracyclicité » de l'assurance chômage, entrée en vigueur en 2023 ⁽²⁾.

MONTANT ET DURÉE MOYENNE D'INDEMNISATION DES APPRENTIS À L'ASSURANCE CHÔMAGE EN COMPARAISON DES ACTIFS EN 2023

| | Montant moyen de l'allocation journalière en 2023 (euros bruts mensualisés) | Évolution depuis 2019 | Durée d'indemnisation en 2023 (en jours) | Évolution depuis 2019 |
|--------------------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|
| Apprenti | 750 | + 34 % | 465 | - 20 % |
| Salarié de droit commun | 1 200 | + 8 % | 507 | + 8 % |

Source : Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce, « Apprentissage et assurance chômage : éléments de suivi », 17 juillet 2024.

Outre la question de l'équilibre financier, **les corapporteurs interrogent la légitimité d'un système consistant à prélever une partie des ressources des non-apprentis au bénéfice de l'indemnisation chômage d'apprentis** qui, par ailleurs, bénéficient d'un investissement public significatif.

● S'agissant de la branche vieillesse, un **raisonnement similaire peut être appliqué**. En effet, les apprentis bénéficient depuis 2014 d'un régime dérogatoire de validation de trimestres.

Pour rappel, le fonctionnement du système de retraites « par répartition » en France suppose pour l'assuré la validation de deux paramètres. D'une part, **l'âge d'ouverture de droit à la retraite variable selon l'année de naissance de l'assuré** et d'autre part, **la durée d'assurance requise appréciée au regard d'un nombre de trimestres dits « validés »**.

Ce dernier paramètre permet de définir le taux à partir duquel est calculé le niveau de la pension de l'assuré par application au « salaire annuel moyen », soit la

(1) Ibid.

(2) Ibid.

moyenne des salaires bruts des vingt-cinq meilleures années pour lesquelles il a cotisé.

Concernant les apprentis, **le faible niveau de revenus dont ils bénéficiaient à la création du dispositif en 1972** impliquait bien souvent l'impossibilité pour eux de remplir la condition de salaire permettant de valider tout ou partie des trimestres d'assurance au cours de leur apprentissage ⁽¹⁾.

Si un dispositif spécifique de rachat de trimestres ⁽²⁾ leur permettait de compenser cette inégalité de traitement, le législateur l'a complété en 2014 en assurant :

– **d'une part, que l'assiette de revenus à partir de laquelle seraient calculés les droits à pension** intègre le salaire brut avant exonération de cotisations sociales salariales ;

– **d'autre part, que des trimestres complémentaires** puissent être attribués, selon le mécanisme détaillé ci-après (*cf.* encadré), aux assurés dont **les périodes d'apprentissage n'ont pu amener** à une validation dans le cadre du droit commun.

(1) Caisse nationale d'assurance vieillesse, réponses au questionnaire des rapporteurs. Rapport (2013-2014, n° 1470) fait au nom de la commission des affaires sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, tome I, 17 octobre 2013, p. 181.

(2) IV de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale.

L'octroi de trimestres complémentaires donne lieu à un versement du Fonds de solidarité vieillesse au bénéfice de la Caisse nationale d'assurance vieillesse

L'article 30 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu un dispositif de compensation de trimestres non validés selon les modalités détaillées à l'article D. 373-3 du code de la sécurité sociale.

De façon simplifiée, le nombre de trimestres complémentaires d'assurance attribué est conçu comme **la différence entre le nombre de trimestres calculé en application des dispositions de droit commun et le nombre de trimestres obtenu en application de la formule de calcul « dérogatoire »** exposée ci-dessous ⁽¹⁾.

Dans ce cadre, le calcul d'un trimestre d'assurance est retenu « *au titre de chaque mois civil entier d'exécution du contrat* ».

De plus, les jours dits « *incomplets* », c'est-à-dire se rattachant à des mois où l'ensemble des jours n'a pas été travaillé ⁽²⁾, peuvent être comptabilisés à la condition que leur total soit égal à trente jours.

Cette dernière disposition **permet d'intégrer plus finement la durée de travail** d'un apprenti dans le calcul de la durée d'assurance.

S'agissant de **la prise en charge du surcoût induit pour l'assurance vieillesse lié à une ouverture anticipée des droits à pension**, le Fonds de solidarité vieillesse verse à la Caisse nationale d'assurance vieillesse une dotation dont **le montant était initialement estimé à 18 millions d'euros par l'étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014**.

Sur la période 2018-2025, **le montant moyen de cette même compensation s'établissait à hauteur 39,582 millions d'euros**.

(1) Caisse nationale d'assurance vieillesse, réponses au questionnaire des rapporteurs.

(2) Et donc ne pouvant être intégrés dans le calcul du droit à assurance.

● En définitive, s'agissant du « risque vieillesse », **le surcoût induit par les dispositions spécifiques aux apprentis représentait, en 2024**, 1 658 millions d'euros, soit l'addition du montant de l'exonération ciblée de cotisations sociales salariales et de la compensation versée par le Fonds de solidarité vieillesse au titre des dispositifs complémentaires de validation de trimestres ⁽¹⁾.

Sans qu'il soit possible d'établir des projections relativement à l'évolution de ce montant, notamment du fait de l'incertitude qui entoure le montant du transfert du Fonds de solidarité vieillesse, vos rapporteurs observent que ce dispositif de validation de trimestres supplémentaires **se justifie moins qu'en 2014 à raison même de l'augmentation du niveau de revenus des apprentis depuis 2018 et d'une tendance à un allongement de la durée moyenne de carrière pour ces publics formés plus longtemps**.

(1) D'après les données fournies par la Caisse nationale d'assurance vieillesse aux rapporteurs, le montant de la compensation au Fonds de solidarité vieillesse pour l'année 2024 s'établissait à 48 949 300 euros.

II. LES PRÉLÈVEMENTS APPLICABLES À LA RÉMUNÉRATION DES APPRENTIS OU LES MODALITÉS D'ACQUISITION DE DROITS SOCIAUX PAR CES DERNIERS POURRAIENT ÊTRE RAPPROCHÉS DU DROIT COMMUN, ÉVENTUELLEMENT POUR FINANCER DE NOUVELLES MESURES EN FAVEUR DE CE PUBLIC

A. LES RÈGLES D'ASSUJETTISSEMENT DE LA RÉMUNÉRATION DES APPRENTIS AUX PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX POURRAIENT ÊTRE HARMONISÉES AVEC CELLES APPLICABLES AUX AUTRES REVENUS D'ACTIVITÉ

1. Le resserrement des exonérations applicables aux apprentis mis en œuvre en 2025 n'efface pas les questions de principe que soulèvent ces dispositifs, ni les interrogations concernant leur efficacité

● Le plafonnement de l'exemption d'assiette de contributions sociales et la réduction du seuil de l'exonération de cotisations salariales pour les contrats d'apprentissage conclus à compter du 1^{er} mars 2025 ont renouvelé le débat portant sur la justification de ces dispositifs d'allègement des prélèvements sociaux – lequel a de nouveau pris corps, en des termes proches, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

La présentation de ces mesures est intervenue dans le prolongement d'une réflexion concernant les dispositifs publics de soutien à l'apprentissage et à la formation professionnelle, explicitement menée dans la perspective d'une rationalisation des moyens consacrés à cette politique ⁽¹⁾.

Dès lors, le recentrage des dispositifs d'allègement de cotisations et de contributions sociales applicables aux apprentis – démarche qui, comme il est rappelé ci-dessus, n'était d'ailleurs pas sans précédent dans la période récente – a parfois été perçu comme le résultat d'une approche essentiellement budgétaire.

● Pour avoir pris corps dans le contexte d'une tentative de redressement de la trajectoire des comptes sociaux, **ces mesures n'en soulèvent pas moins des questions de nature plus structurelle** concernant les justifications de ces dérogations aux règles d'assujettissement aux prélèvements sociaux :

– d'une part, l'exclusion d'une catégorie de revenus d'activité de l'assiette de la CSG et de la CRDS **constitue par nature une dérogation à l'universalité de ces contributions sociales**, destinées respectivement à financer les prestations servies par une sécurité sociale devenue elle-même plus universelle et à amortir les passifs résultant des déséquilibres courants des comptes sociaux ;

– d'autre part, toute exonération de cotisations salariales – c'est-à-dire, en pratique, de cotisations d'assurance vieillesse – **atténue le lien contributif entre**

(1) Cf. le rapport précité de l'IGF et de l'Igas, qui reposait sur « un objectif central d'économies [fixé] à 1,5 milliard d'euros dès 2025, intégrant au plus 20 % de mesures de recettes ». IGF et Igas, op. cit., p. 1.

les revenus d'activité et les droits financés, conformément à la nature assurantielle de la sécurité sociale, au moyen de prélèvements effectués sur ces revenus.

● En outre, sur le terrain de l'équité contributive, il convient de souligner que **les revenus d'activité des salariés sont soumis aux contributions et aux cotisations sociales dès le premier euro** et que **les gratifications versées aux stagiaires y sont assujetties pour leur part excédant 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale** ⁽¹⁾, soit environ **4,5 euros en 2026** ⁽²⁾.

Cette différence de régime de prélèvements sociaux implique notamment qu'un jeune salarié – entré précocement dans le monde du travail ou exerçant, éventuellement à temps partiel, une activité professionnelle tout en poursuivant des études – perçoit, **pour un même revenu brut, une rémunération nette inférieure à celle d'un apprenti**.

À cet égard, vos rapporteurs relèvent qu'au début de l'année 2020, 146 000 étudiants – soit 5,3 % de l'ensemble de cette population – occupaient un emploi à temps partiel ne présentant pas de lien avec la formation qu'ils suivaient, c'est-à-dire un « job » d'étudiant ⁽³⁾. **Ces jeunes actifs ne bénéficiaient pas des exonérations sociales applicables à la rémunération des apprentis tout en travaillant parfois dans une même structure**.

Par ailleurs et comme l'indiquait M. Bruno Coquet en audition, une part significative des jeunes âgés de 15 à 29 ans, représentant 13,1 % de cette classe d'âge au début de l'année 2026, **n'occupent pas d'emploi ni ne suivent de formation et, contrairement à l'objectif affiché par le plan « 1 jeune, 1 solution » ne bénéficient que de façon marginale de la politique d'apprentissage** ⁽⁴⁾.

2. À cette aune, l'hypothèse d'un nouvel abaissement de la part de la rémunération des apprentis exonérée de cotisations et de contributions sociales mérite d'être versée au débat

● Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, **la suppression de l'exonération de cotisations salariales proposée par le Gouvernement dans la version initiale de ce texte a été largement désapprouvée par l'Assemblée nationale à chaque étape de sa discussion**.

(1) Aux termes de l'article D. 242-2-1 du code de la sécurité sociale, la fraction de la gratification des stagiaires exclue de l'assiette des cotisations sociales est égal au produit de 15 % du plafond horaire de la sécurité sociale et du nombre d'heures de stages effectuées au cours d'un mois considéré.

(2) En application de l'arrêté du 22 décembre 2025 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2026, ce plafond s'élève à 4 008 euros par an.

(3) Solène Hilary, Laurent Lefèvre, Laurence Pen, « Les "jobs" étudiants début 2020 : quatre fois sur dix, des emplois de serveurs, caissiers ou vendeurs », Insee Focus, n° 322, 20 mars 2024.

(4) Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), « Part des jeunes de 15 à 29 ans qui ne sont ni en emploi ni en formation (NEET) – France hors Mayotte », 13 mai 2026 ; audition de M. Bruno Coquet.

L'un des arguments pouvant être opposés à une telle mesure tient à son caractère général, qui implique qu'elle affecte l'ensemble des apprentis. À cet égard, il convient de souligner que le régime juridique de la CSG, de la CRDS et des cotisations salariales ne favorise pas le ciblage de dispositifs d'exonération au sein d'une même catégorie de revenus d'activité, susceptible de constituer une alternative à leur suppression.

En particulier, quand bien même une telle volonté politique de ciblage existerait, **il semblerait alors impossible de ne maintenir ces exonérations que pour une partie des apprentis définis d'après leur âge ou leur niveau d'études.**

D'une part, l'assiette et le taux de la CSG et de la CRDS sont définis en fonction de la nature des revenus entrant dans leur champ et non de la situation personnelle des redevables. D'autre part, la nature contributive des cotisations salariales fait en principe obstacle à l'instauration d'exonérations dégressives ⁽¹⁾.

● Dès lors, dans le cas où serait retenue l'hypothèse d'un rapprochement des règles d'assujettissement de la rémunération des apprentis avec le droit commun, **seules semblent pouvoir être envisagées la réduction du seuil d'exonération à une fraction moindre du Smic, voire la suppression des exonérations de cotisations salariales et de contributions sociales.**

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, des amendements avaient été déposés afin de réduire de 50 % à 25 % du Smic la fraction de la rémunération des apprentis exonérée de cotisations sociales ⁽²⁾. À défaut de cibler directement les membres d'une classe d'âge ou les représentants d'un niveau d'études déterminés, **une telle mesure permettrait, compte tenu de la progressivité des grilles de rémunération des apprentis en fonction de l'âge de ces derniers, de limiter l'incidence d'une telle mesure sur les plus jeunes d'entre eux.**

La suppression complète de ces régimes d'exonération répondrait quant à elles aux constats, présentés *supra*, d'une rupture d'équité face aux prélèvements sociaux et de l'efficacité limitée de ces dispositifs pour favoriser l'entrée des jeunes dans l'apprentissage.

(1) En 2014, le Conseil constitutionnel avait censuré une disposition introduisant une exonération dégressive de cotisations salariales au motif qu'elle aurait abouti à ce qu'un « même régime de sécurité sociale [continue] à financer, pour l'ensemble de ses assurés, les mêmes prestations malgré l'absence de versement, par près d'un tiers de ceux-ci, de la totalité des cotisations salariales ouvrant droit aux prestations servies par ce régime ; que, dès lors, le législateur [aurait] institué une différence de traitement, qui [n'aurait pas reposé] sur une différence de situation entre les assurés d'un même régime de sécurité sociale, sans rapport avec l'objet des cotisations salariales de sécurité sociale » (Conseil constitutionnel, décision n° 2014-698 DC du 6 août 2014, Loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, considérant 13).

(2) Amendement n° 1730 de M. Thibault Bazin et amendement identique n° 2045 de M. Didier Le Gac, déposés en séance lors de l'examen en première lecture du projet de loi. L'adoption d'amendements de suppression des dispositions de ce dernier relatives au dispositif d'exonération de cotisations salariales a fait tomber ces amendements, qui n'ont pour cette raison pu être défendus.

Si les rapporteurs sont conscients qu'une telle mesure pourrait difficilement prospérer en l'état des équilibres actuels de l'Assemblée nationale, ils soulignent également qu'elle serait susceptible de générer le plus de rendement en comparaison des autres propositions. A cet égard, ils suggèrent qu'une fraction des économies ainsi réalisées puisse être mobilisée pour financer de nouvelles mesures en faveur des jeunes en formation ou pour soutenir le pouvoir d'achat des travailleurs modestes (*cf. infra*).

Sous réserve de travaux complémentaires, Mme Godard estime que la neutralité des mesures pour le pouvoir d'achat des apprentis devrait constituer un préalable à la suppression de telles exonérations de cotisations sociales et de prélèvements sociaux.

Recommandation n° 1 : abaisser le seuil de l'exonération de cotisations sociales salariales et de l'exemption d'assiette de CSG-CRDS applicable à la rémunération des apprentis en contrepartie de mesures impliquant des transferts directs à l'attention des publics jeunes les moins favorisés.

Recommandation n° 2 : étudier la possibilité de supprimer totalement l'exemption d'assiette de CSG-CRDS et l'exonération de cotisations sociales salariales applicable à la rémunération des apprentis.

B. DE MANIÈRE ALTERNATIVE, L'ACCÈS DES APPRENTIS À CERTAINES PRESTATIONS SOCIALES POURRAIT ÊTRE RAPPROCHÉ DU DROIT COMMUN DANS UNE LOGIQUE D'ÉQUITÉ VIS-À-VIS DES SALARIÉS

Dans une perspective minimale, un **alignement des droits sociaux dont bénéficient les apprentis sur le droit commun** pourrait être envisagé.

Cette approche « par les droits » pourrait permettre **de réduire les situations d'inégalité de traitement existantes entre apprentis et travailleurs**. Sous cet aspect, un maintien des exonérations de cotisations et de CSG-CRDS pourrait se justifier les apprentis voyant en regard le bénéfice de certains droits leur être retiré.

• **Néanmoins, le gain pour les finances publiques associé à la suppression du bénéfice des droits à indemnisation chômage pour le seul « flux entrant » d'anciens apprentis** paraît difficile à quantifier.

En effet, **en raison du caractère imprévisible de la conjoncture du marché de l'emploi** qui, dans le cas spécifique des apprentis, peut être complexifiée par la hausse du taux de rupture des contrats, **vos rapporteurs n'ont pas été en mesure de chiffrer précisément l'économie associée**.

Par ailleurs, **la suppression du bénéfice de l'assurance chômage pourrait, par un « effet de transfert » des publics**, amener à une hausse des dépenses d'indemnisation au titre du revenu de solidarité active. En effet, le

bénéfice du revenu de solidarité active (RSA) est ouvert à partir de 25 ans sous réserve d'un plafond de ressources et d'un critère de résidence ⁽¹⁾.

● **Plus spécifiquement s'agissant de l'assurance vieillesse**, vos rapporteurs pourraient acter la fin du système dérogatoire d'attribution de trimestres complémentaires pour les apprentis **à raison de la hausse de leur niveau de rémunération** qui pourrait logiquement impliquer un alignement de ces dispositions sur le droit commun.

Si cette approche a été versée au débat par les rapporteurs afin d'assurer la pleine information de leurs collègues, elle ne figure pas, pour autant, au rang des recommandations du présent rapport.

C. EN CONTREPARTIE, LES ÉCONOMIES RÉALISÉES POURRAIENT ÊTRE RÉINVESTIES POUR AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE ET DE FORMATION DES JEUNES OU POUR SOUTENIR LE POUVOIR D'ACHAT DES TRAVAILLEURS MODESTES

● Les réserves concernant le bien-fondé des exonérations sociales applicables aux apprentis, dont les rapporteurs se sont fait l'écho, **ne portent pas sur la nécessité de soutenir les jeunes engagés dans une démarche d'insertion professionnelle et de formation**, mais sur le choix des moyens à mobiliser à cet effet et, plus particulièrement, sur les risques de rupture d'équité qu'induisent les régimes d'exonération en vigueur.

De manière analogue, **les rapporteurs ont mentionné la modicité des rémunérations versées aux apprentis et ne sous-estiment pas les fragilités financières auxquelles ils sont exposés.**

À ce titre, il pourrait d'abord être envisagé de **revaloriser les grilles de rémunération des apprentis pour neutraliser l'incidence d'une éventuelle réduction des exonérations sociales** sur le revenu net de ces derniers.

Une mesure portant sur le barème des rémunérations permettrait notamment de cibler directement la mesure en fonction de l'âge des intéressés, et donc de leur niveau de formation – contrairement à une approche fondée sur les prélèvements sociaux, pour les raisons indiquées.

L'augmentation des rémunérations minimales des apprentis se traduirait toutefois par une hausse du coût de leur embauche et devrait, à ce titre, donner lieu à une concertation avec les représentants des employeurs. Elle devrait également, pour la même raison, être envisagée concomitamment avec les évolutions du régime des aides directes à l'embauche d'apprentis. Le contexte inflationniste rend toutefois difficile des hausses de salaires à court-terme pour les petites et très petites entreprises.

(1) *Le bénéfice du RSA est également ouvert aux étrangers titulaires d'un titre de séjour depuis cinq ans minimum.*

Recommandation n° 3 : engager un travail de concertation de long-terme avec les associations représentatives d'apprentis, les organisations de salariés et les organisations d'employeurs afin d'amener à une revalorisation des barèmes de rémunération particulièrement pour les publics dits « infra-bac ».

• De manière alternative ou complémentaire, **il pourrait être envisagé de renforcer certaines prestations en faveur des jeunes en formation ou de l'ensemble des travailleurs modestes**, catégories auxquelles les apprentis peuvent être rattachés.

Sur le premier point, **il convient notamment de rappeler que les apprentis ne sont pas éligibles aux bourses sur critères sociaux** délivrées par le réseau des œuvres universitaires et scolaires, lesquelles constituent un moyen de lutter contre la précarité financière des étudiants.

Dès lors, l'ouverture de ces dispositifs pourrait présenter un **intérêt particulier sur le plan du ciblage social, en contrepartie de la réduction ou de la suppression des régimes d'exonération applicables aux apprentis**. En outre, une telle mesure permettrait de rappeler la dimension de formation attachée à l'apprentissage précisant par ce biais que l'apprenti n'est pas tout à fait un salarié comme les autres.

Recommandation n° 4 : assurer l'ouverture du bénéfice des bourses pour critères sociaux aux apprentis présentant les rémunérations les plus faibles.

Pourrait également être envisagé un recours à des instruments généralistes de soutien aux travailleurs modestes **tels que la prime d'activité, à laquelle peuvent prétendre les apprentis dans les conditions détaillées en première partie**.

Une telle mesure **permettrait de mobiliser d'éventuelles économies dans une double logique de ciblage social et d'encouragement à la poursuite ou la reprise d'une activité professionnelle**.

Recommandation n° 5 : abaisser le seuil de revenus permettant le déclenchement de la prime d'activité pour les apprentis.

RÉUNION DE LA COMMISSION DU MERCREDI 27 MAI 2026 À 15 HEURES

– *Évaluation « Les cotisations et contributions applicables à la rémunération des apprentis » (article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025) (M. Thibault Bazin et Mme Océane Godard, rapporteurs) ⁽¹⁾.*

M. Hadrien Clouet, président. Nous poursuivons nos travaux dans le cadre du Printemps social de l'évaluation, en commençant par la présentation d'une évaluation sur les cotisations et contributions applicables à la rémunération des apprentis, un sujet qui anime nos débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Mme Océane Godard, rapporteure. Notre évaluation porte plus précisément sur l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025.

La politique de soutien à l'apprentissage lancée en 2018 a conduit à une explosion des entrées en formation : 879 000 nouveaux contrats ont été signés en 2024, contre 306 000 en 2017, portant à plus d'un million le nombre d'apprentis en cours de contrat fin 2024. L'exonération de cotisations salariales mise en place en 2018 visait à renforcer l'attractivité de l'apprentissage en réduisant le différentiel entre le salaire brut et le salaire net. Les apprentis restent éligibles à l'assurance chômage et peuvent valider des trimestres de retraite malgré la faiblesse de leurs revenus. L'article 22 de la LFSS 2025 a partiellement restreint cette exonération en soumettant à cotisation la part du revenu supérieure à 50 % du Smic pour les nouveaux apprentis, dans un contexte d'explosion des dépenses d'apprentissage, passées de 6 milliards d'euros en 2018 à près de 15 milliards d'euros en 2023. L'article 23 de la même loi a par ailleurs assujéti la rémunération des apprentis à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

Ainsi, un apprenti rémunéré à 0,6 Smic, soit 1 093 euros bruts par mois, perçoit 1 076 euros nets, acquittant ainsi 17,68 euros de cotisations salariales mensuelles. Au plan collectif, le montant des exonérations de cotisations et de prélèvements sociaux représentait en 2024 près de 2,8 milliards d'euros, soit un peu plus de 10 % de la dépense publique consacrée à l'apprentissage. Le coût des seules exonérations de cotisations a crû de 175 % entre 2019 et 2024. Dans le même temps, le nombre de sortants d'apprentissage ouvrant des droits à l'assurance chômage a plus que doublé entre 2019 et 2023.

Les auditions que nous avons menées ont montré que ce mécanisme d'exonération et l'article 22 de la LFSS 2025 étaient quasiment inconnus des parties prenantes. Ce constat interroge directement l'efficacité de la dépense et la lisibilité de la politique publique. Comment une telle mesure, ignorée de tous, pourrait-elle

(1) <https://assnat.fr/wHbuBb>

influer sur les choix des jeunes ? La réponse est claire : ces 2,8 milliards d'euros d'exonérations ne servent à rien, sinon à majorer de quelques euros le salaire net des apprentis.

La question du maintien ou de la suppression de l'exonération appelle une réponse de principe. Notre protection sociale repose sur un modèle assurantiel liant contribution et ouverture de droits. Dès lors que les effets de cette exonération sont négligeables sur les comportements, il paraît plus cohérent de récupérer ces ressources dont la sécurité sociale a grand besoin. Le groupe Socialistes et apparentés défend l'alignement de l'apprentissage sur le droit commun en matière de cotisations, tout en s'opposant fermement à toute réduction des droits des apprentis à l'assurance chômage ou à la retraite.

Par ailleurs, la population des apprentis a profondément évolué depuis 2018. La libéralisation du système a surtout bénéficié aux jeunes préparant un diplôme de l'enseignement supérieur : en 2024, 61 % des apprentis préparaient un diplôme de niveau bac + 2 à bac + 5, contre 39 % en 2018, et le nombre d'apprentis en licence ou master a augmenté de 415 %. Ainsi, le développement de l'apprentissage favorise des jeunes issus des milieux les plus favorisés, au détriment de sa cible initiale – les jeunes peu diplômés et plus exposés au risque du chômage. Le groupe Socialistes et apparentés souhaite qu'une partie des économies réalisées par l'alignement sur le droit commun finance des bourses sur critères sociaux pour les jeunes de milieux modestes, et que le seuil de déclenchement de la prime d'activité soit abaissé.

M. Thibault Bazin, rapporteur. Lors de l'examen du PLFSS 2026, l'Assemblée avait supprimé en première lecture les dispositions de l'article 9 prévoyant la fin des exonérations de cotisations sociales pour les nouveaux apprentis – mesure qui devait générer une économie de 320 millions d'euros en 2026 et de plus de 1,2 milliard d'euros à partir de 2027. Le Gouvernement pourrait proposer de nouvelles mesures à l'automne afin de réguler les dépenses d'apprentissage, estimées à près de 15 milliards d'euros en 2023, soit le double de celles de l'Allemagne.

Deux enseignements principaux ressortent de nos travaux. D'une part, la hausse de 175 % du coût des exonérations salariales entre 2019 et 2024 s'explique non seulement par le volume croissant d'apprentis, mais aussi par la montée en puissance des apprentis mieux rémunérés de l'enseignement supérieur. Dès lors, un effort de régulation s'impose. D'autre part, les apprentis contribuent très marginalement au financement de l'assurance chômage, alors que la part des anciens apprentis au chômage a progressé de 5 points entre 2019 et 2023 et que le montant de leurs allocations a augmenté de 34 %. Le dispositif dérogatoire de validation des trimestres de retraite, créé en 2014, perd par ailleurs sa justification au regard de la hausse du niveau de revenu moyen des apprentis.

Notre recommandation consiste en une suppression partielle, puis éventuellement totale, de l'exonération spécifique de cotisations et de l'exemption

d'assiette de CSG-CRDS. L'objectif est d'assurer qu'à revenu équivalent, un étudiant ou un salarié à temps partiel ne soit pas moins bien traité qu'un apprenti. En contrepartie, des transferts directs sont préconisés : abaissement du seuil de déclenchement de la prime d'activité, ouverture du bénéfice des bourses sur critères sociaux. Ces pistes, issues des auditions, devraient être étudiées dans le cadre du prochain PLFSS.

M. Hadrien Clouet, président. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Thomas Ménagé (RN). Nous partageons le constat dressé dans ce rapport : l'apprentissage s'est éloigné de sa cible, au profit du tertiaire et du supérieur. Pour autant, réfléchir à l'efficacité des exonérations nous semble préférable à une suppression. À cet égard, trois pistes méritent examen : flécher les exonérations vers l'industrie, où les pénuries sont réelles et où l'apprentissage retrouverait son sens initial ; réfléchir à la figure du maître d'apprentissage, en liant éventuellement ces aides à la transmission intergénérationnelle, sur le modèle de certains pays nordiques, et en différenciant selon la taille des entreprises ; enfin, améliorer l'information des jeunes sur le revenu net réel procuré par l'apprentissage, afin que l'attractivité repose sur des éléments concrets et visibles.

Mme Martine Froger (SOC). L'apprentissage reste l'une des voies les plus efficaces d'insertion professionnelle, notamment dans les territoires ruraux, mais il s'est développé au bénéfice des jeunes déjà engagés dans l'enseignement supérieur. La différence de traitement entre apprentis et certains jeunes salariés à revenu équivalent mérite d'être corrigée, mais pas par un alignement par le bas.

Toute évolution des exonérations doit garantir une parfaite neutralité pour le pouvoir d'achat des apprentis. Or le rapport renvoie à des concertations de long terme sur une revalorisation des rémunérations : quelles garanties existent que ces concertations aboutiront, et comment éviter que la baisse des exonérations produise des effets immédiats alors que les compensations resteraient différées ?

Par ailleurs, la même rigueur d'évaluation appliquée aux exonérations accordées aux apprentis devrait s'appliquer aux exonérations accordées aux entreprises, dont le coût pour les finances publiques est considérable et l'efficacité rarement examinée.

M. le rapporteur. Les suggestions de M. Ménagé méritent attention : sur la conditionnalité du bénéfice des exonérations, pour redonner du sens à celles-ci, sur le fléchage par secteur, pour répondre aux pénuries, sur le maître d'apprentissage, pour valoriser la transmission intergénérationnelle, et sur la taille des entreprises.

Néanmoins, il convient de tenir compte d'une contrainte juridique : la jurisprudence du Conseil d'État sur la CSG, la CRDS et les cotisations salariales ne favorise pas le ciblage de dispositifs d'exonération au sein d'une même catégorie de revenus. Conditionner plutôt que supprimer risquerait de se heurter à une

irrecevabilité qui remettrait en cause l'ensemble de l'édifice. La réforme de 2018 a produit de bonnes choses mais aussi des écueils, notamment concernant France compétences, qu'il convient de corriger. Une cohérence d'ensemble est nécessaire.

Les craintes de Mme Froger sur le pouvoir d'achat des apprentis sont légitimes, notamment pour les très petites, petites et moyennes entreprises, qui pourraient renoncer à embaucher des apprentis si leurs contraintes financières s'alourdissent. C'est précisément pourquoi notre rapport ne se limite pas à une proposition de suppression sèche, mais liste des pistes de compensation ciblées vers ceux qui ont un déficit de capital social ou éducatif. Certaines de ces mesures relèvent du PLFSS, d'autres du projet de loi de finances.

Lors de nos auditions, nous avons été surpris que le lien entre cotisations et ouverture de droits, fondement de notre modèle social, soit si peu invoqué. L'entorse au principe assurantiel se justifiait pour un public très ciblé ; elle devient incohérente lorsqu'elle s'étend à des publics dont l'insertion professionnelle est déjà bien assurée.

Mme la rapporteure. Une question est revenue fréquemment lors des auditions : comment considère-t-on un apprenti – comme un salarié de droit commun ou comme un jeune en formation ? Jusqu'en 2018, les apprentis relevaient du code de l'éducation ; depuis, ils relèvent du code du travail. Cette clarification était nécessaire pour orienter correctement la politique publique.

L'évaluation de l'article 22 était particulièrement difficile tant ses dispositions sont méconnues. C'est pourquoi nous recommandons, plutôt qu'une suppression sèche, d'instaurer une contrepartie visible à la fin des exonérations – par exemple un système de bourses. Cela donnerait de la lisibilité aux apprentis, aux employeurs et à l'ensemble des parties prenantes. Le taux de rupture de contrat, élevé dans certains secteurs, comme l'hôtellerie-restauration où il dépasse 45 %, renvoie à un vrai sujet de management et de tutorat. La question de la qualité de l'insertion – autrement dit le caractère durable des emplois obtenus à l'issue d'un apprentissage – mériterait d'être mieux documentée pour qualifier ce que l'on entend réellement par taux d'insertion.

M. Hadrien Clouet, président. Je vous remercie, madame et monsieur les rapporteurs.

ANNEXE
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS
(par ordre chronologique)

➤ *Table ronde avec les administrations centrales :*

– **Direction de la sécurité sociale** – **M. Thomas Ramilijaona**, sous-directeur du financement de la sécurité sociale, et **M. Louis Tapon**, adjoint au chef du bureau de la législation financière sociale et fiscale, chargé du pôle des cotisations sociales

– **Direction du budget** – **M. Julien Bodin**, chef du bureau de l'emploi et de la formation professionnelle, et **M. Christophe Delétoille**, adjoint

– **Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle** – **M. Boris Supiot**, sous-directeur du financement et de la modernisation, et **M. Mehdi Ben Hnin**, chargé de mission

➤ *Table ronde avec les organisations patronales :*

– **Mouvement des entreprises de France (Medef)*** – **M. Olivier Faron**, responsable du pôle Compétences, formation et jeunesse, **M. Louis Hart de Keating**, directeur de mission, et **M. Antoine Quinette**, directeur de mission au pôle Affaires publiques

– **Union des entreprises de proximité (U2P)*** – **M. Laurent Munerot**, vice-président, **M. Xavier Geoffroy**, secrétaire général, et **Mme Thérèse Huppé-Note**, chargées des relations parlementaires

➤ *Table ronde avec les organismes de protection sociale :*

– **Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)** – **M. Patrice Costes**, directeur des affaires juridiques et de la réglementation nationale

– **Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unedic)** – **Mme Mélanie Marro-Lewandowski**, sous-directrice juridique, et **Mme Lara Muller**, directrice des études et des analyses

➤ **M. Bruno Coquet**, chercheur associé à l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE)

➤ *Table ronde avec les organisations représentatives des salariés*

– **Confédération générale du travail (CGT)** – **Mme Magali Bourdon**, conseillère confédérale, et **M. Alexis Jeamet**, conseiller confédéral

– **Confédération générale du travail - Force ouvrière (CGT-FO)** – **M. Éric Gautron**, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale collective, et **M. Yanis Aubert**, secrétaire confédéral chargé de l'emploi et des retraites

– **Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – **M. Jean-François Foucard**, secrétaire national chargé des

parcours professionnels, et **M. Clément Delaunay**, chargé des études sur la formation

– **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **Mme Aline Mougnot**, cheffe de file confédérale pour la formation professionnelle et l'apprentissage

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

2. LA RÉFORME DU BARÈME DES CONTRIBUTIONS SUR LES BOISSONS SUCRÉES ET ÉDULCORÉES

(M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur)

L'article 31 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025 – correspondant à l'article 9 *bis* du projet de loi (PLFSS) durant la navette – a modifié les articles 1613 *ter* et 1613 *quater* du code général des impôts afin de **resserrer et relever les tarifs de deux contributions sur les boissons comportant des sucres ajoutés ou des édulcorants** ⁽¹⁾ et qui sont affectées à la branche maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés relevant de la Mutualité sociale agricole (MSA).

À l'origine, avec plusieurs de ses collègues, de cette récente évolution ⁽²⁾, le rapporteur, M. Cyrille Isaac-Sibille ⁽³⁾, a étudié ses premiers effets, conscient que *« bien connus, les dangers du sucre (obésité, maladies cardiovasculaires, etc.) peuvent être réduits par le levier fiscal : accentuer les effets de seuil permet d'une part de renchérir le coût des boissons sucrées pour le consommateur et le désinciter à les acheter et d'autre part d'encourager les producteurs à diminuer l'édulcoration de leurs produits »* ⁽⁴⁾.

(1) *Le présent rapport n'utilisera pas l'expression de « taxe sur les sodas », car ces derniers ne comprennent que les colas, boissons aux fruits, limonades, limes et tonics, alors que la première contribution frappe aussi les boissons à base de lait (notamment le lait aromatisé ou chocolaté), de cacao, de café, de thé ou de sirop, celles à base de soja, de céréales, de graines ou de fruits à coque, y compris lorsque ces boissons sont présentées comme des substituts de lait, les préparations toniques susceptibles d'être consommées sans être diluées, lorsqu'elles ne constituent pas des médicaments, et enfin les jus de fruits ou de légumes dilués (sont exonérés le lait, la crème de lait, les yaourts à boire et les smoothies).*

(2) *L'article 9 bis du PLFSS 2025 résultait de l'adoption, à la faveur d'une seconde délibération demandée par la commission sur le fondement du premier alinéa de l'article 121-3 du Règlement de l'Assemblée nationale lors de l'examen de ce texte en première lecture par l'Assemblée nationale, d'un amendement de M. Jérôme Guedj (groupe Socialistes et apparentés) reprenant trois amendements identiques du même auteur et des membres du même groupe (n° 124), de M. Cyrille Isaac-Sibille et des membres du groupe Les Démocrates (n° 1080) et de Mme Sabrina Sebaihi et des membres du groupe Écologiste et Social (n° 1736), lesquels avaient été rejetés – après avoir été modifiés par un sous-amendement de M. Yannick Neuder, rapporteur général (n° 2409).*

(3) *Sur un champ plus large, voir le rapport n° 2527 de M. Cyrille Isaac-Sibille sur la proposition de loi (n° 2442 rect.) visant à interdire les sucres ajoutés dans les aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 25 février 2026, et le décret du 13 janvier 2026 chargeant M. Cyrille Isaac-Sibille, en application de l'article L.O. 144 du code électoral, d'une mission temporaire sur la prévention primaire en santé.*

(4) *Rapport (XVII^e législature, n° 869) de M. Thibault Bazin, rapporteur général, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (nouvelle lecture), enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 30 janvier 2025, p. 109.*

I. UNE RÉVISION NÉCESSAIRE POUR AMÉLIORER LE CARACTÈRE INCITATIF DES DEUX TAXES

Avant de présenter les modifications de la LFSS 2025, il convient de préciser que les valeurs figurant dans la loi sont revalorisées annuellement « *dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année* », par voie réglementaire : ainsi, les tarifs appliqués sont supérieurs à ceux figurant dans le code général des impôts.

A. POUR LES BOISSONS SUCRÉES, UN PASSAGE DE SEIZE À TROIS TRANCHES PLUS HEURTÉES

L'article 1613 *ter* du code général des impôts prévoit une contribution sur les boissons et préparations liquides pour boissons destinées à la consommation humaine présentant les quatre caractéristiques cumulatives suivantes :

– relever des **codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes** ⁽¹⁾, c'est-à-dire les jus de fruits (y compris les moûts de raisin et l'eau de noix de coco) ou de légumes, non-fermentés, sans addition d'alcool d'une part et les eaux, y compris les eaux minérales et les eaux gazéifiées, additionnées de sucre ou d'autres édulcorants ou aromatisées d'autre part ;

– contenir des **sucres ajoutés**, à savoir tous les monosaccharides (glucose, fructose, etc.) et disaccharides (saccharose, maltose, etc.), à la notable exclusion des polyols ⁽²⁾ ;

– être conditionnées dans des récipients destinés à la **vente au détail**, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel, ou préalablement assemblées et présentées dans des récipients non destinés à la vente au détail afin d'être **consommables en l'état** ;

– être **non alcooliques**, donc ne pas avoir un titre alcoométrique volumique acquis excédant 1,2 % ou, pour les bières de malt et les mélanges de bières de malt et de boissons non-alcooliques, 0,5 % ⁽³⁾.

Créée par l'article 27 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 avec un tarif de 7,31 euros par hectolitre, la taxe a ensuite connu

(1) *Le classement tarifaire des marchandises par les douanes des États membres de l'Union européenne repose sur le système harmonisé (SH), avec six chiffres utilisés par 195 pays, la nomenclature combinée (NC), ajoutant au premier deux chiffres, et le tarif intégré (Taric), avec deux chiffres supplémentaires. La version à jour de la nomenclature résulte du règlement d'exécution (UE) 2024/2522 de la Commission du 23 février 2024, lequel modifie (en 1 101 pages) l'annexe I du règlement (CEE) n° 2658/87 du Conseil relatif à la nomenclature tarifaire et statistique et au tarif douanier commun.*

(2) *Point 8 de l'annexe I du règlement (UE) n° 1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires (les polyols sont des alcools comprenant plus de deux groupes hydroxyles, le plus connu étant le sorbitol).*

(3) *2° de l'article L. 111-4 du code des impositions sur les biens et services ; 3° à 5° de l'article L. 3321-1 du code de la santé publique ; chapitres IV et V du titre IV du livre VI du code rural et de la pêche maritime.*

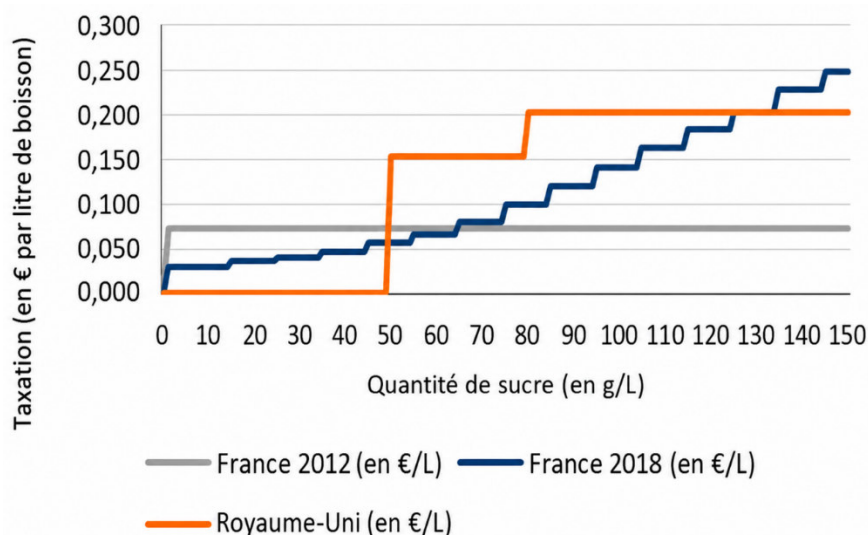
divers changements de ses paramètres et, surtout, l'article 19 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 avait instauré un barème de **seize tarifs** (quinze tranches puis un tarif supplémentaire identique pour chaque kilogramme additionnel).

Or une progressivité aussi lisse n'avait qu'un **effet modeste en termes de reformulations** (par exemple, doubler ou diminuer de moitié la quantité de sucres ajoutés dans le tiers médian du barème avait une incidence fiscale d'environ 9 centimes d'euro par litre) **et de baisse de la consommation**, ce qu'avaient montré plusieurs rapports :

– à partir de données de l'Union fédérale des consommateurs (UFC-Que choisir), la Mecss de l'Assemblée nationale imputait à la taxe une diminution de 3 kilocalories (1 gramme de sucre) par jour et par personne, soit le centième de l'apport moyen d'un enfant, et proposait de passer à trois tranches avec, comme au Royaume-Uni, des « *discontinuités brutales* » ⁽¹⁾ ;

– selon le Conseil des prélèvements obligatoires (CPO), « *pour une boisson de cola classique contenant 10,6 grammes de sucres pour 100 millilitres, la taxe française représente 16 centimes d'euro par litre contre 21 centimes par litre au Royaume-Uni* ⁽²⁾ », si bien qu'une augmentation du barème et un élargissement de l'assiette étaient recommandés ⁽³⁾ ;

COMPARAISON DES BARÈMES FRANÇAIS (AVANT LA RÉFORME) ET BRITANNIQUE POUR LA CONTRIBUTION SUR LES BOISSONS SUCRÉES



Source : Conseil des prélèvements obligatoires.

(1) Les mesures récentes relatives à la fiscalité comportementale, *contribution dans le rapport (XVI^e législature, n° 1318) de M. Éric Alauzet, Mme Farida Amrani, M. Paul Christophe, M. Hadrien Clouet, M. Pierre Dharréville, M. Thierry Frappé, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Monique Iborra, M. Sébastien Peytavie et Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 2 juin 2023.*

(2) *Prévue en 2016 et s'appliquant depuis 2018 au Royaume-Uni, la contribution sur l'industrie des boissons sucrées (soft drinks industry levy – Sdil) ne connaît que deux tranches à 18 et 24 pence de livre sterling.*

(3) *Conseil des prélèvements obligatoires, La fiscalité nutritionnelle, 27 juillet 2023.*

– d’après l’École des hautes études en santé publique (EHESP), la réforme de 2018 n’avait induit une baisse des apports en sucre provenant des boissons sans alcool que de 30 grammes par ménage et par mois, 90 % des 822 boissons étudiées n’ayant pas vu leur recette changer et les rares baisses étant faibles ⁽¹⁾ ;

– la Mecss du Sénat relevait un « *effet marginal sur la hausse de prix des boissons sucrées (+ 1,7 % par rapport au prix des boissons édulcorées* », suggérant que « *le seuil fiscal optimal de la courbe de Laffer* ⁽²⁾ n’est pas atteint » ⁽³⁾.

BARÈME DE LA CONTRIBUTION SUR LES BOISSONS SUCRÉES AVANT LA RÉFORME

| Quantité de sucres ajoutés (en kg par hL de boisson) | Tarif (en euros par hL de boisson) | |
|---|------------------------------------|--|
| | Valeur dans la loi | Valeur réelle (1 ^{er} janvier 2025) |
| Inférieure ou égale à 1 | 3,34 | 3,50 |
| 2 | 3,90 | 4,09 |
| 3 | 4,44 | 4,65 |
| 4 | 4,99 | 5,23 |
| 5 | 6,11 | 6,40 |
| 6 | 7,22 | 7,57 |
| 7 | 8,33 | 8,73 |
| 8 | 10,55 | 11,06 |
| 9 | 12,77 | 13,38 |
| 10 | 14,98 | 15,70 |
| 11 | 17,21 | 18,04 |
| 12 | 19,43 | 20,36 |
| 13 | 21,65 | 22,69 |
| 14 | 23,87 | 25,02 |
| 15 | 26,09 | 27,34 |
| Supérieure à 15 | 28,30, etc. (2,21 par kg suppl.) | 29,66, etc. (2,32 par kg suppl.) |

Source : commission des affaires sociales d’après les dispositions applicables.

Ainsi, au cours de la discussion du PLFSS 2025 :

– l’Assemblée nationale a adopté un barème à **trois tranches avec un franc relèvement des seuils** ;

– le Sénat ⁽⁴⁾ a même renforcé les tarifs inférieur et supérieur initialement retenus (3,50 et 28 euros) ;

– la commission mixte paritaire a décalé l’entrée en vigueur au 1^{er} mars 2025, compte tenu des circonstances politiques et pour éviter une rétroactivité sur des livraisons qui auraient déjà eu lieu ⁽⁵⁾.

(1) L’élaboration, la mise en œuvre et les effets de la taxe soda [sic] appliquée en France depuis juillet 2018, rapport de Mme Christine Boizot-Szantai, M. Sébastien Lecocq, M. Yann Le Bodo, Mme Gayaneh Kyureghian, et M. Fabrice Etilé (École des hautes études en santé publique), mai 2024.

(2) Très résumée, cette théorie donne un effet favorable de la hausse d’une imposition disparaissant à partir d’un seuil ; M. Arthur B. Laffer, “Supply-side economics”, in Financial analysts journal, vol. 37, septembre 1981.

(3) Rapport n° 638 (2023-2024) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, et Mme Cathy Apourceau-Poly, enregistré à la présidence du Sénat le 29 mai 2024.

(4) Amendements n°s 131 et 132 de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale (première lecture au Sénat).

(5) La réforme de 2025 n’a pas modifié le mode de déclaration et de recouvrement de la contribution, largement adossé à la collecte de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

BARÈME DE LA CONTRIBUTION SUR LES BOISSONS SUCRÉES APRÈS LA RÉFORME

| Quantité de sucres ajoutés (en kg par hL de boisson) | Tarif (en euros par hL de boisson) | |
|---|------------------------------------|--|
| | Valeur dans la loi | Valeur réelle (1 ^{er} janvier 2026) |
| Inférieure à 5 | 4,00 | 4,07 |
| Entre 5 et 8 | 21,00 | 21,38 |
| Supérieure à 8 | 35,00 | 35,63 |

Source : commission des affaires sociales d'après les dispositions applicables.

Le produit de la taxe serait supérieur de 68,5 % à sa projection initiale :

– lorsque le PLFSS 2025 a été déposé et que la révision n'était pas encore prévue, la recette de la contribution sur les boissons sucrées était estimée à 486 millions d'euros en 2025 ;

– le Gouvernement avait chiffré le rendement du barème de la première lecture à l'Assemblée nationale à 150 millions d'euros, sous l'hypothèse de comportements inchangés ;

– l'évaluation du produit avait été rehaussée à la fin de la navette, l'exécutif prévoyant 745 millions d'euros, soit une hausse de 259 millions d'euros ;

– plus tard, l'annexe 3 du PLFSS 2026 faisait état d'un produit de 817 millions d'euros en 2025, soit une hausse de 331 millions d'euros ;

– dans ses réponses écrites, la direction de la sécurité sociale (DSS) a donné un montant de 819 millions d'euros, soit un surcroît de 333 millions d'euros ⁽¹⁾.

Cependant, l'intégralité de la différence ne peut être attribuée à la réforme : interviennent aussi l'inflation, laquelle a été de 0,9 % en moyenne en 2025 d'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'évolution de la consommation *toutes choses égales par ailleurs* – impossible à isoler ici tant les tendances sont connues avec un décalage de temps –, et une forme de progression automatique du produit, lui-même fortement lié à l'indice des prix.

Si l'on part du principe, tout à fait conventionnel, que la progression entre 2024 et 2025 devait être de 23 millions d'euros avant la révision, comme le présente l'annexe 3 du PLFSS 2025, **le nouveau barème aurait rapporté 310 millions d'euros**. En tout état de cause, la direction générale des finances publiques (DGFIP) et la DSS ont répondu au rapporteur que distinguer les parts spontanée et provoquée de la hausse n'était pas possible ⁽²⁾.

(1) Ces données de l'administration sont cohérentes avec celles de la structure dont les adhérents contribueraient à environ 75 % au rendement : ils auraient versé 334 millions d'euros en 2024 (soit 72,1 % des 463 millions d'euros figurant dans les annexes) et 590 millions d'euros en 2025 (soit 72 % des 819 millions d'euros).

(2) Contribution écrite de la direction de la sécurité sociale : « L'observation des annonces faites par certaines enseignes révèle que cette augmentation du barème a été répercutée au moins partiellement par une partie des entreprises sur les prix pratiqués. Néanmoins, en l'absence de données de marché, qui relèvent du secret des affaires et auxquelles l'administration fiscale n'a accès qu'à titre individuel et ponctuel en cas de contrôle, il n'est pas possible de déterminer dans quelle mesure cette réponse comportementale des entreprises est uniformément partagée [...] et si une limitation ou un déport de consommation par les consommateurs peut y être corrélé. Par conséquent, la hausse du rendement est probablement imputable à l'augmentation du barème

Il faut aussi préciser que les mois de janvier et février 2025 ont encore vu s'appliquer la grille de 2018 : la première année pleine sera donc 2026.

En leur posant la question : « *quelle est la répartition du produit, tranche par tranche, dans l'ancien barème (pour 2024) et dans le nouveau ?* », le rapporteur partait du principe qu'une telle information était parfaitement connue des services fiscaux. Ces derniers, en effet, savent très précisément décomposer, dans une facture fournie à un client comme dans une déclaration auprès d'eux-mêmes, les différents taux de taxe sur la valeur ajoutée – l'exemple bien connu du chocolat, qu'il soit noir, blanc, présenté en bouchées, etc. est éclatant –, la quotité de cigarettes, de cigares ou de tabac de fine coupe à l'unité près, de même que le titrage des alcools suivant qu'ils soient des vins tranquilles ou mousseux, des bières de tel volume ou encore des spiritueux. Aussi le rapporteur ne peut-il que peiner à croire la réponse d'après laquelle la DGFIP ne saurait décomposer le produit des deux contributions selon les trois (boissons sucrées) et deux tranches (boissons édulcorées) existantes. Si c'était avéré, cela signifierait que l'État se contente – sous réserve de contrôles individuels *a posteriori* – d'enregistrer une déclaration trimestrielle ou annuelle des entreprises privées, qui transmettraient un unique montant de taxe due, à partir de leurs propres calculs, qui ne sont pas aisément et exhaustivement vérifiables. Puisqu'il y a dans chaque tranche un intervalle permettant de préserver une certaine confidentialité, l'argument du secret des affaires ne tient pas. C'est un enjeu à la fois de transparence sanitaire – avec bien plus de simplicité et de rapidité que les études des opérateurs scientifiques – et de lutte contre la fraude.

B. POUR LES BOISSONS ÉDULCORÉES, LA DISTINCTION DE DEUX PALIERS ET UN NOUVEL ENJEU DÉCLARATIF

Si l'on met de côté ses dispositions pouvant concerner certaines boissons non-sucrées et, précisément, non-édulcorées (eaux minérales ou de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, etc. visées au 1° de son II), l'article 1613 *quater* du code général des impôts prévoit une contribution sur les boissons présentant les caractéristiques suivantes :

– relever des **codes 2009 et 2202 du tarif des douanes** (*cf. supra*), sans être des denrées destinées à des fins médicales spéciales ou des aliments hyperprotéinés destinés aux personnes dénutries ;

– contenir des **édulcorants de synthèse**, c'est-à-dire des additifs artificiels conférant une saveur sucrée (aspartame, sel de potassium d'acésulfame, etc.) ;

– être conditionnées pour la **vente au détail** directe ou intermédiée ou dans des récipients permettant aux liquides d'être **consommables en l'état** ;

– être **non alcooliques** (*cf. supra*).

comme à une augmentation inattendue du volume de ventes, dans des proportions que seuls les acteurs ont la capacité de déterminer précisément. »

Cette contribution n'avait pas été substantiellement modifiée depuis 2012 et le dernier tarif était de 3,50 euros par hectolitre (hors indexation), faisant estimer à la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat qu'elle n'avait « *aucun effet désincitatif* » ⁽¹⁾ et lui faisant substituer aux tarif linéaire **deux tranches**, l'une à 4,50 euros par hectolitre pour les produits contenant une quantité d'édulcorants de synthèse inférieure ou égale à 120 milligrammes par litre et l'autre tranche à 6 euros par hectolitre au-dessus de ce seuil ⁽²⁾, avant que la commission mixte paritaire décide de repousser au 1^{er} janvier 2026 l'entrée en vigueur de cette révision, pour donner le temps aux industriels de déclarer la quantité d'édulcorants, non leur seule présence dans telle boisson ⁽³⁾.

Dans la mesure où la contribution prévue à l'article 1613 *quater* du code général des impôts est recouvrée au moyen des déclarations de taxe sur la valeur ajoutée (TVA), lesquelles sont mensuelles ou trimestrielles au régime dit réel, voire annuelles au régime dit simplifié, il est prématuré à la date de la rédaction du présent rapport de chercher à mesurer l'effet du changement sur la recette pour la branche maladie du régime des non-salariés agricoles.

En 2025, dernier exercice avant la révision du barème, la contribution sur les boissons édulcorées aurait eu un produit de 48 millions d'euros ; pour 2026, est attendu un rendement de 70 millions d'euros, mais ce **gain de 22 millions d'euros**, sujet à la réaction effective des agents privés, ne sera vérifiable qu'en 2027.

Recommandation n° 1 : faire déclarer par les entreprises et mesurer par l'administration fiscale le rendement des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées pour chacune de leurs tranches.

II. DES CONSÉQUENCES SUR LE PLAN ÉCONOMIQUE ENCORE IMPARFAITEMENT MESURÉES

Selon l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (Inrae), « *une évaluation ex post robuste n'est pas encore possible* », car « *une [étude] sérieuse des effets de la réforme sur les prix, les volumes, les substitutions entre produits, les reformulations ou l'incidence distributive requiert des données fines et longitudinales [...] permettant d'isoler l'effet causal de la [loi] de la saisonnalité, de l'inflation, des promotions, des changements de gamme, des négociations commerciales et des tendances de fond du marché* » ; or « *les données d'achat des ménages [sont acquises par cet institut] avec un décalage de deux à trois ans* », de sorte qu'il serait « *imprudent de tirer des conclusions [...] à partir d'une simple observation des dynamiques [...] en 2025 et 2026* ». De premières mesures extra-académiques existent cependant.

(1) Tome II du rapport n° 138 (2024-2025) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, enregistré à la présidence du Sénat le 13 novembre 2024, p. 169.

(2) Amendement n° 133 de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale (première lecture au Sénat).

(3) Un tel décalage est permis par le c du 1° de l'article L.O. 111-3-7 du code de la sécurité sociale.

A. UNE RÉPERCUSSION SUR LES PRIX AVÉRÉE MAIS DIFFICILE À ISOLER

Les droits indirects – TVA principalement, mais aussi accises sur l'alcool ou le tabac, etc. – se caractérisent par une différence entre l'opérateur devant verser l'impôt à l'administration et l'agent économique supportant réellement sa charge, c'est-à-dire le consommateur final. En conséquence, toute entreprise connaissant une hausse la fiscalité à laquelle elle est assujettie est-elle amenée à relever ses prix, afin de préserver ses marges. Néanmoins, ce report n'est pas forcément intégral, car il existe pour les vendeurs un risque que le renchérissement soit moins générateur d'une compensation de l'impôt que d'un recul du chiffre d'affaires.

Au cours des débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, les rapporteurs généraux Yannick Neuder puis Thibault Bazin avaient estimé, sous l'importante réserve que la teneur des boissons en sucres respectivement naturels et ajoutés n'est pas toujours connue avec précision et qu'ils n'avaient pas pris pour exemple une référence parmi les plus dosées, un **renchérissement de 11 centimes d'euro pour une bouteille de 1 litre ou de 17 centimes d'euro pour une bouteille de 1,5 litre.**

Non seulement ces chiffres sont comparables à ceux mobilisés à l'époque par certains représentants des industriels concernés, mais ils sont cohérents au regard des fourchettes basse et haute que la recherche assigne à la transmission du barème de 2018 dans les prix : de 39 % après un an ⁽¹⁾ à 100 % au bout de cinq ans ⁽²⁾, avec des écarts importants entre types de boissons et de marchés (la transmission étant plus marquée là où le revenu moyen et la concurrence sont faibles). La DSS qualifie cette projection de l'Assemblée nationale de « médiane » et, chaque industriel ayant sa politique commerciale propre, ne la confirme ni ne l'infirme.

Après avoir noté, dans ses réponses écrites, que « *la transmission du choc de coût aux prix dépend de la structure de l'industrie, de la magnitude du choc, de ses impacts concurrentiels* », l'Inrae estime qu'avec une répercussion intégrale, le surcroît serait de 18 à 20 centimes d'euro par litre et que les chiffres précités, s'ils s'avéraient, seraient « *inférieur[s] aux estimations pour le marché britannique* ⁽³⁾, *mais en ligne avec les estimations basses (environ 60 %) [...] disponibles pour la réforme [française] de 2012* ».

Le Syndicat des boissons sans alcool (SBSA) rappelle que « *les producteurs de boissons, comme l'ensemble des acteurs de l'industrie agro-alimentaire, négocient individuellement leurs prix de cession auprès des distributeurs dans le cadre des négociations commerciales annuelles ; les distributeurs sont ensuite*

(1) Mme Christine Boizot-Szantai, M. Sébastien Lecocq et M. Fabrice Etilé (École d'économie de Paris), "The incidence of soft-drink taxes on consumer prices and welfare – evidence from the French soda tax, juin 2018.

(2) Mme Sara Capacci, Mme Céline Bonnet, M. Olivier Allais et M. Mario Mazzochi (Université de Bologne et École d'économie de Toulouse), "The impact of the French soda tax on prices and purchases", in Public Library of Science, février 2018.

(3) M. Alex Dickson, M. Markus Gehrsitz et M. Jonathan Kemp, "Does a spoonful of sugar levy help the calories go down? – analysis of the UK soft drinks industry levy", in Review of Economics and Statistics, octobre 2025.

libres de la fixation des prix de vente au consommateur en rayons, les industriels n'intervenant aucunement dans la fixation du prix final » et fait état d'une grande diversité dans le montant de la taxe par bouteille d'un litre entre 2025 et 2026, avec une moyenne de 17 centimes d'euro (soit un passage de 1,52 euro à 1,69 euro) allant de 0,5 centime d'euro pour les références les moins sucrées à 19,3 centimes d'euro pour certains colas, sans donc se prononcer sur la part respectivement répercutée au moment de la vente ou assumée par les entreprises.

Citée par l'Inrae et le SBSA, la société américaine Nielsen IQ, spécialisée dans le suivi des marchés, calcule que le prix en rayon des boissons rafraîchissantes sans alcool aurait crû de 11,5 % entre janvier 2025 et janvier 2026, avec 6,1 % dès la première semaine d'application de la réforme. Aussi américaine, sa principale concurrente Circana mentionne une hausse de 8,2 % pour le prix, de 5,7 % pour le chiffre d'affaires sur les boissons tranquilles et de 7,9 % pour les gazeuses.

Pour les boissons édulcorées, toute approximation serait précipitée, compte tenu, à nouveau, de l'entrée en vigueur trop récente des deux tranches.

Quel risque de fraude ?

Un quotidien économique a pu écrire : « *un système de fraude se mettrait en place, qui consiste à importer des boissons depuis les pays de l'Est, afin de les payer moins cher, et de les revendre en omettant de le déclarer au fisc français pour éviter la taxe, [soit une élusion] estimée à 20 millions d'euros, soit quelque 200 camions par mois* »⁽¹⁾.

Y ont notamment donné crédit le SBSA, la Fédération nationale des boissons (FNB, qui représente les grossistes) et le cabinet de conseil Kairos, le premier évoquant une perte pouvant atteindre 35 millions d'euros et commentant : « *c'est à l'État qu'il appartient de se prononcer sur la véracité de ces estimations, cependant elles apparaissent cohérentes avec un ensemble d'indices [...] et nous les jugeons donc crédibles ; [...] toute différence entre le rendement effectif de la taxe en 2025 et les prévisions [...] pourra précisément correspondre au montant de la fraude* ».

Dans un souci d'impartialité, le rapporteur mentionnera les réponses de l'administration :

– la DGFIP souligne sur le plan théorique que « *le fait que l'obligation fiscale ne pèse que sur un seul acteur de la chaîne commerciale du produit favorise le développement de schémas de type carrousel consistant à interposer un opérateur éphémère défaillant dans l'acquisition de boissons en provenance d'autres pays* » et que « *si les boissons sont classées sous d'autres codes de la nomenclature douanière que ceux déclenchant la taxation, ils [y] échappent* » (vu la complexité de la directive applicable, cette erreur peut être de bonne ou de mauvaise foi), mais rappelle surtout que les deux contributions font l'objet des « *sanctions et garanties de droit commun des taxes sur les chiffres d'affaires* », dont la « *procédure de prélèvement d'échantillons qui permet [...] de réaliser ou de faire réaliser des prélèvements d'échantillons* »⁽²⁾ ;

– la DSS relève que « *les modalités de l'imposition des boissons sucrées ne conduisent pas à privilégier les produits importés par rapport aux produits fabriqués sur le territoire français* », ce qui est exact puisque son fait générateur est la première livraison dans notre pays, et estime donc que « *la vraisemblance de ces allégations est largement mise en cause par l'ampleur des montants avancés : 20 millions d'euros représentent environ un tiers du rendement mensuel recouvré de la taxe ; or le rendement global dépasse les estimations produites dans le cadre du PLFSS pour 2025* ».

B. UNE INCIDENCE EN TERMES D'OFFRE ET DE DEMANDE MAL APPRÉHENDABLE À CE STADE

Le rehaussement de la fiscalité sur les boissons sucrées et édulcorées a deux objectifs simultanés : encourager les industriels à modifier la recette de ces denrées et inviter les consommateurs à en acheter moins, soit dans l'absolu, soit en se reportant vers des alternatives allégées.

(1) M. Paul Turban, Taxe soda : une facture fiscale en hausse de 80 % pour les géants des boissons, in Les Échos, 9 mars 2026.

(2) Article L. 16 E du livre des procédures fiscales, créé par le 2° du II de l'article 189 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

- En ce qui concerne la **recomposition** des denrées, la DSS explique sur la base d'une étude de mai 2024 que « *près de deux-tiers des boissons [taxables] consommées contiennent une quantité de sucres ajoutés supérieure à 5 kilogrammes par hectolitre* » mais que la puissance publique « *ne dispose pas de données de distribution suffisamment fines pour connaître la concentration en sucres ajoutés des boissons au dixième près* ».

Le SBSA indique dans ses réponses que le marché « *se caractérise par une progression continue des alternatives peu ou pas sucrées, qui représentaient déjà 20 % des boissons rafraîchissantes sans alcool [...] en 2024, soit deux fois plus qu'en 2019* » et qu'« *un certain nombre de références [...] ont par ailleurs déjà été reformulées dans le cadre de stratégies de long terme décidées bien avant la réforme* », notamment à la faveur d'un accord collectif d'engagements volontaires signé en 2014 avec le ministère de l'agriculture, mais que « *les baisses de sucre sont toujours progressives et ne peuvent être constatées que sur plusieurs années, l'objectif étant [qu'elles] soient quasi-imperceptibles pour le consommateur* ».

Le rapporteur souligne que la conversion en une tarification à trois tranches pour les boissons sucrées a explicitement voulu éviter qu'un allègement de la fiscalité soit possible pour une diminution modérée des ajouts ; symétriquement, le législateur a souhaité des marches plus heurtées. Aussi a-t-il posé la question : « *voit-on une concentration des produits autour de 4,9 kilogrammes par hectolitre (avantage immédiat de 17,31 euros, soit une division par 5,25) ou 7,9 kilogrammes par hL (avantage de 14,25 euros, soit une division par 1,67) ?* »

Sur ce point, l'Inrae répond que « *le raisonnement ex ante est clair : avec un barème à trois tranches, on s'attend à des incitations plus fortes à se positionner juste sous les seuils de 5 et 8 kilogrammes par hectolitre ; c'est précisément ce qu'a montré le Royaume-Uni, [où] l'essentiel des reformulations s'est concentré sous le seuil de 5,5 grammes pour 100 millilitres* ».

Une entreprise produisant des boissons ensuite commercialisées sous plusieurs marques très connues des Français – que le rapporteur ne citera pas mais qui apparaît dans un article de la revue de référence du secteur ⁽¹⁾ – reconnaît par exemple avoir « *retravaill[é] les dosages aromatiques de certaines boissons au thé [...] de 5 à 4,9 kilogrammes par hectolitre et donc [réussi] à ne pas franchir le seuil du deuxième palier* » ; cette publication mentionne une autre firme de grande popularité qui a « *joué sur l'équilibre des fruits et des arômes naturels [afin que] 80 % des volumes [de son] portefeuille passent sous le seuil du deuxième palier* ».

- S'agissant de l'**achat** des boissons, le rapporteur a posé la même question à chacune des structures qu'il a sollicitées : « *de premiers changements peuvent-ils être observés : maintien, dans l'ensemble, des comportements ; baisse franche des achats ; report vers des produits moins sucrés ou édulcorés à l'intérieur (offre light, etc.) ou à l'extérieur des gammes (passage d'un label renommé à celui d'une grande*

(1) Mme Marie Cadoux, « Un an après l'application de la taxe sur les boissons sucrées, le défi de la réduction de sucre pour les fabricants », in Libre Service Actualités, 23 avril 2026.

surface, bascule d'une dégustation dans un point de restauration vers un achat pour le domicile, conversion à des types de boissons différents, etc.) ? ».

Le fisc indique que les volumes de vente en hectolitres « *semblent relativement peu fiables* » et au moins « *ne permettent pas de conclure à des effets significatifs de la réforme de 2025 sur les comportements de consommation* ».

Selon le cabinet Nielsen IQ :

– les ventes de boissons sucrées auraient chuté de 4,2 % sur les huit semaines suivant la mise en œuvre du nouveau barème, contre une faible hausse de 0,9 % pour les boissons allégées, soit un différentiel de – 3,3 points en défaveur des boissons taxées, tandis qu'avant l'évolution de la loi, l'écart était de 3,1 points, avec une croissance de 5,5 %, des ventes de boissons sucrées en février 2025 ;

– les marques de distributeurs, au prix plus accessible, n'auraient pas bénéficié de ce report, leur part de marché ayant reculé de 0,8 % en un an.

● Mi-2025, l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) ont débuté l'enquête Albane, visant à un suivi des habitudes alimentaires et du statut nutritionnel de la population française (de 0 à 79 ans). Dans ce cadre, l'observatoire de l'alimentation qu'hébergent justement l'Anses et l'Inrae a engagé une collecte sur les boissons rafraîchissantes sans alcool, au troisième trimestre, pour analyser leurs ingrédients à partir des informations données par les emballages : les résultats seront le plus probablement publiés en 2027.

Recommandation n° 2 : attendre la disponibilité des études de Santé publique France, de l'Anses et de l'Inrae pour décider, lors de l'examen du PLFSS 2028, d'ajuster les tarifs des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées ou de maintenir une stabilité du barème (hors indexation automatique sur l'inflation), voire de privilégier des leviers de régulation, à l'image d'une initiative du rapporteur sur les petits pots pour bébé ⁽¹⁾.

*

Au terme de ses travaux, le rapporteur est conforté dans son opinion que la révision opérée ces derniers mois pour les boissons sucrées et édulcorées marque un signal pertinent vis-à-vis des Français et de la protection de leur santé. Dans ses réponses écrites, la direction générale de la santé (DGS) rappelle que le coût des maladies cardiovasculaires, du diabète et du cancer pour l'assurance maladie dépasse les 50 milliards d'euros et que le coût social de la surcharge pondérale est comparable à celui de l'alcool ou du tabac. Or « *les boissons représentent à elles seules un contributeur important des apports en sucres [...], avec plus de 7 % [pour les] enfants et adultes et plus de 10 % pour les adolescents* » en France.

(1) Rapport n° 2527 de M. Cyrille Isaac-Sibille sur la proposition de loi (XVII^e législature, n° 2442 rect.) visant à interdire les sucres ajoutés dans les aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 25 février 2026.

Comme toujours en matière comportementale, mais de manière plus aiguë dans le contexte économique actuel, le rehaussement du barème de ces deux impôts entraîne un renchérissement que pour ainsi dire le législateur désire et le responsable politique regrette : en parallèle d'autres mécanismes, dont une transparence accrue, l'augmentation du prix doit inviter le client à réduire ses achats de produits avec des sucres non-naturels ou des édulcorants synthétiques et à privilégier des alternatives allégées, mais la meilleure solution est que l'effort soit assumé par les industriels, qui améliorent la qualité nutritionnelle de leurs catalogues.

Sept ans après l'entrée en vigueur de la loi britannique dont s'est inspirée la LFSS 2025, une étude citée par l'Inrae tend à montrer que « *la taxe a conduit au total à une réduction de l'apport calorique [liée aux boissons sucrées] de presque 35 %* » et que « *la reformulation [...] est responsable de plus de 80 % de cette réduction ; [...] le reste s'explique par une baisse de la demande provoquée par la hausse des prix des sodas non-reformulés, sur lesquels la taxe a été répercutée de manière excessive* ». Il y a donc un cap favorable à tenir en France.

L'exemple du Royaume-Uni, une fois de plus, montre une efficacité dix fois plus grande de la fiscalité pour réduire les ventes de sucres ajoutés, en comparaison avec les plans volontaires des producteurs ⁽¹⁾.

Quant aux suites sanitaires, toujours d'après l'Inrae, « *à court terme, l'effet attendu d'une taxe sur les boissons est d'abord nutritionnel [...]* ; *à moyen terme, le cas britannique suggère des bénéfices mesurables ex post, notamment sur la santé bucco-dentaire et, selon des travaux de modélisation épidémiologiques (simulations), sur le surpoids et l'obésité des enfants et adolescents, avec des gains plus marqués dans les zones défavorisées* », ce à quoi le rapporteur est sensible.

Concernant les entreprises, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) constate qu'« *en France, les réactions de certains segments de l'industrie agro-alimentaire à de nouvelles régulations nutritionnelles s'inscrivent dans un registre récurrent d'alerte sur les risques économiques ("mise en péril de filières", "pertes d'emplois")* », mais que « *l'introduction de la taxe sur les boissons sucrées en 2012, puis son renforcement en 2018, ont été dénoncés comme des menaces majeures pour l'industrie des boissons, alors que les évaluations disponibles suggèrent surtout des ajustements de prix et de formulation, sans effet systémique documenté sur le secteur* ».

Enfin, il est impératif, aux yeux du rapporteur, de préserver l'attribution du rendement de ces deux taxes au régime des non-salariés relevant de la MSA, laquelle est déjà engagée dans une négociation délicate de sa prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG).

(1) Mme Kawther M. Hashem, Mme Hattie E. Burt, Mme Mhairi K. Brown et M. Graham A. MacGregor, « Bilan des politiques de réduction du sucre au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord », in Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, n° 102, 27 mars 2024.

Recommandation n° 3 : sans préjudice du choix que le législateur financier pourrait faire de mieux soutenir les pays les moins développés, écarter le détournement, pourtant proposé à l'automne 2025 par voie d'amendement, du produit des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées au profit de l'Agence française de développement (AFD), d'une part car cela priverait de ressources la sécurité sociale agricole, joyau du modèle français et pilier d'un secteur économique en crise, et d'autre part car cela présenterait un risque de violation du cadre organique, exigeant que « [les] *impositions* [affectées à un tiers] *so[ie]nt en lien avec les missions de service public qui lui sont confiées* »⁽¹⁾.

(1) *Second alinéa du II de l'article 2 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, dans sa rédaction issue du 2° du I de l'article 3 de la loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques.*

RÉUNION DE LA COMMISSION DU MERCREDI 3 JUIN 2026 À 9 HEURES 30

– *Évaluation « La réforme du barème des contributions sur les boissons sucrées et édulcorées » (article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025) (M. Cyrille Isaac Sibille, rapporteur) ⁽¹⁾.*

M. le président Frédéric Valletoux. Nous concluons ce matin nos travaux dans le cadre du Printemps social de l'évaluation par une cinquième et dernière évaluation, consacrée aux contributions sur les boissons sucrées et édulcorées.

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur. La contribution sur les boissons sucrées, adoptée il y a deux ans en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), s'inscrit dans le contexte d'une épidémie de surcharge pondérale et d'obésité sévissant en France, en particulier en outre-mer, et à l'échelle mondiale, avec des risques sanitaires documentés et un coût significatif pour l'assurance maladie.

Depuis 2012, une contribution fiscale sur le sucre est affectée à la branche maladie du régime agricole. Le forfait initial – 7,31 euros par hectolitre pour les boissons sucrées, 3,50 euros pour les boissons édulcorées – était insuffisant. Une première réforme, adoptée en LFSS 2018, a instauré un barème à seize paliers s'échelonnant de 3 à 28 euros par hectolitre. Elle n'a cependant pas modifié les comportements, ni des industriels (90 % des recettes n'avaient pas vu leur composition modifiée), ni des consommateurs. La réduction ne représentait qu'un gramme de sucre par jour et par personne, soit le centième de l'apport moyen d'un enfant.

Face à ce constat d'échec partagé par de nombreux rapports parlementaires, l'article 9 *bis* de la LFSS 2025 a instauré une nouvelle architecture fiscale : trois tranches seulement, mais dont les seuils sont nettement plus élevés. Le Sénat a renforcé deux de ces paliers, portant le barème dans une fourchette de 4 à 35 euros par hectolitre, avec une indexation sur l'inflation. Ce nouveau dispositif s'inspire du modèle britannique, dont l'efficacité est démontrée : il s'agit moins d'une taxe comportementale que d'une taxe incitative visant à pousser les industriels à améliorer la composition nutritionnelle de leurs produits.

Sur le plan budgétaire, le rendement de la taxe est passé de 486 millions d'euros à 813 millions d'euros. La répercussion sur les prix est avérée : les rapporteurs généraux avaient chiffré une hausse de 11 centimes pour un litre et de 17 centimes pour un litre et demi d'une marque de référence, ce qui correspond à un taux de transmission d'environ 60 %, cohérent avec la fourchette de 39 % à 100 % issue de la littérature scientifique. Le syndicat des boissons sans alcool évoque, quant à lui, une incidence fiscale comprise entre 5 et 19 centimes selon les marques.

(1) <https://assnat.fr/FTgNYE>

J'ai été particulièrement surpris par notre incapacité à mesurer précisément l'efficacité de la réforme. L'objectif principal étant la reformulation des produits, j'attendais de la direction générale des finances publiques (DGFIP) qu'elle nous fournisse le rendement de la taxe par tranche du barème. Or, les services fiscaux se disent incapables de produire cette ventilation, alors même qu'ils sont capables de détailler avec précision, par exemple, les niveaux de taxation des alcools selon leur nature. Cela signifie que l'État enregistre des montants globaux déclarés par les entreprises sans disposer d'une vision analytique du calcul effectué, ce qui soulève un enjeu tant de transparence sanitaire que de lutte contre la fraude. J'ai formulé une recommandation visant à remédier à cette lacune.

Concernant la recomposition de l'offre, l'administration comme les représentants des entreprises indiquent ne pas encore disposer de données, leur collecte exigeant plusieurs années. On peut néanmoins anticiper que le nouveau barème incitera fortement les industriels à passer sous le seuil de 4,9 kilogrammes de sucre par hectolitre, comme cela s'est produit au Royaume-Uni. Du côté des consommateurs, les déclarations de chiffres d'affaires ne permettent pas encore de conclure, mais un cabinet américain estime que les ventes de boissons sucrées ont chuté de 4,2 % dans les huit semaines suivant la mise en œuvre du nouveau barème, tandis que les boissons allégées enregistraient une légère hausse de 0,9 %. S'agissant de la fraude, les éléments dont nous disposons ne révèlent pas de dérives particulières. Enfin, la réforme de la taxation des boissons édulcorées – portée essentiellement par le Sénat, avec un tarif de 4,50 euros en dessous de 100 milligrammes et de 6 euros au-delà – est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2026 et il est trop tôt pour l'évaluer.

Pour conclure, les travaux académiques établissent que la fiscalité incitative est dix fois plus efficace que les plans volontaires des producteurs pour réduire les ventes de produits sucrés. Nous avons donc légiféré avec pertinence.

M. Thierry Frappé (RN). Lors du Printemps social de l'évaluation de 2023, nous avons constaté que le précédent dispositif produisait des effets limités, tant sur la reformulation des produits que sur l'évolution des comportements de consommation.

À la lecture de votre rapport, il me semble que le principal angle mort tient à l'accès à l'information : il n'est pas possible de connaître la répartition du rendement entre les différentes tranches du barème, ni d'identifier avec suffisamment de finesse les évolutions de comportement des acteurs. Ces éléments sont pourtant indispensables pour apprécier l'efficacité d'une politique dont l'ambition est avant tout incitative. Dans ces conditions, comment le Parlement peut-il exercer pleinement sa mission d'évaluation ? Quelles données complémentaires seraient, selon vous, indispensables pour permettre au Parlement d'apprécier l'efficacité réelle de cette politique ? Pensez-vous que votre recommandation sur le renforcement des obligations déclaratives constitue aujourd'hui le principal levier ?

Mme Sandrine Runel (SOC). La surconsommation de sucres ajoutés est un déterminant majeur des maladies chroniques, qui coûtent plus de 50 milliards d'euros à l'assurance maladie chaque année. Puisque la fiscalité comportementale est l'un des leviers les plus puissants en matière de prévention, le relèvement du barème va dans le bon sens.

Monsieur le rapporteur, pourriez-vous clarifier le montant du rendement de la taxe, 813 millions d'euros, que vous avez avancé ?

Par ailleurs, les études font état d'une hausse des prix en rayon de 8 à 11 % en un an. Or, les marques de distributeurs – moins chères et davantage impliquées dans la reformulation – n'ont pas capté le report de consommation. Cela suggère que ce sont les ménages les plus modestes, les plus exposés aux maladies chroniques d'origine alimentaire, qui absorbent la hausse des prix sans modifier leur comportement.

Enfin, il me paraît essentiel d'insister auprès du Gouvernement pour faire de l'alimentation un thème transpartisan prioritaire dès la rentrée, dans le cadre du PLFSS ou en dehors.

M. Thibault Bazin (DR). L'augmentation des taxes à des fins incitatives a bien fonctionné en termes de rendement budgétaire : la taxe rapporte même davantage que prévu. Mais cet excès de rendement atteste précisément que la consommation perdure. Si la réforme avait pleinement atteint son objectif de santé publique, les recettes auraient au contraire chuté. On peut donc légitimement s'interroger : l'objectif premier était-il la réduction de la consommation ou la performance budgétaire ?

Le rapport souligne que les conséquences économiques sont imparfaitement appréhendées, que la répercussion sur les prix est avérée mais difficile à isoler, et que les effets sur l'offre et sur la demande ne sont pas mesurables à ce stade. Par ailleurs, les consommateurs les moins aisés supportent une double peine : le surcoût financier et le maintien de comportements alimentaires préjudiciables à leur santé. Pour ces différentes raisons, il serait pertinent d'explorer d'autres leviers que le seul outil fiscal pour traiter les addictions alimentaires.

Mme Karine Lebon (GDR). La loi Lurel de 2013 interdit la commercialisation dans les outre-mer de produits contenant davantage de sucre ajouté que leurs équivalents vendus dans l'Hexagone. Dans les faits, cette loi reste largement inappliquée : les industriels continuent d'alimenter les rayons de produits ultra-transformés, tandis que les contrôles et les sanctions demeurent extrêmement flous. Aussi, le renforcement de la fiscalité sur les boissons sucrées interroge : quels en ont été les effets réels dans les outre-mer ? A-t-on constaté une amélioration des produits et une baisse de la consommation ? Ou bien cette taxe a-t-elle seulement pesé sur le budget des consommateurs ultramarins ? Enfin, les recettes issues de cette taxation sont-elles réaffectées, même partiellement, aux territoires les plus

touchés, notamment pour financer la prévention, l'éducation nutritionnelle, le sport scolaire ou le soutien à la production locale ?

Mme Sabine Gervais (Dem). Avez-vous envisagé d'étendre vos travaux aux sucres cachés présents dans d'autres catégories de produits, comme les plats préparés ou la charcuterie ?

M. le rapporteur. Je peine à imaginer, monsieur Frappé, que les industriels puissent se contenter de déclarer un montant global de taxe sans indiquer à quelles tranches du barème il correspond. Je pense que la DGFIP dispose bien de ces données, et l'intervention de Mme Lebon m'incite d'ailleurs à proposer un complément à la recommandation formulée dans mon rapport : demander à la DGFIP une ventilation des recettes par département.

Cette évaluation arrive au moment où le Gouvernement annonce le remboursement de traitements anti-obésité. Ainsi, d'un côté, nous cherchons à agir en amont pour réduire la consommation de sucre ; de l'autre, nous finançons des traitements extrêmement coûteux. Symboliquement, il revient désormais moins cher d'acheter des sodas que de perdre le poids qu'ils font prendre.

Enfin, sur l'affectation du produit de la taxe : elle demeure historiquement versée à la branche maladie du régime agricole, ce qui me paraît devoir être maintenu. Toutefois, une partie de ces recettes pourrait en effet être affectée au financement de la prévention.

Le sujet de la surconsommation de sucres ajoutés dépasse les seules boissons sucrées. Nous avons, à raison, interdit l'ajout de sucre dans les aliments destinés aux nourrissons, et la même interrogation se posera inévitablement pour les plats ultra-transformés. Sur ces sujets, une forme d'unité transpartisane se dégage au sein de l'Assemblée nationale, ce qui nous permettra d'avancer plus vite.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vous remercie, monsieur le rapporteur.

ANNEXE
LISTE DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES REÇUES PAR LE RAPPORTEUR

- Administrations centrales
 - Direction de la sécurité sociale
 - Direction générale de la santé
 - Direction générale des finances publiques

- Opérateurs
 - Agence nationale de santé publique (Santé publique France)
 - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
 - Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement
 - Institut national de la santé et de la recherche médicale

- Syndicat des boissons sans alcool*

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

3. LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE

(Mme Élise Leboucher et M. Sébastien Peytavie, rapporteurs)

En préambule du présent rapport, les rapporteurs souhaitent attirer la vigilance du lecteur sur trois éléments de prudence. En premier lieu, la réforme du financement de la psychiatrie est une réforme paramétrique. Elle instaure un nouveau mode d'affectation des ressources dans le cadre d'une enveloppe fermée. Il s'agit d'une première limite évidente, la trajectoire financière globale de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) n'étant pas suffisante pour faire face aux besoins croissants dans la population. À cet égard, la prévalence des troubles auprès des populations les plus jeunes augmente extrêmement vite ; or en deuxième lieu, les rapporteurs relèvent l'absence d'identification et de sanctuarisation des financements dédiés à la pédopsychiatrie. Enfin, dernière limite structurante, le modèle de la réforme ne prend pas en compte les facteurs liés à la ruralité, notamment l'isolement, l'éloignement des soins, et plus factuellement le temps de trajet des soignant.es. Outre ces prudences, l'ensemble de cette mission a permis de mettre en lumière les limites de la réforme. Les rapporteurs tentent de dégager des perspectives d'accommodements, dans un modèle paramétrique.

Les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) sont régulièrement l'occasion de modifier les règles applicables en matière de financement des établissements de santé. L'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a notamment réformé le mode de financement des établissements dispensant une offre de soins en psychiatrie, quelle que soit leur forme juridique. Cet article a également réformé par la même occasion et suivant une logique comparable le mode de financement des établissements de soins médicaux et de réadaptation, cet aspect n'étant cependant pas étudié dans le cadre des travaux de la présente mission.

Les rapporteurs, Mme Élise Leboucher et M. Sébastien Peytavie, ont souhaité contrôler l'application de cette disposition conçue comme une réforme d'ampleur pour répondre aux enjeux d'amélioration de l'accès aux soins psychiques en France. Le présent rapport restitue les travaux qu'ils ont menés.

Les rapporteurs ont entendu la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), la Haute Autorité de santé, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (Drees), plusieurs agences régionales de santé (ARS), les principales fédérations d'établissements de santé, les syndicats nationaux représentatifs, des directeurs d'établissements publics et privés (représentant le secteur lucratif et non lucratif), un collectif de professionnels de santé de psychiatrie, des associations de patients ainsi que l'ancien délégué ministériel à la psychiatrie et la santé mentale. Ils ont par ailleurs reçu des contributions écrites d'associations de professionnels de santé du secteur. La Cour des comptes et l'Inspection générale des affaires sociales ont décliné l'invitation des rapporteurs, n'ayant pas – encore – évalué la réforme du financement de 2020.

I. UNE RÉFORME CONÇUE POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE FINANCEMENT ET POUR ACCOMPAGNER LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE DE SOINS QUI RECÈLE CERTAINES LIMITES

A. UNE RÉFORME ATTENDUE : CENSÉE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE FINANCEMENT ET AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS

1. L'ancien modèle dual perpétuait des inégalités de financement et ne favorisait pas l'évolution des prises en charge

L'article 34 de la LFSS 2020 a réformé le modèle de financement des activités de psychiatrie et prolongé celle du financement des soins de suite et de réadaptation. Avant la réforme, les établissements de psychiatrie étaient soit financés par une enveloppe globale, soit en fonction de leur niveau d'activité. Ce modèle de financement dual opposait les établissements du secteur lucratif, qui étaient préalablement financés par objectif quantifié national (établissements dits ex-OQN), et les établissements du secteur public et du secteur privé à but non lucratif, financés par dotation annuelle de financement (établissements dits ex-DAF). Le financement par dotation globale des établissements publics et de la plupart des établissements privés à but non lucratif (ex-DAF) consistait en un financement annuel par enveloppe fermée et par établissement, censée couvrir l'ensemble des frais relatifs aux dépenses du secteur dont ils avaient la charge. Le financement par objectif quantifié national des cliniques et de quelques établissements privés à but non lucratif (ex-OQN) consistait en un financement à l'activité principalement fondé sur un paiement au prix de la journée d'hospitalisation réalisée par l'établissement. Pour chaque établissement, les tarifs des journées étaient fixés à l'issue d'une négociation entre l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS), dans le respect d'un taux d'évolution moyen national et décliné région par région par voie d'arrêté.

Ce modèle dual était très critiqué au motif que la répartition de la dotation annuelle de financement entre régions était inéquitable, et conduisant dès lors des inégalités de financement historiques sans

corrélation avec les besoins de santé des territoires. Les écarts de financement inter-régionaux rapportés au nombre d'habitants, corrigés de l'attractivité et du taux de fuite constatés, révélaient ainsi des écarts de dotations régionales pouvant atteindre 40 %. De plus, les ressources allouées aux établissements dits ex-OQN augmentaient plus rapidement que celles des établissements ex-DAF, induisant de fortes disparités dans l'allocation des moyens au détriment des établissements du secteur non lucratif. La Fédération hospitalière de France (FHF) fait valoir que la DAF versée aux établissements du secteur public et privé non lucratif a progressé à un rythme significativement moins rapide que l'Ondam de 2008 à 2018. En effet, sur cette période, la dotation financière n'a progressé que de 2,7 %, alors que l'Ondam progressait de 22,9 %. Inversement, le financement des établissements dits ex-OQN a progressé de 46,9 % sur la période, à un rythme significativement plus rapide que la progression de l'Ondam ⁽¹⁾.

Cette différence de mode de financement entre les établissements du secteur non lucratif et les établissements du secteur lucratif a fait l'objet de nombreuses critiques, compte tenu des répercussions de ces écarts de financement sur la restructuration de l'offre de soins psychiatriques entre secteur public et secteur commercial. Les difficultés croissantes de fonctionnement du secteur public se sont en effet traduites par une réduction de l'accès aux soins alors que les données épidémiologiques attestent d'une croissance de la demande de soins dans la population générale.

On observe donc une évolution contraire des capacités et des modes de prise en charge entre secteur public et secteur privé lucratif. Cette dynamique est, sinon causée, au moins entretenue par la différence de modèle de financement entre le secteur ex-OQN et le secteur ex-DAF.

La disparition de près de 7 000 places a réduit les capacités d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie. Cette baisse résulte de la suppression de près de 10 400 places dans le service public : depuis 2008, 8 800 places ont été supprimées dans les hôpitaux publics et 1 600 dans les hôpitaux privés à but non lucratif. 3 700 places ont parallèlement été créées dans le secteur lucratif ⁽²⁾. Sur la période, 2 000 places de soins ambulatoires ont été créées, tous secteurs confondus, soit un rythme de créations de places d'ambulatoire sans commune mesure avec la baisse des capacités d'hospitalisation ⁽³⁾.

Le secteur lucratif gère désormais plus du quart des capacités d'hospitalisation à temps complet (26 %) ⁽⁴⁾ et réalise 30 % de l'activité totale d'hospitalisation (à temps complet et temps partiel), pour environ 14 % des

(1) Contribution écrite de la Fédération hospitalière de France.

(2) Mme Nicole Dubré-Chirat et Mme Sandrine Rousseau, Rapport d'information (XVII^e législature, n° 714) déposé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques, 11 décembre 2024, p. 14.

(3) Idem.

(4) Idem.

financements consacrés à l'hospitalisation⁽¹⁾. Comme le financement de ces établissements repose sur la rémunération de chaque journée d'hospitalisation réalisée au sein de l'établissement selon un tarif négocié entre la clinique et l'ARS, la rémunération est maximisée par l'augmentation des places d'hospitalisation et du taux d'occupation des lits. L'effet pervers de ce modèle est qu'il a conduit à un allongement très important des durées d'hospitalisation, garantissant aux cliniques un taux d'occupation continuellement élevé et permettant à ces établissements d'atteindre des marges exceptionnelles de près de 9 % (8,7 % en 2022 et 9,1 % en 2021), faisant de la psychiatrie la discipline la plus rentable des groupements de cliniques.

Le secteur non lucratif, composé à titre principal des établissements publics généraux ou spécialisés, assure pour sa part l'essentiel de la prise en charge puisqu'il prend en charge plus de 80 % de la file active adulte et 95 % de la file active des enfants et adolescents. Cette prise en charge est assurée à plus de 80 % en ambulatoire, la part des hospitalisations diminuant fortement du fait des réductions capacitaires. Le phénomène s'est accéléré depuis 2020 en raison des fermetures de lits, requises pour faire face à des difficultés de recrutement inédites de médecins dans le secteur public mais rendant nécessaire un redimensionnement des services aux moyens humains effectivement disponibles. Le secteur public assure la prise en charge et le suivi des pathologies les plus lourdes et les prises en charge les plus complexes. Elles recouvrent les soins sans consentement, les unités pour malades difficiles (UMD), les soins aux détenus au sein des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ou les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et la quasi-totalité des situations d'urgence (urgences générales, centres d'accueil et de crise...). À titre d'exemple, les séjours de patients atteints de schizophrénie sévère représentent plus du tiers (33,8 %) des journées d'hospitalisation à temps complet et le secteur public assure près des trois quarts (73,6 %) des journées d'hospitalisation de ces troubles lourds.

Malheureusement cette dualité ne permet pas de conclure à une complémentarité des offres de soins privée et publique puisque les données épidémiologiques montrent que l'offre de soins en psychiatrie prise dans son ensemble ne permet plus de répondre à la demande de la population.

L'idée d'une complémentarité entre le secteur public et le secteur commercial est remise en cause par la forte croissance du recours aux services d'urgence pour motif psychiatrique, qui semble indiquer qu'une part du besoin de soins n'est pas couverte par l'offre existante. Entre 2019 et 2023, les consultations dans les services d'urgences pour un motif psychiatrique ont augmenté de 21 %, soit une croissance supérieure à l'ensemble des consultations tous motifs confondus⁽²⁾. En outre, la part des nouveaux patients pris en charge par le système de santé dans son ensemble s'érode, celle-ci ayant baissé de 8 % entre 2019 et 2023⁽³⁾. L'allongement des délais

(1) Les données d'activité et de part des financements fléchés ont été communiquées par la Fédération de l'hospitalisation privée.

(2) Assemblée nationale, Rapport d'information n° 714 précité, p. 16.

(3) Idem.

pour obtenir un rendez-vous de consultation dans un centre médico-psychologique, qui se comptent généralement en mois d'attente, confirme l'inadaptation du système de soins pour répondre à la demande.

La réforme du modèle de financement a donc été conçue à la fois comme un levier de pilotage national de la dépense liée à l'activité de psychiatrie, tous secteurs confondus, et comme un levier de transformation de l'offre de soins. Lors de son audition, le professeur Frank Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale et la psychiatrie entre 2019 et 2026, a expliqué aux rapporteurs que cette réforme était la condition de réalisation des objectifs de la stratégie nationale figurant dans la feuille de route Santé mentale et psychiatrie ⁽¹⁾. Pour l'essentiel, cette transformation vise à garantir à terme un meilleur accès aux soins de la population sur tout le territoire, une accélération du virage ambulatoire, un renforcement des démarches d'« aller vers », la réduction des durées d'hospitalisation, une convergence des modes de prise en charge entre secteur public et secteur privé, une structuration de la démarche qualité en psychiatrie et un essor de la recherche et des innovations thérapeutiques.

2. La réforme, qui visait à corriger les défauts de l'ancien modèle, s'est accompagnée d'un refinancement de la psychiatrie et d'une réduction nuancée des inégalités interrégionales

Si l'article 34 de la LFSS 2020 a réformé le modèle de financement historique, le nouveau modèle n'est entré en vigueur que le 1^{er} janvier 2022, l'article 51 de la LFSS 2021 ayant reporté d'un an la réforme afin de privilégier la gestion de la crise sanitaire.

La fiche d'évaluation préalable de l'article ⁽²⁾ précise que la réforme vise à introduire un modèle de financement unifié dans un objectif de dépenses au sein de l'Ondam, commun à l'ensemble des établissements exerçant une activité de psychiatrie : qu'ils soient hôpitaux généraux ou spécialisés, et quel que soit leur statut (public, privé à but lucratif ou non lucratif). Cette réforme s'est traduite par la création d'un objectif de dépenses spécifique aux activités de psychiatrie au sein de l'Ondam appelé « OD-Psy » et composé de deux grands ensembles : les dotations populationnelles versées aux ARS, qui répartissent ensuite ces dotations entre les établissements de la région, et les dotations versées directement aux établissements. Ces deux grands ensembles se déclinent en huit compartiments de financement, dont les deux principaux sont la dotation populationnelle versée aux ARS sous forme de dotation régionale et la dotation file active. La dotation populationnelle représente près de 85 % du financement des établissements ex-DAF et 15 % du financement des établissements ex-OQN. Les proportions s'inversent s'agissant de la dotation à la file active.

(1) Ministère de la santé, *Feuille de route Santé mentale et psychiatrie*, 28 juin 2018.

(2) *Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (XV^e législature, n° 2296)*, fiche d'évaluation préalable de l'article 25, p. 157.

La dotation populationnelle vise à améliorer l'adéquation entre les ressources allouées et les besoins de santé à couvrir tenant compte des caractéristiques de la population ⁽¹⁾ ainsi qu'à corriger les inégalités régionales de financement. Cette dotation est répartie en dotations régionales, versées aux établissements par les ARS en fonction de critères définis au niveau régional par le comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR).

La dotation à la file active valorise l'activité des établissements en fonction de critères définis par arrêté ministériel et d'une pondération révisée chaque année ⁽²⁾. La dotation file active rémunère l'activité réalisée au sein de l'établissement associant des pondérations spécifiques en fonction de l'âge du patient, du mode de prise en charge.

À ces deux principaux compartiments de financement s'ajoutent deux dotations à la qualité : l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq), qui permet de valoriser l'atteinte, par chaque établissement, d'indicateurs de qualité définis annuellement par arrêté, et la dotation à la qualité du codage, qui rétribue les établissements en fonction de la qualité et de l'exhaustivité du codage des actes dans le programme de médicalisation des systèmes d'information.

Le financement d'activités spécifiques est également possible au moyen de quatre autres dotations :

– la dotation activités spécifiques, qui finance certaines activités au rayonnement supra-régional tels les soins aux détenus, les unités pour malades difficiles, les centres nationaux ;

– la dotation nouvelles activités, qui permet de financer certaines organisations innovantes sélectionnées au moyen d'appels à projets nationaux ou régionaux ;

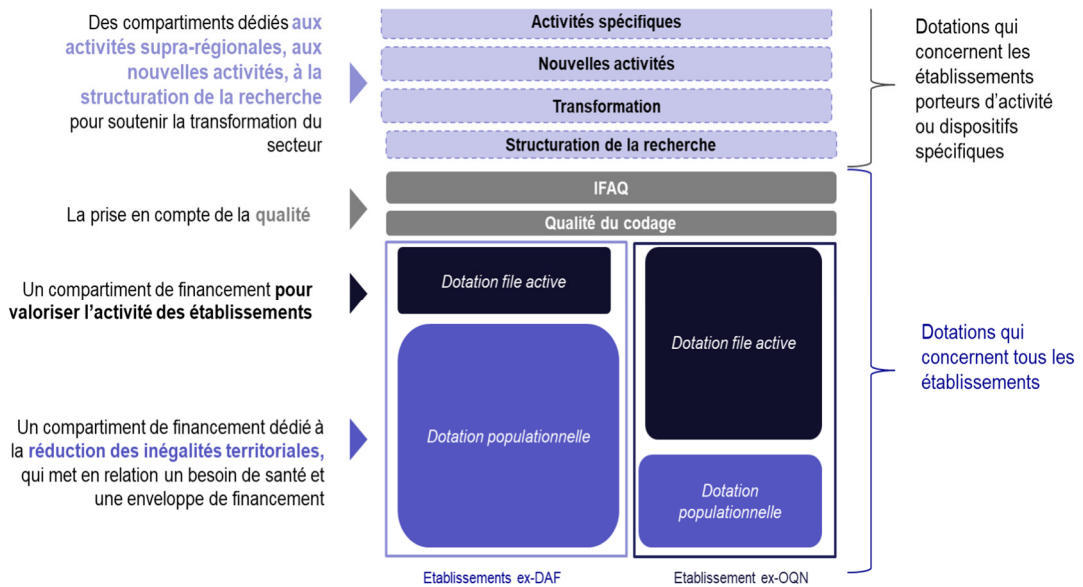
– la dotation transformation, qui permet de soutenir certains investissements ainsi que des mesures issues de stratégies nationales ;

– la dotation structuration de la recherche, qui abonde les dépenses d'animation territoriale de la recherche, au moyen de projets sélectionnés dans le cadre d'appels à manifestation d'intérêt.

(1) Le décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie retient cinq critères : le nombre d'habitants, la population mineure fait l'objet d'une pondération plus importante ; la densité de psychiatres libéraux ; le pourcentage de la population vivant sous le seuil de pauvreté ; la taille moyenne des ménages ; le nombre de places d'accueil pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques dans le secteur médico-social.

(2) Arrêté du 30 mars 2023 relatif aux dotations relatives à la file active et à la qualité du codage mentionnées à l'article R. 162-31-3 du code de la sécurité sociale dans le champ des activités de psychiatrie.

ARCHITECTURE DU NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT



Source : contribution de la DGOS.

La réforme a en outre renforcé, pour les patients de psychiatrie ainsi que les patients des services médicaux et de réadaptation, l'accès aux innovations thérapeutiques. Elle a en effet autorisé ⁽¹⁾ l'inscription des médicaments innovants faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation ⁽²⁾ sur la liste en sus des établissements financés par dotation globale, parmi lesquels figurent désormais les établissements publics spécialisés en psychiatrie. L'inscription d'un médicament sur la liste en sus, par arrêté du ministre de la santé, permet à l'établissement où le traitement est initié de bénéficier d'un remboursement par l'assurance maladie du coût du traitement, en plus du financement de droit commun perçu au titre de l'hospitalisation. Ce mécanisme, déjà ancien dans les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique, garantit à de nombreux patients l'accès à des traitements de pointe et souvent très onéreux, en particulier en cancérologie.

L'ambition du nouveau modèle était de permettre une amélioration du pilotage national du financement des activités de psychiatrie par la création d'un objectif de dépenses dédié et de mettre en commun les règles de financement des établissements pour limiter les effets de bord constatés dans le système dual. Du fait de la réforme, le financement du secteur ex-OQN est limité par l'enveloppe allouée dans le cadre de l'Ondam sans possibilité de dépassement, ce qui était possible sous l'empire du financement au prix de journée. De plus, les tarifs fixés pour la rémunération à l'acte dans le cadre de la dotation file active sont désormais communs à l'ensemble des établissements et définis par arrêtés, mettant fin aux négociations du prix de journée entre les établissements et l'ARS, ce qui concourt à un système plus équitable. Le financement mixte, par enveloppe (la dotation populationnelle) et à l'activité (la dotation file active), devait ainsi permettre de

(1) Cette mesure résulte des dispositions prévues au 1^o du I de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, modifiant les dispositions de l'article L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Le régime des autorisations temporaires d'utilisation a été réformé en 2021 et intégré dans le champ des autorisations d'accès précoce, dont le régime est désormais prévu à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

diminuer les effets de rente constatés dans les établissements ex-OQN caractérisés par une part insuffisante d’ambulatoire et des hospitalisations très longues. Il devait en parallèle inciter les établissements ex-DAF à augmenter leur activité.

La mise en œuvre progressive de la réforme à partir de 2022 s’est traduite par le versement de crédits de rattrapage aux régions les moins bien dotées dans le cadre de la détermination de l’enveloppe de dotation populationnelle.

RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE FINANCEMENT ENTRE RÉGIONS DEPUIS LA MISE EN PLACE DE LA RÉFORME

| Région | Population 2021 | Population 2024 | recettes/hab 21 (€/hab) | recettes/hab 24 (€/hab) |
|------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|-------------------------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 8 114 361 | 8 235 923 | 145 | 179 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 2 800 194 | 2 791 719 | 160 | 197 |
| Bretagne | 3 394 567 | 3 453 023 | 164 | 197 |
| Centre-Val de Loire | 2 573 303 | 2 573 295 | 136 | 175 |
| Corse | 347 597 | 355 528 | 133 | 182 |
| Grand Est | 5 561 287 | 5 568 711 | 156 | 182 |
| Hauts-de-France | 5 995 292 | 5 983 823 | 154 | 187 |
| Île-de-France | 12 317 279 | 12 419 961 | 144 | 175 |
| Normandie | 3 327 966 | 3 327 077 | 160 | 192 |
| Nouvelle-Aquitaine | 6 069 352 | 6 154 772 | 158 | 186 |
| Occitanie | 6 022 176 | 6 154 729 | 132 | 172 |
| Pays de la Loire | 3 853 999 | 3 926 389 | 134 | 161 |
| Provence Alpes Côte d'Azur | 5 127 840 | 5 198 011 | 137 | 179 |
| France métropolitaine | 65 505 213 | 66 142 961 | 147 | 180 |
| Guadeloupe | 384 315 | 378 561 | 158 | 202 |
| Guyane | 286 618 | 295 385 | 119 | 156 |
| Martinique | 360 749 | 349 925 | 199 | 220 |
| La Réunion | 871 157 | 885 700 | 113 | 164 |
| Total général | 67 408 052 | 68 052 532 | 147 | 180 |

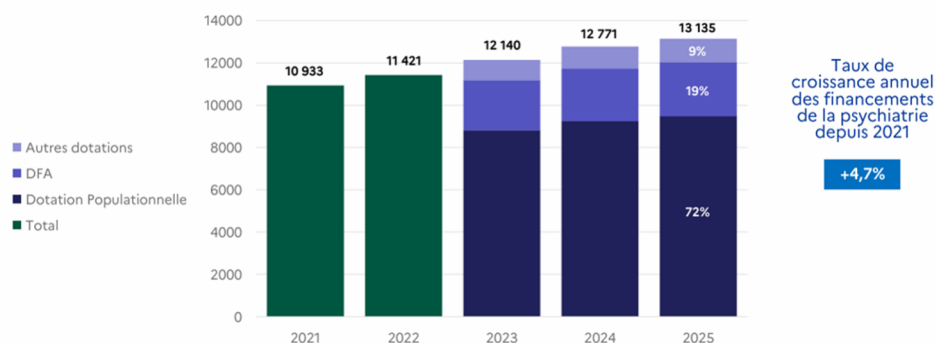
Source : contribution de l'Atih aux travaux de la mission.

L’effet redistributif de la réforme entre régions est documenté et est salué par l’ensemble des personnes auditionnées : l’écart maximum de financement par habitant entre régions a été réduit de 30 %, passant de 86 euros par habitant en 2021 à 59 euros par habitant en 2024. Ainsi, pour les huit régions ⁽¹⁾ identifiées comme sous-dotées avant la mise en œuvre de la réforme, un effort de rattrapage a été mené par le versement de crédits supplémentaires de dotation populationnelle. À titre d’exemple, la région Occitanie qui bénéficiait d’un financement équivalent à 132 euros par habitant en 2021, a bénéficié d’un financement représentant 172 euros par habitant en 2024. En outre, l’effort de convergence interrégional ne fait aucun perdant. De fait, les dépenses d’Ondam au titre des activités de psychiatrie connaissent une hausse plus marquée depuis la mise en œuvre de la réforme : alors que la dépense totale au titre des établissements ex-DAF et ex-OQN a progressé de 0,7 % entre 2018 et 2019 et de 2,3 % entre 2019 et 2020, la croissance annuelle moyenne des financements est de 4,7 % depuis 2021. Néanmoins nous observons que les effets de rattrapage ont été limités, coupant certaines structures publiques de fonds nécessaires aux investissements, comme au

(1) Les régions Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Pays de la Loire, Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion bénéficiaient avant la réforme d’une dotation historique inférieure à la dotation théorique calculée selon la méthode de valorisation de la nouvelle dotation populationnelle, signifiant que ces dernières étaient en situation de sous-financement par rapport à leur besoin théorique.

développement de l'offre de soins. Par ailleurs, nous relevons que les régions historiquement sous-dotées le restent une fois la réforme mise en place, comme en atteste la situation de la région Pays de la Loire, dont la dotation par habitant demeure inférieure à celle constatée en moyenne nationale.

MISE EN PLACE DE LA RÉFORME DANS UN CONTEXTE DE HAUSSE DES FINANCEMENTS DÉDIÉS À LA PSYCHIATRIE DEPUIS 2021



Source : contribution de l'Atih aux travaux de la mission.

B. LE PARAMÉTRAGE DES COMPARTIMENTS DE FINANCEMENT RECÈLE CERTAINS ÉCUEILS MÉTHODOLOGIQUES

Le paramétrage de la réforme et des différents compartiments de financement ne semble cependant pas en tout point conforme avec les objectifs annoncés. Si le calibrage de la dotation régionale et des dotations populationnelles a effectivement permis de réduire les inégalités de financement entre les différentes régions sans faire de perdants, la conception de certaines dotations et l'équilibre général de la réforme appellent plusieurs remarques.

- **La répartition de l'enveloppe régionale de dotation populationnelle repose sur une sélection d'indicateurs définie par les membres du CCAR ou de l'ARS, ce qui conduit à une variation des règles de répartition selon les régions.** Le choix des indicateurs révèle bien souvent un objectif précis dans la répartition de la dotation finale, ce qui génère une complexité inutile et des frustrations. L'ARS Pays de la Loire revendique une position conservatrice permettant à chaque établissement de gagner un peu, et d'éviter de faire des perdants. En outre, **les établissements implantés dans des territoires ruraux considèrent que les règles de calcul de la dotation populationnelle ne permettent pas de tenir compte de la spécificité de leurs territoires, qui cumulent les facteurs de vulnérabilité et se trouvent lésés par un mode de calcul fondé sur le nombre d'habitants.** Le centre hospitalier de Périgueux fait valoir que la dotation populationnelle ne permet pas de pondérer à leur juste mesure le vieillissement de la population, la précarité sociale, l'isolement géographique, la faiblesse de l'offre médico-sociale et les difficultés d'accès aux soins spécialisés. Cela conduit à un financement insuffisant des territoires ruraux. **Enfin, les modalités de calcul ne prennent pas en compte les spécificités liées aux régions touristiques ou frontalières** avec d'autres régions, qui peuvent être confrontées à un net accroissement des prises en charges

lors des pics de fréquentation touristique estivaux. L'ARS Occitanie déplore que ces pics d'activité à moyens constants se traduisent en pratique par une tension reportée sur le seul secteur public.

Recommandation n° 1 : adapter le mode de calcul de la dotation populationnelle aux contraintes spécifiques des territoires ruraux, aujourd'hui lésés par un calcul en fonction du nombre d'habitants, en appliquant un coefficient multiplicateur à la dotation par tête pour le calcul de la dotation populationnelle des régions dont la densité est inférieure à un seuil fixé par arrêté.

● **La dotation file active ne rémunère pas en fonction de la file active, c'est-à-dire du nombre de patients, mais en fonction du nombre d'actes.** La dotation file active n'incitera donc pas les établissements à augmenter leur file active – ce qui aurait un effet sur l'amélioration de l'accès aux soins de la population – mais elle incitera sans doute à l'optimisation des pratiques de codage des actes. Le codage des actes est critiqué par certains représentants des professionnels travaillant dans le secteur non lucratif. Ils y voient une contrainte supplémentaire dans la prise en charge, une perte de temps dans les soins aux patients et un risque de dérive dans l'orientation des prises en charge en fonction de normes extérieures, à l'instar des critiques formulées à l'encontre de la tarification à l'activité. Aussi, les représentants du personnel insistent sur les spécificités des soins délivrés, dont un nombre certain résiste à la codification : l'accueil, l'écoute, la construction du lien avec les patients, la singularisation des accompagnements, etc.

Ce compartiment intègre par ailleurs un biais de financement bénéfique à l'hospitalisation, mode d'accueil développé en par le secteur privé lucratif, au détriment du virage ambulatoire développé en priorité par les structures publiques. Une part de la dotation à la file active reversée dans la dotation populationnelle pourrait faire l'objet d'une affectation selon le critère de développement des soins ambulatoires afin d'inciter la transformation de l'offre de soins.

La pondération différenciée de la dotation file active entre les établissements ex-DAF et les établissements ex-OQN, où elle représente respectivement 15 % et 85 % des ressources, reproduit une dualité du mode de financement selon le type d'établissement et n'incite pas à la convergence des méthodes de prise en charge entre établissements. Ce constat est conforté par la construction même de l'enveloppe de cette dotation puisqu'elle comprend une enveloppe dédiée aux établissements du secteur ex-OQN et une enveloppe au profit des établissements du secteur ex-DAF.

La dotation à la file active s'apparente à un prix de journée dans le secteur ex-OQN. La dotation file active consiste en un financement à l'acte mais pas en une tarification à l'acte. La méthode de calcul associe à chaque acte un ou plusieurs critères de pondération spécifique, donnant lieu à un calcul de points à l'année. Sur la base de ce calcul, est déterminé un prix moyen de journée au sein de l'établissement. Comme cette dotation représente 85 % des ressources des établissements ex-OQN, elle correspond en fait à un financement au prix de journée

à hauteur de 85 % des recettes de chaque établissement, avec tout de même deux différences par rapport au précédent système : d'une part, la cotation en points des actes est commune à tous les établissements sur le territoire ; d'autre part, l'enveloppe totale de dotation file active du secteur ex-OQN est limitative et ne peut donner lieu à aucun dépassement, ce qui prévient tout risque de dérive inflationniste.

● L'incitation financière à la qualité (Ifaq) rémunère les établissements selon le taux d'atteinte de cinq indicateurs de qualité : l'évaluation et la prise en charge de la douleur, le repérage et la proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes, l'évaluation cardio-vasculaire et métabolique chez les patients adultes, la qualité de la lettre de liaison à la sortie et le nombre de séjours longs. **Le choix des indicateurs Ifaq semble peu adapté aux enjeux d'amélioration de la qualité des soins en psychiatrie** dans la mesure où l'indicateur relatif à la prise en charge de la douleur ne concerne pas particulièrement la psychiatrie, et où deux indicateurs excluent la pédopsychiatrie. En 2025, la Haute Autorité de santé a complété cette liste par un nouvel indicateur portant sur le lien entre le centre médico-psychologique et la ville dans le champ des soins somatiques. Néanmoins, cet indicateur ne concerne qu'indirectement la prise en charge psychiatrique en tant que telle. Il est très surprenant de ne trouver aucun indicateur relatif au recours aux pratiques de contention et d'isolement, à la place accordée aux proches des patients, à l'inscription du patient dans un parcours de soins coordonné, à son suivi psychiatrique après l'hospitalisation ou encore à la bonne observance thérapeutique. On ne peut que déplorer que le choix des indicateurs soit sans lien évident avec la qualité des soins dispensés en psychiatrie dans la mesure où l'Atih note une progression dans l'atteinte des indicateurs de qualité depuis 2022 ⁽¹⁾, suggérant que ce vecteur est efficace pour promouvoir certaines pratiques.

Recommandation n° 2 : intégrer dans les Ifaq des indicateurs spécifiques, de façon à réellement améliorer la qualité des soins en psychiatrie et revaloriser le montant de la dotation Ifaq pour renforcer son caractère incitatif.

● S'agissant de l'architecture générale, derrière une unification de façade des modes de financement des établissements du secteur lucratif et non lucratif, perdure en fait un système de financement dual dépendant de la nature juridique de l'établissement. **Contrairement à ce qui était annoncé, la réforme n'a pas instauré un financement mixte par enveloppe et à l'activité, mais bien un financement par diverses enveloppes, réparties entre les régions et entre les établissements selon des critères variés et évolutifs.** En outre, l'abandon du système dual ne permet pas de connaître aujourd'hui l'allocation de la hausse

(1) Selon une publication récente de la HAS, « Indicateurs de qualité et de sécurité des soins, résultats nationaux 2025 en psychiatrie », parue le 11 décembre 2025, le niveau d'atteinte des cibles connaît d'importantes variations en fonction des indicateurs concernés. Seuls 2 % des établissements ont atteint un niveau satisfaisant s'agissant du repérage et de la proposition d'aide à l'arrêt des addictions des patients, et 3 % ont atteint un niveau satisfaisant s'agissant du lien entre le centre médico-psychologique et la ville dans le champ des soins somatiques. En outre, l'Atih a conclu dans sa contribution aux travaux de la mission à une stagnation du taux de séjours long depuis 2022 malgré la valorisation de cet indicateur au sein de l'Ifaq.

des crédits (+ 4,7 % depuis 2021) entre les établissements du secteur lucratif d'une part et du secteur non lucratif d'autre part.

II. UNE MISE EN ŒUVRE REPORTÉE PAR LA SÉCURISATION DES RECETTES HISTORIQUES QUI NE PERMET NI L'ÉVALUATION, NI L'AMÉLIORATION DU NOUVEAU MODÈLE

A. SIX ANS APRÈS SON ADOPTION LA RÉFORME N'EST PAS RÉELLEMENT MISE EN ŒUVRE ET PRODUIT DES EFFETS DE BORD

1. La réforme du financement n'est pas réellement appliquée du fait de la sécurisation des recettes historiques des établissements

Au stade du dépôt, l'article 25 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (devenu article 34 de la loi) ne prévoyait aucune mesure transitoire pour l'application de la réforme du financement. L'entrée en vigueur de la réforme à compter du 1^{er} janvier 2022 s'est néanmoins accompagnée d'une sécurisation intégrale des recettes des établissements sur le périmètre des deux compartiments de financement principaux jusqu'à la fin de l'année 2025, et une entrée en vigueur réelle au 1^{er} janvier 2026 ⁽¹⁾. La sécurisation a consisté en une garantie de recettes pour l'ensemble des établissements concernés par la réforme, à un niveau au moins équivalent aux recettes perçues l'année précédente. Cette sécurisation est intégralement financée par les recettes non distribuées issues de la croissance de l'activité des établissements les plus dynamiques pendant la période de sécurisation. Cette sécurisation n'a donc pas d'effet inflationniste sur l'Ondam.

Face à l'inquiétude exprimée par certaines fédérations hospitalières concernant l'arrivée à échéance des garanties de recettes, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a prolongé le dispositif fin 2025, pour trois années supplémentaires, jusqu'à la fin de l'année 2028 ⁽²⁾. La sécurisation des compartiments de financement est assortie d'une dégressivité du niveau de sécurisation, fixée à 97,5 % des recettes en 2026, 95 % des recettes en 2027 et 90 % des recettes en 2028. La DGOS escompte que cette nouvelle période de sécurisation dégressive permettra aux établissements à l'activité la plus dynamique de capter une part croissante de leurs gains supplémentaires au titre de la dotation à la file active. Elle attend que les établissements à l'activité moins dynamique puissent amortir la trajectoire de baisse de leurs recettes. Cette sécurisation a eu pour effet mécanique de reporter l'effet financier qui pouvait être attendu de la mise en œuvre de la réforme.

(1) Disposition prévue au IV de l'article 2 du décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie.

(2) Article 3 du décret n° 2025-1390 du 28 décembre 2025 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé.

2. Le *statu quo* actuel produit des effets de bord financiers

Pour les fédérations hospitalières⁽¹⁾, la sécurisation des recettes était souhaitable dans les premiers exercices mais elle agit aujourd'hui comme un frein à la transformation de l'offre, et diffère l'identification des lacunes du modèle et ce faisant la possibilité de les corriger.

● **La sécurisation des recettes n'incite pas à la hausse de l'activité.** Selon une évaluation réalisée par l'Atih, étudiant l'écart entre la valorisation théorique de l'activité sous l'empire de la réforme et les dotations sécurisées qui ont été effectivement versées aux établissements sur la base de leurs recettes constatées l'année précédente, un quart des établissements ex-OQN et un quart des établissements ex-DAF perçoivent des dotations sécurisées d'un montant supérieur au montant des recettes qu'ils devraient théoriquement percevoir en appliquant le nouveau modèle de financement. En pratique, l'arrêt des mesures de sécurisation se traduirait par une perte de recettes immédiate d'au moins 6,5 % pour un quart des établissements du secteur privé commercial et d'au moins 3,3 % pour un quart des établissements du secteur public⁽²⁾. Cette déconnexion entre le financement et l'activité réelle prive la réforme de son caractère incitatif et empêche toute évaluation sérieuse de la pertinence des nouveaux compartiments. Elle compromet la capacité des établissements à anticiper l'impact de leur dynamique d'activité sur les recettes futures.

● **La sécurisation des dotations compromet l'objectif de rééquilibrage des financements entre établissements d'une même région. Ce faisant, elle fige les inégalités constatées tout en augmentant le niveau de crédits distribués à l'ensemble des établissements.**

● **Le *statu quo* prive en pratique les comités consultatifs d'allocation des ressources (CCAR) régionaux de toute marge de manœuvre** dans le rééquilibrage des financements, dans la mesure où les recettes de tous les établissements sont figées. Au niveau régional, le fonctionnement des CCAR, instances chargées d'émettre un avis consultatif sur la répartition infrarégionale des dotations, soulève de nombreuses critiques. La section psychiatrie du CCAR ne se prononce d'ailleurs pas directement sur les montants alloués aux établissements : elle est uniquement informée, *a posteriori*, de l'allocation définitive des ressources⁽³⁾. Dans ce cadre, l'Atih met à disposition des ARS un outil élaboré en lien avec l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), présenté comme un outil d'aide à la décision. Cet outil permet de calculer les dotations populationnelles par établissement afin de répartir l'enveloppe régionale. Toutefois, ni l'outil ni ses paramètres de calcul ne sont communiqués aux membres des CCAR. Cette absence de transparence apparaît problématique au regard du rôle même de ces instances,

(1) Contribution de la Fédération hospitalière de France (FHF), de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) et de l'Association des établissements participant au service public de santé mentale (Adesm) aux travaux de la mission.

(2) Contribution de l'Atih aux travaux de la mission.

(3) Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2024/7, 15 avril 2024, p. 117.

qui sont censées constituer des espaces de concertation démocratique réunissant représentants des usagers, des familles et des professionnels afin d'émettre un avis éclairé sur la répartition des ressources en psychiatrie, en fonction des besoins de la population et des caractéristiques de l'offre de soins territoriale. En pratique, les membres des CCAR ne disposent donc pas de l'ensemble des éléments nécessaires pour apprécier pleinement les modalités de répartition des enveloppes régionales et la sécurisation des recettes les prive de toute latitude dans la redistribution des ressources.

3. Dans ses modalités actuelles d'application, la réforme ne permet pas de moderniser les prises en charge ni de transformer l'offre de soins

● La sécurisation a pour effet de reporter la confrontation du nouveau modèle à ses effets réels. Cette situation explique que **six ans après l'entrée en vigueur de l'article 34 de la loi de financement pour 2020, aucune évaluation du nouveau modèle n'a été menée** ⁽¹⁾, **en particulier s'agissant de son impact sur l'évolution des prises en charge**. L'analyse de l'évolution, depuis 2022, du développement de l'ambulatoire, notamment dans le secteur lucratif, des durées de séjour dans le secteur lucratif et du nombre de patients pris en charge dans l'ensemble du système de soins ne permet pas de conclure à une l'efficacité globale de la réforme et appelle plusieurs commentaires :

– l'évolution de l'activité ambulatoire indique, selon l'Atih, une hausse de 3,6 % depuis la mise en œuvre de la réforme en 2022 ⁽²⁾. Toutefois, cette hausse ne concerne que les établissements du secteur non lucratif où l'ambulatoire est déjà largement prépondérant. **L'activité ambulatoire dans le secteur lucratif est atone, il n'y a aucune activité codée**. En effet, **les cliniques ne bénéficient d'aucun financement au titre de cette activité** ⁽³⁾, ce qui explique qu'à ce jour elles n'assurent que des prises en charge en hospitalisation complète, à temps partiel ou en hôpital de jour. La réforme n'a donc pas pour effet d'inciter au développement de l'ambulatoire dans le secteur lucratif ;

– l'Atih observe une **légère hausse de la file active des patients pris en charge** à hauteur de 2,7 % pour le secteur non lucratif (ex-DAF) et 3 % pour le secteur lucratif (ex-OQN) depuis 2022 ⁽⁴⁾. L'Agence précise toutefois qu'**un même patient peut être comptabilisé à la fois en ambulatoire et en hospitalisation, ce qui signifie que la hausse du nombre de patients pris en charge pourrait être**

(1) *La Cour des comptes et l'Inspection générale des affaires sociales, n'ayant pas évalué la réforme, n'ont pas pris part aux auditions. La Caisse nationale de l'assurance maladie et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ont indiqué aux rapporteurs lors des auditions qu'elles n'ont été associées ni au déploiement de la réforme ni à son évaluation et l'ensemble des contributions reçues dans le cadre de la mission confirment l'absence d'évaluation de la réforme.*

(2) *Contribution de l'Atih aux travaux de la mission.*

(3) *Il résulte des dispositions de l'annexe V de l'arrêté du 30 mars 2023 relatif aux dotations relatives à la file active et à la qualité du codage mentionnés à l'article R. 162-31-3 du code de la sécurité sociale dans le champ des activités de psychiatrie que seuls les établissements publics et privés à but non lucratif peuvent prétendre au financement de l'activité réalisée en ambulatoire.*

(4) *Contribution de l'Atih aux travaux de la mission.*

au moins en partie attribuable à un comptage multiple. Un « effet structure » comparable, c'est-à-dire un phénomène d'optimisation du codage de l'activité, avait accompagné dans les premiers temps le déploiement de la tarification à l'activité ;

– la durée moyenne d'hospitalisation (DMH)⁽¹⁾ ne connaît pas de modification depuis l'entrée en vigueur de la réforme. La DMH est en baisse dans le secteur public, sans rupture de tendance depuis 2022. Dans le secteur ex-DAF, elle s'établissait en 2024 à 47,8 jours, soit une baisse de 16 % par rapport à l'année 2017, où elle s'élevait à 56,9 jours. *A contrario*, **la DMH est à la fois nettement supérieure et globalement stable depuis 2020 dans le secteur lucratif (ex-OQN) où elle s'établit à 56,1 jours en 2024**⁽²⁾. Les fédérations d'établissements du secteur non lucratif insistent sur l'inadaptation des durées d'hospitalisation à la nature des prises en charge dans le secteur ex-OQN. Elles les considèrent comme étant contraires aux bonnes pratiques et induites par des objectifs de rentabilité financière puisque les prises en charge les plus lourdes et les plus complexes sont assurées dans le secteur public.

L'analyse de ces indicateurs d'activité montre donc que la réforme n'a pas permis à ce jour d'inciter au virage ambulatoire dans le secteur privé commercial qui ne dispose d'aucun financement pour ce type de prise en charge. Elle démontre également que la légère hausse du nombre de patients pris en charge inclut un comptage multiple de patients, d'où il résulte que le décompte n'est pas encore totalement fiable et qu'il ne permet pas de conclure à une amélioration de l'accès aux soins. Enfin, la réforme n'a pas eu d'effet sur la diminution des durées d'hospitalisation, qui demeurent trop élevées dans les cliniques et inadaptées à la lourdeur des prises en charge.

Recommandation n° 3 : valoriser l'augmentation de la file active dans la dotation du même nom, plutôt que le nombre d'actes réalisé.

- Malgré l'absence de bilan consolidé de la réforme, l'étude des compartiments de financement non sécurisés tels qu'ils sont mis en œuvre depuis 2023 appelle également plusieurs remarques.

- L'abondement des **dotations nationales relatives à la qualité est insuffisamment attractif pour produire un réel effet sur les changements de pratiques** de l'ensemble des établissements : l'enveloppe Ifaq est abondée à hauteur de 113 641 euros en 2026, en légère baisse par rapport à l'année 2023 puisqu'elle était abondée à hauteur de 113 772 euros. La dotation à la qualité du codage est valorisée à hauteur de 20 778 euros, en légère hausse par rapport à l'année 2023 (20 340 euros)⁽³⁾.

(1) La durée moyenne d'hospitalisation ou DMH, indicateur suivi pour évaluer la durée de séjour en psychiatrie est à distinguer de la durée moyenne de séjour (DMS), indicateur privilégié dans le champ des activités de médecine, chirurgie et obstétrique. La DMH permet de tenir compte des nombreux séjours itératifs d'une part significative des patients de psychiatrie, faisant de la DMH un indicateur plus fiable que la DMS dans le champ de la psychiatrie.

(2) Données extraites de la base Scansanté par l'Adesm pour la mission d'information.

(3) Montants communiqués par la DGOS dans une contribution adressée dans le cadre des travaux de la mission.

● **La dotation nationale finançant la structuration de la recherche ne représente que 5 000 euros en 2026, un montant inchangé depuis 2023, ce qui interroge la réalité de l’effort de soutien à la recherche dans le cadre de la réforme du financement** ⁽¹⁾. Il semble en pratique que l’investissement dans l’effort de structuration de la recherche soit davantage effectué depuis une dizaine d’années au travers du financement de 53 centres experts en région, sans lien direct avec la réforme du financement. Les centres experts sont des structures orientées sur la recherche et le diagnostic adossées à des établissements publics dont la coordination, la labellisation et la formation des équipes médicales est assurée par la fondation FondaMental. Cette fondation coordonne une coopération entre hôpitaux publics et laboratoires de recherche sur les maladies mentales les plus sévères (schizophrénies, troubles bipolaires, dépressions résistantes, autisme sans déficience intellectuelle). La dernière enquête nationale sur le financement des centres experts a été conduite par les ARS en 2020. Elle fait état d’un financement public atteignant à l’époque près de 7,5 millions d’euros. Interrogée sur ce point, la DGOS a confirmé que le financement des centres experts ne fait l’objet d’aucune enveloppe spécifique mais qu’il dépend de la dotation populationnelle et de la dotation à la file active des établissements. **Compte tenu de l’importance de ces financements et de l’objectif affiché de structuration de l’effort de recherche par ces centres experts, il est très surprenant que leur financement ne soit pas isolé dans un compartiment dédié ou bien rattaché au compartiment du financement de la recherche ;**

Recommandation n° 4 : doter l’enveloppe recherche de moyens suffisants pour permettre un réel essor de la recherche nationale en psychiatrie.

FINANCEMENT DES 53 CENTRES EXPERTS EN 2020

(en euros)

| Répartition des centres experts par région | Nombre de centres experts annoncés par FondaMental en 2020 | Enquête sur les activités spécifiques menée par les ARS en 2020 |
|--|--|---|
| Île-de-France | 12 | 2 290 000 |
| Auvergne Rhône-Alpes | 12 | 1 200 000 |
| Nouvelle-Aquitaine | 5 | 678 100 |
| Provence-Alpes Côte-d’Azur | 5 | 654 207 |
| Grand Est | 4 | 581 562 |
| Occitanie | 6 | 520 000 |
| Bourgogne Franche-Comté | 3 | 225 743 |
| Normandie | 1 | 150 000 |
| Hauts-de-France | 1 | 746 754 |
| Bretagne | 2 | 57 824 |
| Centre-Val de Loire | 1 | 0 |
| Pays de la Loire | 1 | 210 000 |
| Total | 53 | 7 314 190 |

Source : contribution de la DGOS.

(1) Idem.

Recommandation n° 5 : rattacher le financement des centres experts au compartiment recherche pour éviter une concurrence dans l'utilisation de ces crédits avec l'offre de soins en psychiatrie et en faciliter le suivi.

● La **dotation d'accompagnement à la transformation** est le troisième compartiment par le montant des crédits et est en forte augmentation entre l'année 2023, où elle représentait une enveloppe de 389 446 euros, et l'année 2026, où elle représente désormais 710 545 euros ⁽¹⁾. Ce compartiment est réputé concourir au financement de certains investissements, à des mesures exceptionnelles dans le cadre d'opération de restructuration d'activités ou en soutien d'établissements en difficulté. Il est en revanche surprenant de constater que cette enveloppe soit **utilisée pour financer les mesures de revalorisation salariale décidées dans le cadre du Ségur de la santé ou celles relatives à la revalorisation du point d'indice des fonctionnaires dites « mesures Guerini »**, du nom du ministre de la transformation et de la fonction publiques ⁽²⁾. L'enveloppe permet également de financer certains postes hospitalo-universitaires en pédopsychiatrie, ce qui ne semble pas non plus sa vocation première ⁽³⁾. **Les rapporteurs considèrent à cet égard que les crédits fléchés sur le soutien à la pédopsychiatrie, aujourd'hui dispersés entre différents compartiments de financement, devraient être suivis au sein d'un compartiment spécifique compte tenu de la situation de carence de l'offre de soins dans cette discipline sur tout le territoire national.**

Recommandation n° 6 : financer les mesures salariales pérennes par un abondement supplémentaire de dotation populationnelle et réserver les crédits de l'enveloppe transformation à l'accompagnement de projets de transformation de l'offre de soins.

Recommandation n° 7 : regrouper les crédits de financement de l'effort de soutien à la pédopsychiatrie au sein d'un compartiment spécifique.

● La **dotation nouvelles activités** est abondée en 2026 à hauteur de 80 997 euros, en hausse par rapport à l'année 2023 où son enveloppe s'élevait à 60 269 euros. Cette dotation permet notamment de financer les projets lauréats du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (Fiop), très apprécié des établissements ayant pris part aux auditions et mis en avant par la DGOS ainsi que l'ancien délégué ministériel à la santé mentale et la psychiatrie, le professeur Frank Bellivier, comme un levier essentiel de la transformation de l'offre de soins et d'attractivité du secteur public par la mobilisation des équipes soignantes dans le portage des projets. Le Fonds constitue une opportunité financière supplémentaire, dont nous observons qu'elle finance généralement des modes d'intervention dont la pérennité est souhaitable. Dans les faits le Fiop permet le financement d'un nombre important d'équipes mobiles. Selon les rapporteurs de tels projets devraient désormais être intégrés aux compartiments financiers majeurs.

(1) Idem.

(2) *Instruction n° DGOS/R4/2024/35 du 5 avril 2024 relative aux compartiments régionaux du modèle de financement de la psychiatrie, p. 125.*

(3) Idem.

Recommandation n° 8 : faire évoluer la dotation nouvelles activités en une dotation investissement en psychiatrie et permettre le financement de grands projets d'investissement dans la rénovation du bâti au moyen de crédits dédiés.

Le Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (Fiop) et la stratégie des « pépites » : un levier de transformation encore marginal

Créé en 2019, le Fiop a pour mission de soutenir l'émergence de nouvelles organisations et de pratiques de soins innovantes au sein des établissements, tout en suivant les priorités dressées par la feuille de route Santé mentale et psychiatrie ⁽¹⁾.

Le financement des projets Fiop s'articule autour de deux compartiments de la réforme :

- la dotation nouvelles activités, qui finance les lauréats des appels à projets pour une durée initiale de trois ans de manière non pérenne ;
- la dotation transformation, qui assure la pérennisation des projets après une évaluation positive au bout de trois ans. Les crédits deviennent alors pérennes et sont inscrits dans la base de l'établissement.

Depuis 2024, la DGOS a fait évoluer le Fiop vers une stratégie de généralisation. Le Fonds comporte désormais deux volets distincts :

- le volet « Nouveaux projets innovants » vise à soutenir des projets qui ont pour effet d'induire « *une transformation des organisations, l'introduction d'une pratique, d'une intervention ou d'une procédure nouvelle ou nécessitant d'être adaptée* » ⁽¹⁾ à un contexte nouveau. Ce sont les ARS qui sont chargées de sélectionner et classer les projets par ordre de priorité pour permettre au jury national de se prononcer. Les projets financés dans ce cadre sont soumis à une phase d'expérimentation ;
- le volet « Déploiement des innovations en région » poursuit quant à lui l'objectif d'essaimage et de déploiement de projets dits « pépites » au sein des territoires. Il se cantonne à des projets déjà éprouvés, évalués et validés. Les ARS disposent d'une enveloppe calculée sur la base du nombre d'établissements de santé autorisés en psychiatrie implantés pour financer la transposition d'un ou plusieurs projets. Les ARS proposent ensuite un « catalogue » d'organisations ou de projets ayant fait leurs preuves (comme par exemple, les équipes mobiles de crise) aux établissements afin d'accélérer la modernisation de l'offre.

En dépit de l'adhésion des acteurs de terrain, l'impact du Fiop reste contraint par un poids financier résiduel puisque l'ensemble des crédits, c'est-à-dire ceux englobant les nouveaux projets mais également ceux qui ont été pérennisés, ne représente que 0,8 % du financement total de la psychiatrie ⁽²⁾. Au total, 431 millions d'euros ont été mobilisés depuis 2019, dont seulement 95 millions de mesures nouvelles ⁽³⁾. Le fonctionnement par appels à projets du Fonds présente également un risque d'instabilité financière et organisationnelle pour les établissements. Il crée une dépendance à des financements non pérennes qui, en cas de non-renouvellement, peuvent bouleverser une offre de soins structurée plusieurs années durant, au risque d'interrompre des prises en charge à défaut de pouvoir absorber le coût du dispositif sur les ressources propres de l'établissement bénéficiaire.

(1) Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », 2018.

Les établissements du secteur privé lucratif déplorent pour leur part leur exclusion *de facto* de tout financement au titre des compartiments activités spécifiques, activités nouvelles et transformation, réservées dans les faits au secteur public, ce qui confirme la conservation d'un modèle de financement dual.

ÉVOLUTION DU MONTANT DES DOTATIONS PAR COMPARTIMENT ENTRE 2023 ET 2026

(en euros)

| | 2023 | | 2026 | |
|--------------------------------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|
| Dotation populationnelle PSY | 8 881 628 | 73,2 % | 9 684 380 | 71,5 % |
| Dotation file active PSY | 2 350 706 | 19,4 % | 2 579 604 | 19,1 % |
| Dotation structuration recherche PSY | 5 000 | 0,0 % | 5 000 | 0,0 % |
| Activités spécifiques PSY | 318 667 | 2,6 % | 342 255 | 2,5 % |
| Dotation qualité du codage PSY | 20 340 | 0,2 % | 20 778 | 0,2 % |
| Dotation nouvelles activités PSY | 60 269 | 0,5 % | 80 997 | 0,6 % |
| Dotation transformation PSY | 389 446 | 3,2% | 710 545 | 5,2 % |
| Dotation qualité PSY | 113 772 | 0,9 % | 113 641 | 0,8 % |
| Total | 12 139 826 | 100 % | 13 537 200 | 100 % |

Source : contribution de la DGOS.

● En outre, malgré l'autorisation par la réforme de l'inscription des médicaments innovants sur la liste en sus des établissements de soins psychiatriques, **il n'existe toujours pas à ce jour de liste en sus en psychiatrie alors qu'elle a été créée pour les services médicaux et de réadaptation.** Interrogée sur ce point, la HAS déplore le faible nombre de demande d'accès précoce pour des médicaments en psychiatrie. **Depuis 2021, seul un dossier de demande d'accès précoce concernait un médicament de psychiatrie pour traiter la dépression du post-partum. La demande a malheureusement été refusée compte tenu d'un effet trop faible** avant le quinzième jour de traitement et en l'absence d'effet démontré par comparaison aux alternatives thérapeutiques existantes. Il semble que les laboratoires ne développent que peu de médicaments innovants en psychiatrie, compte tenu de la difficulté d'établir l'efficacité des traitements développés en l'absence de marqueurs biologiques des maladies psychiatriques.

Il semble toutefois aux rapporteurs que cette explication ne peut clore le débat compte tenu des enjeux majeurs associés à l'innovation thérapeutique. Le développement de médicaments et thérapies innovants en psychiatrie constitue un enjeu de santé publique. D'abord pour les patients, la maladie psychiatrique est une maladie au long cours, qui suppose le plus souvent la prise d'un traitement à vie, généralement associé à des effets indésirables importants qui nuisent à l'observance thérapeutique des patients, ce qui accentue les risques de crise, de passage à l'acte et d'hospitalisations itératives. Il est par ailleurs établi que les patients non stabilisés mobilisent fortement les ressources psychiques de leur entourage ce qui concourt à

(1) Instruction N° DGOS/P3/2025/74 du 2 juillet 2025 relative au lancement d'un appel à projets dans le cadre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) pour l'année 2025.

(2) Contribution écrite de la DGOS, p. 11.

(3) Id., p. 12.

une forme de propagation de la souffrance psychique du patient vers les proches. Du point de vue du système de santé ensuite, l'augmentation de la prévalence des maladies et troubles psychiques dans un contexte de difficultés d'accès aux soins et de développement des prises en charges ambulatoires nécessite de développer toutes les solutions permettant de stabiliser les patients, de renforcer leur autonomisation qui requiert de mettre à leur disposition une plus large gamme de traitements, des traitements plus performants leur permettant de gagner en qualité et en confort de vie, condition de leur pleine participation à la vie de la cité. À cet égard, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) et France dépression demandent à ce que soit autorisé l'accès des patients de psychiatrie à l'eskétagamine intranasale, un traitement dérivé de la kétamine, qui présenterait, combiné à un antidépresseur oral à base de quiétapine, une efficacité supérieure aux traitements disponibles pour dans le traitement de la dépression résistante ⁽¹⁾.

Recommandation n° 9 : étudier l'opportunité d'inscrire sur la liste en sus de psychiatrie des médicaments innovants y compris en dehors du dispositif d'accès précoce.

B. LA SORTIE DU DISPOSITIF DE SÉCURISATION NÉCESSITE UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCÉ ET LA PRISE EN COMPTE DE CERTAINS AXES D'AMÉLIORATION

1. Un pilotage national et un accompagnement renforcé permettront de sortir du *statu quo* et d'appliquer réellement la réforme

• **Toutes les fédérations hospitalières déplorent un pilotage national insuffisant, qui se traduit en pratique par l'absence de communication régulière d'études d'impact et l'absence de réunions mensuelles du comité de suivi de la réforme.** Pourtant, il s'agissait d'engagements figurant au sein d'un protocole d'accord sur les modalités de mise en place des réformes de financement, signé entre les fédérations hospitalières et l'État le 30 novembre 2021 ⁽²⁾. La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) indique à ce titre que le comité de suivi ne s'est réuni qu'une seule fois au cours des huit premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la réforme et les études d'impact prévues par l'article 3-2 du protocole n'ont pas été communiquées dans les conditions fixées. Le dispositif de soutien *ad hoc* prévu par l'article 3-3 pour les établissements subissant des effets restructurants majeurs n'a pas trouvé à s'appliquer. La FHP ajoute que l'absence de mise en place effective des deux comités annuels de suivi limite la portée des travaux engagés en vue du déploiement de la réforme et réduit la capacité des fédérations ainsi que des établissements à assurer un suivi réel des orientations et décisions prises et à adapter leur stratégie en conséquence. La Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne privés à but non lucratif (Fehap)

(1) *Les conclusions de l'essai européen ESCAPE-TRD conduit auprès de 676 patients atteints de dépression résistante sont développées par Vieta E. et al., « Improvements in functioning and workplace productivity with esketamine nasal spray versus quetiapine extended release in patients with treatment-resistant depression: findings from the ESCAPE-TRD study », European Neuropsychopharmacology, 2025.*

(2) *Cité dans la contribution de la FHP.*

souscrit à cette analyse, considérant que les années de sécurisation des recettes quoiqu'indispensables sur le principe, n'ont pas été mises à profit pour avancer sur un cadre clair de déploiement, en particulier s'agissant de la répartition de l'enveloppe régionale de dotation populationnelle. Dans ce contexte, la Fehap estime que leur prolongation sans projet d'accompagnement spécifique est problématique parce qu'elle ne garantit aucunement de renforcer la capacité des établissements à se préparer à la réduction progressive des niveaux de sécurisation jusqu'à la fin de l'année 2028.

Recommandation n° 10 : respecter les engagements figurant dans le protocole d'accord par la tenue régulière des réunions du comité de suivi, du comité de pilotage et la transmission d'études d'impact.

La répartition de l'enveloppe régionale de dotation populationnelle entre les établissements soulève encore d'importantes difficultés et l'arrêt des mesures de sécurisation serait de nature à mettre en difficulté certains établissements. L'ARS Grand Est a ainsi fait part d'effets redistributifs très importants à l'échelle de la région, qui conduiraient à une perte de recettes de 20 millions d'euros pour un établissement du territoire, ce qui serait susceptible de déstabiliser l'offre de soins régionale. Compte tenu de l'insuffisance des moyens humains dédiés à la mise en œuvre de la réforme au sein des ARS entendues dans le cadre de la mission, rien n'indique que le prolongement de la sécurisation suffira à résoudre les difficultés soulevées par des variations trop importantes du niveau de ressources d'un ou plusieurs établissements sous l'empire du nouveau modèle.

Les rapporteurs considèrent que seul un accompagnement renforcé des ARS et des CCAR permettra aux acteurs de terrain de trouver des solutions adaptées à la préservation de l'offre de soins territoriale, dans une optique de rééquilibrage des ressources entre établissements, conformément à l'ambition initiale de la réforme. En effet, les modalités actuelles de répartition de l'enveloppe régionale de dotation populationnelle ne permettent pas une participation réelle des CCAR dont les membres n'ont pas accès à l'outil de modélisation de la répartition de l'enveloppe élaboré par l'Anap. En dépit de l'élaboration par la DGOS d'un guide méthodologique « pas à pas » de répartition de l'enveloppe régionale ⁽¹⁾, les ARS, comme les membres des CCAR, s'estiment parfois dépassés par la complexité de la tâche et estiment en majorité qu'ils ne disposent pas des informations pertinentes leur permettant de mener à bien leur mission. La répartition de l'enveloppe est considérée comme particulièrement complexe et opaque. Les représentants des usagers s'interrogent sur l'instrumentalisation du CCAR compte tenu du manque d'informations dont ils disposent en amont de la répartition et de l'allocation finale des ressources régionales qui ne tient parfois aucun compte des orientations prises en CCAR. De fait, l'instruction de la DGOS du 5 avril 2024 relative aux compartiments régionaux du modèle de financement de la psychiatrie indique explicitement et en gras : « *L'outil fourni par l'Anap est à destination des*

(1) Instruction n° DGOS/R4/2024/35 du 5 avril 2024 précitée, p. 118.

ARS uniquement et n'a pas vocation à être partagé avec les membres du CCAR »⁽¹⁾. Les rapporteurs estiment qu'il est essentiel de préparer la sortie des mesures de sécurisation par un renforcement du rôle des CCAR, dans un cadre national comportant des garanties d'accès aux informations pertinentes et de prise en compte des orientations actées en CCAR.

Recommandation n° 11 : élaborer un cadre national de fonctionnement des CCAR comprenant :

- un socle minimal d'informations transmises à leurs membres ;
- un accès à l'outil de répartition de l'enveloppe régionale de l'Anap ;
- l'obligation pour l'ARS de fournir des éléments d'explications aux membres du CCAR lorsque la décision d'allocation des ressources ne respecte pas les orientations actées en CCAR.

2. La fin des mesures de sécurisation devra s'accompagner à court terme de certains ajustements déjà identifiés et à moyen terme d'une réduction du nombre de compartiments

● La réforme du modèle de financement ne pourra paradoxalement être mise en œuvre à court terme que si elle s'accompagne d'une transformation réelle de l'offre de soins, qu'elle concourt à financer. Le professeur Frank Bellivier, ancien délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, a résumé la situation actuelle en évoquant un « *hiatus* » entre la stratégie nationale santé mentale et psychiatrie et les effets conservateurs de la réforme du financement dans son application actuelle. La réforme du financement est dans son principe soutenue et saluée par l'ensemble des acteurs et elle ne doit pas être remise en cause.

La réforme du financement doit cependant intégrer certains ajustements pour permettre une transformation réelle de l'offre de soins. Il est essentiel d'assurer au secteur public les moyens de moderniser effectivement les prises en charge par une revalorisation des compartiments de financement qui visent à transformer l'offre de soins. Ainsi, il semble nécessaire de renforcer la part du financement à la qualité, en adaptant les indicateurs à la psychiatrie. Il est également souhaitable de transférer les crédits de financement des mesures pérennes telles les revalorisations salariales ou encore les projets pérennisés dans le cadre du Fiop au sein de la dotation populationnelle et de réserver les crédits du compartiment transformation à la conduite de projets de transformation de l'offre de soins. De même, le financement des centres experts devrait être isolé dans le compartiment recherche et non entrer en concurrence avec les crédits finançant les soins.

La rétribution de l'activité réalisée dans le cadre extrahospitalier qui s'inscrit dans la mise en œuvre de la feuille de route nationale doit être mieux valorisée pour couvrir les coûts effectivement supportés par les établissements pour le fonctionnement de cette offre de soins dont les coûts sont structurellement supérieurs à des consultations ambulatoires ou hospitalières. Cela implique de

(1) Id., p. 124.

rehausser de 20 % à 50 % la bonification associée au « supplément hors lieu de soins ». Ce supplément est en l'état actuel sans commune mesure avec les coûts effectivement supportés par les établissements pour les visites domiciliaires et l'activité des équipes mobiles dans les zones rurales, où les temps de trajet plus importants réduisent le temps passé auprès des patients.

Recommandation n° 12 : rehausser de 20 % à 50 % la bonification associée au « supplément hors lieu de soins ».

La réforme du financement ne pourra être mise en œuvre qu'à condition de donner les moyens aux établissements perdants d'augmenter leurs recettes d'activité. La dotation file active doit évoluer pour tenir compte de la lourdeur des prises en charge, qui plus est inégale, entre le secteur public et le secteur privé. La dotation file active devrait également évoluer pour valoriser l'augmentation de la file active de patients prise en charge par les établissements et ainsi renforcer l'accès aux soins de la population. Une enveloppe de sécurisation pourrait être maintenue au seul bénéfice des établissements participant au service public qui connaîtraient à la fois une baisse importante de leur dotation populationnelle et un nombre important de postes vacants, afin de préserver l'offre de soins territoriale et leur capacité à mener des projets de transformation.

- À moyen terme, la bonne appropriation de la réforme requiert un effort de simplification de son architecture financière par une réduction du nombre de compartiments. Les huit compartiments de financement induisent une complexité jugée « *absurde* » par certains gestionnaires, d'autant que le pilotage s'inscrit toujours dans une logique d'enveloppe fermée. Cette segmentation nuit à la prévisibilité financière et entraîne des situations où une même mesure peut être financée par plusieurs vecteurs et où les compartiments ne financent pas toujours ce qu'ils sont censés financer, rendant le suivi des crédits quasi impossible pour les ARS. Une réduction du nombre de compartiments est souhaitable pour restaurer la lisibilité du système et son rôle initial d'outil au service de l'amélioration du système de soins psychiques en France.

RÉUNION DE LA COMMISSION DU MERCREDI 27 MAI 2026 À 15 HEURES

– *Évaluation « Évaluation « La réforme du financement de la psychiatrie » (article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020) (Mme Élise Leboucher et M. Sébastien Peytavie, rapporteurs) ⁽¹⁾.*

M. Hadrien Clouet, président. Nous en venons à la seconde évaluation, portant sur la réforme du financement de la psychiatrie.

Mme Élise Leboucher, rapporteure. Nous avons choisi d'évaluer la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie instituée par l'article 34 de la LFSS 2020, dans un contexte où la santé mentale a été érigée en grande cause nationale pour 2025 et 2026.

La réforme, dont l'entrée en vigueur a été reportée à 2022 en raison de la crise sanitaire, poursuivait plusieurs objectifs : réduire les fortes inégalités de financement entre établissements et entre régions ; accompagner la modernisation des prises en charge ; adapter l'offre aux besoins et faire converger les pratiques entre secteurs public et privé lucratif, objectif discutable à mon sens. Or, les travaux établissent que la réforme ne produit pas d'effets : les établissements bénéficient depuis 2022 d'une garantie de recettes qui neutralise les deux principaux compartiments de financement. Ces mesures de sécurisation, initialement prévues jusqu'en 2025, ont été prolongées jusqu'en 2028.

Cette non-application résulte de l'extraordinaire complexité de la nouvelle architecture de financement et du risque de déstabilisation de l'offre de soins. Du fait de la situation de vide juridique dans laquelle elle se trouve – entrée en vigueur, mais non appliquée –, elle n'a pas été évaluée, et l'on peut en déduire que les dysfonctionnements qui l'ont motivée n'ont pas été traités.

Nos travaux permettent de dresser plusieurs constats. Les inégalités de dotations régionales demeurent importantes malgré un effort de refinancement des régions les moins bien dotées, insuffisant pour compenser plus d'une décennie de sous-financement de la psychiatrie publique. Les collectivités d'outre-mer et les Pays de la Loire restent particulièrement en retard. L'architecture des huit compartiments de financement est complexe, peu lisible et génère une concurrence préjudiciable entre établissements. Les financements dédiés à la pédopsychiatrie sont éparpillés et sans suivi clair, alors que l'offre s'effondre sur l'ensemble du territoire.

Les parties prenantes sont, dans l'ensemble, favorables à la réforme, mais déplorent un pilotage national insuffisant, voire défaillant : le comité de suivi national ne se réunit pas, et les comités consultatifs régionaux d'allocation des ressources (CCAR) travaillent sans les informations nécessaires, leurs orientations

(1) <https://assnat.fr/wHbuBb>

n'étant pas suivies par les agences régionales de santé (ARS). La réforme n'a pas non plus accompagné la diversification de l'offre de soins ni renforcé son attractivité, et nous regrettons qu'elle permette de financer les centres experts *via* des crédits destinés à l'offre de soins.

M. Sébastien Peytavie, rapporteur. Le pilotage national de la réforme est défaillant : le comité de suivi national ne se réunit pas, les études d'impact promises ne sont pas transmises et les CCAR travaillent à l'aveugle. Une instruction de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) d'avril 2024 interdit même aux ARS de transmettre aux CCAR l'outil de modélisation de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). C'est pourquoi nous demandons la tenue régulière du comité national de suivi et l'élaboration d'un cadre de fonctionnement pour les CCAR avec des garanties d'accès à l'information.

La réforme actuelle, de conception purement démographique, dessert les territoires ruraux en ignorant l'isolement géographique. Aussi recommandons-nous l'introduction d'un coefficient multiplicateur de ruralité et une revalorisation de 20 à 50 % du financement pour les suppléments hors lieu de soins, afin de compenser les coûts réels des visites à domicile des équipes mobiles. Ces équipes, pourtant plébiscitées, dépendent souvent d'appels à projets pour leur financement, ce qui est inadmissible.

Les indicateurs de qualité, calqués sur les soins somatiques, sont inadaptés à la psychiatrie. Nous préconisons d'intégrer les mesures salariales à la dotation populationnelle, de réserver l'enveloppe-transformation aux projets de restructuration réels, de doter la recherche de moyens dignes de ce nom – elle ne bénéficie que de 5 000 euros à l'échelle nationale – et de rattacher le financement des cinquante-trois centres experts au compartiment recherche plutôt qu'à la dotation populationnelle. Enfin, nous plaçons pour une rémunération à la file active par patient plutôt qu'à l'acte, afin de cesser d'inciter au codage massif et d'améliorer réellement l'accès aux soins.

En conclusion, notre rapport montre que le *statu quo* fige les inégalités infrarégionales. Pourtant, cette réforme était nécessaire, et personne ne souhaite y renoncer. La sortie des mesures de sécurisation ne peut plus attendre, mais elle suppose un pilotage national renforcé et des moyens supplémentaires.

M. Hadrien Clouet, président. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Serge Muller (RN). La psychiatrie demeure le parent pauvre du système de santé, traitée comme variable d'ajustement par les gouvernements successifs. Les chiffres sont éloquentes : le nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique a augmenté de 21 % en quatre ans, passant de 466 000 en 2019 à 566 000 en 2023. Une personne sur deux souffrant de troubles psychiatriques rencontre des difficultés d'accès aux soins. Ce n'est pas une crise conjoncturelle,

c'est une faille structurelle. En 2024, dans 40 % des établissements publics, un quart des postes de psychiatres étaient vacants. Le nombre d'infirmiers en psychiatrie est passé de 62 000 en 1997 à 55 000 en 2023. Un système de financement solide est nécessaire, mais sans investissement humain massif, aucune réforme ne produira les effets attendus. Disposez-vous d'un chiffrage du coût des carences en secteur psychiatrique ?

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). Notre système de psychiatrie publique s'effondre. La réforme de 2020 restant prisonnière des contraintes de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), les besoins massifs et croissants ne sont pas satisfaits. Une personne sur cinq est touchée par des troubles psychiatriques ; chez les jeunes, la détresse explose. L'hôpital public assume 95 % de la psychiatrie et prend en charge les pathologies les plus lourdes à moyens constants, tandis que les cliniques privées dégagent des marges allant jusqu'à 9 %. La souffrance psychique n'est pas un secteur de rentabilité : il faut renforcer les moyens humains et financiers, simplifier les parcours de soins, augmenter la place de la psychiatrie dans les formations et rompre avec la logique de médicalisation à outrance.

Mme Chantal Jourdan (SOC). L'objectif de la réforme était de réduire les inégalités de moyens et de favoriser l'intervention ambulatoire. Il est urgent de déstigmatiser le trouble psychique et d'évoluer vers le soin précoce hors les murs, ce qui demande autant, voire davantage, de moyens, et de financer spécifiquement l'aller vers. La tarification à l'activité, déjà néfaste en soins somatiques, l'est encore davantage pour les personnes polypathologiques. La proposition de valoriser la file active par patient plutôt que par acte est pertinente, mais comment refléter les besoins réels de financement alors qu'une personne sur deux n'accède pas aux soins dont elle a besoin ? Quels compartiments de financement, parmi les huit existants, conviendrait-il de simplifier en priorité ? Quelle augmentation globale serait nécessaire pour répondre aux besoins ?

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Le rapport indique qu'il y a eu un refinancement, mais sans en préciser le montant global ; il serait pourtant utile de savoir quels moyens supplémentaires ont été budgétés, puis consommés. La réduction nuancée des inégalités interrégionales est soulignée, mais les dotations seules ne suffisent pas sans un modèle de financement adéquat. La recommandation sur le coefficient de ruralité me semble très intéressante, mais elle pose une question de procédure : l'introduction d'un tel coefficient relève-t-elle du décret ou de la loi ?

Plus généralement, parmi les douze recommandations que vous formulez, lesquelles relèvent du levier législatif et lesquelles du levier réglementaire ? La recommandation n° 9 sur l'accès aux médicaments innovants mériterait un prolongement : la Haute Autorité de santé n'a reçu quasiment aucune demande d'autorisation dans ce domaine, et il serait utile d'interroger les acteurs du médicament sur les raisons de cette absence de dossiers déposés en France.

Mme la rapporteure. Il n'existe pas de chiffrage précis du coût des carences ; le constat est celui d'une décennie de sous-financement chronique de la psychiatrie publique, dont la part dans l'Ondam n'a pas progressé au même rythme que l'ensemble. Paradoxalement, les établissements psychiatriques ne sont pas en déficit financier – le problème est celui du modèle, du fléchage des budgets et des écarts entre établissements. La réforme privilégie l'hospitalisation complète, alors qu'il convient d'envisager d'autres dispositifs. C'est pourquoi nos propositions visent à accompagner la transformation de l'offre de soins et à sortir de la logique d'enveloppe fermée.

Les personnes qui n'accèdent pas aux soins ne sont pas seulement victimes de déserts médicaux : il y a aussi le temps de la personne à respecter, d'où l'importance des dispositifs d'aller vers. Or ceux-ci ne sont pas valorisés financièrement, ce qui n'incite pas les établissements à les proposer. La simplification des compartiments devrait conduire à plusieurs améliorations : intégrer la dotation relative à la file active dans la dotation populationnelle pour cesser d'en faire une dotation à l'activité cachée, financer les mesures salariales pérennes par abondement de la dotation populationnelle, réserver l'enveloppe transformation aux projets de restructuration réels, regrouper les crédits de soutien à la pédopsychiatrie dans un compartiment spécifique, transformer la dotation nouvelles activités en dotation d'investissement pour la rénovation du bâti, et relever de 20 % à 50 % la bonification pour les suppléments hors lieu de soins.

M. le rapporteur. Les crédits alloués aux lieux de soins publics et privés s'élevaient à 11 milliards d'euros en 2021 et atteindront 13,5 milliards d'euros en 2026. Une progression a eu lieu, mais le retard à combler était tel que cet effort demeure insuffisant. Les régions les plus en retard ont rattrapé une partie de leur écart par rapport à la moyenne, mais les autres ont conservé le même niveau de financement. Et au sein même des régions, aucun rattrapage n'a eu lieu – c'est là un problème majeur.

Toutes les parties prenantes s'accordent sur la nécessité de la réforme et la pertinence de sa conception. Sa mise en œuvre a été entravée par la crise du covid-19 et par d'autres facteurs. Le problème de l'enveloppe fermée et de la conception actuelle de l'Ondam est structurel : face aux besoins croissants en santé mentale, notamment chez les jeunes, il est impératif d'y consacrer les moyens nécessaires.

La question de la démographie soignante est centrale. Si certains établissements ne se portent pas si mal financièrement, c'est précisément parce que les ressources humaines représentent plus de 80 % des budgets et que le manque de médecins se traduit mécaniquement par des dépenses moindres. La spécialité psychiatrique n'est plus attractive pour les médecins. La formation spécifique des infirmiers psychiatriques, supprimée dans les années 1990, n'a jamais été véritablement remplacée. Ces questions débordent du champ de la réforme mais conditionnent sa réussite.

La logique purement populationnelle de la réforme est inadaptée aux territoires ruraux, où les professionnels passent une part importante de leur temps en déplacement. Ne prendre en compte que le temps passé auprès du patient crée une inégalité territoriale profonde, alors même que les équipes mobiles sont essentielles à la transformation de l'offre. L'objectif déclaré de la réforme – sortir d'une logique d'hospitalisation et de médicalisation au profit d'une logique de désinstitutionnalisation – n'a pas toujours été formulé clairement. Ce modèle ne générera pas d'économies à court terme : les équipes mobiles et la politique de l'aller vers coûteront plus cher qu'un lit d'hôpital, car il faut rémunérer correctement les professionnels. Mais à moyen et long terme, la qualité de vie des patients s'améliorera, les crises et les ruptures de traitement seront évitées. Il faut être clair sur ce point pour ne pas nourrir d'illusions budgétaires.

L'état du bâti est un autre angle mort : de nombreuses structures psychiatriques occupent des bâtiments totalement inadaptés, hors des villes, parfois dans d'anciens édifices qui ne répondent à aucune norme. Les épisodes de canicule l'ont montré de manière cruelle. La réforme doit aussi signifier un investissement dans le bâti. Enfin, les moyens consacrés à la recherche sont dérisoires. Une grande partie des financements dits innovants ne font que déployer des modèles déjà éprouvés. Il faut préserver une part pour la véritable innovation et donner aux territoires les moyens de l'exercer.

M. Hadrien Clouet, président. Il me reste à remercier l'ensemble des rapporteurs pour ces évaluations.

ANNEXE
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS
(par ordre chronologique)

➤ **Collectif « Printemps de la psychiatrie »** – **Dr Martin Pavelka**, pédopsychiatre, **Mme Jocelyne Goût**, infirmière, **M. Serge Klopp**, formateur, cadre de santé à la retraite, et **Dr Delphine Glachant**, psychiatre

➤ *Table ronde des représentants des usagers de la psychiatrie :*

– **Fédération nationale des associations d’usagers en psychiatrie (Fnapsy)** – **Mme Claude Finkelstein**, présidente

– **Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam)** – **Mme Emmanuelle Rémond**, présidente, **M. Jean-Yves Blandel** et **M. Emery Doligé**

➤ *Table ronde des organisations représentatives des salariés*

– **Confédération générale du travail (CGT)** – **Mme Jocelyne Gout**, et **Mme Lucie Morel**, secrétaires fédérales de la Fédération de la santé et de l’action sociale

– **Confédération générale du travail - Force ouvrière (CGT-FO)** – **M. Emmanuel Tinnes**, secrétaire fédéral de FO-Personnels des services publics et des services de santé, et **M. Jean-Yves Boisson**, membre des Cadres hospitaliers de FO

– **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – **Mme Virginie Briselet Capron**, secrétaire nationale, et **M. Fabien Hallet**, attaché politique

– **Union nationale des syndicats autonomes (Unsa)** – **M. Yann Le Baron**, secrétaire national de la fédération Santé et sociaux public et privé, **M. Sylvain Michel** et **Mme Karine Roger**

➤ **Pr Frank Bellivier**, ancien délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, professeur de psychiatrie adulte à l’Université Paris 7 (Denis Diderot) et responsable des services de psychiatrie et de médecine addictologique du groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal

➤ **Haute Autorité de santé (HAS)** – **Pr Lionel Collet**, président, et **Mme Laetitia May**, cheffe du service de l’évaluation et des outils pour la qualité et la sécurité des soins

➤ *Table ronde des fédérations hospitalières :*

– **Fédération hospitalière de France (FHF)*** – **Mme Cécile Chevance**, responsable du pôle des offres, et **M. Vincent Ollivier**, responsable adjoint

– **Fédération des établissements hospitaliers et d’aide à la personne privés solidaires (Fehap)*** – **M. Arnaud Joan-Grange**, directeur de l’offre de soins et de

la coordination des parcours de santé, et **M. Olivier Callet**, directeur général de l'association Les ailes déployées

– **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)*** – **M. Marc Laidet**, président de la Fédération de l'hospitalisation privée psychiatrique, et **M. Bertrand Sommier**, secrétaire général

– **Association des établissements participant au service public de santé mentale (Adesm)** – **M. Piero Chierici**, directeur de la politique générale du centre hospitalier de psychiatrie universitaire Le Vinatier de la métropole de Lyon, **Mme Stéphanie Fazi-Leblanc**, directrice du centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux), et **M. Bruno Gallet**, directeur des établissements publics de santé mentale de la métropole de Lille, de l'agglomération lilloise et du Val de Lys-Artois

➤ *Table ronde des structures territoriales :*

– **Agence régionale de santé Occitanie** – **M. Joffrey Henric**, directeur adjoint et secrétaire général, et **Mme Charlotte Hammel**, directrice adjointe de l'offre de soins et de l'autonomie, chargée de l'autonomie, des parcours de vie et de l'inclusion

– **Agence régionale de santé La Réunion** – **M. Jean-Jacques Coiplet**, directeur général, **Mme Inès Lobo de Sousa**, directrice générale adjointe, **Mme Émilie Sam**, directrice de la régulation et de la gestion de l'offre de santé, **M. Stéphane Courtois**, chargé de mission pour l'allocation des ressources et l'offre de santé, et **M. Cyril Héribert-Laubriat**, référent Santé mentale et addictions

– **Agence régionale de santé Grand Est** – **M. Thomas Talec**, directeur de l'offre de soins

– **Établissement public de santé mentale de la Sarthe** – **M. Philippe Paret**, directeur général par intérim, **M. David Roullis**, responsable des finances, et **M. Frédéric Gibaud**, président du comité consultatif d'allocation des ressources pour la psychiatrie des Pays de la Loire et directeur adjoint du centre hospitalier universitaire de Nantes

– **Centre hospitalier de Périgueux** – **Mme Corinne Mothes**, directrice générale, et **M. Florian Dreyfus**, directeur des affaires financières

– **Groupe Inica** – **M. Mathieu Frappin**, directeur régional de la santé mentale pour le Nord

* *Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

4. LA MISE EN ŒUVRE DES CAMPAGNES DE VACCINATION CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS DANS LES COLLÈGES

(M. Michel Lauzzana, rapporteur)

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) a confié à M. Michel Lauzzana l'évaluation de l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ⁽¹⁾, lequel a concrétisé l'annonce effectuée par le Président de la République en 2023 en créant les conditions législatives nécessaires à la mise en place de campagnes de vaccination contre le papillomavirus dans les collèges. Il importait de faire le point sur ce dispositif mis en œuvre dès l'année scolaire 2023-2024, alors que la troisième campagne s'achève bientôt.

(1) Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

INTRODUCTION

La lutte contre les pathologies induites par les papillomavirus humains (HPV) constitue un axe prioritaire de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 ⁽¹⁾. Ces virus, auxquels environ 80 % de la population est exposée au cours de sa vie, représentent un enjeu de santé publique majeur du fait de cette forte prévalence et de la gravité des complications induites par certaines souches.

➤ Un coût sanitaire et économique considérable

Chaque année, plus de 6 400 nouveaux cas de cancers sont attribuables à ces infections en France. Si le cancer du col de l'utérus est le mieux identifié – avec environ 3 200 nouveaux cas et 1 100 décès par an ⁽²⁾ – les HPV sont également responsables de cancers de l'anus, de l'oropharynx, du pénis, de la vulve et du vagin. Au-delà, ces virus provoquent des lésions précancéreuses et des verrues génitales (condylomes) dont les traitements, souvent répétés, peuvent s'avérer délabrants. M. Norbert Ifrah, président de l'INCa, a ainsi souligné lors de son audition qu'environ 100 000 personnes voyaient leur vie fortement impactée par ces virus chaque année en France.

Au-delà de leur coût sanitaire, le coût économique de ces affections est documenté par plusieurs études de référence : pour les cancers HPV-induits, il a été estimé, à partir des données du PMSI ⁽³⁾, à 511 millions d'euros sur la période 2011-2013 pour les seules hospitalisations, avec un coût par patient de l'ordre de 28 000 euros pour les cancers anaux et 41 000 euros pour les cancers ORL ⁽⁴⁾. Une autre étude évoque un coût de 240 millions d'euros par an, dont 132,5 millions d'euros pour les cancers touchant les femmes et 107,2 millions d'euros chez les hommes ⁽⁵⁾.

➤ Un vaccin efficace et sûr, qui fait entrevoir une disparition des cancers liés au HPV

Le vaccin contre le HPV actuellement autorisé en France, le Gardasil 9, est efficace pour lutter contre neuf types différents de papillomavirus à l'origine de 90 % des infections susceptibles d'engendrer des lésions génitales précancéreuses et cancéreuses, lorsqu'il est administré à des patients n'ayant pas encore été infectés – étant donné la forte contagiosité des HPV, on considère en pratique que c'est avant le début de la vie sexuelle. Ce vaccin présente en outre un profil de sécurité établi, attesté par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des

(1) <https://www.cancer.fr/l-institut-national-du-cancer/la-strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-france/strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>

(2) Contribution écrite adressée au rapporteur par Santé publique France.

(3) Programme de médicalisation des systèmes d'information.

(4) « *Epidemiological and economic burden of potentially HPV-related cancers in France* », Abramowitz et al., 2018.

(5) « *Economic burden of HPV-related cancers in France* », Borget et al., *Vaccine* 2011.

produits de santé (ANSM)⁽¹⁾, qui n'enregistre aucun effet indésirable grave ; il n'existe par ailleurs aucune contre-indication particulière.

C'est la raison pour laquelle plusieurs pays se sont engagés, depuis le début des années 2000, dans une politique volontariste de vaccination des enfants contre le HPV, à l'image de la Suède, de l'Australie, du Danemark ou encore du Royaume-Uni. L'exemple de ces pays montre que seules les campagnes de vaccination en milieu scolaire permettent d'atteindre des taux de couverture de la population supérieurs à 75 %, en surmontant les inégalités sociales et territoriales en santé. Ainsi, des pays comme la Suède, avec une couverture vaccinale de 83 %, ou encore le Danemark et l'Australie, sont aujourd'hui en mesure de prévoir une quasi-élimination du cancer du col de l'utérus à l'horizon 2028-2034.

➤ **La France en retard**

En 2020, la France figurait au vingt-septième rang européen avec un taux de couverture de la population limité à 28 %⁽²⁾. Bien que la vaccination contre le HPV ait été recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS) dès 2007 pour les filles, la France a accumulé un retard structurel dans la prévention de ces affections. La stratégie nationale a longtemps été pénalisée par une focalisation regrettable sur la seule population féminine et sur l'entrée dans la vie sexuelle, ce qui a induit une stigmatisation et contribué à brouiller le message quant à l'importance de cette vaccination chez les enfants.

Si la mise en place, à partir de 2018, d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a d'ores et déjà permis de réduire la mortalité de ce cancer spécifique⁽³⁾, il ne permet pas aujourd'hui de prévenir les autres pathologies induites par les papillomavirus.

Face à ce constat, le déploiement d'une stratégie d'« aller vers » en milieu scolaire est apparu comme le levier le plus pertinent pour atteindre l'objectif de 80 % de couverture vaccinale contre le papillomavirus d'ici 2030 fixé dans le cadre de la stratégie décennale. En proposant la vaccination directement dans les collèges, l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 vise ainsi à lever les barrières financières et logistiques à la montée en charge de cette vaccination, tout en réduisant les inégalités sociales et territoriales de santé observées dans les parcours de prévention classique.

(1) Gardasil 9 - Rapport d'enquête et de pharmacovigilance n°3, ANSM, février 2025.

(2) Contribution écrite du laboratoire MSD.

(3) En France, le taux d'incidence standardisé mondial du cancer du col de l'utérus est estimé à 6,3 pour 100 000 femmes en 2023, affichant une diminution annuelle moyenne de 0,1 % sur la période 2010-2023. Cette tendance baissière est plus prononcée concernant la mortalité, avec un recul annuel moyen de 2,1 % entre 1990 et 2018. Ces résultats corréleront avec la montée en charge du dépistage dont le taux de participation a atteint 60,9 % en 2024, en progression de 9,7 points depuis 2017.

I. PRÉSENTATION DU DISPOSITIF

1. Un socle législatif introduit en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et adossé aux recommandations de la Haute Autorité de santé

Le déploiement des campagnes nationales de vaccination contre les HPV a été permis par l'article 37 de la LFSS 2024, au sein des établissements scolaires ainsi que dans certains établissements médico-sociaux accueillant des enfants en situation de handicap. Concrètement, la LFSS prévoit la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des vaccins administrés dans ce cadre ⁽¹⁾, ainsi que des modalités de rémunération forfaitaire dérogatoires pour les professionnels de santé ⁽²⁾ intervenant en renfort pour vacciner ⁽³⁾.

L'article 65 de la LFSS 2025 ⁽⁴⁾ a par la suite modifié le périmètre des campagnes en y adjoignant la vaccination contre les infections invasives à méningocoque ACWY, cette dernière pouvant être mise en œuvre conjointement avec la vaccination contre le HPV.

Conformément à la recommandation émise par la HAS en décembre 2019 ⁽⁵⁾, ces campagnes scolaires visent prioritairement les adolescents, filles et garçons, âgés entre 11 et 14 ans, avec un schéma à deux doses de vaccin espacées de cinq à treize mois. La vaccination est par ailleurs recommandée en rattrapage avec un schéma à trois doses entre 15 et 26 ans depuis le 30 avril 2025 ⁽⁶⁾, avec une prise en charge à 100 % du vaccin ⁽⁷⁾ lorsque la vaccination est pratiquée dans le cadre des établissements susmentionnés.

La lecture conjointe des recommandations de la HAS et du dispositif législatif voté en LFSS détermine ainsi les grandes caractéristiques de ces campagnes de vaccination : elles sont gratuites, destinées à tous les adolescents entre 11 et 14 ans et mises en œuvre par les centres de vaccination dans les établissements scolaires, avec le renfort d'autres professionnels de santé recrutés à la vacation.

2. Une gouvernance nationale interministérielle

Le pilotage stratégique de ces campagnes de vaccination est assuré de manière conjointe par la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale

(1) 28° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

(2) Médecins, infirmiers et sage-femmes en exercice ou retraités, étudiants en médecine ou en pharmacie.

(3) Article L. 162-38-1 du code de la sécurité sociale.

(4) Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(5) « Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons », HAS, 16 décembre 2019.

(6) « Vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) – Élargissement de la cohorte de rattrapage vaccinal chez les hommes et les femmes jusqu'à 26 ans révolus », HAS, 30 avril 2025.

(7) Arrêté du 9 décembre 2025 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

de l'enseignement scolaire (Dgesc), qui en précisent les modalités au moyen d'une instruction interministérielle commune publiée en amont de chaque nouvelle campagne. La campagne actuelle (2025-2026) s'inscrit ainsi dans le cadre d'une instruction publiée en juillet 2025 ⁽¹⁾.

Ces instructions ont prévu qu'un comité de pilotage national suivrait le déploiement du dispositif et en évaluerait les résultats, en associant les agences sanitaires (INCa, SPF, ANSM), la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) ainsi que des représentants des agences régionales de santé et des rectorats. À l'échelon national, la répartition des rôles est ainsi définie :

- l'Institut national du cancer (INCa) est en charge du déploiement de la campagne de communication accompagnant la vaccination au collège. Pour ce faire, il met de nombreux outils et ressources pédagogiques à la disposition des personnes chargées de la déployer sur le terrain ;

- la Cnam finance les vaccins et les vacations des professionnels de santé recrutés par les centres de vaccination pour contribuer aux vaccinations ;

- Santé publique France (SPF) est chargée d'estimer et de suivre l'évolution de la couverture vaccinale contre les infections à HPV chez les adolescents ciblés par les campagnes ;

- l'ANSM assure le suivi de ces campagnes sur le plan de la pharmacovigilance.

3. Une déclinaison opérationnelle reposant sur la coordination agences régionales de santé-rectorats

Le pilotage opérationnel de ces campagnes dans les territoires repose en grande partie sur les agences régionales de santé (ARS), lesquelles définissent la stratégie régionale et veillent à la mobilisation et à la coordination des différents acteurs réunis dans le cadre de comités de pilotage régionaux dont elles assurent l'animation. Elles identifient les structures effectrices des vaccinations sur leur territoire, principalement les centres de vaccination. Elles assurent par ailleurs le financement des coûts logistiques, du transport et du personnel de coordination, ainsi que celui des vaccins qui n'ont pas pu être rattachés à un assuré social. À cette fin, la DGS indique que 21 millions d'euros supplémentaires ont été intégrés en base au Fonds d'intervention régional (FIR). Les ARS ont par ailleurs un rôle essentiel de communication et d'appui aux acteurs directement en charge de mettre en place ces campagnes : elles rédigent des courriers à destination des parents et des chefs d'établissements, organisent des webinaires pour informer et répondre aux questions, etc. Elles sont enfin responsables du suivi des campagnes de vaccination

(1) *Instruction interministérielle n° DGS/MVI/DGESCO/2025/97 du 2 juillet 2025 relative à l'organisation d'une campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) et contre les infections invasives à méningocoque ACWY (MenACWY) au collège à partir de la rentrée scolaire 2025-2026.*

et se sont dotées d'un logiciel – la plupart du temps, « Colibri » – renseigné par les centres de vaccination pour avoir une lisibilité sur l'évolution des campagnes.

Les rectorats jouent un rôle d'appui en mobilisant le réseau de l'éducation nationale, en veillant à l'articulation avec les services de santé scolaire et en fournissant la liste des collèges participants et les effectifs d'élèves. À cet égard, les instructions interministérielles successives ont déterminé d'emblée que les campagnes avaient vocation à être mises en œuvre dans tous les collèges publics relevant du ministère de l'éducation nationale ainsi que dans les seuls collèges privés sous contrat volontaires.

L'ensemble des interlocuteurs auditionnés par la mission ont insisté sur l'importance du binôme ARS-rectorats pour le bon déploiement des campagnes de vaccination. La plupart du temps, ce binôme se matérialise à l'échelon départemental, *via* des contacts réguliers entre les délégations départementales des ARS et les directeurs académiques des services de l'éducation nationale (Dasen) ainsi que les infirmières conseillères techniques qui leur sont rattachées, chargés de diffuser les informations auprès des chefs d'établissements et des infirmières de santé scolaire.

4. La mise en œuvre échoit aux établissements scolaires et aux centres de vaccination

Le rôle des établissements est essentiel sur les plans logistique et administratif. Sur le plan administratif, Ils doivent veiller à l'information des familles au moyen de courriers souvent préparés par les ARS et de kits pédagogiques conçus par l'INCa. Il leur revient également de procéder au recueil des autorisations parentales, qui constitue en effet un point critique du dispositif : le vaccin HPV n'étant pas obligatoire, l'acte est qualifié de non usuel et requiert l'autorisation écrite des deux titulaires de l'autorité parentale, même s'il est prévu qu'un parent puisse s'engager pour le second.

Sur le plan matériel, le collège doit mettre à disposition de l'équipe mobile du centre de vaccination des locaux adaptés permettant le respect de la confidentialité et des normes d'hygiène et de sécurité. Il doit prévoir l'intégration de la campagne dans le temps scolaire et organiser la participation des enfants concernés.

En revanche, la mise en œuvre des vaccinations relève exclusivement des équipes mobiles des centres de vaccination, obligatoirement placées sous la responsabilité d'un médecin ou d'une sage-femme. Ces équipes traitent les autorisations parentales, commandent les vaccins nécessaires, les acheminent dans les collèges, procèdent à l'entretien pré-vaccinal et à la vérification du carnet de santé des enfants, administrent les doses, assurent une surveillance de l'état de santé des enfants en aval et renseignent les vaccinations effectuées *via* l'utilisation du logiciel mis à disposition par l'ARS.

II. BILAN APRÈS DEUX ANNÉES DE DÉPLOIEMENT

1. Des débuts encourageants

➤ Une amélioration significative de la couverture vaccinale des adolescents

Le suivi exercé par Santé publique France à partir des données de remboursement des vaccins met en évidence une amélioration substantielle de la couverture vaccinale chez la population ciblée par les campagnes scolaires.

Pour la première campagne (2023-2024) ⁽¹⁾, les deux doses étaient administrées aux élèves des classes de cinquième. Au total, environ 192 000 doses ont été administrées dans les collèges et dans les établissements médico-sociaux. Pour la seconde campagne (2024-2025) ⁽²⁾, on observe un fléchissement du nombre total de doses administrées aux élèves de cinquième (117 000). Cependant, cette baisse a été concomitante d'une modification de l'organisation des campagnes dans plusieurs régions, certaines ne prévoyant plus qu'un seul passage en cinquième, la deuxième dose ayant vocation à être administrée en quatrième (*cf. infra*).

Au-delà des doses administrées dans les établissements, la communication importante qui a entouré les campagnes scolaires a exercé un effet d'entraînement notable sur les vaccinations pratiquées en libéral, conjointement avec l'ouverture de la vaccination contre le HPV aux pharmaciens et sages-femmes ⁽³⁾. La dynamique a ainsi largement dépassé le cadre scolaire, où seules 13 % des vaccinations ont été réalisées en 2024-2025. Au total, en incluant les vaccins administrés en ville, la couverture vaccinale contre le HPV a été portée à 62 % pour au moins une dose pour les filles nées en 2011 (+ 24 %) et à 48 % pour les garçons (+ 22 %) à l'issue de la campagne 2023-2024. La dynamique reste positive bien que moindre à l'issue de la campagne 2024-2025 : la couverture vaccinale est ainsi portée à 54 % pour au moins une dose pour les filles nées en 2012 (+ 16 %) et 43 % pour les garçons (+ 14 %). Les données de couverture ne sont pas encore disponibles pour la campagne 2025-2026, qui n'est pas achevée ; cependant, les retours des formulaires d'autorisation parentale laissent entrevoir une dynamique meilleure que pour la deuxième campagne, bien qu'encore inférieure à la première.

(1) « Bilan de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) menée au collège dans les classes de 5e au cours de l'année scolaire 2023-2024 en France », SPF, 23 janvier 2025.

(2) « Bilan de la deuxième campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) menée au collège dans les classes de 5e au cours de l'année scolaire 2024-2025 en France », SPF, 18 décembre 2025.

(3) Arrêté du 1^{er} mars 2022 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer et arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des vaccins que les pharmaciens d'officine sont autorisés à administrer en application du 9^o de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique et la liste des personnes pouvant en bénéficier.

Les données de SPF montrent également une amélioration constante de la couverture vaccinale à 15-16 ans, estimée à 62 % pour les filles en 2025, contre 21 % en 2015 ⁽¹⁾ et à 46 % chez les garçons en 2025 contre 26 % en 2023.

➤ **Un impact favorable sur la réduction des inégalités en santé**

Si les données disponibles ne permettent pas encore d'observer précisément l'impact des campagnes scolaires sur la réduction des inégalités en santé, qu'elles soient socio-économiques ou territoriales, plusieurs indices suggèrent d'ores et déjà que cet impact est bien réel. Par exemple, en Corse, où l'accès aux professionnels de santé est complexe et où le taux de vaccination de la population est traditionnellement en retrait, 24 % des vaccinations contre le HPV se sont déroulées dans les écoles, un taux très au-delà de la moyenne nationale. Cela illustre l'effet de rattrapage permis par la campagne, pour des enfants qui n'auraient probablement pas été vaccinés à défaut.

L'ARS Hauts-de-France souligne également cet impact positif de la campagne, notant que la participation des élèves par département est « *inversement proportionnelle au taux de couverture vaccinale constaté avant le début de la campagne* », et qu'ainsi, « *les départements plus ruraux de l'Oise et de l'Aisne, présentant une couverture vaccinale HPV chez les jeunes scolarisés en classe de cinquième inférieure à la moyenne régionale, ont connu les taux de participation les plus élevés, avec respectivement 17,90 % et 18,24 % des élèves des collèges publics et privés participants* ».

La direction générale de la santé (DGS) confirme que la campagne scolaire « *permet des progressions particulièrement importantes [des taux de vaccination] en quartiers prioritaires de la politique de la ville* », de l'ordre de + 40 % à + 45 % chez les filles, et de + 20 % à + 25 % chez les garçons. L'enquête VacciCol ⁽²⁾ conduite par SPF, qui se fonde sur le recueil de l'opinion des parents de collégiens à l'égard de la campagne, illustre également le fait que ce dispositif a permis d'atteindre des populations issues de catégories socio-professionnelles moins favorisées qui, à défaut, n'auraient pas initié de parcours vaccinal ; les parents d'élèves des établissements les plus défavorisés (REP/REP+) ont ainsi été plus nombreux en proportion à choisir le collège comme lieu de vaccination.

Enfin, la DGS a souligné lors de son audition le très fort impact des campagnes en Guyane, où 70 % des enfants sont vaccinés contre le HPV dans le cadre scolaire. Ce succès est à mettre en regard des très fortes difficultés d'accès aux soins sur ce territoire.

(1) Contribution écrite adressée par SPF.

(2) Enquête VacciCol – Évaluation de la perception et des pratiques des parents concernant la vaccination HPV au collège, Nassany, O., Lévy-Bruhl, D., & Randriamampianina, S., 2025.

➤ **Des coûts globalement maîtrisés**

Le Gardasil 9 est un vaccin onéreux : le coût de l'achat d'une dose par l'assurance maladie s'élève à 116 euros, pris en charge à 100 %. Pour 2023-2024, le coût de revient des vaccins pris en charge dans le cadre des campagnes scolaires est ainsi estimé à 22 millions d'euros, auxquels s'ajoutent les 2,3 millions d'euros dédiés à la prise en charge des vacations des professionnels de santé intervenant en renfort dans les centres de vaccination et les 21 millions d'euros venus abonder le FIR pour financer les interventions des ARS. Au total, le coût de la campagne peut donc être estimé à 45 millions d'euros.

Pour la campagne 2024-2025, en retrait par rapport à l'année précédente, le coût des vaccins dispensés dans les écoles est estimé à 14 millions d'euros, auxquels il faut encore ajouter 1,8 million d'euros pour les vacations et 21 millions d'euros dans le cadre du FIR, soit, au total, 37 millions d'euros.

Pour connaître le coût complet pour l'assurance maladie du dispositif de prévention contre le HPV, il faudrait encore ajouter le prix des vaccins administrés en libéral, et pris en charge à 65 %, ainsi que celui des dépistages du cancer du col de l'utérus. A raison de 1,7 million de vaccins administrés en ville en 2024, l'ordre de grandeur du coût pour l'assurance maladie est de l'ordre de 128 millions d'euros.

Ainsi, le coût des campagnes conduites dans les établissements est incontestablement nettement inférieur au coût estimé du traitement des pathologies HPV-induites présenté ci-avant. L'effet d'entraînement important exercé par ces campagnes et la communication qui les entoure sur les vaccinations en ville rend le dispositif particulièrement efficient, à la fois d'un point de vue économique et d'un point de vue de santé publique.

➤ **Un succès à consolider**

Ce constat positif ne doit pas éluder le fait que l'objectif de couverture vaccinale (80 % de la population cible) est encore loin d'être atteint ; par ailleurs, le fléchissement observé lors de la deuxième campagne est source de préoccupation.

Cependant, alors que les campagnes de vaccination dans les établissements n'avaient plus été envisagées depuis l'échec de celle contre l'hépatite B dans les années 1990, et qu'ainsi cette habitude s'était perdue, la mise en œuvre des campagnes contre le HPV est, de l'avis de tous les interlocuteurs auditionnés par le rapporteur, plutôt un succès, qui sera néanmoins à consolider au cours des prochaines années, en tirant les enseignements des freins et limites énoncés ci-après.

2. Un déploiement inégal et incomplet

➤ Des disparités très importantes entre régions...

Les données de SPF font état de disparités très importantes dans le déploiement des campagnes de vaccination et dans l'évolution de la couverture vaccinale selon les régions. Ces disparités recourent en grande partie la carte classique de l'adhésion aux pratiques préventives, l'Ouest étant traditionnellement mieux positionné que le Centre, le Nord, la Corse ou, plus encore, les collectivités d'outre-mer. Par ailleurs, certaines régions peu performantes comme l'Occitanie sont connues pour héberger des tendances « antivax » assez fortes auxquelles la vaccination HPV n'échappe pas.

Mais au-delà, les résultats obtenus par les différents territoires résultent aussi de la mobilisation plus ou moins importante du couple ARS-rectorat. Certaines régions se sont ainsi montrées particulièrement motrices sous l'impulsion de personnes très proactives. La DGS rapporte en particulier le cas de la Nouvelle-Aquitaine et, à présent, de l'Auvergne-Rhône-Alpes.

➤ ... et entre établissements publics

Les personnes auditionnées par le rapporteur partagent l'avis que le succès de la campagne de vaccination à l'échelle de chaque établissement repose très largement sur les personnes en poste, en particulier les chefs d'établissements et les infirmières scolaires. Les ARS témoignent ainsi de l'attitude très proactive de certains, tandis que d'autres sont réticents, estiment que ce n'est pas le cœur de leur mission ou ne souhaitent pas s'investir dans ces campagnes.

Le rapporteur a même constaté que dans de nombreuses régions, plusieurs collèges publics ne mettaient pas en œuvre ces campagnes de vaccination, alors que la Dgescs avait souligné, lors de son audition, que l'ensemble des collèges publics les déployaient. Les retours des ARS font ainsi état de 96 % des collèges publics engagés dans la campagne en Nouvelle-Aquitaine et 94 % en Île-de-France. En Auvergne-Rhône-Alpes, 30 collèges sur 621 ne les organisent pas, et c'est aussi le cas de 29 collèges en Nouvelle-Aquitaine, 4 dans les Hauts-de-France, et un en Bourgogne-Franche-Comté et en Centre-Val de Loire.

Les ARS ne sont pas toujours informées des raisons de la non-participation de ces collèges. Parfois, ils n'auraient pas récolté le nombre d'autorisations parentales minimal permettant d'organiser la campagne. Dans cette situation, un manque de communication vis-à-vis des familles est sans doute en cause. Dans d'autres cas, l'absence d'infirmière scolaire apparaît comme un élément bloquant. Toutes les ARS ont en effet souligné le rôle central de l'infirmière scolaire pour impulser, coordonner, informer, relancer les familles dans le cadre de ces campagnes ; elles observent globalement un meilleur niveau de participation lorsque la médecine scolaire est fortement impliquée dans la campagne.

➤ Les collèges privés globalement en retrait

La question des collèges privés sous contrat est un point de fuite majeur dans l'organisation des campagnes de vaccination. Environ 20 % des collégiens sont scolarisés dans ces établissements qui ne participent aux campagnes que sur la base du volontariat. Le rapporteur a constaté un manque d'information des tutelles sur la participation des collèges privés : il a fallu interroger les ARS une par une pour connaître la proportion des établissements impliqués. Globalement, cette participation reste minoritaire. Mais, là encore, on observe une forte hétérogénéité selon les régions. En Bretagne par exemple, où la proportion d'établissements privés est très importante, la direction diocésaine de l'enseignement catholique est directement impliquée dans les instances de pilotage et 60 % des établissements ont participé à la deuxième campagne, un taux qui atteint 100 % en Ille-et-Vilaine.

Au-delà des raisons institutionnelles qui seront évoquées ci-après, les motifs de ce manque d'investissement des établissements privés sont, là encore, mal connus. Les ARS ayant échangé avec les établissements concernés rapportent tout à la fois l'absence d'infirmière scolaire, en particulier pour les collèges de petite taille – plus nombreux dans le privé –, des difficultés d'ordre matériel ou logistique mais aussi des enjeux de responsabilité. Comme l'a souligné la direction des affaires financières du ministère de l'éducation nationale lors de son audition, sur le temps scolaire, les élèves sont sous la responsabilité du chef d'établissement ; après le décès d'un jeune victime d'un malaise vagal lors de la première campagne, certains ont pu craindre de voir leur responsabilité pénale engagée pour des motifs liés à l'organisation de ces campagnes de vaccination, en particulier lorsqu'elle s'avère complexe sur le plan matériel (manque de salle adaptée, etc.).

PROPORTION DES COLLÈGES PRIVÉS SOUS CONTRAT AYANT ORGANISÉ LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LE HPV

| Région | 2023-2024 | 2024-2025 |
|----------------------------|-----------|-----------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 24 % | 17 % |
| Bourgogne-Franche-Comté | 28 % | 38 % |
| Bretagne | 53 % | 54 % |
| Centre-Val de Loire | 16 % | 10 % |
| Grand Est | 32 % | 28 % |
| Hauts-de-France | 29 % | 36 % |
| Normandie | - | 77 % |
| Occitanie | 67 % | 39 % |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | - | 46 % |
| Île-de-France | 14 % | 41 % |
| Nouvelle-Aquitaine | | |

Sources : réponses apportées par les ARS au questionnaire écrit du rapporteur.

➤ **L'impensé des établissements médico-sociaux**

La campagne de vaccination devait concerner aussi les établissements médicaux sociaux accueillant des jeunes en situation de handicap. Le rapporteur a recueilli peu de données sur la mise en œuvre des campagnes dans ces établissements mais les retours des ARS font état d'une adhésion difficile de la part des parents comme des professionnels, dans un contexte où l'acquisition de l'autonomie apparaît comme prioritaire par rapport aux actions de santé et où la sexualité n'est pas toujours envisagée pour ce public. L'ARS Centre-Val de Loire souligne en outre que les outils de communication et de sensibilisation déployés ne sont pas adaptés pour ces établissements.

3. Des freins à lever

Le déploiement inégal des campagnes de vaccination et le relatif reflux observé dans le cadre de la deuxième campagne mettent en exergue l'existence de freins de divers ordres, qu'il importera de lever pour atteindre les objectifs fixés en termes de couverture vaccinale.

➤ **Des freins organisationnels**

- Des problèmes de calendrier et de délais

En premier lieu, les établissements ont rapporté des problèmes de délais qui ont cependant partiellement été levés par la modification du calendrier des campagnes dans le cadre de la présente circulaire. En effet, les deux doses de vaccin étaient auparavant administrées sur l'année de cinquième ; il fallait donc organiser deux campagnes au cours de la même année scolaire, ce qui impliquait de recueillir les autorisations parentales dès la rentrée. Cette période, traditionnellement très chargée pour les établissements, s'avérait peu propice. Le passage à une seule campagne annuelle organisée entre janvier et juin, permettant de vacciner à la fois les cinquièmes pour la première dose et les quatrièmes pour la seconde dose, semble avoir en grande partie résolu ce problème. Certains territoires très peuplés, comme la Loire-Atlantique, rapportent cependant des difficultés en termes de disponibilité des centres de vaccination, du fait de la concentration des campagnes sur le second semestre pour tous les établissements.

- La complexité du recueil du consentement

Beaucoup d'établissements remontent des difficultés liées au recueil des autorisations parentales. Dans le cadre de la deuxième campagne, la circulaire avait prévu le passage à des autorisations dématérialisées, *via* une plateforme en ligne, dans le but de simplifier le recueil. Cependant, cette évolution avait entraîné un net reflux des retours d'autorisation parentale et incité des établissements à réintroduire des formulaires papier, en particulier pour les familles en situation de fracture numérique. Des difficultés perdurent cependant, liées à la complexité des formulaires d'autorisation et à la nécessité de ce double circuit papier/numérique.

- La problématique du carnet de santé

Un obstacle récurrent semble être la nécessité pour les enfants devant être vaccinés de présenter leur carnet de santé le jour de la campagne. Bien que cette obligation soit clairement présentée et rappelée, et qu'il soit possible pour les parents de certifier être dans l'impossibilité de présenter ce carnet, les oublis font qu'actuellement un nombre significatif d'enfants pour lesquels le consentement parental avait été donné ne sont finalement pas vaccinés au cours de la campagne. Par exemple, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a indiqué avoir recensé un millier d'élèves ne disposant pas de leur carnet de santé le jour de la vaccination et n'ayant, de ce fait, pas pu être vaccinés.

- Des difficultés de recrutement

Si la problématique du recrutement des professionnels chargés de conduire la vaccination n'est pas remontée comme un facteur bloquant à l'échelle nationale, plusieurs ARS soulignent des difficultés importantes à ce sujet dans certains départements, en lien notamment avec l'absence d'indemnités kilométriques alors que les temps de trajet peuvent être substantiels dans les territoires ruraux, ou encore avec le coût de la prime d'assurance pour les professionnels retraités. À cet égard, la nécessité que les équipes de vaccination soient conduites par un professionnel médical – médecin ou sage-femme – semble constituer une contrainte importante dans plusieurs régions.

- Des problèmes logistiques

Enfin, les ARS font état de difficultés sur le plan logistique, pour assurer le transport et la conservation à température ambiante des vaccins. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes souligne que des moyens de fortune ont été mobilisés, et n'ont pu empêcher la perte de vaccins. Par ailleurs, l'équipe d'un collègue de Lot-et-Garonne auditionnée par le rapporteur a souligné la contrainte importante liée aux locaux : la campagne ne pouvant se tenir que dans l'infirmerie, il ne serait pas envisageable, pour ce collègue, de vacciner davantage d'enfants au cours de la même journée.

- **Des freins psychologiques**

Le rapporteur note que la campagne de vaccination dans les écoles pâtit encore aujourd'hui de blocages d'ordre plus psychologique, liés à la nature du vaccin et à la communication initiale qui a été faite autour de cet enjeu. En effet, ce vaccin a trop longtemps été connoté avec la sexualité des adolescents, en étant d'abord recommandé uniquement pour les filles, à l'entrée dans la vie sexuelle, puis pour les garçons ayant des relations homosexuelles. Ces atermoiements ont abouti à rebuter certains parents et à installer l'idée que le vaccin était surtout utile pour certains publics spécifiques.

Le fait que ce vaccin, en dépit de sa très grande efficacité, de la forte prévalence des affections qu'il permet d'éviter, et de la gravité des pathologies qui en découlent, ne soit que recommandé et non obligatoire, a eu tendance à renforcer

ce sentiment, voire à créer de la méfiance vis-à-vis de la communication institutionnelle. La Dgesco a rapporté lors de son audition que de nombreux enfants avaient demandé, lors de visites dans les collèges, pourquoi ce vaccin n'était pas obligatoire s'il était réellement aussi important et efficace qu'on le prétendait. Cet aspect est également étayé par l'enquête VacciCol de SPF ⁽¹⁾ : les parents opposés à la vaccination contre le HPV invoquent ainsi très fréquemment le caractère non obligatoire du vaccin, perçu comme une justification pour ne pas y recourir, la vaccination étant alors considérée comme moins importante.

➤ Des freins institutionnels

Les auditions conduites par le rapporteur ont également fait apparaître que le succès de la campagne de vaccination était probablement aujourd'hui plafonné par un manque d'engagement institutionnel fort de la part de l'éducation nationale, de l'enseignement privé sous contrat mais aussi, au-delà, des professionnels de santé libéraux dans leur ensemble.

- Un manque d'engagement institutionnel fort de l'éducation nationale...

De manière générale, les ARS notent un engagement variable des services de l'éducation nationale selon les territoires. Si certains rectorats sont très engagés, et peuvent compter sur la mobilisation de chefs d'établissements et d'infirmières scolaires sensibilisés à cet enjeu, ce n'est pas la situation générale et il arrive au contraire que soit mis en avant, à l'appui d'une faible mobilisation, le fait que la mission des établissements scolaires est l'enseignement et non les soins.

Cette hétérogénéité dans le déploiement est permise par un manque d'engagement institutionnel fort de l'éducation nationale en faveur de cet enjeu. Comme le soulignent les associations auditionnées par le rapporteur, la campagne de vaccination ne s'inscrit pas encore dans la routine de l'éducation nationale ; elle n'est pas mentionnée dans la circulaire de rentrée scolaire, n'est pas intégrée en tant que telle dans les programmes d'éducation à la santé des collèges, ne fait pas l'objet d'objectifs chiffrés ni de demandes de bilan de la part des services de l'éducation nationale. La récente impulsion donnée par le déplacement conjoint, en février dernier, des ministres de la santé et de l'éducation nationale dans un collège pourrait ainsi contribuer à marquer un réinvestissement institutionnel qui apparaît indispensable pour que le succès de la campagne ne soit pas entièrement dépendant des personnes en poste dans les différents territoires.

- ... et des représentants nationaux de l'enseignement privé sous contrat

Au-delà des dynamiques locales et des contraintes matérielles, le manque d'engagement des établissements privés semble étroitement lié aux conditions initiales de lancement de la campagne au sein du réseau de l'enseignement

(1) *Enquête VacciCol – Évaluation de la perception et des pratiques des parents concernant la vaccination HPV au collège*, Nassany, O., Lévy-Bruhl, D., & Randriamampianina, S., 2025.

catholique, qui représente 94 % des établissements sous contrat. Le décès d'un élève victime d'un malaise vagal survenu dans un établissement privé lors de la première campagne avait en effet conduit le Secrétariat général de l'enseignement catholique (SGEC) à préconiser une interruption des campagnes, le temps que toute la lumière soit faite sur cet événement. Beaucoup d'établissements qui s'étaient engagés dans la première campagne se sont donc retirés à cette occasion. Depuis, le message a été passé aux établissements qu'ils étaient libres de proposer, ou non, ces campagnes. Cependant, faute de consigne explicite en ce sens, le retrait initial n'a pas été remis en question dans nombre d'endroits. Pourtant, la direction des affaires financières du ministère de l'éducation nationale ne note aucune réticence de principe du SGEC. Il semble donc possible et souhaitable de chercher à remobiliser l'enseignement catholique et les autres représentants institutionnels de l'enseignement privé sous contrat autour de cet enjeu.

- Les professionnels de santé pas encore suffisamment impliqués

Enfin, la plupart des personnes auditionnées estiment qu'une marge de progrès importante réside dans une meilleure sensibilisation des professionnels de santé en général, et notamment en ville, sur les enjeux de cette vaccination qui demeure insuffisamment promue et proposée. Dans la contribution écrite adressée au rapporteur, SPF met en avant une adhésion plus faible à la vaccination HPV chez les médecins plus âgés et chez les professionnels de santé paramédicaux. Si l'enquête Qualiados⁽¹⁾ réalisée en 2025 montre que ce vaccin connaît une légitimation institutionnelle croissante chez les médecins généralistes, elle illustre aussi le fait que la prescription n'en est pas systématique, soulignant la nécessité de mieux impliquer l'ensemble des professionnels de ville autour de la promotion de cette vaccination.

III. 13 RECOMMANDATIONS POUR TRANSFORMER L'ESSAI EN SUCCÈS

Après bientôt trois ans de mise en œuvre, le bilan des campagnes de vaccination contre le HPV est plutôt positif. Ce dispositif a globalement trouvé sa place et fait la preuve de son efficacité, par l'appropriation progressive des enjeux liés au HPV qu'il permet, par l'effet d'entraînement qu'il entraîne sur les vaccinations en libéral, et par sa capacité à toucher des publics avec un moindre accès aux soins. De nombreux acteurs appellent ainsi à une stabilisation de ce dispositif qui a connu plusieurs adaptations au fil des trois premières campagnes et doit maintenant s'ancrer dans la routine des établissements scolaires.

Le rapporteur partage ce point de vue mais estime qu'il faut aussi répondre au risque d'essoufflement qui semble déjà se matérialiser par la dynamique moyennement satisfaisante des retours d'autorisations parentales et du nombre de collèges participants. Tout en stabilisant le dispositif autour des grands principes qui ont été établis depuis trois ans, il formule donc plusieurs recommandations

(1) « Déterminants de non-proposition de vaccination aux adolescents par les médecins généralistes français en 2025 : une étude qualitative », Santé publique France, décembre 2025.

visant essentiellement à insuffler une nouvelle dynamique. Si ces recommandations devaient ne pas suffire, et les taux de couverture durablement stagner en deçà de 80%, le rapporteur estime qu'il serait alors nécessaire d'engager une réflexion sur l'instauration d'une obligation vaccinale.

1. Renforcer et simplifier la communication autour de la vaccination HPV

La communication autour de la vaccination HPV a été trop tortueuse, trop complexe au fil des années, ce qui fait que ce vaccin pâtit encore aujourd'hui, malgré sa légitimation croissante, d'une image un peu brouillée auprès de la population. Par ailleurs, la communication importante réalisée par l'INCa au moment de la première campagne n'a pas été reconduite avec la même intensité par la suite. Il importe donc de relancer la communication officielle autour de l'importance de la vaccination contre le HPV en la simplifiant autour d'un message clair et porté de manière cohérente par l'ensemble des institutions. Ce message serait ramassé autour des idées suivantes :

– les infections liées au HPV concernent tout le monde et elles peuvent être très graves ;

– il existe un vaccin qui est sans risque et très efficace, surtout si on se vaccine tôt (entre 11 et 14 ans) mais on peut le faire jusqu'à 26 ans ;

– il est possible de bénéficier de cette vaccination gratuitement au collège.

Pour que cette communication parvienne aux familles, il ne faut pas la faire reposer intégralement sur l'établissement scolaire ; il importe de multiplier les canaux d'information, en associant les collectivités locales, les réseaux de parents d'élèves et la Cnam. En effet, plusieurs interlocuteurs ont estimé que les courriers de la Cnam pourraient inciter de manière plus explicite les familles à faire vacciner leurs adolescents au collège.

Cette communication doit également viser les professionnels de santé de ville ; il convient de continuer à les sensibiliser sur l'importance de cette vaccination et de les informer sur la tenue des campagnes scolaires, pour qu'ils puissent les promouvoir auprès de leurs patients.

Il faudra par ailleurs porter une attention renforcée aux territoires et établissements les plus défavorisés, pour lesquels la communication doit encore être adaptée à la situation et aux attentes des familles et transiter, le cas échéant, par des médiateurs en santé ou des acteurs locaux.

Recommandation n° 1 : relancer une campagne de communication officielle sur l'importance de la vaccination contre le HPV en la concentrant autour d'un message clair et accessible, et en étudiant les adaptations nécessaires pour certains publics spécifiques.

2. Créer de l'émulation autour de ces campagnes

Pour contrer le relatif essoufflement observé à partir de la deuxième campagne, il convient de créer une dynamique institutionnelle forte autour de ces campagnes de vaccination. Cela implique que l'éducation nationale se sente pleinement mobilisée autour de cet enjeu, qui doit être considéré comme faisant partie intégrante de sa mission d'éducation à la santé. Pour cela, le rapporteur estime qu'il faudrait que les campagnes de vaccination soient mentionnées dans la circulaire de rentrée scolaire adressée à l'ensemble des proviseurs ou, à tout le moins, dans les documents de rentrée qui accompagnent cette circulaire et exposent les priorités de l'éducation nationale pour l'année à venir.

Recommandation n° 2 : inscrire pleinement ces campagnes dans le cadre de la mission d'éducation à la santé de l'éducation nationale, en les faisant explicitement figurer dans la circulaire de rentrée scolaire ou, à tout le moins, dans les documents de rentrée élaborés à destination des personnels de l'éducation nationale.

Pour créer une émulation autour de la conduite de ces campagnes qui ne font, pour l'heure, l'objet d'aucun objectif chiffré ni d'aucun bilan à l'échelle de l'éducation nationale, le rapporteur préconise la mise en place de tableaux de bord régionaux et interrégionaux, permettant un pilotage de la performance des différents territoires et établissements. Des objectifs seraient fixés pour chaque ARS et rectorat en tenant compte de leur historique et de leurs contraintes territoriales propres, lesquelles pourraient ainsi être remontées de manière plus explicite aux tutelles.

Recommandation n° 3 : mettre en place des tableaux de bord régionaux et interrégionaux permettant un pilotage de la performance des différents territoires et établissements dans le cadre des campagnes de vaccination.

Recommandation n° 4 : fixer des objectifs chiffrés aux ARS et rectorats pour le déploiement territorial de ces campagnes, en tenant compte de l'historique et des spécificités du territoire.

Par ailleurs, le rapporteur préconise d'intégrer au maximum ces campagnes dans le cadre de la santé scolaire, en mobilisant pleinement, lorsque ce n'est pas encore le cas, les infirmières scolaires, qui peuvent jouer un rôle important de sensibilisation lors des différentes visites de prévention prévues au collège et au lycée.

En l'absence d'infirmière scolaire ou en complément, il importe d'épauler les chefs d'établissements sur lesquels ne peut pas reposer intégralement la charge de la promotion de cette vaccination, le cas échéant en facilitant le recours à des intervenants extérieurs (associations agréées, professionnels de santé, etc.).

Recommandation n° 5 : intégrer au maximum les campagnes de vaccination dans le cadre de la santé scolaire, en particulier des visites de prévention réalisées par les infirmières scolaires.

Recommandation n° 6 : en l'absence d'infirmière scolaire ou en appui, faciliter le recours à des intervenants extérieurs pour expliquer et sensibiliser les familles à cette vaccination.

3. Impliquer pleinement les établissements privés sous contrat

Le statut d'association des établissements privés semble difficilement pouvoir se concilier avec une obligation à mettre en œuvre les campagnes de vaccination contre le HPV. Dans ce contexte, le rapporteur estime qu'il est essentiel de convaincre et mobiliser les représentants nationaux des établissements sous contrat, à commencer par le SGEC. Il importe que celui-ci se positionne explicitement en faveur de la mise en œuvre de ces campagnes de vaccination pour que les établissements soient plus fortement incités à les mettre en place.

Il faut donc réengager sans délai un dialogue avec le SGEC et les autres représentants des établissements sous contrat, en veillant à les associer aux instances de pilotage nationales, mais aussi territoriales, s'agissant en particulier des directions diocésaines de l'enseignement catholique. Cela permettra également de mieux identifier les difficultés particulières que peuvent rencontrer ces établissements dans le déploiement de ces campagnes, afin d'y apporter une réponse.

Recommandation n° 7 : mobiliser les instances représentatives des établissements privés sous contrat et les intégrer aux instances de pilotage nationales et territoriales, dans le but d'inciter plus fortement ces **établissements** à participer aux campagnes et de faire remonter les difficultés propres qu'ils sont susceptibles de rencontrer.

4. Adapter la campagne de vaccination aux établissements médico-sociaux

Il importe à la fois de mieux organiser le déploiement de la campagne dans les établissements médico-sociaux et de développer une communication spécifique à destination des familles et des professionnels, afin d'assurer une couverture vaccinale équitable pour les jeunes en situation de handicap.

Recommandation n° 8 : adapter l'organisation et les outils de communication de la campagne de vaccination contre le HPV aux spécificités des établissements médico-sociaux, en associant leurs représentants à la conception des modalités de déploiement et en développant des supports accessibles pour les familles et les professionnels.

5. Simplifier le recueil du consentement et réduire les occasions manquées

L'enjeu de santé publique est tel qu'il paraît regrettable qu'un formulaire de recueil du consentement abscons ou un simple oubli de carnet de santé puisse

conduire de nombreux enfants à ne pas bénéficier de la vaccination contre le HPV. C'est pourtant une situation fréquente actuellement. Il faut donc chercher à supprimer toutes les occasions manquées de vacciner, où il n'y a pas une réelle opposition de fond de la famille, mais des obstacles d'une autre nature.

De l'avis général, il importe de retravailler sur le formulaire de recueil du consentement. Celui-ci doit être plus simple, moins « touffu », montrer plus clairement l'importance de la vaccination, laquelle doit pouvoir apparaître comme la décision logique et normale à celui qui remplit le document.

Le rapporteur estime qu'il conviendrait d'envisager sa présentation sous forme de consentement par défaut (« *opt out* »), les parents étant alors réputés consentir à la vaccination de leur enfant à moins qu'ils n'expriment explicitement leur opposition. Cette évolution ne serait cependant envisageable qu'à un moment où le carnet de santé numérique sera pleinement fonctionnel car il faudrait que les équipes de vaccination puissent vérifier que l'enfant dont la famille n'a pas exprimé d'opposition n'a pas déjà reçu ce vaccin en ville.

Recommandation n° 9 : en lien avec le déploiement du carnet de santé numérique, envisager le passage à un recueil du consentement parental par défaut. Dans l'intervalle, simplifier et améliorer la lisibilité et la présentation du formulaire de recueil, accessible en version numérique et en version papier.

Par ailleurs, en lien avec la montée en charge du carnet de santé numérique, le rapporteur appelle ainsi à assouplir l'obligation de présentation du carnet de santé le jour de la campagne. Face à un oubli, il convient de procéder tout de même à la vaccination de l'enfant pour lequel le consentement parental a été donné.

Recommandation n° 10 : assouplir l'obligation de présentation du carnet de santé le jour de la campagne de façon à pouvoir tout de même procéder à la vaccination d'un enfant qui l'aurait oublié, dès lors que le consentement parental a été donné.

6. Mettre l'accent sur le rattrapage vaccinal pour les 15-26 ans

Au regard du caractère récent des campagnes et de leur impact encore limité sur la couverture vaccinale des adolescents, il semble urgent d'accentuer l'effort en faveur du rattrapage vaccinal des adolescents au-delà de 14 ans, qui ne sont plus ciblés par les campagnes scolaires. S'agissant des collégiens et lycéens, il importe de veiller à maintenir accessible l'information sur les campagnes et sur la possibilité qu'ils ont d'en bénéficier même s'ils ne font plus partie des classes visées par le dispositif.

Par ailleurs, il serait souhaitable d'abaisser le consentement à la vaccination contre le HPV de 18 à 16 ans, comme cela avait été prévu pour la vaccination contre le covid-19, afin de donner un maximum de chances à un jeune dont les parents auraient été réticents d'être protégé contre les maladies liées au HPV.

Enfin, s'agissant des jeunes adultes, il convient de mobiliser la médecine universitaire et la médecine du travail sur cet enjeu.

Recommandation n° 11 : développer davantage le rattrapage vaccinal pour les 15-26 ans, en veillant à son opérationnalité dans les collèges et lycées et en impliquant les services de santé universitaire et les services de santé au travail.

Recommandation n° 12 : abaisser l'âge du consentement à 16 ans pour la vaccination contre le HPV.

7. Étudier la possibilité d'aller vers un schéma à une dose et d'ouvrir la vaccination dès 9 ans

La vaccination contre le HPV est d'autant plus efficace qu'elle est administrée tôt. A l'heure actuelle, la HAS recommande cette vaccination dès 9 ans pour les seuls enfants candidats à une transplantation d'organe solide. Le rapporteur estime qu'il n'est pas souhaitable d'avancer les campagnes scolaires à l'âge de 9 ans car cela imposerait de les conduire dans les écoles, ce qui susciterait des défis difficilement surmontables en termes d'organisation. Il juge néanmoins souhaitable d'envisager l'ouverture de la vaccination en ville dès 9 ans.

Par ailleurs, au regard du coût important du Gardasil 9 et des données scientifiques qui font état de l'efficacité importante de la vaccination dès la première dose, le rapporteur juge indispensable que les diligences soient faites pour envisager le passage à une seule dose de vaccin.

Pour ces deux sujets, qui apparaissent liés – le passage à une dose est généralement associé à une vaccination dès 9 ans, afin d'en maximiser l'efficacité – il semble donc opportun de saisir la HAS, afin qu'elle actualise ses recommandations au regard des données scientifiques les plus récentes.

Recommandation n° 13 : saisir la Haute Autorité de santé (HAS) pour étudier la possibilité d'un passage à une seule dose de vaccination contre le HPV et se prononcer sur l'ouverture de cette vaccination dès 9 ans en ville.

RÉUNION DE LA COMMISSION DU MERCREDI 20 MAI 2026 À 15 HEURES

– *Évaluation « La campagne nationale de vaccination gratuite contre les infections à papillomavirus humains à destination des élèves de cinquième » (article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024) (M. Michel Lauzzana, rapporteur) ⁽¹⁾.*

M. Michel Lauzzana, rapporteur. J’ai été missionné par la Mecss pour évaluer la vaccination contre le papillomavirus (HPV) dans les établissements scolaires. Ce dispositif, annoncé par le Président de la République en 2023 et concrétisé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024, est une politique de bon sens, bénéfique pour la santé, pour nos finances sociales et pour la réduction des inégalités.

Le HPV est responsable de 6 400 nouveaux cas de cancer par an, et l’Institut national du cancer estime qu’environ 100 000 personnes sont touchées par des infections graves. Ces pathologies sont pourtant évitables : le vaccin est efficace contre 90 % des souches, sans effet secondaire grave ni contre-indication. Les pays ayant atteint une couverture vaccinale de 80 %, comme l’Australie, le Danemark et la Suède, sont en voie d’éradication du cancer du col de l’utérus.

La France est partie avec vingt ans de retard, en raison d’un message brouillé : ce vaccin a d’abord été présenté comme réservé aux filles, puis recommandé aux hommes homosexuels seulement. Dans le cadre de la LFSS 2024, nous avons choisi d’emprunter la voie des campagnes de vaccination scolaire prises en charge à 100 % par la sécurité sociale, dans les collèges et certains établissements médico-sociaux, à destination des 11-14 ans, par des centres de vaccination renforcés par des professionnels recrutés à cet effet.

Ces campagnes ont entraîné un bond de la couverture vaccinale dès 2023-2024 : chez les enfants de 12 ans, elle est passée de 38 % à 62 % pour les filles, et de 28 % à 48 % pour les garçons. Autre effet positif : les campagnes réduisent les inégalités d’accès à la vaccination. Les territoires initialement les moins couverts, comme la Corse ou la Guyane, sont ceux où l’on vaccine le plus en milieu scolaire ; la couverture dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville progresse de l’ordre de 40 à 45 % pour les filles. Le coût de ces campagnes, 45 millions d’euros en 2023, est sensiblement inférieur au coût estimé du traitement des pathologies liées au HPV, de l’ordre de 150 millions d’euros par an au minimum. Le dispositif est donc efficace et bénéfique. En outre, il exerce un effet d’entraînement sur les vaccinations dans le secteur libéral.

Cependant, plusieurs points d’alerte méritent attention. D’abord, un reflux de la vaccination a été observé dès la deuxième année, et si la situation semble s’améliorer légèrement en 2025-2026, nous n’avons pas retrouvé le niveau de la

(1) <https://assnat.fr/7z1501>

première campagne alors que l'objectif n'est pas de plafonner à 60 % mais d'atteindre 80 % pour une immunisation collective. Ensuite, les résultats sont très inégaux selon les territoires et les établissements, en raison de l'attitude plus ou moins proactive des chefs d'établissement et des infirmières scolaires.

J'ai identifié trois catégories de freins. Des freins organisationnels : un problème de calendrier puisque les deux doses sont désormais administrées en cinquième et une en quatrième, alors qu'elles étaient toutes deux administrées en cinquième auparavant ; le passage au recueil dématérialisé des autorisations parentales, qui a fait chuter le taux de retour ; la présentation obligatoire du carnet de santé ; l'absence de locaux adaptés dans certains collèges. Des freins psychologiques : un préjugé persistant selon lequel le vaccin serait réservé à certains publics, et un doute sur son importance que renforce l'absence d'obligation. Des freins institutionnels : un manque d'engagement de l'éducation nationale, des instances de l'enseignement privé sous contrat et des professionnels de santé libéraux.

Pour relancer la dynamique, j'é mets cinq recommandations. Premièrement, il importe de communiquer autour d'un message simple : les pathologies liées au HPV sont graves, elles concernent tout le monde, et le vaccin est efficace et gratuit pour les collégiens et lycéens, avec un rattrapage possible jusqu'à 26 ans. Deuxièmement, nous devons créer une émulation entre les acteurs en fixant des objectifs, en assurant un suivi, et en mentionnant les campagnes dans la circulaire de rentrée scolaire. Troisièmement, mobiliser résolument les établissements privés sous contrat, qui accueillent 20 % des collégiens, est indispensable et requiert un dialogue renouvelé avec leurs instances. Quatrièmement, la campagne doit être adaptée aux établissements accueillant des jeunes en situation de handicap. Cinquièmement, il faut simplifier drastiquement les formulaires d'autorisation et assouplir l'obligation du carnet de santé.

À titre personnel, je suis favorable à une réflexion sur l'*opt-out*, c'est-à-dire le consentement inversé, voire, si le taux de couverture 80 % n'est pas atteint, à l'obligation vaccinale. Enfin, il convient de mettre l'accent sur le rattrapage pour les 15-26 ans et de saisir la Haute Autorité de santé (HAS) pour étudier la possibilité d'ouvrir la vaccination dès 9 ans avec une seule dose, un schéma vaccinal efficace et moins coûteux.

M. Nicolas Turquois, président. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

M. Serge Muller (RN). Lorsqu'un outil de prévention permet de réduire les risques de maladies graves, il est de la responsabilité du législateur de l'encourager avec sérieux. C'est le cas de la campagne de vaccination contre le HPV, qui propose gratuitement la vaccination dans un cadre scolaire favorable à la sensibilisation, repose sur une démarche de volontariat, de prévention et d'information plutôt que sur une logique de contrainte, et rappelle l'importance de la prévention en matière de santé publique. Nous considérons que cette campagne va dans le bon sens, à

condition qu'elle continue de s'appuyer sur l'information, le consentement des familles et la confiance envers les professionnels de santé.

M. Hendrik Davi (EcoS). La France est en retard sur la vaccination HPV. En dépit des effets positifs des campagnes de vaccination, nous restons loin des taux de couverture observés dans d'autres pays. En outre, la vaccination scolaire permet de réduire les inégalités en matière d'accès à la vaccination.

Pour qu'une vaccination scolaire soit efficace, elle doit s'appuyer sur un service public bien doté. Or le nombre d'équivalents temps plein en médecine scolaire est passé de 1 143 en 2013 à 818 aujourd'hui. En 2022, 45 % des postes de médecins scolaires n'étaient pas pourvus. J'aimerais entendre votre point de vue, monsieur le rapporteur, sur cette chute des effectifs.

Par ailleurs, votre rapport révèle que l'on vaccine sensiblement moins dans l'enseignement privé, et j'aimerais savoir ce que vous préconisez sur ce point. Il mentionne également le coût du vaccin : 116 euros par dose. Ce montant vous semble-t-il justifié ? Vous connaissez ma proposition de créer un service public du médicament.

Enfin, je ne comprends pas pourquoi nous ne recourons pas à l'obligation vaccinale, comme pour d'autres pathologies, alors que le seul cancer du col de l'utérus cause 1 100 décès par an. Cette obligation devrait, selon moi, s'accompagner de la gratuité pour ceux qui ne seraient pas vaccinés dans le cadre scolaire, ce qui faciliterait la vaccination libérale.

M. le rapporteur. Nous avons choisi de nous appuyer sur le volontariat car il s'agit d'enfants dont les parents sont responsables. Au début des campagnes, les deux parents devaient s'exprimer ; désormais, un seul suffit, ce qui simplifie les choses. L'*opt-out*, qui consiste à vacciner par défaut à moins d'une opposition explicitement exprimée, soulève des questions de responsabilité sur lesquelles le Conseil d'État s'est prononcé. Cette voie me paraît plus compliquée que l'obligation, à laquelle nous devons nous résoudre si nous n'atteignons pas les objectifs. Il y a quelques années, treize vaccins ont été rendus obligatoires, et cette mesure a été bien acceptée. D'ailleurs, les élèves demandent pourquoi la vaccination contre le HPV n'est pas obligatoire, puisqu'elle est censée être importante – c'est du bon sens.

Il convient de rappeler que les contrats entre l'éducation nationale et les établissements privés ne comportent pas de volet santé publique. Après un incident dans un collège, la campagne de vaccination avait été suspendue dans l'enseignement privé ; depuis, des protocoles stricts ont été mis en place. Le moment est opportun pour rouvrir le dialogue : nous avons trois années de recul sur ce dispositif satisfaisant, et le secrétariat général de l'enseignement catholique vient d'être renouvelé. Je tiens toutefois à souligner que certains chefs d'établissements privés se sont fortement mobilisés et que la vaccination y fonctionne très bien.

Enfin, le prix du vaccin est fixé par le Comité économique des produits de santé, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de la HAS. Si le volume de vaccination augmente, le coût pourra baisser. Un nouveau vaccin couvrant la quasi-totalité des souches est d'ailleurs en développement, et le prix sera sans doute renégocié. Mais je rappelle que, même au tarif actuel, le bénéfice médico-économique de la vaccination est incontestable.

M. Nicolas Turquois, président. Je vous remercie, monsieur le rapporteur.

ANNEXE
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LE RAPPORTEUR
(par ordre chronologique)

➤ **Ministère de l'éducation nationale :**

– **Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco)** – **Mme Anne Padier-Savouroux**, sous-directrice des parcours éducatifs et des éducations transversales, et **Mme Claire Bey**, cheffe du bureau de la santé et de l'action sociale

– **Direction des affaires financières, sous-direction de l'enseignement privé** – **Mme Hélène Besnier**, cheffe du bureau du budget, de la performance et du dialogue de gestion

➤ **Direction générale de la santé (DGS)** – **Mme Sarah Sauneron**, directrice générale adjointe, et **M. Patrick Ambroise**, sous-directeur adjoint de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

➤ **Laboratoire MSD** – **Mme Clarisse Lhoste**, présidente de MSD France, **Mme Aurélie Andrieux-Bonneau**, directrice des politiques de santé, des affaires publiques et de la communication, et **Mme Mathilde Boizon**, responsable des affaires parlementaires

➤ **Agence nationale de santé publique (Santé publique France)** – **Dr Caroline Semaille**, directrice générale, **Dr Judith Mueller**, responsable d'unité au sein de la direction des maladies infectieuses, et **Mme Sandrine Randriamampianina**, responsable d'unité au sein de la direction de la prévention et promotion de la santé

➤ **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)** – **Mme Stéphanie Deschaume**, directrice adjointe des assurés, **Mme Valérie Ertel**, responsable adjointe au département Prévention et promotion de la santé, et **Mme Veronika Levendof**, chargée des relations avec le Parlement

➤ **Institut national du cancer (INCa)** – **M. Norbert Ifrah**, président, et **M. Nicolas Scotté**, directeur général

➤ *Table ronde des agences régionales de santé :*

– **Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine** – **M. Benoît Elleboode**, directeur général, et **Dr Sylvie Quelet**, conseillère médicale, directrice de projets

– **Agence régionale de santé Grand Est** – **Dr Christelle Ratignier-Carbonneil**, directrice générale

– **Agence régionale de santé Bretagne** – **Mme Nathalie Le Formal**, directrice de la santé publique, et **M. Anthony Le Bot**, directeur adjoint de la prévention et de la promotion en santé

– **Agence régionale de santé Île-de-France – Mme Delphine Huyghe**, responsable du département de la prévention des pathologies infectieuses et des cancers

– **Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d’Azur – M. Olivier Reilhes**, directeur de la santé publique et environnementale

➤ *Table ronde des rectorats :*

– **Rectorat de l’académie de Bordeaux – M. Jean-Marc Huart**, recteur

– **Rectorat de l’académie de Rennes – Mme Hélène Insel**, rectrice

– **Rectorat de l’académie de Nancy-Metz – M. Pierre-François Mourier**, recteur

– **Rectorat de l’académie de Créteil – M. Jean-François Chanet**, recteur

– **Rectorat de l’académie d’Aix-Marseille – M. Benoît Delaunay**, recteur

➤ *Table ronde avec des associations :*

– **Collectif Demain sans HPV – Mme Coralie Marjollet**, porte-parole et présidente de l’association Imagyn, et **Mme Laure de Montandon**, présidente de l’association Notaboo

– **Ligue contre le cancer*** – **M. Robert Herrmann**, administrateur national, **M. Emmanuel Ricard**, directeur du service de la prévention et de la promotion de la santé, et **Mme Nina Mélenec**, responsable des affaires publiques

➤ **Collège Paul Dangla (Agen) – M. Pierre-Yves Portejoie**, principal, **Mme Krystell Marin**, principale-adjointe, et **Mme Sylvie Lagäüzère**, infirmière scolaire

* *Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s’engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l’Assemblée nationale.*

5. LE COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DE MODE DE GARDE

(Mme Sylvie Bonnet, rapporteure)

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est l'une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) ⁽¹⁾. Cette aide vise à solvabiliser les familles qui recourent à un mode d'accueil formel pour leur enfant. Le CMG se décompose lui-même en deux prestations distinctes :

– le **CMG dit « structure »**, versé aux familles qui confient leur enfant à une micro-crèche ⁽²⁾ ;

– le **CMG dit « emploi direct »**, versé aux parents employant un assistant maternel agréé ou une garde d'enfants à domicile.

L'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 ⁽³⁾ a réformé les modalités de calcul du CMG « emploi direct » avec un double objectif :

– **renforcer le soutien financier aux familles ayant des besoins de garde importants ou des revenus modestes**, notamment les familles monoparentales ;

– **rapprocher le coût, pour les familles, de l'accueil individuel d'un enfant chez une assistante maternelle du coût de l'accueil collectif en crèche.**

Cette réforme est entrée en vigueur le **1^{er} septembre 2025**.

I. LES MODALITÉS DE LA RÉFORME DU COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE

La réforme du CMG a modifié les conditions d'attribution de la prestation, et profondément remanié les modalités de calcul de son montant.

A. LA RÉVISION DES CONDITIONS D'ATTRIBUTION DU COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE

1. L'extension du CMG aux enfants de plus de 6 ans

Avant la réforme, le complément de libre choix du mode de garde **ne pouvait pas être versé au titre de l'accueil d'un enfant âgé de plus de 6 ans**. Son montant était par ailleurs différent selon que l'enfant gardé était âgé de moins de

(1) Prévus à l'article L. 531-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Les développements suivants n'aborderont pas le CMG « structure » dans la mesure où ses modalités de calcul n'ont pas été modifiées par la réforme.

(3) Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

3 ans ou de plus de 3 ans : dans le second cas, le montant du CMG était divisé de moitié.

Cette condition d'âge permet de tenir compte de la scolarisation des enfants à partir de l'âge de 3 ans : les besoins d'accueil des familles sont de fait considérablement réduits. Toutefois, même lorsque leurs enfants sont scolarisés, de nombreuses familles ont encore besoin de faire garder leurs enfants au regard des contraintes professionnelles qui pèsent sur les parents. Or, le reste à charge résultant de l'accueil d'un enfant de plus de 6 ans par une assistante maternelle peut être dissuasif pour une partie de ces familles, et notamment les familles monoparentales. En effet, ces dernières ont en moyenne des revenus plus faibles et des besoins de garde plus élevés, ou à tout le moins plus complexes à organiser.

C'est la raison pour laquelle la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a autorisé le **prolongement du versement du CMG aux parents isolés dont les enfants sont âgés de plus de 6 ans et jusqu'à l'âge limite de 12 ans** ⁽¹⁾.

2. Le partage du CMG

Avant la réforme, **il était impossible pour des parents séparés dont l'enfant faisait l'objet d'une résidence alternée de partager le bénéfice du complément de libre choix du mode de garde. Le principe de l'allocataire unique** s'appliquait. Toutefois, dans un contexte où la résidence alternée des enfants chez leurs parents devient de plus en plus fréquente en cas de séparation, le non-partage du CMG générait un contentieux croissant. En 2021, le Conseil d'État avait ainsi annulé le refus implicite du Gouvernement d'abroger les dispositions réglementaires prévoyant le principe de l'allocataire unique ⁽²⁾.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a remédié à cette situation en disposant qu'un décret détermine les modalités et les conditions de partage du CMG en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun de ses parents. L'article D. 531-18-2 du code de la sécurité sociale prévoit désormais que **chacun des deux parents peut se voir reconnaître la qualité d'allocataire au titre du même enfant à condition que la résidence alternée soit mise en œuvre de façon effective et qu'ils aient fait le choix de se voir reconnaître la qualité d'allocataire des allocations familiales lorsqu'ils y sont éligibles.**

B. VERS UN CMG HORAIRE ET LINÉARISÉ

Avant la réforme, le montant du CMG était plafonné et son calcul reposait sur l'application d'un barème forfaitaire. Désormais, le CMG est **calculé pour chaque heure d'accueil réalisée, et son montant est linéarisé** de façon à limiter les effets de seuils qui affectaient les familles.

(1) *Articles L. 531-5 et D. 531-18-1 du code de la sécurité sociale.*

(2) *Conseil d'État, 1^{re} et 4^e chambres réunies, 19 mai 2021, n° 435429.*

1. L'abandon du barème forfaitaire plafonné...

Dans son ancienne version, le CMG « emploi direct » était une **aide forfaitaire, modulée en fonction des revenus des parents**. Elle comprenait deux volets :

– une aide calculée **en fonction du montant des cotisations et contributions sociales**, salariales et patronales liées à la rémunération de la personne employée ⁽¹⁾ ;

– une aide calculée **en fonction de la rémunération nette du salarié**, dans la limite d'un montant plafond variant selon les ressources et la composition du foyer, et ne pouvant excéder 85 % de la rémunération nette versée.

BARÈME À TRANCHES DU CMG « EMPLOI DIRECT » EN FONCTION DES REVENUS ANNUELS DES PARENTS DU 1^{ER} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2025

| Nombre d'enfants à charge | Tranche 1 | Tranche 2 | Tranche 3 |
|---------------------------|------------|------------|------------|
| 1 enfant | ≤ 23 903 € | ≤ 53 119 € | > 53 119 € |
| 2 enfants | ≤ 27 295 € | ≤ 60 659 € | > 60 659 € |
| 3 enfants | ≤ 30 687 € | ≤ 68 199 € | > 68 199 € |
| 4 enfants | ≤ 34 079 € | ≤ 75 739 € | > 75 739 € |
| Par enfant supplémentaire | + 3 392 € | + 7 540 € | + 7 540 € |

Source : Bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarité n° 2024/34 du 31 décembre 2024.

MONTANTS MENSUELS MAXIMUMS DU CMG « EMPLOI DIRECT » ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2025 ET LE 31 AOÛT 2025

| Âge de l'enfant | Tranche 1 | Tranche 2 | Tranche 3 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| 0 à 3 ans | 540,97 € | 341,12 € | 204,64 € |
| 3 à 6 ans | 270,49 € | 170,58 € | 102,32 € |

Source : Bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarité n°2025/6 du 31 mars 2025.

Le mode de calcul de l'aide relative à la rémunération de l'assistant maternel ou de la garde à domicile présentait des défauts auxquels la réforme entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2025 entendait répondre ⁽²⁾ :

(1) L'article D. 531-17 du code de la sécurité sociale précise que les cotisations et contributions sociales sont prises en charge à 100 % en cas de recours à un assistant maternel agréé à condition que la rémunération horaire de ce dernier ne dépasse pas le plafond horaire de 8 euros. En cas de dépassement, le montant des cotisations et contributions sociales prises en charge est affecté d'un coefficient négatif. En cas de recours à une garde à domicile, le montant maximal des cotisations et contributions sociales prises en charge est égal à 50 % de leur montant total, dans la limite d'un plafond.

(2) Fiches d'impact annexées au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

– d’abord, **le reste à charge et le taux d’effort horaire** des parents solvabilisés par le CMG « emploi direct » **étaient généralement supérieurs à ceux observés en cas de recours à une crèche traditionnelle**. Les restes à charge étaient particulièrement importants pour les foyers modestes, limitant leur capacité à recourir aux services d’une assistante maternelle ;

– ensuite, ce mode de calcul générait **d’importants effets de seuil en fonction des ressources des bénéficiaires**, avec des taux d’effort variant selon le positionnement des familles au regard des seuils des trois tranches de ressources du barème. Le barème du CMG induisait ainsi des taux d’effort significativement plus élevés pour les foyers ayant des ressources moyennes ou modestes, et rapidement décroissants à mesure que les ressources augmentent ;

– enfin, du fait de son mode de calcul fondé sur des montants forfaitaires mensuels, il **tenait peu compte du volume d’heures d’accueil réalisées, pénalisant ainsi les familles ayant d’importants besoins d’accueil**. Le taux d’effort des familles était donc d’autant plus important que le niveau de recours était élevé, les heures d’accueil financées saturant le montant plafond de la prestation.

2. ... au profit d’un mode de calcul horaire et linéarisé

La réforme du CMG « emploi direct » modifie le mode de calcul de l’aide relative à la rémunération de l’assistant maternel ou de la garde à domicile employée au titre de l’accueil de l’enfant. **La réforme ne modifie pas les modalités de prise en charge des cotisations sociales, patronales et salariales.**

Le montant du CMG, auparavant forfaitaire, présente désormais :

– un **caractère horaire**, en ce qu’il tient compte du volume d’heures d’accueil auxquelles les familles recourent ;

– un **caractère linéaire**, c’est-à-dire qu’il correspond à un taux d’effort variant selon les ressources et la composition du foyer.

L’article L. 531-5 du code de la sécurité sociale prévoit ainsi que le montant de l’aide relative à la rémunération est calculé en fonction d’un barème qui tient compte : des **ressources du ménage**, dans la limite d’un plancher et d’un plafond ; du **nombre d’enfants à charge**, et le cas échéant de la charge d’un enfant handicapé ; du **mode d’accueil** ; du **nombre d’heures d’accueil rémunérées** ; et du **salaire net versé** à la personne qui assure la garde de l’enfant. Il est précisé que l’aide est calculée pour chaque enfant pour l’emploi d’une assistante maternelle, et par ménage en cas de recours à une garde à domicile.

Le décret d’application du 30 mai 2025 ⁽¹⁾ a précisé ces dispositions. L’article D. 531-18 du code de la sécurité sociale établit la formule de calcul ci-dessous et définit chacune de ses composantes.

(1) Décret n° 2025-515 du 30 mai 2025 relatif au complément de libre choix du mode de garde.

$$\text{Montant du CMG} = \text{Coût mensuel de la garde} \times \left[1 - \left(\frac{\text{revenu mensuel de la famille} \times \text{taux d'effort applicable}}{\text{coût horaire de référence}} \right) \right]$$

Le **coût mensuel de la garde** correspond au salaire net versé ainsi qu'à l'ensemble des éléments soumis à cotisations et contributions de sécurité sociale ⁽¹⁾, dans la limite d'un plafond horaire de 8 euros en cas de recours à une assistante maternelle, et de 15 euros pour la garde à domicile.

Le **revenu mensuel de la famille** correspond aux ressources mensuelles prises en compte dans la limite d'un plancher équivalent au montant du revenu de solidarité active (RSA) pour une personne seule avec un enfant, soit 977,45 euros depuis le 1^{er} avril 2026, et d'un plafond fixé à 8 500 euros.

Le **taux d'effort applicable** est déterminé en fonction du nombre d'enfants à charge et du mode de garde choisi selon le barème ci-dessous.

TAUX D'EFFORT APPLICABLE EN FONCTION DU NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE ET DU MODE DE GARDE

| Nombre d'enfants à charge | Taux d'effort en cas de garde par un assistant maternel | Taux d'effort en cas de garde à domicile |
|---------------------------|---|--|
| 1 enfant | 0,0619 % | 0,1238 % |
| 2 enfants | 0,0516 % | 0,1032 % |
| 3 enfants | 0,0413 % | 0,0826 % |
| 4 enfants | 0,0310 % | 0,0620 % |
| 5 enfants | 0,0310 % | 0,0620 % |
| 6 enfants | 0,0310 % | 0,0620 % |
| 7 enfants | 0,0310 % | 0,0620 % |
| 8 enfants | 0,0206 % | 0,0412 % |
| 9 enfants | 0,0206 % | 0,0412 % |
| 10 enfants | 0,0206 % | 0,0412 % |

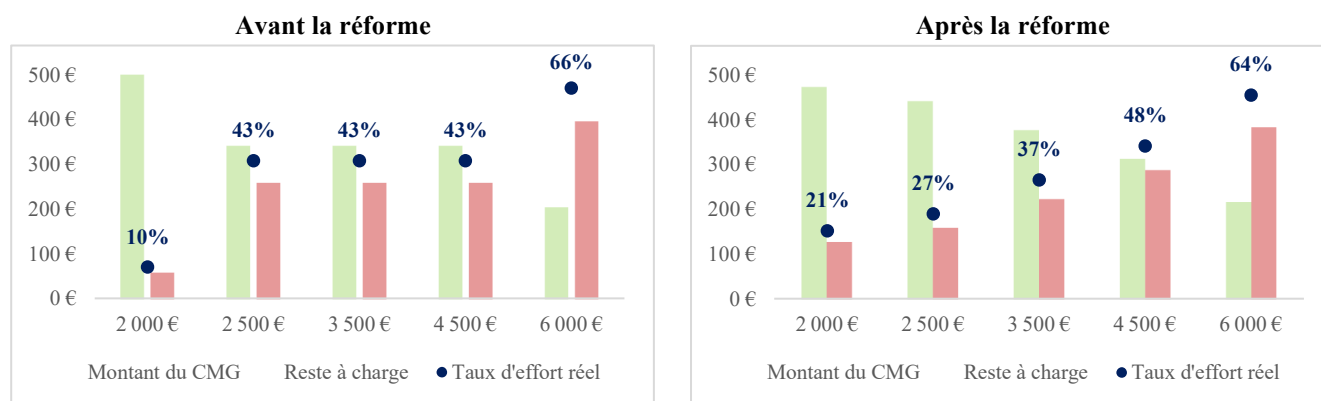
Source : Article D. 531-18 du code de la sécurité sociale.

Enfin, le **coût horaire de référence** est déterminé au regard du coût médian constaté l'année civile précédente sur le territoire métropolitain, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte. Il est revalorisé chaque année en fonction de l'évolution du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic). Son montant a été fixé à 4,85 euros pour l'accueil par un assistant maternel, et à 10,38 euros pour la garde à domicile.

(1) En cas de recours à un assistant maternel, il comprend également, le cas échéant, les indemnités journalières d'entretien et les frais journaliers de repas.

Le **niveau de vie des familles** est désormais mieux pris en compte du fait de la linéarisation de la prestation : son montant est inversement proportionnel aux ressources du foyer c'est-à-dire qu'à volume d'heures d'accueil identique, une famille modeste sera mieux solvabilisée qu'une famille plus aisée.

ÉVOLUTION DU TAUX D'EFFORT EN FONCTION DU REVENU DE LA FAMILLE

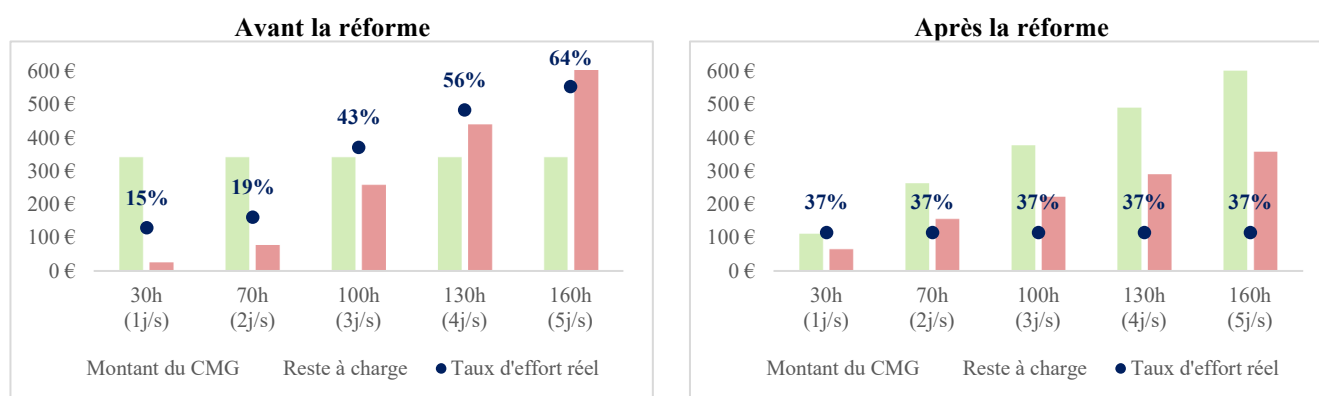


Les graphiques représentent l'évolution du taux d'effort d'une famille comptant deux enfants à charge (dont un seul est gardé par une assistante maternelle) en fonction de son revenu dans une situation-type : un coût de la garde égal à 600 euros par mois, soit 100 heures d'accueil rémunérées 6 euros par heure. Depuis la réforme, on constate que le taux d'effort augmente de manière plus linéaire en fonction du revenu par rapport au barème à tranches.

Source : Commission des affaires sociales.

En outre, le montant du CMG est maintenant **proportionnel au nombre d'heures d'accueil réalisées** : le taux d'effort de la famille reste le même pour chaque heure d'accueil, là où le modèle forfaitaire appliqué avant la réforme solvabilisait mieux les petits volumes horaires.

ÉVOLUTION DU TAUX D'EFFORT EN FONCTION DU VOLUME D'HEURES D'ACCUEIL



Les graphiques représentent l'évolution du taux d'effort d'une famille comptant deux enfants à charge (dont un seul est gardé par une assistante maternelle) avec un revenu de 3 500 euros par mois selon le nombre d'heures d'accueil réalisées au coût de 6 euros par heure. Avant la réforme, le taux d'effort de la famille augmentait proportionnellement au nombre d'heures d'accueil réalisées. Désormais, depuis la réforme, pour chaque heure d'accueil réalisée, le taux d'effort de la famille reste le même.

Source : Commission des affaires sociales.

II. L'ÉVALUATION DES PREMIERS EFFETS DE LA RÉFORME : DES CONSTATS MITIGÉS

La réforme du complément de libre choix du mode de garde est entrée en vigueur en deux temps : le nouveau mode de calcul du montant de la prestation ainsi que l'éligibilité élargie aux familles monoparentales faisant garder un enfant âgé de 6 à 12 ans ont été appliqués **à compter du 1^{er} septembre 2025** ; l'ouverture du droit à la prestation pour chacun des parents en cas de résidence alternée de l'enfant est en vigueur **depuis le 1^{er} décembre 2025**.

Au regard de cette entrée en vigueur très récente, l'évaluation des effets de la réforme reste nécessairement partielle et devra être complétée dans les prochains mois par des analyses plus qualitatives fondées sur des données consolidées.

A. LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE DE LA RÉFORME A, DANS L'ENSEMBLE, ÉTÉ BIEN MENÉE

La réforme du complément de libre choix du mode de garde a été complexe à concevoir et à mettre en application pour les services du ministère des solidarités, de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). **Dans l'ensemble, les travaux préparatoires ont été conduits de manière efficace et rigoureuse**, bien que l'information des familles sur les modalités de calcul définitives du nouveau CMG ait pu être jugée un peu tardive.

1. Des travaux préparatoires très conséquents

La réforme du complément de libre choix du mode de garde est entrée en vigueur deux ans après avoir été adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Cette période a permis aux équipes de la direction de la sécurité sociale, de la Cnaf, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et de l'Urssaf de s'assurer d'une entrée en vigueur aussi fluide que possible du nouveau dispositif.

Dès 2023, la direction de la sécurité sociale et les caisses de sécurité sociale ont été mobilisées pour définir les contours de la réforme et les règles de gestion, évaluer les effets de la réforme sur les allocataires, élaborer le cahier des charges et faire évoluer leurs systèmes d'information. La direction de la sécurité sociale a indiqué à la rapporteure que la problématique du mécanisme de compensation transitoire avait par exemple nécessité un travail d'expertise approfondi pour définir les critères d'éligibilité et éviter des inégalités de traitement au sein des familles ou en fonction de la date d'entrée à l'école maternelle des enfants concernés.

Le déploiement des développements informatiques a débuté en 2024, avec **un enjeu majeur de synchronisation des systèmes d'information de l'Urssaf avec ceux de la Cnaf et de la CCMSA**. L'année 2025 a enfin été consacrée à la réalisation des tests informatiques entre les organismes partenaires, à la déclinaison

du plan de communication à destination des usagers, et à la formation des équipes des caisses chargées d'appliquer la réforme.

Ce long travail préparatoire a porté ses fruits puisque **l'entrée en vigueur de la réforme, au mois de septembre 2025, s'est déroulée sans difficulté technique majeure.**

2. Un accompagnement étroit des familles mais une information jugée un peu tardive

La **communication à destination des familles** sur les modalités de la réforme et l'évolution du mode de calcul du CMG a été, dès les prémices de la réforme, un point de vigilance bien identifié par la direction de la sécurité sociale et par les caisses de sécurité sociale.

● La réforme est en effet d'une grande complexité, tout en ayant des effets concrets sur l'accessibilité et le financement des modes d'accueil. L'accompagnement des usagers constituait donc un enjeu majeur pour garantir son entrée en vigueur de la réforme dans les meilleures conditions possibles. Le plan de communication élaboré par les caisses et la direction de la sécurité sociale comprenait trois objectifs :

– l'information et la sensibilisation des allocataires (actuels et futurs) sur les changements résultant de la réforme ;

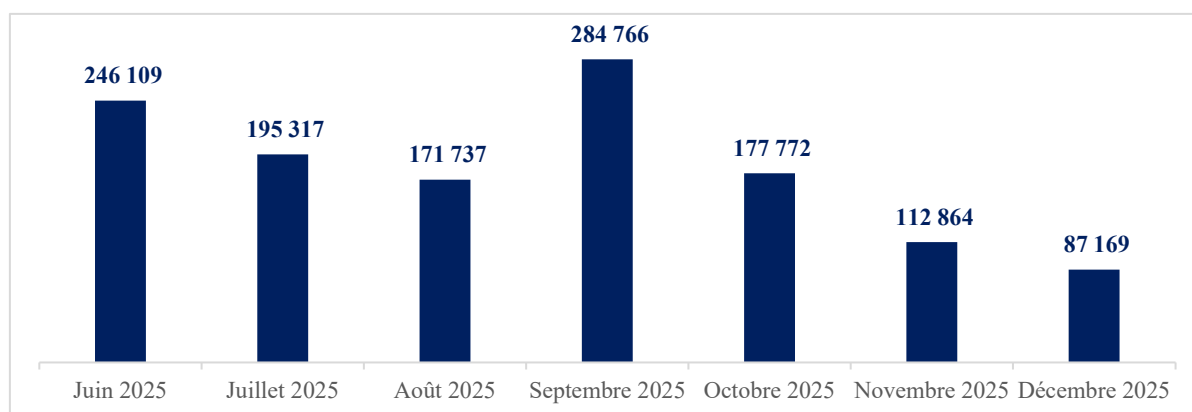
– la mise en valeur des avantages de la réforme afin de rassurer les familles ;

– la bonne compréhension des évolutions du mode de calcul du CMG par la publication de contenus pédagogiques.

Les cibles de ce plan de communication étaient évidemment les familles, mais aussi les professionnels de la petite enfance, les agents des caisses et des collectivités territoriales, et enfin la presse généraliste et spécialisée.

● Une fois le décret d'application du 30 mai 2025 publié, **l'Urssaf Caisse nationale a publié sur son site internet deux simulateurs à destination des parents** afin qu'ils puissent estimer l'effet de la réforme sur le coût de leur mode d'accueil : le premier simulateur calculait le reste à charge après versement du CMG ; le second portait sur le complément différentiel transitoire, afin d'accompagner les familles concernées par une diminution du montant de la prestation. Le nombre de bénéficiaires du complément différentiel transitoire étant stabilisé depuis le mois de janvier 2026, ce dernier sera supprimé à compter du mois de juin 2026.

**NOMBRE DE CONSULTATIONS MENSUELLES DU SIMULATEUR DE RESTE À CHARGE SUR
LE SITE DE L'URSSAF CAISSE NATIONALE**



Source : Urssaf Caisse nationale.

La mise en ligne de ces simulateurs, au mois de juin 2025, a néanmoins pu être **jugée un peu tardive par les familles**. Selon les associations familiales et les organisations représentant les assistantes maternelles rencontrées par la rapporteure, au moment de la publication des simulateurs, de nombreuses familles avaient d'ores et déjà conclu des contrats d'accueil pour la rentrée scolaire 2026, **sans pour autant connaître de manière définitive le montant de la prestation qu'elles allaient percevoir à compter du mois de septembre**.

- Enfin, la Cnaf et l'Urssaf ont anticipé la **hausse des sollicitations des usagers au démarrage de la réforme** en renforçant les équipes chargées des permanences téléphoniques. L'Urssaf a ainsi constaté une hausse des volumes d'appels de l'ordre de 67 %, tout en maintenant un taux d'appels décrochés supérieur à 80 % au mois de septembre 2025.

En outre, un suivi spécifique et un **circuit d'urgence sociale** ont été déployés pour faciliter la gestion des dossiers signalés ou rejetés par les caisses d'allocations familiales ou le centre Pajemploi.

B. LES DONNÉES RELATIVES AUX PERTES ET AUX GAINS DES FAMILLES RESTENT À CONSOLIDER

La principale crainte relative à la mise en œuvre de la réforme tenait à **l'identification des familles dites « perdantes » ou « gagnantes » au regard du nouveau mode de calcul du CMG, et à l'ampleur de ces pertes et de ces gains**. L'existence du complément différentiel transitoire a permis de limiter le nombre de familles perdantes parmi les foyers déjà bénéficiaires du CMG au moment de l'entrée en vigueur de la réforme. Selon les premières analyses disponibles, les parts des familles gagnantes et perdantes sont globalement conformes aux prévisions, bien que le nombre de familles perdantes semble légèrement plus élevé qu'anticipé.

1. Le complément différentiel transitoire a permis de limiter le nombre de familles perdantes suite à l'application de la réforme

Pour limiter les effets négatifs de la réforme sur les foyers déjà bénéficiaires du complément de libre choix du mode de garde, l'article 86 de la LFSS 2023 a prévu un **mécanisme de complément différentiel transitoire** : lorsque, au moment de l'entrée en vigueur du nouveau mode de calcul, le montant du CMG perçu par une famille est inférieur au montant moyen mensuel de la prestation qu'elle percevait en application du barème à tranches, le complément différentiel intervient pour garantir l'attribution d'un montant total égal au montant moyen mensuel antérieur, dans la limite de 90 % de la rémunération nette du salarié.

Le droit au complément différentiel est ouvert à **deux conditions cumulatives**, précisées par le décret du 30 mai 2025 ⁽¹⁾ :

– la première est une **condition de recours** : entre le mois de mars et le mois de mai 2025, le foyer doit avoir eu recours en moyenne à un nombre déterminé d'heures d'accueil ;

NOMBRE MINIMAL D'HEURES D'ACCUEIL RÉALISÉES ENTRE MARS ET MAI 2025 POUR BÉNÉFICIAIRE DU COMPLÉMENT DIFFÉRENTIEL

| Mode d'accueil | Les enfants accueillis ont entre 0 et 3 ans | | Au moins l'un des enfants accueillis a entre 3 et 6 ans | |
|---------------------------|---|--------------------|---|--------------------|
| | 1 seul enfant accueilli | Fratrie accueillie | 1 seul enfant accueilli | Fratrie accueillie |
| Assistant maternel | 100 heures | 150 heures | 50 heures | 100 heures |
| Garde à domicile | 50 heures | | | |

Source : Article 3 du décret n° 2025-515 du 30 mai 2025 relatif au complément de libre choix du mode de garde.

– la seconde est une **condition de ressources** : au cours du mois précédant l'entrée en vigueur du nouveau mode de calcul, les ressources du ménage ne doivent pas avoir excédé un plafond de 39 184 euros, majoré de 6 482 euros par enfant à charge, et de 40 % pour les familles monoparentales.

Dès lors que le foyer est éligible, le complément différentiel est **calculé et versé automatiquement par Pajemploi pendant une durée maximale de trois ans**. Si l'enfant est né avant le 1^{er} janvier 2022, la compensation prend fin lorsqu'il atteint l'âge de 6 ans ; s'il est né après le 1^{er} janvier 2022, la compensation prend fin le 1^{er} septembre de l'année de son troisième anniversaire.

Selon les informations transmises par la direction de la sécurité sociale à la rapporteure, **le complément différentiel transitoire bénéficie à 70 000 foyers**.

⁽¹⁾ Article 3 du décret n° 2025-515 du 30 mai 2025 relatif au complément de libre choix du mode de garde.

2. Les parts des familles perdantes et gagnantes suite à la réforme sont globalement conformes aux prévisions initiales

La fiche d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 anticipait 43 % de bénéficiaires « perdants » à hauteur en moyenne de 32 euros par mois. Les foyers potentiellement concernés étaient **ceux qui recourent à peu d'heures d'accueil et/ou qui ont des revenus importants**.

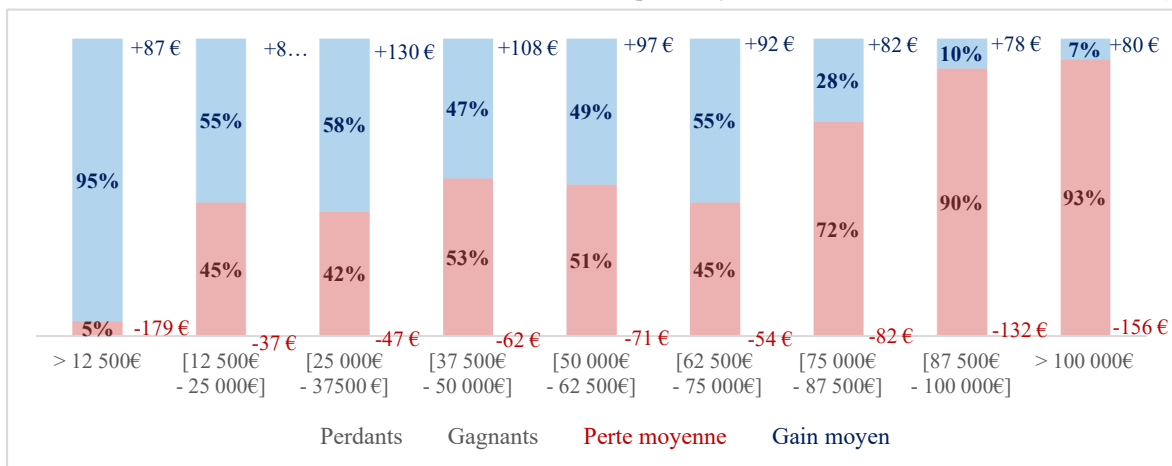
Les premières simulations disponibles tendent à confirmer ces prévisions.

• **Le nombre de familles concernées par une diminution du montant du CMG augmenterait avec leurs revenus, de même que le montant de la perte.** La part des familles perdantes serait ainsi comprise entre 72 % et 93 % des foyers dont les revenus sont supérieurs à 75 000 euros par an, alors qu'elle serait située entre 45 % et 53 % pour les familles dont les revenus sont compris entre 12 500 euros et 50 000 euros par an. De même, les familles perdantes parmi les foyers dont les revenus sont supérieurs à 75 000 euros par an subiraient une perte moyenne située entre 82 euros et 156 euros par mois, là où les familles perdantes parmi les foyers dont les revenus sont compris entre 12 500 euros et 50 000 euros par an constateraient une perte moyenne comprise entre 37 euros et 62 euros par mois. À l'inverse, 95 % des familles dont les revenus sont inférieurs à 12 500 euros par an seraient gagnantes suite à la réforme, le montant de leur prestation progressant de 87 euros en moyenne.

La situation serait néanmoins plus contrastée chez les foyers aux revenus intermédiaires, la part des familles perdantes ne progressant pas de manière parfaitement linéaire à mesure que les revenus augmentent. Les données sur lesquelles reposent ces simulations étant récentes et parcellaires, la rapporteure espère que des analyses plus approfondies pourront être réalisées dans les prochains mois pour expliquer ces nuances.

SIMULATION DES EFFETS DE LA RÉFORME DU CMG SELON LA TRANCHE DE REVENUS

(pour les familles recourant à une assistante maternelle)

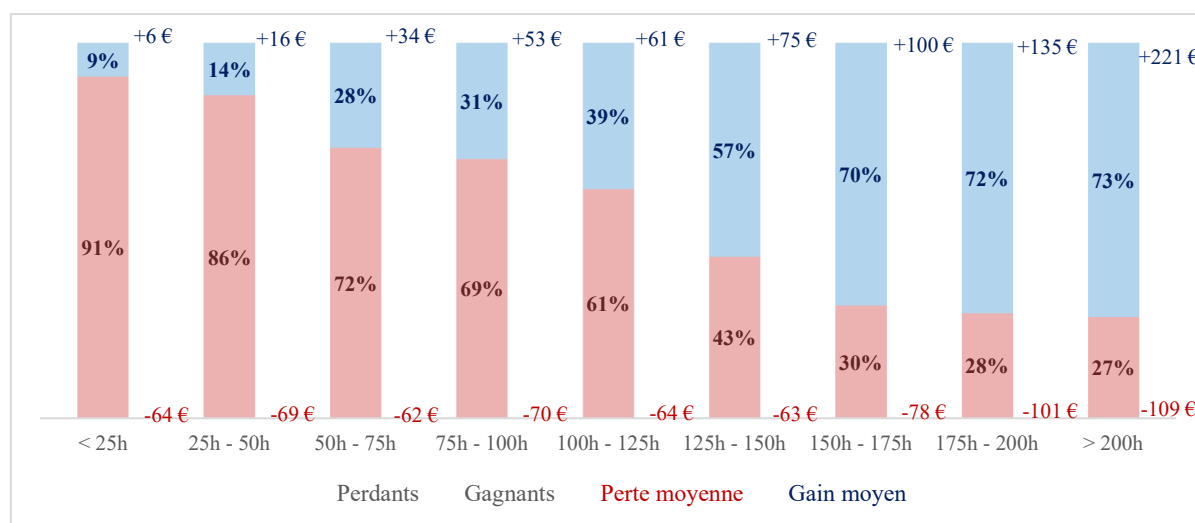


Source : Commission des affaires sociales d'après Observatoire national de la petite enfance, L'accueil des jeunes enfants, 2025.

● Les effets de la réforme seraient encore plus nets lorsque l'on observe les pertes et les gains des familles en fonction du nombre d'heures d'accueil auxquelles elles recourent. **La part des familles perdantes diminuerait en effet de manière presque linéaire avec le nombre d'heures d'accueil** : alors que 91 % des familles recourant à moins de 25 heures d'accueil par mois seraient perdantes, ce seraient 69 % des familles qui recourent à une assistante maternelle entre 75 et 100 heures par mois et 30 % des familles qui y recourent entre 150 et 175 heures par mois qui verraient le montant du CMG perçu diminuer.

SIMULATION DES EFFETS DE LA RÉFORME DU CMG SELON LE NOMBRE D'HEURES D'ACCUEIL

(pour les familles recourant à une assistante maternelle)

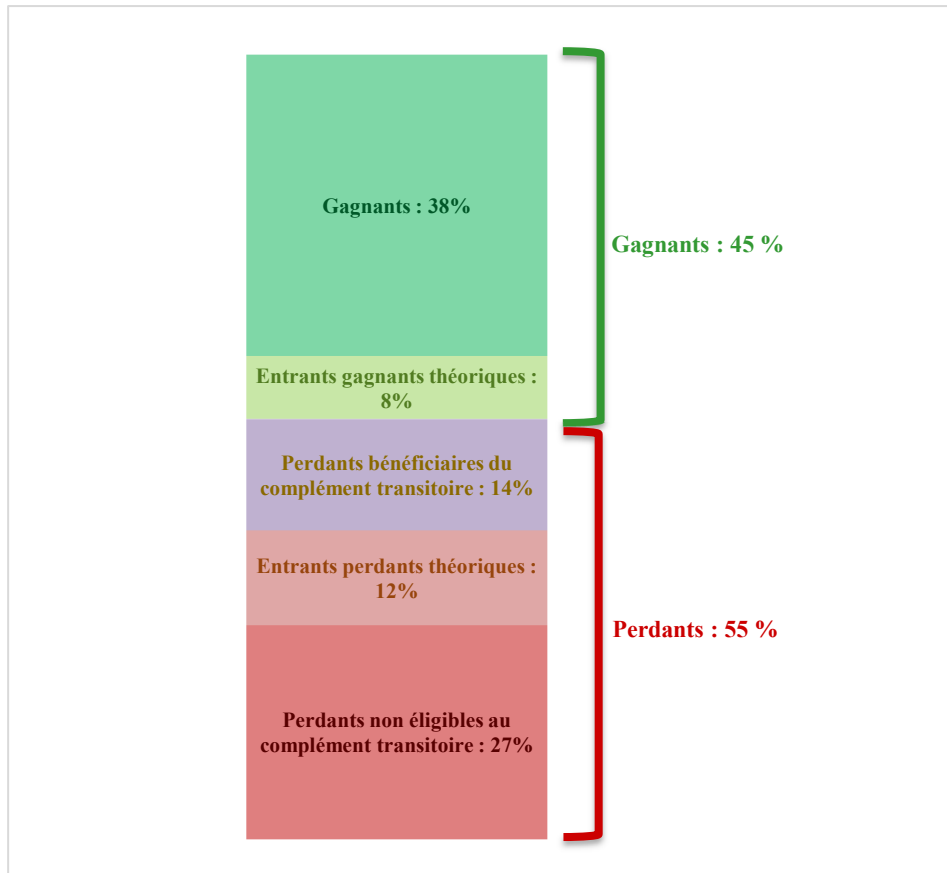


Source : Commission des affaires sociales d'après Observatoire national de la petite enfance, L'accueil des jeunes enfants, 2025.

Les données présentées ci-dessus doivent toutefois être analysées avec précaution. Elles reposent en effet sur des simulations réalisées par la Cnaf et l'Urssaf Caisse nationale sur la base des comportements de recours observés en 2024. Selon les informations recueillies par la rapporteure, des travaux plus approfondis seront menés d'ici l'été 2026 pour mieux mesurer les effets de la réforme sur le montant du CMG perçu par les familles.

Ces données laissent entrevoir **un nombre de perdants (55 %) plus important qu'anticipé au moment de l'élaboration de la réforme (43 %), mais finalement limité grâce au complément différentiel transitoire, qui concerne 14 % des allocataires.**

RÉPARTITION DES ALLOCATAIRES EMPLOYANT UNE ASSISTANTE MATERNELLE SELON L'EFFET SIMULÉ DE LA RÉFORME



Source : Commission des affaires sociales d'après Observatoire national de la petite enfance, L'accueil des jeunes enfants, 2025.

C. L'ÉVOLUTION DU COMPORTEMENT DES FAMILLES RESTE À DÉTERMINER

La réforme du complément de libre choix de mode de garde entraîne des variations importantes du montant de la prestation en fonction des revenus de la famille et du niveau de recours. En conséquence, elle engendrera, à terme, des changements dans les comportements des familles : progression ou diminution du nombre d'heures d'accueil, augmentation ou réduction de l'activité professionnelle, évolution du niveau de recours aux modes d'accueil collectifs (crèches) et individuel (assistante maternelle ou garde à domicile).

Toutefois, à la date de rédaction du présent rapport, il est difficile d'évaluer les effets de la réforme sur le comportement des familles. Ces dernières n'ont pas nécessairement eu l'occasion d'adapter leur organisation tant professionnelle que familiale au nouveau montant de leur reste à charge. Les premières données communiquées par la direction de la sécurité sociale à la rapporteure permettent toutefois d'identifier plusieurs tendances dont l'analyse devra être approfondie après la rentrée scolaire 2026.

1. La réforme semble *a priori* encourager le recours à l'accueil individuel

• **Concernant l'accueil par une assistante maternelle**, on constate une diminution du nombre de foyers bénéficiaires entre décembre 2024 et décembre 2025 (– 6,7 %). Ce chiffre doit toutefois faire l'objet d'interprétations prudentes : en effet, selon la direction de la sécurité sociale, et sous réserve d'analyses complémentaires, la baisse du nombre de bénéficiaires s'expliquerait principalement par la contraction de la natalité ces dernières années et par la diminution du nombre d'assistantes maternelles en exercice. On observe une diminution équivalente du nombre d'enfants accueillis en crèches (– 6 %) sur la même période, ce qui suggère que l'entrée en vigueur de la réforme du CMG n'est pas le principal facteur explicatif de cette évolution.

En revanche, les premières données disponibles tendent à montrer une hausse du montant moyen du CMG perçu par les familles en général (+ 13 %), et plus encore par les familles monoparentales (+ 15 %). Les familles semblent avoir également augmenté le volume horaire mensuel d'heures d'accueil (+ 2,6 % en général, et + 0,20 % pour les familles monoparentales).

• **Concernant la garde à domicile**, la réforme du CMG semble avoir entraîné une hausse du niveau de recours. En effet, malgré la diminution du nombre de naissances, le nombre de foyers bénéficiaires a augmenté sur la période considérée : + 1,6 % en général, et surtout + 38,8 % pour les familles monoparentales. Le montant moyen du CMG perçu par les familles a également fortement progressé dans le cadre de la garde à domicile : + 49,9 % en général, et + 28,8 % pour les familles monoparentales. Enfin, le nombre d'heures d'accueil mensuelles augmente également : + 4,9 % en général, et plus 6 % pour les familles monoparentales.

ÉVOLUTION DU RECOURS ET DU MONTANT DU CMG ENTRE DÉCEMBRE 2024 ET DÉCEMBRE 2025

| ASSISTANTE MATERNELLE | | | |
|--|---------------|---------------|-----------|
| | Décembre 2024 | Décembre 2025 | Évolution |
| Nombre de foyers bénéficiaires | 564 065 | 526 385 | – 6,7 % |
| Nombre de familles monoparentales bénéficiaires | 68 134 | 69 432 | + 1,9 % |
| Montant moyen de CMG volet « rémunération » par foyer, hors complément transitoire | 322 € | 364 € | + 13 % |
| Montant moyen de CMG volet « rémunération » parmi les familles monoparentales | 481 € | 553 € | + 15 % |
| Nombre d'heures moyennes mensuelles par enfant | 114 h | 117 h | + 2,6 % |
| Nombre d'heures moyennes mensuelles par enfant, parmi les familles monoparentales | 117 h | 117 h | + 0,20 % |
| GARDE À DOMICILE | | | |
| | Décembre 2024 | Décembre 2025 | Évolution |
| Nombre de foyers bénéficiaires | 52 024 | 52 865 | + 1,6 % |
| Nombre de familles monoparentales bénéficiaires | 8 601 | 11 941 | + 38,8 % |

| | | | |
|--|-------|-------|----------|
| Montant moyen de CMG volet « rémunération » par foyer, hors complément transitoire | 207 € | 304 € | + 46,9 % |
| Montant moyen de CMG volet « rémunération » parmi les familles monoparentales | 344 € | 443 € | + 28,8 % |
| Nombre d'heures moyennes mensuelles par enfant | 61 h | 64 h | + 4,9 % |
| Nombre d'heures moyennes mensuelles par enfant, parmi les familles monoparentales | 50 h | 53 h | + 6 % |

Source : Direction de la sécurité sociale.

2. Des inquiétudes existent concernant le comportement des familles perdantes suite à la réforme

Les travaux menés par la rapporteure dans le cadre de cette évaluation ont permis de mesurer l'**ampleur des inquiétudes suscitées par la réforme**, tant chez les familles que chez les assistantes maternelles. Bien que l'on ne dispose pas d'un recul suffisant sur les effets de la réforme sur les comportements des familles, les échanges de la rapporteure avec les associations familiales ou les organisations représentant les assistantes maternelles permettent d'identifier trois axes d'alerte qui devront faire l'objet d'un suivi étroit dans les prochains mois.

- D'abord, la diminution du montant du CMG pour une partie des familles **laisse craindre des arbitrages financiers défavorables à l'activité professionnelle des parents**, et notamment des mères.

Selon une enquête réalisée par l'Union nationale des associations familiales (Unaf) ⁽¹⁾ auprès des familles, 63 % des répondants ont vu leur reste à charge augmenter suite à la réforme. 36 % envisagent de modifier le nombre d'heures d'accueil de leur enfant dans les mois à venir, à la baisse pour 85 % d'entre eux. 35 % des répondants déclarent avoir dû modifier leur organisation professionnelle du fait de l'évolution de leur reste à charge : 25 % d'entre eux déclarent avoir diminué leur temps de travail (par exemple, en passant à temps partiel) ; 13 % ont augmenté leur temps de travail ; 27 % ont mobilisé leurs journées de repos ou leurs congés payés. Parmi les parents n'ayant pas modifié leur organisation professionnelle, 22 % l'envisagent néanmoins.

L'évaluation de la réforme du CMG ne pourra pas faire l'économie d'une analyse de ses effets sur l'insertion professionnelle des parents de jeunes enfants. En effet, la reprise ou la poursuite d'une activité professionnelle sont étroitement liées à la possibilité, pour les parents, de confier leur enfant pendant leur temps de travail. En particulier, dans la mesure où la réforme se veut très favorable aux familles monoparentales, son effet sur l'activité des parents isolés devra être finement mesuré.

(1) Unaf, *Résultats de l'appel à témoignages sur la réforme du CMG*, 3 décembre 2025. À noter toutefois que cette enquête présente un biais majeur : les personnes défavorablement affectées par la réforme sont en effet plus susceptibles de répondre volontairement à une enquête sur les effets de la réforme que les personnes qui en sont bénéficiaires. Les chiffres mis en avant doivent dès lors être considérés avec précaution.

● Ensuite, la diminution du montant du CMG pour une partie des familles, et l'augmentation du reste à charge qui en résulte, **pourraient constituer un frein à la réalisation du désir d'enfant**. Selon l'Unaf, parmi les répondants à l'enquête réalisée sur les effets de la réforme, plus d'un quart des parents perdants ont témoigné envisager de renoncer ou de reporter un projet parental supplémentaire du fait de l'augmentation du coût de l'accueil de leur premier enfant.

Bien sûr, ces déclarations doivent être considérées avec prudence : les facteurs concourant à la réalisation du désir d'enfants, ou à l'inverse freinant ou empêchant sa concrétisation, sont multiples et ne peuvent se résumer à une simple équation économique. Toutefois, la situation financière des couples, de même que leur capacité à concilier leur vie professionnelle avec leur vie familiale, influencent fortement la concrétisation de leur désir d'enfant. Or, la réforme du CMG touche à ces deux questions dans la mesure où elle influe à la fois sur l'accès des familles aux modes d'accueil formels et sur leur pouvoir d'achat.

En conséquence, l'effet de la réforme sur la réalisation du désir d'enfant devra faire l'objet d'analyse à long terme.

● Enfin, une troisième alerte concerne **l'activité des assistantes maternelles**. La réforme du CMG a en effet des conséquences majeures pour celles-ci : non seulement elles ont largement contribué à l'information des familles sur l'existence et les effets de la réforme, mais elles sont immédiatement affectées par les arbitrages auxquels procèdent les familles suite à la hausse ou à la diminution de leur reste à charge.

Or, dans la mesure où la réforme du CMG permet de mieux solvabiliser les familles recourant à d'importants volumes d'heures d'accueil, au détriment des familles n'ayant recours qu'à des petits volumes, les assistantes maternelles rencontrées par la rapporteure ont témoigné d'une diminution drastique du nombre de « petits contrats » dont elles tiraient un complément d'activité essentiel.

Les contrats conclus en vue de la rentrée scolaire 2026 devront donc faire l'objet d'une attention toute particulière afin de bien mesurer l'effet de la réforme sur le niveau d'activité des assistantes maternelles et sur leur rémunération. En effet, malgré les tensions qui existent sur les modes d'accueil, le coût de la garde ne doit pas revêtir un caractère prohibitif pour les familles, sauf à ce qu'elles décident de renoncer à faire garder leurs enfants. Or, en l'absence de demande des familles, les assistantes maternelles peuvent être rapidement amenées à cesser leur activité professionnelle, au risque de voir la diminution tendancielle de l'offre d'accueil s'accélérer.

III. DES AJUSTEMENTS DE LA RÉFORME À POURSUIVRE

Avant même son entrée en vigueur, ainsi qu'immédiatement après, la réforme du CMG, issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, a nécessité des ajustements paramétriques. Les travaux d'évaluation conduits par la

rapporteure au printemps 2026 montrent que ces ajustements devront se poursuivre dans les mois à venir.

A. LA RÉFORME DU CMG A DÉJÀ FAIT L'OBJET D'AJUSTEMENTS PARAMÉTRIQUES

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2024 et 2026 ont apporté des modifications aux paramètres de la réforme du complément de libre choix du mode de garde afin de répondre à différentes problématiques mises en évidence dans le cadre des travaux préparatoires conduits par les services du ministère des solidarités et des caisses de sécurité sociale.

- Après une analyse approfondie par les caisses de sécurité sociale, il est apparu, dès 2023, que **les modalités du plafond de rémunération horaire initialement envisagées auraient eu pour effet d'exclure de nombreuses familles du bénéfice de la prestation.**

Ce plafond vise à encadrer la rémunération des assistantes maternelles afin, d'une part, d'éviter des dérives dans les territoires faiblement dotés en modes d'accueil, et d'autre part, de limiter l'augmentation des dépenses publiques résultant du mécanisme de solvabilisation. Toutefois, ce plafond a été initialement pensé comme un plafond excluant : dès lors que la rémunération de l'assistante maternelle y était supérieure, la famille ne pouvait plus percevoir le complément de libre choix du mode de garde. Or, les parents, en tant qu'employeurs, peuvent être amenés à assumer des charges exceptionnelles certains mois (indemnités de congés payés, indemnités de fin de contrat) : ces dépenses supplémentaires peuvent alors ponctuellement entraîner un dépassement du plafond horaire de rémunération. En outre, ce plafond de rémunération horaire avait pour effet d'exclure du bénéfice du CMG des familles résidant des régions où les coûts horaires de garde sont particulièrement importants ou ayant recours à des modes d'accueil sur des horaires atypiques, et donc mieux rémunérés.

L'article 111 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 ⁽¹⁾ a donc remplacé ce plafond de rémunération horaire dit « excluant » par un plafond « non excluant » : **les familles concernées conservent le bénéfice du CMG, celui-ci étant néanmoins plafonné à hauteur du montant maximal de rémunération horaire.**

- Au moment de l'entrée en vigueur du nouveau mode de calcul du CMG, il est apparu que **la prise en compte des indemnités de fin de contrat et des indemnités compensatrices de congés payés dans le calcul de la rémunération nette de la personne employée, entraînait un dépassement fréquent du plafond de rémunération horaire, dont résultait une augmentation importante et imprévue du reste à charge pour les parents employeurs.**

(1) Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Or, dans la mesure où la réforme avait pour objectif de rapprocher le niveau des restes à charge entre l'accueil individuel et l'accueil collectif, et où les dépenses relatives aux congés payés et aux indemnités de fin de contrat des salariés sont intégrées aux charges de gestion des crèches, **il a été décidé d'exclure ces indemnités du calcul de la rémunération de l'assistante maternelle ou de la garde à domicile afin de limiter le reste à charge des familles.** Cette modification a été opérée par l'article 100 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 ⁽¹⁾.

● La réforme du mode de calcul du complément de libre choix du mode de garde s'est également accompagnée d'une **évolution du dispositif Pajemploi.**

En application de l'article L. 531-8 du code de la sécurité sociale, les parents employeurs sont tenus d'adhérer à Pajemploi ⁽²⁾, un dispositif simplifié de **déclaration et de recouvrement des cotisations et contributions sociales**, ainsi que de prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu, géré par l'Urssaf.

En parallèle, l'Urssaf a déployé un dispositif facultatif, Pajemploi + ⁽³⁾, qui correspond à un service d'intermédiation sécurisant les relations financières des parents employeurs avec les assistantes maternelles ou les gardes à domicile : les parents déclarent le salaire versé et, sur le fondement de cette déclaration, l'Urssaf se charge de **prélever le salaire** sur leur compte bancaire, après avoir déduit le montant du CMG dont ils bénéficient. Le salaire est ensuite directement versé sur le compte bancaire de l'employé.

Ces deux dispositifs visent à accompagner les assistantes maternelles, les gardes à domicile et les parents employeurs dans leurs relations contractuelles en facilitant la déclaration des heures d'accueil réalisées et de la rémunération du salarié ainsi que le paiement du salaire et des cotisations et contributions sociales afférentes.

Afin de lutter contre les impayés auxquels sont confrontées les assistantes maternelles de la part des parents employeurs, le dispositif Pajemploi + a connu différentes évolutions. À compter du mois d'octobre 2024, il a intégré une garantie de deux mois contre les impayés, au bénéfice du salarié. L'article 92 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a ensuite prévu différentes mesures pour inciter les parents à utiliser le dispositif, qui restait facultatif.

L'article 101 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 a finalement instauré une **obligation de recourir au dispositif Pajemploi + pour bénéficier du complément de libre choix du mode de garde.** Cette obligation entrera en vigueur au 1^{er} septembre 2027.

(1) Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

(2) Prévus à l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale.

(3) Prévus à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.

B. UNE RÉFORME QUI DOIT ENCORE ÊTRE AMÉNAGÉE

À l'issue des travaux d'évaluation qu'elle a conduits, la rapporteure estime que la réforme du complément de libre choix du mode de garde doit faire l'objet d'aménagements supplémentaires.

1. Garantir l'universalité de la politique familiale

Les réformes intervenues dans le champ de la politique familiale ont trop souvent, ces dernières années, remis en cause le principe d'universalité qui la sous-tend depuis 1945. La politique familiale repose en effet sur une logique de solidarité horizontale à destination des ménages qui assument des charges de familles. Bien qu'elle puisse par ailleurs intégrer une logique de redistribution verticale, en soutenant plus fortement les familles modestes par rapport aux familles aisées, sa philosophie originelle n'admet pas que des familles puissent être exclues du bénéfice des dispositifs de politique familiale en raison de leurs ressources.

Or la réforme du complément de libre choix du mode de garde a entraîné l'exclusion de certaines familles du bénéfice de cette prestation. En effet, lorsque les ressources mensuelles du ménage dépassent le montant plafond de 8 500 euros, ces dernières ne sont plus éligibles à l'aide relative à la rémunération du salarié. Elles bénéficient toutefois de la prise en charge des cotisations et contributions sociales.

À l'image de la démarche qui a abouti au remplacement du plafond de rémunération horaire dit « excluant » par un plafond « non excluant », **la rapporteure préconise de ne pas exclure les familles dont les ressources mensuelles sont supérieures à 8 500 euros par mois du bénéfice du CMG, mais de plafonner le montant de l'aide à hauteur de ce niveau maximal de ressources.** Le principe d'universalité de la politique familiale serait ainsi respecté, sans remettre en cause la logique de redistribution verticale qui sous-tend la réforme du complément de libre choix du mode de garde.

2. Évaluer les effets de la réforme sur le recours des familles à un mode d'accueil et sur l'emploi des parents

Comme l'ont démontré les développements précédents, la réforme est encore trop récente pour que l'on puisse en apprécier pleinement les effets sur le reste à charge des familles, le niveau de recours à l'accueil individuel, et *in fine* sur l'activité professionnelle des parents, et en particulier des mères.

La rapporteure invite donc la direction de la sécurité sociale et les caisses de sécurité sociale à **assurer une évaluation précise et documentée des effets de la réforme sur les comportements des familles** : les familles gagnantes font-elles le choix de recourir à plus d'heures d'accueil pour leurs enfants ? À l'inverse, les familles perdantes arbitrent-elles en défaveur de la garde individuelle ? Le soutien renforcé aux familles monoparentales se traduit-il par un meilleur niveau de recours

à l'offre d'accueil formel, et à une meilleure insertion professionnelle des parents isolés ?

En particulier, la rapporteure insiste sur l'importance **d'une évaluation des effets de la réforme sur le taux d'emploi des mères de famille**. En effet, ces dernières sont plus fréquemment que leur conjoint, contraintes de renoncer ou de réduire leur activité professionnelle faute d'une offre d'accueil disponible et accessible financièrement. Le taux d'activité des mères constitue donc un indicateur majeur du succès ou de l'échec de la réforme.

3. Poursuivre les démarches d'accompagnement des familles et de simplification administrative

La réforme du complément de libre choix du mode de garde a conduit au remplacement d'un barème simple par un mode de calcul extrêmement complexe. Elle a toutefois suscité un effort d'information et de pédagogie à destination des familles qu'il convient de saluer. En outre, elle s'est accompagnée d'une montée en puissance du dispositif Pajemploi+, qui facilite les relations contractuelles et financières des parents avec la personne qui garde leur enfant.

Ces efforts doivent s'accroître. Sur l'ensemble du territoire, trop de familles sont encore démunies face à l'insuffisance de l'offre d'accueil. Trop souvent, elles ne connaissent pas les différents modes d'accueil disponibles près de chez elles, ni les aides disponibles pour atténuer le coût de la garde. Dans le cadre de la construction du service public de la petite enfance, l'information et l'accompagnement des familles revêtent un caractère central et doivent désormais devenir réalité. L'instauration des relais petite enfance constitue dans ce cadre une occasion unique pour proposer aux familles et aux professionnelles de la petite enfance un véritable service de proximité.

La rapporteure recommande donc de **soutenir le développement des relais petite enfance sur l'ensemble du territoire afin de proposer une offre de services aux familles complète** : information sur les modes d'accueil, accompagnement dans les démarches administratives, recensement des besoins et application du principe « jamais sans solution ».

4. Engager une réflexion sur le statut des assistantes maternelles

Les travaux menés par la rapporteure dans le cadre de cette évaluation ont permis d'identifier un angle mort de la réforme du complément de libre choix du mode de garde : **le statut des assistantes maternelles et des salariées assurant la garde à domicile des enfants**. Ces dernières sont en effet directement concernées par la réforme, en ce qu'elle modifie les modalités de solvabilisation des parents, et donc leurs conditions de rémunération.

Or, la réforme des modalités de calcul de l'aide apportée aux familles qui recourent à un mode d'accueil individuel **ne s'est pas accompagnée d'une**

réflexion plus large sur le statut de celles qui, au quotidien, assurent cet accueil. Pourtant, les axes de travail sont bien identifiés : attractivité du métier, conditions d'installation, soutien à la qualité de l'accueil, simplification des relations contractuelles avec les parents.

Sans prétendre répondre à ces questions dans le cadre de la présente évaluation, **la rapporteure invite donc le Gouvernement, les parlementaires et les professionnels à y travailler afin de répondre à la demande de nos concitoyens : des modes d'accueil de qualité, en nombre suffisant, et partout sur le territoire.**

RÉUNION DE LA COMMISSION DU MERCREDI 20 MAI 2026 À 15 HEURES

– Évaluation « Le complément de libre choix de mode de garde » (articles 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et 100 et 101 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026) (Mme Sylvie Bonnet, rapporteure) ⁽¹⁾.

M. Nicolas Turquois, président. Dans le cadre du Printemps social de l'évaluation, nous débutons aujourd'hui la présentation des cinq évaluations choisies par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss).

Mme Sylvie Bonnet, rapporteure. Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est une aide financière qui solvabilise les familles recourant à une assistante maternelle ou à une garde à domicile. La réforme de cette prestation, portée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2025, poursuivait deux objectifs : mieux soutenir les familles modestes, en particulier les familles monoparentales, et réduire l'écart de coût entre l'accueil individuel et la crèche collective. L'ancien système par tranches a été remplacé par un calcul horaire linéarisé, adapté aux revenus et à la composition du foyer. Le bénéfice du CMG a été étendu jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les parents isolés, contre 6 ans auparavant, et la réforme a autorisé le partage du CMG en cas de garde alternée.

Sur le plan opérationnel, cette réforme d'une grande technicité a été menée avec rigueur, et son entrée en vigueur s'est déroulée sans incident informatique majeur. Cependant, l'information des familles sur le montant définitif de leur prestation a pu être tardive. Les simulateurs n'ont été mis en ligne qu'en juin 2025, alors que de nombreux parents avaient déjà conclu leur contrat pour la rentrée sans connaître leur reste à charge.

Nous manquons de recul pour tirer des conclusions quant aux effets de la réforme. Néanmoins, tout laisse à penser que les objectifs sont au moins partiellement atteints : le nouveau mode de calcul linéarise le taux d'effort des familles en fonction de leurs ressources, et maintient ce taux constant quel que soit le volume horaire d'accueil.

La réforme a toutefois créé des gagnants et des perdants, puisque 55 % des familles voient leur CMG diminuer. Un mécanisme de complément différentiel transitoire préserve toutefois 70 000 foyers d'une baisse effective. Les familles perdantes sont en général celles aux revenus élevés ou consommant peu d'heures ; mais il pourrait exister aussi des perdants parmi les familles modestes ou ayant d'importants besoins de garde.

(1) <https://assnat.fr/7z150I>

La principale interrogation concerne les effets de la réforme sur les comportements. Les familles gagnantes vont-elles recourir à davantage d'heures ? Les familles perdantes choisiront-elles de réduire leur temps de travail plutôt que de subir une augmentation trop importante de leur reste à charge ? En outre, la moindre solvabilisation des petits volumes horaires pourrait réduire les petits contrats périscolaires et fragiliser l'équilibre économique de l'activité d'assistante maternelle.

Plusieurs ajustements me semblent indispensables : garantir l'universalité de la politique familiale en plafonnant le CMG plutôt qu'en excluant les foyers dépassant 8 500 euros de revenus mensuels ; renforcer l'accompagnement de proximité via les relais petite enfance ; engager une réflexion sur le statut et l'attractivité du métier d'assistante maternelle.

M. Nicolas Turquois, président. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

Mme Christine Loir (RN). La réforme du CMG a suscité beaucoup d'attentes mais aussi de nombreuses inquiétudes. Si des couples modestes ou intermédiaires ayant d'importants besoins de garde peuvent en bénéficier, 55 % des familles sont perdantes, et parmi elles on trouve des foyers modestes, des classes moyennes, des parents isolés, des couples aux horaires décalés.

Plus inquiétant : 91 % des familles ayant recours à moins de 25 heures d'accueil par mois seraient perdantes – or ces petits volumes répondent souvent à du temps partiel, du périscolaire ou une reprise progressive d'activité. Le mode de garde ne doit pas devenir un luxe ou un frein au travail. Cette réforme appelle des corrections sur le reste à charge, l'emploi des mères, la situation des parents isolés et l'activité des assistantes maternelles.

M. Thibault Bazin (DR). Les auditions conduites par Mme la rapporteure ont révélé une certaine frustration : la réforme a été perçue comme une complication et ne semble pas avoir soutenu les familles de classe moyenne. Les seuils pénalisent rapidement les couples à deux revenus. Par ailleurs, 85 % des répondants à une enquête qualitative des Associations familiales catholiques (AFC) indiquaient avoir réduit leurs heures de recours à une assistante maternelle, ce qui peut peser sur l'emploi des mères.

Il est essentiel que les politiques publiques accordent une place importante au mode de garde non collectif, en particulier dans les zones rurales. Or les assistantes maternelles regrettent la fragilité de leur statut, et il nous incombe de réfléchir aux moyens d'augmenter l'attractivité de cette noble profession.

Mme Sabine Gervais (Dem). L'évaluation du CMG était nécessaire, car ce système comporte plusieurs limites : une grande complexité, des inégalités territoriales et une crise de l'offre de garde liée à la baisse de la natalité. Selon une enquête du Syndicat professionnel des assistants maternels et assistants familiaux, 43 % des assistantes maternelles estiment que la réforme a eu un impact négatif sur

leur activité, et près d'une sur cinq a déjà perdu des contrats. Le Gouvernement envisage-t-il d'ajuster les paramètres du dispositif pour ne pas fragiliser davantage ce maillon essentiel de l'offre d'accueil ?

M. Yannick Monnet (GDR). Cette réforme s'annonçait comme une mesure de justice sociale et de soutien aux familles, mais semble produire l'effet inverse. Cela soulève une question de fond : peut-on sérieusement légiférer sur de tels enjeux par voie d'amendements au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) ? Le PLFSS est l'occasion d'un débat budgétaire dense qui gagnerait à être recentré sur l'essentiel : les recettes de la sécurité sociale et les dépenses de base par branche. Des mesures telles que la réforme du CMG mériteraient une étude d'impact et un temps d'examen spécifique et, plus largement, la question de l'orientation de notre politique familiale exige un débat d'envergure non segmenté.

Une autre réforme a été adoptée en début d'année par voie réglementaire : le décalage de la majoration des allocations familiales de 14 à 18 ans. Depuis le 1^{er} mars, le seuil est relevé à 18 ans pour les enfants nés à partir du 1^{er} mars 2012. Pour une famille de la tranche 1, la perte représente environ 75 euros par mois, soit plus de 3 500 euros sur quatre ans pour un seul enfant.

À partir du 1^{er} juin, le salaire minimum des assistantes maternelles va augmenter, passant d'environ 3,50 à 3,65 euros brut par heure hors indemnités. La hausse du CMG qui s'ensuivra ne compensera pas systématiquement cette augmentation : pour une famille employant une assistante maternelle 40 heures par semaine, la hausse représente environ 26 euros supplémentaires par mois, que le CMG n'absorbera que partiellement.

Mme la rapporteure. Nous avons besoin, comme je l'ai souligné, de davantage de recul pour évaluer cette réforme. Néanmoins, j'estime à ce stade que des ajustements seront nécessaires pour les familles modestes, recomposées et monoparentales, et qu'il faudra mener une réflexion sur le statut et l'attractivité des assistantes maternelles.

ANNEXE
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LA RAPPORTEURE
(par ordre chronologique)

➤ **Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) – Mme Gaëlle Choquer-Marchand**, directrice générale déléguée chargée des politiques familiales et sociales, **M. Guillaume George**, directeur adjoint des politiques familiales et sociales, **M. Matthieu Dubois**, responsable de pôle, et **Mme Klara Le Corre**, chargée des relations institutionnelles

➤ **Union nationale des associations familiales (Unaf) – M. Jacques Buisson**, administrateur, président du département de la protection sociale, de l'autonomie et de la santé, chef de file de la délégation à la Cnaf, **Mme Céline Bouillot**, chargée de mission pour la branche famille, et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires

➤ **Confédération nationale des associations familiales catholiques (CNAFC) – Mme Pascale Morinière**, présidente, **Mme Marie-Laure Gagey des Brosses**, responsable de la politique familiale, et **M. Jérôme Husson**, délégué général

➤ *Table ronde des syndicats professionnels d'assistantes maternelles :*

– **Union fédérative nationale des associations de familles d'accueil et assistantes maternelles (Ufnafaam) – Mme Sandra Onyszko-Limonier**, porte-parole, et **Mme Marie-Ange Marchand**, membre du bureau national

– **Union nationale des syndicats autonomes (Unsa) Proassmat – Mme Audrey Besnard-Lescène**, secrétaire générale, **Mme Maïté Coubat**, trésorière, et **M. Damien Beaudi**, trésorier adjoint

➤ **Direction de la sécurité sociale (DSS) – Mme Marion Muscat**, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail, **Mme Clotilde Vitou**, cheffe du bureau des prestations familiales et des aides au logement, **Mme Emmanuelle Barsky**, adjointe à la cheffe de bureau, et **Mme Noémie Aubertin**, chargée de mission

➤ **Caisse nationale des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociales et d'allocations familiales – Mme Catherine Morellon**, directrice adjointe de la direction des usagers, et **Mme Nicole Barrallon**, directrice du centre national pour Pajemploi

CONTRIBUTION ÉCRITE REÇUE PAR LA RAPPORTEURE

➤ **Confédération des salariés du particulier employeur, assistants familiaux et assistants maternels (Csafam)**