

Finances sociales

Leçon 7 : Le financement de la dépendance

Anne-Claire DUFOUR

Table des matières

Section 1. La pluralité des acteurs impliqués dans le financement de la dépendance.....	p. 2
§1. Les dépenses de l'Etat en faveur du soutien à l'autonomie.....	p. 2
§2. Les dépenses des départements en faveur du soutien à l'autonomie.....	p. 3
§3. Les dépenses de la Sécurité sociale en faveur du soutien à l'autonomie.....	p. 5
Section 2. Le positionnement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).....	p. 7
§1. L'évolution des missions de la CNSA.....	p. 7
§2. Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).....	p. 9
Section 3. La création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à l'« Autonomie ».....	p. 11

En 1945, la Sécurité sociale a été créée pour faire face aux risques liés à la maladie, à la vieillesse et aux accidents du travail, ainsi que pour répondre aux charges liées à l'arrivée d'enfants dans les familles. Or, est apparue la nouvelle prise en charge d'un risque : la perte d'autonomie ou la dépendance.

Telle qu'elle est définie par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 qui a institué l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la dépendance est « *la situation des personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière* ».

Outre les personnes handicapées, la dépendance affecte les personnes âgées. Le vieillissement de la population française entraîne l'accroissement des situations de dépendance physique et psychique. 25 % des Français ont plus de 60 ans aujourd'hui, cette proportion atteindra 30 % en 2060.

Les besoins d'aide à l'autonomie, qu'ils soient liés au handicap ou au grand âge, nécessitent des réponses adaptées des pouvoirs publics. Depuis la fin des années 1990, des mesures ont été adoptées afin de relever le défi de la dépendance : modernisation et médicalisation des établissements d'hébergement à partir de 1997, instauration de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002 et de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2005, ou encore création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Les développements qui suivent ne cherchent pas à présenter l'ensemble des politiques publiques destinées à appréhender la dépendance. Il s'agit plutôt d'identifier les financeurs et les circuits de financement. On peut observer que les conséquences de la dépendance sont supportées par différents acteurs publics (section 1), dont l'un occupe une place tout à fait singulière : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) créée en 2004 (section 2). A partir de 2020, a été lancé le réagencement du financement de la dépendance (section 3).

Section 1. La pluralité des acteurs impliqués dans le financement de la dépendance

En 2024, le montant des dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie atteint **95,6 Md€**, dont 31,1 Md€ sont consacrés aux personnes âgées et 64,5 Md€ aux personnes en situation de handicap ou d'invalidité. Ces dépenses sont financées à la fois par l'État, les départements et la Sécurité sociale.

En savoir plus : Pourquoi les EHPAD sont-ils si chers ?

Pourquoi les EHPAD sont-ils si chers ? Podcast Parlons peu Parlons Sécu, 29 oct. 2024.

§1. Les dépenses de l'Etat en faveur du soutien à l'autonomie

Un peu moins d'un quart des dépenses liées à la dépendance est pris en charge par l'État (22,5 Md€ en 2024).

Les crédits de l'État consacrés au financement de la dépendance sont principalement retracés dans le [programme 157 « Handicap et dépendance »](#) de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances ».

Remarque

Outre les crédits et dépenses fiscales inscrits au programme « Handicap et dépendance », les dépenses de l'État concernant la dépendance sont le coût des pensions militaires d'invalidité, les crédits relatifs à l'accompagnement scolaire des enfants handicapés et les aides aux ateliers protégés.

Le programme « Handicap et dépendance » a pour objectif de permettre aux personnes handicapées et aux personnes âgées en perte d'autonomie de choisir librement leur mode de vie en leur facilitant l'accès au droit commun et en leur offrant des dispositifs adaptés à leurs besoins évalués de façon individualisée.

Le financement de **l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** représente 90 % des dépenses du programme « Handicap et dépendance ». Si l'AAH est matériellement versée par les caisses d'allocations familiales ou les caisses de mutualité sociale agricole, elle est en réalité à la charge financière de l'Etat.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est attribuée aux personnes reconnues handicapées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et atteintes d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 % et, lorsque ce taux est inférieur à 80 %, présentant une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi.

Remarque

Entre 2017 et 2022, l'AAH a été plusieurs fois revalorisée. Le décret n° [2018-948](#) du 31 octobre 2018 a porté le montant de l'AAH à 860 euros par mois à compter du 1^{er} novembre 2018. Le décret n° [2019-1047](#) du 11 octobre 2019 a porté le montant de l'AAH à 900 euros pour les allocations dues depuis novembre 2019.

En vertu du [décret du 26 avril 2022](#), le montant a été relevé à 919,86 € au 1^{er} avril 2022.

Enfin, afin de tenir compte de la dynamique de l'inflation, la [loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat](#) prévoit la revalorisation anticipée des prestations sociales portant l'AAH à 956,65 € dès le 1^{er} juillet 2022

En savoir plus : La déconjugalisation de l'AAH

L'article 10 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat a prévu la déconjugalisation de l'AAH en excluant les ressources du conjoint de la base-ressource utilisée pour le calcul de son montant et en supprimant la majoration du plafond de ressources applicable aux couples. La déconjugalisation de l'AAH bénéficiera à 160 000 allocataires pour un gain moyen de 300 € par mois.

Le programme 157 finance l'« **aide au poste** » versée par l'État aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT), au titre de la garantie de rémunération des travailleurs handicapés (GRTH).

Le programme cofinance **l'accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap**.

Outre les crédits budgétaires, l'Etat prend en charge des **dépenses fiscales** importantes afin de soutenir le revenu des personnes handicapées, notamment lorsqu'elles sont engagées dans un parcours professionnel, et de compléter la compensation des surcoûts liés au handicap ou à la perte d'autonomie due à l'âge.

Exemple

Les personnes handicapées bénéficient de taux réduit de TVA (5,5 %) pour les ventes portant sur certains appareillages, ascenseurs et équipements spéciaux.

A compter du 1^{er} janvier 2017, est organisé le transfert progressif vers la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des moyens de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) jusque là à la charge de l'État et les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), financés jusqu'en 2016 sur le programme 157, le seront sur les crédits de l'Assurance maladie.

Le [rapport de la mission Vachey de septembre 2020](#) proposait d'**intégrer l'AAH, l'aide au poste des ESAT, l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et les crédits relatifs aux instituts nationaux pour jeunes sourds et jeunes aveugles au périmètre de la branche « Autonomie » nouvellement créée**.

La [loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021](#) a transféré l'ASI à un fonds de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité créé au sein de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM). L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) vise à compléter les ressources des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'un avantage vieillesse s'ils sont atteints d'une invalidité générale réduisant leur capacité de travail ou de gain d'au moins deux tiers.

§2. Les dépenses des départements en faveur du soutien à l'autonomie

Depuis l'acte I de la décentralisation, les départements exercent une compétence générale en matière de prestations légales d'aide sociale sous réserve des compétences exercées par l'État (articles [L. 121-1](#) et [L. 121-7](#) du Code de l'action sociale et des familles).

Les dépenses des départements représentent environ 15 % (soit 13,4 Md€ en 2024) de l'ensemble des dépenses publiques destinées à compenser la perte d'autonomie. Ces dépenses ont connu une forte progression en raison des compétences transférées aux départements.

Remarque

Le [rapport de la mission Vachey de septembre 2020](#) note que l'inclusion des dépenses des départements dans le champs de la branche Autonomie améliorerait la visibilité du total des financements publics, mais est juridiquement complexe notamment en raison du principe de libre administration des collectivités territoriales

Les départements gèrent plusieurs prestations à destination de la population âgée et handicapée : **l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)** destinée aux personnes âgées, l'aide sociale à l'hébergement (ASH) dans le cadre d'un accueil en établissement, la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'aide ménagère départementale.

En savoir plus : L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) destinée aux personnes âgées, l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et la prestation de compensation du handicap (PCH)

Créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'adresse aux personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile ou en établissement et confrontées à des situations de perte d'autonomie. L'APA permet la prise en charge d'aides et de services diversifiés selon les besoins particuliers de chaque bénéficiaire. L'APA n'est pas soumise à condition de ressources, mais le montant versé par le département varie selon les revenus des bénéficiaires. Les quatre premiers groupes iso-ressources (GIR 1 à 4) de la grille nationale AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources), qui sert à évaluer le degré de dépendance, ouvrent droit à l'APA.

L'Aide sociale à l'hébergement (ASH) vise à prendre en charge les frais d'hébergement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans accueillies en établissements médicosociaux qui ne peuvent pas faire face à ces frais.

La prestation de compensation du handicap (PCH) est une prestation permettant la prise en charge de certaines dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes handicapées. C'est une aide personnalisée, modulable en fonction des besoins de chaque bénéficiaire : elle peut couvrir les aides humaines, aides matérielles (aménagement du logement et du véhicule) aides animalières. Il est possible de bénéficier de la PCH à domicile ou en établissement à condition de rencontrer pendant au moins un an : une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité (mobilité, entretien personnel, communication, tâches et exigences générales et relations avec autrui) ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux de ces activités. En principe, l'âge limite pour demander la PCH est fixé à 60 ans.

Créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a remplacé la Prestation spécifique dépendance (PSD). Les départements ont alors été confrontés à un surcroît de dépenses. Or, au moment de l'instauration de l'APA, l'État n'avait pas d'obligation juridique de procéder à la compensation de cette nouvelle charge. En effet, aucune disposition constitutionnelle ne garantissait les droits à compensation financière en cas d'extension ou de réforme de compétences existantes et la Constitution imposait seulement le respect de la libre administration, c'est-à-dire l'absence d'atteinte excessive à l'autonomie financière locale (décision n° [2011-143 QPC](#) du 30 juin 2011, Départements de la Seine-Saint-Denis et de l'Hérault). Pour autant, une clé de répartition avait été fixée conduisant l'État à prendre en charge un tiers du coût de cette allocation par le biais d'un fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA) créé à cet effet. Le FFAPA était alimenté, d'une part, par une fraction (0,1 %) de la contribution

sociale généralisée (CSG) et, d'autre part, par une contribution des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse.

Suite au remplacement en 2004 du FFAPA par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements (CNSA), le décret n° [2006-1816](#) du 23 décembre 2006 précise les dispositions relatives au concours au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie réparti et versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements. Ainsi, l'enveloppe consacrée par la CNSA au financement de l'APA est répartie selon quatre critères pondérés : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (50 %), les dépenses constatées d'APA (20 %), le potentiel fiscal (25 %) et le nombre de bénéficiaires du RSA dont les ressources sont inférieures à un montant forfaitaire (5 %). Pour chaque département, le montant attribué par la CNSA ne peut excéder celui de ses dépenses APA. Pour les départements qui supportent une charge particulièrement élevée de dépenses APA par rapport à leur potentiel fiscal, une mesure de péréquation est financée par ponction sur les compensations versées aux autres départements.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a mis en place la prestation de compensation du handicap (PCH) qui remplace l'allocation compensatrice. La PCH est une prestation versée par les départements.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie participe au financement de la PCH dans les conditions prévues par l'article [L.223-12 du Code de la Sécurité sociale](#). Les concours de la CNSA dépendent ainsi du nombre des bénéficiaires de la PCH, du nombre des bénéficiaires de pensions d'invalidité, de l'allocation adulte handicapé ou de l'allocation d'éducation spéciale, de la population adulte du département de moins de 60 ans ou du potentiel fiscal. Comme pour l'APA, un dispositif de péréquation est établi au bénéfice des départements qui subissent un niveau élevé de dépenses PCH au regard de leur potentiel fiscal.

Le tableau ci-dessous permet d'identifier la part des dépenses relatives à l'APA et à la PCH financées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le reste étant à la charge des départements. La part des dépenses financées par la CNSA a tendance à croître, tandis que la part des dépenses de PCH supportées par la CNSA diminue.

Tableau 1 • Part des dépenses d'APA et de PCH financée par la CNSA

Type de prestation (M€)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Dépenses d'APA versées par les départements	5 029	5 183	5 263	5 370	5 385	5 478	5 529	5 692	5 839	5 919	6 033	6 137	6 223	6 354	6 536
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de l'APA	1 548	1 536	1 622	1 656	1 729	1 776	1 788	2 032	2 266	2 325	2 419	2 480	2 454	2 638	2 749
Part des dépenses d'APA financée par la CNSA	30,8%	29,6%	30,8%	30,8%	32,1%	32,4%	32,3%	35,7%	38,8%	39,3%	40,1%	40,4%	39,4%	41,5%	42,1%
Dépenses de PCH versées par les départements	843	1 078	1 241	1 397	1 511	1 599	1 699	1 810	1 901	2 006	2 118	2 221	2 369	2 651	2 918
dont concours versés par la CNSA aux départements au titre de la PCH	510	502	528	545	549	547	555	565	590	605	616	636	637	885	917
Part des dépenses de PCH financée par la CNSA	60,4%	46,6%	42,5%	39,0%	36,3%	34,2%	32,7%	31,2%	31,0%	30,1%	29,1%	28,6%	26,9%	33,4%	31,4%
Evolution des dépenses d'APA entre n et n-1	-	3,1%	1,6%	2,0%	0,3%	1,7%	0,9%	2,9%	2,6%	1,4%	1,9%	1,7%	1,4%	2,1%	2,9%
Evolution des dépenses de PCH entre n et n-1	-	27,8%	15,2%	12,5%	8,2%	5,8%	6,2%	6,6%	5,0%	5,5%	5,6%	4,9%	6,7%	11,9%	10,1%

Note : le taux de participation PCH est particulièrement élevé en début de période du fait de la montée en charge de la prestation
Source : CNSA - comptes de résultat et notifications définitives des concours- chiffres arrondis.

Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS), Autonomie, projet de loi d'approbation des comptes de la Sécurité sociale 2024, indicateur n° 1-3.

§3. Les dépenses de la Sécurité sociale en faveur du soutien à l'autonomie

La Sécurité sociale supporte 62 % des dépenses publiques liées à la dépendance (soit 59 Md€ en 2024).

La **branche maladie** contribue, au titre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie consacrées au secteur médico-social (ONDAM médico-social), aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ou handicapées (*cf leçon n° 6*).

La branche maladie finance également les pensions d'invalidité et les dépenses en unités de soins de longue durée (USLD).

Remarque

En 2017, le financement du fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), auparavant assuré par l'Etat, a été transféré à l'assurance maladie pour un montant de 2 Md€.

La **branche famille** finance l'allocation de présence parentale (AJPP). Le [rapport de la mission Vachey de septembre 2020](#) proposait de transférer l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) à la branche « Autonomie ». En revanche, il proposait de maintenir l'AJPP dans le champ de la branche famille. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a effectivement intégré au périmètre de la branche « Autonomie » le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) jusque là pris en charge par la branche famille.

La **branche Accident du travail et maladies professionnelles (AT-MP)** contribue au titre des rentes d'incapacité permanente.

Surtout, la **branche autonomie** (*cf. infra*) :

- couvre les dépenses des établissements et services médico-sociaux (ESMS),
- concourt au financement par les départements de l'APA et de la PCH,
- concourt au financement des MDPH,
- finance des prestations en espèce telles que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Remarque

L'**allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)** vise à compenser les frais d'éducation et de soins apportés aux enfants ou aux adolescents de moins de 20 ans présentant un taux d'incapacité d'au moins 80 %. Lorsque le taux d'incapacité, sans atteindre 80 %, est au moins égal à 50 %, l'AEEH peut également être attribuée si l'enfant fréquente un établissement qui assure une éducation adaptée et un accompagnement social ou médicosocial aux jeunes handicapés. Le montant de base de l'AEEH s'élève à 150 € par mois. Ce montant peut être majoré par un complément qui varie en fonction de l'éventuelle cessation d'activité professionnelle (totale ou partielle) et/ou l'embauche ou non d'une tierce personne rémunérée et/ou le montant des dépenses engagées du fait de l'état de santé de l'enfant.

Section 2. Le positionnement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

§1. L'évolution des missions de la CNSA

Le drame de la canicule de l'été 2003 a révélé le retard pris par les pouvoirs publics dans la prise en charge des personnes dépendantes et la nécessité de renforcer les moyens d'action en faveur des personnes en perte d'autonomie.

Comme annoncée le 3 novembre 2003 dans le plan d'ensemble de solidarité pour l'autonomie, la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a institué une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La CNSA est un établissement public national à caractère administratif, jouissant de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Remarque

Le 2 mai 2005, lors de l'installation de la CNSA, le Premier Ministre a confié aux magistrats de la Cour des Comptes le soin d'évaluer les conditions de mise en place de la CNSA et de l'affectation de ses ressources. Ce rapport remis au Premier Ministre le 29 juin 2006 présente un état des lieux sur les débuts de la CNSA.

La CNSA a pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

La loi n° [2005-102](#) du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a précisé **les missions confiées à la CNSA**.

D'abord, la CNSA assure la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses fixé au travers l'Objectif global de dépenses (OGD), en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps.

L'objectif global de dépenses (OGD) regroupe les crédits de l'ONDAM médico-social voté en loi de financement (cf. infra) ainsi qu'une partie du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie. Cet objectif global de dépenses, réparties en dotations régionales limitatives, rembourse aux régimes d'assurance maladie leurs dépenses au titre des établissements pour personnes âgées ou handicapées.

La CNSA verse aux départements une partie des ressources destinées à la prise en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons des personnes handicapées (MDPH).

La CNSA remplit également une mission d'expertise et d'évaluation. D'une part, elle participe à la définition des référentiels nationaux d'évaluation de la perte d'autonomie et des outils permettant d'apprécier les besoins individuels de compensation. D'autre part, elle joue un rôle d'appui dans l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (SROMS) et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC).

La CNSA assure, en outre, des missions d'information, d'animation et de conseil, de partage d'expériences et de diffusion des bonnes pratiques d'évaluation des besoins individuels. Elle apporte par exemple aux MDPH des outils et des guides méthodologiques destinés à faciliter l'accueil ou à développer leurs systèmes d'information.

Enfin, la CNSA participe à la définition, au soutien et au lancement d'actions de recherche dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie.

La loi n° [2007-1786](#) de financement de la Sécurité sociale pour 2008 a ajouté une mission consistant à contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La loi n° [2009-1646](#) de financement de la Sécurité sociale pour 2010 a également confié à la CNSA le soin de réaliser une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services médico-sociaux relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent. Il s'agit de participer à la logique de « convergence tarifaire » qui consiste à une péréquation pour atténuer les disparités de coûts entre établissements de même nature, souvent héritées des modes de régulation antérieurs.

Enfin, l'[article 70 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement](#) a confirmé le rôle de pilotage de la CNSA et affirmé sa contribution au financement du soutien des proches aidants. Parmi les missions conférées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement figurent également l'information du grand public, le pilotage du système d'information harmonisé des MDPH, l'appui aux équipes médico-sociales des conseils départementaux, l'animation et le financement des conférences des financeurs.

Dans le prolongement du [rapport de la mission Vachey de septembre 2020](#), la [loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale a redéfini](#) les missions de la CNSA :

Selon l'[article 223-5 du Code de la Sécurité sociale](#) :

« La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :

1° De veiller à l'équilibre financier de cette branche. A ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque ;

2° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. A ce titre, elle assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations. Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Elle met son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l'aide à l'autonomie et soutient le développement de la formation dans ce domaine. Elle assure, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie, un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 du code de l'action sociale et des familles et aux maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3 du même code ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;

3° De contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la caisse et ces organismes ;

4° De contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques et en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;

5° De contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;

6° De contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives ;

7° De contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels.».

Les missions de la CNSA ne sont pas substantiellement modifiées, à l'exception notable que **désormais la CNSA est chargée de veiller à l'équilibre financier de la branche « Autonomie »**. Son rôle est donc celui d'une caisse de Sécurité sociale.

§2. Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

L'évolution des ressources de la CNSA témoigne de sa mutation : la CNSA, qui était un organisme de répartition des moyens, est devenue une caisse de Sécurité sociale gérant la branche d'autonomie.

Jusqu'en 2021, les ressources de la CNSA provenaient à 80 % des crédits des régimes d'assurance maladie dont la gestion lui était déléguée.

Exemple

Pour 2020, la contribution des régimes d'assurance maladie à la CNSA au titre de l'ONDAM médico-social s'élevait à 22,8 milliards d'euros.

L'ONDAM médico-social, voté chaque année par le Parlement, regroupait la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées et la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.

A compter de 2021, la contribution de l'assurance maladie a été remplacé par l'affectation de nouvelles ressources propres.

Selon l'[article L. 241-6-2 du Code de la Sécurité sociale](#), la CNSA est désormais financée par la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG).

En premier lieu, la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a créé une **contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)** correspondant à l'instauration d'une « journée de solidarité ».

Exemple

Pour 2023, le produit de la CSA sur les revenus d'activité représente 2,4 Md€.

En deuxième lieu, la CNSA bénéficie, en vertu de l'article 17 de la loi n° 2012-1404 de financement de la Sécurité sociale pour 2013, de la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)** prélevée à hauteur de 0,3 % sur les pensions de retraite, de préretraite et d'invalidité, dès lors que le bénéficiaire de ce revenu de remplacement est redevable de l'impôt sur le revenu.

Exemple

Pour 2023, le produit de la CASA représente 0,9 Md€.

En dernier lieu, en vertu de l'article 24 de la loi n° 2015-1702 de financement de la sécurité sociale pour 2016, la CNSA a bénéficié d'une fraction du prélèvement social sur les revenus du patrimoine et les produits de placements.

Il s'agissait de tenir compte de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne (CJUE, 26 février 2015, affaire C-623/13, [Ministre de l'Économie et des finances contre Gérard de Ruyter](#)) et d'affecter prioritairement le produit des contributions à des organismes qui servent des « prestations non contributives ». Sans attendre la [décision de la CJUE du 14 mars 2019](#) selon laquelle l'APA et la PCH doivent être qualifiées de « prestations de sécurité sociale », l'article 26 de la loi n° 2018-1203 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 a supprimé l'affectation à la CNSA du prélèvement social sur le capital et l'a remplacé par une fraction de 0,23 % de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement.

A compter du 1^{er} janvier 2024, la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a transféré une fraction supplémentaire de 0,15 point de toutes les cédules de CSG, à l'exclusion de la CSG « jeux », de la CADES vers la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Remarque

La [loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021](#) prévoit un important transfert de CSG vers la CNSA :

- 1,67 point de CSG « activité » issu des régimes d'assurance maladie ;
- 1,9 point de CSG « revenus de remplacement » également issu des régimes d'assurance maladie ;
- 1,9 point de CSG « patrimoine » issu du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

23,17 milliards d'euros seront ainsi transférés des régimes d'assurance maladie vers la CNSA auxquels s'ajoutent les 2,55 milliards d'euros issus du FSV, soit au total la réaffectation vers la CNSA de 25,72 milliards d'euros supplémentaires.

La fraction de CSG attribuée à la nouvelle branche « Autonomie » vise à garantir la couverture de l'ONDAM médico social jusque là financé par dotation de l'assurance maladie, les engagements pris au titre du Ségur de la santé en reconnaissance du travail engagé dans les EHPAD et le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH) jusque là pris en charge par la branche famille.

Pour financer les dépenses nouvelles consécutives à la création de la 5ème branche, la CNSA perçoit, à compter du 1^{er} janvier 2024, **2,08 point de CSG** toutes assiettes (à l'exception des jeux).

Exemple

Pour 2023, le produit de la CSG affectée à la CNSA représente 32,6 Md€.

De surcroît, la CNSA continue de bénéficier de la contribution de solidarité pour l'autonomie et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie.

Remarque

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 a prévu l'attribution d'une part du rendement de la **taxe sur les salaires** pour un montant de 0,8 Md€, au titre des charges liées au non-recouvrement (particulièrement élevées cette année-là compte tenu de la crise économique liée à la pandémie de Covid 19).

Section 3. La création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à l'« Autonomie »

Confrontés au défi du financement de la dépendance, les pouvoirs publics auraient pu choisir d'étendre les compétences de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et/ou de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Mais ce sont deux pistes de prise en charge globale de la dépendance qui ont été envisagées dès les débats précédant la mise en place de la CNSA.

D'une part, afin de poursuivre la logique de la décentralisation, les départements auraient pu devenir le pivot des politiques de prise en charge de la dépendance en devenant le point d'accès unique aux prestations liées à la dépendance. Une agence nationale aurait organisé la péréquation entre les départements.

D'autre part, il a été avancé l'idée de créer une cinquième branche de la Sécurité sociale, dont le mode d'organisation serait calqué sur celui des autres branches de la Sécurité sociale, à savoir une gestion centralisée assurée par l'Etat et les partenaires sociaux. La prise en charge de la dépendance serait alors unifiée au sein d'un « cinquième risque ». Certain ont vu dans la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) une étape importante en ce sens.

Le 18 septembre 2007, le Président de la République Nicolas Sarkozy avait annoncé son souhait de soumettre rapidement au Parlement un projet de loi sur la prise en charge de la dépendance. Il avait évoqué la possibilité de consacrer un cinquième risque à la dépendance des personnes âgées et handicapées.

En savoir plus : Mission commune d'information

Dès le 12 décembre 2007, le Sénat a créé une mission commune d'information composée de membres des commissions des affaires sociales et des finances, sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque. Parmi les préconisations de cette mission commune, on trouve la recherche de nouvelles recettes en prenant en considération la situation globale des finances publiques (seconde journée de solidarité, extension de la CSA aux non-salariés), la volonté de favoriser la généralisation de la couverture assurantielle sur une base volontaire et la nécessité d'améliorer la gouvernance actuelle du système de prise en charge, en affirmant notamment un principe de parité de financement de l'APA entre l'Etat et les conseils généraux.

Début 2011, le Président de la République avait réaffirmé son souhait d'une réforme de la prise en charge de la dépendance et lancé un grand débat national animé par quatre groupes de travail consacrés aux thématiques société et vieillissement, enjeux démographiques et financiers, accueil et accompagnement des personnes âgées et stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes (synthèse du débat ici). Malgré ces travaux fouillés, le Gouvernement n'avait pas été plus loin dans la démarche.

Sous la présidence de François Hollande, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a prévu des mesures pour permettre aux personnes âgées de préserver au mieux leur autonomie et à leurs proches aidants de recevoir un soutien adapté à leur situation. Par exemple, les plafonds de l'APA ont été revalorisés afin d'augmenter le niveau d'aide des personnes âgées à domicile et un droit au répit a été créé pour les proches aidants. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a confirmé le rôle de pilotage de la CNSA.

Dans son [discours devant la Mutualité à Montpellier le 13 juin 2018](#), le Président de la République Emmanuel Macron a déclaré « *il nous faut construire un nouveau risque, il nous faut répondre à cette nouvelle vulnérabilité sociale, qu'est la dépendance. Sur ce sujet, l'année 2019 sera aussi consacrée à une loi qui sera votée avant la fin de l'année* ».

Par lettre de mission en date du 17 septembre 2018, le Premier ministre a demandé à Dominique Libault de conduire une concertation et de faire des propositions de réforme, notamment dans la perspective d'un

projet de loi. A cet effet, le 1^{er} octobre 2018, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé a lancé une concertation nationale qui s'est achevée en février 2019 par la production d'un [rapport de la concertation « Grand âge et autonomie »](#).

En savoir plus : Extrait du communiqué de presse : rapport Libault, 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France (mars 2019)

10 propositions clés pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie » :

1. La création d'un guichet unique pour les personnes âgées et les aidants dans chaque département, avec la mise en place des Maisons des aînés et des aidants.
2. Un plan national pour les métiers du grand âge permettant notamment d'agir à la fois sur une hausse des effectifs (cf. point 4), une transformation des modes de management, la prévention des risques professionnels, la montée en compétences à travers une politique de formation ambitieuse, le développement de perspectives de carrière en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et d'une meilleure structuration de la filière.
3. Un soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, afin d'améliorer le service rendu à la personne âgée et de revaloriser les salaires des professionnels.
4. Une hausse de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires auprès de la personne âgée, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros.
5. Un plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur 10 ans pour les Ehpad et les résidences autonomie.
6. Améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des Ehpad plus ouverts sur leur territoire.
7. Une baisse du reste à charge mensuel de 300 € en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1000 et 1600 € par mois.
8. Une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie, avec la sensibilisation de l'ensemble des professionnels et la mise en place de rendez-vous de prévention pour les publics fragiles.
9. L'indemnisation du congé de proche aidant et la négociation obligatoire dans les branches professionnelles pour mieux concilier sa vie professionnelle avec le rôle de proche aidant.
10. La mobilisation renforcée du service civique et, demain, du service national universel, pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels.

En 2020, le Gouvernement s'est lancé dans une réforme d'ampleur du grand âge et de l'autonomie. A cet effet, la loi organique n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie permet l'élargissement des lois de financement de la Sécurité sociale au soutien à l'autonomie. La création d'une nouvelle branche dédiée à l'« Autonomie » est actée par l'article 5 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie qui prévoit qu'au plus tard le 15 septembre 2020, le Gouvernement remet au Parlement, après consultation des différents financeurs, des collectivités territoriales ainsi que des associations de retraités et de personnes en situation de handicap et de représentants d'usagers et d'aidants, **un rapport sur les modalités de mise en œuvre d'un nouveau risque et d'une nouvelle branche de la sécurité sociale relatifs au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**. Ce rapport doit présenter les conséquences de la création de cette branche en termes d'architecture juridique et financière et en termes de pilotage, gouvernance et gestion de ce nouveau risque. Ces dispositions ouvrent la voie à la création d'un nouveau risque et d'une nouvelle branche.

En savoir plus : La mission Vachey

Dans sa lettre de mission, le Gouvernement a confié à Laurent VACHEY, inspecteur des Finances, le soin de formuler des propositions sur le périmètre de la nouvelle branche et le/les risques à couvrir et les dépenses associées, sur le pilotage financier, et sur les missions confiées à la CNSA. Il est également demandé « d'examiner quels pourraient être les leviers à mobiliser pour assurer le financement équilibré d'une enveloppe définie a priori et de façon conventionnelle à 1 Md€ dès 2021 et 3 à 5 Md€ à horizon 2024 ».

Comme précédemment dit, la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit également qu'à compter du 1^{er} janvier 2024, une fraction supplémentaire de CSG est transférée à la CNSA.

Dans le prolongement du [rapport de la mission Vachey présenté en septembre 2020](#) conformément à la loi du 7 août 2020, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 redéfinit les missions de la CNSA (cf. *supra*), ses moyens et les conditions de son pilotage du risque autonomie. Dans le sens des préconisations du rapport Vachey, le **périmètre de la branche « Autonomie » intègre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)**, jusque là pris en charge par la branche famille.

La LFSS pour 2021 **a affecté à la CNSA une nouvelle et importante fraction de la contribution sociale généralisée (CSG)** destinée à remplacer l'ONDAM médico social jusque là financé par dotation de l'assurance maladie, à compenser les engagements pris au titre du Ségur de la santé en reconnaissance du travail engagé dans les EHPAD et le financement de l'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (AEEH).

La LFSS pour 2021 prévoit, comme pour les autres branches, la centralisation de la gestion de trésorerie de la CNSA à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

La prise de conscience du défi que représentait la prise en charge de la dépendance a conduit le législateur à créer un établissement public censé centraliser les ressources dédiées à la perte d'autonomie et ensuite les redistribuer entre différents acteurs. A partir de l'existence de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), une branche de la Sécurité sociale dédiée à la prise en charge financière de la dépendance a finalement été construite.