



N° 4257

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 juin 2021.

PROPOSITION DE LOI

*visant à agir pour préserver l'autonomie et garantir
les choix de vie de nos aînés,*

(Renvoyée à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

présentée par Mesdames et Messieurs

Monique IBORRA, Fadila KHATTABI, Audrey DUFEU, Annie VIDAL, Huguette TIEGNA, Stéphanie ATGER, Laurence GAYTE, Danièle HÉRIN, Yannick KERLOGOT, Jacqueline MAQUET, Thierry MICHELS, Bénédicte PEYROL, Mireille ROBERT, Jean-Louis TOURAINE, Marie-Christine VERDIER-JOUCLAS et des membres du groupe La République en Marche.

députés.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

La crise sanitaire que nous avons vécue a surligné les enjeux du Grand âge, a mis en lumière les dysfonctionnements décrits dans de nombreux rapports, qui n'ont pas été suivis des réformes qui auraient dû s'imposer chaque fois. Ces quinze dernières années ont vu des débats, des rapports, mais aucune décision assurant la pérennité du financement des politiques du vieillissement. Les rapports successifs ont donné lieu à de nombreuses propositions, trop rarement mises en œuvre.

Les difficultés des finances publiques, et notamment des finances sociales, dans les dernières décennies, peuvent expliquer, sans forcément excuser, le retard pris dans notre pays, en dépit de plans successifs, mais insuffisants parce que partiels et limités. Si des réformes ont été menées qu'il ne faut pas nier, l'activité proprement législative a été particulièrement espacée, et ne s'est vraiment révélée qu'à la faveur d'une crise, survenue durant l'été 2003, qui a provoqué 20 000 décès excédentaires de personnes âgées en France, soit un tiers de la vague de décès subie en Europe.

La politique du Grand âge n'est abordée en général que sous l'angle du financement et de la prise en charge de la dépendance, avec l'effet dépressif qu'elle peut avoir sur notre inconscient collectif qui finalement préfère la relégation à l'action volontariste, onéreuse mais indispensable, qui doit prendre en compte la réalité sociologique, démographique... et humaine.

« La France dépense plus que les pays du Nord de l'Europe en matière de santé et de retraites, mais pas en matière de perte d'autonomie. Les dépenses de protection sociale représentent 34,3 % du produit intérieur brut (PIB) de la France, le plus haut niveau des pays de l'Union européenne, où elles atteignent en moyenne 28,1 %. Au sein de ces dépenses, les retraites représentent à elles seules 14,6 % du PIB, et celles de la santé 9,2 %. Dans l'Union européenne, celles des retraites est de 12,4 %, celles de la santé égales à 8 %. Les dépenses publiques qui regroupent les dépenses de la perte d'autonomie des personnes âgées sont de 1,7 % du PIB en France. Par rapport aux Pays-Bas (3,7 %), à la Suède (3,2 %) et au Danemark (2,5 %), la France dépense 2 à 3 points de plus de PIB pour les retraites, 2 à 3 points de plus pour la santé, et 1 à 2 points de moins pour la perte d'autonomie ⁽¹⁾ ».

(1) Rapport de la Concertation Grand âge et autonomie, Dominique Libault, mars 2019.

Il serait cependant injuste d'affirmer que rien n'a été fait autour de la politique du Grand âge, notre Gouvernement comme d'autres a œuvré. Depuis quatre ans, un certain nombre de mesures dont nous pouvons être fiers ont été déclinées, en particulier la création du cinquième risque, préconisée par tous les acteurs, attendue par nos concitoyens et qui est aujourd'hui une réalité ; également des mesures de revalorisations salariales inédites et espérées depuis de longues années. Par ailleurs les aidants ont vu la prise en charge du congé proche aidant assurée, alors qu'il n'était jusqu'ici pas indemnisé.

Sept rapports ont été remis à l'exécutif depuis 2018, avec plus de 400 propositions qui se sont retrouvées sur les thèmes principaux, auxquels s'ajoutent les rapports parlementaires, ainsi qu'une concertation nationale de grande ampleur menée en 2019. Désormais, la représentation nationale doit se saisir du sujet et agir en réformant, ne pas se contenter du cadre réglementaire, de plans certes négociés avec les acteurs mais ignorés parce qu'illisibles pour ceux qui doivent en bénéficier.

En effet, la politique du Grand âge nécessite aujourd'hui un cadre législatif à visée réformatrice, cette politique publique ayant besoin, comme beaucoup d'autres, de simplification, de nouveaux modèles, de lisibilité pour les citoyens, de nouvelles organisations, laissant la place à l'efficacité et à la créativité, plutôt qu'à des interventions institutionnelles trop technocratiques, afin de répondre à l'attente des personnes âgées et de leurs familles.

La politique du Grand âge doit répondre aux besoins des personnes, et non à des logiques institutionnelles. Des attentes sont exprimées clairement concernant un changement du modèle d'accompagnement, une prise en charge sanitaire et médico-sociale plus satisfaisante, une reconnaissance effective des droits et de la citoyenneté des personnes âgées, une prise en charge financière plus juste et solidaire qui protège notamment les plus modestes.

Cette proposition de loi n'a pas vocation à remplacer un projet de loi sur le sujet du Grand âge, mais à légiférer et agir, avec une vraie ambition réformatrice sur certains éléments qui constituent la politique en faveur des personnes âgées aujourd'hui, et qui ont fait l'objet depuis quatre ans de propositions qui font consensus pour la majorité d'entre elles.

La proposition de loi choisit donc de cibler trois objectifs :

- renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- garantir le libre choix de la personne âgée en construisant une nouvelle offre d'accompagnement et de soins recentrée sur le domicile ;
- faire émerger d'autres logiques contributives pour rendre plus juste le reste à charge et simplifier la gouvernance en établissement.

Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

La perte d'autonomie n'est pas une fatalité et pourtant sa prévention occupe une place très insuffisante en France. Les Français vivent plus longtemps mais moins longtemps en bonne santé que leurs voisins européens. Un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé doit mobiliser tous les acteurs, car il n'existe pas une véritable impulsion politique nationale concernant la prévention de la perte d'autonomie. Le Haut Conseil de santé publique, dans son rapport de juillet 2018, constatait : « *Les actions de prévention et la promotion de la santé sont peu organisées, peu financées, et reposent souvent sur des initiatives individuelles* ». Ce constat vaut pour la prévention de la perte d'autonomie, car les prises en charge sont cloisonnées à ce jour, alors qu'elles nécessitent au contraire des interventions multidimensionnelles.

Néanmoins, les caisses de retraite ont signé des conventions dès 2014 qui ont permis de décliner des actions de prévention, et la création, avec Santé publique France, du site www.pourbienvieillir.fr⁽²⁾, à destination de tous. L'approche promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2018 prévoit la surveillance et le maintien de cinq fonctions essentielles : la mobilité, la cognition, les fonctions sensorielles (audition, vision), le psychosocial et la vitalité/nutrition. L'ambition du programme ICOPE, mis en place par le Professeur Bruno Vellas au Centre hospitalier universitaire de Toulouse, est d'augmenter l'espérance de vie sans incapacités. Mais au-delà, une nouvelle acception de la politique préventive doit s'élargir à une approche multidimensionnelle précoce (transports, urbanisme, accès au numérique, etc.).

Il s'agit de permettre l'émergence d'une véritable politique de prévention de la perte d'autonomie, tant au niveau national que dans les territoires, lisible, efficace, bien évaluée, s'appuyant sur des aides

(2) www.pourbienvieillir.fr

techniques qui ont fait leur preuve pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

La création du Centre national de preuves de la prévention de la perte d'autonomie et de ressources gérontologiques assurera le pilotage de la politique de prévention à destination du Grand âge et en définira les axes stratégiques qui manquent cruellement aujourd'hui. Présidé par un médecin gériatre, composé de représentants nationaux des membres des conférences des financeurs, y seront également associés des sociologues, des experts de l'éthique et de la longévité, les gérontopôles, les associations de personnes âgées, avec une vision large de la prévention de la perte d'autonomie, qui ne doit pas être uniquement médico-sociale et sanitaire mais aussi sociale et sociétale.

La conférence des financeurs a été initiée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (2016) et est pilotée par le Président du conseil départemental, associé notamment à des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse, d'assurance maladie, des fédérations d'instituts de retraite, des organismes régis par le code de la mutualité. Le directeur de l'Agence régionale de santé y est associé, ainsi qu'autant d'organismes financeurs de la politique de prévention de la perte d'autonomie mise en place par chaque département. Cette création a représenté une étape décentralisée novatrice, mais qui souffre d'une implication au niveau national inexistante, non pas en termes de financements : en 2019, les actions de prévention ont été financées à hauteur de 253 millions d'euros, dont 180 millions d'euros versés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux conseils départementaux ⁽³⁾.

Les difficultés de fonctionnement des conférences des financeurs sont identifiées et partagées : hétérogénéité selon les départements, « saupoudrage » des actions financées, évaluations peu fréquentes. Sans nier le niveau territorial et l'investissement des acteurs, la recherche de l'efficacité nécessite de faire évoluer ces conférences, en lien avec la création du Centre national de preuves de la prévention de la perte d'autonomie s'inspirant du modèle danois, dont de nombreux rapports ont souhaité la mise en œuvre ⁽⁴⁾.

(3) Dossier technique Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif, Synthèse des rapports d'activité 2019, CNSA (avril 2021).

(4) Rapport d'information *en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, présenté par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat (mars 2018) ; Rapport de Dominique Libault suite à la Concertation Grand âge et autonomie (mars 2019) ; Rapport de Jean-Pierre Aquino (SFGG) et Marc Bourquin (FHF) sur les innovations numériques et

Au-delà de poser le cadre de la définition d'une stratégie nationale de la prévention, la proposition de loi fait donc évoluer le programme, la composition et les modalités d'évaluation des actions de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif.

Garantir le libre choix de la personne âgée en construisant une nouvelle offre d'accompagnement et de soins recentrée sur le domicile.

Les concertations successives des deux dernières années ont mis en évidence une demande forte de transformation en profondeur, de la part des professionnels, des citoyens en général et des personnes âgées en particulier, qui aspirent à pouvoir rester à domicile le plus longtemps possible.

En Europe, 32 % en moyenne des personnes âgées en perte d'autonomie vivent en établissement : 41 % en France, 21 % au Danemark et 29 % en Allemagne ⁽⁵⁾.

S'est également exprimée une attente forte de simplification, de lisibilité de l'action publique, notamment en matière de gouvernance qui doit être clarifiée, d'une plus grande égalité entre les territoires, et enfin d'un accompagnement plus qualitatif et adapté au choix de chacun, dans le respect de son autonomie et de sa citoyenneté.

Par ailleurs, l'épidémie de Covid-19 a mis en lumière et amplifié les fragilités du secteur de l'accompagnement des personnes âgées, déjà identifiées dans de nombreux rapports. Mais elle a aussi permis l'émergence d'innovations organisationnelles et la mise en œuvre de bonnes pratiques, notamment en ignorant les cloisonnements institutionnels et en opérant les rapprochements si souvent espérés entre les secteurs sanitaire et médico-social.

Pour répondre à l'attente de nos concitoyens de vivre à domicile et se rapprocher des politiques européennes en la matière, la proposition de loi vise à permettre le virage domiciliaire grâce à une offre de services décloisonnée sur les territoires, encourageant ainsi la créativité, l'efficacité et l'émergence d'initiatives nouvelles au service du parcours de vie de la personne âgée.

technologiques dans les établissements et services pour personnes âgées (juillet 2019) ; Rapport du Dr Philippe Denormandie et Cécile Chevalier « Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable » (octobre 2020).

(5) Statistiques Bundesamt 2015 ; Centre d'analyse stratégique, www.strategie.gouv.fr ; Rapport « Santé, perte d'autonomie : impacts financiers du vieillissement », octobre 2018, Mutualité française.

Des réformes de type organisationnel sont nécessaires, touchant non seulement au modèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mais également en assurant un décloisonnement nécessaire entre les différentes interventions des professionnels à domicile et un modèle économique stable, reposant sur une gouvernance clarifiée, notamment en termes de responsabilité de chaque acteur.

De ce fait, la proposition de loi prévoit la fixation de tarifs harmonisés au niveau national et permet des services à domicile polyvalents. En effet, elle impulse une véritable dynamique d'intégration des services aujourd'hui autonomes, pour un accompagnement global des patients et de leurs aidants à domicile, allant des actions de prévention à celles de l'aide et des soins, dans une logique de parcours, en créant les nouveaux « services polyvalents de prévention, d'aide et de soins à domicile » (SPPASAD). Cette évolution majeure confèrera aux gestionnaires un interlocuteur unique, l'assurance d'une politique de déploiement des SPPASAD homogène sur l'ensemble des départements.

Elle souhaite également reconnaître un changement de modèle de l'EHPAD en lien direct avec les intervenants du domicile notamment. Un EHPAD ouvert sur l'extérieur, centre de ressources pour le territoire, qui a déjà fait l'objet de multiples expérimentations. Le texte opère des simplifications en permettant à un EHPAD de répondre aux besoins des personnes âgées du territoire par une palette de services (hébergement permanent, temporaire, résidence autonomie, accueil de jour, etc.). Pour cela, l'établissement disposera d'une autorisation unique et d'un financement global, donnés par le Directeur général de l'Agence régionale de santé.

Pour tirer les conséquences de la crise sanitaire, le texte prévoit la mise en place au sein de chaque département par le directeur général de l'Agence régionale de santé d'une plateforme d'appui aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et aux professionnels libéraux, chargée d'œuvrer à l'organisation d'un parcours de santé de qualité, accessible et rapide, associant l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux. De plus, les coordinations des établissements et services médico-sociaux avec les intervenants extérieurs auprès des personnes âgées présents sur le territoire seront inscrites dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Au-delà du choix entre EHPAD et domicile traditionnel, la diversité des territoires et le respect des volontés individuelles de chaque citoyen

impliquent la possibilité de développer de nouvelles formes d'hébergement, telles que l'habitat inclusif.

La loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique en 2019 (dite loi ELAN) en a donné l'impulsion avec la création d'un forfait pour l'habitat inclusif, et en ajoutant l'habitat inclusif au programme des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Le récent rapport ⁽⁶⁾ de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom identifie les freins à lever et les solutions pour permettre son développement. Le projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dit « 4D ») prévoit de confier aux conseils départementaux une compétence de coordination du développement de l'habitat inclusif. Il s'agit là d'un rôle essentiel d'adaptation de la société au vieillissement de la population, en lien avec leur compétence de prévention de la perte d'autonomie, pour impulser sur les territoires une transversalité de l'accompagnement de la personne âgée dans son environnement (transports, logement, numérique, etc.).

Faire émerger d'autres logiques contributives pour rendre plus juste le reste à charge et simplifier la gouvernance en établissement.

D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le reste à charge d'une personne dépendante s'élève à 1 850 euros en EHPAD. Dans 75 % des cas, le reste à charge sur la partie « hébergement » excède les ressources courantes de la personne âgée.

Lorsqu'il est hébergé en EHPAD, le résident ne peut se trouver que dans deux cas de figures : soit il bénéficie de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et ses frais d'hébergement sont couverts par cette aide départementale, soit il n'en bénéficie pas et ils sont intégralement à sa charge.

La complexité des règles nationales ou locales de l'aide sociale à l'hébergement, en particulier du fait de l'obligation alimentaire et de la récupération sur succession, se combine à une diversité des pratiques départementales, portant notamment sur le champ et les barèmes de l'obligation alimentaire. Cette insécurité juridique renforce le caractère dissuasif de ces deux composantes de l'aide sociale à l'hébergement, comme le signalait l'Inspection générale des affaires sociales dans un rapport ⁽⁷⁾ en

(6) Rapport « *Demain je pourrai choisir d'habiter avec vous* » sur l'habitat inclusif (juin 2020)

(7) Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les « *Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement* » (mai 2011).

2011. Plus récemment, le rapport ⁽⁸⁾ du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge et d'autres qui ont traité le sujet en partie font émerger un consensus sur l'absolue nécessité d'une réforme de l'aide sociale à l'hébergement. Il est urgent de la rendre accessible, efficace, et d'assouplir sa procédure trop complexe, coûteuse et injuste.

On assiste depuis quelques années à une déshabilitation à l'aide sociale opérée par les départements, quelquefois à la demande des gestionnaires des établissements pour lesquels la conséquence de l'habilitation est de leur interdire de fixer le prix de journée. En effet, pour les gestionnaires d'établissements publics ou privés s'applique un principe de liberté tarifaire, sauf pour les places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement, dont le tarif est fixé par le conseil départemental.

Aujourd'hui, le nombre de places habilitées (82 %) est bien supérieur au nombre de personnes éligibles (75 %) et au nombre de personnes qui l'obtiennent effectivement (20 %). Les places habilitées à l'aide sociale sont inégalement réparties en fonction du statut juridique de l'EHPAD : 98 % pour les établissements publics, 81 % des établissements privés associatifs et 12 % dans les établissements privés lucratifs ⁽⁹⁾.

En rendant possible l'émergence de nouvelles logiques contributives pour le reste à charge, en amorçant la réforme indispensable de l'aide sociale à l'hébergement et en simplifiant la gouvernance des établissements, la proposition de loi vise à rendre la politique du Grand âge plus égalitaire, entre les citoyens et entre les territoires.

La proposition de loi prévoit que l'aide sociale à l'hébergement représente une aide à la personne, et non plus à la place. Elle acte la mise en place d'un seuil minimum d'habilitation à l'aide sociale dans tous les EHPAD, fixé dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements après consultation du Conseil départemental, qui fait l'objet de révision en fonction de la demande et en tenant compte des besoins figurant dans les schémas médico-sociaux.

La proposition de loi acte la suppression de l'obligation alimentaire pour les petits enfants. Encore utilisée dans certains départements, cette suppression figure dans l'ensemble des rapports et fait office de préalable

(8) Rapport adopté par le Conseil de l'âge sur « *L'obligation alimentaire, la récupération sur succession, et leur mise en œuvre dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement* » (juillet 2020).

(9) Rapport d'information *en conclusion des travaux de la mission* sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), présenté par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat (mars 2018).

indispensable à la réforme. Puis, le texte demande au Gouvernement un rapport sur la réforme de l'aide sociale à l'hébergement dans les six mois suivant son vote, qui devra faire un état des lieux et des propositions sur le sujet, en vue d'aboutir rapidement à une réforme.

Le texte prévoit par ailleurs la fusion des sections tarifaires soins et dépendance, proposée dans de nombreux rapports. Il donne trois ans pour réaliser cette fusion, qui constituera une réforme majeure.

La proposition de loi permet également aux établissements publics et privés non lucratifs de moduler les tarifs hébergement, pour les seules personnes ne relevant pas de l'aide sociale à l'hébergement, en fonction des capacités contributives des résidents.

La grille tarifaire appliquée sera inscrite dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'Agence régionale de santé, après consultation du Président du conseil départemental, qui continuera à fixer le tarif journalier pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale à l'hébergement. Ce barème sera fonction du montant prévisionnel des recettes de l'établissement sur sa section hébergement, élaboré en amont par le gestionnaire, comme le proposent les sénateurs M. Bernard Bonne et Mme Michèle Meunier dans leur rapport d'information sur le financement de la dépendance (avril 2019). Cette liberté tarifaire pourra ainsi se traduire par une amélioration du taux d'encadrement, de la qualité des services, de la rénovation architecturale, au bénéfice de l'ensemble des résidents et des professionnels.

Le titre I^{er} vise à renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, à travers une stratégie nationale pour une efficacité des actions de prévention sur les territoires.

Le chapitre I^{er} est consacré au nouveau Centre national de preuves de la prévention de la perte d'autonomie et de ressources gérontologiques.

L'article 1^{er} crée le Centre national de preuves de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et de ressources gérontologiques, pilote de la politique de prévention, et détaille ses missions. Il définit des orientations prioritaires pour les actions mises en œuvre par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif, dans le cadre d'un plan pluriannuel. Il est chargé d'évaluer et de labelliser les aides techniques individuelles utilisables à domicile et dans les

établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées, et d'impulser la mise en place de plateformes territoriales de location de ces nouvelles technologies.

L'article 2 précise la composition du conseil qui pilote le Centre national de preuves de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et de ressources gérontologiques. Présidé par un médecin gériatre, nommé par le ministre en charge de la santé, il associe des représentants de l'Association des départements de France, des représentants nationaux des membres de droit des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif, de l'État, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, de Santé publique France, et du Conseil national professionnel de gériatrie, ainsi que des personnalités et des représentants d'organisations choisis à raison de leur qualification en matière de prévention de la perte d'autonomie.

Le chapitre II fait évoluer le programme, la composition et les modalités d'évaluation des actions de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif.

L'article 3 prévoit des orientations prioritaires pour les actions de prévention de la perte d'autonomie dans les territoires, en modifiant et complétant les missions de la Conférence des financeurs. Le Président du conseil départemental met en œuvre les axes stratégiques de la politique de prévention de la perte d'autonomie définis par le Centre de preuves de prévention de la perte d'autonomie et de ressources gérontologiques. Pour l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles dont il a la charge, il met en place une plateforme territoriale de location de ces technologies et se réfère aux évaluations et aux labellisations du Centre de preuves. Enfin, l'article prévoit qu'il finance des actions de préventions en établissements pour personnes âgées.

L'article 4 ajuste la composition de la Conférence des financeurs au plus près des réalités du territoire en intégrant dans les membres de droit des représentants des intercommunalités du territoire et des représentants des usagers bénéficiaires des actions de prévention.

L'article 5 vise une évaluation des actions de prévention plus qualitative. Il ajoute des données relatives à la qualité des actions financées et à la satisfaction des bénéficiaires de ces actions dans le rapport d'activité transmis chaque année à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le défaut de transmission de ces informations, après mise en demeure,

entraîne une restitution des concours versés, au-delà de faire obstacle à tout nouveau versement au département tel que prévu aujourd'hui.

Le titre II porte l'ambition de **garantir le libre choix de la personne âgée en construisant une nouvelle offre d'accompagnement et de soins recentrée sur le domicile.**

Le chapitre I^{er} renforce les services à domicile en leur garantissant un **modèle de financement pérenne** afin de lutter contre les inégalités territoriales. Il **crée** par ailleurs **les nouveaux services polyvalents de prévention, d'aide et de soins à domicile (SPPASAD).**

L'article 6 acte la mise en place d'un tarif national de référence pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, ainsi que d'un complément de financement modulable notamment en fonction des critères suivants : le profil des personnes prises en charge, l'amplitude horaire d'intervention, les caractéristiques du territoire d'intervention, la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie ou d'actions innovantes, la mise en œuvre de formations ou d'actions de coordination avec d'autres professionnels et de professionnalisation.

L'article 7 substitue les « services polyvalents de prévention, d'aide et de soins à domicile » (SPPASAD) aux services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD) et aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qu'il supprime, tout en ménageant un délai de transition afin que les services existants puissent évoluer vers une forme de SPPASAD. En outre, la logique de valorisation de la mission préventive des SPASAD motive le changement d'appellation de ces services.

Le chapitre II organise la mise en place **de nouveaux modèles de services décloisonnés pour favoriser le virage domiciliaire dans une logique de parcours de la personne âgée sur son territoire.**

L'article 8 vise à permettre le déploiement d'EHPAD ouverts au service des territoires. Par une autorisation unique et un financement global donnés par l'Agence régionale de santé, un opérateur médico-social sur un territoire donné peut répondre aux besoins de la population âgée par une palette de services gérontologiques diversifiés (hébergement permanent, temporaire, résidence autonomie, accueil de jour, etc.). L'EHPAD « hors-les-murs » ou « plateformes de services » existe aujourd'hui à titre expérimental. Mais la mise en place concrète de ces initiatives se trouve limitée par la rigidité du droit des autorisations médico-sociales, que cet article assouplit.

L'article 9 prévoit la mise en place, par directeur de l'Agence régionale de santé au sein de chaque département, d'une plateforme d'appui aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et aux professionnels de santé libéraux chargée d'œuvrer à l'organisation d'un parcours de santé de qualité des personnes âgées. Cette plateforme apporte une réponse coordonnée et organisée en lien avec les différents acteurs de la filière gériatrique de proximité en ville et à l'hôpital et permet un accompagnement personnalisé des personnes âgées qui le nécessitent.

Le titre III vise à **faire émerger d'autres logiques contributives pour rendre plus juste le reste à charge, et à simplifier la gouvernance des établissements.**

Le chapitre I^{er} prévoit un **pilotage clarifié et donc plus lisible** des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'article 10 simplifie le régime des autorisations des EHPAD, en prévoyant une autorisation unique donnée par le directeur général de l'Agence régionale de santé, en lieu et place de la double autorisation actuelle.

L'article 11 simplifie les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) en tenant compte de la nécessité de coordonner les acteurs sanitaires et médico-sociaux. Il prévoit la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des EHPAD par le seul directeur général de l'Agence régionale de santé, et intègre dans ces contrats la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social et sanitaire du territoire, notamment à travers des conventions de partenariat conclues avec l'une des catégories de praticiens de santé suivantes : un service polyvalent de prévention, d'aide et de soins à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile.

L'article 12 simplifie la tarification des EHPAD, en fusionnant les sections tarifaires soins et dépendance à compter de 2024.

Le chapitre II repense la tarification de l'hébergement en EHPAD pour la rendre **redistributive et plus juste.**

L'article 13 prévoit une tarification de l'hébergement plus juste, avec la mise en place d'un seuil minimal d'habilitation à l'aide sociale dans tous les établissements et la possibilité de moduler les tarifs hébergement en

fonction des capacités contributives des résidents dans les établissements publics et privés non lucratifs.

L'article 14 concerne l'aide sociale à l'hébergement. Il supprime l'obligation alimentaire pour les petits-enfants et demande un rapport au Parlement sur une réforme globale et ambitieuse de l'aide sociale à l'hébergement dans les six mois suivant la publication de la loi.

L'article 15 gage la proposition de loi.

PROPOSITION DE LOI

TITRE I^{ER}

**RENFORCER LE PILOTAGE ET L'ÉVALUATION DE LA
POLITIQUE DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE**

CHAPITRE I^{ER}

**Le Centre national de preuves de la prévention de la perte
d'autonomie et de ressources gérontologiques**

Article 1^{er}

- ① Le chapitre III du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Au début, il est ajouté une section 1 ainsi rédigée :
- ③ *« Section 1*
- ④ *« Centre national de preuves de la prévention de la perte d'autonomie
et de ressources gérontologiques*
- ⑤ *« Art. L. 233-1 A. – Un Centre national de preuves de la prévention de
la perte d'autonomie des personnes âgées et de ressources gérontologiques
assure le pilotage national de la politique de prévention. Il est chargé :*
- ⑥ *« 1° De définir, dans le cadre d'un plan pluriannuel, les axes prioritaires
pour l'élaboration des programmes coordonnés de financement des
conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1 ;*
- ⑦ *« 2° D'évaluer et de labelliser les équipements et les aides techniques
individuelles favorisant le soutien à domicile ou la prévention de la perte
d'autonomie dans les établissements relevant du 6° ou du 7° du I de l'article
L. 312-1 ;*
- ⑧ *« 3° D'impulser la mise en place de plateformes territoriales de location
d'équipements et d'aides techniques mentionnés au 2° du présent article. » ;*
- ⑨ 2° Il est créé une section 2 intitulée : « Conférence des financeurs » et
comprenant les articles L. 233-1 à L. 233-6.

Article 2

- ① La section 1 du chapitre III du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles, telle qu'elle résulte de l'article 1^{er} de la présente loi, est complétée par un article L. 233-1 B ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 233-1 B. – Le Centre national de preuves de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et de ressources gérontologiques est présidé par un médecin gériatre nommé par le ministre de la santé. Il est piloté par un conseil qui est composé :
- ③ « 1° De représentants de l'Association des départements de France ;
- ④ « 2° De représentants des établissements publics de coopération intercommunale ;
- ⑤ « 3° De représentants de l'État ;
- ⑥ « 4° De représentants de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- ⑦ « 5° De représentants de l'Agence nationale de santé publique ;
- ⑧ « 6° De représentants du Conseil national professionnel de gériatrie ;
- ⑨ « 7° De représentants de l'Agence nationale de l'habitat ;
- ⑩ « 8° De représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et des fédérations d'institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 922-4 du code de la sécurité sociale ;
- ⑪ « 9° De représentants d'organismes régis par le code de la mutualité ;
- ⑫ « 10° De personnalités et de représentants d'organisations choisis à raison de leur qualification en matière de prévention de la perte d'autonomie.
- ⑬ « Toute autre personne physique ou morale concernée par les missions du Centre national de preuves de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et de ressources gérontologiques peut être associée à ses travaux, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.
- ⑭ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

CHAPITRE II

Une réaffirmation des compétences des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif dans les territoires

Article 3

- ① L'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « , dans le respect des axes prioritaires définis par le plan pluriannuel établi par le Centre national de preuves de prévention de la perte d'autonomie et de ressources gérontologiques mentionné à l'article L. 233-1 A » ;
- ③ 2° Au 1°, le mot : « favorisant » est remplacé par les mots : « évalués et labellisés par le Centre national de preuves mentionné à l'article L. 233-1 A afin de favoriser » et, après les mots : « notamment par », sont insérés les mots : « la mise en place de plateformes de location, » ;
- ④ 3° Le 3° est abrogé ;
- ⑤ 4° Au 4°, après le mot : « polyvalents », sont insérés les mots : « de prévention, » et, après le mot : « mentionnées », la fin de l'alinéa est ainsi rédigée : « au 6° du I de l'article L. 312-1 » ;
- ⑥ 5° Après le 4°, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :
- ⑦ « 4° *bis* La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les établissements qui accueillent des personnes âgées ou en situation de handicap mentionnés aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 ; ».

Article 4

- ① L'article L. 233-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le 1° est ainsi rédigé :
- ③ « 1° Du département ou, le cas échéant, de la métropole ou, en Corse, de la collectivité de Corse ; »
- ④ 2° Après le 4°, sont insérés un 5° et un 6° ainsi rédigés :

- ⑤ « 5° Des établissements publics de coopération intercommunale ;
- ⑥ « 6° Des bénéficiaires des actions de prévention. »

Article 5

- ① L'article L. 233-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Après le quatrième alinéa, est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Le rapport comporte un bilan qualitatif des actions financées incluant notamment une mesure de la satisfaction des bénéficiaires de ces actions. » ;
- ④ 2° Après le mot : « versement », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « à ce titre au département ou, le cas échéant, de la métropole ou, en Corse, à la collectivité de Corse et entraîne la restitution des concours versés. »

TITRE II

GARANTIR LE LIBRE CHOIX DE LA PERSONNE ÂGÉE EN CONSTRUISANT UNE NOUVELLE OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS RECENTRÉE SUR LE DOMICILE

CHAPITRE I^{ER}

Des services à domicile polyvalents et revalorisés

Article 6

- ① La section 1 du chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 314-2-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 314-2-1. – I. –* Les interventions des services polyvalents, de prévention, d'aide et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont financées :
- ③ « 1° Par l'agence régionale de santé au titre des dépenses relevant de l'assurance maladie ;

- ④ « 2° Par le département ou, le cas échéant, la métropole, ou, en Corse, de la collectivité de Corse, au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 et de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1, selon :
- ⑤ « a) Un tarif national de référence ;
- ⑥ « b) Un complément de financement modulable notamment en fonction des critères suivants : le profil des personnes prises en charge, l'amplitude horaire d'intervention, les caractéristiques du territoire d'intervention, la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie, d'actions innovantes, de formations ou d'action de coordination avec d'autres professionnels et de professionnalisation.
- ⑦ « II. – Le tarif national de référence et le complément de financement respectivement visés aux *a* et *b* du 2° du I ne peuvent être inférieurs à un montant fixé annuellement par arrêté du ministre chargé des solidarités et de la santé et du ministre chargé du budget, selon des modalités définies par décret.
- ⑧ « III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Article 7

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Au troisième alinéa de l'article L. 232-4, au premier alinéa de l'article L. 313-1-2, à l'article L. 313-1-3, au dernier alinéa de l'article L. 313-8-1, au premier alinéa de l'article L. 313-11-1 et au premier alinéa de l'article L. 347-1, les mots : « d'aide et d'accompagnement » sont remplacés par les mots : « polyvalent de prévention, d'aide et de soins » ;
- ③ 2° À l'article L. 313-11-1, le 3° est complété par les mots : « , notamment en matière de coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social et sanitaire » ;
- ④ 3° Après le mot : « suivantes : », la fin de la seconde phrase du quatrième alinéa du II de l'article L. 313-12 est ainsi rédigée : « un service polyvalent de prévention d'aide et de soins à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile. » ;

- ⑤ 4° Au premier alinéa de l'article L. 347-1, après les mots : « prestations de service », sont insérés les mots : « , à l'exception des prestations de soin relevant de l'assurance maladie, ».
- ⑥ II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2024.

CHAPITRE II

De nouveaux modèles de services décloisonnés pour favoriser le virage domiciliaire dans une logique de parcours de la personne âgée sur son territoire

Article 8

- ① I. – Le VI de l'article L. 312-1 est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « proposer, », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « concomitamment à l'hébergement de personnes âgées, de personnes handicapées ou de personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes, des prestations d'aide et de soins à domicile, d'accueil de jour ou de nuit, d'hébergement temporaire ainsi qu'un séjour de vacances ou de répit pour les proches aidants de ces personnes, dans des conditions précisées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en tenant compte de l'offre disponible sur le territoire. » ;
- ③ 2° Le second alinéa est ainsi rédigé : « Le 1° et le 3° de l'article L. 313-4 ne sont pas applicables aux prestations d'assistance et de soins à domicile, d'hébergement temporaire ainsi qu'aux séjours mentionnés au premier alinéa du présent VI. ».
- ④ II. – L'article L. 313-2 est ainsi modifié :
- ⑤ 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑥ 2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé : « II. – Les prestations d'aide et de soins à domicile, d'accueil de jour ou de nuit, d'hébergement temporaire, ainsi que les séjours de vacances ou de répit pour les proches aidants mentionnés au VI de l'article L. 312-1 ne sont pas soumises aux dispositions du I du présent article dès lors qu'elles sont inscrites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement. »

Article 9

- ① Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre X ainsi rédigé :
- ② « CHAPITRE X
- ③ « *Plateformes d'appui gériatriques*
- ④ « Art. L. 6329-2. – Le directeur général de l'agence régionale de santé met en place au sein de chaque département une plateforme d'appui aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux apportant des soins ou un accompagnement aux personnes âgées.
- ⑤ « Elle assure la coordination de ces acteurs afin d'organiser un parcours de santé pour les personnes âgées.
- ⑥ « Chaque plateforme est rattachée à la délégation départementale de l'agence régionale de santé.
- ⑦ « Une convention pluriannuelle précise l'objet de ses missions, son organisation et les moyens mis à sa disposition, dans des conditions définies par décret. »

TITRE III

FAIRE ÉMERGER D'AUTRES LOGIQUES CONTRIBUTIVES POUR RENDRE PLUS JUSTE LE RESTE A CHARGE ET SIMPLIFIER LA GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS

CHAPITRE I^{ER}

Un pilotage unifié des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour une plus grande lisibilité et une efficacité accrue

Article 10

- ① L'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le *a* est complété par les mots : « , sous réserve des dispositions du *h* » ;

- ③ 2° Après le g, est inséré un h ainsi rédigé :
- ④ « h) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et les services polyvalents de prévention, d'aide et de soins à domicile. »

Article 11

- ① L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de la première phrase du premier alinéa du A du IV *ter*, les mots : « le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés » sont remplacés par les mots : « le directeur général de l'agence régionale de santé concerné » ;
- ③ 2° À la première phrase du troisième alinéa du même A du même IV *ter*, les mots : « du président du conseil départemental ou » sont supprimés ;
- ④ 3° La deuxième phrase du deuxième alinéa du B du IV *ter* est complétée par les mots : « , ainsi qu'en matière de coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social et sanitaire, notamment à travers des conventions de partenariat conclues avec un service polyvalent de prévention, d'aide et de soins à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile ».

Article 12

- ① I. – L'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le 1° du I est ainsi rédigé :
- ③ « 1° Un forfait global relatif aux soins et à la dépendance prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen, les besoins en soins requis des résidents mentionnés à l'article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente, ainsi que le nombre de résidents éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-8. Le cas échéant, ce forfait global inclut des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières, aux prestations d'accueil de jour ou de nuit, aux prestations d'aide et de soins délivrées à domicile ainsi qu'aux prestations de répit délivrées aux proches aidants,

définis dans le contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12. Ce forfait global peut tenir compte de l'activité réalisée. Il peut financer des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par le forfait mentionné au 2° du présent I. Les modalités de détermination du forfait global sont fixées par décret en Conseil d'État.

- ④ « Le montant du forfait global de soins et de dépendance est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé ; »
- ⑤ 2° Le 2° du I est abrogé ;
- ⑥ 3° Après les mots : « intégrées dans », la fin de la seconde phrase du premier alinéa du 3° du I est ainsi rédigée : « le forfait global relatif aux soins et à la dépendance mentionné au 1° du I du présent article. » ;
- ⑦ 4° À la première phrase du II, après les mots : « le forfait global relatif aux soins », sont insérés les mots : « et à la dépendance ».
- ⑧ II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2024.

CHAPITRE II

Une tarification de l'hébergement repensée et plus juste

Article 13

- ① Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② I. – L'article L. 313-12 est ainsi modifié :
- ③ 1° Après le troisième alinéa du III, est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Le cas échéant, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fixe un seuil minimal de places habilitées à l'aide sociale. » ;
- ⑤ 2° Le troisième alinéa du B du IV *ter* est ainsi rédigé :
- ⑥ « Le contrat fixe un seuil minimal de places habilitées à l'aide sociale. Ce seuil est établi par le directeur général de l'agence régionale de santé, après consultation du président du conseil départemental. »
- ⑦ II. – Le I de l'article L. 314-2 est ainsi modifié :
- ⑧ 1° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

- ⑨ « Les tarifs journaliers des prestations relatives à l'hébergement s'appliquant aux résidents non admis à l'aide sociale sont fixés et contrôlés dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6. » ;
- ⑩ 2° Au dernier alinéa, les mots : « les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et » sont supprimés.
- ⑪ III. – Le chapitre II du titre IV du livre III est ainsi modifié :
- ⑫ 1° L'article L. 342-1 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Après le mot : « chapitre », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 » ;
- ⑭ b) Les 1° à 4° sont abrogés ;
- ⑮ c) Au début du dernier alinéa, les mots : « Ces établissements » sont remplacés par le mot : « Ils » ;
- ⑯ 2° L'article L. 342-3 est ainsi modifié :
- ⑰ a) La première phrase du deuxième alinéa est remplacée par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑱ « Pour les résidents non admis à l'aide sociale, le prix du socle de prestations et les prix des autres prestations d'hébergement sont ainsi fixés lors de la signature du contrat :
- ⑲ « 1° S'agissant des établissements gérés par une personne morale de droit public ou de droit privé non lucratif, les prix peuvent être déterminés en fonction des ressources du résident ou, le cas échéant, de ses obligés alimentaires mentionnés à l'article L. 132-6, selon un barème figurant dans le contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 et conclu avec l'autorité compétente. Les prix peuvent être également fixés sur la base d'un état prévisionnel des recettes de l'établissement relatives à ses prestations d'hébergement ;
- ⑳ « 2° S'agissant des établissements gérés par une personne morale droit privé lucratif, les prix sont librement fixés. »
- ㉑ b) À la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les prix » ;
- ㉒ c) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « relevant du 3° de l'article L. 342-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « conventionnés au

titre de l'aide personnalisée au logement » et le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;

- ⑳ 3° L'article L. 342-3-1 est abrogé ;
- ㉑ 4° L'article L. 342-4 est ainsi modifié :
- ㉒ a) Au début du premier alinéa, les mots : « Le président du conseil départemental » sont remplacés par les mots : « L'autorité compétente » ;
- ㉓ b) Au second alinéa, les mots : « au président du conseil départemental » sont remplacés par les mots : « à l'autorité compétente ».

Article 14

- ① I. – Au début du premier alinéa de l'article L. 132-6 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « Les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 205 et suivants du code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées » sont remplacés par les mots : « Les enfants sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invités ».
- ② II. – Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport dressant un bilan de la mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement. Ce rapport propose des recommandations notamment en vue de relever le seuil de recouvrement sur la succession du bénéficiaire.

Article 15

- ① I. – La charge pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ② II. – La charge pour les collectivités territoriales est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ③ III. – La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

