

# ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**XV<sup>e</sup> Législature**

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

Séances du vendredi 18 juin 2021

## Compte rendu intégral



Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



**PREMIER  
MINISTRE** Direction de l'information  
légale et administrative

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

<http://www.assemblee-nationale.fr>

# SOMMAIRE GÉNÉRAL

---

1<sup>re</sup> séance ..... 6487

2<sup>e</sup> séance ..... 6511

# ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

312<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

1<sup>re</sup> séance du vendredi 18 juin 2021

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



**PREMIER  
MINISTRE** Direction de l'information  
légale et administrative

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

<http://www.assemblee-nationale.fr>

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. DAVID HABIB

### 1. **Accompagnement financier de l'État pour les collectivités à statut particulier** (p. 6489)

Mme Nicole Sanquer (UDI-I)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État chargé de la ruralité

Mme Nicole Sanquer (UDI-I)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

Mme Nicole Sanquer (UDI-I)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

Mme Nicole Sanquer (UDI-I)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

Mme Jeanine Dubié (LT)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

M. Jean-Paul Lecoq (GDR)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

Mme Stéphanie Atger (LaREM)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

Mme Stéphanie Atger (LaREM)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

M. Pacôme Rupin (LaREM)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

M. Guillaume Vuilletet (LaREM)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

Mme Lamia El Aaraje (SOC)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

Mme Lamia El Aaraje (SOC)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

Mme Annie Chapelier (UDI-I)

M. Joël Giraud, secrétaire d'État

### 2. **Organisation et financements de l'hôpital** (p. 6498)

Mme Jeanine Dubié (LT)

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé

Mme Jeanine Dubié (LT)

M. Olivier Véran, ministre

M. Alain Bruneel (GDR)

M. Olivier Véran, ministre

M. Jean-Paul Lecoq (GDR)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Nathalie Sarles (LaREM)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Nathalie Sarles (LaREM)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Stéphanie Rist (La REM)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Géraldine Bannier (Dem)

M. Olivier Véran, ministre

M. Joël Aviragnet (SOC)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Lamia El Aaraje (SOC)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Annie Chapelier (Agir ens)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Annie Chapelier (Agir ens)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Nicole Sanquer (UDI-I)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Nicole Sanquer (UDI-I)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Fiona Lazaar

M. Olivier Véran, ministre

Mme Martine Wonner (LT)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Martine Wonner (LT)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Marie-Pierre Rixain (LaREM)

M. Olivier Véran, ministre

Mme Marie-Pierre Rixain (LaREM)

M. Olivier Véran, ministre

### 3. **Ordre du jour de la prochaine séance** (p. 6509)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTE DE M. DAVID HABIB

### vice-président

**M. le président.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à neuf heures.)*

1

## ACCOMPAGNEMENT FINANCIER DE L'ÉTAT POUR LES COLLECTIVITÉS À STATUT PARTICULIER

**M. le président.** L'ordre du jour appelle les questions sur l'accompagnement financier de l'État pour les collectivités à statut particulier.

La conférence des présidents a fixé à deux minutes la durée maximale de chaque question et de chaque réponse.

**M. le président.** Nous commençons par le groupe UDI et indépendants.

La parole est à Mme Nicole Sanquer.

**Mme Nicole Sanquer (UDI-I).** Monsieur le secrétaire d'État chargé de la ruralité, je souhaiterais interroger le Gouvernement sur la situation préoccupante des compagnies aériennes des collectivités du Pacifique, Aircalin et Air Tahiti Nui, qui, sans un accompagnement financier adapté de la part de l'État, pourraient être menacées de disparition. De fait, en dépit de la bonne situation financière de nos compagnies aériennes et des mesures fortes d'économies instaurées en 2020 ayant réduit les coûts fixes de 20 %, la situation de ces compagnies s'est peu à peu dégradée. Au total, Aircalin aura subi, en 2020, une baisse de son trafic passagers de 91 % et une diminution de son chiffre d'affaires de 46 %. Quant à la compagnie Air Tahiti Nui, qui n'a pu prétendre au chômage partiel, elle a dû mettre en place un plan de départs volontaires pour 115 personnes et a pu bénéficier d'une avance sur compte courant de 18 millions d'euros de la part du pays. Le soutien de l'État au moyen du PGE, le prêt garanti par l'État, a été déterminant pour maintenir une trésorerie menacée d'assèchement dès fin 2020. Néanmoins, il en résulte un accroissement des dettes et Air Tahiti Nui doit faire face à une concurrence déloyale de la part d'Air France, qui a bénéficié, pour sa part, d'un soutien de l'État.

Toutefois, la crise s'éternise et la reprise semble encore bien loin. Les compagnies vont devoir aborder l'année 2022 en finançant un programme de vols indispensable à la relance du trafic. Un soutien complémentaire de l'État, comme celui dont ont bénéficié certaines compagnies régionales comme Air Austral et Corsair, est donc nécessaire pour permettre à ces entreprises de maintenir une trésorerie suffisante.

Au-delà de la simple gestion d'entreprise, la survie de ces compagnies revêt une importance stratégique. Elles jouent en effet un rôle primordial de continuité territoriale et assurent presque à elles seules la desserte et le désenclavement de ces territoires. Elles sont également nécessaires au développement de l'industrie touristique et hôtelière, en particulier en Polynésie, où le tourisme représente 17 % du PIB.

Quel soutien le Gouvernement entend-il apporter à ces compagnies afin de garantir la bonne continuité du service aérien dans l'intérêt des populations et des territoires français du Pacifique ? Où en êtes-vous dans l'instruction de leurs dossiers déposés auprès du CIRI, le comité interministériel de restructuration industrielle ?

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État chargé de la ruralité.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État chargé de la ruralité.** Madame la députée, l'État a massivement soutenu les compagnies aériennes ultramarines en 2020 et en 2021 : plus de 550 millions d'euros d'aides leur ont été octroyés, principalement sous forme de prêts, qu'il s'agisse du PGE ou du prêt du fonds de développement économique et social, géré par le CIRI, et des aides ont été versées pour la prise en charge des coûts fixes, plafonnées à 10 millions d'euros dans un souci de conformité au droit européen.

Nous savons, bien sûr, qu'en raison des nouvelles restrictions de déplacement, une partie de ces compagnies est à nouveau confrontée à une impasse de trésorerie en 2021. Les deux compagnies que vous avez citées sont d'ailleurs accompagnées par le CIRI : Air Tahiti Nui, qui compte 750 salariés et est détenue à 84,5 % par la Polynésie française, a bénéficié d'un prêt garanti par l'État de 67 millions d'euros, d'un prêt de la Polynésie française de 19,3 millions d'euros et de 10 millions d'euros d'aide à la prise en charge des coûts fixes ; Aircalin, qui compte 550 salariés et est détenue à 99 % par la Nouvelle-Calédonie, a bénéficié d'un prêt garanti par l'État de 40 millions d'euros et de 10 millions d'euros d'aide à la prise en charge des coûts fixes, ainsi que d'une mesure de défiscalisation pour le renouvellement d'un de ses appareils, un A330neo.

Les deux compagnies sollicitent désormais un soutien complémentaire de la part de l'État, que le CIRI est précisément en train d'étudier. Le ministre de l'économie, Bruno Le Maire, a pris à ce propos l'engagement que nous trouvons d'autres moyens de soutien que ceux qui sont déjà employés. Je vous confirme, bien entendu, cet engagement.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer pour une deuxième question.

**Mme Nicole Sanquer (UDI-I).** Dans le même ordre d'idées que la précédente, elle porte sur la continuité territoriale intérieure. Dans le cadre des travaux de la délégation aux outre-mer consacrés à la continuité territoriale, il a été préconisé par les rapporteurs l'application du principe de continuité territoriale défini par l'article L. 1803-4 du code des transports pour les déplacements interinsulaires, qui prévoit

l'éligibilité à l'aide à la continuité territoriale pour les transports intérieurs, sous condition de difficultés d'accès au territoire, mesure dont seule la Guyane bénéficie à ce jour.

Deux collectivités, la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie, ont mis en place des dispositifs de continuité intérieure afin de pallier les conditions géographiques spécifiques de leur territoire. Je rappelle à cet égard que la Polynésie française a pour particularité de comprendre soixante-seize îles habitées sur les cent dix-huit dont elle se compose, éparpillées sur 5,5 millions de kilomètres carrés au milieu de l'océan Pacifique. Qu'il s'agisse de la Polynésie ou de la Nouvelle-Calédonie, l'aide étatique pourrait venir en complément des aides des collectivités. Un dispositif conjoint entre les collectivités territoriales et l'État permettrait de réduire encore davantage le coût du trajet.

Un fonds de continuité territoriale a été créé au budget de la Polynésie française en décembre dernier pour financer les lignes déficitaires desservant les trajets vers les îles les plus éloignées. Pour financer ce fonds, la Polynésie a fait le choix d'apporter sa contribution à hauteur de 45 % et de taxer la population sur le prix du billet d'avion. Par ces temps de crise, cela contribue à l'augmentation des tarifs des voyages interinsulaires. Comme pour la Nouvelle-Calédonie, la contribution de l'État serait plus qu'indispensable et éviterait une nouvelle fois de mettre à contribution la population, déjà fortement touchée par la crise, de pérenniser les transports vers les îles les plus enclavées et de garantir les liens avec nos populations les plus éloignées.

Monsieur le secrétaire d'État, nos collectivités peuvent-elles espérer une participation financière de l'État à la continuité territoriale intérieure, participation évaluée aujourd'hui, pour la Polynésie, à 4,2 millions d'euros ?

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Madame la députée, la compétence de desserte à l'intérieur d'un territoire incombe, par principe, aux collectivités locales, et non pas à l'État, qui assure pour sa part une partie du coût de la continuité entre l'hexagone et l'outre-mer, par l'intermédiaire du fonds de continuité territoriale. Les aides servies au titre de ce fonds peuvent permettre, dans les conditions dérogatoires fixées à l'article L. 1803-4 du code des transports, de financer des déplacements aériens lorsqu'est reconnue une difficulté particulière d'accès à une partie d'un territoire. Il s'agit ainsi de prendre en compte l'absence de routes ou de voies maritimes pour accéder à certains lieux. Cette dérogation est notamment appliquée en Guyane.

L'article 5 de la loi EROM, ou loi sur l'égalité réelle outre-mer, a prévu qu'un rapport serait élaboré sur cette question. Ce rapport, dont la réalisation a été confiée au Conseil général de l'environnement et du développement durable et qui a été remis à la ministre des outre-mer en septembre 2018, ne relève pas de besoin de modification de l'organisation des compétences en matière de continuité territoriale intérieure des collectivités ultramarines. En effet, à l'exception de situations très ciblées, en Guyane notamment, que je me permets de citer à nouveau, on ne rencontre pas les mêmes problèmes, à savoir une totale absence de routes ou de voies maritimes. Je suis donc au regret de vous dire que ce dispositif dérogatoire ne me paraît pas très adapté à la Polynésie et à la Nouvelle-Calédonie.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer pour une troisième question.

**Mme Nicole Sanquer (UDI-I).** Elle porte sur l'adaptation, dans les collectivités du Pacifique, des dispositifs de défiscalisation. Dans les départements et territoires d'outre-mer, l'environnement normatif, identique à celui de l'hexagone, représente une certaine sécurité pour les investisseurs. En revanche, dans les collectivités à statut particulier, les statuts, l'organisation et la compétence fiscale, différents de ceux qui s'appliquent dans l'hexagone, sont de vraies barrières à l'investissement. Nos territoires ont avant tout besoin de dispositifs incitatifs pour franchir le cap de l'investissement.

Cette logique a déjà été adoptée par le passé – je pense notamment au dispositif Scellier Pacifique, instauré en 2010 en faveur de l'investissement locatif. Ces dernières années, nous avons proposé de telles adaptations en déposant, avec Philippe Dunoyer, des amendements au PLF, le projet de loi de finances – je pense au dispositif d'investissement locatif intermédiaire, ou dispositif Pinel, ou aux modalités de détermination de la base éligible pour la rénovation de logements sociaux. J'avais également formulé des propositions quant au bénéfice de l'aide à l'investissement en faveur des navires de croisière.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire et comme l'a révélé le rapport de Philippe Gomès sur la défiscalisation outre-mer, la dépense fiscale liée à cette dernière est en baisse de 36 % depuis 2010. Cette diminution semble traduire des blocages préjudiciables à l'investissement dans les outre-mer. Ce dont nos collectivités ont besoin n'est donc pas tant une hausse de la dépense fiscale qu'une plus grande souplesse dans l'adaptation des outils fiscaux incitatifs. L'État doit pouvoir apporter un soutien actif aux entreprises du Pacifique et favoriser tous les leviers de croissance sur ces territoires.

Monsieur le secrétaire d'État, le Gouvernement est-il prêt à aménager les dispositifs fiscaux incitatifs afin de les rendre plus efficaces dans les collectivités du Pacifique ?

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Madame la députée, je constate qu'il existe d'assez nombreuses dépenses fiscales pour soutenir les investissements outre-mer, notamment dans les collectivités du Pacifique. Je signale que ces différentes aides sont d'ailleurs rassemblées dans une politique publique dédiée d'aide fiscale à l'investissement outre-mer, l'AFIOM, mécanisme qui n'existe pas dans l'hexagone et témoigne de l'importance que le Gouvernement attache à cette modalité de soutien au tissu économique ultramarin. J'en donnerai quelques exemples qui s'appliquent dans le Pacifique. Les investissements productifs réalisés en outre-mer par des entreprises ouvrent droit à une déduction fiscale sur l'IS, l'impôt sur les sociétés, égale au prix de revient de ces investissements. Vous savez aussi que, dans les COM, ou collectivités d'outre-mer, les constructions de logements locatifs peuvent bénéficier d'une réduction d'impôt de 50 % du prix de revient de ces logements jusqu'au 31 décembre 2025. Vous savez également que cette aide s'applique aux opérations d'acquisition et de réhabilitation de logements, et que la loi de finances pour 2019 a ouvert ce mécanisme au parc de logement social à Tahiti, à Saint-Martin et dans six communes de Nouvelle-Calédonie, dont Nouméa.

J'appelle aussi votre attention sur plusieurs évolutions récentes qui vont, je crois, dans le sens de votre intervention. La loi de finances pour 2021 a instauré un nouveau mécanisme de défiscalisation, qui vise à neutraliser les effets de la baisse sur l'impôt sur les sociétés dans les COM et en Nouvelle-Calédonie. En effet, la trajectoire de baisse de

l'impôt sur les sociétés, avec une cible de 25 % en 2022, a pour effet de réduire le caractère incitatif de l'avantage fiscal que je citais tout à l'heure. Nous avons donc mis en place un nouveau système de réduction d'impôt en substitution de l'ancien, afin que le dispositif reste incitatif. La LFI, ou loi de finances initiale, pour 2021 a également assoupli les conditions de défiscalisation des navires de croisière, afin que davantage de navires soient éligibles. Vous nous demandez une réforme qui aille dans le sens de la souplesse. Il me semble que les acteurs des collectivités du Pacifique ont tous les outils en main pour investir et s'engager pleinement dans la relance.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer pour une quatrième et dernière question.

**Mme Nicole Sanquer (UDI-I).** Je tiens à appeler l'attention du Gouvernement sur la situation des fonctionnaires d'État en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie et sur les réformes à venir en matière d'indexation, de retraites et de retour. En 2015, la Cour des comptes avait décrit l'indexation comme un système à bout de souffle, pesant lourdement sur le budget de l'État. Or ce complément de rémunération est primordial pour permettre aux personnes concernées de faire face aux besoins primaires dans des territoires où le coût de la vie est particulièrement élevé. Selon l'INSEE, en effet, entre 2010 et 2015, les prix alimentaires ont subi en Nouvelle-Calédonie une inflation de l'ordre de 14 %, contre 5 % seulement dans l'hexagone. En 2015, les prix à la consommation en Nouvelle-Calédonie étaient de 33 % plus élevés que dans l'hexagone et largement supérieurs à ceux observés dans d'autres territoires d'outre-mer, comme la Réunion ou Mayotte.

Dans ce contexte, la désindexation ne doit pas être présentée comme un outil de lutte contre la vie chère. La surrémunération conserve aujourd'hui, et plus que jamais, toute sa pertinence pour compenser le surcoût de la vie et maintenir l'attractivité des territoires. Elle est à la fois un garant essentiel du maintien du pouvoir d'achat et un gage de soutien à la vie économique locale.

Toutefois, il est possible de réaliser des économies en privilégiant le retour ou l'affectation des fonctionnaires originaires des territoires concernés. Or, de nombreux agents de la fonction publique originaires de Calédonie ou de Polynésie se voient refuser leur demande d'affectation dans leur territoire d'origine après avoir exercé un certain temps dans l'hexagone. L'amplification de l'océanisation des cadres est pourtant une nécessité absolue, tant dans l'intérêt des agents que pour répondre au manque criant d'effectifs dont souffrent les territoires. La présence sur le terrain de fonctionnaires qui connaissent parfaitement le contexte et la culture locaux ne peut être qu'un atout tant pour nos collectivités que dans les relations avec les administrés. Les parlementaires ne cessent d'intervenir pour plaider en faveur de ce retour mérité dans nos territoires.

Le Gouvernement est-il prêt à instaurer une stratégie d'accompagnement renforcé des lauréats des concours nationaux et à garantir leur retour dans nos territoires pour l'exercice de leurs fonctions, en révisant clairement les modalités d'obtention du critère du CIMM – centre des intérêts matériels et moraux –, comme le préconisait le rapport d'Olivier Serva sur le retour des fonctionnaires ?

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Nous connaissons bien le problème des prix de consommation en outre-mer. Dans sa dernière enquête, qui date de 2015, l'INSEE a estimé que, selon les territoires, ils étaient 7 % à 12,5 % plus chers qu'en

métropole. Ce constat explique que les fonctionnaires de l'État affectés en outre-mer bénéficient d'une rémunération majorée, selon des coefficients différents en fonction des territoires. Je tiens néanmoins à préciser que cette majoration compense également les charges liées à l'éloignement de la métropole. Le coût de ces mesures s'élève à 159 millions d'euros : 67 millions d'euros sont liés à l'indexation pour la cherté de la vie, et 92 millions à la compensation de l'éloignement.

Que des ultramarins souhaitent revenir dans leur territoire d'origine est une bonne chose, mais il est également important d'assurer un minimum de mobilité : travailler dans différents endroits est source de richesse professionnelle. Par ailleurs, le *melting pot* entre fonctionnaires aux profils différents, qui viennent à la fois de l'hexagone et des territoires ultramarins, est salutaire pour la France.

Nous sommes bien évidemment prêts à regarder avec vous comment favoriser le retour dans leur territoire d'origine des Ultramarins qui le souhaitent. Le volet dédié à la formation est important, car le recrutement dans la fonction publique est fondé sur le grade et la fonction. Il existe de nombreux mécanismes de formation professionnelle, générale ou propre à la fonction publique territoriale. Faut-il aller plus loin, afin de mieux prendre en considération les spécificités ultramarines ? Avec votre concours, le Gouvernement peut regarder ce point de plus près.

**M. le président.** La parole est à Mme Jeanine Dubié.

**Mme Jeanine Dubié (LT).** Je saisis l'occasion qui m'est offerte avec ce débat pour appeler votre attention, monsieur le secrétaire d'État, sur la fragilité de la situation économique de Wallis-et-Futuna. Je me fais ici la porte-parole de notre collègue Sylvain Brial, qui est actuellement à Wallis, et à qui j'adresse toutes mes amitiés.

Les îles Wallis et Futuna ont été touchées tardivement par l'épidémie de covid-19. La situation sanitaire y est désormais stable, mais la quatrième phase du déconfinement vient d'y être prolongée par sécurité. Peut-être plus encore qu'ailleurs, la crise y a mis en lumière et accentué les fragilités économiques. Les entreprises font face à de réelles difficultés et la reprise se fait attendre.

Dans le récent collectif budgétaire, nous avons proposé la création d'un fonds dédié aux entreprises wallisiennes et futuniennes, mais notre amendement a été rejeté. Il nous faut donc trouver d'autres solutions, car la situation économique demeure préoccupante et nécessite le renforcement de notre stratégie à destination de ces îles.

Le Livre bleu des outre-mer propose des pistes qu'il nous paraît utile d'explorer. En matière de marchés publics, un accompagnement et des adaptations pourraient être apportées pour dynamiser les acteurs économiques locaux. En effet, aujourd'hui, les grands projets publics, comme la construction de lycées ou hôpitaux, ne retiennent pas les entreprises locales qui, au mieux, se retrouvent reléguées au rang de simples sous-traitants. Pourquoi ne pas adapter le droit des marchés publics aux territoires ultramarins en allant plus loin que la loi EROM, afin de faire bénéficier les TPE et PME locales de la commande publique ?

Enfin, cette réforme pourrait être associée à un renforcement des allègements fiscaux pour les entreprises effectuant des investissements à Wallis-et-Futuna. Une réponse pourrait être la création d'une zone franche à Futuna : quelle est la position du Gouvernement à ce sujet ?

Voilà, monsieur le secrétaire d'État, trois pistes à creuser : je ne doute pas de l'attention que vous leur porterez. Ce territoire, bien qu'étant le plus éloigné de la France métropolitaine – 16 000 kilomètres nous séparent – ne doit pas être oublié : les Wallisiens et Futuniens sont nos concitoyens.

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Je vous remercie d'appeler l'attention sur la situation très particulière des îles Wallis et Futuna, collectivités qui, bien que situées à l'autre extrémité du globe, ont subi comme les autres la crise de covid. Elles n'ont d'ailleurs pas été oubliées dans les mesures décidées par l'État pour soutenir le tissu économique.

À ce titre, je signale d'abord que les entreprises wallisiennes et futuniennes sont éligibles aux dispositifs d'aide exceptionnelle instaurés dès mars 2020, comme le fonds de solidarité, mais aussi le dispositif d'activité partielle, qui a été adapté aux spécificités locales et reconduit sous cette forme en 2021. Ainsi, le « quoi qu'il en coûte » s'applique évidemment aussi bien à Wallis-et-Futuna que dans l'hexagone – heureusement, d'ailleurs, puisqu'il s'agit, comme vous l'avez souligné, d'un territoire de la République. Les aides apportées par l'État ont été complétées par une action de l'assemblée territoriale, qui a instauré une aide forfaitaire de 1 000 euros en moyenne pour chaque entreprise fermée pendant le confinement de mars 2021.

L'État s'engage aussi aux côtés du territoire dans le cadre du plan France Relance et du Ségur de la santé, qui permettront notamment la réhabilitation complète de deux hôpitaux, pour un montant de 45 millions d'euros. Votre groupe était d'ailleurs intervenu de manière pressante sur ce sujet. Ce dossier, qui a eu des répercussions pour les malades, certains ayant dû être évacués vers la Nouvelle-Calédonie pour se faire soigner, était en attente : c'est bien la preuve que les crédits mobilisés dans le cadre de la relance permettent de faire aboutir rapidement des opérations dont tout le monde connaissait la nécessité depuis longtemps, mais qui n'étaient pas engagées faute de moyens.

Le plan France Relance permettra de financer d'autres chantiers importants dans les îles Wallis et Futuna, comme la construction du bâtiment de l'assemblée territoriale à Futuna ou encore la réhabilitation de lycées, grâce à un budget de 17 millions d'euros dégagé par le ministère des outre-mer. Cela permettra de faire travailler et prospérer les entreprises locales. Au total, les montants engagés pour le territoire dans le cadre de France Relance s'élèvent à plusieurs dizaines de millions d'euros.

Par ailleurs, j'entends votre demande de création d'une zone franche : j'en ferai part à Sébastien Lecornu, ministre des outre-mer. Vous me connaissez assez pour savoir que je n'ai jamais été un grand zélateur de ce genre de mécanismes, car je doute de leur efficacité. En effet, ils peuvent engendrer un effet d'aubaine et ne se traduisent pas toujours par un développement local très équilibré. Cependant, nous sommes bien évidemment prêts à entendre les autres propositions qui pourraient être formulées tant par votre groupe que par les parlementaires du territoire.

**M. le président.** Nous en venons à la question du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.

La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

**M. Jean-Paul Lecoq (GDR).** Je pose cette question au nom de mon collègue et ami Gabriel Serville.

L'accord de Guyane du 21 avril 2017 a rouvert les débats relatifs à l'évolution statutaire de la Guyane qui, après avoir fusionné son conseil général et son conseil régional, est aujourd'hui prête à passer à l'étape suivante vers plus d'autonomie.

Ainsi, le 14 janvier 2020, le congrès des élus de Guyane a adopté une résolution visant à saisir le Gouvernement pour enclencher le processus démocratique tendant à lui permettre de devenir une collectivité à statut particulier, *sui generis*, qui lui permettrait de sortir du carcan des articles 73 et 74 de la Constitution, tout en restant partie intégrante de la République. Or, dix-sept mois plus tard, force est de constater que le Gouvernement n'a toujours pas répondu à cette saisine, et les élus guyanais ne voient pas l'ombre d'une consultation populaire à l'horizon.

Par ailleurs, eu égard à la faiblesse de l'accompagnement en faveur de l'actuelle collectivité territoriale de Guyane (CTG), la question de l'accompagnement financier par l'État de cette future collectivité se pose déjà. En effet, avec 600 millions d'euros de budget, la CTG ne dispose même pas de la moitié des fonds dont jouit la collectivité de Corse, qui compte pourtant un nombre d'habitants similaire. C'est donc un budget pour le moins indigent quand on le compare, par exemple, aux 650 millions d'euros du budget primitif de la caisse d'allocations familiale de Guyane. En outre, une fois les charges de fonctionnement déduites, la collectivité dispose de moins de 180 millions d'euros d'investissement chaque année pour rattraper trente ans de retard dans le développement des infrastructures, alors que, dans le même temps, sa population a augmenté de 33 %.

La question de Gabriel Serville est donc double : où en est le processus d'évolution du statut de la Guyane vers celui de collectivité à statut particulier ? *Quid* de l'accompagnement financier de l'État, alors que le territoire est dans un état d'abandon total ?

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Le statut de la Guyane, spécifique et différent de celui des territoires de l'hexagone, est aujourd'hui régi par l'article 73 de la Constitution. Ce statut lui permet déjà d'instaurer de très nombreuses politiques publiques, et rien ne s'oppose à ce qu'elle aille plus loin encore dans l'exercice de certaines compétences. À ce titre, le projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dit projet de loi 4D, prévoit des mesures spécifiques à la Guyane, notamment en matière de foncier. D'autres mesures pourraient également voir le jour ultérieurement.

La crise sanitaire a interrompu les travaux qui devaient avoir lieu après le congrès des élus de Guyane de janvier 2020. Ils ont repris localement lors d'une session de travail qui s'est tenue le 14 avril dernier à la collectivité territoriale de Guyane. Il était important de mener à leur terme ces réflexions, afin d'affiner le projet souhaité par les Guyanais dans la perspective d'un nouveau congrès. Nous ne sommes pas fermés à des évolutions institutionnelles, qu'il conviendra de définir : la définition d'un statut *sui generis*, qui placerait la collectivité à mi-chemin entre les statuts prévus par les articles 73 et 74 de la Constitution, impliquera, le moment venu, des discussions plus approfondies. Comme vous le savez, il n'y aura pas de révision constitutionnelle avant la fin du quinquennat. Néanmoins, nous pourrions faire le point après le congrès : je vous laisse transmettre le message à votre collègue Gabriel Serville.

S'agissant du volet financier, je souligne que depuis 2017, l'État a instauré de nombreuses mesures de soutien à la collectivité territoriale de Guyane: transformation d'un prêt de 53 millions d'euros en subvention, aide au financement des collèges et lycées pour 9 millions d'euros, dotation exceptionnelle de 50 millions d'euros en 2017 et 2018 pour financer le RSA. La recentralisation de ce minimum social à compter de 2019 a d'ailleurs permis de soulager la collectivité de l'une de ses charges les plus lourdes. Les conditions financières sont donc avantageuses et proportionnées aux difficultés rencontrées au territoire.

Cependant, ces mesures n'ont pas suffi à régler définitivement les difficultés chroniques de la collectivité, dont on sait qu'elle souffre à la fois d'une faiblesse de ressources et d'un fort besoin de rénover ses procédures de gestion. C'est pourquoi, depuis 2019, le Gouvernement a souhaité sortir d'une gestion par à-coups, et lancé avec la Guyane la négociation d'un accord structurel: la collectivité devra s'engager à améliorer sa gestion, en échange de quoi l'État s'engagera pour sa part à l'accompagner financièrement dans la durée. Comme l'État et l'association Régions de France en ont convenu l'an dernier, cet effort de l'État pourrait être complété par une amplification de la péréquation entre les régions.

Enfin, l'État a signé avec la Guyane un accord de relance dans lequel chaque signataire s'engage à mobiliser 125 millions d'euros, dans un effort exceptionnel pour développer le territoire.

**M. le président.** La parole est à Mme Stéphanie Atger.

**Mme Stéphanie Atger (LaREM).** Nous le savons, les conséquences sanitaires et économiques de la crise de la covid-19 demeurent préoccupantes. Afin d'en contenir les effets induits, le Gouvernement a rapidement instauré des mesures de soutien jusqu'alors inédites, qui ont permis d'assurer la visibilité nécessaire à la relance de l'investissement public local, pour lequel un effort budgétaire historique a été consenti par l'État.

Nos collectivités ultramarines à statut particulier, si sensibles à la consommation, avaient en effet vu leurs ressources fiscales fortement réduites, qu'il s'agisse du produit de l'octroi de mer ou de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE). Ainsi, outre les mesures de compensation, l'État leur a permis d'étaler sur cinq ans leurs dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire, afin de leur garantir des recettes fiscales supérieures à celles perçues entre 2017 et 2019.

Comme l'ensemble de nos collectivités, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Nouvelle-Calédonie ont donc bénéficié de la solidarité nationale. Celle-ci a pleinement joué son rôle s'agissant de la collectivité du Pacifique: la Nouvelle-Calédonie a pu bénéficier d'un prêt de 240 millions d'euros intégralement garanti par l'État, consenti par l'Agence française de développement, de l'extension du dispositif du Gouvernement pour venir en aide aux très petites entreprises, et de la possibilité pour toutes les entreprises ou assimilées de solliciter un prêt garanti par l'État. Plus récemment, le projet de loi de finances rectificative pour 2021, qui poursuit actuellement son examen au Parlement, prévoit une aide exceptionnelle de 82 millions d'euros destinée à la Nouvelle-Calédonie, afin de couvrir les dépenses engagées par le dispositif de quatorzaine, redonnant ainsi des marges de manœuvre financières à la collectivité.

En complément, d'autres mesures sont-elles prévues afin d'accompagner plus encore ces territoires, dont les spécificités nécessitent une prise en charge particulière? Je pense notam-

ment au secteur du tourisme qui, bien que la situation sanitaire s'améliore, pâtira de l'impact de la saisonnalité et, nonobstant la levée partielle des motifs impérieux depuis le 9 juin, des conséquences des restrictions administratives de déplacement.

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Les collectivités à statut particulier et, plus généralement, les collectivités d'outre-mer, ont pu bénéficier des mécanismes instaurés par l'État en 2020 pour garantir les recettes locales.

Tout d'abord, les communes ont pu bénéficier du filet de sécurité sur les recettes fiscales. Cette garantie intègre bien entendu les recettes liées à l'octroi de mer qui, dans les départements et régions d'outre-mer – DROM –, représentent plus d'un tiers des recettes fiscales communales. À ce titre, et en raison d'une baisse de 9 % de l'octroi de mer en 2020, dix-sept communes des DROM ont ainsi reçu 3 millions d'euros.

Par ailleurs, nous avons institué des protections sur l'octroi de mer et la TICPE, dont le produit est perçu par les régions d'outre-mer: à ce titre, 35 millions d'euros ont été débloqués au profit de la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion. Un système analogue est prévu pour l'ensemble des recettes fiscales assimilables à ces deux taxes perçues par Saint-Pierre-et-Miquelon, les communes de Saint-Martin et Saint-Barthélemy, ainsi que les îles Wallis et Futuna. Nous ne disposons pas encore des résultats, mais ils vous seront bien entendu transmis dès qu'ils seront disponibles.

Certains mécanismes seront reconduits en 2021, notamment la garantie sur les recettes fiscales communales. Celle-ci sera complétée par l'indemnisation, prévue par le projet de loi de finances rectificative actuellement en débat au Parlement, de certaines régies publiques. Cette mesure pourra concerner les collectivités des DROM et les COM.

S'agissant de la fiscalité des régions et des collectivités à statut particulier, l'analyse de la situation des recettes sera faite au cours de l'année; le Gouvernement en tirera en fin d'année les éventuelles conséquences. Enfin, au-delà des aides fiscales, les lignes de crédit du plan de relance totalisent 1,5 milliard d'euros destiné aux territoires d'outre-mer. Quant au futur plan de reconquête du tourisme souhaité par le Président de la République, nous ne pouvons annoncer de mesures précises à ce stade, mais l'idée de miser sur le tourisme n'en est pas moins excellente. Des dispositions exceptionnelles seront prévues pour l'outre-mer, et vous pouvez compter sur moi pour relayer cette préoccupation.

**M. le président.** La parole est de nouveau à Mme Stéphanie Atger.

**Mme Stéphanie Atger (LaREM).** Monsieur le secrétaire d'État, j'aimerais à présent vous interroger au sujet de l'accompagnement financier à long terme qu'envisage le Gouvernement. La crise sanitaire a mis en évidence des fragilités structurelles: ainsi, lorsque le premier confinement a entraîné l'instauration de cours à distance, il est apparu que les établissements scolaires ultramarins possédaient moins de matériel numérique. À la fin du printemps, certaines écoles n'ont pas rouvert, les cours sur place ne reprenant qu'en septembre, alors que les populations scolaires atteignaient leurs capacités maximales. Certaines collectivités à statut particulier, comme la Guyane, comptent 30 % d'enseignants contractuels et peinent à faire reculer l'illettrisme. Le rapport d'information sur l'enseignement dans les départements d'outre-mer en dépression démographique, remis le 1<sup>er</sup> juin

à la délégation aux outre-mer de l'Assemblée, recommande d'inclure les académies ultramarines dans l'expérimentation nationale visant à développer des politiques territoriales adaptées à la diversité des besoins régionaux et locaux, mais aussi de leur octroyer des financements supplémentaires – afin de dédoubler toutes les classes de CP – cours préparatoire – et de CE1 – cours élémentaire – en zone d'éducation prioritaire et d'accroître le nombre des accompagnants d'élèves en situation de handicap (AESH), charge que les collectivités ne parviennent plus à assurer.

L'accompagnement financier différencié des collectivités à statut particulier doit également s'appliquer à d'autres domaines, comme le secteur sanitaire, qui présente dans ces territoires de nombreuses spécificités. La démographie de la Guyane ou de Mayotte est très différente de celle de l'hexagone, et même de celles de la Guadeloupe ou de la Martinique. Ces particularismes appellent un fort soutien de la part de l'État. Afin de renforcer les actions sanitaires, les agences régionales de santé (ARS) pourraient accompagner davantage, grâce à des effectifs accrus, le développement des contrats locaux de santé. Les critères d'affectation des ressources humaines et financières dans les collectivités d'outre-mer devraient ainsi faire l'objet d'une réflexion, afin de remédier au retard structurel de ces territoires.

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Vous appelez mon attention sur deux sujets : l'enseignement et la politique sanitaire. Ils ne relèvent pas précisément de mon ministère ; reste que le Gouvernement leur consacre des moyens très importants, au bénéfice des collectivités d'outre-mer comme de l'hexagone.

Commençons par l'enseignement. En 2017-2018, lors des assises des outre-mer, nos compatriotes ultramarins ont placé l'enseignement en tête de leurs préoccupations. Nous leur répondons par des actes. Le dédoublement des classes au sein des réseaux d'éducation prioritaire (REP), selon l'engagement pris par le Président de la République au début de son mandat, n'est pas loin d'être achevé : début 2020, il concernait 97 % des classes de CP en REP et en REP+, les réseaux d'éducation prioritaire renforcés, ainsi que 92 % des classes de CE1 en REP et 96 % en REP+. À la rentrée 2020, nous avons commencé à dédoubler les classes de maternelle : le budget de l'éducation nationale fournit en ce sens un effort de 216 millions d'euros, dont l'outre-mer bénéficie également. En outre, nous adaptons nos réponses aux besoins des territoires. En Guyane, par exemple, l'État déploie depuis la rentrée 2019 un dispositif de préprofessionnalisation : les étudiants inscrits en deuxième année de licence se voient proposer un contrat de trois ans qui leur permet d'entrer progressivement dans une carrière de professeur.

Concernant l'adaptation des politiques de santé, la stratégie nationale de santé 2018-2022 comporte un volet consacré aux territoires d'outre-mer, fixant des priorités soit générales, comme l'amélioration de l'état de santé des mères et des enfants ou encore la réduction du diabète, soit territorialisées – l'accès à l'eau potable et l'assainissement pour tous à Wallis-et-Futuna, à Mayotte l'amélioration de l'accès aux soins et la garantie d'une couverture vaccinale qui protège la population. Quant aux moyens des ARS, la dotation de l'agence de Wallis-et-Futuna, par exemple, est passée de 38 millions en 2017 à près de 48 millions en 2021, à quoi s'ajoutent les investissements massifs que j'ai signalés tout à l'heure.

**M. le président.** La parole est à M. Pacôme Rupin.

**M. Pacôme Rupin (LaREM).** Je profite de ce débat pour évoquer Paris, qui constitue depuis 2019 une collectivité à statut particulier, exerçant à la fois les compétences de la commune et celles du département. Bien qu'elle redistribue aux autres collectivités une part de sa richesse, en vertu de la solidarité des territoires, beaucoup lui envient ses moyens financiers et humains considérables : plus de 50 000 fonctionnaires, un budget qui dépasse les 9 milliards d'euros. Cependant, comme ailleurs, la crise sanitaire a entraîné une diminution des recettes, notamment des droits de mutation, et l'augmentation de certaines dépenses. D'après la mairie, la crise aurait en tout coûté aux finances de la ville environ 800 millions, soit à peu près 10 % de son budget annuel.

Il se trouve que l'État est très présent dans le territoire parisien, ne serait-ce que par l'intermédiaire de la préfecture de police ou encore de l'AP-HP (Assistance publique-Hôpitaux de Paris), il a donc été particulièrement sollicité à ce titre. En outre, il a versé des aides à Paris, comme à toutes les autres collectivités. J'aurais souhaité, monsieur le secrétaire d'État, que vous puissiez nous en dire davantage au sujet de ce soutien financier apporté par l'État, durant la crise, à la Ville de Paris.

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** S'agissant des conséquences de la crise sanitaire sur le budget de la Ville de Paris, la section de fonctionnement a enregistré en 2020 un déficit de 260 millions, c'est-à-dire une dégradation de 656 millions par rapport à l'exercice budgétaire précédent, qui s'était soldé par un excédent de 396 millions. Entre 2019 et 2020, les produits ont en effet baissé de 5,9 %, tandis que les charges augmentaient de 3,3 %.

Comme vous l'avez souligné, Paris est une collectivité à statut particulier qui cumule les compétences communales et départementales : elle entre donc dans le champ des garanties adoptées en vue de protéger les recettes des communes et celles des départements. Ainsi, le produit des droits de mutation à titre onéreux (DMTO) perçu en 2020 par la Ville de Paris étant inférieur à sa moyenne entre 2017 et 2019, elle bénéficiera en juillet d'une avance remboursable de 23 millions. En revanche, la somme de ses recettes fiscales et domaniales n'a pas été inférieure en 2020 à sa moyenne entre 2017 et 2019, ce qui la prive d'une compensation au titre du filet de sécurité ; au demeurant, elle ne sera pas la seule collectivité dans ce cas.

La ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, et le ministre délégué chargé des comptes publics, ont autorisé une nouvelle fois la ville à reprendre dans sa section de fonctionnement de l'excédent d'investissement budgétaire, à hauteur du montant des loyers capitalisés, soit près de 45 millions. Je rappelle par ailleurs qu'elle enregistre budgétairement les recettes de DMTO plus tard qu'elle ne les encaisse, de façon à se ménager une sorte de poire pour la soif : il s'agit tout de même là de 100 millions que la collectivité pourrait aussi bien titrer immédiatement, sans autre inconvénient, afin d'améliorer sa situation financière.

En outre, le plan de relance produit des effets majeurs ; 1,4 milliard a été alloué au territoire parisien, dont 887 millions de baisse des impôts de production, 237 millions de rénovation thermique des bâtiments de l'État, 236 millions d'actions du ministère de la culture. La ville a également reçu pour ses investissements 60 millions de dotations : 10,5 millions de DSIL (dotation de soutien à l'investissement local) classique et 14,2 millions au titre de

la relance, 10,1 millions de DSIL et de DSID (dotation de soutien à l'investissement des départements) en vue de la rénovation énergétique, etc.

Les perspectives pour 2021 paraissent meilleures, grâce au redressement de l'épargne brute – 382 millions dans le budget primitif adopté fin décembre par la ville. Bien entendu, nos échanges avec la mairie se poursuivent : dernièrement, à l'occasion de la présentation par la ville de sa programmation pluriannuelle des investissements, la maire a ainsi formulé des propositions que nous ne manquerons pas d'examiner.

**M. le président.** La parole est à M. Guillaume Vuilletet.

**M. Guillaume Vuilletet (LaREM).** Monsieur le secrétaire d'État, je souhaiterais vous interroger au sujet de la Nouvelle-Calédonie, dont chacun connaît le statut très particulier. Nous en avons suivi l'actualité récente : les représentants de l'essentiel des forces vives du territoire se sont rendus à Paris, à l'invitation du Premier ministre, afin de discuter de son avenir. Après plusieurs jours de discussion, loyalistes et indépendantistes se sont trouvés d'accord pour fixer au 12 décembre 2021 la tenue du troisième et dernier référendum d'autodétermination ; les Calédoniens décideront ainsi de rester ou non au sein de la République.

Il est donc utile de rappeler ce que représente concrètement cette dernière. Sa présence se manifeste tout d'abord par celle des 2 000 fonctionnaires qui structurent l'intervention publique. L'État soutient l'investissement privé, défiscalisé lorsqu'il s'opère dans les secteurs productifs : au total, plus de 1,5 milliard d'euros est investi chaque année dans ce territoire. Son partenariat avec les institutions calédoniennes englobe des actions au long cours dans le cadre de politiques de rééquilibrage, avec des taux d'intervention plus importants au profit de la province nord et de la province des îles Loyauté, ou encore la formation de cadres calédoniens. Cependant, la crise que nous venons de traverser a imposé à l'État comme à la puissance publique en général des modes d'action peu habituels, et qui le sont moins encore dans les collectivités à statut particulier, en raison de ce statut même. Monsieur le secrétaire d'État, ma question sera simple : dans le contexte de la crise sanitaire, pourriez-vous nous indiquer de quels dispositifs spécifiques aura bénéficié la Nouvelle-Calédonie ?

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Comme tous nos territoires, la Nouvelle-Calédonie a reçu le soutien sans faille de l'État afin de faire face aux conséquences financières de la crise. En 2020, l'Agence française de développement (AFD) lui a prêté 240 millions, de même qu'à la Polynésie française ; ce montant a été jugé quelque peu insuffisant, dans la mesure où le territoire assumait à la fois les mesures de soutien économique et l'organisation des quatorze jours d'isolement des voyageurs. Devant le volume exceptionnel de ces dépenses, et même si ces charges ne relevaient pas de la compétence de l'État, le Gouvernement a décidé d'un soutien complémentaire de 82 millions. Les crédits budgétaires correspondants sont inscrits dans le projet de loi de finances rectificative pour 2021, que l'Assemblée nationale vient d'adopter.

Au-delà de la crise, la relance mobilise également des moyens importants. Quinze subventions ont été versées aux communes en vue de la rénovation thermique de leurs bâtiments : elles représentent un total de 1,74 million, sur 3,15 millions que coûteront les travaux, soit un taux de subvention de 55 %, bien supérieur à ce que l'on observe en moyenne – ces dotations tournent plutôt autour de 25 %

ou 30 % du montant de l'investissement. S'y ajoutent évidemment les moyens classiques : la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR), dont bénéficient toutes les communes calédoniennes et qui s'élève cette année à 6,6 millions, ou encore le fonds européen d'investissement (FEI), au titre duquel le ministère des outre-mer aura versé 5,4 millions en 2020-2021.

Enfin, hors urgence et hors relance, l'État a versé 78,5 millions en 2020 dans le cadre des contrats de développement État-Nouvelle-Calédonie : il finance ainsi les projets des collectivités calédoniennes dans des domaines aussi variés que le logement social, les infrastructures de base, les équipements publics, la santé, la culture, la jeunesse, la formation professionnelle, le développement économique, le développement durable et la recherche.

**M. le président.** La parole est à Mme Lamia El Aaraje.

**Mme Lamia El Aaraje (SOC).** Ma question portera sur le statut particulier de la Ville de Paris, déjà évoqué tout à l'heure. Paris dispose d'un budget de 10 milliards d'euros par an, ce qui n'est pas rien. Pour discuter des conséquences de la crise sanitaire et économique que nous traversons, j'aurais d'ailleurs apprécié que la ministre concernée au premier chef, Mme Gourault, nous fasse l'honneur et le plaisir de sa présence – cela dit avec l'expression de toute ma sympathie, monsieur le secrétaire d'État.

Voilà plus d'un an que les collectivités territoriales se trouvent en première ligne pour affronter la crise : elles assument leurs responsabilités et agissent pour garantir à nos concitoyens la continuité de services publics de qualité. Face aux dégâts sociaux, économiques, humains subis par les Français, voilà plus d'un an qu'elles sont mobilisées. À Paris, ces dégâts sont flagrants : les secteurs de l'événementiel, de la culture et du tourisme, qui y font vivre plus de 200 000 personnes, se sont effondrés. Alors que la ville atteignait quasiment le plein emploi, en 2020, près de 40 000 emplois y ont disparu, le taux de chômage y a bondi de 15,7 % et le nombre de bénéficiaires du RSA de 14 %. La collectivité a toutefois élaboré de multiples dispositifs afin de soutenir les acteurs économiques, culturels, touristiques, associatifs, et en particulier les publics précaires.

C'est en cela que la Ville de Paris est un acteur de première ligne, indispensable et surtout responsable. Or cette situation a un coût, monsieur le secrétaire d'État, lié à la fois à la hausse des dépenses, nécessaire pour répondre à la crise, et à la baisse des recettes des collectivités, due aux réformes de la fiscalité locale que vous avez menées et à l'absence totale d'accompagnement de Paris pendant la crise – contrairement à ce que vous avez indiqué précédemment.

Près de 1 milliard d'euros : c'est le coût actuel que subit, seule, la Ville de Paris. Elle a consenti à des investissements de plus de 1,4 milliard d'euros pour relancer son économie, mais elle ne percevra des financements qu'à hauteur de 4 % de cette somme au titre de 2021 – oui, vous avez bien entendu : 4 % !

**M. Pacôme Rupin.** Eh oui !

**Mme Lamia El Aaraje.** Si votre Gouvernement a promis un plan de relance de 100 milliards d'euros, comment pouvez-vous ignorer le rôle décisif des collectivités dans l'investissement ? Comment pouvez-vous à ce point mépriser la Ville de Paris mais aussi d'autres grandes villes comme Lyon et Marseille ?

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Je voudrais d'abord vous dire une chose, madame la députée: le Gouvernement est représenté à ce banc par un secrétaire d'État. Je ne crois pas qu'une question, parce qu'elle concerne la Ville de Paris, devrait être traitée par la ministre de tutelle alors qu'une autre, parce qu'elle concerne une autre collectivité, devrait l'être par un secrétaire d'État plus rural comme moi. La remarque que vous avez faite est insupportable du point de vue de la démocratie et des représentations institutionnelles, que vous connaissez bien, compte tenu de vos fonctions précédentes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Au-delà de la réponse que j'ai faite tout à l'heure à Pacôme Rupin, sur laquelle je ne reviendrai pas, je constate qu'il existe bien une discussion à l'heure actuelle entre la Ville de Paris et le Gouvernement sur l'ensemble des sujets liés à la crise. Je vous avoue humblement que j'ignore dans quelle mesure les membres du conseil municipal de Paris sont associés à ce dialogue; sans doute ignorez-vous également le détail de certaines des négociations sur le territoire parisien. En tout état de cause, vous ne pouvez pas affirmer que la Ville de Paris a été le premier soutien à l'économie locale, dans la mesure où l'État a versé 3,3 milliards d'euros à Paris au titre du fonds de solidarité. Le premier soutien du monde économique a bien été l'État, c'est une réalité. Il est vrai que les recettes sont en diminution et que des critères de richesse entrent en compte dans l'ensemble des dispositifs que nous mettons en place, mais ce n'est pas de ma faute si certaines collectivités sont plus riches que d'autres!

**M. Pacôme Rupin.** Eh oui!

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Sans m'ingérer dans les finances de la Ville de Paris, qui est parfaitement autonome, je souligne que le taux de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) est fixé à 13 % à Paris alors qu'il s'élève à 38 % dans toutes les villes de plus de 100 000 habitants en France. Or une augmentation d'1 % de la TFPB permettrait de dégager un montant équivalent à deux fois le budget d'investissement de départements comme celui des Hautes-Alpes, où j'habite. C'est une simple remarque sur la différence de richesses entre certaines collectivités. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Lamia El Aaraje.

**Mme Lamia El Aaraje (SOC).** Je vous remercie de votre réponse, monsieur le secrétaire d'État, et prends bonne note du fait que les propositions formulées par l'exécutif de la Ville de Paris seront prises en compte par le Gouvernement début juillet, comme vous l'avez indiqué précédemment. Vous savez très bien que jusqu'à présent, votre Gouvernement a balayé ces propositions d'un revers de la main, faisant le choix de ne pas les retenir et de ne pas y donner suite. Ayez au moins l'honnêteté de tenir des propos sincères afin de ne pas induire en erreur ceux qui nous écoutent.

**M. Pacôme Rupin.** Cela vaut dans les deux sens!

**Mme Lamia El Aaraje (SOC).** Comme j'ai eu l'occasion de l'évoquer, les collectivités ont été des acteurs de première ligne sur lesquels vous vous êtes largement appuyés lorsqu'il s'est agi de gérer la crise sanitaire – ce dont vous n'avez pas été capables, dans un premier temps. Après quoi, vous l'avez souligné, le Gouvernement a mis en place des dispositifs d'accompagnement des acteurs économiques, ce que nous saluons.

Il me semble néanmoins qu'il s'est aussi appuyé sur les villes. La Ville de Paris, notamment, s'est mise en ordre de bataille très rapidement pour fournir gel hydroalcoolique, masques et protections individuelles, pour un montant total de 50 millions d'euros. Elle a également dû compenser, par des exonérations de loyer ou de redevance, le maintien d'activités, voire de certains services publics. Il me semble que cela aussi, vous oubliez de l'évoquer.

La Ville de Paris a aussi soutenu l'installation de vingt-quatre centres de vaccination, alors que la campagne du Gouvernement patinait. Lors de la dernière séance de questions au Gouvernement, M. Véran s'est targué d'avoir réussi la campagne de vaccination. Oui, on peut dire aujourd'hui que la campagne se déroule bien – ce que mon groupe a reconnu –, mais au bout de combien de temps et au prix de combien de morts?

Je souhaite aujourd'hui vous interpeller à ce sujet, monsieur le secrétaire d'État: permettez aux collectivités de continuer à faire face à la crise en prenant vos responsabilités et non en opposant les départements les uns aux autres ou les villes les unes aux autres. Il est vrai que certaines disposent de davantage de moyens que d'autres, mais Paris étant la capitale de la France, nous avons tout intérêt à ce qu'elle ne soit pas financièrement à genoux. En effet, l'impact économique de cette situation serait important non seulement pour la ville mais aussi plus globalement pour notre pays.

La baisse des recettes tarifaires pour le bloc communal s'établit aujourd'hui à 1,3 milliard d'euros, comme l'a constaté l'association France urbaine. Or les dispositifs de compensation de l'État pour les collectivités s'élèvent mollement à 200 millions d'euros dans le cadre du projet de loi de finances rectificative (PLFR). Le compte n'y est donc pas, monsieur le secrétaire d'État. Permettez-moi de vous rappeler que, lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2021 et du PLFR actuellement en discussion, les groupes socialistes du Sénat et de l'Assemblée vous ont proposé différentes solutions pour amortir le choc sur les finances des collectivités et de la Ville de Paris. Vous ne nous avez pas écoutés: vous avez balayé nos propositions sans même les avoir entendues. Je prends bonne note néanmoins du fait que vos leur donnerez un écho favorable au mois de juillet ou, au moins, que vous serez prêts à un échange sur ce sujet.

Alors que la représentation nationale examine le PLFR pour 2021, je vous remercie de nous assurer que les mécanismes de compensation des pertes de recettes pour les collectivités et de remboursement des avances effectuées par la Ville de Paris en lieu et place de l'État seront bien mis en œuvre, comme cela a été le cas au plus fort de la crise.

Je vous remercie de votre tolérance quant à la durée de mon intervention, monsieur le président.

**M. le président.** Je précise aux membres de la majorité, que j'ai vu s'agiter dès que Mme El Aaraje a pris la parole, qu'elle n'a bénéficié d'aucun traitement de faveur; M. le secrétaire d'État aura la possibilité de s'exprimer tout autant qu'elle. Je viens en effet d'apprendre que M. Véran, qui doit succéder à M. Giraud au banc, aura sans doute un peu de retard. Vous aviez également bénéficié, monsieur Rupin, de plus de temps que la durée impartie.

La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Je ne reviendrai pas sur la réponse que j'avais faite à Pacôme Rupin et que j'avais également apportée à votre première question, madame la députée, mais comment pouvez-vous dire que vos propositions sont toutes balayées? Je vais prendre l'exemple de la

taxe de séjour ; c'est un sujet que je connais très bien car c'est moi, en tant que rapporteur général du budget, qui ai fait en sorte que des établissements qui ne la payaient pas jusqu'alors y soient assujettis – ce dont le premier bénéficiaire a été la Ville de Paris. J'ai aussi veillé à ce que le montant des compensations soit calculé par rapport aux dernières références, les plus élevées, et tienne compte de l'apport complémentaire que je viens d'évoquer. Il me semble que, dans le cadre du PLF pour 2021, la perception de la taxe de séjour par la Ville de Paris est ainsi en hausse de 2,5 millions d'euros. Je connais donc le cas de Paris ; il fut d'ailleurs un temps où je recevais des courriers de remerciement de la part de la municipalité pour avoir agi en faveur de la ville. En fait, j'avais agi en faveur non de la ville mais de l'équité en matière d'hébergement, qui était souhaitée par la Ville de Paris.

Des subventions d'investissement à hauteur de 60 millions d'euros ont en outre été débloquées pour financer les projets présentés par Mme la maire Anne Hidalgo. Il est difficile dans ces conditions d'affirmer que les propositions ont été balayées – ou bien j'en perds mon latin !

Vous savez par ailleurs qu'il existe une différence entre les coûts liés à la vaccination, d'une part, et l'ensemble des frais relevant de la crise de la covid-19, d'autre part.

**Mme Lamia El Aaraje.** Qui n'ont pas été remboursés !

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Puis-je poursuivre ?

**M. le président.** Madame la députée, je vous prie de laisser M. le secrétaire d'État s'exprimer.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Vous semblez connaître quelques règles ; je les respecte, moi qui suis simplement né dans un bled de province de 2 000 habitants.

Vous savez que le ministère des solidarités et de la santé payera les surcoûts liés aux vaccinodromes. Le ministre l'a dit et l'a répété. Vous savez aussi que des échanges ont lieu actuellement entre la Ville de Paris et l'agence régionale de santé sur l'ensemble de ces questions.

**Mme Lamia El Aaraje.** On parle d'un milliard !

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** Je crois sincèrement qu'il ne faut pas faire passer la Ville de Paris pour la victime expiatoire d'une politique gouvernementale. C'est sur la base de critères objectifs que des compensations ont été mises en œuvre. On peut considérer que les critères retenus sont trop durs pour les villes les plus riches – c'est-à-dire celles qui ont perdu le moins d'argent, proportionnellement à leur richesse habituelle.

Toujours est-il que nous continuons à affiner le dispositif, comme vous le savez parfaitement. Un groupe de travail réunissant la Ville de Paris et le Gouvernement permettra que soient proposées des mesures compensatoires là où se posent visiblement des problèmes. C'est le cas à Paris, mais aussi dans certaines villes de la banlieue lyonnaise. Lorsqu'il y a un petit trou dans la raquette, nous essayons de le combler avec des mesures compensatoires ; c'est ce que nous sommes en train de faire et nous le faisons avec vous.

**M. le président.** Je précise, à l'intention des députés de la majorité qui sont très attentifs aux temps de parole, que M. le secrétaire d'État a lui aussi largement dépassé les deux minutes.

**M. Jean-Paul Lecoq.** C'est le cas depuis le début de la matinée !

**M. le président.** Mais après tout c'est un montagnard, comme moi ! M. Lecoq est le seul à s'être montré discipliné.

**M. Jean-Paul Lecoq.** Merci de le reconnaître, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Chapelier.

**Mme Annie Chapelier (UDI-I).** Nous vous interrogeons aujourd'hui, monsieur le secrétaire d'État, à l'initiative de nos collègues calédoniens au sein du groupe UDI et indépendants, sur l'accompagnement financier par l'État des collectivités à statut particulier – des collectivités aussi diverses que la métropole de Lyon, la Guyane, la Corse, Mayotte, la Ville de Paris ou la Nouvelle-Calédonie, dont il faut reconnaître qu'elles ont peu de points communs. En effet, la définition de ce statut est très particulière – d'où son nom – et se construit par défaut : les collectivités à statut particulier sont des collectivités territoriales ne relevant pas des trois catégories que sont les communes, les départements et les régions, sans pour autant être des collectivités d'outre-mer régies par l'article 74 de la Constitution.

Au-delà de la complexité des différents statuts et compétences associées, diverses et multiples, ces collectivités ne partagent pas la même sociologie territoriale et semblent, à première vue, ne pas faire face aux mêmes besoins et problématiques. Cela rend leur statut commun tout à fait indéfinissable. D'où ma première interrogation, monsieur le secrétaire d'État : comment peut-on donner de la lisibilité et de la cohérence à un groupe de collectivités aussi discordant qui s'est construit au fur et à mesure des différentes lois territoriales ? Je m'interroge sur la possibilité de mise en œuvre de l'accompagnement financier – sujet principal de ce débat – et sur sa qualité, face à un groupe aussi divers. Les disparités entre ces territoires sont telles que je doute même de la pertinence du concept de collectivité à statut particulier et sur les critères qui le définissent.

Le maillage des collectivités françaises et l'administration qui l'accompagne ne semblent pas permettre une lecture éclairée de notre organisation et encore moins, de ce fait, des financements de l'État qui y sont associés. Alors que plusieurs de mes collègues travaillent sur une simplification des démarches et de l'administration en France, en réponse à une demande très forte de la population française qui souhaite depuis des années une plus grande lisibilité, faut-il maintenir des statuts spécifiques comme celui des collectivités à statut particulier ? L'État réfléchit-il à une simplification des statuts et à une réorganisation des différents types de collectivités par le biais, pourquoi pas, d'une modification constitutionnelle ?

**M. le président.** La parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Joël Giraud, secrétaire d'État.** La France rassemble des collectivités dites de droit commun – certaines relevant du principe d'identité législative aux termes de l'article 73 de la Constitution et d'autres du principe de spécialité au titre de l'article 74 –, auxquelles il faut ajouter la Nouvelle-Calédonie, qui bénéficie d'un titre spécifique dans la Constitution, et sept collectivités à statut particulier, statut reconnu dans la Constitution, et qui se distinguent par la singularité de leur organisation institutionnelle et des compétences qui leur sont attribuées. Il s'agit de la Guyane et de la Martinique, dont le conseil régional et le conseil général respectifs ont fusionné, de Mayotte, qui n'a pas de conseil régional, de la collectivité de Corse, de la métropole de Lyon, de la Ville de Paris et enfin de la nouvelle collectivité européenne d'Alsace.

J'admets que cette diversité peut être source de complexité, mais elle me semble correspondre à l'idée que nous nous efforçons de défendre, avec Jacqueline Gourault : celle d'une République unitaire au sein de laquelle l'organisation

des collectivités peut être différenciée, afin de s'adapter à l'identité des territoires. Vous reconnaîtrez en effet que ces différents territoires ont des identités bien différentes, y compris sur le plan culturel. Certains territoires d'outre-mer, comme l'île de la Réunion, n'ont jamais souhaité avoir de statut particulier au motif de leur attachement à la République. Sur la question du statut, priment des questions de tradition, de projets et de culture.

La volonté de simplifier pour simplifier ne me paraît pas pertinente alors qu'élus et habitants des collectivités aspirent aujourd'hui à exercer plus librement leurs compétences sans le faire exactement comme ceux de la collectivité d'à côté. La catégorie des collectivités à statut particulier permet, dans un nombre de cas finalement limité et correspondant à des réalités singulières, de pousser la logique au point que l'organisation même peut être modifiée pour tenir compte d'une situation particulière.

À mon sens, l'immense majorité des collectivités françaises n'ont pas vocation à aller jusque-là, notamment grâce au projet de loi dit 4D – déconcentration, décentralisation, différenciation, décomplexification –, qui leur apportera déjà de la souplesse. En faisant un peu de droit européen comparé, on peut constater que certains de nos voisins – qui ne sont pas des États fédéraux – sont organisés en tenant compte des particularismes culturels et identitaires des différentes régions qui les composent : je pense à l'Italie où le Val d'Aoste partiellement francophone et le Sud-Tyrol germanophone ne sont pas dotés des mêmes compétences. Je crois que, de la même façon, la diversité des différents territoires de France doit trouver sa place au sein de l'unité de la République.

**M. le président.** Cette première séance de questions est terminée.

2

## ORGANISATION ET FINANCEMENTS DE L'HÔPITAL

**M. le président.** L'ordre du jour appelle les questions sur le thème : « L'hôpital : quelle organisation, quels financements ? »

Je vous rappelle que la conférence des présidents a fixé à deux minutes la durée maximale de chaque question et de chaque réponse.

La parole est à Mme Jeanine Dubié.

**Mme Jeanine Dubié (LT).** Depuis 2018, les quatre parlementaires des Hautes-Pyrénées, les maires de Tarbes et de Lourdes, respectivement président du conseil de surveillance de l'hôpital de Tarbes et de Lourdes, ainsi que le président du conseil départemental, sont unanimes quant à la nécessité de faire aboutir le projet d'un hôpital commun Tarbes-Lourdes, qui n'a que trop tardé. En effet, construire cet hôpital commun est déterminant pour pérenniser l'offre hospitalière publique de court séjour sur l'ensemble du département des Hautes-Pyrénées.

En octobre 2020, à la suite des deux présentations de ce projet d'investissement devant le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), vous confirmiez aux élus du département l'opportunité, et la nécessité, de réaliser le projet, ainsi que l'éligibilité de ce dossier à une aide nationale. Compte tenu de la situation budgétaire actuelle des deux centres

hospitaliers, il est en effet essentiel que l'État apporte une contribution financière d'au moins 50 % afin de rendre réalisable cette opération dont le coût est évalué à 210 millions d'euros et d'en assurer la soutenabilité financière à terme.

En janvier dernier, lors d'une visite officielle des membres du Gouvernement à Tarbes, vous vous étiez engagé à nous donner une réponse sur ce dossier dans les dix jours. Début février, quand j'ai interrogé le Gouvernement à ce sujet lors d'une séance de questions orales sans débat, il m'a été répondu qu'aucune décision officielle n'avait encore été prise. Le 1<sup>er</sup> juin, vous avez répondu à une question d'actualité posée par Joël Aviragnet en lui indiquant que vous auriez de bonnes nouvelles à annoncer cet été pour le groupe hospitalier de Tarbes-Lourdes. Comme vous l'aviez alors souligné, ces villes attendent un investissement hospitalier depuis des années – durant lesquelles la communauté hospitalière a travaillé d'arrache-pied sur ce projet. Le Gouvernement a-t-il enfin pris une décision définitive concernant la construction de l'hôpital commun de Tarbes-Lourdes sur le site de Lanne ? Le cas échéant, qu'en est-il ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre des solidarités et de la santé.

**M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé.** Je vous confirme qu'une annonce sera faite prochainement au sujet du projet hospitalier – important pour le territoire – que vous évoquez. Je rappelle que ce projet, auquel la région – c'est-à-dire l'ARS – a donné la priorité, avait passé la première étape du COPERMO lorsque la crise sanitaire est survenue. Depuis, nous avons supprimé le COPERMO pour le remplacer par le Conseil national de l'investissement en santé (CNIS), un conseil scientifique indépendant qui procède à des évaluations afin de déterminer le projet le plus adapté à ce site. Les financements ont été sanctuarisés mais il faut poursuivre les discussions entre médecins, soignants et ingénieurs pour décrire le nouvel hôpital avant de conclure le contrat portant sur sa construction.

Un accompagnement a été mis en place, qui va se concentrer essentiellement sur la sécurisation de la stratégie médicale, mais permettra également d'aider les acteurs concernés à trouver les voies garantissant la soutenabilité de la nouvelle structure. Je précise que, compte tenu de la situation financière très dégradée des deux hôpitaux actuels de Tarbes et de Lourdes, ce projet sera accompagné financièrement.

Si je ne peux pas faire d'annonce puisque nous sommes entrés dans la période de réserve précédant les élections, je peux néanmoins vous dire que, dans les tout prochains mois, une bonne nouvelle confirmera la construction sur un site unique d'un bel hôpital qui fera consensus, qui sera soutenu financièrement et qui constitue un projet prioritaire pour le territoire, je l'ai dit, mais aussi pour mon ministère.

**M. le président.** Les Béarnais vont être jaloux, monsieur le ministre !

La parole est à Mme Jeanine Dubié, pour sa seconde question.

**Mme Jeanine Dubié (LT).** Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse à ma première question.

La crise sanitaire a jeté une lumière crue sur les défaillances de notre système de santé, qui sont le résultat d'une politique inadaptée depuis bien longtemps – au moins quarante ans. Cette souffrance de l'hôpital public, les Français en ont désormais bien conscience et c'est à ces voix citoyennes que les hospitaliers font maintenant appel pour obtenir

une réforme en profondeur du système hospitalier. En effet, après les grèves et les manifestations, les collectifs Inter-Urgences et Inter-Hôpitaux, par l'intermédiaire de l'association Notre hôpital, c'est vous!, s'emparent désormais de l'outil constitutionnel pour faire entendre leurs revendications. Ils ont récemment dévoilé leur intention de lancer un référendum d'initiative partagée (RIP) en faveur d'une loi pour que l'égalité d'accès aux soins de qualité soit le fondement de la politique de santé pour l'hôpital public – une initiative que je soutiens, aux côtés de nombreux autres parlementaires.

Les périodes de crise préfigurent souvent de grandes réformes pour l'avenir, et celle de la covid-19 nous conduit indéniablement à nous interroger sur une réforme en profondeur de l'hôpital public. Certes, à l'issue du Ségur de la santé, vous avez annoncé de nécessaires revalorisations salariales, et la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a confirmé la reprise d'un tiers de la dette hospitalière par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour redonner à l'hôpital public des marges financières nécessaires à l'investissement du quotidien, mais cela ne règle pas la question du manque de personnel ou celle de la suppression des lits, dénoncés depuis des années.

La tarification à l'activité (T2A) instaurée en 2008, ainsi que les mesures d'économies budgétaires votées chaque année dans le cadre de la LFSS sont largement responsables de la détérioration de la situation financière de l'hôpital public. Malheureusement, l'utilisation du tarif journalier comme outil de régulation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) encourage aussi les hôpitaux dans cette voie. Les tarifs hospitaliers constamment revus à la baisse sont progressivement décorrélés de leur coût réel, ce qui place les hôpitaux dans des situations financières de plus en plus critiques. Monsieur le ministre, à quand un débat structurant pour préfigurer une large réforme du mode de financement de l'hôpital public et sortir enfin du concept de l'hôpital-entreprise ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Je pourrais vous faire une réponse en une heure, madame la députée, mais nous n'avons malheureusement pas le temps. Vous l'avez dit, nous augmentons les salaires des soignants à l'hôpital – de 9 milliards d'euros –, nous rendons les carrières plus attractives, et nous ne faisons pas que reprendre un tiers de la dette, puisque nous mettons également en place un plan d'investissement massif de 19 milliards d'euros qui permettra, entre autres, la construction de ce fameux hôpital Tarbes-Lourdes.

On est en train de construire des hôpitaux, de les moderniser, de les rénover et d'en modifier la gouvernance. Ce dernier point, constituant un autre pilier du Ségur, a été pris en compte dans le cadre de la proposition de loi de Stéphanie Rist, qui est dans l'hémicycle et que je salue. La réforme mise en œuvre permet de recréer les services et de raffermir la cohésion au sein des établissements, de changer les modalités de représentation des personnels en redonnant notamment du sens au travail des soignants, ce qui compte beaucoup.

Pour ce qui est de la réforme du financement, nous avons pour objectif de sortir du « tout T2A » – ce que nous avons d'ailleurs commencé à faire. La part de financement à la qualité des soins a augmenté, une part de financement affectée à la responsabilité populationnelle a été introduite par votre vote et est actuellement mise en place –, et nous

avons maintenu une petite part de financement à l'activité afin de garder du dynamisme dans le fonctionnement de certains types de services.

Par ailleurs, cette année va être celle de l'entrée en vigueur de la réforme importante du financement de la psychiatrie, ainsi que de celle du financement des soins de suite et de réadaptation. Nous travaillons aussi à rénover le mode de financement des soins critiques, des services de réanimation et de médecine d'urgence. L'hôpital est vraiment en train de bouger, et je ne pense pas que nous ayons besoin d'un référendum d'initiative populaire pour qu'il continue à se transformer comme il ne l'avait jamais fait depuis des années, voire des décennies. Nous avons l'intention de continuer afin de faire de l'hôpital un bel outil au service du public.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Bruneel.

**M. Alain Bruneel (GDR).** Avec ma question, je n'ai pas l'intention de rouvrir le débat sur la stratégie hospitalière, sur laquelle nous avons les uns et les autres des conceptions différentes. Je commencerai par faire un constat avant de vous demander de m'éclairer sur certains points.

Vous le savez, l'hôpital public a été en première ligne durant la crise sanitaire. Les soignants ont fait preuve d'un dévouement exemplaire, d'intelligence, de dynamisme et d'une grande capacité de s'adapter à tout. Cependant, la gestion de la pénurie à ses limites et, depuis plusieurs mois, les personnels hospitaliers réclament des moyens en lits et en effectifs. Les accords du Ségur de la santé signés en 2020 n'ont pas satisfait toutes les attentes, notamment en ce qui concerne la réouverture de lits. Si vous avez rouvert 40 000 lits à la demande...

**M. Olivier Véran, ministre.** Non, 4 000 !

**M. Alain Bruneel.** Effectivement, 40 000, ce serait trop beau ! Si vous avez rouvert 4 000 lits à la demande, donc, vous en avez fermé 7 600 pendant la même période, ce qui pose question, tout comme le fait qu'après l'annonce de 15 000 embauches, faite dans le cadre du Ségur, 28 postes de praticiens hospitaliers sont actuellement vacants. L'hôpital public a besoin d'un choc d'attractivité plus que d'une réorganisation qui n'est souvent que le prétexte à une fusion des moyens conduisant à la fermeture de services.

Monsieur le ministre, avez-vous prévu des moyens permettant d'augmenter le nombre de lits et les effectifs ? Allez-vous faire en sorte de garantir un maillage plus fin du territoire, afin que chaque Français puisse accéder à un hôpital en moins de trente minutes ? Allez-vous développer l'implantation de centres de santé pour lutter contre la désertification médicale et la nécessité de médicaliser les EHPAD ? Cela fait beaucoup de questions, je le reconnais, mais je vous remercie de m'éclairer au moins sur quelques-unes...

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Effectivement, je vais peut-être devoir piocher dans vos questions, monsieur le député...

Pour ce qui est des lits à la demande, j'avais demandé qu'on puisse ouvrir 4 000 lits en un an, et je peux vous dire qu'il en a été ouvert 2 856 au cours de l'hiver dernier – on n'avait pas eu un bilan positif depuis des années, je le rappelle – au profit de 249 hôpitaux. J'ajoute que 50 millions d'euros seront consacrés chaque année à l'ouverture de lits supplémentaires aux moments où la tension sanitaire le justifiera.

Je vous confirme également notre objectif de recruter 15 000 personnels supplémentaires. À bientôt un an du Ségur, je consulte l'ensemble des fédérations et des collègues

des établissements de santé, tous secteurs confondus, qui m'indiquent que s'il y a encore des tensions très fortes, on constate aussi un mouvement de recrutement dans nos hôpitaux, ce dont on ne peut que se féliciter : nous allons donc poursuivre notre action en ce sens.

Je le répète, la donne a changé. Si 7 000 lits ont été fermés, ce n'est pas au cours des dernières années, mais durant les deux dernières décennies que cela s'est fait, en raison des changements de pratiques, du développement de l'ambulatory et des logiques comptables et économiques. Nous avons maintenant un ONDAM, un budget de la sécurité sociale et un budget des soins qui n'avaient pas été aussi élevés depuis bien longtemps.

Le recrutement prendra du temps car il faut former des médecins et des infirmières – pour cela, on rénove les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Nous souhaitons ouvrir un grand nombre de centres de santé – un objectif chiffré a été défini –, des structures auxquelles je crois beaucoup, et en faveur desquelles je suis très mobilisé, comme le sont les collectivités ; de même, le nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles est en train d'augmenter sensiblement. Nous travaillons sur l'organisation territoriale des soins entre la ville et l'hôpital, avec notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ainsi que sur la gouvernance des EHPAD, car on a pu constater que les EHPAD dotés d'une bonne gouvernance médicalisée ont été plus forts pendant la crise sanitaire.

Le monde de la santé est en train de changer très vite et très profondément, monsieur le député. Il faudra encore du temps pour que tout soit consolidé et visible, mais notre intention – que je sais partagée – est de continuer sur la même voie sans revenir en arrière.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

**M. Jean-Paul Lecoq (GDR).** Ma question porte sur le besoin de financement de l'hôpital public. La crise sanitaire a agi comme un révélateur et, après plusieurs budgets de la sécurité sociale placés sous le signe de l'austérité budgétaire pour nos hôpitaux, le Gouvernement a été rattrapé par la réalité : le sous-financement du service public hospitalier, dénoncé depuis de nombreuses années par les organisations syndicales et les collectifs de soignants, n'était plus tenable. Si des moyens financiers ont été dégagés dans le cadre du Ségur de la santé en faveur des soignants et des structures hospitalières, il est désormais nécessaire de poursuivre l'effort accompli – que nous reconnaissons – pour assurer un financement renforcé et pérenne de notre système de santé, rompant avec le modèle actuel.

Notre première proposition consiste à en finir avec les enveloppes fermées, définies annuellement dans le cadre de l'ONDAM et qui ont montré leurs limites. Finançons plutôt le système de santé par une allocation de moyens en fonction d'objectifs sanitaires arbitrés en concertation avec les usagers, les syndicats et les soignants.

Deuxième proposition : supprimons définitivement la tarification à l'activité, qui entraîne les hôpitaux dans une course à l'activité pour couvrir leurs coûts de fonctionnement et remplaçons-la par des dotations populationnelles, qui tiennent compte des besoins de santé de la population dans chaque territoire.

Ces mesures pourraient être financées par l'affectation de nouvelles ressources, en limitant par exemple les dispositifs d'exonération de cotisations fiscales – je pense notamment au

crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) qui grève de 22 milliards d'euros le budget de la branche maladie, sans effets significatifs sur l'emploi.

Ma question sera donc simple : quelle est la position du Gouvernement sur ces propositions ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Nous serions avant la signature des accords du Ségur de la santé, je vous répondrais qu'il faudrait en effet dégager des marges de manœuvre financières supplémentaires. Mais, je le redis – la répétition est nécessaire dans ce type de débats –, 19 milliards d'euros d'investissement et de reprise de la dette hospitalière, c'est inédit et équivaut aux deux plans hôpitaux votés au cours des quinze dernières années par la gauche et par la droite, majorés de 50 % – et cela en une seule fois !

**M. Jean-Paul Lecoq.** Je n'ai voté aucun des deux plans que vous citez !

**M. Olivier Véran, ministre.** C'est dommage, monsieur le député. J'ai cru comprendre que la gauche avait parfois du mal à s'unir : je l'ai subi et je le constate encore aujourd'hui.

Pour en revenir au sujet qui nous intéresse, ce plan d'investissement est massif. Je sillonne d'ailleurs la France depuis quelques semaines pour annoncer que tel ou tel hôpital sera modernisé ou reconstruit : il s'agit d'un moment important dans la vie des hôpitaux. Deux à trois projets hospitaliers sont ainsi lancés chaque semaine, dont des projets d'envergure comme à Lyon, à Nantes ou encore à Nancy. Le cas de Nancy est emblématique : les moyens alloués au regroupement des sites hospitaliers risquaient de laisser la nouvelle structure dans une situation de tension financière ; de plus, la fermeture de lits ainsi que la réduction des effectifs étaient prévues. Eh bien, nous avons décidé d'accorder plus de moyens à cet hôpital et non seulement d'annuler les fermetures de lits et la suppression de postes mais aussi d'ouvrir des lits de soins de suite et de réadaptation (SSR). Vous imaginez que lorsqu'on se rend sur place pour faire de telles annonces, elles sont bien accueillies.

Autre exemple, celui de l'hôpital de Brignoles dont les urgences, rénovées lorsque Marisol Touraine était ministre de la santé, sont flambant neuves ; sauf que le bâtiment qui se trouve derrière est totalement vétuste et que les équipes surmotivées qui y exercent se plaignent de devoir travailler au sein d'une telle structure : elles ont raison et nous disposons désormais de l'argent nécessaire pour les aider et rénover leur outil de travail.

L'enveloppe destinée aux investissements du quotidien et laissée à la main des équipes soignantes pour leur permettre d'acheter du matériel ou d'assurer un meilleur confort aux soignants comme aux patients, est passée de 150 millions d'euros par an à 650 millions – rendez-vous compte ! Cela change profondément la donne : la question n'est plus celle des moyens – qui sont assurés par un ONDAM très élevé –, mais de savoir comment accélérer de l'intérieur la transformation de l'hôpital, en matière de gouvernance notamment.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Sarles.

**Mme Nathalie Sarles (LaREM).** Mes questions se focalisent sur deux types de services hospitaliers. La première concerne les infirmiers qui interviennent en service de réanimation et dont j'ai reçu des représentants il y a quelques jours dans ma permanence, où ils sont venus dans un esprit constructif.

Le Gouvernement a fait beaucoup pour l'hôpital, dernièrement, ainsi que pour son personnel – je tiens à vous en remercier –, à travers les accords du Ségur, les mesures exceptionnelles dans le cadre de la crise sanitaire ou encore le rachat de la dette des hôpitaux. Cependant, plus les annonces sont nombreuses, plus il y a de frustrations, bien souvent légitimes, même si, j'y insiste, il convient de saluer l'action menée.

La crise de la covid-19 a mis en lumière les services de réanimation : pour faire face à l'afflux de patients, de nombreux infirmiers ont dû être affectés à des postes sans avoir bénéficié d'une formation spécifique suffisante, non seulement parce que nous étions dans l'urgence, mais parce que, tout simplement, une telle formation n'existe pas.

Pourtant, ces professionnels accomplissent des actes particulièrement techniques sur des cas lourds : manipulation de toxiques, intubation, dialyse... autant de gestes qui requièrent compétence et dextérité et nécessitent une surveillance toute particulière. Il est donc nécessaire de créer une formation pour les personnels paramédicaux en réanimation afin, d'une part, de certifier et de reconnaître leurs compétences et, d'autre part, de susciter des vocations et de les fidéliser dans ces services qui subissent un roulement important.

La durée de formation d'un infirmier en pratique avancée (IPA) ou en diplôme de master universitaire est cependant trop longue pour convenir dans ce cas. Il nous appartient donc d'innover pour prendre en considération la spécificité des missions de ces personnels. Ils ont élaboré des pistes de réflexion, telles que l'instauration de formations courtes, de quelques mois, à l'université avec des périodes de stages ou une validation des acquis de l'expérience (VAE). Comment le Gouvernement entend-il répondre à leurs besoins en la matière ? Disposez-vous de pistes pour les mois à venir ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** De très nombreux soignants, qui ne sont pas du tout experts en soins intensifs, soins critiques ou de réanimation, sont en effet venus prêter main-forte à leurs collègues pendant les vagues épidémiques – et c'est heureux. Les hôpitaux ont déployé à leur intention des formations pratiques – par le moyen de simulations, de cours en ligne (MOOC) ou de stages : par exemple, comment retourner en décubitus ventral des patients qui sont en syndrome de détresse respiratoire aiguë ou encore comment pratiquer des soins de canule sur des patients trachéotomisés. Cela illustre une appétence des soignants pour la polyvalence et la transversalité. Nous voulons nous appuyer sur ce retour d'expérience – ce qu'on appelle le *retex* – pour maintenir des renforts dans la durée, si cela s'avérait nécessaire.

Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) rendra prochainement ses conclusions sur le fonctionnement général des soins critiques et de réanimation : combien d'unités sont-elles nécessaires, quelles doivent être les modalités, combien faut-il de soignants ? À l'heure actuelle, nous disposons de 2 000 infirmières spécialisées dans les services de réanimation, soit, je crois, une infirmière pour deux lits et demi ; l'objectif serait de parvenir à une infirmière pour deux lits. J'attends les conclusions du rapport de l'IGAS ; il est évident que nous tirerons les enseignements de la crise pour consolider les services de réanimation. Il faudra aussi en modifier le système de financement : on entend trop souvent dire que le service de réanimation fait perdre de l'argent à l'hôpital, ce qui n'a pas de sens. Il nous faut conforter ces structures et nous le ferons.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Sarles, pour poser une deuxième question.

**Mme Nathalie Sarles (LaREM).** Elle porte sur les services de sécurité incendie dans les centres hospitaliers et sur la reconnaissance que les agents demandent – là encore, ma question fait suite à un rendez-vous que j'ai eu dans ma circonscription.

Il n'existe pas de métiers de la sécurité au sein de la fonction publique hospitalière. Pourtant, ces agents sont bien au cœur du fonctionnement des hôpitaux : présents vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept, ils effectuent à la fois des missions de sécurité incendie et des missions de sûreté. En plus de cette double casquette, d'autres tâches s'ajoutent aux fonctions de ces agents de terrain qui sont, je le répète, présents en permanence dans les locaux des hôpitaux ; ces dernières se font d'ailleurs bien souvent au détriment du temps consacré à leurs missions essentielles.

Bien que complémentaires, leurs missions de sûreté et de sécurité incendie exigent des diplômes et des compétences différents. Même si elles se justifient, les mutualisations de missions sont réalisées sans contrôle et sans reconnaissance de la double compétence des agents. Cette absence de reconnaissance statutaire entraîne une disparité des grades, des conditions de travail, des missions et des qualifications.

C'est pourquoi un comité national de la sécurité incendie hospitalière a été créé, afin de demander une reconnaissance des responsabilités de ces agents, de leurs compétences et de leur formation. Ce comité sollicite notamment l'élaboration de fiches métiers pour les agents de sécurité hospitaliers et pour les agents des services de sécurité incendie et d'assistance à personnes (SSIAP). Pour l'heure, quelques hôpitaux ont entrepris des changements pour faire droit à cette volonté de reconnaissance, comme c'est le cas à Nice, Orléans, Rennes, Lille ou encore Grenoble.

Je souhaite donc savoir si le Gouvernement envisage d'harmoniser le recours à ces agents et de permettre l'émergence d'un métier de la sécurité dans la fonction publique hospitalière, en déterminant à l'échelle nationale les missions qui leur sont demandées et les qualifications requises.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Les agents de la sécurité incendie et les agents de prévention et de sécurité des personnes et des biens relèvent du corps des personnels ouvriers régi par un décret du 12 décembre 2016 portant statut particulier des personnels de la filière ouvrière et technique de la catégorie C de la fonction publique hospitalière. Ils occupent évidemment une place reconnue dans le bon fonctionnement des établissements ; leurs missions de participation au dispositif de sécurité et d'incendie sont expressément prévues à l'article 7 de ce décret et le niveau de diplôme dont ils sont titulaires correspond aux emplois de la catégorie C.

Les formations aux services de sécurité incendie et d'assistance à personnes sont encadrées par un arrêté relatif aux missions, à l'emploi et à la qualification du personnel permanent des services de sécurité incendie des établissements recevant du public et des immeubles de grande hauteur – je lis ma fiche parce que le sujet est très technique. Cet arrêté relevant du ministère de l'intérieur, je n'ai pas la compétence ministérielle pour le modifier.

En revanche, les agents qui exercent dans le cadre de l'hôpital au titre de la catégorie C de la fonction publique, bénéficient pleinement des mesures d'attractivité du Ségur. Ils bénéficient ainsi d'une reconnaissance de leurs missions,

au moyen d'une nouvelle bonification indiciaire (NBI) de dix points majorés et l'accord du 13 juillet relatif au Ségur de la santé leur octroie le complément de traitement indiciaire de 183 euros nets par mois accordé aux personnels des hôpitaux et des EHPAD. Ils n'ont donc pas été oubliés dans le grand mouvement du Ségur hospitalier.

**M. le président.** La parole est à Mme Stéphanie Rist.

**Mme Stéphanie Rist (La REM).** Nous avons été élus il y a très exactement quatre ans. Depuis, conformément à l'engagement du Président de la République, nous avons pris un ensemble de mesures relatives au financement de l'hôpital : je pense à l'arrêt du « tout financement à l'activité » – la fameuse T2A –, mais aussi au financement forfaitaire de certaines maladies chroniques, au financement des hôpitaux labellisés de proximité, des services d'urgences, des établissements psychiatriques et de soins de suite et de rééducation. Depuis quatre ans nous investissons de façon massive en faveur des établissements de santé et médico-sociaux : pas moins de 19 milliards d'euros ont été votés dans le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale pour reprendre une partie de la dette des hôpitaux et investir dans leur modernisation.

Mais, aujourd'hui, la donne a changé : il nous faut envisager une véritable révolution copernicienne, convergente avec les métiers de la santé, en instaurant un système de financement reposant davantage sur la qualité et la pertinence des soins que sur la multiplication des actes. En effet, après la crise sanitaire majeure que nous venons de vivre, les personnels hospitaliers nous disent – je l'entends, comme vous, remonter de tous les territoires – qu'ils ne souhaitent pas un retour au monde d'avant, à la logique comptable, au fameux COPERMO ou à la primauté de l'économie sur la médecine. Nous devons donc répondre à cette forte demande et réfléchir au sens à donner au système de santé, sans avoir peur de nous interroger sur ses principes.

Faut-il, par exemple, sanctuariser l'enveloppe des hôpitaux publics pour préserver leur fonctionnement et leurs équipes alors que chaque année des professionnels médicaux et non médicaux quittent l'hôpital pour le secteur libéral et que la crise du covid contribue à l'accélération de ce processus ? Devons-nous harmoniser le mode d'emploi et de rémunération des professionnels ? Car réformer le financement des structures n'a de sens que si la réforme s'applique aux professionnels eux-mêmes. Quelles sont les perspectives d'évolution du financement des hôpitaux et, plus globalement, du système de santé, qui permettront de redonner du sens aux missions des soignants ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Je tiens avant tout à vous remercier de nouveau pour votre contribution fondamentale à l'évolution du monde hospitalier : vous avez laissé une empreinte dans le fonctionnement des hôpitaux pour les années et les décennies à venir, grâce à la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, que vous avez défendue et qui a été définitivement adoptée en avril dernier.

Pour répondre à vos interrogations, nous nous efforçons d'intensifier le financement à la qualité, en développant une batterie d'une dizaine d'indicateurs supplémentaires. On ne va pas se mentir, nous avons pris du retard et les raisons en sont compréhensibles : il aurait été compliqué de demander aux ARS, aux administrations centrales et aux hôpitaux de se mettre autour de la table pour travailler pendant des heures

sur des indicateurs de qualité dans le cadre d'un financement durable de l'hôpital, alors que les services d'urgence étaient débordés et que les services de réanimation se remplissaient.

Nous reprenons désormais cet objectif d'amplifier le financement à la qualité, voté en 2015 dans le cadre du PLFSS et appliqué progressivement depuis 2019 à travers l'incitation financière pour l'amélioration de la qualité (IFAQ) ; nous continuerons de le faire.

Il convient d'évoquer également la réforme du modèle de financement des activités de psychiatrie, de soins de suite et de médecine d'urgence par l'introduction d'un financement populationnel : nous passons ainsi d'une logique du tout à l'activité à la notion de responsabilité territoriale avec des dotations socles importantes, tout en conservant une part de tarification à l'activité pour maintenir le dynamisme des équipes. Nous expérimenterons également le financement populationnel en médecine, à compter de l'année 2022 et nous garantirons le maintien d'une offre de soins de proximité par la redéfinition du rôle et du modèle de financement des hôpitaux de proximité : Marisol Touraine avait commencé à le faire, nous poursuivons cette initiative qui remporte un franc succès et l'amplifions.

Enfin, pour ce qui concerne vos questions relatives aux professionnels de santé – vous faites le lien entre la qualité et la nature des acteurs et des organisations –, je crois pouvoir affirmer que les professionnels hospitaliers se sont emparés de l'enjeu de la qualité ; nous continuerons à les accompagner. L'année prochaine devrait être, de ce point de vue, une année phare.

**M. le président.** La parole est à Mme Géraldine Bannier.

**Mme Géraldine Bannier (Dem).** À l'approche de l'été, des mouvements se font entendre ici et là dénonçant des fermetures de lits qui dépasseraient très largement les chiffres des dernières années. Par exemple, en Mayenne, a circulé le chiffre de 200 fermetures qui, en plus de concerner la chirurgie, affecteraient aussi la cardiologie et la psychiatrie. Nous le savons, la pandémie a imposé des déprogrammations afin de donner la priorité à la prise en charge des patients en réanimation en raison de la covid-19, et l'on peut comprendre l'inquiétude des Français – surtout ceux dont les interventions ont dû être différées –, à l'annonce de tels chiffres.

La fermeture de lits en psychiatrie est également une source d'interrogations, alors que les difficultés psychiques – les situations de détresse des jeunes, notamment – se sont accrues. Chacun comprend bien que les soignants, très sollicités par la crise, ont besoin de prendre un repos annuel et habituel absolument mérité et nécessaire. Vous avez rappelé il y a quelques jours qu'ils étaient des héros ; or ces héros ont besoin d'un repos bien mérité. Pouvez-vous nous rassurer quant au caractère absolument non exceptionnel de ces fermetures liées aux congés des personnels ? Comment les besoins des patients seront-ils couverts pendant les deux prochains mois ?

Au-delà de cette interrogation saisonnière, je souhaite revenir sur le gel de la réduction de 230 lits initialement envisagée dans le nouvel hôpital de Nantes. Il a finalement été annoncé que 192 lits seraient préservés. Pouvez-vous le confirmer ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** La fermeture estivale à laquelle vous faites référence est exceptionnelle et doit permettre aux soignants de prendre des congés – le directeur général de l'ARS s'est exprimé hier à ce sujet. La rotation du personnel

ayant été forte, il faut que les soignants puissent souffler, dans une période où l'activité hospitalière est moins dense. Nous serons attentifs à l'évolution du niveau d'activité, mais il est important que les soignants prennent du repos après quinze mois éprouvants, maintenant que la situation sanitaire le permet. Ces fermetures de lits sont donc temporaires et concertées.

Concernant l'hôpital de Nantes, je vous confirme que 192 lits seront préservés dans le cadre d'un projet médical lié au vieillissement de la population et à la démographie de l'agglomération nantaise. Ce projet est centré sur le CHU pour le moment, mais sa dimension territoriale doit être consolidée pour mieux intégrer les acteurs de la prise en charge des personnes âgées et le virage domiciliaire. Le financement du CHU de Nantes par l'État a été porté à 400 millions d'euros, grâce à un abondement de 175 millions d'euros en sus de l'accompagnement initialement prévu ; 175 millions d'euros de plus, c'est ça, le Ségur !

**M. le président.** La parole est à M. Joël Aviragnet.

**M. Joël Aviragnet (SOC).** La crise sanitaire que traverse le pays depuis plus d'un an a révélé la résilience, le courage et le dévouement du personnel hospitalier. Cependant, les personnels des hôpitaux sont épuisés. Alors que la France entière les applaudissait tous les soirs lors du premier confinement, ils se sentent aujourd'hui oubliés et déconsidérés. Que sont devenus ces « premiers de cordée », eux qui furent des piliers inébranlables quand le pays était au bord du précipice ? Vous les avez oubliés. Les maigres hausses de salaires que vous avez bien voulu leur consentir ne les satisfont pas, et les financements accordés à l'occasion de la crise sanitaire n'ont servi qu'à répondre à l'urgence. L'hôpital et, plus généralement, le système de santé et ses personnels ont besoin de financements pérennes. L'hôpital public mérite un grand plan d'investissement. Il n'a pas besoin de belles promesses, mais de lits en nombre suffisant pour répondre aux besoins, et de personnels rémunérés à la juste valeur de leur travail.

De plus, la non-compensation par l'État du déficit occasionné par la baisse des cotisations sociales en 2018 était motivée par l'apurement prévisible de la dette sociale en 2021 et par l'équilibre des comptes. La dette s'étant reconstituée du fait de la crise sanitaire, il faut de nouveau procéder à une compensation. Comme le disait Pierre Mendès France : « Gouverner, c'est choisir. » Monsieur le ministre, faites le choix de la santé des Français. Faites le choix d'investir dans l'hôpital public et d'offrir des conditions de vie décentes aux personnels de santé. Comment comptez-vous répondre durablement aux problèmes qu'a rencontrés le système de santé durant la crise sanitaire ? Entendez-vous répondre aux exigences salariales des professionnels de santé, parfois en grève depuis plusieurs mois, et qui se nomment eux-mêmes les « oubliés du Ségur » ?

Enfin, monsieur le ministre, je vous saurais gré de ne pas évoquer l'ancien gouvernement – vous faisiez alors partie de la majorité. Les Français ne sont pas sots ; ils savent bien que ce qui n'a pas pu être fait à l'époque avait quelques raisons – vous les connaissez aussi bien que moi. Je vous saurais donc gré – et les Français également – de ne pas l'évoquer.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Pardon de le dire, monsieur le député, mais vos derniers propos sont emblématiques de ce qui est devenue l'opposition socialiste dans l'hémicycle, particulièrement au sujet de la santé. Au fil des ans, depuis le début de la législature, nous avons fait évoluer le budget de la santé de 1,6 %, 1,7 %, 2,2 % et 2,3 %. Qu'en était-il lors de la précédente législature ?

**M. Joël Aviragnet.** Vous ne pouvez pas dire cela !

**M. Olivier Véran, ministre.** J'y étais, et je l'affirme : à l'époque, nous n'avons pas augmenté le budget de la santé.

**M. Joël Aviragnet.** D'accord, mais il y avait la dette !

**M. Olivier Véran, ministre.** Nous ne l'avons pas fait : nous n'avons pas aidé l'hôpital pendant cinq ans.

**M. Joël Aviragnet.** Il n'y avait pas d'argent !

**M. Olivier Véran, ministre.** C'était un choix budgétaire. Aujourd'hui, nous faisons le choix d'accorder 19 milliards d'euros à l'hôpital : cela nous démarque du quinquennat précédent, où rien de tel n'a été fait. Plutôt que de nous féliciter de donner de l'argent à l'hôpital, et plutôt que de vous engager à travailler à nos côtés pour aller plus loin, vous déclarez que l'hôpital a besoin d'un plan d'investissement digne de ce nom. Alors que les salaires hospitaliers n'ont pas augmenté pendant cinq ans, durant le quinquennat précédent, nous les augmentons de 9 milliards d'euros par an – mais plutôt que de nous dire : « C'est bien, et voyons comment nous pouvons encore améliorer certaines situations », vous affirmez qu'il est grand temps de s'occuper du salaire des soignants...

**M. Joël Aviragnet.** Eh oui !

**M. Olivier Véran, ministre.** Je me permets de vous le dire, puisque vous revenez systématiquement à la charge : la crédibilité, en politique, c'est aussi être capable de reconnaître ce qu'on n'a pas fait soi-même, qu'on aurait bien aimé faire, et de se réjouir quand d'autres le font. Si j'étais un député de l'opposition, je n'aurais aucune difficulté – bien au contraire – à voter une disposition défendue par la majorité, quand elle va dans le bon sens. Je ne prendrais pas la parole dans l'hémicycle pour reprocher aux autres de ne rien faire – en demandant, de surcroît, de ne pas rappeler que nous n'avions rien fait auparavant ! Jamais autant d'argent n'a été investi dans l'hôpital et dans les salaires des soignants : réjouissons-nous-en, passons à l'étape suivante et travaillons ensemble, en bonne intelligence. Je ne comprends pas votre attitude. J'ai été député socialiste, et je ne comprends pas pourquoi vous ne vous réjouissez pas de notre plan pour l'hôpital, et pourquoi vous ne le soutenez pas par vos interventions et par votre vote. Quand je vais dans les hôpitaux, je constate d'ailleurs qu'il emporte l'assentiment des représentants de Force ouvrière (FO), de l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) et de la Confédération française démocratique du travail (CFDT) – je les ai encore reçus avant-hier et le Ségur de la santé fait l'objet d'une communication favorable de leur part.

**M. le président.** La parole est à Mme Lamia El Aaraje.

**Mme Lamia El Aaraje (SOC).** La crise que nous traversons a mis à nu la corde sur laquelle d'aucuns ont tiré sur le plan sanitaire pendant de nombreuses années – je reconnais, monsieur le ministre, que des rendez-vous ont été manqués en la matière par le passé. Le constat est clairement partagé : le système de santé était déjà à bout et la crise a vaincu ses dernières résistances. Partant de ce constat, vous avez lancé le Ségur de la santé. Je vous ai entendu vous réjouir des mesures qui en sont sorties, dont certaines sont effectivement positives. J'ignore si l'assentiment des soignants est aussi unanime, total et absolu que vous le dites, mais il est vrai que des choses ont avancé.

J'en viens à mes questions. Pourriez-vous m'éclairer sur l'application au personnel hospitalier de la réforme de la fonction publique, dite réforme Montchalin ? Jusqu'à présent, ce personnel était resté à l'écart des procédures de

référencement et de labellisation introduites pour les ministères et les collectivités territoriales, en raison, semble-t-il, de l'existence d'un système dit de soins gratuits, prévu par l'article 44 de la loi du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière. Il s'agit de prestations en nature dispensées dans l'établissement où travaille le professionnel de santé – c'est la première difficulté –, et qui s'appliquent au seul agent, sans couvrir ses ayants droit – c'est la seconde difficulté. Or ce dispositif ne fonctionne pas : nous pouvons unanimement reconnaître qu'il n'est que très peu utilisé voire pratiquement pas. Non seulement peu d'établissements l'appliquent, mais encore les agents ne peuvent en bénéficier que dans leur propre établissement. À titre d'exemple, une personne qui travaille dans un établissement de psychiatrie ne peut recevoir de soins dits gratuits que dans ledit établissement, ce qui réduit le champ des soins auquel elle a accès. C'est une difficulté notable.

Par ailleurs, le calendrier d'application de la réforme Montchalain me paraît trop progressif, puisque le personnel hospitalier ne sera concerné qu'à l'horizon de 2026 ; c'est dommage. Ce délai tient au dispositif précité qui, pourtant, ne fonctionne pas. Ne pourrait-on pas accélérer le calendrier, d'autant plus qu'aucun montant de participation de l'employeur n'a été annoncé ?

Rappelons enfin que 22 % des agents de la fonction publique hospitalière renoncent à des soins. Qu'est-il prévu en la matière ? Il serait d'ailleurs de bon augure de lancer une enquête sur la santé des soignants.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Permettez-moi tout d'abord de vous souhaiter la bienvenue dans l'hémicycle, madame la députée. Sachez que les enquêtes sur le renoncement des soignants aux soins pour raisons financières sont – comme c'est le cas du reste des Français – antérieures à l'instauration du reste à charge zéro, le 100 % santé. Cela explique que ces renoncements portent essentiellement sur les appareils auditifs, optiques et dentaires. L'entrée en vigueur du reste à charge zéro pour ces trois postes réduit considérablement les freins d'accès aux soins : cela va véritablement changer la donne.

Par ailleurs, les retours du terrain et les échanges que j'ai eus avec les partenaires sociaux concernant les soins gratuits m'autorisent à dire que le dispositif fonctionne. Les établissements n'y mettent aucun frein, et les soignants y recourent : si vous travaillez dans un hôpital, vous pouvez vous y faire soigner gratuitement, sans avancer aucun frais. Cela n'empêche pas les soignants de s'adresser parfois à la médecine de ville ou à d'autres établissements que le leur. En revanche, le système, tel qu'il a été conçu dans les années 1980, ne prévoit pas que les soignants puissent être soignés gratuitement dans tous les établissements hospitaliers. Par souci de simplicité et de facilité, et pour tenir compte du rythme de travail particulier des soignants, le principe est en effet de leur offrir des soins gratuits là où ils exercent. Pour avoir reçu tous les partenaires sociaux à plusieurs reprises, je peux vous assurer qu'ils ne demandent pas une extension du dispositif, même au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Quant à l'instauration d'une complémentaire santé à compter de 2026, cette revendication ne provient pas initialement des partenaires sociaux et des syndicats hospitaliers, mais d'autres syndicats de la fonction publique. J'en ai discuté avec Amélie de Montchalain, et nous avons considéré que dans un souci de cohérence, le dispositif devait être étendu, y compris à la fonction publique hospitalière, à

compter de 2026. Nous ne freinons donc pas l'accès des hospitaliers à des droits nouveaux ; au contraire, nous leur ouvrons un droit qu'ils n'ont pas sollicité, et qui fait même débat pour certains d'entre eux. Laissez-moi vous dire ma conception de l'extension de la protection santé des Français, qu'ils soient soignants ou non : nous avons vocation à renforcer l'assurance maladie plutôt que la couverture complémentaire – c'est un autre débat, sur lequel nous pourrions certainement nous retrouver.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Chapelier.

**Mme Annie Chapelier (Agir ens).** Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité a, en réalité, encouragé les établissements à privilégier – sinon à multiplier – les examens et les soins les plus rentables, au détriment de disciplines moins cotées et de l'accompagnement des patients. En ce sens, la T2A va à l'encontre des principes d'amélioration et de simplification des parcours de soins des Français, qui la motivaient initialement.

Lancé au printemps 2020, le Ségur de la santé s'est fixé comme objectif de réduire la part de la T2A en la portant en deçà de 50 % à l'horizon de 2022, en diversifiant notamment les modalités de financement de l'hôpital. Dans cette perspective, le Gouvernement a proposé d'expérimenter, sur cinq ans, un financement mixte composé d'une dotation reposant sur des caractéristiques populationnelles, d'un paiement à l'activité et à l'acte, et d'un financement à la qualité pour les activités hospitalières de médecine. L'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 prévoit que les établissements de santé volontaires, et qui en font la demande, pourront bénéficier de ce dispositif. Un décret en Conseil d'État doit préciser avant le 31 décembre 2021 les modalités d'application de cette expérimentation : conditions d'entrée dans le dispositif, modalités de financement possibles, modalités d'évaluation... La question du financement de l'hôpital étant aussi urgente que technique, pourriez-vous me dire où en est la rédaction de ce décret et à quelle date il sera publié ? Quels sont le nombre et la nature des établissements de santé volontaires ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a effectivement introduit la possibilité, pour les établissements qui le souhaitent, de voir leur activité de médecine financée pour partie par une dotation socle venant limiter la part des recettes à l'activité – c'est l'objectif que nous poursuivons. Cette mesure devait entrer en vigueur dès 2021, pour une durée de cinq ans. La garantie de financement que j'ai prolongée jusqu'à fin décembre 2021, en vertu de laquelle la baisse d'activité des établissements n'entraîne pas une diminution de leur budget, a rendu l'intérêt de l'expérimentation très faible, voire quasi nul pour l'année 2021, puisqu'elle sécurise les recettes des établissements davantage que ne le prévoyait la loi. Dans un souci de simplification pour les agences et les établissements, mais aussi de sécurisation du financement des hôpitaux, il a été décidé de reporter l'application du dispositif à 2022. Le décret d'application sera donc publié fin 2021 ; vous connaîtrez alors la liste des établissements concernés et les modalités de l'expérimentation.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Chapelier pour poser sa seconde question.

**Mme Annie Chapelier (Agir ens).** L'une des deux grandes missions des ARS est le pilotage de la politique de santé publique en région, comprenant l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

Cette mission a été brutalement mise en lumière par la crise de la covid-19 : alors que les ARS auraient dû élaborer des dispositifs pour y répondre, ne l'ont pas anticipée, de l'avis général, n'ont rien préparé et n'ont pas su gérer l'urgence. Le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), qu'ont présenté Jean-Carles Grelier et Agnès Firmin Le Bodo, a révélé l'existence d'une double chaîne de commandement, composée d'une part d'une cellule de veille sanitaire pilotée par Santé publique France, et d'autre part d'une cellule *ad hoc*. Un tel fonctionnement suscite moult questions, pour ne pas dire une totale incompréhension.

Cependant, lors de cette crise, il a bien fallu soigner les milliers de personnes qui, chaque jour, étaient contaminées par le virus et affluaient dans les services. Les ARS, pour de multiples raisons sur lesquelles il convient de s'interroger, n'ont pas su apporter solutions et réactions dans des délais brefs ; ce sont les professionnels de santé qui ont dû prendre les choses en main et faire face à la crise par eux-mêmes. On l'a vu notamment avec les hôpitaux qui se sont organisés de façon beaucoup plus flexible qu'à l'accoutumée, en s'affranchissant dans une certaine mesure de l'autorité administrative des ARS. C'est cette adaptabilité, conjuguée à l'abnégation de nos professionnels de santé, qui nous ont permis de tenir au plus fort de la crise, surtout dans les régions les plus touchées lors de la première vague. Fort de ce constat, on peut se poser de nombreuses questions.

Aussi, en tirant les leçons de la crise, quels sont les modèles d'organisation, au niveau hospitalier, que les ARS retiennent pour être en mesure de mobiliser au plus vite le système de santé lors d'une prochaine crise dont, par essence, nous ignorons la nature ? Les professionnels ont fait des propositions, notamment celle de créer des modèles de services de pointe éphémères avec environnement modulable et personnels formés en accéléré. Cette option fait-elle partie de celles envisagées, non seulement pour la réanimation dont on a beaucoup parlé, mais pour d'autres services tels que la pédiatrie ou la néphrologie, ou encore pour tout autre service spécialisé qui pourrait être sollicité par une nouvelle pandémie ? Surtout, est-ce toujours aux ARS de répondre à ces questions et de mettre en place ces organisations ? Ne faudrait-il pas alléger les missions des ARS et donner davantage d'autonomie aux hôpitaux en matière de politique de santé publique, s'agissant en particulier de l'anticipation, de la préparation et de la gestion des crises sanitaires ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Vous dites que les ARS étant composées de « technos », les hospitaliers ont dû se débrouiller seuls : je ne partage pas du tout ces propos et ce n'est pas du tout ce que me disent les personnels hospitaliers. Il ne faut pas opposer l'administration et les soignants. On a eu besoin de tout le monde pendant la crise, et tout le monde a fait preuve d'une réactivité hors norme. Les agents des ARS ne sont pas moins valeureux que d'autres. Au contraire, depuis le début de la crise ils ont changé leur métier, transformé leurs missions, amplifié leurs horaires. Ils se sont déployés partout. Ils ont simplifié, rendu plus souple tout ce qu'ils pouvaient. C'est grâce aux agents des ARS que 600 000 à 700 000 Français se font vacciner chaque jour ; c'est grâce à eux que les hôpitaux ont pu doubler le nombre de lits de réanimation ; c'est grâce à eux qu'on a pu disposer des matériels de protection, des médicaments, et qu'on a pu gérer, au sein des très vastes nouvelles régions, des organisations sanitaires en lien avec la ville et l'hôpital, et le médico-social.

Je retiens de cette crise que les ARS ont eu un rôle indispensable. Il faut les conforter à l'échelle départementale, il faut renforcer la proximité, resserrer le lien avec les collectivités, améliorer les cadres de gouvernance entre le sanitaire et le médico-social – autant d'éléments mentionnés dans les retours d'expérience des commissions indépendantes *ad hoc* qui nous ont rendu des conclusions intéressantes. Il faut rapprocher sans doute les cellules interrégionales (CIR) de Santé publique France des agences régionales de santé.

La coordination avec les préfets s'est très bien passée. Lors d'une audition par la MECSS, un préfet a lui-même déclaré : « Heureusement que ce ne sont pas les préfets qui étaient chargés de la gestion de la crise sanitaire mais les ARS, et que nous étions à leur côté. » Ne tombons pas dans la caricature selon laquelle l'administration est forcément une mauvaise chose ou qu'elle n'est pas capable de répondre aux besoins. Tout le monde s'est retroussé les manches, tout le monde s'est bougé partout, nuit et jour et sans relâche. C'est cet effort collectif que je retiens. Vous avez raison, il faut évidemment tirer les conclusions pour conforter ce qui doit l'être, et le travail réalisé par la MECSS a été de qualité. Les agents des ARS ou de l'assurance maladie suivent nos débats ; ils sont plutôt fiers de ce qu'ils ont fait depuis quinze mois et je le suis aussi pour eux.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer.

**Mme Nicole Sanquer (UDI-I).** L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est le principal indicateur de régulation des dépenses en santé depuis des années. Nous considérons que cet indicateur révèle un certain nombre d'effets pervers car il laisse croire que sa progression serait le seul témoignage de l'amélioration de la prise en charge et que sa dégradation serait à coup sûr la traduction d'une prise en charge affaiblie.

La principale critique que nous pourrions formuler à l'endroit de l'ONDAM c'est qu'il occulte totalement la prise en compte des spécificités territoriales. Pour pallier ce problème, le groupe UDI-I propose l'instauration d'un ORDAM, un objectif régional des dépenses d'assurance maladie, allant de pair avec la décentralisation au niveau régional de la compétence santé. Une telle mesure permettrait d'assurer une gestion des dépenses de santé au plus près de nos concitoyens, amoindrirait l'ampleur de la tâche administrative, en particulier dans nos hôpitaux, et garantirait une gestion plus efficiente des soins.

À l'aune de l'examen du projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dit projet de loi 4D, au Sénat, quel est l'avis du Gouvernement sur la perspective d'une décentralisation de la compétence santé auprès des régions ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Je suis très défavorable à la décentralisation de la gestion du risque et des politiques de santé pour les confier à des collectivités territoriales et cela pour plusieurs raisons. Premièrement, elles ne le demandent pas, sauf très rares exceptions. Deuxièmement, elles ne sont pas outillées pour pouvoir assumer la compétence santé. Troisièmement, je constate à travers la crise sanitaire que les pays les plus décentralisés ont été en grande difficulté au moment de prendre des décisions. Ce fut le cas de l'Allemagne ou de l'Espagne. Ainsi Mme la chancelière Merkel a dû à chaque fois réunir les présidents des Länder pour prendre la moindre décision de gestion sanitaire à l'échelle du pays. En Allemagne, certaines régions autorisent tel vaccin pour les moins de 50 ans, tandis que d'autres ne le font pas,

ce qui rend trouble la situation alors même que les institutions de ce pays sont conçues pour gérer les problèmes de santé à l'échelle régionale.

Par contre, je suis très favorable à ce qu'on confie davantage de fonctions de santé publique, de prévention, d'organisation générale du bien-être aux collectivités, quel que soit l'échelon, la métropole ou l'intercommunalité n'étant pas un mauvais échelon pour cela, c'est-à-dire qu'il ne devrait pas y avoir de plan local d'urbanisme intercommunal sans volet sanitaire, par exemple sur la santé environnementale. Aujourd'hui, la santé n'est pas décentralisée mais déconcentrée à travers les ARS. Comme je l'ai dit tout à l'heure, il faut renforcer la prégnance territoriale à l'échelon départemental, les liens avec les collectivités, et c'est ce que nous avons fait avec le Ségur de la santé avec l'investissement hospitalier. Tous les investissements inférieurs à 150 millions d'euros sont décidés localement et non plus nationalement. Nous poursuivons la déconcentration en donnant davantage d'enveloppes à la main des agences pour discuter avec les élus et voir ce qui peut être financé en matière de centres de santé, de maisons de santé, de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), de services d'accès aux soins (SAS). C'est cela l'avenir. Mais je vous garantis que le retour d'expérience de la crise montre que personne ne demande aujourd'hui la décentralisation de la santé.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour une seconde question.

**Mme Nicole Sanquer (UDI-I).** Nous ne pouvons que nous étonner de la part du travail administratif et de son coût dans le coût total du fonctionnement de l'hôpital public.

**M. Olivier Véran, ministre.** C'est vrai !

**Mme Nicole Sanquer.** Selon une étude de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 33,7 % de l'ensemble du personnel hospitalier occupent d'autres fonctions que médicales ou paramédicales. C'est un record en Europe : c'est plus qu'en Allemagne et qu'en Italie – 25 % –, c'est plus qu'en Espagne – 24 %. Un tel coût des tâches administratives serait légitime si cela permettait d'améliorer la prise en charge des patients. Mais force est de constater que ce n'est pas le cas. D'ailleurs, l'Allemagne avait cinq fois plus de lits de réanimation que nous avant la crise. La durée de séjour des patients à l'hôpital est plus courte chez nous que chez nos voisins allemands. Précisons encore que nous dépensons moins pour les équipements et que nos salaires sont moins élevés qu'outre-Rhin.

Notre bureaucratie entrave notre capacité à améliorer la prise en charge des patients. Il n'est pas question pour nous de remettre en cause le travail de ces hommes et de ces femmes. Le problème, c'est le mode de fonctionnement, l'ampleur des normes que notre système impose aux hôpitaux. Aussi, quelle est l'action du Gouvernement pour réduire la part des tâches administratives dans la prise en charge du patient ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Ici, je suis d'accord avec vous. Trop de tâches administratives sont confiées à des gens qui ont d'autres compétences et d'autres missions que celles-là. Cela dit, pour contrôler et évaluer notamment la qualité des soins – tout à l'heure, on parlait d'indicateurs de qualité –, il faut bien entrer dans des dispositifs informatiques des données permettant de faire évoluer la qualité des soins. Il ne faut donc pas tout jeter mais il faut, certes, simplifier. D'ailleurs, plus on simplifiera les modalités de financement – la T2A occasionne beaucoup de complexité administrative –, plus on réduira la part de l'administration. Vous avez

voté, dans le cadre du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, des mesures qui portaient sur les modalités de facturation qui coûtaient des emplois administratifs. Je veux moins d'emplois administratifs dans les hôpitaux et davantage de postes de soignants. J'en veux pour preuve ce bel exemple, à Nancy où, je crois, 145 postes administratifs ont été supprimés tandis que 130 ou 140 postes de soignants ont été créés. Cette bascule est permise précisément parce qu'on simplifie les choses. J'étais même prêt à sortir les hôpitaux du code des marchés publics pour leur permettre d'être encore plus autonomes et d'aller plus vite. Mais c'est impossible, et le droit européen est très clair sur ce point.

Avec le Ségur de la santé, on rend une partie du code de la santé publique non opposable, notamment ce qui relève des organisations. On peut recréer des services, on peut voter pour son chef de service, on peut organiser les équipes d'une façon ou d'une autre. On va vraiment dans le sens de la simplification et de la sanctuarisation de ce temps administratif.

Le numérique nous aide beaucoup dans la santé, et on en a besoin. Reste que le temps passé par les médecins ou les infirmières, à l'hôpital, derrière un écran est de plus en plus important, et il a tendance à allonger les journées de travail plutôt qu'à les rendre plus efficaces. C'est une réflexion pour demain.

**M. le président.** La parole est à Mme Fiona Lazaar.

**Mme Fiona Lazaar.** Les Français sont fiers de leur hôpital et de leur système de santé ; ils l'étaient déjà avant la crise et les derniers mois leur ont donné raison. Notre hôpital a tenu : c'est le résultat de l'engagement sans faille des personnels soignants, des équipes, des agents des ARS dont nous parlions il y a quelques instants, des services de l'État, des collectivités. Chaque soir, à vingt heures, les soignants ont été applaudis pendant des mois. Le confinement est derrière nous et les applaudissements ont cessé, mais la fierté et la reconnaissance sont toujours là chez nos concitoyens.

Ils n'en sont pas moins inquiets. Inquiets car ils ont souvent le sentiment que depuis vingt ans le service public de santé se dégrade, et il est malheureusement juste de constater qu'en France la première des inégalités d'accès aux soins est celle du lieu de résidence. On ne soigne pas aussi bien, on ne soigne pas aussi vite partout. Je pense à la banlieue. L'Île-de-France est le premier désert médical de France : 4,4 millions de Franciliens ont du mal à consulter un généraliste et, en dix ans, la région a vu partir 2 000 médecins généralistes. Il est donc particulièrement important de réinvestir dans ces territoires, à la fois en matière de qualité des soins, d'offre de soins, d'accès aux soins. À ce titre, je ne peux que me réjouir, après avoir eu l'occasion de vous en parler lors du Ségur de la santé, que le plan de modernisation de l'hôpital d'Argenteuil voie enfin le jour avec un soutien important de l'État, comme l'a récemment annoncé le Premier ministre. Ces travaux, prévus de longue date, ont pris du retard du fait notamment des conditions d'instruction et d'autorisation des grands projets de ce type. Il est important d'apporter de la souplesse dans le fonctionnement de l'hôpital, d'améliorer sa réactivité : les décisions doivent être prises au plus près du terrain car, bien souvent, tout est compliqué et trop lent.

Je voudrais donc vous entendre sur l'application des engagements issus du Ségur de la santé pour accélérer le développement des soins dans les territoires et desserrer l'étau qui enserre l'hôpital. Je pense en particulier au remplacement des COPERMO prévu initialement pour le début de l'année 2021.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Merci pour votre question et pour votre engagement en faveur des établissements de santé de votre territoire. Je vous rappelle les annonces du Premier ministre lors de son déplacement : modernisation de l'ensemble de l'offre de soins du territoire nord-ouest Vexin-Val-d'Oise avec la restructuration du bâtiment René-Dubos de Pontoise au sein d'un projet d'un coût de 350 millions d'euros, engagement ultérieur des opérations de modernisation sur les sites de Magny-en-Vexin, Aincourt et Beaumont-sur-Oise, achèvement de la restructuration de l'hôpital d'Argenteuil avec un financement qui correspond à près d'un tiers du coût du projet et allègement de la dette du nouveau siège de Gonesse pour au moins 30 millions d'euros.

Pour l'hôpital d'Argenteuil, il s'agit de l'achèvement de sa rénovation après une première tranche livrée en 2013. On parle là des urgences, de la maternité de niveau 3, de la pédiatrie, de l'hospitalisation, de l'imagerie, du regroupement des laboratoires de biologie, de pharmacie et de logistique. C'est donc une tranche très importante. Vous savez que la loi de programmation des finances publiques prévoit l'obligation d'une contre-expertise indépendante des projets d'investissement. Celle du projet d'Argenteuil est sur le point d'être terminée ; elle sera vraisemblablement favorable. Dès réception de l'avis du comité de pilotage, sans doute au mois de juillet, nous pourrions confirmer le feu vert définitif pour ce projet et son financement. Ce sera une excellente nouvelle pour cet établissement et pour son territoire. Cela illustre la nouvelle dynamique du Ségur : on va plus vite, plus loin et plus fort. *(Mme Fiona Lazaar applaudit.)*

**M. le président.** Je vais donner successivement la parole à Mme Martine Wonner et à Mme Marie-Pierre Rixain qui poseront chacune deux questions. Je tiens à vous remercier, monsieur le ministre : c'est vous qui avez tenu à ce que ces quatre questions vous soient posées alors que le tour de nos deux collègues était passé.

Vous avez la parole, madame Wonner.

**Mme Martine Wonner (LT).** Merci beaucoup, monsieur le ministre, d'avoir accepté que l'ordre des interventions soit modifié.

Nous sommes ici pour parler de l'avenir de l'hôpital public, mais comment peut-on parler d'avenir sans regarder le présent, sans constater le délitement du service public hospitalier, cet hôpital si cher à notre pays, si cher aux Français, cet hôpital qui a été mis en lumière et acclamé à raison dans les temps charnières de la crise du covid-19 ?

L'hôpital public souffre, l'hôpital public est malade. Non seulement vous restez sourd et aveugle, mais vous continuez à tirer sur l'ambulance. L'hôpital souffre car depuis mars 2020 il n'a pas pu accueillir tous les patients, notamment les anciens, les plus vulnérables, et de ce fait beaucoup n'ont pu être dépistés, voire soignés. J'évoque, bien sûr, en dehors du covid, toutes les maladies évolutives de type néoplasiques, neurodégénératives voire psychiatriques. L'hôpital souffre d'un manque de moyens, la tarification à l'activité est aujourd'hui inadaptée pour une prise en charge humanisée, de qualité, et la crise du covid a pointé toutes les limites du codage du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) avec l'implacable question restée en suspens des patients simplement PCR positifs codés covid.

L'hôpital a un besoin urgent d'une réforme de sa gouvernance, qui doit être rénovée, médicalisée et bienveillante : le « tout-administratif », notamment les ARS – vous avez répondu tout à l'heure à ma collègue sur ce point –, pèse sur l'organisation des services et les choix médicaux.

Vous allez sûrement, monsieur le ministre, usant de votre rhétorique habituelle, mettre complaisamment en avant les mesurette du Ségur. Prenons de la hauteur et parlons des chiffres : 9 milliards d'euros en plus des dépenses initialement prévues pour 2021 ; 38,7 milliards d'euros de déficit total pour la sécurité sociale. Comment pouvez-vous aujourd'hui justifier vos choix et surtout poursuivre la même stratégie : tests salivaires inutilement imposés aux enfants, gabegie de tests PCR,...

**M. Olivier Véran, ministre.** Et c'est parti !

**Mme Martine Wonner.** ...utilisation de molécules onéreuses et inefficaces et désormais fuite en avant vaccinale sans le recul nécessaire à l'évaluation du rapport entre bénéfices et risques ; 450 millions d'euros dépensés par jour pour accompagner la crise sanitaire – de quoi ouvrir quasiment un centre hospitalier universitaire (CHU) chaque jour –, et votre remède est de continuer à fermer des lits ?

**M. le président.** Il faut conclure, madame, je coupe le micro...

**Mme Martine Wonner.** Je pose ma question...

**M. le président.** Vous avez déjà parlé pendant deux minutes trente, madame Wonner.

La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Je croyais, madame la députée, que vous alliez me demander comment nous comptions amplifier notre campagne de vaccination pour protéger davantage de Français. Je vais donc utiliser mon temps pour répondre à cette question.

Nous avons déjà vacciné plus de 60 % de la population adulte et la vaccination est désormais ouverte aux adolescents âgés de 12 à 17 ans. Vous le savez, nous avons assoupli le délai entre les deux injections, de quatre voire trois semaines jusqu'à sept semaines pendant la période estivale. Vous avez raison, madame la députée, il faut augmenter le taux de couverture pour protéger les Français contre l'émergence de nouveaux variants et de nouvelles vagues épidémiques. Nous faisons comme la totalité de nos voisins européens, comme les États-Unis, le Canada, Israël, vous l'avez rappelé, comme en réalité tous les pays, qui vaccinent les majeurs et désormais les adolescents. C'est une avancée extraordinaire que la science nous a permise et je me réjouis de votre ralliement à notre campagne vaccinale.

**M. le président.** La parole est à Mme Martine Wonner, pour poser une deuxième question.

**Mme Martine Wonner (LT).** M. le ministre ne semble pas avoir compris le sens de ma question.

Les soignants ont été acclamés voire sacralisés pendant toute cette crise, à la mesure de leur investissement et des risques encourus, eux qui ont tout donné, certains au prix de séquelles telles des covid longs, voire des burn-out ; d'autres y ont même laissé la vie. Aujourd'hui certains disent stop : ils ne veulent plus de l'arrogance, du « rassurisme » du Gouvernement. Les soignants ne veulent plus de sophismes, ils veulent simplement être respectés.

Les soignants se tournent vers certains d'entre nous pour nous dire qu'ils refusent la pression vaccinale que vous exercez. Vous présentez en effet aux Français la vaccination

comme absolument nécessaire, alors que les vaccins en question en sont encore en phase 3 d'expérimentation et ne bénéficient que d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) conditionnelle, et que le rapport bénéfico-risque n'a pas été complètement évalué, y compris en ce qui concerne les soignants.

Les soignants ne veulent pas de ce type de réponse ; ils veulent des réponses très concrètes et, surtout, faire leur travail de la façon la plus qualitative possible. Ils veulent des moyens. C'est pour cela qu'ils étaient dans la rue ces dernières semaines, que ce soit les personnels du CHU de Bordeaux ou de Saint-Quentin. Même les psychologues sont descendus dans la rue, pour la première fois. Alors, s'il vous plaît, monsieur le ministre, engagez-vous définitivement à assurer l'accès aux soins à tous, aux plus vulnérables, à assurer la sauvegarde de l'hôpital public et surtout de la sécurité sociale.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Vous avez raison, il faut respecter les soignants, en évitant, pour commencer, de les accuser d'avoir commis des crimes, voire des crimes contre l'humanité, comme vous l'avez fait, je crois, ce qui vous vaut de multiples plaintes auxquelles je me serais très volontiers associé à titre personnel, au moins devant l'Ordre des médecins, si je n'avais pas été ministre des solidarités et de la santé. Je crois que l'heure est suffisamment grave et que les Français ont su tirer les enseignements et faire la part des choses entre un discours qui vise à les protéger et un discours qui a totalement dérivé, celui que vous tenez et que vous incarnez avec quelques autres, madame la députée.

Vous êtes battue : 85 % des soignants libéraux sont déjà vaccinés ; les soignants hospitaliers sont également nombreux à se faire vacciner ; le taux d'adhésion des Français à la vaccination est supérieur à 80 % et, parmi ceux qui hésitent, il y en a qui ont encore peur mais qui ne rejoignent pas pour autant vos théories complotistes. Madame la députée, changez de combat : il en est encore temps.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Pierre Rixain, pour le groupe La République en marche.

**Mme Marie-Pierre Rixain (LaREM).** En 2018, lorsque le plan Ma santé 2022 était en cours d'élaboration, un mot guidait l'ambition du Président de la République, notre ambition : le mot de proximité, car le système de santé de demain sera un réseau de proximité qui devra garantir à l'ensemble de la population un accès permanent aux soins programmés comme aux soins d'urgence. C'est de ce levier essentiel que dépendent beaucoup des réponses aux tensions que nous connaissons actuellement. La réponse à la demande de soins de la population, l'accélération du virage ambulatoire, l'allègement de la pression sur l'hôpital, l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux : tout cela repose sur une meilleure structuration des soins de proximité.

C'est tout le sens du plan « ma santé 2022 » qui prévoit entre autres la labellisation de 500 à 600 hôpitaux de proximité, une labellisation qui doit garantir à la population un premier niveau de réponse médicale, au plus près de son lieu de vie : prise en charge médicale, consultations spécialisées, accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale, voire d'urgence, périnatalité, orthogénie, soins de suite et de réadaptation, soins palliatifs. Cette labellisation doit également prévenir la fermeture de certains établissements aujourd'hui menacés. Je pense à l'hôpital de Longjumeau, chef-lieu de ma circonscription, pourtant déclarée désert médical par l'ARS. Il était prévu de le fermer au

profit d'un établissement de pointe qui doit s'installer beaucoup plus loin, sur le plateau de Saclay, en 2024, privant ainsi tout un bassin de vie d'un hôpital de proximité facilement accessible.

L'excellence de la recherche clinique, de l'innovation, de la formation aux technologies de pointe, si elle est essentielle, ne peut être obtenue au détriment des soins de proximité, tout au contraire : les deux sont complémentaires, un principe que la crise sanitaire a largement validé, si on veut un système de santé efficace.

Monsieur le ministre, pouvez-vous faire le point sur l'avancement de ce processus de labellisation et nous indiquer les conditions à remplir par les intéressés, comme les gages qui seront donnés aux établissements en retour ?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Merci pour votre question, madame la députée. Concrètement, j'ai déjà soumis l'ordonnance de ratification au conseil des ministres. Le décret est actuellement au Conseil d'État : sa publication est donc imminente.

L'enjeu des hôpitaux de proximité, c'est effectivement la structuration des soins de proximité, avec des hôpitaux tenus d'exercer leur activité de façon très intriquée avec les acteurs du territoire, tenus également d'offrir un socle d'activités obligatoires : médecine, offre de consultations, accès à des plateaux techniques. Ils n'exercent pas en revanche d'activité d'obstétrique ni de chirurgie. L'activité de ces établissements peut-être élargie dès lors qu'ils répondent à des besoins de territoire – je pense aux soins de suite et de réadaptation, à la médecine d'urgence, aux centres périnataux de proximité ou encore aux soins palliatifs.

L'ordonnance publiée le 12 mai 2021 délimite le cadre de la labellisation des hôpitaux de proximité. Ce cadre définit la procédure de labellisation qui va relever du directeur général de l'ARS : démarche volontaire de l'établissement, qui s'engage à assurer la mission définie en coopération étroite avec les acteurs du territoire ; projet d'établissement conforme aux missions des hôpitaux de proximité ; dossier de candidature national renseigné par l'établissement volontaire et instruit par l'agence. Ce document porte sur l'état des lieux, l'ancrage territorial de l'établissement et les projets de renforcement de cette organisation territoriale, en lien avec les acteurs du territoire.

Grâce à ce texte consensuel, issu d'une très large concertation avec les syndicats, les fédérations, les collèges, la médecine libérale, les agences régionales de santé, on va enfin y arriver !

**M. le président.** La parole est de nouveau Mme Marie-Pierre Rixain, pour poser une dernière question.

**Mme Marie-Pierre Rixain (LaREM).** La crise sanitaire qui nous frappe depuis plus d'un an maintenant aura fini d'éprouver un système de santé à bout de souffle. Malheureusement, il aura fallu en arriver à la situation que nous connaissons pour accélérer le changement de paradigme que nous avions entamé avec le plan Ma santé 2022 et avec les premières lois de financement de la sécurité sociale du quinquennat.

Après le Ségur de la santé, vous avez fait un constat très clair, monsieur le ministre : il nous faut changer de logique sur la question capacitaire, sortir des dogmes et des guerres de position dans un débat qui oppose brutalement les fervents de la fermeture systématique de lits à ceux qui refusent toute idée de réorganisation territoriale.

Ce débat, je le connais particulièrement bien tant il agite ma circonscription, préoccupée par l'avenir des hôpitaux de Longjumeau, Orsay et Juvisy-sur-Orge, menacés de fermeture au profit d'un nouvel établissement qui doit voir le jour à Saclay. Les habitants craignent, à raison, l'éloignement de leur hôpital vers un site peu accessible en raison de transports mal pensés, mais également la réduction des capacités de prise en charge dans un territoire déjà déclaré désert médical et alors même que sa population ne cesse d'augmenter.

Je partage votre conviction, monsieur le ministre, qu'une troisième voie peut-être tracée, une voie qui prendrait en compte les besoins des habitants mais aussi leurs impératifs, une voie qui ne se laisserait pas surprendre par d'éventuelles prochaines crises sanitaires, une voie qui sortirait de la seule logique financière.

Dans cet esprit, quelles garanties tangibles apporter à la population en la matière? *Quid* de l'ouverture des 4 000 lits « à la demande », c'est-à-dire des lits que les établissements pourront normalement ouvrir en fonction des besoins, comme annoncé en conclusion du Ségur de la santé?

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Olivier Véran, ministre.** Je commencerai par la deuxième partie de votre question, madame la députée: sur la seule période de l'hiver 2020-2021, sur les 4 000 lits « à la demande » annoncés, 2 853 ont déjà été ouverts dans 249 établissements: vous voyez que nous allons vite et que nous atteindrons donc largement l'objectif de 50 millions d'euros qui seront renouvelés chaque année.

Vous avez raison: on sort de la logique purement comptable et financière, mais il ne faut pas pour autant sortir de la logique d'évaluation et de contrôle. Il ne s'agit pas de revenir à la situation antérieure de l'hôpital, où la qualité des soins n'était pas forcément au rendez-vous: le développement de l'ambulatoire, par exemple, a présenté des désavantages pour beaucoup de malades. Il est clair en revanche qu'il faut arrêter de pressurer l'hôpital parce qu'on était arrivé à l'os: il n'y avait plus d'investissements, plus d'innovations, plus de modernisation. Il n'y avait plus de possibilité de dire oui; il ne restait plus qu'à dire non à l'hôpital. « Votre projet est génial mais on n'a pas les sous; on verra l'année prochaine »: eh bien, ça, c'est fini.

De même, dès qu'un projet coûtait un petit peu d'argent – quand par exemple un hôpital avait besoin d'une rénovation complète parce que le service de consultations était au treizième étage et que l'ascenseur était en panne tous les jours, d'où des embouteillages, les médecins perdaient du temps, les délais de consultation s'allongeaient etc. –, il fallait réunir un COPERMO, tout le monde se mettait autour de la table pendant un, deux ans, tout ça pour qu'à la fin on vous oppose un refus au niveau national. Ça aussi, c'est fini. Aujourd'hui, un comité scientifique se réunit au niveau local pour accompagner tout projet dont le coût est inférieur à 150 millions d'euros, soit la plupart des projets décidés localement, ce qui change vraiment la donne à l'hôpital.

Nous sommes en train de tout transformer. L'évolution de la gouvernance est, je le répète, un point clé, et on va en recueillir les fruits dans les années qui viennent: ceux qui me succéderont pourront constater année après année que la donne a changé.

Je vous remercie pour vos questions et je remercie la représentation nationale pour cette matinée d'échanges.

3

### ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

**M. le président.** Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures:

Débat sur la politique de l'emploi et la réforme de l'assurance-chômage;

Discussion d'une proposition de résolution visant à chiffrer, à évaluer et à encadrer le recours à l'externalisation des services publics.

La séance est levée.

*(La séance est levée à onze heures quinze.)*

*Le Directeur*

SERGE EZDRA