



Sem et coopération dans le domaine de la santé

Propositions communes

Fédération Nationale des Sociétés d'Economie Mixte

Fédération Hospitalière de France

Fédération de l'Hospitalisation Privée

Exposé des motifs

"Le système de santé est considéré par une large majorité de citoyens comme un des fondements de l'égalité républicaine, le service public par excellence"¹. La structure du système hospitalier français se caractérise par la cohabitation d'un secteur public et d'un secteur privé qui contribuent par leur offre de soins au maillage du territoire. Cependant, les coûts croissants des soins et le creusement des déficits des régimes sociaux, ont poussé les pouvoirs publics à utiliser, successivement ou concomitamment, différents outils pour encadrer la dynamique accélérée des dépenses d'hospitalisation et réformer les modes de financement des établissements hospitaliers publics et privés.

Dans un entretien accordé au Monde, le 10 juillet dernier, le ministre de la santé, Jean-François Mattei constatait que « ...nos hôpitaux sont devenus inadaptés. Le taux de vétusté des établissements hospitaliers a atteint le seuil préoccupant de 68% en 2000. » Sur l'ensemble de la décennie 90, le rythme de croissance des dépenses d'investissement des hôpitaux publics a été relativement peu soutenu (de l'ordre de 2% en volume par an). Aujourd'hui, le gouvernement souhaite relancer l'investissement hospitalier dans un plan quinquennal de 6 milliards d'euros. Cependant, d'après une étude de la SANESCO sur les besoins d'investissement des hôpitaux publics, il faudrait dépenser 3,5 milliards d'euros par an pendant 8 ans pour résorber le retard constaté, ce qui malgré le plan "hôpital 2007" fait apparaître la nécessité d'un effort global de financement supplémentaire de 5,7 milliards d'euros sur 5 ans.

La coopération qui doit être mise en œuvre aujourd'hui révèle un besoin de financement et d'instruments juridiques.

Dans le cadre d'une politique dynamique d'aménagement du territoire dont l'offre de santé est un élément clé, l'implication financières des collectivités est nécessaire au delà des efforts consentis par l'Etat. Les relations entre l'Etat et les collectivités évoluent dans ces domaines de compétence qui participent à une structuration du territoire.

¹ La politique hospitalière, rapport de la Documentation française, juin 2002

Dans cette conjoncture et alors qu'un nouvel élan va être donné à la décentralisation, nos trois fédérations, dans un souci de réponse aux préoccupations pratiques de leurs adhérents et dans une vision prospective des coopérations hospitalières, ont pris l'initiative de créer un groupe de travail sur la possibilité du recours à une Société d'Economie Mixte Locale (SEML) pour la construction, la réhabilitation et la gestion des équipements et de certains services dans le secteur sanitaire.

L'usage de la SEML permettrait d'obtenir un "effet-levier" optimal au profit de l'investissement dans le secteur de la santé. Elle semble être l'outil privilégié de collaboration des collectivités locales, des établissements publics et privés de santé.

I- Le choix de la SEML comme mode de coopération nécessite plusieurs modifications législatives

L'intervention des SEML dans le domaine sanitaire auxquelles participeraient des établissements publics de santé nécessite un certain nombre de modifications législatives.

A / Le principe de spécialité des établissements publics de santé

Les compétences de l'établissement public de santé sont déterminées par la loi. Son activité est limitée aux missions de service public qui lui sont attribuées (article L 6111-1 et suivants, L6112 et suivants du code de la santé publique). Il ne peut, en principe, sortir de son objet ni utiliser son patrimoine à d'autres fins.

Ce principe interdit la prise de participation dans des sociétés commerciales. Or, les sociétés d'économie mixte locales sont nécessairement des sociétés anonymes relevant de la loi de 1966 modifiée et codifiée au Code de commerce.

Le Conseil d'Etat, dans un avis du 1^{er} août 1995, interrogé sur cette question, a considéré que l'article L.6134-1 du code de la santé publique (ancien article L.713-12) qui établit une liste d'outils susceptibles d'être empruntés par les établissements dans le cadre de la coopération inter-hospitalière, interdisait la création de personne morale relevant d'une catégorie non prévue expressément par ledit article telles que les sociétés d'économie mixte locales.

Dans ces conditions, il conviendrait qu'une loi vienne modifier l'article L 6134-1 et introduise dans la liste des outils de coopération la société d'économie mixte locale.

Cette participation d'un établissement public de santé dans une SEM ne sera bien évidemment régulière qu'autant que l'objet de la société pourrait être analysé comme entrant dans les missions d'un établissement public de santé et les activités corollaires.

B / Le domaine d'intervention des sociétés d'économie mixte locales

L'article L 1521-1 du code général des collectivités territoriales précise : «*les communes, les départements, les régions et leurs groupements peuvent, dans le cadre des compétences qui leur sont reconnues par la loi, créer des sociétés d'économie mixte locales qui les associent à une ou plusieurs personnes privées et, éventuellement, à d'autres personnes publiques pour réaliser des opérations d'aménagement, de construction, pour exploiter des services publics à caractère industriel ou commercial ou pour tout autre activité d'intérêt général ;* » Les activités développées par une SEML doivent en conséquence, s'inscrire dans le cadre des compétences reconnues par la loi aux collectivités locales et être en relation avec l'intérêt général.

A ce jour, les compétences des collectivités territoriales sont définies par la loi conformément à l'article 34 de la Constitution. Celles-ci sont très limitées dans le domaine sanitaire.

II - Le choix de la SEML comme mode de coopération comporte plusieurs avantages.

⇒ Un ancrage territorial fort

A travers son actionariat et de manière plus large, par des relations constantes avec les acteurs de son environnement, la SEML est la cheville ouvrière du partenariat entre les acteurs publics et privés, dont la coopération est indispensable à la poursuite de toute action de développement local. Cette capacité, liée à son statut, est renforcée par son ancrage dans un territoire dont elle connaît les spécificités, les acteurs et les ressources.

⇒ **Une relation privilégiée avec les collectivités locales**

La SEML tire l'un de ses atouts majeurs de sa relation étroite avec la collectivité actionnaire. Ayant pour objectif une transparence totale, le législateur de 1983 et celui de 2002 ont ajouté aux contrôles imposés à toute société anonyme des obligations d'information des collectivités et de l'État et des contrôles opérés par les chambres régionales des comptes. Les relations de la SEML avec la collectivité lui permettent de dialoguer, en amont, avec les élus et les services municipaux avant la mise en œuvre, en aval, des politiques décidées par la collectivité. En confiant à une SEML dont elles sont les actionnaires majoritaires la gestion d'un service public, les collectivités conservent la maîtrise d'actions essentielles dans la conduite de leur politique à moyen et long terme.

⇒ **Une réelle souplesse d'intervention**

L'intervention des SEML se fait dans le respect des règles de la gestion et de la comptabilité privée, et sous le contrôle d'instances publiques. Cette double obligation renforce la sécurité des interventions des SEML, tout en leur permettant une capacité de réponse rapide et adaptée.

⇒ **Une gestion d'entreprise**

Sociétés anonymes, les SEML doivent suivre les mêmes règles de gestion que les autres entreprises. Elles ont pour objectifs d'offrir à leurs clients la meilleure qualité de service au meilleur prix. Elles sont soumises à une obligation permanente de rigueur et de performance de leur gestion.

III - La création de SEML à vocation sanitaire

Les sociétés d'économie mixte locales n'auront de possibilité de développement dans le domaine sanitaire que si les collectivités territoriales qui les composent se voient reconnaître préalablement une compétence.

Dans le cadre de l'acte II de la décentralisation, le gouvernement envisage de procéder à une nouvelle vague de transfert de compétences, parmi lesquelles la santé est souvent évoquée notamment pour la gestion du patrimoine immobilier.

La détermination de l'objet d'une SEML à vocation sanitaire dépendra de l'étendue des compétences que les collectivités pourront revendiquer dans le cadre d'une loi de décentralisation.

Ces SEML auront vocation à gérer le patrimoine hospitalier et éventuellement certains services annexes. Dans ce cadre, il s'agira de se rapprocher partiellement du régime existant pour l'enseignement public et bien qu'une répartition des établissements de santé entre collectivités soit difficilement envisageable. Pour rappel, la construction et la gestion des équipements scolaires du premier et du second degré relèvent de la compétence des collectivités locales (L. 22 juillet 1983 article 14) : communes pour les écoles, départements pour les collèges, régions pour le reste. Seul l'Etat reste compétent pour créer des emplois dans les établissements. En bref, la décentralisation fut matérielle, l'Etat restant gestionnaire des activités et des personnels.

Si l'on devait s'inspirer de ce système pour la santé, les sociétés d'économie mixte locales pourraient devenir propriétaires des équipements. Le cas échéant, les établissements publics de santé ne bénéficieraient plus d'une domanialité publique. En réalité, on aboutirait à une distinction entre le régime des équipements et des constructions et celui gouvernant l'activité de soins (autorisations personnelles financement). Ceci paraît assez proche de ce que nous pouvons connaître pour les cliniques privées.

La SEML à vocation sanitaire pourrait par ailleurs intervenir dans les activités annexes aux services de soins (blanchisserie, restauration...). Outil de coopération entre les différents partenaires du secteur de la santé, elle mettrait au service des établissements engagés dans une coopération sa gestion d'entreprise et sa connaissance des procédures de droit public.

Faut-il aller plus loin ? Si à moyen ou même à court terme (au titre du droit à l'expérimentation) les collectivités territoriales se voyaient reconnaître une responsabilité pleine et entière en matière de santé ?

Dans cette hypothèse (que les Fédérations signataires n'ont pas retenue à ce stade) les collectivités pourraient confier à une Sem créée à cet effet la mission de gérer directement des activités de soins. Il s'agirait en d'autres termes, de créer une structure autorisant à la fois la mixité des financements et la coopération entre établissements de santé publique et privée et collectivités territoriales.

De nombreuses questions juridiques devraient alors être traitées : la SEM pourrait-elle être assimilée à un établissement de santé, disposerait-elle des autorisations, recevrait-elle les financements de type dotation globale et quel serait le statut du personnel ?

Si la voie de l'expérimentation doit être celle de la coopération dans le domaine de la santé et afin d'accorder à ce type d'expérience leur rôle de « laboratoire » d'une nouvelle organisation du système sanitaire et d'en évaluer tous les avantages et inconvénients, il conviendrait que les promoteurs puissent déroger à certains textes qui aujourd'hui limitent les rapprochements public/privé. (On pense aux textes relatifs aux personnels, relatifs au financement, aux autorisations...)

Pour ce faire, une loi autorisant ces expérimentations – dérogations devrait être élaborée (à l'instar par exemple de l'ordonnance de 1996 Ord. 96-345 du 24 avril 1996) fixant :

- l'objectif des sociétés d'économie mixte locales à vocation sanitaire,
- leur champ de compétence,
- leur composition
- les conditions de leur contrôle (a priori/a posteriori) voire de leur agrément,
- les textes auxquels elles pourraient déroger
- les conditions d'évaluation
- leur durée

La loi devra prévoir par ailleurs la possibilité de contractualiser entre collectivités dans leurs champs de compétences respectifs.

Dispositions législatives

⇒ **Transfert de compétences communes aux collectivités territoriales dans le cadre de la nouvelle loi de décentralisation**

« La santé est un service public de l'Etat, sous réserve des compétences attribuées aux collectivités territoriales.

Les collectivités territoriales assurent à titre principal la mise en œuvre des actions de construction, réhabilitation et gestion des équipements hospitaliers.

Les transferts de compétences prévus au présent article s'accompagnent au profit des collectivités du transfert des ressources nécessaires à l'exercice normal de ces compétences. »

⇒ **Art L 6134-1 du Code de la santé publique**

Le premier alinéa est modifié comme suit : " Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats interhospitaliers et à des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique des groupements de coopération sanitaires **ou des Sociétés d'Economie Mixte Locale telles que prévues à l'article 1521-1 du Code général des collectivités territoriales** ou constituer entre eux des fédérations médicales interhospitalières. ".

