

Maison de Santé Rurale de la Communauté de communes du Réolais.

Propos liminaire

Ainsi qu'il l'a été exposé dans les dossiers de demande de financement, la Communauté de Communes du réolais (CDC) s'est portée maître d'ouvrage d'un projet de Maison de Santé Rurale pour parvenir aux objectifs suivants :

- Lutter contre la désertification médicale en milieu rural.
- Sécuriser et améliorer la pratique médicale en créant un réseau de compétences, dans une véritable logique de pluridisciplinarité.
- Répondre aux attentes des jeunes praticiens et professionnels de santé qui ne souhaitent plus exercer seuls et faire preuve d'une disponibilité sans fin. Pour ces raisons, ils privilégient l'exercice en groupement, en milieu urbain, et désertent les secteurs ruraux.

L'existence même d'un bâtiment « Maison de Santé Rurale » garantit en soi l'atteinte des objectifs de pluridisciplinarité et dans une mesure relative, la pratique en regroupement recherchée par les jeunes professionnels (relative dans le sens où si le bâtiment n'est pas durablement occupé par des professionnels, l'existence du regroupement n'est alors plus qu'un postulat).

De façon certaine, l'existence de locaux adaptés, ne suffira pas à atteindre l'objectif de lutte contre la désertification médicale.

En effet, en ce qui concerne les seuls médecins du territoire, la majorité d'entre eux est proche du départ à la retraite et rien ne garantit, à ce jour, qu'il y aura un renouvellement. Or, la présence de médecins conditionne, l'activité des auxiliaires de soins (kinésithérapeutes, infirmières etc). S'il n'y a plus ou très peu de médecins, c'est l'ensemble de l'offre de soins qui est concernée par la question de la désertification. Pour cette raison, la Communauté de communes s'en préoccupe dès maintenant et désire ancrer l'opération tant dans une dimension pluridisciplinaire que dans une dimension durable.

Or, elle bénéficie, contrairement à d'autres territoires ruraux, d'un ensemble de professionnels de santé impliqués dans le projet, ce qui en soit garantit la satisfaction du principal objectif si tant est que la bonne option soit choisie.

1. Les problématiques générées par un simple bail locatif

Les options de mise à disposition du bâtiment ne paraissent pas adéquates pour les considérations suivantes :

- En matière de location professionnelle, les professionnels de santé sont soumis à un bail professionnel (le bail commercial étant réservé aux artisans, commerçants). Ces baux, propres aux professions libérales, sont peu encadrés, leur durée seule est définie (6 ans, renouvelable une fois). De plus cette durée ne contraint que le bailleur (de la même façon que pour un bail commercial d'ailleurs). Le preneur pour sa part, sous réserve d'un préavis, peut donner son congé à n'importe quel moment (ce qui est encore plus instable que le bail commercial d'un rythme 3/6/9).

Pour la CDC cette option paraît donc inadéquate à deux titres :

- Pendant la durée de la location : à tout moment le preneur (la société civile de moyen) ou une partie de ses membres, peut mettre fin au bail sans se préoccuper de trouver un « remplaçant ». Ainsi, la réalisation de l'objectif de pérennisation de l'offre de soins devient très aléatoire.

En outre, la Communauté de Communes prend un risque non négligeable sur le plan financier puisqu'elle serait alors susceptible de se retrouver à assumer seule la charge des

remboursements d'emprunt (en l'état actuel des estimations, ceci représenterait 84 000€ par an).

La non attractivité des territoires ruraux pour les professionnels de santé contient en soi les difficultés qu'il y aurait à trouver de nouveaux preneurs, et l'aménagement spécifique de ces bâtiments rendrait quasiment impossible, la location à d'autres fins que l'exercice des soins.

- A l'issue du bail en imaginant qu'aucune des difficultés exposées ci-dessus ne se soit produite, on peut envisager que deux situations puissent survenir.

La CDC cède le bâtiment au preneur.

La logique économique de l'opération voudrait que le prix de vente proposé soit fondé sur la valeur résiduelle du bâtiment. Or le bail professionnel étant purement locatif, rien n'indique au regard des dispositions actuelles que la CDC serait habilitée à le faire. Au contraire, à ce jour, les collectivités et leurs groupements sont tenues de réaliser des cessions sur la base de la valeur du marché et en adéquation avec l'estimation faite par le service des domaines. Ainsi rien ne garantit en l'état aux professionnels de santé, parties prenantes à l'opération envisagée, qu'ils ne paieraient pas deux fois le bâtiment si une vente distincte succédait à la location.

Il n'y pas de d'achat par les professionnels de santé au terme du bail.

La CDC se retrouve donc propriétaire d'un bâtiment conçu exclusivement pour la pratique médicale et paramédicale. Ainsi pour l'utiliser à d'autres fins, il serait au préalable nécessaire de procéder à une réhabilitation du bâtiment. Or, selon les corps d'état appelés à intervenir, le coût de rénovation au m2 peut varier de 175 € à plus de 1000 € (index BT 2010).

Ainsi pour la CDC l'option paraît non seulement peu adaptée aux objectifs poursuivis mais au-delà, contraire à une gestion prudente et efficace des deniers publics.

Pour les professionnels de santé actuellement parties au projet, et pour ceux qui sont appelés à s'installer durablement cette solution est également inappropriée.

En premier lieu, ceci apparaît clairement si l'on se place sur la question plus générale d'un choix entre location et acquisition à terme. Tout individu, que ce soit à titre personnel ou professionnel soupèse la question suivante :

Quel intérêt y a-t-il à s'acquitter de loyers à perte, quand le versement de sommes correspondantes permet à terme d'être propriétaire ? Les seules considérations qui conduisent à l'option locative sont :

- celles d'une certaine liberté de départ (ce qui est donc contraire à l'objectif de la CDC)
- l'impossibilité de souscrire un engagement financier sur la durée, ce qui n'est pas le cas du groupement de professionnels de santé, ni dans l'absolu, ni sur le territoire.

En second lieu, au cas d'espèce, la plupart des professionnels de santé parties au projet, ont déjà réalisé tout ou partie de leurs investissements professionnels. Ainsi, il paraît concevable qu'ils ne souhaitent pas s'installer dans un bâtiment qu'ils financeraient à perte, alors qu'ils sont déjà installés et équipés. L'absence d'une équipe de soins déjà en place dans la maison de santé serait un obstacle à l'installation de nouveaux professionnels pour les raisons déjà exposées précédemment.

Au regard de ces considérations, les parties au projet souhaitent mettre en place une location vente sur une durée de 12 ans.

Les questions qui se posent alors sont celles de la faisabilité juridique de l'opération et de ses modalités financières.

2. Sur la faisabilité juridique d'une location vente pour la réalisation d'une Maison de Santé.

La location vente

En ce qui concerne les collectivités territoriales et leurs groupements, il semble bien que le recours à ce type de cessions soit autorisé, notamment en matière d'activités économiques.

L'article L 1511-3 du Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT) dans sa rédaction issue de la loi du 13 août 2004, dispose que « [...] les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer, seuls ou conjointement, sous forme de subventions, de rabais sur le prix de vente, de locations ou de location-vente de terrains nus ou aménagés, de bâtiments neufs ou rénovés [...] ».

L'article R 1511-4-1 du CGCT prévoit la possibilité d'avoir recours au financement par crédit bail (auquel comme l'indiquait la circulaire INTB 02 00005 du 7 janvier 2002, il peut être recouru dès lors que ce n'est pas une opération habituelle) ou par location vente.

Ainsi, le recours à une location vente est un montage juridique ouvert aux collectivités comme à leurs groupements en matière d'activités économiques.

D'ailleurs la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 article 108 I crée un nouvel article L 1511-8, spécifique aux aides relatives à l'installation des professionnels de santé en milieu rural, à la fin de la section du CGCT consacrée « aux aides aux entreprises ».

Les aides à l'investissement immobilier pour les Maisons de Santé

La question qui se pose alors, au terme de cette introduction dans une section consacrée aux « aides aux entreprises » est celle des règles notamment concernant les plafonds d'aides, applicables à l'aide publique à destination des professionnels de santé. Cet examen doit être fait tant au regard des dispositions communautaires de la concurrence qu'au regard des dispositifs nationaux.

S'agissant du domaine de la concurrence et notamment sur le plan du droit communautaire, l'activité médicale et para médicale est considérée comme une activité de service pour partie concurrentielle. Toutefois, il apparaît qu'à ce jour, les services de soins de santé sont exclus de la directive du 16 novembre 2006 dite « Services » et « relative aux libertés d'établissement des prestataires de services et à la libre circulation des services dans le marché intérieur ». C'est ce que rappelle le Conseil de la Concurrence dans son avis n°08 A 15 du 29 juillet 2008 qui y fait référence. Si le Conseil de la Concurrence tend à expliquer qu'il y aurait éventuellement une évolution communautaire sur cette question, elle n'a pas eu lieu à ce jour semble-t-il et l'on reste sur « la spécificité du secteur médical français ».

Il semble donc que ce domaine d'activités, qui a bien une dimension économique, est inscrit hors champs des contraintes communautaires liées à la concurrence.

De la même façon, le législateur français paraît avoir institué un régime spécifique pour ce domaine. En effet, l'exposé des motifs de la loi du 7 février 2005 précitée opère une distinction claire parmi les dispositions relatives à la réalisation des objectifs en matière de développement des territoires ruraux. Les dispositions relatives au développement des activités économiques dans les territoires ruraux font l'objet d'un titre premier. Les dispositions relatives aux aides à l'installation des professionnels de santé sont incluses dans un titre III relatif à « l'accès aux services » et font l'objet d'un chapitre II spécifique. Il est exposé notamment que « l'accès aux services de santé est un facteur essentiel de l'équité territoriale ». Le texte de loi, reprend cette même distinction entre activités économiques et « accès aux services ».

Ainsi l'introduction de l'article L1511-8 du CGCT dans la section des « aides aux entreprises » semble bien être un régime spécifique d'intervention publique au sein d'une activité à dimension économique.

L'article L 1511-8 du CGCT prévoit des aides à l'installation des professionnels de santé en territoire rural de la part des collectivités territoriales et de leur groupement dans le cadre des schémas régionaux prévus par l'article L 1434-7 du Code de Santé publique, I al 1 et l'article R1511-44 pour son application.

En dehors de ce cadre, le paragraphe I al 2 dispose que : « les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent aussi attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales ».

La récente communication du Gouvernement sur les aides à l'investissement immobilier pour l'installation de maisons de santé, qui distingue le taux au sein du schéma régional - 35 % d'aide - et hors schéma - 25% d'aide à l'investissement - semble confirmer qu'il existe un régime spécifique d'intervention et qu'il peut avoir cours dans ou en dehors du schéma régional d'organisation des soins. En tout état de cause, le Gouvernement fonde son programme de financement sur le fait que l'offre de soins est placée « comme première priorité en terme de service public ».

Sur le fondement de ce qui précède, il apparaît donc qu'une collectivité ou son groupement peut avoir recours à la location vente et il n'apparaît pas que les aides à l'investissement immobilier pour l'installation des maisons de santé en milieu rural soient soumises aux conditions de plafond prévues notamment par les articles L 1511-3 et suivants du CGCT. Il apparaît au contraire que sur le fondement selon lequel il ne peut y avoir d'enrichissement sans cause du maître d'ouvrage public, il y ait bien nécessité de déduire l'ensemble des subventions perçues pour le projet et d'en tenir compte dans l'évaluation du prix de vente final.

3. Sur les considérations d'opportunité commandant cette solution.

Les motifs de sécurité juridique, financières et d'opportunité avaient été énoncés dans un premier courrier élaboré par Maîtres CINTAS et DELAYE, notaires. Ils sont rappelés pour mémoire et au compte de cette nouvelle synthèse.

Le crédit bail était alors évoqué, et paraît pouvoir être retenu puisque la CDC n'a jamais procédé à une telle opération. Toutefois, cette option ne paraît pas recevoir l'agrément des services de l'Etat. C'est donc une opération de location vente qui serait mise en place sur la base des mêmes considérations.

Elle offrirait la garantie d'une sécurité juridique pour l'ensemble des parties au terme d'une location-vente de 12 ans : au moment de la cession, aucun recours de tiers ne serait à redouter pour la déduction de loyers versés dans le cadre d'une location antérieure distincte.

D'une part, la CDC serait assurée de la pérennité de l'offre médicale puisque chaque professionnel qui souhaiterait quitter la location vente s'attacherait à trouver un successeur. Par ailleurs, le fait d'être en cours d'acquisition de locaux professionnels les inciterait plus facilement à rester durablement sur le territoire, notamment pour les nouveaux arrivants.

D'autre part, la CDC serait assurée de ne pas se retrouver en cours de remboursement d'emprunt sans rentrées financières pour en assurer la charge, et à l'issue de ne pas se retrouver propriétaire d'un bâtiment dont elle ne saurait que faire ou à réhabiliter entièrement.

Pour les professionnels de santé, cette opération leur permettra de trouver les mêmes conditions d'exercice qu'en milieu urbain et de concilier mutualisation des moyens, échanges de pratiques et pluridisciplinarité sur le plan professionnel en leur offrant une perspective d'implantation durable. Sur le plan personnel, cette structure permettra d'offrir à la nouvelle génération les conditions d'exercice qu'elle recherche désormais et qu'elle ne pense trouver, pour l'instant, qu'en milieu urbain.

Au cas d'espèce, la Communauté de Communes, comme les autres Communautés de Communes maîtres d'ouvrage du réseau des maisons de santé, ont la chance de bénéficier de praticiens mobilisés

dans le projet, qui ne se préoccupent pas seulement de leur pratique mais du devenir de l'accès aux soins pour la population de leurs territoires.

Elles ont ainsi la possibilité rare de pouvoir envisager l'implantation d'une maison de santé qui ne demeure pas une coquille vide. Pour cette raison, il est impératif de trouver une solution pérenne et sûre qui convienne à toutes les parties au projet dans le respect tant des dispositions que des objectifs propres à chacun.

Annexe : projet juridique et financier.

Location vente entre la Communauté de Communes et la Société Civile de Moyens (SCM) sur une durée de 12 ans avec rachat par la SCM au terme de cette période.

Calcul des loyers et du prix de vente :

Seul le bâtiment et ses abords font l'objet d'une cession, les emplacements de stationnements restent publics et donc propriété publique.

En l'état actuel du coût estimé de l'opération et des subventions attendues (dernières estimation juillet 2010).

Coût de l'opération 1 650 000 € TTC.

Le prix de vente total est calculé sur la base du coût de revient de la construction subventions perçues déduites.

Pour le coût restant à charge, un emprunt sera contracté par la CDC pour financer l'investissement.

La durée de l'emprunt est basée sur la durée de la période de location dans le cadre de la location vente.

Les loyers sont calculés pour couvrir annuellement la charge des intérêts et du remboursement du capital.

Sur la somme des loyers versés, une partie sera inscrite en redevance de fonctionnement pour rembourser les intérêts, une partie sera inscrite en recettes d'investissement pour le remboursement du capital.

Seule cette deuxième part de loyer sera déduite du prix acquitté à l'issue des 12 ans pour acquérir la propriété du bâtiment.