

Extraits d'une consultation juridique réalisée en 2007 sur les formes juridiques envisageable pour un pole de santé libéraux pluridisciplinaire

URML - Juin 2008

LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2008	2
LES SOCIETES CIVILES DE MOYENS	5
LE GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE	7
LES GROUPEMENTS D'INTERET ECONOMIQUE	8
L'ASSOCIATION LOI DE 1901	10
LA MISE EN PLACE D'UN PROJET IMMOBILIER	11

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 est le premier texte législatif à évoquer les maisons de santé (loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 JORF n°0296 du 21 décembre 2007).

L'expression y figure à neuf reprises.

L'article 44 de la loi est ainsi rédigé :

*I.- Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des **maisons de santé** mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.*

En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie;

2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

*Les expérimentations sont conduites par les missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale. A cet effet, les conventions qu'elles passent avec les professionnels de santé, les centres de santé et les **maisons de santé** volontaires sont signées par le directeur de la mission régionale de santé au nom des directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie. Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.*

Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du

I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.

*Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de **maisons de santé** qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les missions régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement.*

II.-A titre expérimental, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, les missions régionales de santé volontaires prévues à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale fixent, par dérogation à l'article L. 162-5 du même code, le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins. Elles financent également des actions et des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde, les centres de santé, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé.

A cette fin, les missions régionales de santé se voient déléguer par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale les crédits nécessaires. Ce fonds précise les limites dans lesquelles les missions régionales de santé fixent les montants des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins.

Les missions régionales de santé réalisent annuellement l'évaluation des expérimentations qu'elles ont conduites et la transmettent au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville ainsi qu'au Parlement.

Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont déterminées par décret, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et des organisations syndicales représentatives des médecins.

III.- L'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le 3°, après les mots : « Le programme annuel des actions, », sont insérés les mots : « y compris expérimentales, » ;

2° Après le 4°, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

*« 6° Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement des centres de santé et **des maisons de santé**, complétant ou se substituant au paiement à l'acte pour tous les professionnels de santé volontaires, ainsi que les expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins, selon des modalités définies par décret. »*

IV.-Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 183-1-1 du même code sont ainsi rédigés:

« Les engagements de ces réseaux de professionnels peuvent porter sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques des professionnels concernés, la maîtrise médicalisée des dépenses, la mise en œuvre des références médicales, la gestion du dossier médical et la mise en œuvre d'actions de prévention ou de dépistage. Des objectifs quantifiés peuvent être associés à ces engagements portant notamment sur le respect des recommandations, l'évaluation effective des pratiques des professionnels concernés, l'évolution de certaines dépenses ou la réalisation des actions de prévention ou de dépistage.

« Le contrat peut prévoir le montant des financements alloués à la structure en fonction du respect des objectifs ainsi que la méthode selon laquelle ils sont évalués. »

V.-Après le chapitre III du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis ainsi rédigé :

« Chapitre III bis « **Maisons de santé**

« Art.L. 6323-3. — **Les maisons de santé** assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

« **Les maisons de santé** sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. »

VI.-A titre expérimental, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, **les maisons de santé** peuvent se substituer aux médecins qui exercent en leur sein en ce qui concerne les accords de bon usage des soins prévus à l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, ainsi que pour adhérer aux contrats définis aux articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du même code ou conclure un contrat prévu à l'article L. 162-12-21 dudit code.

La définition juridique des maisons de santé est donc extrêmement sommaire. Il s'agit d'entités constituées entre professionnels de santé qui assurent des activités de soins.

Les Sociétés Civiles de Moyens

Les sociétés civiles de moyens ont été instituées par la [loi n° 66-879 du 29 novembre 1966](#) relative aux sociétés civiles professionnelles. L'article 36 de cette loi modifiée par la loi n° 72-1151 du 23 décembre 1972 dispose :

« Nonobstant toutes dispositions législatives ou réglementaires contraires, les personnes physiques ou morales exerçant des professions libérales, et notamment les officiers publics ou ministériels, peuvent constituer entre elles des sociétés civiles ayant pour objet exclusif de faciliter à chacun de leurs membres l'exercice de son activité ».

À cet effet, les associés mettent en commun les moyens utiles à l'exercice de leurs professions, sans que la société puisse elle-même exercer celle-ci. La société civile de moyens (SCM) est une forme particulière de société civile dotée de la personnalité morale ; toutes les dispositions des [articles 1832 et suivants et 1845 et suivants du Code civil](#) lui sont applicables pour autant qu'elles ne contredisent pas les dispositions de l'[article 36 de la loi du 29 novembre 1966](#).

Bien qu'inséré dans la loi relative aux sociétés civiles professionnelles dont les articles premier à 32, non applicables aux SCM, nécessitaient pour leur application l'adoption de décrets en Conseil d'État, l'article 36 de cette loi est entré directement et immédiatement en vigueur le jour de sa publication dans la mesure où il ne constituait pas une disposition cadre.

De sorte que toutes les professions libérales, réglementées ou non, peuvent constituer des SCM. La SCM, contrairement à la société civile professionnelle, n'exerce pas de profession ; elle fournit seulement des moyens matériels et humains à ses membres dans le but de faciliter l'exercice de leur profession.

Il en résulte que la SCM est la seule forme sociétale pouvant être retenue dans le cas d'une maison de santé.

L'objet des SCM est particulièrement restrictif puisqu'il se limite conformément aux dispositions de l'article 36 de la loi du 29 novembre 1966 à "faciliter à chacun de leurs membres l'exercice de son activité". Cet objet a un caractère exclusif : une SCM ne peut avoir d'autres activités. En pratique, la SCM n'a pas vocation à réaliser des bénéfices en vue de leur partage. En aucun cas, la société ne peut exercer la ou les professions de ses membres. De ce fait, la SCM ne peut faire l'objet de poursuites disciplinaires, tandis que ses membres peuvent l'être selon la profession qu'ils exercent.

Les associés d'une SCM ne peuvent être que des membres d'une ou plusieurs professions libérales. Il peut s'agir de membres exerçant à titre individuel comme de personnes morales telles que les sociétés civiles professionnelles ou les sociétés d'exercice libéral. Les sociétés de sociétés sont donc permises.

Les membres d'une SCM peuvent exercer des professions libérales différentes.

Une inter-professionnalité est possible.

Les associés sont indéfiniment et conjointement responsables, mais non solidairement ; la solidarité ne se présument pas entre non-commerçants. Les associés de la SCM exercent leur profession en toute indépendance ; cette indépendance subit toutefois l'influence sociétaire ; elle sera ainsi limitée par l'obligation de ne pas troubler l'activité des autres associés.

La SCM, n'exerçant pas la profession de ses membres, n'encaisse aucune recette, or elle a besoin de financer les moyens humains et matériels mis à la disposition des associés pour faciliter l'exercice de leur profession.

Cette forme de société peut donc poser des difficultés pour l'attribution de subventions. Celles-ci devront en principe être attribuées aux membres de la SCM et non à la SCM elle-même, sauf à trouver un accord avec les organismes de subvention.

Les tutelles peuvent verser directement leurs subventions à une maison de santé constituée sous forme de SCM. Toutefois, le comptable public pourra refuser de procéder au versement d'une subvention au motif qu'une SCM ne peut avoir de recettes. Il pourrait ainsi exciper de l'irrégularité de l'ordre de paiement.

L'analyse du versement est propre à chaque comptable public et vous ne pourrez obtenir un accord général mais simplement un accord au cas par cas.

Par ailleurs, les aides dont il s'agit pourraient être assimilées à un bénéfice par l'administration fiscale qui pourrait les soumettre aux impôts commerciaux (impôt sur les sociétés, taxe professionnelle, TVA...). Même si une telle requalification est avant tout théorique, ce risque de fiscalisation ne peut être exclu.

De plus, la SCM ne pourra pas en principe recevoir de subventions destinées à rémunérer des interventions ponctuelles. De telles subventions ne devraient être attribuées qu'aux membres de la SCM (et non à la SCM).

Comme indiqué précédemment, les membres de la SCM peuvent être des SEL qui, elles pourraient recevoir de telles subventions et rémunérer ces membres (donc, indirectement les membres de la SCM).

Le groupement de coopération sanitaire

Depuis la publication de l'ordonnance du 4 septembre 2003 et du décret n° 2005-1681 du 26 décembre 2005 relatifs aux groupements de coopération sanitaire, cinq types de GCS co-existent¹ :

1 – Le GCS dont l'objet est de « *permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels libéraux membres ou associés du groupement* » (art. L. 6133-1-1° du code de la santé publique). Ce GCS est destiné à permettre des interventions croisées de professionnels de santé relevant de statuts différents (salariés, agents publics et libéraux) qui exercent en commun des soins au sein de cette institution tout en gardant leurs modes de rémunération spécifiques (art. L. 6133-2, R. 6133-20 et R. 6133-21 du code de la santé publique).

2 – Le GCS dont la mission est de « *réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L. 6122-1* » (art. L. 6133-1-2° du code de la santé publique).

3 – Le GCS qui est « *autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la demande des établissements membres, à exercer les missions d'un établissement de santé* » (art. L. 6133, al. 6, du code de la santé publique). La création de cette catégorie nouvelle de GCS est conditionnée par la publication d'un décret destiné à préciser les conditions de son financement. Ce texte annoncé de puis plus n'a toujours pas été publié. Il ne peut donc en être question ici.

4 – Le GCS qui peut être, à la demande de ses membres, « *autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux* » (art. L. 6133, al. 6, du code de la santé publique) est difficile à distinguer du GCS autorisé « *à exercer les missions d'un établissement de santé* ».

5 – Enfin, le GCS constitutif d'un réseau de santé (art. L. 6133- 4 du code de la santé publique) qui semble également exiger la publication d'un texte réglementaire, sauf à ce qu'il relève plus simplement de l'une des quatre catégories précédentes. Ce type de G.C.S est donc à écarter pour le moment.

Actuellement les conventions constitutives de GCS ne peuvent donc mettre en place que des GCS de type 1, 2 ou 4 ou des GCS cumulant les caractéristiques des types 1,2 et 4.

¹

Or ces trois catégories de G.C.S. nécessitent la présence en leur sein d'un établissement de santé.

La notion de GCS est donc incompatible avec le tout nouvel article L 6323-3 du code de la santé relatif aux maisons de santé.

Les Groupements d'Intérêt Economique

Le groupement d'intérêt économique institué par l'[ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967](#) (*Journal Officiel 28 Septembre 1967*), modifiée par la [loi n° 89-377 du 13 juin 1989](#) (*Journal Officiel 15 Juin 1989*), est une personne morale constituée par deux ou plusieurs personnes physiques ou morales pour une durée déterminée. Le but de ce groupement est de faciliter ou développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité ; il n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même ([C. com., art. L. 251-1 à L. 251-13](#)).

Cette définition fait du GIE un instrument de groupement et de concentration entre entreprises tout à fait original, présentant une triple caractéristique : le GIE doit avoir un but économique, son but n'est pas de réaliser pour lui-même des bénéfices. Enfin, il ne peut être que le prolongement de l'activité de ses membres.

Ces critères permettent de qualifier le GIE. Ce groupement est, en effet, une institution originale qui ne peut être assimilée à une association ou à une société (Pour plus de détails, [V. J.-Cl. Sociétés Traité, Fasc. 166-20](#)). Comme l'association à but lucratif, constituée en vue de permettre à ses membres de profiter d'une économie, le GIE peut remplir la même fonction auprès de ses membres. Mais le GIE, à la différence de l'association, a une pleine capacité juridique. Il présente certains traits communs avec la société. Comme elle, il peut viser la réalisation de bénéfices et la réalisation d'économies. Toutefois, le GIE devant avoir une activité dans le prolongement de l'activité économique de ses membres, ne peut poursuivre une activité distincte de ceux-ci ; si l'activité du GIE est nouvelle par rapport à celle de ses membres, on se trouve en présence d'une société et non d'un GIE ; de même le GIE ne doit pas se substituer à ses membres pour exercer une activité commerciale, un tel GIE deviendrait une société de fait. Son but n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même ([C. com., art. L. 251-1, al. 2](#)).

Le GIE bénéficie d'une grande souplesse, les fondateurs ont une part de liberté importante dans la rédaction des statuts. Les membres du groupement peuvent déterminer les activités les plus diverses, à condition toutefois qu'elles se situent dans un secteur économique et dans le prolongement de celles de ses membres; l'objet peut être civil ou commercial. Toute personne physique ou morale exerçant une activité économique et ayant la capacité de s'obliger peut participer à un GIE. Le GIE peut être titulaire d'un bail commercial ([C. com., art. L. 251-4](#)).

Un GIE peut être constitué avec ou sans capital. En présence d'un capital, celui-ci peut être variable, aucun capital minimum n'est requis ; les apports peuvent être en numéraire, en nature, en jouissance. L'administration est librement organisée par le contrat, avec un ou plusieurs administrateurs. Sauf dispositions particulières, le contrôle de la gestion et des comptes sociaux est organisé par les statuts.

L'organisation des assemblées, ainsi que les quorum et majorité sont librement déterminés par le contrat. Les statuts, sur ce point, ont une grande liberté d'adaptation pour fixer les droits et obligations des membres. À noter que le GIE partage cette souplesse avec la société par actions simplifiée.

Le GIE bénéficie ici aussi d'un régime de faveur. Lors de la constitution, les apports purs et simples sont soumis au droit fixe de 75 euros, ceux à titre onéreux, aux droits de vente. Il en est de même des cessions de parts soumises au droit fixe des actes innommés. La transparence fiscale qui s'impose au GIE a pour effet de faire remonter les bénéfices ou les pertes du groupement jusqu'à ses membres.

Les membres du GIE sont indéfiniment et solidairement responsables des dettes du groupement. Par ailleurs, la très grande souplesse des [articles L. 251-1 à L. 251-23 du Code de commerce](#) est un handicap : pour éviter des litiges, une rédaction précise s'impose ; on se rend compte, en pratique, qu'il est difficile de "tout" prévoir ; **le bon fonctionnement exige donc en fait, un esprit très fort de coopération et des rapports étroits de confiance.**

Enfin, sur le plan financier, pour avoir accès au crédit bancaire, les entreprises doivent respecter un certain rapport entre fonds propres et engagements ; en raison du mode de financement fréquemment adopté, le GIE ne se trouve guère présenter un ratio favorable mais cette situation est souvent compensée par la garantie financière de membres indéfiniment et solidairement responsables. Le recours aux emprunts obligataires est réservé aux GIE composés de membres ayant une forme juridique déterminée.

À moins que le GIE assujetti à la TVA n'ait qu'un rôle de mandataire à l'égard de ses membres pour les opérations réalisées avec ceux-ci, il n'y a pas, à quelques rares exceptions près (*CGI, art. 261-B*), de possibilité de transférer à ses membres les droits à déduction dont dispose le GIE. Le GIE est redevable, dans les conditions de droit commun, des taxes liées à son activité : taxe professionnelle, taxe d'apprentissage, participation à la formation professionnelle continue, à l'investissement obligatoire dans la construction.

Il résulte de ce qui précède que le G.I.E. semble être le cadre juridique le plus pratique pour constituer une maison de santé.

Note de l'URML Bretagne : Toutefois, les membres sont indéfiniment et solidairement responsables des dettes du groupement ce qui veut dire que les membres du groupement sont tenus des dettes de celui-ci sur leur patrimoine propre et sont solidaires ce qui permet à chaque créancier de réclamer paiement à chacun d'eux de l'intégralité de sa créance...

L'association loi de 1901

L'[article 1er de la loi du 1er juillet 1901](#) (*Journal Officiel 2 Juillet 1901, p. 4025-4027*) définit l'association comme la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est donc un groupement de personnes physiques ou morales (des associations, des sociétés et même des personnes morales de droit public peuvent être membres d'une association) réunissant leurs connaissances ou leur activité et des moyens matériels dans un dessein autre que celui de partager des bénéfices (*V. R. Brichet, Associations et syndicats : Litec, 6e éd. 1992*).

L'association est fondée sur un intérêt collectif qui dépasse les intérêts individuels de chacun de ses membres. Ces derniers doivent donc collaborer à la réalisation de l'objectif défini dans le contrat d'association. On parle d'*affectio consociationis* (*Associations : Dalloz Action 2000, n° 7*) ou d'*affectio associatonis* (*CA Poitiers, 24 sept. 2002 : [Juris-Data n° 2002-190318](#)*).

Le but commun ne découle pas forcément des statuts, il peut résulter des actes de l'association ou de ses adhérents. À défaut de but commun, l'association est fictive et sera dissoute par le juge.

L'objet même de l'association est donc difficilement conciliable avec celui d'une maison de santé qui vise la réunion de professionnels de santé exerçant des activités de soins dans un but le plus souvent lucratif. Cette forme juridique doit donc être écartée.

LA MISE EN PLACE D'UN PROJET IMMOBILIER

La création d'une maison de santé s'accompagne généralement d'un projet immobilier. La solution la plus simple en terme de lisibilité (attribution de subventions...) serait que la maison de santé elle-même soit propriétaire de ses locaux. Ainsi une SCM constituant une maison de santé pourrait parfaitement être propriétaire d'un immeuble. Cependant son intérêt patrimonial est limité. Il s'agira en effet d'un actif immobilisé au sein de l'entreprise. Lors de la prise de retraite, seules les parts de SCM avec l'immobilier attaché, pourront être vendues. Le nombre d'acquéreurs potentiels sera donc limité aux professionnels de santé. La revente est incertaine. Le prix encore plus.

Par ailleurs, l'acquisition de bien immobilier par un GIE ne présente aucun intérêt dans la mesure où les titres du GIE ne sont pas négociables. La sortie du GIE ne permettrait donc pas de retour sur investissement.

Une autre solution envisageable est la création d'une société civile immobilière (SCI) entre les professionnels de santé participant à la maison de santé. Inclure de projet immobilier au sein de la SCM est à priori la solution la plus simple.

Premièrement, un associé peut rester propriétaire des parts de SCI après la prise de retraite et en tirer un loyer.

Deuxièmement, il peut vendre soit des parts de SCI à ses anciens associés ou à des tiers, soit la SCI peut elle-même vendre le bien immobilier.

D'un point de vue stratégique et fiscal, la SCI soumise à l'impôt sur le revenu semble constituer le montage le plus approprié. Si le bien est détenu depuis plus de 15 ans, aucune imposition sur la plus-value ne sera applicable.

Il faut souligner que la SCI ne pourra apparaître comme étant la maison de santé. **Seule la structure d'exercice peut constituer une maison de santé. De ce fait, le versement de subventions destinées à la création de maison de santé à une SCI peut poser problème.** En effet, les pouvoirs publics, les collectivités locales et l'assurance maladie pourraient refuser le versement de subventions à une SCI, constituées entre professionnels de santé intervenant au sein d'une maison de santé, mais juridiquement indépendante de cette dernière.

Toutefois, les cabinets médicaux et à fortiori les maisons de santé semblent relever, en l'absence de jurisprudence contraire, du régime de droit commun d'aides des collectivités locales décrit à l'article L. 1511-3 du Code général des collectivités territoriales relatif aux aides à l'investissement immobilier des petites et moyennes entreprises, dès lors qu'elles sont implantées en dehors des zones déficitaires visées à l'article L. 162-47 du Code de la santé publique.

L'aide versée peut l'être à une SCI et à une SCM, c'est d'ailleurs ce que confirme explicitement la circulaire susmentionnée du 3 juillet 2006 pour les SCI.