

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

Les 10 Commandements de l'Expert-Comptable

Comme chacun le déplore, les déserts médicaux gagnent du terrain, même les métropoles seraient atteintes, le pays en compterait 192 où vivraient environ 2,5 millions de personnes.

Comme chacun l'observe, le grand âge devient courant, en 2050, les personnes de plus de 80 ans seraient près de 8 millions, entraînant une forte hausse des affections de longue durée qui frappent un octogénaire sur deux.

Aussi, pour densifier le maillage médical territorial et endiguer la prolifération des maladies chroniques, le système de santé est en cours de révision. L'enjeu consiste à quitter un modèle doté d'un centre de gravité dominant, le CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) avec la médecine de ville à sa périphérie pour adopter une organisation multipolaire fondée sur le regroupement pour unir les forces et éviter la dispersion, source de déperdition d'énergie.

A cet effet, le Gouvernement entend mettre en place, dans les prochains mois, sur tout le pays, entre 100 et 150 GHT (Groupement Hospitalier de Territoire), comportant 2 à 13 hôpitaux, couvrant des bassins de population de 140.000 à 1.000.000 d'habitants, le but étant de mutualiser certaines activités, de rationaliser l'offre de soins et de réduire les coûts.

Dans cette optique, le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) a dénombré 2.378 « bassins de vie » considérés comme des aires de bonne dimension pour des PSP (Pôle de Santé Pluri-professionnel) développant un réseau associant des professionnels médicaux (médecins, infirmières...), des pharmaciens, des ambulanciers, des cliniques, des maisons de retraite (EHPAD,...), des MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire).

Cette redistribution des rôles, cette redéfinition des tâches devraient favoriser l'action, la concertation et l'articulation entre les acteurs de la médecine : le CHU devrait essentiellement se consacrer à la médecine d'excellence, des CAU (Centre Ambulatoire Universitaire) devraient être créés, les hôpitaux devraient être spécialisés quant à leurs prestations et désengorgés quant à leurs services d'urgence, la médecine de qualité, de premier recours dispensée par le corps médical devrait être améliorée grâce à une accessibilité accrue et une inter-professionnalité renforcée.

A cet égard, la MSP est la structure cardinale de base car elle permet de réunir des professionnels de santé de toute formation (médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières...) au sein de plates-formes sanitaires de soins primaires, équipées pour soigner sur place, pour télé-consulter et pour rayonner grâce à des soignants mobiles intervenant ponctuellement ou régulièrement dans des zones sensibles ou isolées, sous-dotées médicalement.

Quant à sa forme juridique, sans être une obligation, la MSP peut judicieusement opter pour la SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) dont les spécificités sont parfaitement adaptées à son objet.

En effet, seule, la SISA, composée d'au moins de deux médecins et d'un auxiliaire médical, offre deux facultés :

- d'une part, elle permet la mise en commun de moyens entre professionnels de santé à l'instar d'une SCM (Société Civile de Moyens)

- d'autre part, elle seule permet l'exercice en commun de certaines activités médicales entre divers professionnels de santé

Ainsi, la SISA est l'unique société qui réunit des professionnels de santé de toute nature en vue d'une coopération, d'une coordination et d'une éducation thérapeutique autorisant l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (NMR).

Aussi, la SISA est l'entité idoine pour une MSP dans la mesure où elle permet d'agréger différents professionnels de santé tant sédentaires que nomades, de créer des antennes dans des zones mal desservies ou peu nanties en professionnels de santé, de traiter des pathologies chroniques de façon préventive et interdisciplinaire, de percevoir des rémunérations forfaitaires de type NMR accordées par les Agences Régionales de Santé (ARS) et des subventions octroyées par des collectivités et même d'être agréée ou labellisée « Maison de Santé Universitaire Ambulatoire » (MSUA) si cette structure voit le jour dans le cadre de « l'universitarisation » de la médecine générale en tant que discipline.

Parmi les facteurs de réussite d'une SISA, dix points- clefs peuvent être soulignés par l'Expert-Comptable sollicité à son sujet.

1 – Une SISA peut se contenter de n'être qu'une SCM ; par exemple, si deux médecins et une infirmière entendent partager des moyens, ils peuvent constituer une SISA au lieu d'une SCM, dans un premier temps, ils ne répartissent que des charges entre eux mais ils se ménagent la possibilité d'exercer en commun, dans un deuxième temps, sans refonte des statuts.

2 – Une SISA est appelée à associer des professionnels de santé mus par un projet de santé commun, soudés par une même conception de la pratique médicale, engagés dans la durée certes pour partager des charges mais aussi et surtout poursuivre la même finalité médicale : si l'affectio societatis n'est pas réel, fort, désiré, ressenti par chacun, autant s'abstenir.

3 – La SISA a des statuts qui doivent être enregistrés, transmis aux ordres professionnels et à l'ARS dont dépendent les associés ; aussi il convient d'inclure dans les statuts les seules mentions obligatoires qu'ils doivent comporter et de prévoir un pacte d'associés pour régir les relations entre eux et un règlement intérieur pour préciser le fonctionnement interne et quotidien.

4 – La SISA qui est une société civile laquelle peut, depuis 2017, opter pour l'impôt sur les Sociétés (IS) à titre irréversible, doit être implantée dans des locaux répondant à deux critères : d'une part respecter les conditions propres à un Etablissement Recevant du Public (ERP) et d'autre part disposer d'espace pour assurer son éventuel développement. Aussi, des locaux inutilisés peuvent provisoirement être loués à des tiers ; pour éviter d'encourir une requalification fiscale, à l'instar de la SCM assujettie à l'IS lorsque ses recettes avec des tiers dépassent 10% des recettes totales, les locaux afférents à une SISA devraient détenus par une Société Civile Immobilière (SCI) et loués nus tant à la SISA qu'à des tiers.

5 – La SISA n'est pas une société commerciale, elle est une société de personnes dont le but n'est pas lucratif, dont l'intention n'est pas capitalistique, dont la vocation consiste à exercer en commun. Tel est l'esprit qui devrait animer les associés quant à l'entrée désirée et la sortie voulue ou forcée d'un associé. Les conditions d'agrément, de retrait, la méthode de valorisation des parts devraient être inscrites dans les statuts. Le pacte d'associés pourrait prévoir chaque année une estimation indicative de la part pour éviter toute surprise conflictuelle, le moment venu.

6 – La SISA est fondée sur le partage tant des charges que des NMR. Quant aux charges, chaque catégorie peut relever d'une clef de répartition distincte, il en est ainsi de l'espace occupé, le matériel utilisé, le personnel employé... Quant aux NMR, il convient de distinguer la quote-part affectée à la couverture des frais de structure de l'enveloppe à répartir entre les professionnels en fonction de leur activité médicale. Le règlement intérieur pourrait prévoir une révision annuelle pour écarter tout ressentiment et pour ajuster les appels de fonds à venir en fonction de la réalité acceptée par chacun.

7 – La SISA peut, outre des professionnels de santé libéraux, intégrer un ou des pharmaciens ; toutefois, cette possibilité est à éviter car le pharmacien relève des Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) et de la TVA. Cet assujettissement (BIC, TVA) d'un associé conduirait la SISA à tenir tant une comptabilité commerciale que libérale sauf si le pharmacien intervient, tel un libéral, en tant que consultant.

8 – La SISA est conduite d'un côté à percevoir, telle une SCM, des fonds de la part de ses associés pour couvrir les charges et financer les investissements, des subventions de la part des ARS ou des collectivités pour couvrir des frais de structure ou financer des investissements, des NMR de la part des ARS, via les caisses primaires d'assurance maladie, pour rémunérer les activités médicales et de l'autre côté à reverser leur quote-part de NMR à chaque Associé. La résultante de ces mouvements de fonds doit permettre d'équilibrer les charges ; si un surplus de trésorerie est dégagé, il peut être considéré comme un fonds de roulement de précaution conservé par la SISA, le bénéfice de la SISA étant égal au montant net total des NMR à répartir entre les associés.

9 - La SISA est fiscalement transparente ; composée de professionnels médicaux libéraux, elle relève des Bénéfices Non Commerciaux (Déclaration Contrôlée BNC 2035) et elle doit donc adhérer à une Association Agréée. Fiscalement, comme ses associés, elle peut recourir soit au régime « encaissements-décaissements » soit au régime « créances –dettes » ; pour éviter la lourdeur de deux systèmes, le pacte d'associés peut imposer à chaque associé la méthode la plus courante « encaissements-décaissements ». Chaque année, la SISA communique à chaque associé le montant de sa redevance, correspondant à la couverture de ses charges, à inscrire sur la ligne 16 – BG de sa déclaration « BNC 2035 » et le montant de son bénéfice « NMR » à porter directement sur sa déclaration d'ensemble des revenus « 2042 » en sus de son bénéfice propre à son activité individuelle. la Déclaration Sociale des Indépendants (DSI) de chaque associé doit intégrer ses charges sociales obligatoires et facultatives et son bénéfice global dont les NMR perçus.

10- La SISA doit, quant à son organisation, obligatoirement être dotée d'une gérance et facultativement nommer un coordinateur. Les statuts peuvent prévoir l'élection de deux gérants pour 6 ans chacun, leurs mandats étant décalés de 3 ans pour minorer le risque d'une vacance de la gérance. La gérance peut être rémunérée ou gracieuse, les statuts peuvent fixer le principe, le pacte d'associés peut arrêter le quantum. Pour le bon fonctionnement de la SISA, un coordinateur, si

possible salarié à plein temps interne à la SISA semble indispensable ; en charge de la gestion quotidienne, il est un catalyseur en faveur des associés et un interlocuteur précieux pour les tiers.

Ainsi, la qualité de la médecine, au regard des soins dispensés et du coût supporté, dépend, dorénavant, d'une organisation territoriale et structurelle, d'un partenariat « public-privé » plus étroit, plus harmonieux, d'un réseau de professionnels de santé moins solitaires, plus solidaires, moins isolés, plus connectés.

Dans cette perspective, dans ce schéma, la MSP revêtant la forme d'une SISA est un maillon vital de la chaîne médicale. Comme pour toute entreprise, le succès d'une MSP dépend des hommes qui l'animent ; l'outil juridique (la SISA) existe : aux acteurs de se l'approprier pour mener à bonne fin un projet partagé ! Alors des économies d'échelle pourront être réalisées, alors l'exercice en commun bénéficiera tant aux soignés qu'aux soignants, alors l'activité propre à chaque associé sera facilitée.

A ce jour, il existerait près de 800 MSP ; pour améliorer le maillage du territoire et renforcer l'offre de soins, la création d'environ 5.000 MSP serait requise.

A défaut d'être une panacée, la SISA est un paradigme appelé à être appliqué.

Benjamin Rigaud

Expert-Comptable

Pascal Rigaud

Expert-Comptable