

CENTRES DE SANTÉ : CRÉATION DE VALEUR ET INTÉRÊT DU PATIENT ET DES PRATICIENS

*par Simonetta Giordano, Partner, Transactional Healthcare & Life Sciences,
Simmons & Simmons Paris,
et Laurène Salmon, Supervising Associate, Transactional Healthcare & Life Sciences,
Simmons & Simmons Paris*



Simonetta Giordano



Laurène Salmon

Idéalement envisagé comme une structure de proximité à vocation non lucrative, le centre de santé est aujourd'hui une structure d'exercice dont le développement va croissant, à l'instar de la demande de soins exprimée par les patients. L'exercice des activités de soins, hormis en établissement de santé (hôpital, clinique, etc) s'inscrit, en effet, dans deux types principaux de structures : le cabinet médical/société d'exercice libéral, détenu majoritairement ou exclusivement par des

praticiens et le centre de santé, détenu soit par des établissements de santé soit - et principalement - par des associations. Ces derniers sont effectivement largement majoritaires mais dépendent d'une forme juridique héritée de la loi de 1901, dont on peut se demander si elle est vraiment adaptée aux besoins croissants d'investissements nécessaires à satisfaire la demande de soins.

Ainsi, se déploient désormais de véritables logiques de groupe parmi les associations qui détiennent les centres de

santé pour gagner en efficacité, et cela tout en respectant un cadre qui repose, à juste titre, sur l'intérêt du patient, la transparence et l'indépendance absolue des soins mais aussi sur une logique peu adaptée d'absence de but lucratif.

Un secteur attractif

L'attrait des investisseurs pour l'offre de soins ne relève pas d'un effet de mode. Il s'appuie sur des fondamentaux solides. Entre 2020 et 2024, les fonds de capital-investissement ont, à eux seuls, investi en fonds propres plus de 4 milliards d'euros dans l'offre de soins de premier recours¹. Plusieurs facteurs, largement interdépendants, alimentent ce mouvement : pénurie d'offre sur certains types de soins ou territoires, montée rapide du salariat médical, aspiration des jeunes praticiens à un exercice collectif dégagé des contraintes de gestion, besoins d'investissement croissants et départs à la retraite de praticiens en quête de repreneurs². Ces facteurs sont une réalité du marché qui doit être prise en compte et que la puissance publique ne peut absorber seule.

À ces éléments s'ajoute une caractéristique souvent mise en avant par les acteurs du secteur : une demande solvabilisée en partie par l'assurance maladie, avec des délais de paiement courts, dans un secteur porté par le vieillissement démographique³. Les marges sont faibles, et contraintes par le niveau de remboursement, mais l'activité de soins est malgré tout résiliente et la demande croissante. Ces caractéristiques contribuent à l'attractivité du secteur pour les investisseurs. Les centres dentaires, ophtalmologiques et, plus récemment, de soins primaires figurent expressément parmi les segments concernés par ces dynamiques de concentration et de financiarisation⁴.

Pour les investisseurs, la question se pose moins en termes d'opposition entre secteur public et secteur privé qu'en termes de gouvernance, d'organisation et de création de valeur. L'analyse s'articule souvent autour de trois interrogations : qui contrôle, qui gère, et où se crée la valeur⁵. Le tout avec une conscience forte que priment les valeurs cardinales : intérêt du patient et indépendance du praticien.

Du centre isolé au groupe de centres : anatomie d'un montage

Pour les acteurs familiers des opérations de sociétés, le recours à l'association ne constitue pas nécessairement une contrainte de structuration mais elle recèle cependant une foule de subtilités. La loi du 1er juillet 1901 définit l'association comme une convention poursuivant un but autre que le partage de bénéfices, tout en laissant une large liberté statutaire et en permettant, une fois l'association déclarée, l'acquisition de la personnalité juridique et, partant, la capacité de contracter, d'employer, de louer et de détenir un patrimoine⁶. Plusieurs principes du droit des sociétés peuvent être transposés aux associations. Mais, selon l'adage bien connu, le diable est dans les détails et tout n'est pas forcément transposable. Notamment une contrainte importante, liée au caractère non lucratif : le Code de la santé publique précise que les bénéfices d'un centre de santé ne peuvent être distribués, mais qu'ils peuvent être mis en réserve ou réinvestis dans d'autres centres gérés par le même organisme⁷. Ceci dit, en pratique, l'absence de distribution des bénéfices n'exclut pas – bien au contraire – la mise en place d'une organisation bénéficiaire, structurée à l'échelle d'un réseau.

Dans certains réseaux, cette logique conduit à retenir une organisation reposant sur plusieurs associations gestionnaires, parfois à raison d'une association par centre. La plupart des réseaux, en effet, se sont structurés initialement autour d'une ou d'un petit nombre d'associations, chacune créant des centres de santé qui en sont l'émanation (comme des sociétés le feraient de succursales). Et avec le temps, dans une recherche d'efficacité, notamment financière, plusieurs réseaux ont préféré opter pour le modèle d'une association par centre.

La logique se rapproche de celle observée dans les groupes de sociétés : cloisonnement des risques, gouvernance dédiée, facilité d'entrée ou de sortie d'un établissement, gestion financière ciblée.

En pratique l'opération de séparation d'une association en plusieurs, est ambitieuse. L'outil de transfert est tout à fait familier aux praticiens du M&A : l'apport partiel d'actifs,

¹ Rapport IGF/IGAS, Causes et effets de la financiarisation du système de santé, mai 2025.

² Ibid.

³ Y. Bourgueil, D. Benamouzig, La financiarisation dans le secteur de la santé : tendances, enjeux et perspectives, Note de la Chaire santé de Sciences Po, 2023, p. 5.

⁴ Ibid., p. 7 ; Sénat, Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ?, rapport d'information, sept. 2024.

⁵ Note Chaire santé Sciences Po, 2023, préc.

⁶ Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, art. 1 et 5.

⁷ Art. L. 6323-1-4 du Code de la santé publique.

qui permet de transmettre une branche autonome d'activité, ici l'exploitation d'un centre, vers une entité dédiée. On y retrouve les réflexes du carve-out : définition du périmètre, intervention du commissaire aux apports, valorisation et calendrier. Cependant, le cadre associatif est très peu adapté aux impératifs d'efficacité et à la cadence du monde des affaires. Pour conjuguer ce hiatus, les chausse-trappes et les spécificités devront être anticipées et suivies avec soin.

Reste ensuite la question de la création de valeur dans un modèle où les bénéfices ne peuvent être distribués. Celle-ci résulte d'une part, de la gestion financière ciblée, centre par centre qui permet de réaliser des économies substantielles et d'autre part, des activités de gestion et des services mutualisés mis en place à l'échelle du réseau.

Le modèle repose sur l'externalisation d'une partie importante des fonctions support, hors activités de soins proprement dites, lesquelles sont nécessairement sanctuarisées dans l'association. RH, systèmes d'information, achats, comptabilité, facturation et, parfois, gestion des locaux ou du matériel, peuvent ainsi être mutualisés et refacturés par une société de services.

Ce schéma est régulièrement observé dans les réseaux de centres de santé, articulé autour du tandem association gestionnaire / société de gestion. Le rapport IGS-IGAS l'illustre au travers du réseau Dentytis-Ophtalys, dans lequel l'investisseur intervient au niveau d'une société commerciale fournissant des prestations de services aux centres de santé constitués sous forme associative⁸. Dans ce type d'organisation, la création de valeur peut résulter en partie des prestations de gestion et de services rendues au réseau.

Le levier fiscal : la question de la TVA

Ce modèle se heurte toutefois à une contrainte structurante. Les prestations de soins étant, en principe, exonérées de TVA, la TVA grevant certaines prestations de gestion facturées au réseau peut devenir un coût définitif lorsqu'elle n'ouvre pas droit à déduction. Refacturées en cascade, ces prestations peuvent ainsi alourdir l'ensemble de l'édifice.

Dans cette perspective, le régime de l'assujetti unique, ou « groupe TVA », prévu à l'article 256 C du CGI, peut constituer un outil pertinent. Il permet de traiter comme un seul assujetti des entités juridiquement distinctes mais étroitement liées entre elles sur les plans financier, économique et d'organisation. Les opérations réalisées entre membres deviennent alors des opérations internes, hors champ de la TVA⁹. Ce mécanisme peut présenter un intérêt significatif dans certaines configurations, il n'efface pas la TVA du secteur, mais il apporte une cohérence économique lorsque les conditions de liens sont effectivement réunies¹⁰. Dans un réseau structuré en de multiples associations, la composition des membres et l'architecture de gouvernance doivent donc être pensées dès l'origine.

Dans ce contexte, les choix de structuration juridique dépassent les seules considérations de conformité et participent pleinement à l'organisation économique des réseaux. La pluralité des statuts, la gouvernance et la protection du patrimoine occupent à cet égard une place centrale¹¹.

Une réglementation qui se durcit

Cette liberté de structuration s'exerce toutefois sous une surveillance croissante. Le développement de réseaux structurés s'est accompagné d'un renforcement progressif du cadre de contrôle applicable.

L'indépendance est le premier point de vigilance. Le dirigeant d'un centre ne peut exercer de fonction dirigeante au sein de la structure gestionnaire lorsqu'il a un intérêt, direct ou indirect, avec des entreprises privées délivrant des prestations rémunérées à cette structure¹², précisément le point sensible des montages fondés sur la facturation de services. Les textes maintiennent toutefois une séparation nette entre la gouvernance économique du réseau et l'exercice des activités de soins : les professionnels sont salariés et, dans les centres dentaires ou ophtalmologiques, un comité dentaire ou médical réunit les praticiens, à l'exclusion du représentant du gestionnaire¹³.

La transparence est devenue la règle. Depuis la loi du 19 mai 2023, l'ouverture d'un centre dentaire,

⁸ Rapport IGF/IGAS, Causes et effets de la financiarisation du système de santé, mai 2025

⁹ Art. 256 C du CGI ; BOFiP, BOI-TVA-AU-20230920.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Note Chaire santé Sciences Po, 2023, préc., pp. 41-42.

¹² Art. L. 6323-1-3, II, du Code de la santé publique.

¹³ Art. L. 6323-1-5 du Code de la santé publique.

ophtalmologique ou orthoptique est soumise à un agrément préalable de l'ARS, et le dossier suppose de déclarer les liens d'intérêts des membres de l'instance dirigeante ainsi que les contrats liant l'organisme gestionnaire à des sociétés tierces¹⁴.

Le choix des personnes composant l'instance dirigeante de l'association devient dès lors critique dans les groupes structurés autour du tandem association / société de gestion. Le régulateur dispose par ailleurs de moyens renforcés : injonctions, amendes administratives pouvant atteindre 500 000 euros, suspension, voire fermeture, avec des sanctions pouvant viser l'organisme gestionnaire ou son représentant légal¹⁵.

À cette dimension s'ajoute une réalité opérationnelle souvent sous-estimée : le changement d'entité gestionnaire n'est pas neutre. Il touche aux autorisations, aux identifiants FINESSE et à des obligations déclaratives auprès de l'ARS, dont les délais peuvent peser lourd sur le calendrier d'une opération.

Une plateforme d'organisation sous l'œil du régulateur

Au-delà de sa fonction de lieu de soins, le centre de santé peut aujourd'hui s'inscrire dans des organisations plus larges associant plusieurs établissements, des fonctions mutualisées et parfois des capitaux extérieurs, sans jamais s'affranchir de son socle associatif¹⁶. Pour les investisseurs et les opérateurs du secteur, l'enjeu réside désormais moins dans la possibilité de mettre en œuvre de telles structures que dans leur capacité à concilier efficacité économique, indépendance des soins et exigences réglementaires croissantes. La pérennité de ces organisations dépendra largement de cet équilibre. Sans oublier que l'intérêt souverain qui doit être poursuivi en priorité est celui du patient. La France vantant l'un des systèmes de santé les plus qualitatifs au bénéfice du patient, l'objectif commun autour duquel se rassemblent tous les acteurs est celui d'offrir un soin adapté et de qualité aux patients, dans la transparence et dans le respect de l'indépendance et du professionnalisme des praticiens¹⁷.

¹⁴ Loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 ; art. L. 6323-1-11 du Code de la santé publique.

¹⁵ Art. L. 6323-1-12 du Code de la santé publique.

¹⁶ Rapport IGF/IGAS, mai 2025, préc.

¹⁷ Nous adressons nos vifs remerciements à Monsieur Bilal Benseghir pour son aide dans l'exécution de recherches et l'élaboration de cet article.