

# Connexions #18

La newsletter du réseau Crowe France

## Santé, ce qui change

Rencontre avec Pascal Gendry,  
Président d'AVEC Santé.

Comment prévenir les conflits dans un collectif  
de professionnels libéraux ?

Quels sont les enjeux à venir des mutuelles santé ?



Marie-Fleur Bouillon-Bonte Aça  
Associée Crowe Cifralex

## Edito

### Pleins phares sur le secteur de la santé

A l'aube de cette nouvelle année, je souhaite à tous une bonne santé.

Quand la santé va, tout va et le reste suivra ...

Mais comment va la santé ? Tel est le thème de notre nouveau numéro, qui propose un panorama du secteur en réponse aux questions suivantes :

- Certaines structures favorisent l'exercice professionnel, mais quel est leur mode de fonctionnement, quelles en sont les contraintes ?
- Face aux évolutions de la réglementation et de l'assurance maladie, quels sont les nouveaux enjeux des mutuelles en matière de rentabilité, de concurrence et de solvabilité ?
- Le positionnement stratégique de l'entreprise pharmaceutique favorise le développement d'un grand nombre de start-up de biotechnologies. En quoi le commissaire aux comptes peut-il soutenir leur pérennité ?

- Quelles sont les bonnes pratiques en matière de gouvernance pour prévenir les conflits dans un collectif de professionnels libéraux ? Comment l'expert-comptable peut contribuer à la mise en place de bonnes pratiques ?

A l'échelle de notre réseau international, l'accompagnement des acteurs du secteur de la santé est une priorité stratégique puisque nous travaillons avec environ 600 professionnels spécialisés dans ce domaine. La France est l'un des centres d'excellence en la matière, au même titre que les Etats Unis, l'Argentine, l'Irlande, les Emirats Arabes Unis et la Belgique. Nos équipes sont à votre écoute. En 2020, n'hésitez pas, consultez -nous !

Bonne lecture !

### Sommaire #18

- p3**..... Actualités.
- p4**..... Rencontre avec Pascal Gendry, Président d'AVEC Santé.
- p6**..... Financement de la santé : comment évolue le modèle économique des mutuelles santé ?
- p7**..... Biotechs, comment mieux identifier vos risques ?
- p8**..... Comment prévenir les conflits dans un collectif de professionnels libéraux ?

Connexions est la revue trimestrielle de Crowe France. Comité de rédaction de ce numéro : Pascal Gendry (AVEC Santé), Stéphanie Garnier, Romuald Colas, Olivier Laissus, Marie-Fleur Bouillon-Bonte, Jean-Charles François, Julien Benatar - Conception, création : OneSelf Crédits photos : Médiathèque Crowe, 123 RF

Suivez nos actualités sur



@CroweFrance



crowe.com/fr

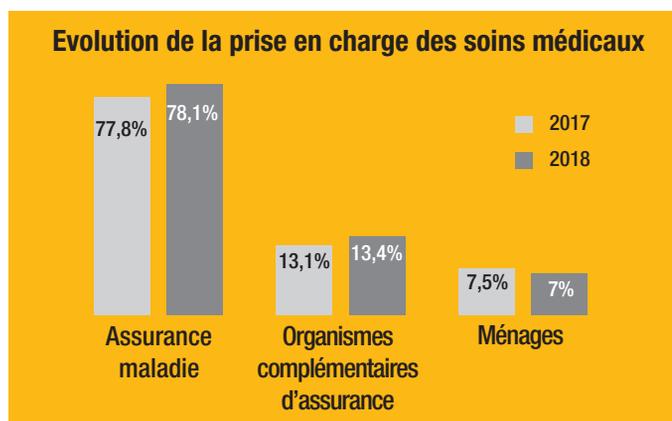
## En chiffres

### Qui finance les soins médicaux en France ?

Avec **203** milliards € de dépenses en 2018, la consommation de soins et de biens médicaux a augmenté de **1,5%** en 2018 par rapport à 2017.

Le reste à charge des ménages représente environ **210€** par habitant pour **3 037€** environ de dépenses engagées.

Source : Drees 2018



## 3 questions à

### Jean-Charles François, Président de Crowe France



Jean-Charles François  
Président Crowe France

#### Pouvez-vous nous présenter le réseau Crowe France en quelques chiffres ?

En 2019, le réseau rassemble 18 cabinets membres et dispose d'un maillage de 45 bureaux en France. Nous accompagnons 17 000 clients grâce à des prestations d'expertise comptable, de commissariat aux comptes et de conseil et réalisons un chiffre d'affaires de 110 millions d'euros.

à recentrer Connexions sur certains secteurs d'activité, à l'image de ce numéro dédié à la santé.

#### Quels sont vos prochains projets ?

Accroître la qualité de nos services est un enjeu stratégique. Nous travaillons avec nos cabinets membres au développement de nouveaux métiers et de services innovants pour accompagner les clients (transformation numérique, audit IT, RH, Recrutement...). Nous souhaitons aussi faire connaître Crowe France en tant que 8<sup>ème</sup> réseau mondial et nous rapprocher de partenaires institutionnels. Et pour assurer la pérennité du réseau et des cabinets membres, nous avons créé un "Shadow Comex" composé d'associés de 40 ans et moins. Il est important de préparer ces futurs dirigeants, conformément à nos valeurs fondamentales d'"Investir" et de "faire Grandir".

#### Quel bilan faites-vous de l'année 2019 ?

Nous nous sommes attachés à dresser une cartographie des compétences existantes dans nos cabinets. Cela nous permet à la fois de mieux nous connaître les uns les autres mais aussi de mieux répondre aux besoins de plus en plus diversifiés de nos clients. Cette réflexion nous a conduit



# Pascal Gendry

## Président de la fédération nationale des MSP

### "AVEC Santé"

### Médecin Généraliste, MSP de Renazé (Mayenne).

La France compte 1 300 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Pour fonctionner, elles doivent se doter d'une organisation juridique dédiée et gérer de nouvelles formes de rémunération. Pour les équipes de soins primaires qui se lancent dans l'aventure, quels sont les points d'attention ?

#### Quelles sont ces nouvelles formes de rémunération ?

Les équipes de soins primaires qui se constituent en MSP peuvent adhérer à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qui leur permet de bénéficier d'une rémunération spécifique en contrepartie d'engagements sur l'accès aux soins et le travail en équipe. A titre d'exemple, pour l'année 2018, la rémunération moyenne versée à une structure de santé pluriprofessionnelle de 15 professionnels ayant 5 médecins s'élevait autour de 50 à 70 000 €.

#### Quels sont les grands axes d'utilisation des ACI que vous observez dans les MSP ?

Chaque équipe fait comme elle l'entend avec cette enveloppe mais depuis quelques années, on constate que les fonds sont généralement répartis comme suit : 1/3 de l'ACI finance la coordination en santé (le poste de coordinateur), 1/3 finance le système d'information partagé et 1/3 finance les actions collectives et les professionnels qui y participent (réunions de concertation, protocoles médicaux, actions de prévention et de santé publique).

#### L'ACI peut-elle être utilisée pour payer des salaires ?

Elle peut rémunérer un poste de coordinateur mais on observe qu'ils sont souvent rémunérés sous forme de vacation, lorsque cette fonction est assurée par un professionnel de santé qui met à disposition un temps dédié. L'ACI sert à financer le projet de santé, non des salaires ou les charges individuelles des professionnels, ce qui est assez mal compris par beaucoup. La notion de projet de santé est ce qui fait la différence entre une SISA\*, une SCM ou une maison médicale ancienne formule. C'est le cadre et le projet que se donne une équipe pour améliorer l'accès aux soins,

la qualité de la prise en charge, l'attractivité et les conditions d'exercice.

#### Y a-t-il un contrôle de l'affectation des fonds ACI au projet de santé ?

Pour l'Assurance Maladie, il s'agit moins de contrôler que d'accompagner les équipes afin qu'elles comprennent que ce qui tourne autour de la structure et de son cadre juridique doit être la traduction de ce qu'elles veulent faire ensemble, c'est-à-dire de leur projet de santé. A partir de là, l'utilisation des ACI coule de source. Pour éviter les difficultés, il faut se mettre d'accord sur des priorités de financement car l'ACI ne suffit pas à tout financer dans la structure. Par exemple, cette enveloppe ne paie pas l'intégralité des locaux, d'un secrétariat, d'un système d'information, de la présence en réunion, etc. Il faut donc bien déterminer ce qui relève du collectif et ce qui relève des charges propres de chaque professionnel.

#### Quand une SISA termine l'année avec un résultat positif, que préconisez-vous ? Faut-il le reverser ou le mettre en réserve ?

Une MSP qui se retrouve avec un résultat positif n'a pas assez investi dans sa structure. Il faut des comptes nuls à la fin de l'année, ce qui n'est pas simple car l'ACI est versé en deux fois. Le reverser en tant qu'honoraires aux

\* SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), créée en 2011 pour permettre aux structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant.



professionnels de santé est une erreur et peut casser la dynamique d'équipe. Si une MSP fait du bénéfice, elle peut utiliser cette somme pour se payer une formation, rémunérer un prestataire pour requêter sur telle ou telle patientèle sur le système d'information afin de développer ses actions, augmenter le temps et le budget de coordination etc. Il faut s'inscrire dans une logique d'investissement pour faire progresser l'équipe.

#### **Comment faire émerger et diffuser des bonnes pratiques sur ces sujets techniques ?**

Les fédérations régionales nous font remonter les questions que leur posent leurs MSP membres. Nous y répondons en nous appuyant sur l'expertise de nos partenaires juridiques et financiers. Nous faisons également remonter des questions au ministère de la santé. Actuellement, nous participons à un groupe de travail pluriministériel (ministères de la Santé et de l'Economie) en vue de préparer une ordonnance prévue pour le deuxième ou troisième trimestre 2020. Nous travaillons sur des sujets tels que la capacité d'une SISA à salarier un professionnel de santé, à recevoir des actes ou des forfaits et les redistribuer aux professionnels de santé, sur la responsabilité juridique de la SISA si elle reçoit des actes ou des forfaits, le traitement de la TVA etc. Un des moyens de faire évoluer l'exercice pluriprofessionnel sera de permettre à la SISA de facturer et de recevoir des fonds, dans le cadre d'une prise en charge forfaitaire de patients, tout en restant libéral. L'enchaînement des actes ne répond plus à des problématiques telles

que les pathologies chroniques ou le vieillissement de la population. On a besoin de coordonner, de déléguer et le paiement à l'acte ne se prête pas complètement à l'activité. Il faut trouver d'autres modalités de financement. Le financement du professionnel de santé restera sur certains actes. Sur d'autres, ce sera un financement d'équipe, un financement forfaitaire pour certaines actions de soins. Les équipes matures ayant déjà bien avancé dans la gestion de leurs ACI s'en approchent. Nous allons vers de nouvelles organisations, de nouveaux parcours et de nouvelles modalités de rémunération. Je suis certain que chaque professionnel de santé, à titre individuel, s'y retrouvera. Nous devons évoluer en fonction de l'évolution des besoins.

#### **En chiffres**

**1 300** maisons de santé pluriprofessionnelles sont labellisées et ouvertes.

**900** ont signé l'ACI. **400** sont en projet.

Si le mouvement était lent il y a 3 ou 4 ans, il s'accélère depuis 2 ans.

L'objectif de **2 200** MSP en 2022 (qui figure dans le plan stratégique "Ma Santé 2022" annoncé en septembre 2018 par le Président de la République) avec un projet de santé efficient sera tenu.

#### **Rencontres AVEC Santé à Bordeaux les 13 et 14 mars 2020.**

AVEC Santé est le nouveau nom de la Fédération nationale des maisons de santé, association professionnelle qui accompagne les équipes de soins primaires dans la mise en œuvre de l'exercice coordonné partout en France. Son prochain congrès annuel sera consacré aux thèmes des partenariats au sein et autour de l'équipe et à la participation des usagers. 1400 congressistes sont attendus.

Voir le programme complet et s'inscrire :

<http://www.aveclesequipes.fr/programme/>

# Financement de la santé : comment évolue le modèle économique des mutuelles santé ?

En France, un peu moins de 80% des dépenses de santé sont financées par les régimes d'assurance obligatoire. Les 20% restant sont pris en charge par les complémentaires de santé et les ménages eux-mêmes. Cet état des lieux va évoluer dans les prochaines années sous l'influence conjointe des évolutions de la réglementation et de l'Assurance maladie, dessinant plusieurs enjeux pour les mutuelles.



Stéphanie Garnier  
Associée Crowe Becouze

## Quelle stratégie pour l'Assurance Maladie ?

L'Assurance Maladie continue de financer les gros risques (prise en charge significative de l'hospitalisation et des affections de longue durée) parallèlement au déremboursement ciblé de certains médicaments et dispositifs. L'accès aux soins pour tous se poursuit, avec la CSS (Complémentaire Santé Solidaire), qui prend le relai de la CMU et de l'ACS suite à la fusion des deux couvertures, afin de permettre aux personnes ayant peu de ressources d'accéder à une assurance santé complémentaire. Conséquence : aux mutuelles le remboursement des soins présentant de petits risques (médicaments, soins de ville), un engagement sur un reste à charge 0 pour l'optique, le dentaire et l'audioprothèse, et la possibilité de compléter la couverture sur les gros risques.

## Les trois enjeux des mutuelles

### ■ Rester attractif et gérer la concurrence

Depuis que les complémentaires santé sont devenues obligatoires pour tous les salariés, les mutuelles ne négocient plus les contrats avec les assurés à titre individuel mais avec les entreprises, moins nombreuses et mieux organisées, capables de les mettre en concurrence, de peser sur les tarifs, de

résilier les contrats. Pour se distinguer sur un marché fortement concurrentiel, où elles proposent des prestations en 1<sup>er</sup> lieu peu différenciantes à des tarifs similaires, la tendance est de diversifier les services, d'innover et de déployer une offre complète, construite pour accompagner les assurés tout au long de leur vie en favorisant le bien vieillir. La palette de services s'étend du simple remboursement des soins à des prestations d'assistance, de prévoyance, de prise en charge des obsèques etc. Certaines deviennent elles-mêmes professionnels de santé au sens large, ayant en gestion des EHPAD, des cliniques, des centres mutualistes (dentaire, audio etc.), créant des groupements d'achat d'optique et d'audio pour garantir des tarifs accessibles à leurs adhérents. La digitalisation de l'offre (souscription en ligne), la maîtrise en toute simplicité du contrat santé et du suivi des remboursements (accès mobile), la sécurité des données personnelles sont autant d'enjeux technologiques pour fidéliser et attirer les adhérents.

### ■ Maîtriser la consommation médicale et les coûts de structure pour rester rentable

L'inflation médicale et le périmètre d'intervention plus large des assureurs santé conduisent à repenser la structuration des coûts. Les actions

de prévention se développent, malgré la charge comptable, pour favoriser un meilleur état de santé général des adhérents, limitant ou repoussant la prise en charge médicale. Le partage de travaux de back office dans des centres de gestion (gestion des contrats adhérents et liquidation des prestations) se développe, ainsi que la mise en commun de moyens dans des GIE de nature informatique pour permettre le développement d'outils adaptés à des coûts partagés.

### ■ Rester indépendant, dans un contexte Solvabilité II contraignant

La nouvelle réglementation européenne impose aux assureurs de disposer d'un minimum de fonds propres pour faire face à leurs engagements contractuels vis-à-vis des adhérents. Ce dispositif plus contraignant que le 1<sup>er</sup>, peut mettre en difficulté certains acteurs disposant d'insuffisamment de fonds propres, conduisant à des montages de réassurance, de substitution voir même à des mouvements de concentration (fusion). Des groupes mutualistes (UMG) se constituent et permettent une solidarité financière à leurs membres, outre une forte capacité à diversifier leur offre, en s'appuyant sur un très large panel de prestations santé qui ne cessent de se diversifier.

# Biotechs, comment mieux identifier vos risques ?

Le business modèle des biotechs présente des risques, notamment dans les biotechs "early stage". Le commissaire aux comptes peut aider leur dirigeant à mieux les appréhender grâce au rapport sur les risques qu'il réalise dans le cadre de la nouvelle mission d'audit ALPE\*.



Romuald Colas  
Associé Crowe Avvens

Quels sont les risques que le commissaire aux comptes peut vous aider à anticiper ? En voici un rapide tour d'horizon :

## ■ Risque R&D

Complexe par nature, le développement de nouvelles molécules présente un niveau de risque R&D élevé, tant au niveau de la probabilité d'échec scientifique que de visibilité et de coût. Une molécule qui se révèle inefficace, voire toxique, peut conduire à un arrêt subit du projet et l'effondrement de la valeur de la biotech.

## ■ Risque sur la continuité d'exploitation

Tout au long de leur vie sociale, les biotechs doivent faire face à des besoins de financements significatifs pour couvrir les pertes comptables liées à l'absence de revenu les premières années, conjuguées à des coûts de développement importants selon l'importance du projet de R&D. Pour se financer, elles lèvent des fonds en capital ou en quasi fonds-propres (avances remboursables, emprunt obligataire, etc.). Les tours de financement s'organisent en fonction des prévisions de trésorerie et la recherche de nouveaux investisseurs, dans un contexte où la visibilité est inférieure à 12 mois et/ou l'échec des levées de fonds entraîne la rupture brutale de la continuité d'exploitation.

## ■ Risque sur l'obtention d'AMM\*\*

Lorsqu'un produit achève avec succès sa dernière phase de développement (la phase III), les biotechs doivent obtenir une AMM auprès des agences du médicament (ANSM, FDA), ou un marquage CE dans le cadre de dispositifs médicaux. En l'absence de ces autorisations, les produits ne peuvent être commercialisés. Cette AMM constitue une étape cruciale dans le développement du projet, et permet aux biotechs d'activer leurs coûts de développement. Son obtention, fastidieuse et coûteuse, peut parfois prendre plusieurs années...

## ■ Risques liés au personnel clé

Les programmes de R&D dépendent largement du savoir-faire des personnes clés ainsi que de ceux des comités scientifiques. La perte de leurs compétences peut altérer la capacité de la société à poursuivre le programme engagé.

## ■ Risque sur la protection juridique des brevets

Les biotechs créent de la valeur par la détention et l'exploitation de larges portefeuilles de brevets, dont la protection dure 20 ans. Si elle était remise en cause, cela pourrait affecter les résultats financiers escomptés ainsi que leur valorisation. Autre difficulté, celle de protéger la confidentialité des informations des biotechs et leur savoir-faire, notamment lorsque les projets de recherche sont réalisés en partenariat avec des institutions, des universitaires et des partenaires privés, qui peuvent être amenés à diffuser de l'information malgré la signature d'accords de confidentialité.

## ■ Risque de dépendance vis-à-vis des fournisseurs

Les biotechs ont le plus souvent recours à des fournisseurs de produits à haute spécificité, souvent peu nombreux sur des marchés de niches. Cette situation crée un risque de dépendance forte en matière d'approvisionnement. Un accès réduit ou interrompu à cette matière première impacterait significativement les projets de R&D.

\* ALPE : Audit légal des petites entreprises, mission d'audit contractuel créée par l'article 20 de la loi PACTE.

\*\* AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

# Comment prévenir les conflits dans un collectif de professionnels libéraux ?

Le règlement intérieur et le budget sont deux outils efficaces de prévention des conflits dans une SCM.



Olivier Laissus  
Associé Crowe Fidelo

La société civile de moyens (SCM) permet de mutualiser la fourniture de moyens (personnel, matériel) sans avoir nécessairement de clientèle commune. Si les statuts déterminent librement les règles de fonctionnement de cette société, il est recommandé de les compléter d'outils plus souples, donc facilement modifiables, pour organiser un fonctionnement quotidien serein du collectif.

## Rédiger un règlement intérieur

Les ambiguïtés constituent une source potentielle de conflits. Une bonne gouvernance passe par un fonctionnement clair et transparent de la SCM. Chaque membre doit en comprendre, et accepter, les conditions d'entrée, de vie, de partage des moyens et de sortie, que l'on a intérêt à décrire concrètement dans un règlement intérieur. C'est un document pratique qui doit coller à la vie du collectif et auxquels les statuts peuvent renvoyer sur certains points. Que mettre dans un règlement intérieur ? Par exemple, les conditions d'entrée, les modalités d'achat des moyens communs et les clés de répartition des charges entre chaque membre, une liste limitative des

éléments pris en charge pour éviter les abus (certains professionnels de santé doivent payer directement ce qui contribue à leur exercice individuel), les conditions de sorties.

## Anticiper les modalités de départ

Si l'entrée dans le collectif se passe bien, il n'en va pas toujours de même lors de la sortie, notamment si le départ fait suite à un conflit. Si le règlement intérieur n'a prévu ni conditions de sortie claires, ni clause de médiation, il y a un risque de contentieux. D'où l'intérêt de définir, par exemple, les conditions de remboursement du compte courant du partant, surtout s'il part en cours d'année. En effet, ce dernier ne peut pas récupérer son argent du jour au lendemain car il participe au financement de l'activité. Pour éviter de faire supporter à ceux qui restent le coût des engagements du sortant et leur laisser le temps de chercher un remplaçant et d'assurer le financement intermédiaire, mieux vaut lui rembourser son compte courant après l'approbation des comptes de l'année n, après avoir retiré ce qui reste acquis à la SCM (le dépôt de garantie par exemple). L'expert-comptable va également avoir des

travaux complémentaires à effectuer donc il convient d'indiquer que ces travaux sont à la charge du sortant.

## Construire un budget

Le budget est la traduction financière des modalités de fonctionnement de la SCM via son règlement intérieur. Deux points sont à prendre en compte. A la création de la SCM, prévoir l'apport financier de chaque membre lors son entrée dans le collectif permet de financer le besoin en fonds de roulement (la trésorerie) de la structure et faire face aux premières dépenses (dépôt de garantie des locaux, par exemple). Ensuite, pour assurer le financement de l'activité pendant dans le déroulement de l'année, le plus simple est de faire un budget, en associant à chaque dépense identifiée (eau, électricité, secrétariat, loyer, charges locatives etc.) des modalités de répartition entre associés, conformément au règlement intérieur. Lors de l'approbation des comptes, il est utile de joindre au budget de l'année n celui de l'année n+1, afin que les membres aient une vision de ce qui s'est passé en année n et de ce qui est prévu en année n+1.

### Ces règles de bonne gouvernance s'appliquent-elles aux professionnels qui ne sont pas associés dans une SCM mais dans une SCI ou une SISA ?

La réponse est oui. La SCI concerne les professionnels propriétaires de leurs locaux au travers de parts de société. Ils n'ont pas besoin de SCM, la SCI pouvant prendre en charge la fourniture de moyens. Les conditions de sorties sont en revanche plus compliquées car il faut évaluer le montant des parts. Se doter d'un règlement intérieur et d'un budget permettra à chaque associé, et à un nouvel entrant, d'avoir une parfaite connaissance du fonctionnement de la structure dans laquelle il investit. De même pour la SISA, qui n'appelle pas d'investissement, mais nécessite que ses membres adhèrent à ses actions et à la répartition des subventions.