

Destinataires : CODIR DI

## Premières propositions post covid-19 dans le domaine de la santé

### A . Quelques préalables :

1. **Lever la crise de l'hôpital public** suppose de traiter des questions internes (endettement et sous-investissement, sous effectifs et sous rémunérations, modes de gestion, de régulation et de gouvernance, ...) mais aussi de son inscription dans les parcours de santé (lien à la médecine de ville et au médicosocial) et dans sa relation à la ville : un levier pour l'accélération du déploiement de masanté2022<sup>1</sup> et une invitation à l'innovation durable.
2. **La santé numérique** ( plus de 700 start up medtech en France) peut avoir de grandes vertus<sup>2</sup> mais son impact réel est encore marginal, le marché peu mature, les solutions nombreuses et les modèles économiques fragiles ...– et la décision relève des acteurs de santé (notamment hospitaliers) ; enfin, « l'éco système » CDC (BPI, La Poste silver, Docaposte, TIGA), les partenariats en cours (VYV, <sup>3</sup> ...), les liens à la DNS, peuvent doter le groupe d'une pertinence dans le choix des solutions à développer ( voire à tester : cf le viva lab CNSA, France Active, BdT-DI et DRS ou l'accélérateur BPI) sous réserve d'une double cohérence à organiser : une gouvernance unifiée ( en capacité d'arbitrer les possibles conflits) et une offre numérique variée, cohérente, interopérable, compatible avec les normes édictées par « l'Etat plateforme numérique ».
3. **Le développement des ALD** oblige à une plus grande participation des patients à la prise en compte de leur santé<sup>4</sup>.... et la pandémie actuelle montre la nécessité d'une éducation ( civique ?) à la santé et à la prévention....
4. Enfin, la recherche de **nouveaux modes de rémunération des actes professionnels** (dans la droite ligne de l'article 51 de la LFSS 2018<sup>5</sup>) s'imposera sous peine d'un retour à la logique antérieure largement dominée par l'approche budgétaire.

---

<sup>1</sup> : Lancé par le consortium "Alliance digitale contre le Covid-19", le site [maladiecoronavirus.fr](http://maladiecoronavirus.fr) permet de procéder à une auto-évaluation gratuite de son état de santé. L'objectif est de lutter contre la saturation du 15 en triant les personnes grâce à un questionnaire. L'outil a été conçu avec des établissements hospitaliers français et tire parti des retours d'expériences du personnel médical chinois. A l'origine de ce dispositif, il y a "Alliance digitale pour le Covid-19" qui est composé de Docaposte, la start-up lilloise Kelindi, l'agence Dernier Cri, Allianz France et le cabinet d'avocats De Gaulle Fleurance & Associés. Le consortium est soutenu par AG2R La Mondiale, AstraZeneca, CompuGroup Medical, Johnson & Johnson, La Banque Postale Assurances, Malakoff Humanis, la plate-forme de téléconsultation MesDocteurs et le groupe VYV.)

Et solutions de téléconsultation identifiées par la Délégation à la santé : <https://esante.gouv.fr/actualites/solutions-teleconsultation>

<sup>2</sup> Selon une étude des « échos » ( les stratégies des GAFAM et des Bigtech dans la santé) 4 apports : Prévention, diagnostic et soins ( IA, big data, amélioration de la décision médicale, médecine personnalisée et prédictive, amélioration de l'efficacité des traitements, meilleure adhésion aux traitements, bonne observance médicamenteuse) ; organisation des soins (réorganisation de l'offre de soins, des parcours de soins, de la coopération entre PS) ; pratiques et comportements des acteurs (lien médecin-patient : patient plus acteur de son traitement, pratique des PS : gestion et accompagnement du changement ; usagers et patients : plus grande participation, responsabilité / suivi) ; Maitrise des dépenses de santé et gains d'efficience (optimisation du temps des PS, autonomie des patients, diminution des actes inutiles, réduction des hospitalisations évitables)

<sup>3</sup> Bien que le groupe VYV n'ait pas encore défini de stratégie numérique affirmée

<sup>4</sup> « Je voudrais dire aussi que cette politique n'a de sens que si elle est articulée avec les personnes auxquelles elle s'adresse.

Il n'est pas de bonne politique sociale sans cette nécessité démocratique de se préoccuper d'abord de la façon dont celles et ceux concernés les ressentent » Michel Yahiel journée handicap 3 février 2020

<sup>5</sup> Qui introduit des modes de rémunération à l'hôpital et en ville fondés sur les gains d'efficience ( travail en équipe, à la performance, etc,...)

## B. Axes à creuser

1. **En faveur de l'hôpital** : accompagner l'investissement et contribuer à la pertinence de la gestion.
  - a. **Restructurer - via la DP - la dette restante** (2/3 de la dette actuelle, le premier tiers devant être repris par l'Etat cf. plan d'urgence pour les hôpitaux novembre 2019) si encore nécessaire,
  - b. **Développer une ligne de prêts DP** pour les hôpitaux et leur mise aux normes y c environnementales et DD : peut-on mobiliser des ressources de la BEI (cf. les plateformes montées par DIDEVE / mobilité, ...) rapidement ou autre pour bonification ( cf dispositif CNSA et DP pour la rénovation des EHPAD et foncière CDC habitat)
  - c. **Mettre en place des PPP vertueux** intégrant des démarches de développement durable (construction, modernisation, exploitation, ...) particulièrement innovantes et performantes : rôle de démonstrateur
  - d. **Créer ou amplifier la mise en place de BIM**, de conception et d'exploitation, hospitalier<sup>6</sup> afin de renforcer la capacité d'adaptation des hôpitaux à des missions évolutives et/ou de crise
  - e. Mettre en place une offre d'investissement (DI) et de prêts (DP) pour la **création d'hôtels hospitaliers**<sup>7</sup> (vigilance sur le modèle économique) adaptables (déversement de patients peu atteints en cas de surchauffe de l'activité) en phase avec le schéma hospitalier (hôpitaux de proximité, spécialisés et super-spécialisés) ;
  - f. **Favoriser le déploiement de solutions numériques** à forte valeur ajoutée et impact sur l'efficacité des soins (applications et innovations organisationnelles) : cf projet ARCADE dans les hauts de France sur les maladies psychiques
  - g. **Mettre en place un CIS (contrats à impact social)** sur la formation des patients atteints de maladies chroniques (insuffisance rénale, diabétiques, insuffisant respiratoire), clairement quantifiable en termes de coûts évités pour la Sécurité sociale. Ce CIS pourrait intégrer une incitation financière des médecins et des hôpitaux à prescrire le traitement à domicile vs. le traitement à l'hôpital.
  - h. **Création d'un fonds de dette** pour renforcer la structure financière à très long terme des établissements privés de santé à but non lucratif (ESPIC) qui sont détenus par les mutuelles et les Fondations / associations. Ce secteur emploie près de 120.000 personnes et offre près de 20% des places en hôpital. Ce sujet devra être partagé avec DP qui peut prêter aux ESPIC. DP prêterait à TLA+50 bps à partir de 25 ans. Nous pourrions imaginer un fonds de dette qui prêterait en hybride soit aux hôpitaux, soit préférentiellement aux mutuelles ou aux fondations qui les détiennent avec une obligation de fléchage de la ressource. ESFIN et/ou ACOFI seraient, par exemple, de bons partenaires asset managers pour étudier ce type de transaction.
  - i. **Création d'un fonds de partage** : proposer à de grandes institutions médicales (Institut Pasteur, Institut Curie, Unicancer regroupant les 21 centres de lutte contre le cancer, Institut de France comme fondation abritante) de sponsoriser un fonds de partage de type F2i (Fondation de France) et d'y faire souscrire des investisseurs privés ou publics, corporate ou institutionnels. Ces dernières abandonneraient une fraction de leurs revenus à l'institut médical sponsor...

---

<sup>6</sup> Voir Héliédo (DI/DITNUM) : « Ce qui est probable en effet, c'est que la capacité à configurer rapidement un hôpital pour l'adapter à des missions qui peuvent évoluer, deviendra une nécessité. Dans ce cas, le BIM d'exploitation sera indispensable »

<sup>7</sup> Cf l'exemple de Strasbourg avec l'IRCAD

- Ces institutions gèrent des ressources importantes comme l'institut Pasteur ou l'institut de France et pourraient investir un montant à définir de leurs ressources dans leur fonds.
  - Comme avec la Fondation de France dans le cadre du projet F2i, ce fonds améliorerait le rendement de leurs actifs financiers (vs les fonds monétaires, obligataires et Large Equity liquide) et surtout apporterait par un mécanisme de Give Back au moins pour la CDC une ressource nécessaire et utile pour les actions de prévention et le traitement des maladies (cancer et maladies infectieuses) par le financement de la recherche, de l'enseignement, et des actions de santé publique.
  - Paradoxalement, les conditions de lancement d'un fonds de PE à impact seraient assez favorables compte tenu de l'impact sur les valorisations corporate de la crise actuelle. Ce type d'opérations pourrait également être lancé très rapidement dans des conditions compétitives et avec le soutien de la place.
  - Nous aurions un modèle économique, des partenaires avec une image très forte (Institut Pasteur et Institut de France) et donc une forte visibilité, ainsi qu'une bonne capacité à exécuter vite.
- j. **Création d'un fonds de dette en gestion déléguée** : renforcer la structure financière ou les ressources financières à très long terme des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) i.e. à but non lucratif détenus par les mutuelles et les Fondations / associations. Ce secteur emploie près de 120.000 personnes et offre près de 20% des places en hôpital. Ces établissements sont financés à 85% par le secteur public et leur dette est intégrée dans des celle des administrations de sécurité sociale
- Il s'agirait de mettre en place un fonds de dette en gestion déléguée. Ce fond de dette offrirait aux mutuelles et aux fondations qui détiennent des établissements sanitaires et sociaux des produits de dette hybride à très long terme et remboursable in fine avec une obligation de fléchage de cette ressource en renforcement des fonds propres de ces établissements (et un recours limité sur la fondation ou la mutuelle). Ces ressources seront offertes à très long terme (15 à 20 ans in fine) et correctement pricées (taux de swap période actuellement à 0,0% + 150 à 200 bps)
  - Ces ressources permettraient le financement, en accord avec les ARS, des investissements des hôpitaux à but non lucratif sur des niveaux en ligne avec le très faible TRI de cette activité. En outre, cette ressource ne viendra pas augmenter la dette et le besoin de l'Etat. Le renforcement des fonds propres permettrait à ces ESPIC de lever de la ressource auprès de DPH (les ESPIC sont des emprunteurs éligibles DFE).
  - Il existe dans le marché des SGP capables de monter rapidement ce type de deal et de l'intérêt pour un produit de dette de cette nature de la part d'investisseurs institutionnels.
- k. **Mobilisation et de conversion de navires en navire-hôpital** : contractualiser avec les armateurs français un schéma de mobilisation et de conversion de navires en navires hôpital qui serait opéré par la Marine Nationale dans le cadre de contrats d'affrètement.
- Ce dispositif d'affrètement conventionnel opéré par la Marine existe déjà en matière d'assistance et de lutte antipollution et de remorquage d'intervention,

d'assistance et de sauvegarde. Le contrat d'affrètement Bourbon / marine nationale est l'un des rares PPP qui fonctionne depuis la fin des années 1960.

- La loi du 20 juin 2016 pour l'économie bleue constitue le cadre législatif de cette initiative en prévoyant que « les navires battant pavillon français peuvent être affectés à une flotte à caractère stratégique permettant d'assurer en temps de crise la sécurité des approvisionnements de toute nature, des moyens de communications, des services et des travaux maritimes indispensables ainsi que de compléter les moyens des forces armées ». Le décret d'application de 2017 pourrait être précisé pour faciliter le projet.
- Le Président des Etats Unis utilise les ressources de la marine américaine (deux navires hôpitaux en opération) et envisage de louer des capacités à Carnival qui lui a proposé l'un de ses bateaux (1000 lits). En France, la marine nationale a employé ses ressources pour évacuer de Corse des malades.
- Il s'agirait donc de conventionner avec des armateurs français la transformation, à la demande, d'un paquebot, d'un roulier, d'un ferry en navire hôpital en contrepartie d'une rémunération fondée sur la disponibilité (et des entraînements). Une annonce de cette nature serait sans doute très bien reçue par l'opinion publique et recevrait le soutien des Armateurs de France très attachés au concept de flotte stratégique et à la croissance des navires sous pavillon français. La CDC pourrait financer dans le cadre de ce contrat d'affrètement les dépenses de conversion et le stock de matériel médical nécessaire à la montée en puissance de ces navires hôpitaux.
- Là aussi, un modèle économique et des partenaires forts : la mer et le pavillon, les forces armées (Marine + SSA) et une très bonne visibilité d'un projet de cette nature.

## **2. Lien ville hôpital : ouvrir l'hôpital sur la ville**

- a. Qualifier les territoires :
  - Diagnostics des besoins et ressources sur les territoires et accompagnement des CPTS : compétences de la SCET à développer (partenariat à construire : cf « medtrucks » ; Catel)
  - Soutien aux projets hospitaliers intégrés (projets urbains et projets architecturaux) dans une logique de positionner l'hôpital dans un environnement élargi à son territoire (usagers ; personnels ; riverains) cf : site du CASH à Nanterre (démarche tripartite : ARS IDF / Ville de Nanterre / Hôpital).
- b. Outiller les CPTS en solutions numériques favorisant l'interopérabilité entre PS, hôpital et médicosocial,

## **3. Médecine de ville, premier recours et vieillissement**

- a. Favoriser l'installation de mode d'exercice collectif des **soins de premier recours** :
  - **Par des prises de participation** :
    - UBIsanté : création et gestion mutualisée de centres de santé,
    - Catel : centre de ressources et d'accompagnement en e-santé (scic associant des associations d'élus)
  - Grâce aux compétences de **l'Economie mixte** : appui à la création ou développement des MSP ou centres de santé

- En s'appuyant sur **France active** : liens avec FNCS et FFMPs pour le financement des investissements ou du BFR (nombreux projets en Grand Est) mais interrogation sur immobilier
- b. **Déployer la e-santé** :
  - Mettre en place des dispositifs d'accompagnement à la prise en mains de la e-santé adaptés aux différentes professions et nature d'applications : Catel accompagnement + associations de PS
  - Accélérer l'équipement des EHPAD en solutions numériques ( Cf projet VYV et TOKTOKDOC) pour en faire des plateformes de services ouvertes sur leur territoire
  - Faire d'ARPAVIE innovations le pilier du déploiement des solutions numériques ( en lien avec VYV, appel à projet de la délégation à la santé, programme européen « smart bear », ...)
- c. **Innover en faveur des déserts médicaux**
  - Tester la mise en place de flottes de **bus médicaux** en zone sous dense (intérêt de conseils régionaux – AURA - , d'ARS -ile de France-, de mutuelles – vyv-, ...)
  - Consolider le rôle des **officines pharmaceutiques** en territoires tendus, comme lieu de réassurance et premier point de contact du patients- citoyens en phase avec les mutations du métier de pharmaciens, non plus seulement dispensateurs de médicaments mais soignants (réflexion sur foncière dans les opérations coeur de ville)

4. **Valoriser les patients et innover** :

- Développer les centres de répit pour aidants et aidés : projets en AURA , Grand Est, Normandie ( impacts sur la santé des deux parties)
- Développer les centres de sports santé : intérêt fort du groupe Vyv
- Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient.

Des appels à projets pourront sur certains sujets être lancés en partenariat avec le ministère reposant sur des logiques proches de celles de l'article 51.