

La santé à l'horizon 2030

L'augmentation de la longévité, la pression pour l'efficacité des systèmes de santé, la très forte croissance des maladies chroniques incitent à se poser la question de ce que sera la santé de demain. Quel sera le rôle de l'État? Comment organiser l'expertise? Quels choix d'innovations privilégier?

Prospective « Santé 2030 – Prévention 2010 »

Philippe Guilbert

Directeur des programmes, Inpes

Arnaud Fouchard

Interne de santé publique

Remerciements :

Jocelyne Boudot

(Inpes), René

Demeulemeester

(Fnes) pour leurs

relecture et conseils.

Le principe de la prospective est d'essayer de comprendre le passé récent et sa dynamique pour en dégager des trajectoires et des futurs possibles. L'intérêt est de pouvoir construire un cadre d'analyse qui sera utile au pilotage des politiques. Il ne s'agit pas de prévoir le futur, mais bien d'imaginer des futurs probables compte tenu des informations disponibles, aussi bien quantitatives que qualitatives comme la connaissance de la dynamique des acteurs influents et les intérêts qu'ils poursuivent.

À partir des déterminants pris en compte, il faut comprendre les tendances et envisager au plus juste les ruptures possibles. Des scénarios de futurs sont construits et des recommandations pour anticiper les évolutions peuvent être proposées. Les recommandations les plus faciles à mettre en œuvre ou les plus consensuelles, c'est-à-dire celles qui heurtent le moins d'intérêts, sont en principe les premières mises en œuvre. À l'opposé, d'autres mesures plus ambitieuses restent souvent au mieux à l'état de proposition. Il en est ainsi de certains sommets internationaux dédiés aux changements climatiques d'où sont parfois ressorties des mesures peu ambitieuses comme l'achat du droit à polluer.

Un exercice régulièrement mis à l'honneur

S'ils sont moins fréquents que dans d'autres domaines, les exercices de prospective autour de la santé reviennent

toutefois avec une régularité surprenante. Citons notamment les prospectives *Santé 2010* [26], « Quel système de santé à l'horizon 2020? » [18] ou encore « Santé 2030 – Prévention 2010 » [38]. Cette dernière a été conduite pour envisager l'évolution des déterminants de la santé et la refonte des orientations stratégiques des programmes de l'Inpes. À défaut de pouvoir présenter tous les résultats, nous avons sélectionné trois domaines, l'économie, l'État et les régions, pour illustrer leur importance dans le futur et la façon dont leurs évolutions pourraient affecter l'état de santé et ses déterminants.

L'économie : un déterminant majeur de santé sans modèle de rupture envisagée

L'étude prospective de l'Inpes a donné, comme les autres exercices, une place importante à la macro-économie en tant que déterminants de santé. Le rapport entre l'état de santé et l'économie est une évidence dès que l'on aborde les enjeux liés à la protection sociale. Il renvoie notamment aux arbitrages sur l'âge de départ et le financement des retraites, le financement de la dépendance (en 2030, les plus de 60 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans¹), à l'accès financier aux soins (dépassements d'honoraires, qualité de la

1. Selon le scénario central 2030 de l'Insee.

couverture de l'Assurance maladie), mais aussi à l'accès territorial aux soins et à la prévention.

En outre, l'économie a un impact sur la santé de façon plus globale à travers l'ensemble des politiques publiques : lutte contre le chômage, urbanisme, logement, transport, etc. De manière générale, les exercices de prospective qui prennent en compte les facteurs macro-économiques n'envisagent pas de rupture possible quant au modèle économique dominant². Rappelons de façon très simplifiée que l'une des tendances lourdes de ces dernières décennies en matière d'économie politique au niveau international est une diminution du rôle des pouvoirs publics en tant que régulateurs de l'économie, en particulier financière, au profit d'une régulation par le marché. Le contexte que nous connaissons depuis 2007³, qui fait lui-même suite à une succession de crises financières ainsi que les échecs ou difficultés en matière de lutte contre le chômage, d'accès au logement et, depuis quelque temps, d'accès aux soins pour certaines populations⁴ pourraient légitimement se traduire dans un exercice de prospective par un scénario en rupture ou d'alternative avec ce modèle (néolibéral avec des variantes selon les pays). Un tel scénario aborderait les questions autour de « *qui régule quoi* » dans notre économie, autrement dit, qu'est-ce qui serait du ressort d'une intervention de l'État (avec quels moyens : fiscalité ou emprunt ?) et quelles conséquences sur la santé et ses déterminants ?⁵

Le rôle de l'État : sa capacité à protéger l'intérêt général

Dans la prospective 2030, la volonté des pouvoirs publics est souvent rappelée comme déterminant pivot de la santé. L'État, plutôt que le marché, est plébiscité comme garant de l'intérêt général et comme acteur clé dans les débats sur l'organisation des soins et le financement des dépenses de santé : comment en effet trouver un équilibre entre liberté des acteurs (professionnels de la santé, patients), qualité des soins, égalité d'accès aux soins et viabilité financière [51] ? Ce recours à l'État est primordial pour défendre l'intérêt général, mais ne doit pas faire oublier que sa légitimité à trouver des équilibres peut se faire aussi au détriment de certains groupes de population pouvant parfois représenter une

majorité⁶, d'où le rappel dans l'étude prospective 2030 de l'importance de la mobilisation sociale en matière de leviers d'intervention en prévention et promotion de la santé pour les années à venir. Ces questions d'équilibre ou d'arbitrage entre intérêts divergents demandés à la puissance publique concernent des domaines comme la prise en charge financière de la dépendance ou encore l'accès aux soins (démographie des professionnels de la santé, tarification des actes). L'enjeu sera donc aujourd'hui encore de trouver les bonnes modalités d'un équilibre entre liberté et égalité⁷. En matière de prévention et promotion de la santé, il s'agira, dans un contexte de moyens fortement contraints, de maintenir une politique de prévention nationale et régionale à l'abri des intérêts économiques, qu'ils soient commerciaux ou assurantiels, sans pour autant nier la place prise aujourd'hui par ces acteurs dans la diffusion de la prévention au sein de la population et des territoires de vie.

Sur ces questions, il conviendra donc de suivre l'évolution du rôle joué par l'État et de la vision qu'il a de son rôle, aussi bien dans ses politiques de santé que dans ses autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Les régions et territoires de santé : vers davantage de proximité

La prospective 2010 appelait de ses vœux la création des agences régionales de santé comme échelon pertinent pour le pilotage des politiques de santé⁸. Aujourd'hui, plusieurs enjeux semblent s'établir autour des questions de mise en cohérence des politiques régionales et locales, autour des questions de démocratie sanitaire et autour d'une offre de soins et de prévention de proximité. La question du positionnement de l'Inpes et de son soutien aux politiques nationales et régionales dans le cadre de cette nouvelle politique apparaît primordiale.

Il conviendra pour l'Inpes, en lien étroit avec les pôles de compétences, d'affirmer son rôle de référent en éducation et promotion de la santé à travers la production de référentiels de formation, de méthodologie

6. Selon certains auteurs, c'est même le contraire qui peut se produire : « *Les mesures [politiques] qui ont profondément affecté l'ordre social en déplaçant d'importants avantages sociaux d'un groupe à un autre, [...] ont été dues à la pression exercée par des groupes intéressés sur les électeurs et les politiciens* », Lippmann W. *La cité libre*. Les Belles lettres, 2011.

7. « *Dans une préoccupation d'équité à l'accessibilité aux soins le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), constatant l'échec des aides incitatives et face à la répartition régionale inégale des médecins, préconise des mesures de régulation de l'exercice pour améliorer l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population* ». Extrait des recommandations du Cnom du 29 mai 2012 au sujet de l'accès aux soins.

8. La loi de décentralisation du 22 juillet 1983 confiait déjà aux départements une compétence de droit commun en matière d'aide sociale légale et en matière de prévention sanitaire. Le département était ainsi responsable : de l'aide sociale à l'enfance, de l'aide aux personnes handicapées adultes (aide à domicile, allocation compensatrice pour tierce personne), de l'aide aux personnes âgées, de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, de la lutte contre les fléaux sociaux.

2. Le rôle de l'État varie sensiblement selon les écoles de pensée économiques, dont la prédominance est relativement cyclique au cours du temps (monétaristes, nouvelle économie classique, nouvelle économie keynésienne...).

3. Les États après le sauvetage de leurs banques en difficulté se retrouvent avec des déficits publics très élevés. Pour la France, les indicateurs clés de l'Insee donnent au 30 mai 2012 : 0 % de croissance au 1^{er} trimestre 2012, inflation 0,1 % en avril 2012, chômage 9,8 % au 4^e trimestre 2011, consommation des ménages -2,9 % mars 2012, dette publique 1 717 milliards d'euros, soit 85,5 % du PIB.

4. En 2008, 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois – Irdes 2011.

5. Une rupture plus grande encore serait de considérer une évolution sociétale où la croissance économique ne serait plus envisagée comme solution aux problèmes économiques et écologiques.

d'intervention et de production d'informations, d'outils et de supports adaptés aux besoins des acteurs de terrain. Ce positionnement passe par la mise en place d'une collaboration forte et structurée avec le secrétariat général placé auprès des ministres chargés des Affaires sociales et la Direction générale de la santé afin de soutenir la déclinaison régionale de la politique nationale de santé par la définition et la mise en œuvre d'une offre de services destinée aux acteurs locaux. Cet enjeu se décline concrètement dans le cadre du contrat d'objectifs et de performances 2012-2014 de l'Inpes.

Des orientations structurantes pour l'Inpes

Cette étude aura contribué à redéfinir les orientations stratégiques de l'Inpes pour 2012-2014 et offre un cadre de réflexion élargi pour les années à venir. Elle aura permis de prioriser certains leviers d'interventions en prévention et promotion de la santé :

- agir au niveau de l'offre de prestations de prévention et de promotion de la santé pour réduire les inégalités de santé et optimiser le potentiel de prévention aux différents âges de la vie,

- améliorer les connaissances des principaux déterminants de la santé, leurs poids respectifs ainsi que leur évolution,

- intervenir au moyen de mesures politiques et organisationnelles comme la définition de critères d'évaluation et d'éligibilité au financement public, l'articulation des politiques de façon intersectorielle auprès des autres politiques publiques,

- amplifier les interventions favorisant la mobilisation sociale, que ce soit la démocratie sanitaire ou le développement des politiques de prévention en entreprise et en milieu éducatif, ou bien l'intégration dans les décisions des populations socialement exclues,

- développer les compétences individuelles en mettant notamment l'accent sur le concept de « santé globale » et de bien-être « tout au long de la vie ».

Ces éléments constituent une base de travail pour l'Inpes, tant comme acteur institutionnel que comme centre d'expertise en prévention et promotion de la santé. Il faudra rester vigilant quant aux évolutions du contexte qui, les scénarios l'ont montré, pourraient avoir une influence capitale sur les mesures prioritaires à mettre en œuvre. ?

Santé 2025 : un monde d'innovations

Isabelle Delattre

Responsable éditoriale au Leem

Didier Hoch

Chairman, Biovision

Philippe Lamoureux

Directeur général du Leem

La place de notre pays dans l'économie mondiale, les prix Nobel d'aujourd'hui, la dynamique actuelle d'innovation sont essentiellement le fruit d'orientations et de décisions prises il y a vingt ou trente ans. À leur tour, les orientations et décisions prises dans les prochaines années porteront ou ne porteront pas leurs fruits dans vingt ou trente ans. Nos choix d'aujourd'hui dans le champ des sciences de la vie et de la santé et notre capacité à les mettre en œuvre détermineront l'attractivité de la France et l'amélioration de la santé de ses citoyens à l'horizon 2025/2030.

L'accroissement de la population mondiale, l'augmentation de la longévité, la transformation des processus de recherche, la mutation des modèles industriels nous obligent à regarder le nouveau monde tel qu'il apparaît, avec l'exacerbation de la compétition autour de la connaissance, la pression pour l'efficacité des systèmes de santé, la croissance quasi exponentielle des maladies chroniques et l'émergence de cyber-patients en demande de progrès.

La démarche de prospective « santé 2025 », menée par Les entreprises du médicament (Leem) en 2010/2011, voulait renouveler le regard des industriels du médicament et de leurs partenaires¹ sur les futurs possibles de l'innovation dans le champ de la santé à l'horizon 2025 et éclairer leurs choix.

2025, un monde nouveau ?

Les sciences de la vie et de la santé représentent une opportunité de développement considérable et un enjeu politique majeur. Aujourd'hui, le seul secteur de la santé humaine représente déjà 12 % du PIB américain.

La France, avec ses atouts stratégiques et compétitifs en recherche, avec son tissu industriel biotechnologique et pharmaceutique, peut se positionner dans la course au leadership en santé. Face à ce défi à relever, le travail de prospective était essentiel pour sauter, selon la formule de Peter Sloterdijk, « *du tapis roulant qui nous conduit vers l'imprévisible*² », mettre à plat les hypothèses clés d'innovation, les leviers et les acteurs des changements à venir dans le champ de la santé et construire les choix stratégiques y répondant.

Ainsi que le montre la figure 1, les voies d'émergence des innovations scientifiques en santé en 2025 seront très profondément transformées par les champs de connaissances élargis qu'elles mobiliseront (thérapies intégrant biomarqueurs, analyse génomique, diagnostic prédictif...), par les processus de développement, de financement et de diffusion des innovations (partenariats public-privé, télémédecine, réseau de soins), ainsi que par l'évolution de l'environnement juridique et réglementaire.

1. Chercheurs, associations de patients, médecins, mutuelles santé, chaire santé de Sciences-Po, sociétés de biotechnologies...

2. Peter Sloterdijk. *La mobilisation infinie*. Christian Bourgois éditeur. Collection Points. Essais. 2003. P. 270.