

# PROSPECTIVE DU SECTEUR SANTÉ : IMPACTS SUR LES ACTEURS ET MÉTIERS À HORIZON 2030

## LES CAHIERS DE LA PROSPECTIVE RH N° SPÉCIAL SANTÉ

Prix unitaire 30€TTC

LE CERCLE  
**CP**  
ROSPECTIVERH

*Avoir une vision pour éclairer l'action*



Une **FORMATION** de 4h à la prospective, sensibilisation «obligatoire» permet aux membres d'acquérir un langage commun.



**4 PETITS-DÉJEUNERS DÉBAT**, occasion de s'extraire du quotidien, de se former de manière professionnelle et conviviale.

**Des CHANTIERS ET GROUPES D'ÉTUDES** Prospective RH, co-animés en binôme par un leader partenaire + un expert prospectiviste. 6 à 8 réunions sur 10 à 12 mois. Permet d'acquérir la méthodologie prospective au fil des rencontres et de travailler sur une thématique RH aux enjeux prégnants dans les années à venir.



Un **ÉVÈNEMENT MAJEUR ANNUEL** en cours de réflexion.



**Les CAHIERS DE LA PROSPECTIVE RH** retranscrivent les réflexions et résultats de chaque groupe d'étude. Ils sont transmis à tous les membres du Cercle et plus largement pour en faire rayonner les travaux.

Une **PLÉNIÈRE ANNUELLE** occasion de réunir les membres et leur réseau autour du bilan et des projets de développement.



Un **COCKTAIL « INTÉGRATION ET DÉCOUVERTE »** autour de notre président, présente le Cercle aux nouveaux et futurs membres.



# PROSPECTIVE DU SECTEUR SANTE à 2030 : IMPACTS SUR LES ACTEURS ET LES METIERS

Sous la direction d'Elisabeth HACHMANIAN, PWC (Associée)  
et de Catherine FRADE, AXELPHARM (Directrice)

## ***Ont contribué activement à ce chantier dans le cadre du Cercle de la Prospective RH :***

Paule BIAUDET  
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE, Institut de Formation Doctorale  
(Directeur Département Formation & Carrières)  
Philippe CAHEN  
(Prospectiviste)  
Laurent DEMAGNEZ  
UNITHER (DRH)  
Patricia GOLETTA  
SANOFI AVENTIS (DRH & Talent Sourcing) puis PFIZER (DRH)  
Yves GRANDMONTAGNE  
PFIZER (DRH) puis MICROSOFT (DRH)  
Simon KIEFFER  
EQR CONSEILS (Senior manager santé)  
Marie-Ange LAURIER  
APEC (Consultante RH)  
Marie-Paule MULET-ROUX  
LILLY France (Coordinateur Formation Vente)  
Béatrice PERROT  
Consultante en MindMapping  
Florence SCHWARTZ  
INSTITUT DE PUERICULTURE ET DE PERINATOLOGIE (DRH)

## ***Sont intervenus ponctuellement :***

Marie-Christine BELLEVILLE AFAR (Vice Présidente), ACADEMIE NATIONALE DE PHARMACIE (Secrétaire)	Florian FAURE LEEM (Juriste Droit social)
Françoise BRIAND (Coach)	Tania LASISZ Direction Générale de la Modernisation de l'Etat (Service Innovation)
Delphine DUPONT	Odile PELLIER
YVES ROCHER (Directrice Scientifique Compléments Alimentaires)	DIAGNOSTICA STAGO (Directeur du Développement RH)

**Edito**  
**du Président du Cercle de la Prospective RH**  
**Laurent Choain**

Chief Human Resources MAZARS

Le travail, ce sera la santé.

Si vos enfants vous demandent dans quoi ils travailleront demain, vous pouvez répondre sans grand risque statistique : dans la santé ou l'éducation. Et vous pourrez ajouter qu'il y a peu de chances que ce soit dans une université ou dans un hôpital.

Le monde de la santé, comme celui de l'éducation, est le grand secteur d'avenir, mais on n'en devine qu'une part encore aléatoire. De rester jeune à vieillir bien, de l'individualisation du risque et de la protection à la révolution technologique de la prévention et du soin, la santé est l'avenir économique mais peut-être aussi politique de l'Europe.

Il faut inventer les métiers, les organisations qui iront avec. Comme toujours, les DRH se trouveront devant la difficile équation de gérer l'existant, qui dans la santé est d'une complexité bien supérieure à tout autre secteur d'activités, et de préparer un futur déraisonnablement révolutionnaire. Certains l'ont compris. Ils ont échangé, travaillé, écrit. Vous allez les lire. Vous allez comprendre.

## **Préface De Xavier Bertrand**

Ministre du travail, de l'emploi et de la santé

Redonner confiance dans notre système de santé, telle est ma mission première en tant que ministre de la santé. Si nous voulons mieux répondre aux besoins des patients comme à ceux de tous les professionnels de santé, nous devons le faire évoluer.

Avec Nora Berra et l'ensemble des professionnels de santé, nous allons donc continuer à le moderniser sur ses deux volets, l'hôpital et la médecine de ville, afin de garantir à tous l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

La gestion de ressources humaines est au cœur de cette problématique.

Si notre système de santé est l'un des meilleurs du monde, c'est grâce aux hommes et aux femmes qui le font vivre, le font progresser au quotidien, l'adaptent aux besoins des patients, et cela en ville comme à l'hôpital.

Dans ce contexte, les Directeurs des ressources humaines (DRH) ont une mission difficile à mener : ils doivent à la fois assurer le fonctionnement de leur organisation au quotidien et en même temps développer une vision prospective, notamment dans le cadre de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. C'est essentiel pour assurer la continuité de l'organisation, et bien préparer les changements.

Aider le monde de la santé à imaginer et à construire son avenir, c'est donc faire œuvre utile.

Que la médecine de ville, que l'hôpital, que l'ensemble des services qui leur sont dédiés se préparent mieux aux prochaines révolutions technologiques est essentiel. Bien au-delà, c'est l'ensemble de notre société qui doit penser les nouvelles façons de vivre et de se soigner, car ces réflexions éclairent ses choix, ses choix d'investissement, ses choix de formation, mais aussi ses choix éthiques.

C'est tout l'intérêt de cet ouvrage de le rappeler de façon vivante et concrète.

Bonne lecture !

## Avant-propos

Le vieillissement de la population, les dépenses de santé qui vont croître plus vite que le PNB au cours des dix prochaines années, les attentes croissantes des usagers consommateurs de santé, les critiques à l'encontre des modèles traditionnels, les restructurations massives dans l'industrie pharmaceutique et la disparition progressive de certains métiers, le développement de la télémédecine, les ruptures annoncées dans les modes de production et de consommation de soins, les modèles alternatifs, toutes ces évolutions ou révolutions espérées des modèles auront des conséquences significatives sur le capital humain des acteurs de la santé, et en particulier sur les métiers et les conditions d'exercice de ceux-ci.

Ainsi est née l'idée de la question qui a constitué le fil rouge de notre travail :

### **« Prospective du secteur de la santé à horizon 2030 : impacts sur les acteurs et métiers »**

Nous avons choisi un horizon temporel de 20 ans afin de nous situer dans une approche délibérément prospectiviste et de nous détacher des contraintes court-termistes.

Nous avons considéré comme :

- *métiers de la santé* :

les métiers du personnel amené à soigner directement ou indirectement les patients, ainsi que tous ceux qui peuvent intervenir au sens large dans le système de santé privé ou public.

- *acteurs de santé publics ou privés* :

les industries pharmaceutiques, chimiques, biotechnologiques, cosmétiques, du bien-être, des compléments alimentaires, agroalimentaires, des dispositifs médicaux et de toute industrie utilisant des technologies visant à améliorer la santé comme l'imagerie médicale. Ont aussi été pris en compte les assurances, les mutuelles, les hôpitaux, les cliniques, les maisons de santé, les maisons de retraite...

Chantier mené à l'initiative du Cercle de la Prospective RH, le groupe s'est spontanément constitué d'intervenants du monde de la santé publique et privée, des ressources humaines, de la gestion de projet, du conseil, de la psychologie du travail, du

coaching, du secteur privé (laboratoires pharmaceutiques) ou public (université, hôpital...). Ce groupe multidisciplinaire a été guidé par la volonté de mettre en exergue des pistes de réflexions innovantes, concrètes et systémiques pour les DRH et plus généralement les décideurs dans le monde de la santé.

La méthodologie que nous avons adoptée est inspirée de la méthode de prospective stratégique du LIPSOR<sup>1</sup> en prenant en compte les notions **d'idées reçues**, de **facteurs de changement**. Nous l'avons complétée de **la méthode des signaux faibles** et **des scénarios dynamiques**.

Notre groupe s'est réuni pendant un an dans le cadre de huit ateliers de réflexion, animés selon les techniques d'intelligence collective. Nous avons choisi un cadre méthodologique visant à respecter les comportements et attitudes préalables à un bon travail de prospective, à savoir : l'écoute bienveillante, l'ouverture d'esprit, le respect de l'originalité et la diversité de chacun pour favoriser à la fois l'innovation et l'anticipation. Les principes directeurs de l'animation de ce groupe étaient d'assurer une grande liberté de parole à chacun des participants, et de favoriser une créativité sans limitation ni jugement, sans perdre de vue notre objectif de départ.

Notre démarche s'est ainsi structurée autour de trois grandes étapes :

1. **Chasser les idées reçues** pour les identifier et les déconstruire, les transformer en actions pour une préparation aux réflexions des deux étapes suivantes,
2. **Anticiper les facteurs de changement possibles** (inerties, ruptures) et passer des changements critiques aux actions,
3. **Définir des scénarios dynamiques** articulés en grandes thématiques.

Nous avons le plaisir de vous transmettre le résultat de ces travaux dont fait l'objet de ce Cahier de la Prospective RH.

**Elisabeth HACHMANIAN**

*PwC Associée*

*Leader du chantier*

---

<sup>1</sup> LIPSOR : Laboratoire d'innovation, de prospective stratégique et d'organisation du CNAM  
<http://www.lapropective.fr/>

# Sommaire

## **PROSPECTIVE DU SECTEUR DE LA SANTE à 2030 : IMPACTS SUR LES ACTEURS ET LES METIERS**

1. La chasse aux idées reçues, pour un esprit créatif et ouvert ! p.7
2. Les facteurs de changement : évolutions, ruptures et inerties p.40
3. Les scénarios dynamiques à 2030 : exploration sans modération p.45
4. Conclusion p.73
5. Annexe : questionnaire rétrospectif et prospectif sur les mutations en matière de santé à l'horizon 2030 et leurs impacts sur les acteurs et métiers de la santé p.75



# 1. LA CHASSE AUX IDEES REÇUES, POUR UN ESPRIT OUVERT ET CREATIF !

## A. QU'EST-CE QU'UNE IDEE RECUE ?

Il s'agit d'une idée généralement admise sans qu'il soit nécessaire d'argumenter ; c'est une *idée dans l'air du temps*. A ce titre elle joue un rôle dans les attitudes et les comportements, sans être forcément fondée. Il est intéressant de travailler sur ces idées dans une démarche prospective car une approche perceptuelle permet de révéler les représentations, croyances et non-dits, qui façonnent les attitudes et les stratégies des acteurs concernés. « La chasse aux idées reçues » a donc initié notre travail, afin de démarrer la réflexion prospective sur de bonnes bases et avec ouverture d'esprit. Le principe est de se méfier a priori des idées reçues et de se poser les bonnes questions.

## B. LA CHASSE AUX IDEES RECUES :

Au travers d'un brainstorming individuel puis collectif, nos discussions et tours de table nous ont permis de faire émerger 120 « idées reçues » considérées comme ayant un impact sur l'activité de l'entreprise, du territoire, de l'environnement. Parmi celles-ci, nous avons choisi d'en conserver dix qui nous semblaient les plus importantes, à approfondir et à « déconstruire ».

Cette démarche a débouché sur un état des lieux de notre thème d'investigation, une base de réflexion, pour ensuite pouvoir proposer des actions concrètes réactives et pré-actives. Cette réflexion pourra être approfondie ultérieurement par un travail de veille.

## C. LES 10 IDEES RECUES RETENUES :

1. Il n'y a pas d'accès aux soins sans argent
2. Les politiques de prévention en France sont faibles
3. Le vieillissement de la population engendre une demande de soins et une offre de santé croissantes et onéreuses
4. « Se sentir en bonne santé ou malade » a une dimension subjective
5. La fraude et la contrefaçon augmentent
6. Les nouveaux médicaments apportent peu d'innovation et peu d'amélioration pour le patient
7. L'industrie pharmaceutique a un objectif plutôt orienté vers le business que vers l'amélioration de la santé humaine

8. Les partenariats public/privé se développent et sont la clé pour l'innovation et le maintien du système de santé
9. L'hôpital public est ingouvernable et coûte trop cher
10. Il n'y aura plus de médecins en France en 2025

Pour chacune des 10 idées reçues, des arguments pouvant l'étayer « arguments pour » et des arguments venant la réfuter « arguments contre » ont été recueillis. Puis une synthèse de l'analyse a été faite, afin d'en tirer des leçons et de proposer des actions à mettre en œuvre.

L'ensemble de ces éléments est présenté sous forme de fiches détaillées dans les pages suivantes.

## **IDEE REÇUE N° 1 : IL N'Y A PAS D'ACCES AUX SOINS SANS ARGENT**

### **ARGUMENTS POUR**

- Il faut avoir de l'argent pour se soigner.
- Il existe une médecine à plusieurs vitesses.
- Aux USA, l'hôpital ne soigne pas certains patients s'ils ne sont pas assurés.
- En 2030, le médicament sera un produit avec une valeur marchande accrue.
- A cause de la politique de déremboursement des médicaments, la franchise médicale impose au patient une participation financière plus forte.
- Il faut bien connaître le système de santé et le mode de remboursement prévu pour se soigner : d'où la longue attente pour avoir un rendez-vous à l'hôpital, sauf si on est aux urgences, et encore...
- Non seulement, il y a une franchise, un ticket modérateur et des forfaits, mais aussi une hausse des dépassements d'honoraires des médecins.
- Le nombre de patients aux urgences augmente pour des questions de coût : les gens se soignent trop tard.
- L'engorgement des urgences est aggravé par les problèmes liés à la permanence des soins (médecine de ville) (surcharge le soir et le week end). C'est également financièrement moins coûteux pour le patient.
- Le problème est plus centré sur l'accès au soin que sur le coût du soin : le manque d'argent est souvent corrélé à l'appartenance à une catégorie sociale défavorisée qui n'ose pas accéder au soin. Pour ces populations, le vrai problème réside dans le déficit d'information facile d'accès, dans l'absence de réseau soignant connu, le tout associé à la crainte d'être absorbé par un système dont on ne pourra plus avoir la maîtrise et dont le coût total sera supérieur à celui envisagé au départ.
- Il est nécessaire d'engager des frais pour pouvoir se soigner.
- Le médecin coûte plus cher à Paris qu'en province, entraînant une disparité territoriale : la qualité des soins disponibles n'est pas la même selon les régions.
- Il faut être dans les bons réseaux de santé pour avoir l'information.
- La qualité des soins et de la prévention sont liées à la couverture sociale.
- La personne qui n'a pas d'argent attend que son état de santé se dégrade pour aller aux urgences afin d'être prise totalement en charge. Elle ne connaît donc pas la prévention.
- Les maladies évoluent, la connaissance évolue. En conséquence les moyens mis à disposition pour traiter ces maladies sont de plus en plus sophistiqués donc plus coûteux à terme.

### **ARGUMENTS CONTRE**

- On peut toujours se soigner : c'est une question de priorité personnelle et de connaissance des systèmes de santé et de soins (culture, éducation).
- Il existe des systèmes de santé en France pour les plus défavorisés : CMU, AME.

- Les aides de l'Etat et de l'Assurance maladie se développent pour favoriser l'adhésion à une mutuelle (CMU-C, chèque santé).
- C'est seulement quand on est démuné et sans argent qu'on s'occupe vraiment des patients dans le public.
- Les moyens sont mutualisés entre hôpitaux et cliniques pour les achats d'équipements lourds (scanner, IRM...).
- La santé est un droit social : la collectivité et l'Etat assurent la prise en charge, il n'est donc pas nécessaire d'avoir de l'argent pour être soigné.
- En France, il existe un système de mutualisation (nation, branches, entreprises) ; la prise en charge des assurances/mutuelles est variable selon l'entreprise et sa taille.
- La France reste l'un des pays où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante, même si une partie des dépenses reste à la charge des ménages. La part socialisée des dépenses de santé est à peu près stable depuis 20 ans : la collectivité publique prend en charge un peu moins de 80%, mais la part des ménages augmente depuis 5 ans pour s'établir à un peu plus de 9% (Argument pour).
- Les pathologies lourdes et les Affections Longues Durées sont prises en charge à 100%, le tiers payant se développe.

## **SYNTHESE**

Dans l'absolu, soigner la population a un coût élevé : médicaments, soins, assistance. Ce coût augmente avec le nombre de personnes à traiter (augmentation liée au vieillissement, flux migratoires), la sophistication des soins, l'augmentation de pathologies existantes et le développement de nouvelles. Le médicament est un produit marchand ; pour se le procurer, il faut donc en avoir les moyens. Les équipements médicaux deviennent de plus en plus onéreux ce qui engendre une hausse du coût de la santé.

L'accès au système de soins dans des conditions financières acceptables semble être lié au niveau social et éducatif des personnes. Leur capacité à comprendre ou non les procédures administratives ou les offres commerciales des assurances permet ou non d'être en mesure de financer ou de faire financer l'accès au système de soins.

La méconnaissance des systèmes ou des problèmes de santé conduisent les individus à se soigner tardivement. C'est pourquoi certaines tranches de la population finissent par attendre d'être gravement malades pour bénéficier d'une prise en charge totale des soins par le système hospitalier.

La France a mis en place une couverture de santé d'envergure (CMU), répondant à une forte demande sociale : l'augmentation du coût de la santé est compensée par un service d'urgence, moins coûteux pour le patient mais financièrement lourd pour la collectivité.

Il y a une médecine à trois vitesses :

1. une médecine très onéreuse avec dépassements d'honoraires dite médecine privée pour les plus aisés ou ceux qui ont choisi d'investir financièrement dans leur santé.
2. une prise en charge totale par la collectivité pour les plus démunis.
3. une médecine intermédiaire qui associe remboursement et dépassements d'honoraires pour la tranche de population qui bénéficie des droits.

## LEÇONS A TIRER

- L'accès au soin est une question d'éducation et de priorité individuelle : prévenir plutôt que guérir.
- Pour une prévention acceptable, il est nécessaire, en amont, de développer l'information et en aval, de répondre aux questions des patients et du monde médical ou paramédical.
- L'Etat doit jouer un rôle important dans la prise en charge des plus démunis afin d'éviter des troubles sociaux.
- La recherche de solutions innovantes permettrait de diminuer le coût des soins : médicaments, appareillages, systèmes d'assistance...
- Il est nécessaire d'anticiper les besoins, d'établir les cartographies spatiales et temporelles des pandémies pour éviter les crises majorant les coûts de traitement d'urgence.
- Des collaborations intelligentes doivent être développées entre partenaires de santé publics et privés pour une mutualisation efficace.
- Pour éviter de payer cher le retour à une bonne santé, chacun devrait se sentir responsable de sa santé et être vigilant à la maintenir.
- Pour réduire les coûts, une piste consisterait à développer des associations entre les partenaires privés et publics.

## ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE

- **Informers les habitants en France sur leurs droits et devoirs** : considérer comme une obligation le fait de se soigner avant qu'il ne soit trop tard, quand la maladie devient incurable ou trop coûteuse à soigner.
- **Communiquer sur le système de soin** : former les gens, rendre l'information accessible aux différentes populations, et prendre en compte dans la communication, les aspects culturels des populations concernées.
- **Eduquer les citoyens sur les pathologies** et leurs modalités de développement pour mettre un terme à la désinformation.

- **Instaurer un enseignement :**
  - **Obligatoire dans les programmes scolaires** et ce, dès le collège, sur le droit à la santé, comment maintenir l'équilibre de sa santé, bien se soigner, suivre une bonne hygiène alimentaire et pratiquer un sport.
  - **Mandater des spécialistes dans les écoles** pour sensibiliser sur les systèmes de soins, et le capital santé selon le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir ».
- **Réaliser une campagne nationale** de prévention basée sur des exemples concrets et explicites présentés par thèmes (on pourrait imaginer par exemple, un train d'information circulant entre différentes villes pour informer sur une pathologie ou un risque ...).
- **Mettre en place de nouveaux systèmes de protection sociale personnalisée** tenant compte de l'investissement de chacun à maintenir son capital santé, et à prévenir l'apparition des maladies.
- **Développer des synergies** sur le plan économique, social et géographique.
- **Développer des systèmes de prévention** pour anticiper le développement à grande échelle de pathologies coûteuses (cancer, SIDA, dépression...).
- **Poser les bases de grands chantiers nationaux sur l'impact des risques psychosociaux** au regard du développement des nouvelles pathologies et des évolutions sociétales (charge de travail, stress, suralimentation, sédentarité liés à des conditions de vie déséquilibrées...).
- **Décentraliser les modes de gestion et de décision** à l'échelon local pour coller à la réalité des territoires.
- **Créer des spécificités régionales au niveau des titres des facultés de médecine** pour équilibrer l'offre géographique de santé. Donner une réelle plus value à tous les professionnels de santé désireux de travailler en zone sensible ou à la campagne, en termes de bourses, de points supplémentaires, ou d'aide financière.
- **Mutualiser** les équipements, les personnels entre les différents systèmes.

## IDEE REÇUE N° 2 : LES POLITIQUES DE PREVENTION EN FRANCE SONT FAIBLES

### ARGUMENTS POUR

- Les politiques de dépistage arrivent trop tard, bien souvent à la suite de crises sérieuses à l'échelon national ou médiatiques.
- Il y a peu d'éducation sanitaire au niveau de l'enseignement scolaire (Niveau I et II).
- Le système de santé français privilégie le curatif plutôt que le préventif.
- La prévention est mal exploitée, mal organisée, répartie inégalement entre les différents acteurs institutionnels (caisses de sécurité sociale, collectivités territoriales...), les régions, et les niveaux de richesse. Les dispositifs mis en place sont souvent associatifs plus qu'institutionnalisés.
- La communication et l'information sont médiocres auprès des personnes qui en ont le plus besoin (analphabètes, communautés ethniques, personnes isolées).
- La prévention est coûteuse. Il y a une contradiction entre le coût de la prévention et le montant réel des remboursements.
- Dans l'entreprise, la prévention n'est pas toujours bien perçue par les organisations syndicales qui considèrent que c'est une ingérence dans la vie privée du salarié.
- Les politiques de prévention sont élaborées selon les différents lobbys, impliquant un problème de congruence et de distorsion (ex : alcoolisme et tabac).
- Il n'y a pas d'intérêt financier au développement de la prévention, puisque le business le plus lucratif est basé sur le curatif et non le préventif.
- Les médecins n'ont pas d'objectifs chiffrés de prévention, comme par exemple, *tel médecin est efficace s'il a vacciné 1000 personnes contre H<sub>1</sub>N<sub>1</sub> en 2008*.
- Il y a peu d'information sur la qualité des établissements de soin.
- C'est au citoyen d'être responsable de sa santé. L'idée comme en Allemagne que la perte de poids soit corrélée à une augmentation de la rémunération est loin d'être acceptée en France.
- Le déremboursement des médicaments dits à faible ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu) est un signe de la non prise en charge financière des systèmes de prévention.
- Le corps médical refuse de reconnaître certaines spécialités (para)médicales qui peuvent avoir une action pour prévenir et accompagner.
- Le mode de rémunération à l'acte des médecins n'incite pas à faire des actes de prévention.

## **ARGUMENTS CONTRE**

- Des campagnes de dépistage à grande échelle sont organisées au niveau national.
- Des actions de prévention sont faites dans le cadre du principe de précaution, comme par exemple le téléphone portable interdit dans les écoles et collèges.

Il y a une prise de conscience des pouvoirs publics avec la loi HPST, qui affirme le principe de l'éducation thérapeutique du patient.

- Il y a des expériences de prévention et d'accompagnement des patients par la sécurité sociale et les mutuelles.
- En France, il y a de bons dispositifs de prévention, surtout depuis l'affaire du sang contaminé, jusqu'à avoir une surenchère des politiques concernant les principes de précaution liés à des enjeux politiques.
- Le vaccin de la grippe A est un exemple de volonté de prévention qui va parfois trop loin (pas le droit de serrer les mains ...)
- La politique de prévention des risques se développe en entreprise où les salariés sont sensibilisés à la notion de protection personnelle.
- Des actions de communication et de sensibilisation ont été faites par les pouvoirs publics, relayés dans les entreprises.
- La liste des Hôpitaux sans risque pour les maladies nosocomiales a été mise à disposition des usagers.

## **SYNTHESE**

La prévention semble exister en France mais n'aboutit pas aux résultats escomptés.

Elle semble être détournée des objectifs annoncés sans rapport réel avec la santé (enrichissement des lobbys, propagande politique), ou au contraire, freinée par ces mêmes raisons (conserver les avantages financiers, préserver ses appuis électoraux...)

Toutefois, il existe, en France, des actions de prévention qui ont montré leur efficacité, notamment depuis l'affaire du sang contaminé, mais plus dans le sens du renforcement du principe de précaution.

Les mentalités sont encore tournées vers le curatif, d'où la nécessité d'éduquer et de motiver sur la prévention et de donner les moyens nécessaires pour le faire.

Il faut inventer de nouveaux modes d'incitation à une médecine préventive, établir un lien entre la maladie et les conditions de vie, jusqu'à avoir une véritable transformation et mutation des acteurs et décideurs de la santé.

Les politiques de prévention se feront de plus en plus tôt et au niveau des entreprises et des écoles. Elles donneront également un poids plus important aux risques psychosociaux et sanitaires, car les maladies et les accidents représentent un coût économique considérable pour le pays.



La prévention n'est pas suffisamment valorisée, d'une part car ce qui est lucratif est avant tout *le curatif* ; d'autre part, car la prévention souffre d'un problème d'organisation et de communication.

Le préventif est perçu comme une ingérence dans la vie privée, par les syndicats, peu rémunérateur, par les médecins, et pris en main par des lobbys.

## LEÇONS A TIRER

- Les actions de prévention ne peuvent se faire qu'en formant la population.
- Pour encourager les gens à penser à la prévention, il faut inventer des dispositifs incitatifs.
- Des alternatives seront à trouver pour les lobbys, pour leur permettre d'accepter les pertes de bénéfices causées par les politiques de prévention.
- Une communication claire et cohérente étrangère aux lobbys doit être établie.
- Il faut imaginer un mode de financement des médecins davantage axé sur la prévention.

## ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE

- **Lancer des programmes de recherche** à court et moyen terme sur les modalités de mise en œuvre de la prévention.
- **Former les acteurs de la prévention** (médecins, entreprises, collectivités, patients, associations...).
- **Trouver des systèmes de financement de la prévention** et ne plus rémunérer les médecins libéraux exclusivement à l'acte (capitation, forfait...).
- **Inventer de nouvelles modalités de travail avec les grandes industries** pharmaceutiques, chimiques, biotechnologiques, ...
- **Créer un observatoire de santé publique européen**, afin d'observer les évolutions des comportements des populations.
- **Créer un label santé**, pour une région, une entreprise ou une école. Chaque structure imaginant sur quel thème elle va concourir.
- **Conditionner les remboursements** d'une caisse de sécurité sociale à la politique de santé et de sensibilisation sur une région.
- **Instaurer un bilan santé obligatoire** à une fréquence de 5 ans.
- **Présenter dans les comptes de la nation** les données chiffrées des politiques publiques de prévention, dans le cadre d'un document « Etat de santé des français ».

- **Créer dans les entreprises une obligation de communiquer** sur l'état de santé des salariés dans le bilan d'activité.
- **Créer un indicateur de performance** indexé sur le ratio productivité horaire et santé des salariés.
- **Développer les échanges** et rapports entre établissements de santé publics comme privés, médecins libéraux, associations ...
- **Valoriser la prévention** chez le patient et chez le médecin.
- **Elaborer un diagnostic santé au niveau de la population** (type questionnaire INSEE) : à titre d'exemple, l'enquête Handicap-Santé est une nouvelle enquête, réalisée par l'INSEE et la DREES. Elle comprend différents volets, notamment une enquête de filtrage (INSEE, enquête Vie Quotidienne et Santé, 2007), une enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM, réalisée par l'Insee et la DREES en 2008) et une enquête Handicap-Santé en institution (HSI, réalisée par l'INSEE et la DREES, collecte fin 2009). Une enquête sur les aidants informels a été adossée à l'enquête santé en ménages ordinaires (HSA, DREES, 2008), afin de mieux connaître cette population.

**IDEE REÇUE N° 3 : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION engendre une demande de soins et une offre de santé croissantes et onéreuses**

## **ARGUMENTS POUR**

- Il y a un vieillissement démographique. Plus on vieillit, plus le système immunitaire faiblit, plus les prises en charge sont lourdes et plus la probabilité de développer des maladies s'accroît.
- Le dépistage des pathologies liées au grand âge, mais aussi de toutes les pathologies va en s'améliorant.
- Le vieillissement entraîne une augmentation importante des pathologies avec des soins onéreux et une recherche coûteuse : les investissements liés au développement des médicaments ont augmenté de 20 % ces dernières années.
- Une meilleure politique de prévention et d'information, communication, alimentation, hygiène, permettrait de réduire les coûts.
- L'Etat supplée aujourd'hui à la défaillance de la solidarité familiale.
- La prise en charge des personnes dépendantes est coûteuse.

- Certains arrêtent de travailler pour s'occuper des malades et handicapés de leur famille. C'est un double coût social, non seulement, ils ne travaillent pas mais ils font diminuer la part des actifs.
- Le coût de la dépendance à domicile a augmenté depuis l'apparition du quatrième et cinquième âge.
- Le vieillissement de la population pose la question de se maintenir en bonne santé sur la durée pour travailler plus longtemps.
- Les cadres et les salariés ultra stressés d'aujourd'hui risquent de développer des pathologies nouvelles ou en expansion. Les caractéristiques médicales des personnes âgées de demain seront différentes de celles d'aujourd'hui.
- Les individus consultent plusieurs spécialistes pour être sûrs d'être bien soignés par manque de confiance en leur médecin.
- La génération senior a tendance à surconsommer des médicaments.

## **ARGUMENTS CONTRE**

- Ce sont les pratiques individuelles et de prévention qui génèrent les besoins de soin plus que le vieillissement.
- Le vieillissement entraîne un désir de confort et de bien être croissant.
- Ce sont les personnes qui souhaitent rajeunir qui augmentent ces coûts (chirurgie esthétique) ; les exigences des individus augmentent en termes de perfection d'apparence et de santé.
- Les systèmes de prévoyance en place essaient d'anticiper les problèmes à venir : un accompagnement est nécessaire.
- La télémédecine et l'utilisation de soins à distance permettrait de réduire certains coûts, dont ceux de déplacement.
- Le pouvoir d'achat des seniors est encore élevé pour quelques années.
- La question des priorités des soins se pose sur la population en fonction de l'âge.
- La vieillesse crée des richesses : l'économie présentielle d'un retraité sur un territoire crée des emplois et des dépenses : 0.8 emploi en région Languedoc-Roussillon.
- Il y a une forte probabilité pour que les personnes exposées au stress meurent plus jeunes d'accidents cardiaques ou neurologiques ou de maladies dégénératives comme le cancer.
- Une partie de la population des seniors se tourne vers la médecine alternative et prend soin de sa santé en dehors des systèmes médicaux et de l'allopathie.

## **SYNTHESE**

Le vieillissement de la population est une réalité obligée qui va générer un accroissement considérable des coûts pour plusieurs raisons :

- le volume de patients à traiter,
- la complexité des pathologies,
- la sophistication des systèmes d'assistance,

- une demande renforcée des personnes vers plus de confort et de prise en charge,

- des systèmes de prévention pas assez développés pour amener les personnes vers une bonne santé et vers des âges élevés,

- la disparition de la prise en charge par les familles dans les pays occidentaux y compris les pays latins.

L'allongement de la durée de la vie crée un nouveau type d'économie associée aux seniors dont les profits pourraient partiellement couvrir les dépenses de santé générées.

Le vieillissement semble être à la fois une source et un facteur de richesse et d'emploi, car les seniors sont soucieux de leur santé.

Le vieillissement engendre une augmentation du nombre de pathologies et impose parfois des arrêts de travail de personnes actives pour s'occuper des personnes âgées.

Les individus du quatrième et cinquième âge pèsent de plus en plus lourd dans l'économie car leurs pathologies exigent des technologies de plus en plus sophistiquées.

Les nouvelles technologies vont aider à contrôler les dépenses.

## **LEÇONS A TIRER**

- La prévention doit être optimisée pour que la population arrive à la fin de sa vie en bonne santé.
- Un équilibre est à trouver entre les profits générés par l'économie liée aux seniors et les dépenses de santé.
- Il faut éduquer les gens pour lutter contre la surconsommation des soins.
- Les Français devront de plus en plus contribuer aux frais inhérents à leur santé pour pallier le déficit de la sécurité sociale.
- L'Etat prendra en charge les soins pour les démunis et va reporter, sur ceux qui en ont les moyens la différence à payer.
- La complexité des maladies et le coût de plus en plus élevé des soins ne permettra pas aux pouvoirs publics de maintenir le même niveau qualitatif des soins.
- Il est important de mettre à profit les idées des seniors sans tomber dans le jeunisme. Mais encore faut-il que la parole leur soit donnée avec des questionnaires et sondages et qu'ils soient écoutés. Ils ont du temps, des moyens et de l'expérience.
- Il faut créer de nouvelles structures d'accueil, avec du personnel supplémentaire.

## **ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE**

- **Développer les campagnes de prévention** et renforcer les actions sur le terrain.
- **Inventer des passerelles** entre la nouvelle économie liées à la population senior croissante et les systèmes de santé.
- **Prendre soin d'éduquer les jeunes** pour qu'ils ne deviennent pas de vieux malades (conditions de travail, de vie).
- **Aider les pays émergents** à développer des conditions de nutrition, d'hygiène et de sécurité sanitaire élevés pour éviter les pandémies et les carences, dans un contexte de migration.
- **Augmenter les cotisations des salariés** en fonction de leur revenu.
- **Permettre aux individus d'avoir un droit de santé** à l'égard de leurs parents et enfants, et leur attribuer un revenu compensatoire.
- **Travailler en amont sur la base d'un diagnostic santé** afin de suivre les personnes qui auraient besoin de soins lourds.
- **Intégrer une assurance santé** au niveau de la fiche de soins pour payer un revenu compensatoire aux salariés qui en auraient besoin.
- **S'appuyer sur les associations**, les clubs ou autres structures collectives, pour accompagner culturellement les populations à se maintenir en bonne santé.
- **Communiquer sur l'idée qu'il n'y a pas de honte à vieillir.**

<b>IDEE REÇUE N° 4 : « SE SENTIR EN BONNE SANTE OU MALADE » A UNE DIMENSION SUBJECTIVE</b>
--

## **ARGUMENTS POUR**

- La notion de maladie et de santé est personnelle : dans un même contexte ou environnement, certains vont se sentir malades, d'autres pas. Il est donc nécessaire de définir les frontières de la maladie.
- La santé est un équilibre, une sorte d'idéal jamais atteint, une construction pour maintenir le meilleur équilibre possible entre les fonctionnements physiques et mentaux d'où la nécessité d'être attentif aux maux du corps et de l'esprit, et d'aller consulter celui qui pourra soigner (médecin généraliste, psychiatre, psychothérapeute, homéopathie...).
- La maladie commence avant que l'individu ne soit malade. Il y a donc une nécessité à mettre en place des politiques de prévention et d'accompagnement

des individus fondées sur des méthodes holistiques avec de vrais parcours de santé.

- Il y a urgence à agir face à la situation de maladie. L'individu va chez le médecin pour se faire soigner et être accompagné humainement. C'est le système qui a cours d'aujourd'hui.
- Les médecins ne sont pas formés à l'accompagnement psychologique des individus.
- Le médecin est une personne qui a la compétence pour soigner. Il a tout pouvoir sur la vie du patient.
- C'est le médecin qui détermine la frontière de la maladie sur des critères chiffrés dits objectifs.
- Un dispositif bien établi existe : ordonnance, feuille de soin, suivi médical, et médicaments pour soigner et traiter. On parle alors de «vraie médecine» par rapport à d'autres moyens de se soigner.
- Une prescription médicale sur deux n'est pas suivie par le patient : les médecins voient trop le corps comme une machine en plusieurs morceaux, pas un être humain global à qui expliquer sa maladie et son traitement.
- Le déficit d'explication implique un manque d'observance du patient.
- La judiciarisation de la société impacte aussi la médecine.

## **ARGUMENTS CONTRE**

- L'individu est soucieux de sa santé au sens le plus large : il développe une capacité d'autodiagnostic qui lui permet de prévenir et d'anticiper la maladie puis de se traiter en conséquence.
- L'information grand public rendue accessible par les médias et internet pousse les individus à s'informer sur d'autres formes de soin parfois non institutionnelles et à échanger sur les traitements et les médicaments par le biais de forums d'échanges non médicaux.
- L'individu a un nouvel état d'esprit qui l'incite à se tourner vers des solutions de médecines plus douces via des médecines parallèles.
- Les jeunes mettent en avant leur différence dans la manière de se soigner et de se nourrir. Il s'agit d'une rupture générationnelle.
- La médecine est un art ; elle ne peut pas tout soigner, d'où des approches complémentaires : approche psychosomatique et accompagnement psychologique des maladies.
- Il y a de plus en plus de médicaments dits de confort, déremboursés. Aujourd'hui, on ne sait plus où se situent les limites des médicaments.
- L'individu veut se soigner lui même en allant voir le pharmacien qui le conseille et qui remplace de plus en plus le médecin. Le pharmacien prend le temps de lui donner des conseils personnalisés en lui proposant des médicaments OTC ou des médicaments dits de « confort ».
- Le patient franchit plus facilement la porte d'une pharmacie que celle du médecin.
- Les médicaments ne sont pas les seuls remèdes pour être en bonne santé. Les remèdes de l'esprit se développent (médecines parallèles) ainsi que la médecine par les plantes et tout ce qui peut apporter du bien être (thalassothérapie , ...).

- Le médicament est une béquille à la fois en termes de sécurité que d'un point de vue émotionnel.
- Le médicament préventif se prend avant d'être vraiment malade.
- Il existe d'autres façons de faire de la prévention non médicamenteuse en prenant soin de soi avant d'être malade : hygiène de vie, alimentation, gestion du stress, tout ce qui touche au maintien de l'équilibre de la santé.

## **ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE**

- **Mettre le patient ou l'individu au cœur du système de soin** pour le soigner de façon globale en repensant le système de santé, notamment chez les industriels.
- **Mieux former les médecins** et mieux informer les individus sur les multiples possibilités de soins.
- **Communiquer sur le rôle du médicament**, ses bienfaits mais aussi ses limites.
- **Légiférer sur la reconnaissance** des médecines parallèles et accompagnements psychologiques.
- **Élargir la sphère du monopole médical** et repenser le rôle des médecins comme celui de l'hôpital.
- **Différencier les maladies, dans leur rapport aux médicaments** et préciser les causes possibles quand elles peuvent être traitées autrement (ex les TMS, et l'ergonomie des postes de travail, les dépressions et le management déficient).
- **Développer une base de données d'informations** publiques sur les offres de soin, au-delà des lobbys professionnels.
- **Etatiser l'offre de soin totalement**, comme la médecine anglaise.

## **IDEE RECUE N°5 : LA FRAUDE ET LA CONTREFAÇON AUGMENTENT**

### **ARGUMENTS POUR**

- Il y a une augmentation forte des médicaments contrefaits commercialisés par internet en raison de la difficulté d'accès aux soins, et d'un manque de ressources pour certaines catégories de population.
- La contrefaçon permet d'avoir accès à des médicaments sans prescription.

- La fraude permet d'avoir des circuits de commercialisation parallèles et avoir ainsi l'accès aux médicaments d'une autre manière.
- L'augmentation de la sous-traitance dans les pays en voie de développement : trois quarts de la production des médicaments européens est faite en Chine et en Inde. Or, ces pays n'ont pas la même notion de brevet que l'occident, ce qui autorise la contrefaçon.
- Le coût des molécules est de plus en plus élevé, ce qui limite l'accès aux médicaments pour certaines populations et favorise le développement de la contrefaçon.
- Les médicaments de confort (beauté, ralentissement du vieillissement) souhaités par certaines populations vont se développer, avec la fraude correspondante.
- La fraude pourrait s'accroître au travers des achats en ligne (sans prescription et, en toute simplicité).
- La poursuite de la politique de déremboursement de certains médicaments peut favoriser la contrefaçon.
- L'augmentation des capacités de production dans certains pays va permettre de produire des médicaments contrefaits.
- Les notions de qualité sont culturellement différentes.
- La pauvreté pousse à la fraude.
- La fraude favorise le développement des profits pour les fabricants et les circuits de distribution.
- Les différences culturelles en matière d'essais cliniques dans les pays émergents peuvent générer des erreurs ou des fraudes délibérés.
- Avec un niveau d'études croissant, il devient plus facile de produire des médicaments ou de propager une culture du faux.
- Le statut de médicament implique une confiance par défaut, et les acheteurs ne pensent pas nécessairement au fait que les médicaments vendus sur internet peuvent être contrefaits.
- En raison de la fixation des prix étatiques, les laboratoires produisent les médicaments à l'étranger, ce qui implique un transfert de savoir-faire et facilite, par la suite, la contrefaçon.
- La contrefaçon représente 10% du marché mondial en valeur, soit le double en volume.
- La médecine occidentale ne reconnaît pas certaines formes de médecines parallèles qui peuvent être associées à une tromperie médicale telles que l'homéopathie, les étiothérapeutes, chiropracteurs, naturopathes...
- Les vides juridiques et éthiques favorisent la fraude et la contrefaçon.

## **ARGUMENTS CONTRE**

- Les systèmes d'assurance qualité et d'audit augmentent, y compris mondialement mais il faudrait 30 ans à la FDA pour auditer tous les sites de fabrication chinois actuellement ouverts.
- Les génériques permettent de copier les molécules, en toute légalité.
- Certaines personnes pourraient avoir peur des effets secondaires de certains médicaments génériques ou vendus sur internet ce qui limiterait la fraude.



- Les sanctions de la sécurité sociale et de l'organisme de répression des fraudes sont lourdes dans les pays développés, donc dissuasifs.
- L'action publique se structure pour intensifier la lutte contre la fraude sociale.
- Il faudrait créer un contrôle mondial (type OMS) pour limiter les fraudes et les contrefaçons, créant ainsi de nouveaux métiers.
- Les firmes investissent de plus en plus d'argent pour différencier les produits originaux des produits contrefaits (packaging, hologrammes...) en raison des enjeux financiers que représente la contrefaçon.

## **SYNTHESE**

Le commerce des médicaments sur internet a explosé avec l'augmentation du prix des soins.

Les gens sont tentés par des médicaments à faible coût ou par des médicaments interdits sur le territoire national.

Le marché du médicament est tellement important et si potentiellement lucratif, qu'il attire les contrefacteurs.

Les consommateurs qui achètent des produits en fraude soutiennent le marché de la fraude.

La fraude et la contrefaçon génèrent un manque à gagner pour les industriels. Ces derniers tentent de réagir en innovant.

Le patient doit être informé des conséquences de ses actes et être conscient de ses responsabilités.

En 2030, les pays émergents vont se développer ; les gouvernements vont chercher à localiser plutôt que délocaliser leurs outils de production de santé.

Les génériqueurs ont ouvert la voie à une copie de molécules légales, alors même que, dans le monde entier, la lutte contre la contrefaçon et la fraude s'intensifie.

Les centres de production se multiplient, la culture de la fraude est différente selon les pays. Frauder permet de gagner faussement du temps et de se soigner chez soi.

Les mesures anti-fraudes sont longues à mettre en œuvre car la fraude est une industrie en tant que telle.

## **LEÇONS A TIRER**

- A force de délocaliser les productions à l'international, pour limiter leur coût, les pays se sont dessaisis de leur pouvoir de contrôle sur leur propre production médicamenteuse. Certains font déjà machine arrière pour rapatrier leur production localement.

- Il faut identifier les causes qui poussent les gens à s'approvisionner sur internet quand il s'agit de médicaments et les informer sur les risques de fraude et de contrefaçon et des dangers qu'ils encourent.
- Les industries de santé pourraient suivre le modèle des « marques distributeurs » comme dans l'agroalimentaire en créant leurs propres circuits de distribution sur des produits à marketing moindre.

## **ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE**

- **Informar les populations** sur les risques encourus avec des produits non homologués.
- **Recenser les motivations** d'achat des médicaments sur internet.
- **Inventer de nouveaux circuits de distribution** et des « marques distributeurs ».
- **Développer les mesures de contrôle** dans les pays sous-traitants.
- **Assainir les réseaux** de commercialisation/distribution en communiquant sur les mauvaises pratiques.
- **Sensibiliser régulièrement** (un courrier envoyé avec chaque remboursement de sécurité sociale par exemple), les citoyens des dangers de la contrefaçon.
- **Identifier les médicaments à risque** et les mettre sur internet afin que chacun puisse vérifier les dangers de se procurer ce médicament en dehors d'un circuit de distribution sûr.
- **Faire prendre en charge une partie du coût** des soins de ceux qui auraient achetés des médicaments contrefaits.
- **Sanctionner rapidement et lourdement** les sites internet vendant des médicaments contrefaits et créer un organe de contrôle.
- **Créer une brigade de répression** des contrefacteurs de la santé.
- **Mettre en lumière l'importance des vides juridiques** et éthiques des questions soulevées.

## **IDEE RECUE n° 6 : LES NOUVEAUX MEDICAMENTS APPORTENT PEU D'INNOVATION ET PEU D'AMELIORATION POUR LE PATIENT**

### **ARGUMENTS POUR**

- Quand on parle de nouveaux médicaments, il faut différencier les évolutions de packaging, dosage ou formulation de celles liées à la découverte de nouveaux principes actifs, de « nouveaux » médicaments, et des médicaments personnalisés.
- Il y a une nette augmentation des médicaments génériques qui copient les médicaments existants. Ils représentent 80% des dépôts d'autorisation de mise sur le marché en France aujourd'hui.
- La recherche sur les maladies orphelines n'étant pas suffisamment soutenue, peu de nouveaux traitements sont mis à disposition des patients.
- L'industrie pharmaceutique ne veut pas mettre sur le marché des produits non brevetables qui font pourtant leur preuve à l'hôpital, comme l'association de produits existants dont le brevet est déjà tombé dans le domaine public.
- Il n'y a plus de recherche en Europe.
- La recherche coûte trop cher pour investir dans de nouvelles molécules.
- Le développement des médicaments suit une logique de marché via le retour sur investissement et pas une logique de développement des maladies.
- Il y a un problème d'hégémonie de la médecine allopathique et du médicament : les médicaments qui agissent sur des paramètres physiques peuvent ne pas suffire à régler des problèmes psychiques et psychologiques.
- La pression du profit à court terme limite les investissements longs termes qui seuls, peuvent donner naissance à de nouveaux médicaments.
- Les laboratoires qui sont capables d'avoir de nombreuses molécules dans leur portefeuille de développement sont ceux qui laissent aux chercheurs une certaine liberté d'explorer ou qui investissent sur des contrats à long terme avec le public.

### **ARGUMENTS CONTRE**

- Les autorités régulatrices affichent qu'elles surveillent de façon stricte le service médical rendu (ASMR).
- Il y a des nouveaux médicaments, notamment contre le sida et contre certains cancers. Ces maladies qui n'étaient pas traitées auparavant le sont aujourd'hui.
- C'est grâce à certains traitements efficaces que l'on peut faire des interventions chirurgicales de plus en plus sophistiquées (greffe sur les bébés, par exemple).
- La prise de conscience des « spécialistes » et des politiques de l'enjeu médical et social lié à la Douleur a entraîné un développement significatif des traitements antidouleurs et a donné naissance à de nouveaux médicaments.
- Il existe un nouveau processus de prévention amont-aval depuis le fœtus jusqu'aux soins palliatifs pour la fin de vie.

- Des chirurgiens ont créé de nouvelles techniques d'intervention afin de limiter la prise de médicaments anti-rejets.
  - Certaines innovations sont faites pour minimiser les effets secondaires de médicaments. D'autres permettent de lutter contre la contrefaçon.
  - L'apparition d'une maladie virale comme le SIDA a renforcé la connaissance des virus et des pathologies, débouchant sur l'apparition de nouveaux traitements.
- Il reste beaucoup à découvrir : les dérivés des plantes, les produits de la mer ; tout ceci peut donner lieu à de nouvelles innovations.

## **SYNTHESE**

Le traitement de la maladie se définit comme des prescriptions (médicamenteuses ou non) données pour combattre la maladie, quelle qu'elle soit : latente, aigue, chronique, à visée préventive ou curative, dans une approche aussi bien orientale qu'occidentale.

Une évolution de conditionnements, de dosage ou de formulation n'est pas nécessairement synonyme d'innovation pour les patients qui considèrent qu'une vraie innovation porte sur la découverte de nouveaux principes actifs.

Les investissements en R&D n'augmentent pas, alors même que s'accroît l'exigence des populations d'être mieux soignées.

Des découvertes vraiment nouvelles nécessitent une recherche à long terme avec les investissements et la prise de risque associés.

Toutefois la connaissance se développe ; on observe une augmentation drastique des savoirs en matière de virus ; on perçoit également de nouveaux débouchés pour les dérivés de plantes et les produits de la mer, par exemple.

Il y a sans cesse de nouvelles recherches et découvertes, une meilleure connaissance des virus et maladies, qui mettent l'accent sur de nouveaux débouchés.

## **LEÇONS A TIRER :**

- Les exigences de rentabilité à court terme des sociétés limitent les investissements à long-terme de la recherche et du développement. Ils nuisent à l'innovation et donc à la découverte de nouvelles molécules ou de nouveaux modes de traitement.
- La chute des brevets dans le domaine public et le développement des génériques conduisent à une stagnation en matière de médicaments.
- De nouvelles pathologies et de nouvelles populations à traiter devraient stimuler la recherche et l'innovation.

- Les institutions régulatrices pourraient être utilisées plus efficacement et intégrées dans la réflexion globale sur le parcours de soin dès le début du processus.
- L'éducation des patients consommateurs est nécessaire pour les rendre responsables de leurs actes afin qu'ils mesurent les risques et les avantages de leurs choix.

## **ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE**

- **Identifier les causes de la baisse** de la créativité et de l'innovation.
- **Relancer/stimuler l'innovation de la recherche** et des traitements potentiels, toutes branches industrielles confondues, en développant des partenariats plus nombreux et plus efficaces associant l'ensemble des acteurs.
- **Repenser les partenariats publics/privés pour financer** les essais cliniques qui coûtent de plus en plus chers.
- **Repenser le parcours de soin globalement** et élargir les recherches en associant des phases médicamenteuses curatives et des accompagnements de prévention holistique plus long termes.
- **Créer un glossaire** des bienfaits des nouveaux médicaments par rapport aux médicaments d'usage bien établi pour promouvoir le bienfait des innovations déjà réalisées, accessible sur Internet.
- **Sensibiliser les citoyens au rôle des médicaments**, redonner la place de conseil de santé au pharmacien.
- **Encourager et convaincre** les entreprises pharmaceutiques à innover également pour soigner les maladies endémiques touchant les populations à faible pouvoir d'achat.

<p><b>IDEE REÇUE N° 7 : L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE A UN OBJECTIF DAVANTAGE ORIENTE VERS LE BUSINESS QUE VERS L'AMELIORATION DE LA SANTE HUMAINE</b></p>
---

## **ARGUMENTS POUR**

- Les coûts de promotion de médicaments, marketing et publicité, sont aussi élevés que les coûts de recherche et développement.

- L'industrie pharmaceutique cherche à promouvoir de nouvelles maladies pour vendre de nouveaux médicaments ou de nouvelles indications, au lieu de fournir des médicaments pour soigner les maladies existantes.
- Des campagnes de prévention existent déjà et sont mises en place, c'est la mission principale de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- La sous-traitance massive en Asie rend difficile l'application des normes de qualités, malgré les lois, car la façon de voir le monde est différente de celle de l'occident. La protection des brevets n'est pas la même qu'en occident.
- L'industrie pharmaceutique s'intéresse davantage à des populations à forte contribution et pouvoir d'achat, comme l'Europe, pour lancer sur le marché les nouveaux médicaments plutôt qu'à traiter les pathologies, même d'envergure, dans des pays en voie de développement (exemple des médicaments anti sida et l'Afrique).
- Il y a une contradiction entre le fait de travailler pour la santé des individus et la logique de business (rentabilité économique, croissance, performance) quand celle-ci implique une forte pression et donc un impact direct sur la santé de ses propres salariés (risques psychosociaux)<sup>2</sup>.

## ARGUMENTS CONTRE

- Les fonctions de business sont occupées par des médecins ou des pharmaciens. Même si le périmètre du médicament, est défini par le code de la santé publique loi (article L. 5111-1)<sup>3</sup>, la santé peut avoir un sens élargi et des industries autres que pharmaceutiques peuvent aussi s'occuper de la santé : c'est le cas des compléments alimentaires, des industries agroalimentaires, des industries chimiques, cosmétiques, biotechnologiques, du bien-être, des dispositifs médicaux.
- L'industrie pharmaceutique est un secteur d'activité avec un modèle économique bien défini : les marges sont utilisées à des fins de réinvestissements souvent lourds, dont ceux de la R&D, et pas seulement pour créer de la valeur financière pour l'actionnaire.
- Les contraintes réglementaires croissantes imposent un coût de R&D de plus en plus lourd. Pour dépasser cette barrière d'accès au marché il est nécessaire d'avoir un modèle économique puissant : les concentrations et les fusions des gros laboratoires permettent de créer des synergies et d'investir plus pour innover.
- Les fusions des laboratoires peuvent présenter un certain intérêt pour les pays : avoir un gros laboratoire capable de soigner la population nationale en priorité, permet à un pays de préserver son indépendance et de privilégier la santé nationale.

---

<sup>2</sup> La prospective des risques psychosociaux n'est pas abordée dans ce cahier, car elle fait l'objet d'un travail prospectif déparé, toutes branches confondues

<sup>3</sup> "On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique." (CSP, L. 5111-1).

- Les pouvoirs publics prônent l'engagement et la solidarité de l'industrie pharmaceutique qui doit continuer à travailler pour distribuer et trouver des médicaments pour la population, même en cas de pandémie.
- L'industrie pharmaceutique a trouvé des médicaments très efficaces, dans le domaine des greffes, suite à un travail remarquable, également dans les maladies orphelines.

## **SYNTHESE**

L'industrie pharmaceutique est une industrie de profit avec parfois un déséquilibre des investissements entre recherche et développement (R&D) et marketing/publicité ayant pour conséquence une surcharge de la facture de santé.

L'industrie pharmaceutique va devoir redéfinir son périmètre de compétences pour les années à venir (ouverture aux compléments alimentaires, instrumentation, systèmes médicalisés d'assistance à domicile, et pourquoi pas l'agroalimentaire, comme les yaourts pour prévenir le cholestérol...).

Les actionnaires et les fonds de pension doivent prendre en compte le juste équilibre entre la santé des salariés (conditions de vie, de travail) et la santé des entreprises.

Cette démarche implique de ne pas uniquement penser à court-terme, mais aussi à moyen et long terme.

Il faut réfléchir à une politique économique et industrielle globale nationale pour l'ensemble des industriels afin de mesurer les impacts de toute dépendance à l'égard de partenaires ou d'investisseurs étrangers et respecter les équilibres nationaux et internationaux.

Les budgets de marketing sont parfois aussi élevés que les budgets de R&D. Faire de la publicité sur la bonne santé économique de l'entreprise ne doit pas se faire au détriment des investissements de R&D en termes de santé et bien-être.

L'industrie pharmaceutique parvient à sortir des médicaments orphelins efficaces ; elle est également soutenue par les pouvoirs publics dans sa mission de santé publique.

Les moyens de R&D à mettre en œuvre nécessitent des moyens financiers de plus en plus importants ce qui justifie les regroupements de laboratoires. Le nombre important de personnel issu du corps médical dans les laboratoires devrait permettre de garantir le respect d'une certaine éthique.

## LEÇONS A TIRER

- Le business et l'innovation sont deux enjeux qui ne sont pas nécessairement incompatibles. Ils sont même primordiaux pour accélérer le développement des thérapies et des protocoles de soin.
- Les sphères publiques et privées pourraient coopérer pour accélérer les synergies.
- Une vision purement marchande du business de la santé risquerait d'être un frein à la prise en charge globale de la santé vue du côté du consommateur, patient, client que nous sommes tous.
- Une moindre maîtrise des différents aspects socio-économiques sans penser en termes de Développement Durable pourrait entraîner des risques de dérive et se retourner contre les individus, tous potentiellement susceptibles, à un moment ou un autre d'être patient, voire impatient car malade !

## ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE

- **Repenser la contribution de l'industrie pharmaceutique** dans la société à un niveau plus global d'accompagnement de la Santé Humaine, avec les autres secteurs industriels.
- **Calculer le coût lié aux mauvaises conditions de travail** en termes de dépenses de santé supplémentaires et le manque à gagner généré par les maladies.
- **Renforcer les campagnes de prévention** et développer la place des autres acteurs de prévention en termes de maintien d'équilibre de la santé.
- **Développer des politiques internationales** imposant l'accès aux soins pour tous.
- **Revoir le rôle des acteurs** pour leur permettre de jouer un **rôle plus central** dans la déclinaison des politiques de santé (par exemple, le pharmacien comme un relais social au niveau de la prévention, les diététiciens ou naturopathe dans l'équilibre de la nutrition...).
- **Créer un organe de vigilance santé** par des pharmaciens habilités à réaliser des diagnostics santé au niveau d'un quartier, d'une commune et d'un territoire.
- **Conditionner les résultats des sociétés à une obligation sociale**, en inscrivant leurs activités dans le grenelle du développement durable.
- **Communiquer vers tous les publics** sur les produits de santé et aussi sur les démarches de recherche et développement ou d'amélioration de la santé humaine.



## **IDEE REÇUE N° 8 : LES PARTENARIATS PUBLICS/PRIVES (PPP) SE DEVELOPPENT ET SONT LA CLE POUR L'INNOVATION ET LE MAINTIEN DU SYSTEME DE SANTE**

### **ARGUMENTS POUR**

- Les PPP permettent des investissements lourds que le public seul ne peut pas assumer et qui ont a priori un intérêt général pour la collectivité.
- Le PPP ne se résume pas à un mode de financement, c'est aussi un nouveau modèle de collaboration public/privé.
- Les PPP constituent un des moyens les plus efficaces d'organiser l'offre de soins sur un territoire ; l'idée étant de prendre en compte la logique territoriale dans l'offre de soins.
- La recherche fondamentale est faite par l'INSERM et le CNRS, et par les institutions publiques de façon plus générale.
- Les PPP permettent de combiner deux logiques : une logique d'intérêt général (public) et une logique de rentabilité (privé) ; ceci permet de réconcilier deux temporalités, la logique du court terme et la rentabilité (le privé) et la logique du plus long terme et de l'intérêt général (le public).
- On observe une structuration du cadre législatif et réglementaire dans la santé.
- La coopération territoriale implique les PPP pour couvrir l'ensemble du territoire et offrir une offre globale de santé aux patients.
- Il faut des PPPE (E pour Européens).
- Les compétences scientifiques et techniques sont de l'intérêt général (le public).
- Il faut développer et utiliser l'intelligence collective en réfléchissant à l'échelon de la planète en intégrant tous les types d'acteurs, public, privé, consommateurs, financeurs...et communiquer efficacement vers toutes les cibles concernées.
- La collaboration PPP ne peut que se développer en raison de l'état du système de soins français ; c'est une source d'amélioration de la qualité des soins.
- Il y a une structuration du cadre législatif et réglementaire dans la santé.
- La coopération territoriale implique les PPP pour couvrir l'ensemble du territoire et offrir une offre globale de santé aux patients.
- Il existe une création d'offre de santé par le biais des PPP : maison de santé pluridisciplinaires qui sont le fruit d'une collaboration PPP.
- Le rapprochement de systèmes de pensées différents et de mode d'organisation différents peut créer des synergies créatives.
- Les PPP peuvent permettre de faciliter le développement de l'innovation (biotechnologies, petites entreprises, start up, formation ...)

## ARGUMENTS CONTRE

- Le développement des PPP peut conduire à spécifier ou à s'engager dans des projets dont la rentabilité économique est un critère important.
- Les nouveaux systèmes de sécurité sociale détruisent la relation médecin / patient : c'est le principal obstacle au maintien du système de santé.
- Le secteur public est trop «gangréné» et trop peu puissant pour être efficace dans la concurrence acharnée des lobbies industriels : le PPP ne se fait pas de façon équilibrée, à l'avantage des investisseurs privés.
- Le maintien des systèmes de santé demande un effort financier individuel important
- Le public et le privé ont une vision différente de l'excellente, qui crée des difficultés pour mettre en place une telle stratégie d'excellence.
- Le public se focalise sur des activités peu rentables, le privé sur des activités plus rentables, notamment à l'hôpital et ceci au détriment de l'innovation et du système de santé.
- Une des dérives possibles des PPP est l'opérationnalisation de la recherche sur des résultats court-termes.

## SYNTHESE

Le concept de PPP est un concept très vaste, qu'il convient de délimiter, les PPP permettent des investissements lourds que le public seul ne peut pas assumer et dont on peut penser qu'ils ont un intérêt général.

Seul le public a les moyens d'investir sur des très gros équipements mais le privé a la capacité de financer le court et le moyen terme.

La production de la connaissance est fondamentale pour le développement de nouveaux soins et se situe pour l'essentiel du côté du public.

Les PPP doivent faire fonctionner ensemble des logiques contraires ou orthogonales notamment concernant les échelles de temps et la notion de rentabilité.

Les PPP devraient pouvoir fonctionner dans de bonnes conditions si on identifie bien les bénéfiques à tirer pour tous les types d'acteurs.

Concevoir la formation et l'enseignement en lien avec les besoins des entreprises doit être engagé ; il faut cependant se focaliser sur les besoins à long terme, pas d'opérationnalisation à court terme.

Les deux systèmes ont vocation à œuvrer de concert pour le bien de la santé, ils ne s'opposent pas et sont au contraire complémentaires.

Les PPP pourraient nuire à la R&D en cherchant à promouvoir des résultats courts termes alors même que la R&D a besoin du long terme pour délivrer des résultats significatifs.

## LEÇONS A TIRER

- Les objectifs des PPP doivent être bien définis ainsi que le rôle des différents acteurs et les bénéfices réciproques.
- Des modalités de travail en commun sont à inventer.
- Les objectifs à long terme public/privé doivent être communiqués.
- La nécessité d'apprendre à travailler ensemble ; chacun doit être reconnu pour ses compétences et son savoir-faire.
- C'est une démarche à long terme, elle s'inscrit dans le cadre du Développement Durable.

## ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE

- **Analyser les besoins et les enjeux de chaque secteur public ou privé**, les échelles de temps et de financement.
- **Valoriser chacun dans son rôle**, sa valeur dans le PPP avoir des objectifs clairs pour chacun des acteurs, et communiquer sur les bénéfices mutuels.
- **Avoir une réflexion prospective** (préventive) et pas une logique réactive de solutions a posteriori pour combler des défaillances.
- **Présenter, dans un cadre négocié**, ce que chacun peut prendre concrètement en charge de façon réaliste dans une logique contractuelle de développement, d'intérêt et de richesse.

**IDEE REÇUE N° 9 : L'HOPITAL PUBLIC EST INGOUVERNABLE ET COUTE TROP CHER**

## ARGUMENTS POUR

- L'hôpital coûte trop cher à l'Etat, il aggrave le déficit de la sécurité sociale, il faut donc le privatiser.
- Il faut réfléchir au nouveau positionnement de l'Etat dans les dépenses de santé, inventer des passerelles public-privé, apprendre à mieux travailler ensemble.
- L'hôpital est réticent à appliquer les méthodes de management du privé.
- Le même travail à l'hôpital public pourrait être fait avec 3 fois moins de personnes car les écarts de productivité entre le public et le privé vont de 1 à 8.
- Les conséquences en termes de coûts sont plus fortes pour le public que pour le privé, car le patient ne veut plus prendre le moindre risque.

- Les structures hospitalières publiques sont énormes, donc ingouvernables.
- La gouvernance hospitalière est beaucoup trop complexe entre les médecins, administrations, services, multiplicité des centres de décision, l'absence de délégation entre administration centrale et les différents pôles à direction tripartite (médecin, administratif, cadre de santé).
- Il y a trop d'enjeux contradictoires liés au lobby, business, enjeux sociaux, économiques, politiques, scientifiques, juridiques... qui crée des corporatismes et de la concurrence interne qui neutralisent une bonne gouvernance (lutttes de pouvoir et difficultés à travailler ensemble).
- L'hôpital n'a pas su s'adapter, ni restructurer son offre.
- L'hôpital n'a pas les moyens d'une gouvernance intelligente. Les ministères ne s'intéressent jamais aux réalités de terrain et prennent des décisions inapplicables. Les outils de gestion sont inadaptés aux situations.
- L'hôpital fonctionne avec du personnel faiblement rémunéré (stagiaires de tous ordres : médecins, personnels infirmiers, kinésithérapeutes, médecins étrangers discriminés) ce qui entraîne un problème de gouvernance et de motivation des salariés.

## **ARGUMENTS CONTRE**

- Le rôle social de l'hôpital : les CHU ont un rôle majeur en matière de recherche, l'offre de soins des hôpitaux français est une des meilleures du monde.
- Un hôpital représente beaucoup d'emplois et a une fonction de régulation socio-économique sur le territoire.
- L'hôpital prend en charge les pathologies très lourdes que le privé ne peut assumer.
- L'hôpital n'est jamais trop cher quand il faut sauver des vies.
- L'hôpital peut se réformer ; il est possible d'agir sur les coûts, les recettes, d'optimiser les processus, d'améliorer la gouvernance.
- On peut réguler l'offre de santé sur le territoire avec une meilleure articulation ville/hôpital.
- L'hôpital a une vocation universitaire de recherche.

## **SYNTHESE**

L'hôpital apparaît comme ingouvernable mais il est engagé depuis plusieurs années dans de nombreuses réformes structurelles (mise en œuvre des ARS, regroupements territoriaux, certification, T2A, réforme de la gouvernance...) qui ont pour objectif d'améliorer globalement la performance du dispositif et dont la mise en œuvre est longue et de grande ampleur.

La gouvernance est complexe, les patients sont de plus en plus réticents aux risques.

L'hôpital remplit parfois des fonctions qui devraient relever du médico-social (recours aux urgences non justifiées, personnes âgées ne disposant pas d'autres structures d'accueil...).

Les établissements publics de santé sont dimensionnés pour assurer une prise en charge des patients dans toutes les situations (permanence des soins, crises sanitaires, catastrophes...). Cette capacité de recours n'est pas financée.

Il est nécessaire de mettre en évidence le rôle, le positionnement de l'hôpital dans le système de santé actuel ; ainsi, en France, le poids des hôpitaux privés à but non lucratif est beaucoup plus important que dans les autres pays européens<sup>4</sup>.

26% des hospitalisations totales sont effectuées par des cliniques privées, dont l'activité est concentrée sur les actes les plus lucratifs. Les cliniques traitent le plus souvent qu'un nombre limité de pathologies, alors que l'hôpital prend en compte tous types de situations sans prendre en compte leur rentabilité.

L'hôpital public continue de jouer un rôle central dans la recherche médicale et l'innovation (2 Milliards d'euros par an, soit plus de 15 % du budget des CHU sont consacrés à la recherche).

L'hôpital est un acteur économique majeur, non seulement en termes d'emplois, mais aussi d'achat de biens médicaux et de services (13 Milliards d'euros par an).

## LEÇONS A TIRER

- La santé est un enjeu sociétal majeur, car elle est le témoignage de l'état d'un pays, de ses moteurs et ses freins ainsi que de son ambition. Il est nécessaire de repenser son organisation en ayant une vision transversale et territoriale de la santé qui mette l'accent sur les priorités et les enjeux santé d'une région et d'un pays.
- Eviter la mise en concurrence public/privé, penser davantage à la complémentarité intelligente et in fine, au service de chaque personne.

## ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE

- **Redéfinir les interactions** entre hôpital, formation médicale, et recherche.

---

<sup>4</sup> source : enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé, OCDE 2008-2009

- **Revoir les modes de financement**, en particulier celles des missions de service public.
- Appliquer à l'hôpital des méthodes de gouvernance adaptées à son rôle et sa complexité.
- **Poursuivre les réformes engagées et le développement de pistes de recherche de performance** (mutualisation des achats, restructurations territoriales, rationalisation des processus internes...) tout en maintenant le niveau de qualité des soins.
- **Mettre le secteur hospitalier sous tutelle d'un organisme gouvernemental** avec un comité de professionnels, de sages.
- **Reconnaître la multiplicité du rôle de l'hôpital** : social, recherche, actes de soins courants...

<p><b>IDEE REÇUE N°10 : IL N'Y AURA PLUS DE MEDECINS EN FRANCE EN 2025</b></p>
--

## **ARGUMENTS POUR**

- Le constat de ces dernières années montre qu'il y a une désaffection des professions médicales par les générations actuelles. Selon ces générations, ces professions ne seraient pas assez rémunératrices, pas assez attractives et beaucoup trop exigeantes.
- 5 % des médecins souhaitent exercer une activité salariée pour garantir leur revenu. C'est d'ailleurs dans cet esprit, que certains médecins s'orientent vers la psychanalyse, pour bénéficier d'un taux horaire plus avantageux.
- Cette désaffection se renforce avec le retour des étudiants étrangers formés en France, vers leur pays d'origine. Ce qui constitue une perte sèche en termes de rentabilité économique pour l'investissement sur ces populations en termes de formation.
- Le numérus clausus en médecine a été trop faible durant de nombreuses années, ce qui a limité le nombre de médecins formés en France. Aujourd'hui même si ce dernier a augmenté il ne tient pas compte des médecins qui travaillent à mi-temps ou pas, ou qui ne travaillent plus.
- Le primaire souffre d'un appauvrissement de l'enseignement des matières scientifiques. et cette perte de qualité est de nature à démotiver les écoliers d'entamer des carrières médicales longues. En outre, ces carrières sont dévalorisées au sein même de l'institution hospitalière.
- Le montant accru des assurances obligatoires pour couvrir les risques médicaux depuis quelques années freine les bonnes volontés, en rendant moins attractives ces carrières.

- En France, nous sommes face à de véritables déserts médicaux, alors même que nous faisons face à un vieillissement de la population.
- Les médecins partent à la retraite de plus en plus tôt, ce qui va générer une situation de pénurie et de déficit dès 2015.
- La tendance est à un développement du tout préventif pour éviter de tomber malade, ce qui entraîne des répercussions indéniables sur les professions médicales.
- Cette évolution vers une médecine de plus en plus « sociale et sociétale », va modifier l'organisation du travail et la notion même de médecin tendra à évoluer, pour s'adapter aux nouvelles exigences de nos sociétés modernes.
- Les médecins seront davantage insérés dans le corps social (entreprises...), plutôt que dans les cabinets et les hôpitaux, comme aujourd'hui.
- On assistera à une nouvelle répartition des soins : les actes de vision sont d'ores et déjà réalisés par les opticiens qui prennent de plus en plus la place des ophtalmologistes. Les sages-femmes en France, les « Nurse practitioner » aux USA, feront de plus en plus d'actes médicaux.

## **ARGUMENTS CONTRE**

- Face aux déserts médicaux, et dans un contexte d'augmentation du numérisé, on verra la mise en œuvre de politique d'équilibre de la démographie médicale, par les futures Agences Régionales de Santé.
- Il y a un développement renforcé de partenariats, et de coopération sanitaire entre le public et le privé pour une meilleure répartition territoriale.
- Face à une médecine de plus en plus performante, l'univers des spécialisations va aller croissant.
- Les médecins auront plusieurs cabinets, ce qui est interdit aujourd'hui. Ils pourront exercer à plusieurs endroits (les hôpitaux ruraux, les maisons de santé qui vont de plus en plus se développer).
- Les jeunes sont très concernés par les changements sociétaux, et sont prêts à s'investir pour changer le monde, y compris en devenant médecin dans les ONG, et en se dévouant pour les causes telles les maladies orphelines.
- Il va y avoir une remise en question des féodalités, et l'émergence de nouveaux concepts au niveau des soins.
- La logique du tout préventif va modifier les professions médicales, il y aura probablement moins de médecins sous la forme actuelle, mais plus de professions soignantes, avec le développement d'une nouvelle forme de médecine : la télémédecine, la nano-médecine.

## **SYNTHESE**

La notion de médecin va changer comme la notion de soin.

Il n'y aura plus de médecin au sens de médiateur mental et physique entre l'homme et son corps, c'est-à-dire qui recherche les causes des maladies en plus d'en soigner les symptômes.

La population jeune est contrastée : certains ne semblent pas motivés par les carrières de médecin, difficiles et peu rémunératrices ; d'autres au contraire se passionnent pour les grandes causes humanitaires.

Les politiques de numerus clausus antérieures se révèlent inadaptées et sont responsables d'un manque d'effectif.

Les médecins vont devenir de plus en plus spécialisés et interviendront dans différents types de structure.

La formation des médecins doit être adaptée face aux enjeux de la médecine de demain et à l'évolution des mœurs.

## LEÇONS A TIRER

- La place et le rôle du médecin dans la société vont changer : le médecin va intégrer des équipes multidisciplinaires de spécialistes et seront davantage embauchés par les entreprises.
- Il faut réussir à motiver les jeunes générations.

## ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE

- **Ouvrir ou casser le monopole de la médecine**, autoriser des pratiques de soins complémentaires : déconstruire pour reconstruire autrement, décomposer les actes médicaux et laisser les actes « nobles » aux médecins.
- **Faire évoluer la formation des médecins** vers une vision à la fois plus technique et plus holistique, ou leur enseigner à travailler en synergie avec d'autres corps médicaux ou paramédicaux.
- **Chercher une nouvelle appellation** pour désigner le médecin qui englobe d'autres soignants dans un sens plus systémique : des psychologues médicaux, des écoutants...
- **Elargir la formation des médecins à d'autres domaines** que la médecine : langues, gestion, multimédia, économie, marketing, psychologie, stomatologie...
- **S'orienter vers une médecine préventive** (cf. étude aux Pays-Bas avec le vélo).
- **Analyser en profondeur les statistiques** apparemment contradictoires des autorités de santé pour en comprendre le sens et l'esprit.
- **Faire reconnaître les spécialités** non reconnues par la sécurité sociale : psychanalystes, psychologues, acupuncteur...
- **Redéfinir les rôles et la place du médecin** dans la société, dans un territoire, dans une communauté.



- **Redynamiser l'enseignement des sciences** en faisant entrer la recherche dans les écoles.
- **Faire évoluer la pédagogie** afin de remotiver les jeunes générations.
- **Inventer des mesures incitatives** et financières pour rendre les carrières attrayantes, comme les lieux géographiques.
- **Informers les patients sur les rôles et responsabilités du médecin** qui n'a pas toujours toutes les réponses pour résoudre leurs problèmes.
- **Augmenter la prévention en utilisant les professionnels de santé** hors marché : les seniors, retraités, en réduisant la fracture sociale riches/pauvres, médecine à deux vitesses.

## 2. LES FACTEURS DE CHANGEMENT : EVOLUTIONS, RUPTURES ET INERTIES

A la différence des idées reçues, axées vers le passé ou le présent, les facteurs de changement sont des paramètres tournés vers l'avenir, à un horizon donné.

Ils influent sur la question de réflexion choisie et ont directement ou indirectement un impact sur l'évolution des acteurs et métiers de la santé sur les 20 ans à venir.

Les facteurs de changement peuvent être pressentis, souhaités ou redoutés. Ils peuvent également constituer des ruptures ou des inerties qui empêchent le changement. Ils servent de base à la construction des scénarios présentés dans la partie suivante.

**Nous avons repéré et listé les principaux changements, les inerties et les ruptures** pressentis, souhaités et redoutés, qui auront un impact sur l'activité de l'entreprise ou du territoire à l'horizon 2030 au cours des prochaines années, au niveau réglementaire, technologique, économique, social et organisationnel.

Les métiers considérés sont ceux des offreurs de soin au sens large, c'est à dire pour les secteurs suivants :

- Hôpitaux, cliniques,
- Industrie pharmaceutique,
- Industrie des alicaments, cosmétiques, agroalimentaire,
- Accompagnement du vieillissement et de la prise en charge de la dépendance,
- Accompagnement paramédical, psychologique, non médicamenteux,
- Bien être et prévention.

Après avoir repéré et listé les principaux changements, inerties et ruptures, nous les avons hiérarchisés selon leur importance ou selon la maîtrise que l'on en a actuellement dans le cadre de notre question. Leur classement a permis d'aboutir à 41 changements critiques (ou facteurs de changements). Parmi ces 41, nous en avons dégagé les 9 principaux changements ou enjeux du futur qui ont une importance forte et dont la maîtrise actuelle est faible :

1. Il y aura des nouveaux soignants et un décloisonnement des intervenants en fonction des pathologies : médecins, ostéopathes, le pharmacien qui traitera les pathologies courantes, des opérations à distance, les accompagnants à la prévention et au bien-être.
2. Nous aurons tous une puce sous la peau pour recenser nos maladies, nos traitements, nos gènes-
3. L'émergence de nouvelles pathologies est liée à la vie moderne hi-tech (les futurs *scandales sanitaires* du téléphone portable, du téflon, du microonde, des plaques à induction, de l'écran d'ordinateur, des jeux vidéo) et à l'environnement (risques psychosociaux liés au management par objectif, le rapport à la performance).
4. L'état des finances publiques pose la question de la soutenabilité financière des systèmes de protection sociale, avec un risque de hausse des prélèvements obligatoires.
5. La montée du pragmatisme en France sur la santé : la vie jusqu'à quand, les soins jusqu'à quelle avancée de la maladie, et l'investissement jusqu'où?
6. La délocalisation industrielle avec une volonté de main mise des pays de délocalisation sur la production : les sous-traitants protestent et veulent imposer leurs normes.
7. Il y aura un G20 de la santé : être dans la coopération plutôt que dans les compétitions entre pays pour le partage des informations et des soins.
8. L'automédication va se développer.
9. Les flux migratoires : les populations qui n'auront pas les moyens de se soigner demanderont à l'Etat des remboursements élevés, du fait de pathologies graves difficiles à traiter dans leurs pays d'origine.

Les facteurs de changement ont été systématiquement explorés en termes d'enjeux et d'objectifs pour l'entreprise ou le territoire, puis travaillés en réfléchissant aux moyens et actions dont nous pouvons disposer pour accroître leur maîtrise.

Cette analyse permet de recommander des actions pratiques, puis avancer, et suggérer des pistes de solutions.

Cela nous a permis de nous préparer pour la construction des scénarios extrêmes présentés dans la partie suivante.

Nous présentons à titre d'exemple le facteur de changement critique suivant : *Nous aurons tous une puce sous la peau pour recenser nos maladies, nos traitements, nos gènes.*

## **EXEMPLE DE CHANGEMENT CRITIQUE « NOUS AURONS TOUS UNE PUCE SOUS LA PEAU POUR RECENSER NOS MALADIES, NOS TRAITEMENTS, NOS GENES ».**

Les puces sous-cutanées, conçues au départ pour des applications militaires et industrielles de surveillance et de sécurité, se développent pour intégrer progressivement notre quotidien. Remplacement des moyens de paiement classique, protection contre le vol et les agressions, elles vont également permettre à des personnes âgées déficientes d'appeler plus rapidement à l'aide, voire de sauver des vies en cas d'accidents ou de catastrophes.

Sur le plan médical, les implants électroniques sont connus et acceptés depuis longtemps sous leur forme de pacemaker. Aujourd'hui, on vante leur capacité d'agir comme un dossier ambulant et actualisé en temps réel. Plus besoin de carte vitale, ni de transporter ses radios, toutes les données seront stockées dans la puce, qui sera lue dans les services de soin ou par les sauveteurs lors d'un accident permettant des décisions rapides et adaptées. D'autres implantées dans le cerveau participent à la stimulation de différentes fonctions nerveuses : réduction des tremblements pathologiques, récupération des fonctions de préhension, réduction des troubles de l'humeur.

Aujourd'hui, le marché des micro-puces sous-cutanées est détenu majoritairement par une société américaine, ayant des partenariats dans le monde entier. Les pays en voie de développement sont les premiers clients avec implantation des puces sur les enfants. Le Groupe Européen d'Ethique des sciences et des nouvelles technologies a produit un rapport concernant les aspects éthiques des implants utilisant les technologies de l'information (TIC) dans le corps humain.<sup>5</sup>

Le développement des micro-puces soulève de nombreux débats. A côté du design très clinique des entreprises impliquées prônant les avantages médicaux des puces, un foisonnement de sites internet qualifient la puce sous cutané ou « verichip » (nom commercial de la micro-puce développée par Applied Digital) comme la pire menace que l'humanité n'ait jamais rencontrée

### **Enjeux, conséquences, menaces et opportunités**

Un moyen de dépassionner le débat consiste à examiner les différents aspects de ce développement technologique et sociétal : quels bénéfices attendus, quelles dérives possibles ?

Sur le plan scientifique et technologique, le développement des biocapteurs devrait générer de gros efforts de recherche et déboucher sur de nouveaux savoirs.

Pour optimiser l'usage des puces, une connaissance toujours plus fine du corps humain et des matériaux sera nécessaire. Paramètres biologiques, connections neuro-motrices ou fonctionnement des organes cibles, mais aussi résistance et innocuité des composants de la puce, biocompatibilité et phénomènes de rejets autant de sujets d'intérêt dont les débouchés pourront s'étendre à d'autres problématiques.

---

<sup>5</sup> [http://ec.europa.eu/european\\_group\\_ethics/docs/avis20\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/european_group_ethics/docs/avis20_fr.pdf)

Jusque là relativement limitée, on peut envisager que la recherche sur les effets nocifs des ondes soit dorénavant développée par les firmes productrices de puces pour prouver que leur produit ne présente aucun danger.

Sur le plan de l'instrumentation, de tels systèmes requièrent une miniaturisation toujours plus importante applicable à d'autres domaines et posent des questions de stockage, de fiabilité et de sécurité des données essentielles à l'heure du tout numérique.

Certains aspects positifs des puces sont indéniables, en particulier lorsqu'elles permettent de sauver la vie des personnes et de leur porter secours. Néanmoins il est prudent de garder à l'esprit toutes les dérives possibles.

Si elles peuvent apporter un soulagement réel aux dépressifs profonds résistants à tout traitement classique et qui se sont portés volontaires, les puces pourraient potentiellement modifier à leur insu les comportements et performances des citoyens qui auraient été implantés dès leur naissance sans leur accord.

Un autre aspect concerne le risque de piratage des données médicales et personnelles. Les concepteurs minimisent le risque en arguant d'une portée faible du signal émis par les puces, tout en vantant dans le même temps les mérites de ces dernières pour le repérage par satellite des enfants kidnappés ou des personnes accidentées...

Un des pires scénarios met en scène des agressions destinées à voler les puces à leur propriétaire pour créer de nouvelles identités aux agresseurs ou à leurs potentiels clients.

Enfin, dès lors qu'il devient possible de contrôler les individus à tout moment à travers leurs données médicales ou financières, la liberté des droits de l'homme est en danger.

En effet, la puce pose, certes, le problème de liberté et d'éthique et place l'individu qui la porte comme un facteur de risque potentiel pour transmettre une maladie ou un gène, lors de ses déplacements hors frontières. Cette puce pourra être un frein à nos déplacements, car certains pays pourraient refuser l'entrée à des individus porteurs de telle puce.

Dans ce contexte, la gestion et la sécurisation des données deviennent plus que jamais un enjeu économique, social, sociétal et éthique.

En poussant la logique, dans une logique de système de soin contrôlé par l'entreprise rendue garante de la santé de ses employés, un individu non « pucé » pourrait se retrouver dans l'impossibilité de se faire soigner, d'être employé ou rémunéré.

### **Objectifs face à ces enjeux, orientations stratégiques**

Afin de réduire les risques de dérive, il faut :

- Définir avec précision les frontières de l'éthique, les faire évoluer au fur et à mesure des progrès technologiques.
- Créer des organes de surveillance et des comités consultatifs appropriés
- Faire travailler ensemble des experts de différents horizons au niveau international
- Créer des fonctions de médiateurs indépendants et protégés
- Développer un contrôle international pour protéger les populations contre le monopole international d'une seule puissance détentrice de tous les brevets et licences
- Envisager les risques liés au traitement des données à distance, y compris dans des contextes de catastrophes naturelles ou d'instabilité politique.
- Adopter une position claire dans les entreprises vis-à-vis de salariés « pucés » ou pas. En particulier, si l'entreprise devient responsable de la santé de ses salariés, il faut définir les indicateurs de diversité des salariés pucés ou non.

### **Idee d'actions à mettre en œuvre pour accroître la maîtrise du changement critique**

- Favoriser la concurrence pour lutter contre l'hégémonie actuelle.
- Créer le plus rapidement possible les instances de gouvernance : comités consultatifs sur l'éthique des TIC dans le corps humain et sur les systèmes de contrôle de leur utilisation. Protéger les experts et membres de ces comités de toutes sortes de pression qui pourraient leur être imposées.
- Développer de nouvelles compétences en matière de protection des bases de données, de lutte contre le piratage et la cyber criminalité.
- Imaginer les scénarios pour la cohabitation des citoyens pucés et non pucés.
- Affronter l'idée que ces systèmes peuvent être à l'origine d'un nouvel ordre mondial pour le meilleur ou pour le pire.<sup>6</sup>

---

6

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000082/0000.pdf> les systèmes d'information de santé publique

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000539/0000.pdf> la télésanté un nouvel atout au service de notre bien-être

[http://www.dailymotion.com/video/x1wkk\\_verichip-danger\\_tech](http://www.dailymotion.com/video/x1wkk_verichip-danger_tech) (video tv news)

<http://www.internationalnews.fr/article-savants-fous-le-premier-homme-cyborg-videos--40008284.html> (Bioman, Pr K. Warwick)

### 3. LES SCENARIOS DYNAMIQUES A 2030 : EXPLORATION SANS MODERATION...

La méthode des scénarios dynamiques est une méthode de créativité. Elle permet d'imaginer dans un futur lointain des scénarios volontairement extrêmes en analysant l'évolution des grandes tendances de l'existant, ou leurs retournements. Les scénarios ainsi explorés sont probables ou non, voire haïssables.

Ces scénarios font une large part à l'intuition nourrie, développée et enrichie par l'assiduité des participants au groupe de travail, lors des phases précédentes. La réflexion collective a permis de créer une réalité complexe enrichie à partir de nos réalités individuelles. Elles-mêmes sont perçues à travers nos filtres individuels inconscients mis en jeu dans nos processus de compréhension de notre monde et de notre prise de décision.

Mieux vaut construire ou maîtriser son avenir plutôt que de le subir. Pour sortir des problèmes actuels et éviter les blocages futurs, il est nécessaire de réfléchir à ce qui peut advenir demain, en mettant notre esprit en éveil au service d'une réactivité rapide.

Par exemple, ce n'est pas un marchand de bougie qui a inventé l'ampoule électrique. Il y a une part de hasard dans les inventions (la sérendipité<sup>7</sup>) et donc les scénarios de demain sont rarement ceux que l'on attend.

Le travail sur les idées reçues et sur les facteurs de changement a permis de libérer les esprits sur le sujet pour que le groupe puisse accéder à sa pleine puissance créative.

Ainsi, le groupe a extrapolé sans modération les grandes évolutions possibles de l'univers de la santé à l'horizon 2030, et retenu les sept scénarios dynamiques suivants :

---

<sup>7</sup> La sérendipité, selon Christian Vanden Berghen (2005), est l'Art de se mettre en condition de découvrir quelque chose (une information, un médicament, une technique) alors que l'on ne travaille pas directement sur ce sujet. « *La sérendipité est souvent définie comme la capacité à découvrir des choses par hasard. En réalité, les découvertes ne se font pas réellement par hasard. Elles sont rendues possibles parce que celui qui fait ces découvertes s'est mis dans un certain état d'esprit composé d'ouverture, de disponibilité, de curiosité, d'émerveillement, d'étonnement et de pensée analogique et symbolique, celle qui permet de voir ce qui rassemble plutôt que ce qui divise.* »

- **Tout Pharmaceutique** : les grandes industries de soins, incluant les industries pharmaceutiques dirigent le monde de façon monopolistique.
- **Tout Préventif ou tout Psychologique**; c'est le modèle de la médecine chinoise où le préventif prime sur le curatif. On émet l'hypothèse que toutes les maladies ont une origine psychosomatique, le psychologique domine le physique. Ainsi, le tout préventif devient le tout psychosomatique, le tout psychique, le tout psychologique.
- **Tout Ministère Mondial de la Santé ou tout MMS**: un G8 de la santé est organisé pour contrôler le système de santé mondial et gérer les grandes pandémies mondiales comme la grippe H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>.
- **Tout Etat** : L'Etat reprend tout en main pour contrôler les dépenses car les charges de santé sont devenues trop importantes.
- **Tout Local** : les Etats se referment sur eux-mêmes pour se protéger, impliquant une suspicion pour les médicaments étrangers, l'obligation d'avoir une bonne médecine nationale, une politique nationaliste de conservation des « bons » médecins, et un effort d'investissement sur les industries de soins et sur la formation des médecins.

Le groupe a décidé de regrouper les scénarios Tout Etat et Tout Local.

- **Tout Technologique** : la santé est entièrement pilotée et contrôlée par la technologie
- **Tout Vert** : Les écologistes dirigent le monde : non à la chimie et aux groupements industriels.
- **Tout Consommation** : c'est la domination par l'argent. Nous sommes en démocratie et l'automédication est reine.

Il n'y a aucun a priori sur les hypothèses émises pour construire les scénarios, ni recherche de vraisemblance, mais seulement une extrapolation créative des idées. La projection est déclinée pour chacune des variables retenues. **Les variables** ont été choisies en fonction des mots clés qui sont revenus le plus souvent lors des différentes séances de travail.



Chacun des 7 scénarios dynamiques reposent sur 6 variables communes :

- **Patient** : c'est le terme générique qui est utilisé ici.
- **Système de santé** : il est entendu au sens global (acteurs publics et privés, offreurs, régulateurs et payeurs)
- **Lieux de santé** : ils concernent tout lieu de diagnostic, de dispensation de soins et de distribution de médicaments : hôpitaux, cliniques, pharmacies, médecins libéraux, laboratoires d'analyse, cabinets de radiologie...
- **Associations de patients** : ce sont toutes les actions collectives organisées, syndicats, associations pour les maladies orphelines, mais aussi les forums sur internet, sur le web 2.0, le Sidaction par exemple.
- **Industries de santé** : ce sont toutes les entreprises qui ont une activité en lien avec le monde médical, comme les fabricants de matériel, de médicaments, de compléments alimentaires, l'agroalimentaire (plantes, engrais, cosmétiques), la chimie, la biotechnologie.
- **Professionnels de santé** : ce sont toutes les professions qui peuvent soigner ou apporter un mieux-être : médecins, pharmaciens, psychologues, kinésithérapeutes, dentistes, sages-femmes, infirmières, ostéopathes, ergonomes...

Bien souvent, l'être humain préfère ne pas voir certains scénarios en espérant ainsi les éviter. Mais le constat est là : ce sont souvent ces scénarios impossibles à imaginer ou haïssables qui se réalisent ou qui nous font avancer, parce qu'ils rompent avec les attentes du prévisible...

Il ne faut donc pas chercher dans ces scénarios dynamiques à 2030, ni une réponse unique, ni même des réponses opérationnelles concrètes ou vraisemblables. En revanche, ils seront riches d'enseignement pour les DRH, en fonction des spécificités propres à chacune de leur entreprise.

Les réponses de la prospective dépendent du type d'entreprise, de sa structure, de son environnement. A partir des différents scénarios à provoquer ou à éviter, chaque DRH pourra décliner plusieurs fils rouges et

proposer des stratégies correspondant à la nature des métiers et de la branche santé concernée.

Les critères de choix peuvent se faire en traitant un scénario en particulier, en alternant des scénarios opposés, ou bien en combinant des scénarios extrêmes partiellement ou en totalité.

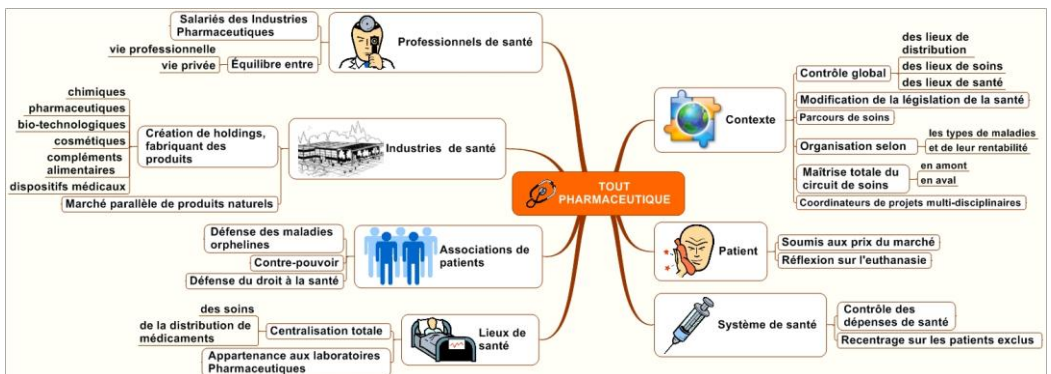
Chaque entreprise ou acteur qui étudiera ces scénarios dynamiques devra continuer le travail abordé ici, en affinant les scénarios, au regard de sa situation du moment, quitte à imaginer des étapes intermédiaires à 10 ans.

Chaque scénario qui suit est tout d'abord représenté par une carte mentale heuristique qui reprend les différentes variables clés et permet une représentation imagée de notre réflexion.

L'explication détaillée du scénario est rédigée comme une histoire où 2030 représente le temps présent.

**Avant d'explorer les scénarios qui suivent, il est important de garder à l'esprit que nous sommes en phase de créativité et non en phase de certitude.**

## PREMIER SCENARIO : « TOUT PHARMACEUTIQUE »



### Contexte

Les industriels de la pharmacie organisent et gèrent en situation de monopole tout le système de la santé : ils maîtrisent les lieux de distribution des médicaments, de soins, de santé qu'ils ont totalement

repensés, et mis en place dans la perspective d'un contrôle global. La législation de la santé a de ce fait été modifiée. Ils deviennent ainsi, les acteurs incontournables de l'univers de la santé.

Ils excluent de leur offre de services les pathologies les plus lourdes, les patients les plus pauvres ou qui ne peuvent pas payer. Ceci leur permet une maîtrise totale amont /aval du circuit de soins. Ils étendent leur pouvoir de prédateur en rachetant des brevets innovants sur des marchés de niche.

Toujours dans un esprit de rentabilité et de performance économique, les grands laboratoires ne gardent comme salariés, que les personnes indispensables au pilotage des multiples prestataires externes (structures de recherche innovantes ; unités hyperspécialisées). Ils font le choix des profils de financiers au sein de directions stratégiques ou encore les salariés qui ne coutent pas cher.

### **Patient**

Le patient se rend à sa pharmacie de quartier qui appartient à un laboratoire pharmaceutique. Il achète ses médicaments au prix fixé, sans pouvoir accéder aux produits concurrents. Sa carte de santé lui impose une exclusivité d'achat, de remboursement au même titre que son médecin référent.

Il souffre de l'entente tacite des différents concurrents nationaux et internationaux. Il doit se soumettre au prix du marché. Certains sont contraints à ne pas se soigner pour des raisons économiques ou de pathologie orpheline. Cette situation engendre dans les familles une vraie réflexion sur l'euthanasie.

### **Système de santé**

Les puissances industrielles allègent l'investissement de l'Etat dans le système de santé, en l'inféodant au pouvoir de l'argent : les dépenses de santé sont contrôlées par les industries pharmaceutiques.

L'Etat enrichit son budget de santé grâce aux cotisations des laboratoires florissants en fonction de leur chiffre d'affaires. Il développe ainsi des partenariats publics et privés pour la recherche. Il assure ainsi le contrôle des dépenses pour soutenir telle ou telle fournisseur en fonction des pathologies.

Il se recentre tout particulièrement sur les patients exclus du système de soin pour des raisons médicales ou économiques.

L'Etat fait pression sur les laboratoires récalcitrants en bloquant l'accès à leurs clientèles de patients s'ils n'investissent pas dans la recherche dans un domaine précis, orientant ainsi la recherche et le développement.

Les assurances et mutuelles sont financées par les industriels pharmaceutiques jusqu'à avoir une exclusivité de remboursement pour les produits fabriqués par un laboratoire donné.

### **Lieux de santé**

Cliniques, cabinets en ville de soin et de diagnostic, et circuits de distribution et de vente appartiennent tous aux laboratoires pharmaceutiques. Ces derniers accroissent leur pouvoir grâce à leur implication dans la formation des personnels soignants, futurs prescripteurs, dès l'université et les écoles.

Les étudiants fraîchement diplômés prescrivent les médicaments et services d'une industrie donnée en contrepartie des bourses qu'ils ont reçues pour financer leurs études.

Le milieu universitaire est organisé pour être au service de la stratégie de développement économique des laboratoires.

### **Associations de patients**

Les associations de patients s'érigent en contre-pouvoir face à ces grandes puissances industrielles. Leur ambition est de les contraindre à continuer d'investir notamment dans le traitement des maladies orphelines, quitte à desservir leur image auprès du public et des médias.

Pour cela, elles font face au pouvoir financier de ces lobbys en infiltrant les conseils d'administration des établissements, les agences régionales, la gouvernance des lieux de santé et des régulateurs.

L'association de patients se transforme en association de clients consommateurs. Le malade affaibli soumis au bon vouloir des lobbys se transforme en acteur combatif pour défendre son droit à la santé.

### **Industries de santé**

Elles deviennent des holdings des fabricants de produits chimiques, pharmaceutiques, biotechnologiques, cosmétiques, des compléments alimentaires, des dispositifs médicaux et de toute industrie qui utilise des technologies visant à améliorer la santé comme l'imagerie médicale.

Les holdings regroupent aussi les lieux de distribution, de santé, hôpitaux et cliniques, de dispensation de soins, d'assurances, mutuelles, maisons de santé ...

Un marché parallèle de produits naturels se développe pour pallier à l'impossibilité de s'offrir des médicaments coûteux.

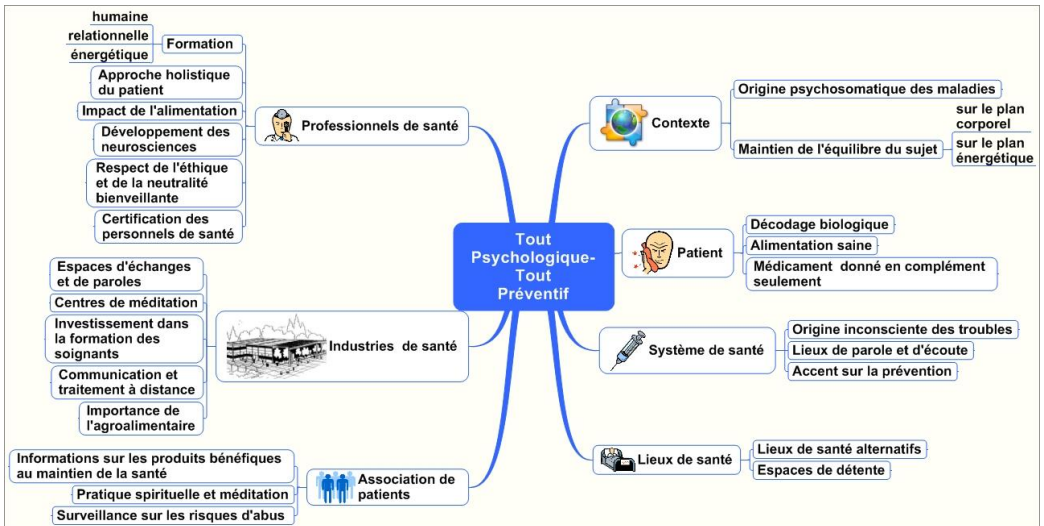
### **Professionnels de santé**

Les médecins prescripteurs et professions paramédicales, sont salariés des industries pharmaceutiques. Ils bénéficient ainsi d'une sécurité financière

qui leur permet de conserver un d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Ils ont le loisir de profiter du statut de salarié des industries pharmaceutique tout au long de leurs études. Ils travaillent trois jours par semaine, pour s'occuper le reste du temps, d'autres activités commerciales, de lobbying ou encore d'activités familiales ou de loisirs.

## DEUXIEME SCENARIO : « TOUT PSYCHOLOGIQUE - TOUT PREVENTIF »



### Contexte

L'hypothèse étant que toutes les maladies ayant une origine psychosomatique, il convient de rechercher leur cause profonde psychologique, systémique, transgénérationnelle à travers les blocages corporels manifestes.

En 2011, c'était déjà la vision des médecines orientales, chinoises, hindouistes, tibétaines.

Le médecin est consulté pour maintenir l'équilibre corporel et énergétique du sujet, et prévenir l'apparition de maladies résultant d'un déséquilibre psychosomatique ou plus global. Cette approche tend à garantir le meilleur équilibre de vie possible.

A l'inverse de la domination des industriels de la pharmacie du scénario précédent, le tout psychologique permet de rétablir l'équilibre de la santé. Il s'inscrit dans une dynamique du tout préventif qui vise à rendre cet équilibre pérenne.

## **Patient**

Le patient sort de l'approche curative a posteriori pour préserver au mieux son équilibre de vie et s'ouvrir à d'autres approches. Chaque mal physique peut être relié à un décodage biologique afin de remonter à l'origine psychique et au sens profond des pathologies.

Face à cette recherche d'équilibre permanent, il y a une explosion de toutes les médecines douces, naturelles, énergétiques, des compléments alimentaires, de l'alimentation saine pour bien vivre, bien manger, bouger avec une pratique régulière du sport.

Le médicament reste prescrit en deuxième intention face aux cas cliniques les plus lourds mais devient complémentaire à l'accompagnement psychique, démarche primordiale au cœur du traitement du patient.

## **Système de santé**

Le mental devient central dans les traitements : en accédant à l'origine inconsciente des troubles et en modifiant les perceptions qu'ont les patients de leur maladie, on parvient à soigner le corps et aboutir à un taux de guérison long terme nettement supérieur.

L'identité du patient n'est pas de s'assimiler à sa maladie, « *mal-à-dit* ». Le patient apprend à dialoguer avec les parties malades de son corps sur le plan psychologique. Il modifie ainsi concrètement ses états intérieurs qui influencent sa qualité de vie au jour le jour.

Les traitements thérapeutiques sont ciblés sur les cellules elles-mêmes, comme par exemple, le laser chimique.

Les systèmes de soins intègrent des lieux de parole et d'écoute, dans les établissements de soins, comme sur les lieux de travail.

Il y a une forte présence des psychologues et des ergonomes sur les lieux de travail. L'accent est mis sur la prévention.

Les entreprises sont notées en fonction de l'état de stress de leurs salariés au travail. Afin de ne pas être pénalisées, elles proposent des kits de bien-être, des kits anti-stress, des pauses siestes systématiques sur les lieux de travail.

Une médecine globale se met en place, alliant nutrition équilibrée, psychothérapie, équilibre de vie, médication par les plantes ou chimique, et traitements énergétiques.

## **Lieux de santé**

Les hôpitaux sont reconvertis en lieux de santé alternatifs, avec des thérapeutiques axées sur le bien-être. On y trouve aussi des jardins et espaces de détente, plus nombreux, une décoration apaisante plus esthétique et agréable.

Une musique est diffusée comme facteur de détente. Les animaux (les aquariums, les oiseaux) sont réintroduits comme source de mieux être au sein de ces espaces zen.

Il y a une multiplication des centres de thalassothérapie, comme des centres de méditation, de prière, des centres de yoga.

L'urbanisme des villes est modifié en conséquence, avec plus de valeur donnée aux arbres et espaces verts.

### **Associations de patients**

Elles s'attachent tout particulièrement à la recherche, au développement et à la diffusion des informations sur les produits et aliments bénéfiques au maintien de l'équilibre de la santé.

Une grande importance est accordée à la pratique du spirituel et de la méditation.

Dans ce contexte, les associations de patients veillent aux abus liés au charlatanisme et au développement des sectes.

### **Industries de santé**

Les industries en charge de la santé développent des nouvelles formes d'accompagnement axées sur une alimentation plus saine, et sur le bien-être.

La construction d'espaces d'échanges et de paroles, des centres de méditation, des structures de repos, et des interventions pour prévenir le stress dans les entreprises constituent un marché captif important.

Toutes ces industries investissent massivement dans la formation des soignants, dans des nouvelles écoles de nutrition et de psychologie.

Les industries électroniques et informatiques sont les nouveaux géants de la santé grâce aux systèmes de communication de plus en plus sophistiqués pour l'accompagnement ou les traitements à distance par téléphone ou par internet.

Les industriels de l'agroalimentaire se sont clairement positionnés comme des acteurs prépondérants dans ce secteur concurrentiel de la prévention et du bien-être.

### **Professionnels de santé**

Leur formation est profondément modifiée. Elle accorde une place plus importante à la dimension humaine, relationnelle et énergétique. Le patient est au centre des préoccupations des professionnels de santé qui l'appréhendent de façon holistique.

Les médecins sont ainsi tous formés à la psychologie pour développer leurs qualités d'empathie, d'écoute (verbale et non verbale), leur intuition, et leur quotient émotionnel.



Leur choix thérapeutique est guidé par leur ressenti du malade et la perception qu'ils ont du patient.

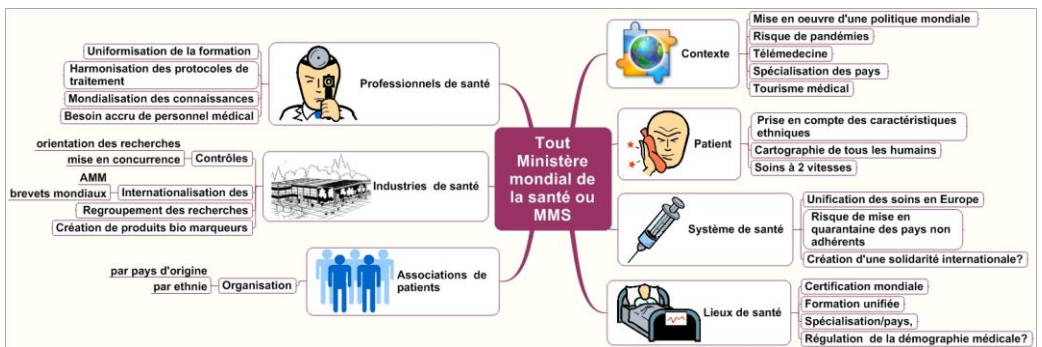
Il y a plus de naturopathes que de médecins.

Une large place est faite aux recherches sur le cerveau et aux études cliniques sur l'impact de l'alimentation ou de tel nutriment sur la genèse des maladies. De ce fait, on assiste à un développement des neurosciences comportementales, des centres de recherches en sciences humaines.

Une nouvelle corporation se renforce, celle des professionnels de la prévention et du bien-être.

Une méthode de contrôle des bonnes pratiques d'écoute garantit le respect des valeurs d'éthique et de neutralité bienveillante. Les personnels de santé sont formés à ce titre à la non-manipulation, destinée à protéger les personnes, et obtiennent à ce titre une certification.

## TROISIEME SCENARIO : « TOUT MMS OU MINISTERE MONDIAL DE LA SANTE »



## **Contexte**

C'est la gouvernance mondiale poussée à son paroxysme avec un gouvernement mondial de la santé, préfiguré par l'OMS qui existe déjà depuis longtemps en 2030.

La mondialisation concerne aussi les maladies ; de plus en plus de maladies sont mondiales, les risques de propagation des pandémies avec les conséquences à grande échelle qu'elles entraînent sont très importants. Le MMS impose donc à tous les pays de mettre en œuvre des plans de prévention et de traitement des maladies.

Le MMS est basé à Genève et est investi de tous les pouvoirs pour agir et contraindre les pays membres ; son rôle n'est pas seulement consultatif. Les Etats membres (chaque Etat est vivement encouragé à devenir membre) doivent mettre en œuvre les politiques mondiales au niveau national (Agences Nationales ou Agence Mondiale de Santé).

Le système est très efficace et permet de réduire les coûts directs et indirects de la santé.

Pour le traitement des maladies les plus courantes et dont les protocoles de soins sont bien connus, le recours à la télémédecine est privilégié.

La mondialisation s'accompagne d'une spécialisation des pays sur certains types de traitements ou de pathologies ; ainsi, la Tunisie est devenue experte en chirurgie esthétique, et la Hongrie, dans les soins dentaires. Le tourisme médical se développe avec de multiples formes (ex : bateaux hôpitaux...)

## **Patient**

Les populations sont de plus en plus mobiles et nomades. Les protocoles de soins sont de plus en plus sophistiqués et prennent en compte non seulement les pathologies, mais aussi l'origine ethnique qui peut expliquer des métabolismes différents ou des réponses différentes aux traitements. Une cartographie mondiale croisant pathologies et caractéristiques ethniques est réalisée et diffusée mondialement permettant ainsi de partager l'information

Les patients ont ainsi plus de chance d'être soignés de la même façon quel que soit le pays dans lequel ils se trouvent.

## **Système de santé**

Comme c'était déjà la tendance en 2010 pour l'Union Européenne, l'unification des soins a été intensifiée.

Tout le monde a intérêt à être en bonne santé sur le plan mondial car il y a un risque de mise en quarantaine des pays qui ne respectent pas les obligations du MMS (ou n'en sont pas membres).

Les pays sont égaux en termes de qualité du traitement des maladies. Du fait de l'obligation mondiale, ils bénéficient d'aides pour se mettre à niveau et tendre vers une cohérence de soins mondiale, grâce à la mise en place d'un système de solidarité internationale.

Un système de cotation de qualité et de mise à disposition des soins est apparu: la France peut être AAA et un autre pays européen BBB.

### **Lieux de santé**

Ils sont certifiés mondialement, comme la formation qui y est dispensée pour soigner. Les pays se sont spécialisés. La démographie médicale a été progressivement régulée, entraînant une réduction de la fuite des cerveaux d'un pays à un autre.

### **Associations de patients**

Elles sont organisées en lobbys, pays par pays, et ethnie par ethnie. Par exemple, des associations de Chinois, ou d'Indiens, ou de Pakistanais, existent dans quasi tous les pays du monde.

### **Industries de santé**

Le ministère de la santé mondiale ayant un poids très important, des contrôles sont mis en œuvre sur l'orientation des recherches et le respect des règles de concurrence.

Les autorisations de mises sur le marché et les brevets sont mondialisés. Les recherches sont regroupées et les connaissances mises en commun. Les médicaments propres à un pays ont progressivement disparu. Les lieux de production des médicaments sont centralisés ou au contraire délocalisés.

De nombreux produits bio-marqueurs sont créés. Pour échapper au contrôle mondial de la santé, on voit se multiplier des produits sur mesure pour le malade.

### **Professionnels de la santé**

Comme leur formation est mondiale, les échanges se font dans une seule langue.

Les connaissances étant mondialisées, les protocoles de traitement des maladies sont également mondialisés, entraînant une harmonisation des diagnostics et des pratiques.

La prise en charge des spécificités ethniques est devenue meilleure, liée à une individualisation des traitements en fonction des codes génétiques de chacun.

Les professionnels de santé peuvent se former partout dans le monde, là où des fonds peuvent être dégagés (par exemple, on a formé des médecins chinois aux techniques occidentales en 2010, en 4 ans) alors que la tendance en Occident est à l'allongement de la durée de formation.

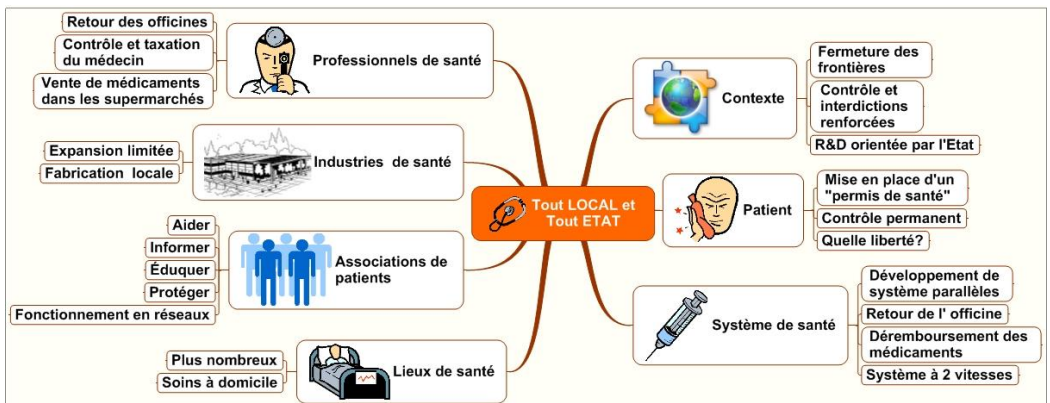
La formation médicale est transformée en profondeur : pas besoin de 10 ans d'études, les généralistes sont mieux reconnus et une délégation des savoirs vers d'autres professionnels/spécialistes est mise en place.

Le terme même de médecin a disparu ou n'a plus la même signification qu'en 2011.

Comme le monde est plus riche, du fait de l'augmentation du niveau de vie des pays en voie de développement, le besoin de personnel médical est important. Et une meilleure adéquation des formations s'effectue en fonction des besoins de chaque pays.

## **QUATRIEME SCENARIO : « TOUT ETAT - TOUT LOCAL »**

Rappel : Les deux scénarios initiaux ont été associés du fait de leurs nombreuses similitudes.



### **Contexte**

C'est le scénario inverse du MMS – le Ministère Mondial de la Santé. Les Etats se sont repliés sur eux-mêmes pour échapper à des administrations lointaines et refusent la globalisation. Ils peuvent ainsi garder leurs habitudes et contrôler, chacun à sa manière, le coût de la santé, la formation et le système de santé qui forment un tout. Chaque Etat garde la maîtrise de l'ensemble de la chaîne.

L'Etat se referme : il veut contrôler intégralement ses médecins, ses dépenses, à l'instar de l'Allemagne d'Angela MERKEL, en 2010, qui protégeait déjà fortement son industrie pharmaceutique et contrôlait les médecins et les dépenses de santé.

Pour éviter un gonflement des dépenses, une barrière douanière est installée même en Europe, d'abord autour de l'Union, ensuite autour de chaque Etat. Les prétextes et motivations n'ont pas manqué. Les achats de médicaments et autres produits importés sont soit interdits soit fortement taxés, avec en complément des contrôles stricts d'autorisation de mise sur le marché.

Le patient a peu de liberté de choix pour ses traitements et est contrôlé quant à sa consommation de médicaments, produits dans son pays.

La R&D est également contrôlée par l'Etat et les recherches ne concernent que des réponses à des problèmes réels : toute découverte non significative n'est pas étudiée en profondeur, d'où un risque de concentration des recherches uniquement sur ce qui fonde la richesse nationale et sa spécificité, avec des moyens en écho à cette politique.

## **Patient**

Il est contrôlé en permanence pour vérifier qu'il prend bien ses médicaments. Il est sanctionné s'il ne se soigne pas correctement. Un système de points a été mis en place, une sorte de « permis de santé ».

En conséquence, il y a moins de problèmes de santé (comparable à la réduction notable des accidents de la route avec le contrôle sanction automatisé ) puisque patients et médecins sont également contrôlés (en 2010, le taux de contrôle des médecins était passé de 5 à 15%).

## **Système de santé**

Du fait du déficit de l'assurance maladie de 11 milliards d'euros en 2009, de 20 milliards d'euros en 2010 et d'un budget des dépenses de santé représentant 13% du PIB français, un contrôle très serré du système de santé a été mis en place. Mais l'Etat s'est trouvé dans l'incapacité de tout contrôler : se sont alors développés des systèmes parallèles, proposant des faux chirurgiens, délivrant de faux médicaments à des personnes qui refusent ce contrôle ou qui sont incapables de l'accepter.

On voit le retour à des officines de quartier.

Les médicaments sont presque tous remboursés, voire même totalement, sauf peut-être pour les plus démunis et pour ceux qui ont des difficultés à se soigner.

Les centres de soins publics se sont multipliés, en particulier dans les zones où vivent les plus démunis. Ils doivent y venir pour s'assurer qu'ils se soignent correctement.

Le système de santé est à deux vitesses, liberté ou contrôle. Ceux qui veulent sortir du système sont obligés de s'assumer financièrement.

### **Lieux de santé**

Ils sont multipliés afin que les patients puissent obtenir un diagnostic et des soins, il y a moins de lits dans les hôpitaux mais les soins à domicile sont privilégiés. . On voit de plus en plus de jardins botaniques avec la culture de plantes médicinales pour entretenir sa santé.

### **Associations de patients**

Leurs rôles sont d'aider, d'informer, d'éduquer et de protéger. Elles fonctionnent en réseau pour multiplier les contacts entre malades ayant la même maladie, avec une base de données Patients/malades membres, avec des forums de discussion et un service de renseignements pour rechercher des médicaments autres que ceux développés sur le territoire national.

### **Industries de santé**

Quelle peut être leur expansion possible dans ce contexte ? Peut-on être tout local avec une exposition à l'international dans un monde global ? Que faire pour les pathologies qui ne sont pas traitées par les industriels de la pharmacie locale ? Ils se voient obligés de se fournir à l'international ou de racheter des laboratoires étrangers (c'est déjà le cas en 2010 pour des laboratoires japonais, rachetés par des industriels de la pharmacie française).

En France, il y a des filiales locales, qui produisent des médicaments à moins de 200 km de chez soi. Les patients sont devenus « locavores » en termes de médicaments et n'absorbent que des produits préparés localement. On est revenu à un système artisanal, fondé sur le « green », diminuant les frais de transport du fait de la proximité, avec multiplication des emplois locaux et une forte demande de préparateurs en pharmacie (déjà faible en 2010).

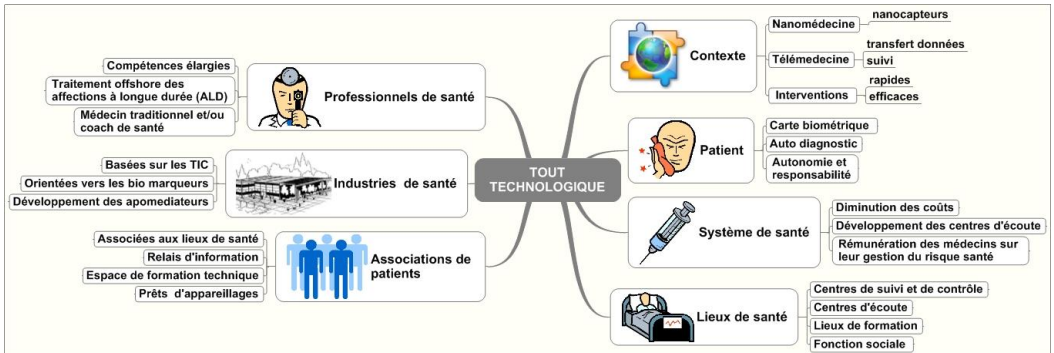
### **Professionnels de santé**

C'est le retour des officines avec un rôle de production et de vente des médicaments à l'unité (comme le faisait en 2010 un pharmacien de Paris 9<sup>ème</sup>, s'enrichissant du savoir de ses patients et fabriquant des médicaments sur demande). On fait davantage attention aux connaissances des chamanes, sur la nature, les plantes, et l'herboristerie issue du savoir mondial, est produite localement

Le médecin est taxé s'il ne contrôle pas son patient, sur le modèle du système anglais qui, déjà en 2010, constatait une forte baisse des coûts pour une mortalité égale. Des pharmacies sont apparues à l'intérieur des

supermarchés, vendant des produits basiques et les médicaments fabriqués sur place.

## CINQUIEME SCENARIO : « TOUT TECHNOLOGIQUE »



### Contexte

La technologie est devenue reine, l'emportant sur tout ; rien n'a pu lui résister. Nous sommes dans l'ère du tout numérique, de la télé- et de la nanomédecine. Les données médicales sont continuellement transférées vers des centres de santé spécialisés. La santé du patient est ainsi continuellement suivie.

Des nanocapteurs sont implantés dans chaque individu pour mesurer en continu ses paramètres biologiques, détecter la présence de facteurs pathogènes, anticiper les risques de maladie. Le patient est équipé à domicile pour stocker et transmettre toutes ces données vers des centres spécialisés qui les analysent et proposent les mesures appropriées comme envoyer des alertes en cas d'infection, d'oubli d'un traitement, d'apparition de facteurs de risque, etc. Des appareillages adaptés pilotés à distance par le centre permettent aux patients de réaliser eux-mêmes des interventions légères comme des injections d'un traitement en cours.

Hors de chez lui, le patient est équipé d'un ordiphone de n-ième génération qui contient toutes ses données médicales. Il est en permanence connecté à une plateforme spécialisée.

Dans la nouvelle chaîne de soin, ces plateformes numériques ont pour objectif d'intervenir en amont du médecin et de réduire autant que possible le besoin de consulter physiquement ou les interventions à domicile jugées trop coûteuses. Le médecin ne s'occupe plus que des cas non traitables à distance ou complexes. La chirurgie se fait à distance.

Par exemple, en cas de malaise, les nanocapteurs alertent immédiatement le centre de soin le plus proche. La liaison visuelle via la webcam (ce qui existait déjà en 2011 en Norvège et en France) et les données transmises permettent d'effectuer rapidement un prédiagnostic et de prendre les mesures appropriées. Les interventions sont plus rapides et plus efficaces.

La mise en place de tous ces systèmes de suivi et de contrôle a généré de gros investissements qui ont été pris en charge par la collectivité, les patients et les grands groupes spécialistes du traitement de l'information. Le territoire est maintenant entièrement et efficacement câblé. Le challenge majeur a porté sur la fiabilité de tous les systèmes informatiques en jeu et sur leur compatibilité.

### **Patient**

Le patient se voit attribuer un seul numéro de suivi (son n° de Sécurité Sociale) associé à une carte bio-métrique. Il apprend à faire des autodiagnostic et s'auto-soigner pour les gestes courants : il peut effectuer ses propres tests (insuline pour les diabétiques, par exemple), développe son autonomie et sa responsabilité par une connaissance élargie des problèmes de santé et l'acquisition un savoir-faire technique minimal. La connaissance est diffusée par les acteurs de santé, le savoir-faire acquis sur les lieux de soin.

Les personnes âgées sont mieux suivies et n'ont plus à subir de longues heures d'attente dans des salles encombrées.

### **Système de santé**

Les coûts globaux ont diminué de façon considérable, avec le développement des technologies et la prévention. La nouvelle carte vitale contient des logiciels très performants qui stockent et gèrent toutes les données du patient.

Les centres d'écoute se développent ; ils sont associés à des centres technologiques internes qui permettent d'effectuer des études en temps réel sur les besoins du marché, sur les médicaments et les soins.



Les médecins sont maintenant rémunérés sur leur capacité à gérer le risque santé de leurs patients. L'objectif est de tout faire pour réduire les risques de maladie et les prises en charge lourdes.

Les cliniques et les hôpitaux recrutent des Managers de Risque Santé (MRS), issus d'écoles de commerce et de gestion, pour une meilleure gestion financière. Les problèmes de santé les plus courants sont résolus de manière plus efficace. Mais cette gestion par les coûts a ses limites. Quand on commence à débattre sur la décision de poursuivre ou non un traitement voire d'arrêter les soins, que devient le serment d'Hippocrate ? Comment traiter les patients qui sont les plus fragiles et les plus coûteux en termes de soins ?

### **Lieux de santé**

Ils ont évolué considérablement et conjuguent plusieurs fonctions. C'est vers les centres de suivi et de contrôle que sont acheminées les données du patient et c'est d'eux qu'émanent les indications de traitement ou d'actions. Selon les cas, tout ou partie du traitement de l'information peut être délocalisé.

Espaces d'écoute, d'orientation et d'échange, ce sont aussi des lieux de formation technologique où les patients viennent acquérir connaissances et savoir-faire techniques liées aux interventions courantes, à l'appareillage et à l'instrumentation.

Enfin, ils exercent une fonction sociale en accueillant et traitant certains patients qui ne peuvent pas se soigner.

### **Associations de patients**

Elles ont investi les lieux de santé. Ce sont elles qui relaient l'information fournie par les industriels de santé et accompagnent les patients dans l'acquisition de cette connaissance. Elles se sont spécialisées dans la formation et aident les patients non spécialistes à acquérir le savoir-faire technique indispensable à l'usage des appareils à haute valeur technologique. Elles gèrent par ailleurs les prêts et/ou les échanges de matériel.

### **Industries de santé**

Les grands groupes spécialistes des TIC, du traitement de l'information et des nouvelles technologies font maintenant partie intégrante des industries de santé.

Les centres d'écoute servent de relais aux industries de santé pour faire des études de consommation en temps réel et détecter les tendances. Cette

bonne connaissance à la fois des patients et des maladies permet aux industriels de la santé de s'orienter vers les bio-marqueurs.

Comme l'information a un rôle prépondérant, et qu'elle donne du pouvoir à celui qui la fait circuler (et non plus à celui qui la détient), les industriels deviennent des apomédiateurs (c'est-à-dire ceux qui détiennent et diffusent l'information, même sans être expert). Grâce aux derniers développements du Web, ils fournissent et organisent la circulation d'un grand nombre d'informations accessibles à destination des patients de plus en plus exigeants. Cette nouvelle activité, a permis de développer de nouvelles compétences en matière de recherche, de tri, de présentation, de vulgarisation et de diffusion de l'information.

### **Professionnels de santé**

On constate une montée en compétences des différentes catégories de soignants, et une augmentation des traitements à distance comme aux Etats-Unis ou en Inde.

Les Affections Longue Durée (ALD) sont traitées offshore, grâce à de nouveaux développements informatiques (par exemple, déjà en 2010, le projet SOPHIA de la CNAM existait en France pour traiter et accompagner les diabétiques).

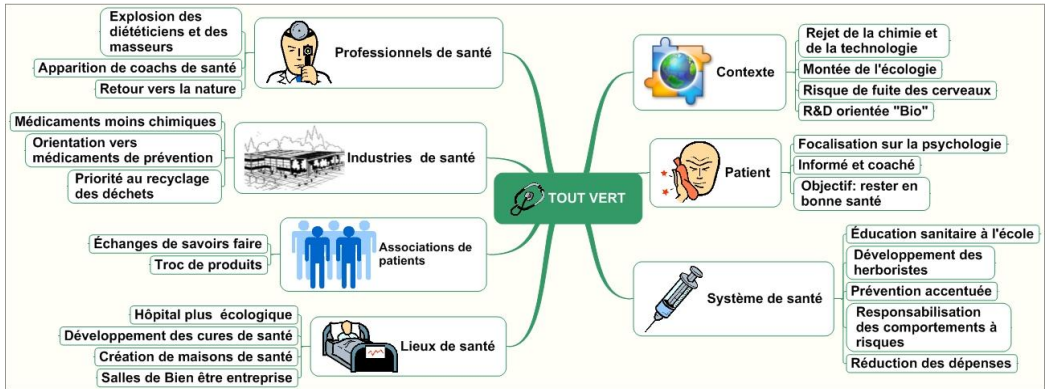
La place prépondérante de la technologie a renforcé le besoin de lien entre le médecin et le patient aussi bien en France qu'à l'international.

Très responsabilisés et acteurs de leur santé via la téléprévention, les patients veulent pouvoir rentrer en communication directe avec leur médecin quand cela s'avère nécessaire. Celui-ci est devenu un intermédiaire entre le médecin traditionnel que l'on connaissait au début du vingt et unième siècle et un coach de santé.

Les médecins et les patients sont connectés via les réseaux sociaux, et peuvent échanger rapidement informations et documents (dont les ordonnances).

Les préférences culturelles ont la vie dure. Les patients français s'orientent toujours plus vers le coach de santé (bien qu'ils sachent maintenant ce que coûte le système) alors que les patients anglais continuent à préférer l'autorité médicale.

## SIXIEME SCENARIO : TOUT VERT



### Contexte

C'est le pouvoir vert qui dirige, le pouvoir écologiste, qui donne son imprimatur aux décisions de la société et nous supposons dans ce scénario dynamique une imprimatur ... tyrannique !

Quelle tendance est choisie en 2030 entre José Bové, Daniel Cohn Bendit et Jean Marie Pelt ? Ou bien est-ce un mix de ces 3 tendances ? Peut importe, c'est un pouvoir écologiste mixé de ces tendances et de bien d'autres encore.

Naturellement, c'est le rejet de la chimie et de la technologie qui l'emporte. Et pour favoriser la bonne santé, le pouvoir favorise des jardins de santé autour des maisons, à la campagne, sur les toits et les terrasses des immeubles où les personnes cultivent leurs propres plantes et peuvent les vendre à ceux qui n'ont pas de jardin ou qui habitent en ville.

On voit la forte présence de cabanes en bois et de serres. Les immeubles sont construits ou transformés en bâtiments basse consommation (BBC), agrémentés d'herbes et de fleurs. Seuls les médicaments bio sont utilisés même pour soigner les maladies graves.

Ce choix ne se fait pas sans tensions. On constate une fuite de cerveaux hors de France, commencée en 2010, du fait de la forte menace de destruction de ces plantations de recherche sur les OGM.

Sur le plan économique la mutation est violente, le pouvoir d'achat des ménages baisse puisque les produits consommés baissent : comment traiter les différents inconvénients de la période précédente et notamment le problème de la pollution avec une baisse de rentrées de l'Etat ?

La recherche & développement de la santé est également « verte » : il y a une vraie capitalisation des savoirs rassemblant toutes les connaissances sur la santé et la biodiversité, les traditions orales, les principes actifs des plantes, ceux issus des milieux marins. Même le matériel de soins est biodégradable pour éviter la pollution et les rejets. On étudie les poissons « scanner » pour comprendre leur mode de fonctionnement.

## **Patient**

Comment vit le patient s'il est plus « vert » ? La disparition des médicaments d'origine chimique, retirés des circuits entraine-t-elle l'apparition de nouvelles maladies?

Le patient est focalisé sur l'aspect vert des choses et des événements, jusqu'à être obsessionnel, voire extrémiste et rigide.

Il participe activement aux programmes d'équilibre psychologique pour rester en bonne santé et les promeut. Chacun a son coach de santé et est hyper informé. Une communication comparative se développe permettant de lutter contre la communication des industries de santé.

Le salarié a à cœur de maintenir son équilibre entre vie professionnelle et vie privée, son équilibre psychique, physique, physiologique. Il a des objectifs de points sur sa feuille de salaire ce qui se traduit par une prime, s'il perd du poids par exemple alors qu'il est trop fort (ce qui existait en 2009, en Allemagne), ou se voit attribuer des pénalités s'il grossit (comme en Angleterre). La bonne santé est un objectif vert pour faire baisser les budgets. Des magasins comme Johnny Craig (groupe Nestlé) se sont développés pour aider les consommateurs à mieux gérer leur alimentation favorisant les promotions sur les haricots verts et les autres légumes locaux.

## **Système de santé**

Dès lors que les dépenses de santé doivent baisser, l'éducation pour un bon comportement et avoir une bonne santé commence dès l'école. Dans la ville, apparaissent des herboristes, des activités orientées vers un bon physique, vers un bon comportement, vers une bonne relation aux autres. Pour la promouvoir, les médecines « vertes » sont encouragées et bien remboursées, à condition de pratiquer une vie saine. La prévention et la participation active à de programmes de santé sont promus. Sinon, il n'y a pas de remboursement.

Un important travail en amont est mis en œuvre dans le but de réduire les dépenses ayant un impact négatif sur la santé et en rendant plus responsables les patients par rapport à leur forme physique et psychique. Le budget global de santé est en diminution puisque les dépenses sont réduites et qu'une politique de prévention est promue : des soins

« préventifs » sont mis en avant et il est possible de consulter son médecin sans limite dans la mesure où il s'agit de rester en bonne santé.

Attention toutefois au risque de baisse des revenus des médecins et des industriels de la pharmacie : peut-être le mode de rémunération est-t-il été modifié, axé non plus sur les actes médicaux mais sur la capacité à maintenir la bonne santé des patients. N'est-ce pas une réhabilitation du modèle chinois ?

### **Lieux de santé**

Les hôpitaux sont « verts » avec de nombreuses plantes vertes. Les chambres sont très colorées et les hôpitaux font la promotion de produits locaux pour éviter les déplacements et leurs coûts (financiers et environnementaux). C'est le comportement « locavore » qui est promu. D'ailleurs, l'urbanisme met en avant des zones vertes (zones d'espaces verts) et des zones bleues (zones de rivières et lacs) dans la lignée du Grenelle 2.

Les cures de santé en montagne ou dans des villes thermales retrouvent leurs places. Des maisons de santé nouvelle formule se développent pour faciliter la détente et la reconstruction de soi : on y trouve de la relaxation, du repos, de la thalassothérapie, et du thermalisme pour mieux prévenir les maladies.

Les entreprises ont également un espace de santé avec des lieux de repos, des endroits zen, où on peut respirer de l'oxygène, et prendre du recul, voire faire la sieste !

### **Associations de patients**

Elles sont largement favorisées puisqu'entrant dans cette culture de décision partagée. Les associations sont des lieux d'échanges avec par exemple du troc de produits, de recettes, d'astuces de vie pour vivre vert à moindre coût.

La consommation de produits et services est sensibilisée par un permis à points avec une prime pour tout achat « vert » et avec des pénalités pour les achats non verts, en analogie avec la promotion des génériques.

### **Industries de santé**

Elles insistent également sur la prévention, ce qui a un coût puisque les plantes sont récoltées à la main et non par une machine. Puisque la main d'œuvre est essentiellement manuelle, il y a moins de chômage... et des salaires en baisse ...

Les nouveaux médicaments servent à la prévention, sont bien moins chimiques voire pas chimique du tout si cela est réalisable, plus naturels et les industries pharmaceutiques sont plus attentives à la production de médicaments eux-mêmes car leur coût est plus élevé.

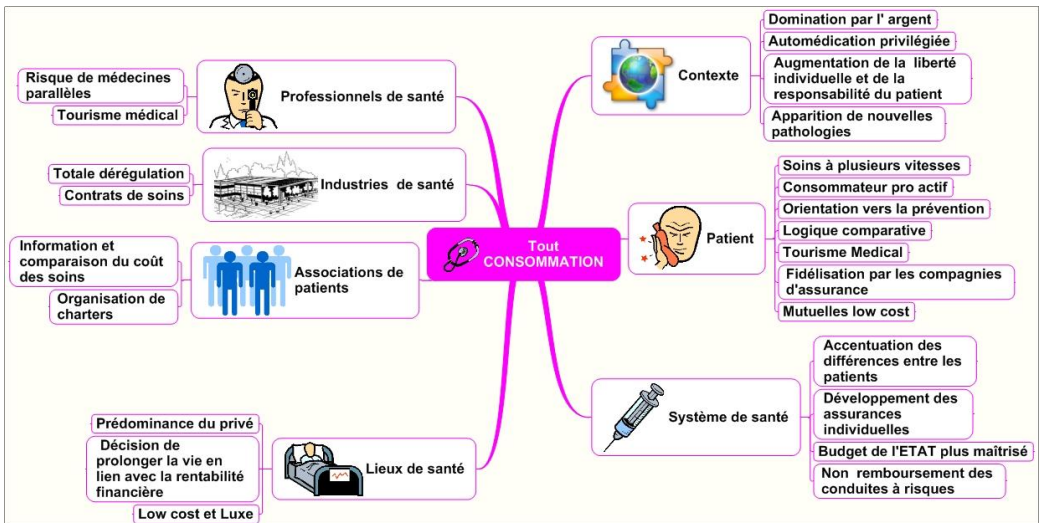
Des jardins médicaux sont créés et le prochain leader dans la santé est un pionnier, comme Yves Rocher. Les industries pharmaceutiques sont particulièrement attentives au recyclage de déchets.

### Professionnels de santé

On voit l'explosion des diététiciens, des masseurs pour évacuer les tensions et des coaches de santé : ils sont présents partout pour permettre le maintien en bonne santé et favoriser la prévention, que ce soit sur le plan physique ou mental.

L'état d'esprit général est tourné vers la santé, la nature avec une élimination des plastiques. Le pharmacien propose des médicaments verts. Et les entreprises ont un coach interne qui aidera à la rédaction d'une charte de bonne conduite professionnelle en matière de santé, de qualité de vie : un label RH promeut l'entreprise qui apporte cet équilibre (Lilly a développé en 2010 un programme pour devenir une entreprise en bonne santé).

## SEPTIEME SCENARIO : « TOUT CONSOMMATION »



## **Contexte**

Le consommateur n'est plus encadré par les acteurs de santé (pharmaciens, médecins). Il est à la fois, de plus en plus livré à lui-même, un comportement lié à la baisse des remboursements des dépenses de santé et en même temps, il veut se prendre en charge plus rapidement et de manière plus libre à condition d'y mettre le prix. Il devient pleinement consommateur de santé !

La société est dominée encore plus par l'argent, tandis que l'Etat a moins de moyens pour contribuer à la bonne santé des citoyens et l'automédication est reine. Les consommateurs deviennent plus proactifs par rapport à leur santé : ils réalisent qu'ils sont acteurs de leur santé.

Deux écoles s'affrontent : les patients qui sont sur un mode passif, en se laissant porter, ne réagissant qu'au moment opportun. Ceux qui choisissent un mode actif, agissent préventivement pour rester en bonne santé, améliorer leur hygiène de vie et maintenir leur bien-être.

La liberté individuelle est forte mais la responsabilité de chacun est définie dans un cadre fermé, fondé sur la maîtrise des dépenses personnelles de santé, couverte par des assurances.

L'utilisation de certaines matières comme le PTFE ou le téflon utilisé comme revêtement anti-adhésif, d'ordiphones et de nanotechnologies, font l'objet de risques environnementaux et sanitaires et font apparaître de nouvelles pathologies liées au développement des ondes.

Certaines maladies pourraient être prises en charge par les assurances. Celles-ci instaurent un système de contrôle du type syndrome « Big Brother ».

## **Patient**

Le système de soins est à plusieurs vitesses selon que le patient est riche ou pauvre avec des risques d'apparition de charlatanisme pour ceux qui ont peu de moyens.

Le consommateur est de plus en plus proactif pour rester en bonne santé, du fait du coût des soins : il s'oriente vers plus de prévention et se sent plus responsable. Il applique une logique comparative, d'où une plus grande importance du lobbying.

Beaucoup d'achats de traitements s'effectuent via Internet.

Le tourisme médical prend un réel essor et en contre partie, fait apparaître un appauvrissement, sur le territoire, de certains médecins spécialistes.

Les compagnies d'assurance récompensent leurs clients fidèles avec une prime liée au nombre d'années de cotisations, à l'ancienneté, au suivi de leur santé.

## **Système de santé**

Les différences de traitements entre les patients s'amplifient.

Les remboursements de l'Etat (caisses d'assurance maladie) sont plafonnés et complétés par des assurances individuelles.

Des groupes de santé, regroupant des associations, des mutuelles et des hôpitaux se constituent dont l'accès est accordé en fonction du niveau de cotisations.

Il y a apparition de mutuelles « low cost » ainsi qu'une santé à « bas prix ».

Le budget de l'Etat est ainsi maîtrisé car il ne rembourse plus que sur une base forfaitaire très faible. Et les patients qui adoptent une conduite à risques ne sont plus remboursés.

## **Lieux de santé**

Privatisation à outrance, des cliniques, des cabinets médicaux et de diagnostics afin de palier à une éventualité faillite des Etats (la Grèce en est un exemple).

Les hôpitaux publics sont réduits à devenir des centres de soins avec des hospitalisations de plus en plus réduites.

Les hôpitaux privés appartenant pour la plus part à des groupes de santé, fonctionnent sur le modèle de l'Hôpital Américain à Neuilly, avec des services luxe 3, 4 ou 5 étoiles, et un marché très ciblé de patients à hauts revenus ou acceptant des dépenses de santé conséquentes.

Les centres de santé low-cost ont leur place avec des systèmes maximisant les soins et minimisant l'hôtellerie.

Se pose alors le problème de prolonger la vie des patients puisque tout repose sur la rentabilité financière des soins et le coût induit pour les patients.

## **Associations de patients**

Elles ont pour mission d'informer, de vérifier et de comparer les soins et d'organiser éventuellement, des « charters » de patients, pour que derniers puissent se faire soigner à coût acceptable (tourisme médical).

## **Industries de santé**

Elles connaissent une totale dérégulation et c'est la loi du marché qui prédomine. Les industries pharmaceutiques développent de nouveaux concepts : propositions de « contrats de soins » personnalisés avec les patients, qui prennent en compte la durée du traitement et l'utilisation des médicaments en service continu.



### **Professionnels de santé**

Il y a une augmentation de la concurrence des diverses professions entraînant un marché segmenté en fonction de la capacité de paiement du consommateur (segmentation par prix ou services).

Puisqu'il y a augmentation du tourisme médical, on constate une diminution des coûts de santé en France. Il risque d'apparaître un marché low cost, avec des médecines parallèles proposant des expérimentations hasardeuses.

Diminution des coûts de santé en France, puisqu'il y a augmentation du tourisme médical.

Le risque est de voir apparaître un marché low cost, avec des médecines parallèles proposant des expérimentations.

## Hypothèses des possibles, des impossibles et des haïssables de demain

Ce tableau offre une synthèse des principales tendances issues des scénarios, selon les variables clés communes sélectionnées.

Scénarios	pharmaceutique	Psychologique	Ministère Mondial de la Santé	Etat / local	Technologique	Vert	Consommation
<b>Variables clés</b>							
<b>CONTEXTE</b>	Contrôle par les industries pharmaceutiques	Traitement de fond prévention	Gouvernance mondiale	Repli national	Télémédecine et nanomédecine pour contrôle et suivi	Rejet chimie et technologie capitalisation des savoirs	Consommateur livré à lui-même
<b>PATIENT</b>	La maladie fait le choix de l'industriel	Décodage biologique et équilibre de vie	Traitement selon origine ethnique	Contrôle/Sanction	Autodiagnostic responsabilité accrue	Pro actif prévention	Acteur de sa santé
<b>SYSTÈME DE SANTE</b>	Dépenses contrôlées sauf si entente	Prévention et écoute	Solidarité internationale pour les membres	Développement de systèmes parallèles par excès de contrôle	Coût diminué gestion des risques	Education sanitaire remboursement si vie saine	A 2 vitesses Low cost
<b>LIEUX DE SANTE</b>	Appartenance aux industries pharmaceutiques	Axés sur mieux être	Certification mondiale	Soins à domicile	Fonction technologique écoute	Maisons de santé prévention	Privés rentabilité des soins
<b>ASSOCIATIONS DE PATIENTS</b>	Contrepouvoir	Vie saine et spiritualité	Lobbys ethniques	Réseaux d'information de soins	Formation, information technologique	Echanges Truc et astuces	Informations comparatives
<b>INDUSTRIES DE SANTE</b>	Holding multisecteur incluant assurances	De la méditation à l'agroalimentaire du bien-être	Brevets mondiaux	Système local et artisanal	Biomarqueurs TIC, apomédiateurs	Prévention	Dérégulation
<b>PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	Tous salariés des industries pharmaceutiques	Approche holistique du patient	Harmonisation des pratiques	Officines locales contrôle	Interconnexion renforcée avec le patient	Coach santé et médecine de bien-être	Mise en concurrence très poussée, marché segmenté

## 4. CONCLUSION

Ces travaux de prospective se sont réalisés dans l'ouverture d'esprit, le respect et la diversité de chacun ce qui nous a permis d'être dans la créativité et l'innovation, pour co-construire et anticiper grâce à l'intelligence collective du groupe.

Nous avons choisi de voir loin, 20 ans, projection suffisamment lointaine pour ne pas travailler sur la seule prolongation du présent ou encore deux cycles de développement d'un nouveau médicament, de voir large, ensemble et de façon multidisciplinaire avec des participants de tout horizon (entreprises privées, secteur public, industrie pharmaceutique, hôpital, consultants). Nous avons travaillé en pensant aux hommes et aux femmes que nous sommes en tant que travailleur dans le secteur de la santé mais aussi en tant que consommateur potentiel du système de soin, ayant tous un jour le besoin de se préoccuper de leur santé, la leur et la nôtre.

Les actions proposées lors de la déconstruction des idées reçues sont soit réactives, car elles permettent de réagir dans l'urgence, soit proactives car elles permettent de se préparer aux changements prévisibles. Le travail sur les idées reçues et les facteurs de changement a libéré les esprits sur le sujet pour que le groupe puisse accéder à sa pleine puissance créative.

A l'issue de ce groupe, nous espérons vous avoir fait entrevoir quelques pistes de proactivité pour agir afin de provoquer les changements souhaités dans votre environnement.

Nous avons volontairement choisi de prendre des risques pour guider l'action ; nous avons notamment choisi de mettre en lumière des informations que nous ne souhaitons pas habituellement voir en face, ni même nommer, de prendre en compte les minorités, et ce quelque soient les courants de pensées politique. Enfin nous avons pris le risque d'oser dire autrement que le langage «corporate» ou les discours dits officiels.

Les résultats proposés ici sont une aide pour permettre de combattre les idées fausses, émettre des recommandations directement applicables, élaborer des plans et des programmes, remettre en question les règles des actions entreprises et les objectifs.

Nous encourageons vivement les DRH du secteur de la santé et les experts dans ce domaine à lire attentivement ce document, articulé autour des scénarios présentés. Nous rappelons qu'il ne faut pas chercher des réponses opérationnelles standard, dans les scénarios dynamiques extrêmes proposés à horizon 2030, mais simplement des idées de grands axes de réflexion où la réalité de demain peut trouver ses étapes et ses ruptures.

La description de ces tableaux, possibles ou pas, permet de servir d'origine à un fil rouge qui commence dans le futur pour construire son plan d'actions stratégiques dans le présent. A chacun de vérifier la pertinence des variables retenues et d'adapter les déroulés des scénarios futurs en fonction de sa propre réalité (entreprise et environnement).

Libre à ceux qui auront lu ce document de nous contacter pour enrichir cette vision globale multidisciplinaire et nous faire part de leur avis sur les points suivants :

- La probabilité de réalisation ou pas de scénarios.
- Quelles conséquences pour les acteurs et les métiers de la santé ?
- Quelles pistes d'actions/ recommandations avez-vous pu mettre en œuvre suite à ce document ?
- Dans quelle perspective ? se préparer à ces changements ou construire un avenir encore différent (c'est-à-dire le provoquer).

Le passé construit notre expérience, le présent est maîtrisable, le futur est notre horizon de responsabilité.

Le passé nous renseigne, le présent nous éduque, le futur nous élève.

# ANNEXE : QUESTIONNAIRE RETROSPECTIF ET PROSPECTIF

SUR LES MUTATIONS EN MATIERE DE SANTE A L'HORIZON 2030 ET LEURS IMPACTS SUR LES ACTEURS ET METIERS DE LA SANTE. Le questionnaire rétro-prospectif a pour objet de préparer la première réunion du groupe de travail sur les idées reçues.

**Remarques pratiques pour le remplissage du questionnaire** : il n'est pas nécessaire de répondre à toutes les questions. Le faire seulement pour celles qui vous inspirent. Les contributions serviront de matériau de base pour les ateliers du groupe prospective RH Santé.

## RÉTROSPECTIVE

**1. Au cours des dix dernières années, quels ont été, selon vous, les principaux changements et les inerties qui ont influencés ou caractérisés les entreprises ?**

**Quels changements ?** *Précisez la nature des changements (institutionnels, organisationnels, économiques, sociaux, technologiques, culturels...)*

**Quelles inerties ?** *Précisez la nature des inerties (institutionnelles, organisationnelles, économiques, sociales, technologiques, culturelles...)*

**2. Parmi ces changements, quels sont ceux qui, d'après vous, ont été bien anticipé et ceux qui à l'époque n'ont pas été prévus par la fonction RH ?**

Les changements qui ont été anticipés :

Les changements qui n'avaient pas été prévus :

**3. Avec le recul, face à ces changements, pouvez-vous dire si les réponses apportées par cette même fonction RH étaient appropriées ou au contraire inadaptées. Quelles sont les actions qui auraient dû être entreprises ou réalisées plus tôt ?**

Les réponses appropriées ?

Les réponses inadaptées (ce qu'il n'aurait pas fallu faire) ?

Les actions qui auraient dû être entreprises ou réalisées plus tôt ?

## PROSPECTIVE

**4. A votre avis, quels sont les principaux changements et les inerties qui vont influencer ou caractériser les entreprises à l'horizon 2030 ?**

**Quels changements ?** *Précisez la nature des changements (institutionnels, organisationnels, économiques, sociaux, technologiques, culturels...). Ces changements peuvent être des tendances, des incertitudes ou des ruptures.*

**Quelles inerties ?** *Précisez la nature des inerties (institutionnelles, organisationnelles, économiques, sociales, technologiques, culturelles...).*

**5. Parmi ces changements, ruptures ou inerties, quels sont, d'après vous, par ordre d'importance, les trois principaux qui vont le plus fortement affecter la fonction RH ?**

**6. D'après vous, les actions actuellement mises en œuvre par la fonction RH vous semblent-elles suffisantes pour se préparer à maîtriser les conséquences de ces changements, ruptures ou inerties ? Selon vous, que faudrait-il faire et ne pas faire ?**

# LES MEMBRES FONDATEURS DU CERCLE

*Président du Cercle : Laurent CHOAIN,  
Chief Human Resources Officer MAZARS GROUP*

**NESTLE**, Dominique Brard, DRH

**TECHNICOLOR**, David Chambeaud, DRH

**BPCE**, Maryse Juranville, Responsable prospective RH

**ROBOT DUTILLEUL INVESTISSEMENT**, Laurence Deboffe, DRH

**GROUPE BIC**, François Eyssette, DRH

**COCA-COLA Entreprise**, Laurent Geoffroy, Vice Président RH France

**IDRH**, Thierry Gérard, Directeur associé

**INSTITUT ETHIQUE ET DIVERSITE**, Nadia Guiny, Directrice associée

**CONSILIO**, Bruno Hubert, Président

**DOUX SA**, Béatrice Labouerie, DRH Europe

**ACCENTURE**, Isabelle Lamothe, Directrice du développement et de la prospective RH

**GROUPE POCHET**, Alain Mauries, DRH

**CROSSKNOWLEDGE**, Estelle Milosavljevic, Operational Marketing Director France

**RIGHT MANAGEMENT**, Laurence Monnet-Vernier, DRH Monde

**FORMATYS**, Valérie Moreau-Vétilart, Directrice

**EDF**, Anne-Marie Perez, Responsable pôle prospective métier

**GROUPE VINCI**, Patrick Plein, Directeur développement RH

**ERUDIA**, Chantal Priou, Associée

**CARLSON WAGONLIT TRAVEL**, Lionel Prud'homme, VPRH EMEA

**DANONE**, Nicolas Rolland, Directeur de la prospective sociale et économique

**VIVENDI**, Stéphane Roussel, DRH

**HOGAN LOVELLS**, Philippe Thomas, Avocat associé

**SFR**, Marie-Christine Théron, DGRH

**SCHNEIDER ELECTRIC INDUSTRIES SAS**, Marie Vezy, Vice President Talent Strategy & Organisation Development

**DELOITTE**, David Yana, Associé Capital humain

**CS RH**, Philippe YANA, Président





**pwc**