

Prospective santé 2030–prévention 2010

Rapport final

12 novembre 2010

La prospective¹ : une discipline à la croisée des chemins

Avant de devenir une discipline à part entière avec ses méthodes, son vocabulaire, la prospective trouve ses racines dans des objets d'études et de recherche liés au besoin d'anticiper, de prévoir et gérer au mieux les ressources naturelles (énergie, métaux précieux...) ou créées par l'activité humaine (nourriture, biens de consommation...). Que ce soit par des démographes, des économistes ou plus avant par des philosophes, les travaux de prospective au même titre que les prévisions statistiques ont eu des succès variés quant à la justesse de leur anticipation et, par voie de conséquence, ont parfois été accueillis avec réticence par les décideurs pour prendre des mesures politiques idoines.

Anticiper l'avenir pour s'y préparer et le construire

L'une des plus célèbres études d'anticipation pour les politiques publiques se trouve probablement dans le domaine démographique et date du début du XIX^{ème}. Son auteur, R.T. Malthus (1766-1834), cherchait à prévoir les progrès futurs de la société. Pour cela, il se demande quelles ont été les causes qui ont arrêté jusqu'ici les progrès des hommes, ou l'accroissement de leur bonheur². A partir d'une étude historique menée dans plusieurs pays, préfigurant en cela le diagnostic prospectif, Malthus arrive à la conclusion que la raison principale est « *la tendance constante qui se manifeste dans tous les êtres vivants à accroître leur espèce plus que ne le comporte la quantité de nourriture qui est à leur portée* ». Se voulant une aide à la décision politique, il en déduit des mesures politiques fortes à mettre progressivement en œuvre afin de contrecarrer la faillite future qu'il annonce. Aujourd'hui certains auteurs considèrent que sous l'angle exclusivement prévisionniste, Malthus s'est fourvoyé en ne voyant pas arriver la révolution industrielle. Sous l'angle d'un avertissement sur le fait que nous vivons dans un espace aux ressources limitées, alors il anticipe les conclusions du rapport d'une équipe du Massachusetts Institute of Technology au sujet de l'expansion démographique³. La catastrophe démographique n'est pas survenue, non pas parce que la Terre pourrait nourrir n'importe quelle population, mais parce que, jusqu'à présent, le développement économique a pu suivre la croissance des besoins⁴.

Selon une définition pragmatique du secrétariat d'Etat chargé de la politique de la ville⁵, faire de la prospective consiste à explorer les futurs possibles [*futuribles*] en germe dans la situation actuelle, pour aider à la détermination des futurs souhaitables et à l'identification des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. La prospective est une démarche pluridisciplinaire, systémique qui doit être distinguée de la prévision. Partant du constat que les problèmes auxquels nous sommes confrontés ne sauraient être réduits à une seule dimension et leurs différents aspects traités séparément, la prospective se propose d'appréhender les réalités au travers de l'ensemble de leurs dimensions, quelle que soit leur nature.

¹ Les pays anglo-saxons parlent aussi de « futures research », d'où parfois l'emploi du terme futurologie en français.

² Malthus T.R. Essai sur le principe de population. GF. Flammarion vol 1. 1992 : p 67.

³ Le Club de Rome. *Halte à la croissance ?* Fayard, Paris 1972 : 314 p.

⁴ Maréchal JP. Introduction in Malthus T.R. Essai sur le principe de population. GF. Flammarion vol 1. 1992.

⁵ www.ville.gouv.fr

Empruntant à l'analyse des systèmes⁶, elle invite à considérer les phénomènes à partir d'une étude de l'ensemble des facteurs et de leurs interrelations.

Contrairement à la prévision, la prospective intègre des hypothèses de ruptures dans sa projection dans le futur. Ces ruptures résultent par exemple d'effets de seuil, de l'apparition d'innovations ou de nouveaux acteurs, ou encore de la volonté humaine de modifier les règles du jeu. C'est essentiellement à ce niveau que s'opère la distinction entre les méthodes de prévision et celles de la prospective.

Travailler sur des hypothèses plausibles plutôt que prévoir le futur

La prévision repose en grande partie sur l'extrapolation du présent et du passé. Prévoir, c'est porter un jugement sur les événements ou évolutions possibles à venir en utilisant comme outils le passé et le présent. Pour réussir une telle entreprise, quatre conditions sont à remplir : (1) une certaine régularité dans le fonctionnement du monde est tout d'abord nécessaire, (2) il faut par ailleurs que cette régularité fournisse une information sur l'avenir, (3) que la méthode choisie pour établir la prévision capture une part de cette régularité et (4) enfin qu'elle exclue au maximum le «bruit» ou les irrégularités passées⁷. L'instrument privilégié du prévisionniste, au-delà des méthodes statistiques classiques est le modèle économétrique macro ou microéconomique⁸. Si la prospective s'intéresse davantage aux ruptures qu'à la construction de modèles mathématiques de prévision, elle n'en intègre pas moins les principales estimations (prévision de croissance, prévision démographique, etc.).

Les scénarios prospectifs

La prospective utilise souvent la méthode des scénarios, qualifiée d'approche *littéraire*⁹. Celle-ci permet en effet de construire, en quelques étapes bien identifiées, des histoires de futurs possibles bâties à partir d'un diagnostic en dynamique de la situation. Ces scénarios doivent mettre en lumière les marges de manœuvre des acteurs mais il est courant de considérer qu'il n'y a pas une méthode de prospective unique qui serait la panacée et permettrait de produire automatiquement des résultats probants.

Une approche subjective marquée par l'espace-temps

L'étape du diagnostic fondé sur l'étude des phénomènes passés et présents est suivie d'une étape d'élaboration de scénarios. Contrairement aux modèles de prévision ou aux méthodes de prospectives formalisées, la construction de scénarios a recours à l'intuition, à la déduction, à l'imagination ou encore à la mémoire. Cela nécessite aussi d'afficher, de façon positive ou en creux, sa subjectivité, ses croyances et ses valeurs. L'ensemble de l'essai de Malthus sur le

⁶ Un système (complexe) est constitué d'un grand nombre d'entités en interaction qui empêchent de prévoir sa rétroaction, son comportement ou évolution par le calcul.

⁷ Chevillon G. "Analyse Econométrique et Compréhension des Erreurs de Prévision". *Revue de l'OFCE*, Oct 2005, Vol. 95, p. 327-56.

⁸ Ibid. Les premières tentatives de prévisions économiques virent le jour après l'émergence du modèle macroéconomique de la Théorie Générale de J. M. Keynes en 1936. Actuellement, le modèle de l'OCDE Interlink de prévision de la croissance du PIB contient 231 équations pour la France.

⁹ Il existe également des méthodes dites « formalisées » comme les matrices d'impacts croisés (MIC) qui tentent d'évaluer les changements dans les probabilités d'apparition d'événements. Godet M. La méthode des scénarios : une approche intégrée. *Metra*, 1975, vol XIV, n°4 : p 605.

principe de population témoigne à cet égard des valeurs de son temps, de son pays¹⁰ ainsi que celles de son auteur¹¹.

Réalisé à partir de contributions écrites et orales de professionnels d'horizons variés, notre rapport de prospective Santé 2030 est donc également imprégné par leur intermédiaire des valeurs et croyances de notre époque dans sa façon qu'il a de décrire le présent et d'envisager le futur¹².

Un exercice périlleux mais utile à double titre

Pour ces raisons les exercices de prospective sont en général délicats à mener. S'ils sont trop inventifs ou imaginatifs ils augmentent le risque de se tromper ou de ne pas être pris au sérieux, s'ils sont trop prudents ou calés sur la réalité du moment, ils courent le risque de remettre en question leur plus value. Dans ce domaine, les exemples de scénarios catastrophes qui ne se sont jamais réalisés n'a pas joué en faveur de la reconnaissance de la discipline. Et, même lorsque que les scénarios se sont avérés raisonnables et pertinents, il n'est pas rare que l'anticipation théorique ne se soit pas concrétisée par des mesures correctrices à la hauteur de l'enjeu. Pour autant, les études prospectives sont nombreuses et en particulier ces dernières années dans le domaine de la santé. Ainsi, il y a eu récemment la mise en place de l'Office de Prospective en Santé (OPS), coordonné par la chaire de santé publique de Sciences-Po dont les publications font notamment état des principales sources de morbidité/mortalité dans le monde en 2030¹³. Le ministère de la Santé a engagé en 2008 une démarche prospective et d'analyse systématique des besoins de recherche afin de renforcer la fonction d'orientation de la recherche¹⁴. Les entreprises du médicaments (LEEM) ont publié en 2010 leur prospective « Santé 2025 », et l'Institut national du cancer (INCA) va organiser fin 2010 le "*1er forum international de prospective de recherche sur le cancer*" visant à débattre des prospectives de recherche dans différents thèmes pertinents en prévention, diagnostic et thérapeutique et leur développement dans les vingt prochaines années.

Car, au-delà de l'exactitude des scénarios, c'est toute la connaissance issue de l'élaboration des diagnostics, du système prospectif, et du temps de réflexion sur ce qui peut se passer qui est enrichissant. L'exercice prospectif offre un espace rare de confrontation d'idées et permet un regard critique sur la finalité et les méthodes de travail que nous employons. Dans cette étude dont le périmètre comprend un ensemble vaste d'acteurs et de données (démographiques, sociales, économiques, technologiques, ...), l'étape de construction du système prospectif de santé publique a notamment permis de constater que nous ne disposons pas ou peu d'éléments quantitatifs sur les différentes relations entre les déterminants macroéconomiques de santé et les déterminants individuels (par exemple, quelle augmentation de la prévalence tabagique anticiper après une augmentation du

¹⁰ Loi sur les pauvres (Poor law 1601) en Angleterre établit une taxe obligatoire en faveur des plus démunis.

¹¹ Chrétien, adepte d'une morale utilitariste au sens de J. Bentham, Malthus considérait que le meilleur moyen de diminuer la pauvreté passait par une approche libérale plutôt que solidaire, source d'effets pervers.

¹² Chacun des participants est intervenu avec sa vision de la justice, de l'égalité, de la moralité, etc. D'où l'importance de la composition initiale des groupes de travail et de la pluralité des points de vue qui en découle.

¹³ VIH, dépressions, ischémies cardiovasculaires, cancers, accidents de la circulation. Mathers, CD., Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. art. cit. dans Spira A. Evolutions épidémiologiques et médicales. Perspectives épidémiologiques 2025. Office de prospective santé, rapport 2008, Editions de santé/presses de Sciences-Po : p 29-39.

¹⁴ La recherche biomédicale & en santé. Horizon santé. Quelles orientations de recherche pour le ministère de la Santé ? Document de présentation, novembre 2009 : 4p.

taux de chômage ?). La construction d'une sorte de modèle prévisionniste macro et microsanitaire serait une démarche, à défaut d'être une fin en soi, riche d'enseignements sur les stratégies futures de prévention et de promotion de la santé.

Prospective santé 2030 : méthode et limites

Pour mettre en œuvre son exercice de prospective santé 2030 – prévention 2010, l'INPES s'est appuyé sur l'expérience d'un prestataire. A la suite d'un appel d'offre, la société BIPE a été sélectionnée pour mettre en œuvre la méthode participative retenue. Trois phases se sont succédées :

- une première phase dressant un état des lieux de la situation des déterminants de santé fondé sur le modèle de catégorisation des résultats des projets de promotion de la santé et de prévention, établi par Promotion santé suisse et adapté pour la France¹⁵. Ce modèle considère que la santé, en tant que but de la prévention et de la promotion, ne peut être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires : déterminants de la santé et facteurs individuels, collectifs ou institutionnels qui agissent sur ces déterminants (facteurs économiques, démographiques, technologiques, etc.) ;
- une deuxième phase élaborant trois scénarios à partir des évolutions possibles des variables préalablement identifiées. A l'issue d'un travail préparatoire réalisé par un petit comité d'experts, la finalisation de ces scénarios a eu lieu en atelier au cours d'un séminaire qui a réuni une cinquantaine de professionnels multisectoriels ;
- une troisième phase élaborant des recommandations en réponse aux scénarios pour les pouvoirs publics en général et pour l'INPES plus particulièrement. A partir là encore d'un travail préparatoire réalisé en petit comité, leur production a été réalisée au cours d'un second séminaire réunissant les mêmes participants.

Alors que l'INPES s'est chargé de la rédaction de la base d'analyse, les travaux préparatoires aux séminaires (toile de fond, rôle des acteurs, etc.) ont été le fruit quasi-exclusif du travail du BIPE qui a eu recours aux données quantitatives des principales organisations nationales et internationales faisant des prévisions. Les comptes-rendus des ateliers lors de ces deux séminaires ont fait l'objet d'un approfondissement par l'INPES, par certains membres du comité de pilotage¹⁶ et par le BIPE. L'approche multifactorielle retenue ici, conjuguée à la méthode participative des séminaires, a permis d'approcher les contraintes de la réalité dans laquelle toute démarche de santé publique et de prévention s'inscrit mais, a contrario, elle a rendu aussi particulièrement difficile l'appropriation des scénarios. Trop de dimensions devaient être intellectuellement intégrées et prises en compte. De ce fait, de l'avis des participants, le temps de réflexion s'est avéré trop court en raison justement du temps pris pour comprendre le cadre dans lequel elle devait se mener. Par ailleurs, comme cela a été souligné, la teneur générale et le contenu de ce rapport reflètent une pluralité de points de vue et de

¹⁵ Promotion santé Suisse. Outils de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention. Berne : 2005.

¹⁶ Jean-Claude Desenclos (InVS), Catherine Rumeau-Pichon (HAS), Jean-François Toussaint (HCSP), Jocelyne Boudot et Claire Méheust (INPES).

valeurs liée à la composition des ateliers des deux séminaires. Cette pluralité a toutefois été limitée par le fait que certains des secteurs se sont avérés surreprésentés (administration, professionnels de la santé publique) et d'autres sous-représentés, voire absents (entreprise, collectivité locale, spécialistes de la fiscalité, de l'assurance maladie, des complémentaires santé...).

Quelques faits saillants

L'omniprésence de l'économie comme donnée

En adoptant un regard épistémologique sur ces travaux, il est possible de repérer certains facteurs de la toile de fond qui jouent un rôle majeur dans l'élaboration des scénarios et dont les modifications envisagées ne sont en fin de compte que des variations d'une même partition. Habitué à nos valeurs et à celles de notre époque, on en oublie leur relativité et leur réversibilité lorsque l'horizon temporel est de vingt ans. Il en a été ainsi du contexte économique.

Le poids de l'économie dans cette étude en constitue une des originalités dans le champ de la prévention voire de la santé publique. Face à ce déterminant majeur de santé, les pouvoirs publics, à travers notamment l'organisation du système de santé, sont réduits dans deux scénarios sur les trois à limiter leurs déficits via notamment la recherche d'efficience. Le contexte économique ne fait cependant pas l'objet de débats sur ses déterminants (théorie économique, choix politique, contexte international,...), il semble être une donnée de la Nature. Or, dans ces domaines comme dans les autres, des évolutions auront lieu à l'horizon 2030¹⁷. Dans le cas d'une théorie économique, il s'agira de réduire les dépenses de santé de l'Etat car son rôle doit être réduit au minimum, dans une autre, il s'agira d'augmenter ses recettes car l'Etat doit y intervenir majoritairement. Le plus souvent notre rapport de prospective évoque ainsi l'idée de réduire les dépenses de santé de l'Etat et/ou de les conditionner à leur efficacité¹⁸.

L'Etat reste essentiel dans le domaine sanitaire

Autre point saillant, la prédominance de l'Etat dans le système de santé. Les participants des séminaires ont très souvent rappelé qu'il devait intervenir dans le domaine de la santé. Ces recommandations reflètent la composition des ateliers et témoignent d'une vision de l'économie au dépend d'une autre. A cet égard, le rôle et le poids de l'Etat a été pensé sans pouvoir prendre en compte l'évolution de l'Europe (cf. la difficulté intellectuelle à prendre en compte toutes les dimensions). En 2030, où en sera en effet la construction de l'Europe politique ? Quelles en seront conséquences sur notre politique de santé ?

¹⁷ Le rôle de l'Etat varie sensiblement selon les écoles de pensées économiques dont la prédominance est relativement cyclique au cours du temps (monétaristes, nouvelle économie classique, nouvelle économie keynésienne...). L'importance de ce rôle apparaît dans notre étude lorsque l'on parle de l'ampleur des mesures qui pourront être mise en œuvre dans la régularisation des marchés financiers suite à la crise financière de 2008-2010. Ou encore, dans le scénario « croissance et développement responsables » le rôle de l'Etat à travers la « volonté politique » se trouve renforcé par rapport aux deux autres scénarios (en raison d'un contexte économique favorable et en raison d'une décision politique partagée par plusieurs pays).

¹⁸ L'idée d'augmenter les recettes a été par exemple évoquée par la Cour des comptes qui suggérait récemment d'augmenter celles de la sécurité sociale en limitant les niches sociales (Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2010).

La difficile traduction opérationnelle du concept de la « santé-bien-être »

La succession des définitions de la santé par l'Organisation mondiale de la santé en 1948¹⁹ et 1986 à Ottawa²⁰, invite les professionnels de la santé depuis maintenant quelques années à passer d'une politique de santé-sanitaire à une politique de santé intersectorielle. Dans le champ de la santé publique et plus particulièrement de la prévention, la charte d'Ottawa marque en effet une étape importante en réaffirmant avec force l'importance d'élargir les déterminants de santé aux besoins primaires des individus (logement, nourriture, insertion professionnelle...) qui dépendent eux-mêmes pour une grande part de facteurs environnementaux (démographie, climat, politique économique et sociale, philosophique, etc.). Cette multiplication des déterminants de santé a pour corollaire une perte de pouvoir d'action des seuls professionnels de la santé sur la santé définie désormais comme une ressource pour le quotidien. De nombreux travaux épidémiologiques témoignent de la socialisation des pathologies à travers nos comportements de santé²¹. Personne ne conteste aujourd'hui que la précarité économique est un déterminant bien plus important pour la santé que certains comportements de santé (les deux étant par ailleurs souvent liés) mais que peut faire le secteur sanitaire pour lutter contre ce phénomène ?

L'intersectorialité

Cet exercice de prospective, en se confrontant à la prise en compte effective du vaste champ de l'intersectorialité, a permis de mesurer combien nous sommes encore loin dans nos mentalités et dans nos pratiques de l'approche santé-ressources ou santé bien-être²², combien l'élaboration de solutions intersectorielles reste compliquée, et combien d'espoirs reposent sur la régionalisation des politiques de santé comme échelon privilégié de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Dans ce contexte de volonté contrariée de mise en œuvre d'action intersectorielle sur l'environnement, développer les compétences psychosociales est revenu comme une action d'éducation pour la santé centrale à l'horizon 2030. En particulier, face à la multiplicité des émetteurs et des supports de messages d'information sur la santé et la prévention, l'enjeu qui se dessine n'est pas tant de maintenir une communication santé visant l'intérêt public que d'aider les individus, professionnels comme particuliers, à filtrer, décrypter, comparer ce flux d'informations.

Et d'autres encore...

D'autres sujets ont émergé des ateliers, comme des pistes pour fédérer le secteur marchand derrière des intérêts de santé publique ou encore la nécessité de donner plus de poids, de pouvoirs à la demande sociale dans l'élaboration des programmes de santé publique et de prévention.

¹⁹ « Un état de complet bien-être physique, psychique et social ».

²⁰ La santé donne à la personne « le pouvoir d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins... ».

²¹ Ainsi, selon certaines équipes de recherche, l'inégalité de revenu serait un des déterminants majeurs des comportements de consommation excessifs. Cf. Wilkinson R.G. L'égalité c'est la santé. Demopolis 2010 : 252 p. (traduction). Créer de la cohésion sociale n'a pas empêché de voir une augmentation récente des inégalités de revenu. Que peut faire une politique de santé (seule) face à cela ?

²² La liste des indicateurs de santé publique retenus dans ce rapport reste majoritairement biomédicale (mortalité, morbidité, espérance de vie...). L'affirmation positive de la santé devrait avoir pour conséquence de créer et de prendre en compte dans les politiques de santé publique davantage d'indicateurs de bien-être subjectif.

Deux grands parties composent ce rapport, une première décrit les trois scénarios retenus pour l'évolution de la santé d'ici 2030 (*tendanciel, croissance et développement responsables et solidaires, tensions généralisées*) ; une seconde propose une liste de leviers d'actions prioritaires pour une amélioration durable de l'état de santé dans un contexte économique et social en évolution continue (*offres de prestations de prévention et de promotion de la santé, mesures politiques et organisationnelles, interventions visant à faciliter la mobilisation sociale, développement des compétences individuelles*). Une conclusion met en exergue quelques orientations utiles pour l'INPES.

Remerciements

Nous voulons ici remercier chaleureusement le BIPE et l'ensemble des personnes²³ qui ont accepté de consacrer de leur temps pour réaliser avec nous cette étude prospective 2030-prévention 2010. Ce rapport allant nécessairement quelque peu au-delà des sujets traités en atelier, nous espérons que les approfondissements réalisés à la suite des séminaires ne trahissent pas l'idée générale de leurs propos.

Notre reconnaissance va également à tous les membres du comité de pilotage, Jean-François Toussaint, Renée Pomarède, Roger Salamon, (HCSP), Jean-Claude Desenclos (InVS), Catherine Rumeau-Pichon (HAS), Christian Saout (CNS), Lucie Gonzales (DREES), Antoine Flahault (EHESP), Dominique Polton (CNAMTS), Gérard Bréart (INSERM), Alain Fontaine, Véronique Mallet (DGS), Bertrand Garros, Bernard Basset, Claire Méheust, Jocelyne Boudot (INPES).

Thanh Le-Luong
Directrice générale de l'INPES

Philippe Guilbert
René Demeulemeester
Arnaud Fouchard
Coordonnateurs de l'étude

²³ Voir la liste nominative des contributeurs à la fin du rapport.

Les scénarios prospectifs

Les scénarios ont été élaborés en trois temps. Un premier temps a consisté à tracer en groupes de travail restreint²⁴ les grandes lignes de trois scénarios sur la base d'un ensemble de documents prospectifs fournis par le BIPE (OCDE, assurance maladie, INSEE, Trésor public, etc.). Un second temps a consisté à finaliser ces premiers scénarios lors d'un séminaire d'une journée regroupant une cinquantaine d'experts²⁵. Deux facteurs ont été considérés comme invariants quel que soit le scénario : le vieillissement démographique et le réchauffement climatique²⁶.

Scénario 1 *dit* scénario tendanciel

Résumé

Ce scénario repose sur une croissance économique modérée et plus ou moins continue au niveau mondial : les pays émergents poursuivent leur développement à un rythme rapide tandis que les pays industrialisés, notamment européens, connaissent une croissance du PIB par tête de l'ordre de 1,5% par an en moyenne, traduisant une **hausse faible mais continue du niveau de vie moyen**. L'augmentation de la population mondiale, son vieillissement dans les pays de l'OCDE et la poursuite du phénomène d'urbanisation dans le monde posent néanmoins la question de la suffisance de la production alimentaire mondiale : les perspectives de pénurie se traduisent par une **hausse des inégalités d'accès à l'offre alimentaire**, et des **hausse de prix** du fait de leur rareté.

En France, la croissance économique se poursuit à un rythme moyen annuel de l'ordre de 1,4 à 1,8 % par an. L'emploi ne se développant pas sensiblement, le travail est réparti autrement, avec un allongement des carrières pour participer au financement des retraites, et une hausse du temps partiel ou des interruptions de carrière au cours de la vie active. En raison du vieillissement démographique et en l'absence d'une croissance démographique soutenant celle de la population active, le taux de chômage diminue progressivement, mais les revenus moyens par ménage ne croissent que faiblement. La situation économique peu favorable à l'emploi enferme certains jeunes entrants sur le marché du travail dans des emplois de court terme ou précaires. **La solidarité intergénérationnelle et les valeurs traditionnelles en sortent fragilisées**. La confiance des Français dans l'avenir se délite petit à petit. L'État accepte l'endettement pour sauvegarder le système, mais n'a malgré tout pas les moyens de répondre complètement à une demande de services « publics » (donc gratuits ou largement subsidiés) toujours plus forte. La « **délégation** » de services publics s'accroît avec de plus en plus de fonctions transférées à des acteurs privés. L'Etat central reste la règle toutefois, la coordination des politiques publiques s'exerçant à partir de ce niveau.

²⁴ Le groupe de travail était composé de Thomas Barnay, Bernard Basset, Basile Chaix, René Demeulemeester, Arnaud Fouchard, Delphine Girard, Emmanuelle Hamel, Emmanuelle Le-Lay, Viet Nguyen-Thanh, Jean-Marie Robine, Jean-François Toussaint et Marcos Weil.

²⁵ Voir la liste nominative à la fin du rapport.

²⁶ Le détail des hypothèses sur les différents facteurs ainsi que l'état des lieux des déterminants de santé figureront prochainement sur le site de l'INPES.

Face à des ressources financières contraintes, **les politiques publiques concentrent leurs actions sur des populations-cibles. Les mesures mises en place sont systématiquement évaluées**, l'accent étant mis sur l'atteinte des objectifs au moindre coût. Les effets de levier²⁷ sont recherchés partout, conduisant à la multiplication de partenariats publics-privés dans tous les domaines : infrastructures de transport, organisation d'événements culturels, financement du sport pour tous, système éducatif, etc. Cette collaboration entre acteurs privés et publics finit par devenir une nécessité pour tous (du fait de la recherche d'effets de levier) bien que des conflits d'intérêt demeurent.

Dans le domaine de la santé, la part des dépenses totales prise en charge par la Sécurité sociale diminue. L'offre de soins financée par le système de protection sociale est rationnée alors que la demande reste dynamique. Les offres privées, non financées par l'assurance maladie obligatoire, se multiplient en complément, créant des **inégalités de situation dans l'accès aux soins. Les inégalités territoriales se renforcent aussi** en fonction de l'évolution des structures démographiques, et le renoncement aux soins s'amplifie. Les nouvelles technologies, appelées à la rescousse pour pallier les problèmes de ressources et réduire les coûts, ne parviennent pas à suppléer l'humain sur tous les fronts et ne règlent pas le problème d'offre de soins. Des mesures sont mises en place pour réduire la demande de soins, parmi lesquelles des mesures plus volontaristes de prévention tout au long de la vie. Le message est appuyé par une fiscalité moralisatrice (à l'exemple des droits d'accise sur le tabac) et un système de bonus/malus destiné à infléchir les comportements qui accroîtraient à terme les dépenses de santé.

Description du scénario

Un contexte économique mondial morose avec des inégalités marquées

Ce scénario s'inscrit dans un contexte de croissance modérée en Europe, aux Etats-Unis et au Japon, mais également de poursuite d'une croissance rapide des grands pays émergents. Si ces derniers tirent la croissance mondiale, ils exercent, par leur rythme de croissance élevé, des pressions de plus en plus fortes sur les ressources naturelles. Aussi, les prix des matières premières augmentent structurellement, et de nouvelles ressources rares émergent parmi lesquelles l'eau et certaines denrées alimentaires. Cet environnement économique oblige à mettre en place des actions de coordination des politiques au niveau international pour minimiser les écarts et éviter que certains pays non producteurs de ressources ne soient laissés pour compte. Dans ce scénario, les pays pauvres non producteurs des ressources rares dont le prix s'élève restent à la traîne : cela induit des mouvements migratoires vers les pays mieux lotis, accentuant une tendance déjà à l'œuvre aujourd'hui. Les décisions prises au niveau supranational contraignent toutefois les décisions politiques prises au niveau national.

En parallèle, l'urbanisation qui se confirme au niveau mondial, et la population qui ne cesse d'augmenter et de vieillir dans les pays de l'OCDE et en Chine, accroissent la pression sur la production alimentaire : l'équation entre ressources disponibles et besoins mondiaux demeure irrésolue et les inégalités d'accès augmentent, à la fois entre pays et au sein même des pays.

²⁷ Rentabilité financière obtenue suite à l'endettement public.

Un système français contraint qui n'a pas les moyens de ses ambitions

Dans un tel contexte, la croissance économique en France reste légèrement inférieure au taux de croissance *potentielle* de 1,8 % à 2 % par an estimé par la Direction générale du trésor et de la politique économique (DGTPE). Elle se situe quelque part entre 1,4 et 1,8 % par an entre 2010 et 2030. Cette croissance limitée bride les marges de manœuvre financière de l'État : les finances publiques font face à des ressources contraintes et les effets de la redistribution des prélèvements sociaux sont limités. L'État continue de protéger les plus pauvres, mais avec des moyens limités. Les tensions sociales sont évitées grâce à une gestion de court terme, proposant des mesures de faible envergure mais de haute visibilité en faveur des classes les plus démunies.

L'État tente de sauver le système actuel (exemple : importation de technologies plutôt que financement de la recherche) au prix du creusement de la dette publique. Les réformes sont entreprises « le dos au mur ». La notation du *risque pays* se dégrade, ce qui accroît le coût du financement. Alors que la situation économique du pays exigerait une politique fiscale plus stricte, la stagnation des prélèvements obligatoires, entretient de fait la fragilité du système. On assiste, certes, à une légère hausse de la pression fiscale, mais tout juste suffisante pour compenser la hausse du poids du service de la dette dans le PIB. Pour limiter les dépenses de l'État, les départs à la retraite ne sont pas tous remplacés. La suppression des postes se fait « au fur et à mesure » des départs, ce qui ne permet pas de réorienter rapidement les ressources vers les services faisant face à une demande croissante de services publics. Là où la demande est la plus forte, des partenariats publics privés sont négociés dans le cadre d'une délégation de la gestion des services publics.

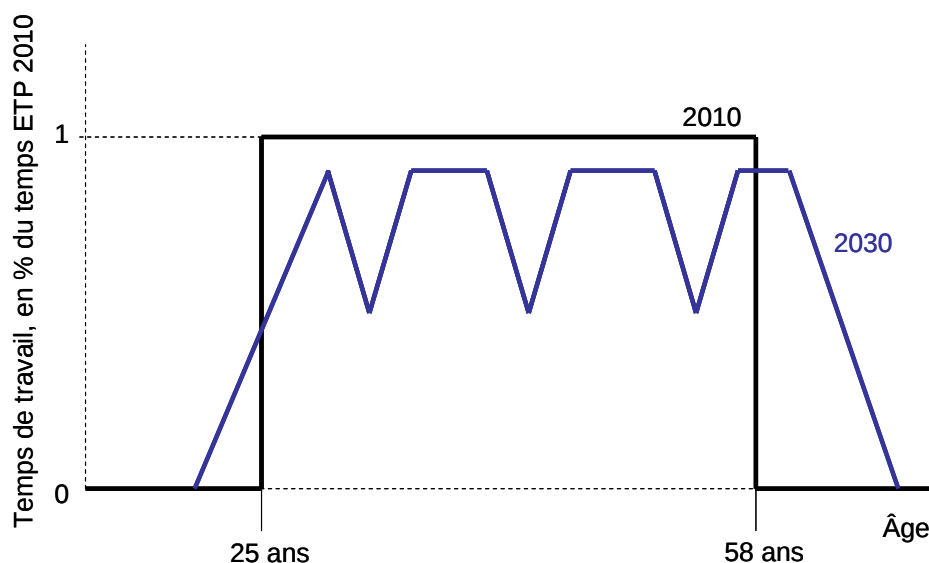
Cet environnement économique n'est pas favorable à la création d'emplois qui sont de plus en plus de court terme, à temps partiel et comportant souvent des horaires atypiques. L'environnement très concurrentiel dans lequel évoluent les entreprises les conduit à maintenir l'accent sur la productivité et la flexibilité. On assiste au fil du temps à une augmentation de la part des rémunérations variables, à une hausse du recours à l'intérim ou à de nouvelles formes de travail (télétravail, par exemple), voire à une accélération des cadences de production. Tout cela conduit à **une montée du stress** pour les salariés. En parallèle, le fossé entre les jeunes actifs, qui acceptent un cumul d'emplois précaires ou de court terme avec des horaires atypiques, et les générations plus âgées en fin de carrière qui intègrent la qualité de vie comme critère de choix dans leurs arbitrages professionnels, se creuse. Cet écart d'aspirations entre les générations affaiblit une solidarité intergénérationnelle déjà ébranlée par un individualisme grandissant.

Chiffres clés 2010-2030

Croissance du PIB en France	Entre 1,4 et 1,8% par an
Taux de chômage en 2030	6%, mais répartition très inégale du temps de travail au long de la vie (voir graphe)
Poids des dépenses publiques dans le PIB	Inchangé p/r 2010
Pression fiscale	+2 à 3 points de PIB
Part du budget de la santé dans le budget total de l'Etat	Constant
Hausse moyenne annuelle des dépenses publiques de santé	Entre 1,4 et 1,8% par an en termes réels
Hausse de la part des dépenses de santé financée par les mutuelles, les assurances ou les ménages	Supérieure à celle des dépenses publiques

En parallèle, les difficultés de financement des systèmes de retraite conduisent un nombre croissant de seniors à rester actifs plus longtemps. Ces derniers peuvent certes réduire progressivement leur temps de travail dans le cadre d'une transition plus souple entre vie professionnelle et retraite, mais sont **moins disponibles qu'aujourd'hui pour prendre en charge à titre privé la dépendance et l'aide aux proches**. La diminution de cette capacité de prise en charge à titre privé la dépendance est d'autant plus rapide que l'allongement des carrières touche une génération de femmes beaucoup plus présente sur le marché du travail que celles de la génération précédente.

Evolution du temps de travail le long du cycle de vie



Le graphe ci-dessus présente une augmentation du taux d'emploi des jeunes et des seniors en 2030 par rapport à 2010, mais avec des carrières beaucoup plus heurtées. Les contrats, de court terme, ne sont pas toujours à plein temps, d'où des taux d'occupation inférieurs à 100%. En moyenne, la durée des carrières s'allonge, l'âge de départ à la retraite étant reporté de quelques années.

Globalement, **les valeurs de cohésion sociale et de solidarité sont fragilisées**. La famille reste un refuge, mais n'est plus « le » modèle, d'autant que le soutien qu'elle peut offrir n'est plus aussi important qu'avant. Ce phénomène, combiné à la diffusion croissante des nouvelles technologies de communication qui ont conduit au développement de communautés virtuelles, modifie les hiérarchies traditionnelles. Les référents deviennent médiatiques. Ce rejet des hiérarchies traditionnelles (parents, enseignants, relations professionnelles) s'accompagne d'une multiplication de conflits latents, à une nouvelle **montée de l'individualisme**, à une baisse de la solidarité sociale et sociétale.

Le système finit par s'enrayer et les grèves se multiplient sur le territoire. Les tensions sociales et intergénérationnelles génèrent un risque de rupture du contrat social.

Des politiques publiques plus concentrées qui érodent la confiance dans l'avenir

Compte tenu des contraintes de financement liées au manque de moyens, on évolue vers une concentration des politiques publiques sur certaines catégories de populations et/ou sur des actions ciblées, et une augmentation de la délégation de services publics, avec le transfert de certaines dépenses de l'État vers les acteurs privés, et une montée du rôle des collectivités territoriales. Par ailleurs, on voit se développer une évaluation systématique de l'efficacité de ces politiques. Ces politiques publiques sont basées sur une focalisation sociale et spatiale qui cherche à responsabiliser les individus en jouant sur les incitations et les sanctions.

En matière de politique fiscale, les recettes sont progressivement ajustées non plus sur le revenu mais sur la consommation. Parallèlement, une fiscalité écologique trouve peu à peu sa place. Notons que l'évolution à la hausse attendue des prix des

matières premières limitera l'envergure des mesures fiscalement vertes que les enjeux nécessiteraient pourtant de mettre en place.

Ces nouvelles ressources allègent un peu la contrainte de financement publique, mais ne la lèvent pas totalement. Elles permettent simplement de revenir progressivement à un déficit public inférieur à 3 % du PIB, puis d'éviter de nouvelles dégradations. Les ressources publiques restant donc contraintes, vu la faiblesse de la croissance et donc la faible augmentation des recettes fiscales, la collaboration entre acteurs publics et privés s'impose à tous les niveaux, malgré des **conflits d'intérêts**. L'industrie agroalimentaire par exemple tire parti des nouveaux «labels» certifiés par l'État, même si les contrôles sont difficiles.

L'influence des lobbies reste importante.

Dans ce contexte, la confiance dans l'avenir des Français est restreinte. L'aversion au risque se poursuit, se traduisant par le besoin d'être couvert contre tout. Des risques nouveaux apparaissent dans des contrats d'assurance qui se multiplient. Par ailleurs, les compagnies d'assurances généralisent le système du bonus/malus (l'assurance ne couvrant le risque que si l'assuré a respecté sa part du «contrat») pour accroître son chiffre d'affaires tout en préservant sa propre rentabilité, dans un contexte de montée des risques et des comportements à risque.

Les valeurs des individus

Face à une hausse modérée du pouvoir d'achat moyen, et à une augmentation des disparités de revenus autour de la moyenne²⁸, les consommateurs continuent d'arbitrer, chacun en fonction de son propre système de valeur. Les systèmes de valeur eux-mêmes évoluent avec le développement de nouvelles raretés et l'adhésion par un nombre croissant d'individus aux «nouvelles» valeurs colportées par les communautés virtuelles. Néanmoins, les arbitrages de consommation des jeunes et des seniors diffèrent, de même que ceux entre ménages aisés et ménages à bas revenus. Cela donne lieu à des marchés complexes, dans lesquels il faut «un peu de tout pour tout le monde». En matière de santé, cela signifie que certains choisiront de renoncer au soin pour acheter «autre chose», alors que d'autres accepteront de payer le prix fort pour une bonne qualité de vie en bonne santé.

Un système éducatif à trois vitesses

L'autonomie des Universités fait naître une dizaine de pôles d'excellence nationaux avec des frais d'inscriptions élevés financés à charge égale entre l'État, les entreprises et les familles. Parallèlement, des systèmes de bourse à l'américaine se mettent en place pour faciliter l'accès à ces établissements des plus démunis (discrimination positive assumée).

Des établissements intermédiaires, allant jusqu'à la licence (bac +3), offrent une égalité des chances et une scolarité «de base» supérieure pour la majorité. Il reste néanmoins 15 à 20 % d'élèves en échec scolaire, donc à insertion plus difficile dans la vie professionnelle future.

Dans ce nouveau schéma, la **recherche publique rencontre toujours des difficultés de financement**. Une partie croissante de la recherche d'excellence est effectuée par des laboratoires financés par des fonds privés. Cela conduit à la focalisation d'une partie du monde de la recherche sur les domaines scientifiques

²⁸ L'accès des jeunes au marché du travail est en effet devenu plus difficile avec l'allongement des carrières dans une économie qui crée peu d'emplois. Cela accroît les écarts intergénérationnels.

potentiellement rentables, c'est-à-dire, dans le domaine pharmaco-médical, répondant à des pathologies courantes, douloureuses, spectaculaires ou répondant à toute autre caractéristique susceptible d'augmenter le consentement à payer des malades ou de leurs proches.

Un système de santé obligé de se réformer

Dans le cadre de la compression des dépenses publiques, le rationnement de l'offre de soins s'accroît. Les ménages sont incités à souscrire à des systèmes d'assurances complémentaires privées, le cas échéant abondés par leur employeur qui y trouverait un avantage fiscal, comme c'est le cas déjà dans d'autres pays européens. Au même titre que les pouvoirs publics « délèguent » à des entreprises privées la collecte et gestion des déchets, la gestion de l'eau, ou d'autres fonctions, cette « incitation » au développement du rôle des assurances et d'autres acteurs privés dans le domaine de la santé revient à déléguer au privé une partie de l'organisation et du financement des systèmes de soins.

La logique adoptée pour choisir ce qui est délégué et ce qui reste financé par la sécurité sociale relève des choix politiques. Ce qu'il importe de souligner ici est la baisse progressive de la part des dépenses de santé prises en charge par la protection sociale – sans pour autant que les prélèvements aient diminué.

Au niveau de l'offre de soins, le système d'évaluation s'accroît également, avec notamment la **généralisation des Contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)**. La féminisation de l'activité, qui se poursuit, accélère la concentration des professionnels dans des cabinets de groupe à horaires d'ouverture modulés. Comme dans les autres secteurs de l'économie, le temps partiel se développe. Dans le même temps, **la demande de soins ne cesse d'augmenter**, à la fois du fait du **vieillissement démographique**, du **développement de traitements** nouveaux liés aux progrès de la médecine, et de la hausse de l'incidence de **pathologies en partie liées à l'évolution des modes de vie** et à l'augmentation de la longévité (obésité, cancers, alzheimer, parkinson, etc.). La chronicisation de la maladie et la recherche de contacts humains dans un monde dans lequel la montée de l'individualisme et le délitement de la valeur famille participent aussi à cette hausse de la demande de soins assurée par la médecine ambulatoire.

Pourtant, compte tenu de la stagnation du nombre de professionnels de santé (à moins d'une rupture par rapport aux tendances antérieures), et de l'évolution de leur pratique (développement du temps partiel, réduction des carrières liée à la montée du salariat, etc.), des **pénuries d'offres de soins émergent** sur certains territoires. Cela amène à une compétition accrue, en termes de pouvoir d'attraction, entre différentes zones, pouvant mener à une remise en cause de la liberté d'installation des médecins.

En réponse aux déficits publics et pour pallier le manque d'offre de soins, les nouvelles technologies, majoritairement importées faute d'investissements suffisants dans la recherche nationale, sont de plus en plus sollicitées (télémédecine...). Elles sont néanmoins sous-utilisées car les professionnels de santé n'ont pas toujours la formation requise et les patients manquent de confiance dans ces technologies médicales déshumanisées – qui ne répondent pas à leurs attentes.

La **montée des disparités territoriales** en matière d'accès aux soins et l'augmentation du renoncement aux soins, essentiellement par les catégories sociales les plus défavorisées, s'accompagnent de drames obligeant, à horizon 5 –

10 ans, à faire bouger les frontières entre métiers de la santé vers plus de polyvalences.

Une prévention qui s'appuie sur des comportements valorisés

De nouvelles maladies liées à l'environnement peuvent apparaître, dans ce scénario comme dans les autres scénarios. Les populations autrefois exposées à des produits cancérigènes étaient peu nombreuses. À l'avenir, un plus grand nombre d'individus est concerné, même si ceux-ci sont exposés à des doses plus faibles.

Face aux difficultés de financement du système de santé, l'accent est mis sur la prévention, là où celle-ci permet de réduire le coût ex-post. Les démarches de prévention sont appuyées par une fiscalité « moralisatrice » (fiscalité différenciée en fonction de l'effet supposé du produit), juxtaposée des incitations individuelles aux comportements de santé sous forme de bonus/malus sur les cotisations. :

Espérance de vie

Croissance moyenne plus lente (+2,5 mois/an) du fait d'un ralentissement de l'évolution favorable de l'ensemble des déterminants, notamment du fait du délitement du lien social, de la montée du stress et des comportements à risques, et, dans une moindre mesure, de l'accessibilité aux soins.

Qualité de vie

Qualité moyenne restant perçue comme bonne, mais accroissement des inégalités par rapport à la situation actuelle, notamment du fait de l'accroissement des inégalités de revenu et dans l'accessibilité aux soins (ici, l'accessibilité est mesurée au sens large, c'est-à-dire à la fois en termes financier et physique. Elle est ainsi mesurée à la fois par la probabilité de trouver un professionnel de santé près de chez soi, et par la capacité de l'individu à pouvoir payer le service).

Morbidité

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une hausse du nombre de personnes malades, et de l'émergence de nouvelles maladies, par exemple la DMLA (Dégénérescence maculaire liée à l'âge), maladies chroniques et invalidantes. Par ailleurs, une augmentation de la morbidité liée à la dépression, au stress, et aux consommations de substances psychoactives est observée.

Dépendance : En augmentation ? Sa prise en charge dépend du modèle choisi par les familles : orientation « maternante » (modèle italien) ou prise en charge par des professionnels (modèle nordique) ?

Scénario 2 *dit* croissance et développement responsables et solidaires

Résumé

Ce scénario **repose essentiellement sur une évolution des valeurs et des choix sociétaux**. La crise économique et financière de 2008-2010, ayant créé une rupture, conduit à l'émergence d'un **nouveau modèle de croissance** axé sur une évolution des comportements des acteurs économiques qui intègrent désormais les conséquences à long terme de leurs actions sur leur propre situation, et sur la société dans son ensemble. Certaines hypothèses sous-jacentes au scénario ne sont pas liées à l'économie, mais résultent d'évolutions des comportements

reflétant une volonté de revenir à une société plus organisée, plus « responsable ».

En France, des modifications de comportement des consommateurs et des stratégies d'entreprises conduisent à une accélération de la croissance économique, qui s'établit dans une fourchette de 1,8 à 2,3 % par an en moyenne sur les deux prochaines décennies. Ce plus grand dynamisme économique va de pair avec une recomposition des sources de croissance, avec une part plus importante des services et de quelques secteurs industriels, même si l'emploi dans les autres secteurs industriels continue de décliner. Les créations d'emploi sont plus nombreuses, entraînant simultanément un allongement des carrières, une meilleure insertion des jeunes dans l'emploi et une hausse des taux d'activité au long de la vie, donc aussi une hausse du niveau de vie moyen.

Deux acteurs majeurs sont au centre de ce scénario : **les pouvoirs publics et la société civile**. De leur coopération dépend la possibilité de sa réalisation. D'un côté, la décentralisation, souhaitée depuis longtemps, est organisée de telle sorte qu'elle conduise à de vrais gains d'efficacité. Une nouvelle articulation «national-local» axée sur la complémentarité conduit à un système organisationnel simple, compréhensible par tous, permettant de promouvoir des politiques publiques intégrées en appliquant à la lettre le principe de « subsidiarité ».

Dans ce contexte économique caractérisé par une hausse du niveau de vie pour tous, et un meilleur accès à l'emploi, on assiste à une (re-)montée des valeurs d'équité, de tolérance et de solidarité dans une pluralité des modes de vie. En parallèle, on assiste à une montée du rôle des associations, et une diminution des comportements à risques (alcool, tabac, alimentation, sexualité...). La recherche-développement, mieux financée, permet des avancées dans différents domaines, et permet en parallèle de diminuer les conséquences négatives de certains comportements (apparition de produits non nocifs - tabac non cancérigène - vaccin ou traitement préventif du VIH...).

En matière de santé, ce scénario, qui met en avant des comportements plus responsables, met l'accent sur **la promotion de la santé et la prévention**, devant les soins. Le succès des politiques de prévention dépend en grande partie des modifications de comportements des individus. Ils n'en seront que plus favorables à la santé si les différentiels de compréhension et d'environnement se réduisent entre les différentes classes de la société (diminution des inégalités de revenu).

Dans ce scénario, **deux modèles de prévention coexistent** : un modèle qui repose sur *l'empowerment*²⁹ des individus (éducation) et un modèle de diminution des risques (environnement plus sain et moins stressant).

Description du scénario

Si ce scénario est jugé réaliste et probable par les participants au séminaire, sa vitesse de déploiement et ses conditions d'émergence suscitent des interrogations. Pour certains, l'apparition d'une crise sociale et sanitaire pourrait favoriser l'émergence rapide de comportements solidaires tels que ceux décrits ici, accélérant la venue de ce scénario. Pour d'autres, dans la mesure où une telle crise

²⁹ Prise en charge de l'individu par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale, sociale...

pourrait au contraire favoriser peur et repli sur soi, le scénario parie plutôt sur une évolution lente et progressive des comportements.

Des citoyens et consommateurs aux comportements et aux choix de vie plus responsables

La clé de ce scénario tient à l'émergence, puis à la diffusion, de **comportements responsables des acteurs économiques et financiers en ce sens qu'ils intègrent les conséquences à long terme** de leurs actions sur leur propre situation, et sur la société en général. Dans ce scénario, on suppose que la crise économique et financière que l'on vient de traverser a créé une rupture par rapport aux tendances lourdes antérieures. Même si elle n'a pas abouti sur le succès escompté, la conférence de Copenhague de 2009 sur le climat a mis en relief la nécessité de trouver un nouveau modèle de croissance. Les pays de l'UE, qui affichent des politiques coordonnées et solidaires, jouent un rôle clé dans l'élaboration puis la diffusion de ce nouveau modèle de croissance.

Fortement incités en cela par les pouvoirs publics, dans le cadre de politiques réglementaires et fiscales (bonus/malus, normes renforcées, etc.), les consommateurs modifient leurs arbitrages et intègrent, dans leurs choix de consommation et d'épargne, les conséquences de ces choix sur l'environnement et sur leur santé, non seulement dans l'immédiat mais aussi à moyen et longs termes. Ils priorisent autrement leurs dépenses de consommation, privilégient qualité et durabilité, mettent l'accent sur la/les « fonction/s » des produits et sur le service rendu plutôt que sur l'objet lui-même.

Face à ces consommateurs dont les valeurs, et donc les arbitrages, ont évolué, les entreprises réagissent en conséquence. Elles investissent, modernisent leurs installations, modifient la composition des produits en intégrant dès le stade de la conception la nécessité de contribuer à la qualité de vie en bonne santé sur le long terme, de réduire les déchets et/ou de faciliter le recyclage des produits en fin de vie, etc. Au niveau micro-économique et sectoriel, ce scénario se traduit notamment par l'accélération du rythme de création et de diffusion des innovations dans les pays industrialisés (*en raison à la fois du besoin de changements des technologies utilisées antérieurement, de l'évolution des modes de consommation, et de l'amélioration de la capacité de financement de l'innovation*), et par la réduction du poids des coûts salariaux en tant que facteur de compétitivité.

La modernisation structurelle de l'organisation économique qui en résulte conduit à un rebond de la croissance potentielle de l'UE. **En France, la croissance économique s'accélère** et s'établit dans une fourchette de 1,8 à 2,3 % par an en moyenne sur les deux prochaines décennies. On assiste à une recomposition des sources de croissance, avec une part plus importante des services et de quelques secteurs industriels, même si l'emploi dans les autres secteurs industriels continue de décliner. En effet, ce scénario implique une hausse du poids des activités de contrôle et de surveillance, mais aussi de réparation, de location, de gestion immobilière, ainsi que des activités d'intermédiation. Cette croissance plus rapide va de pair avec des créations d'emplois plus dynamiques, notamment dans les services, et entraîne une forte diminution du taux de chômage. L'âge de départ à la retraite augmente, les jeunes entrent plus tôt sur le marché du travail, et la concurrence entre entreprises pour recruter les talents se traduit par des hausses plus significatives des revenus du travail, et une baisse de la part des emplois précaires. La hausse des taux d'activité des 55 ans et plus se traduit par une baisse du « temps libre » de cette génération, et par une diminution du temps disponible

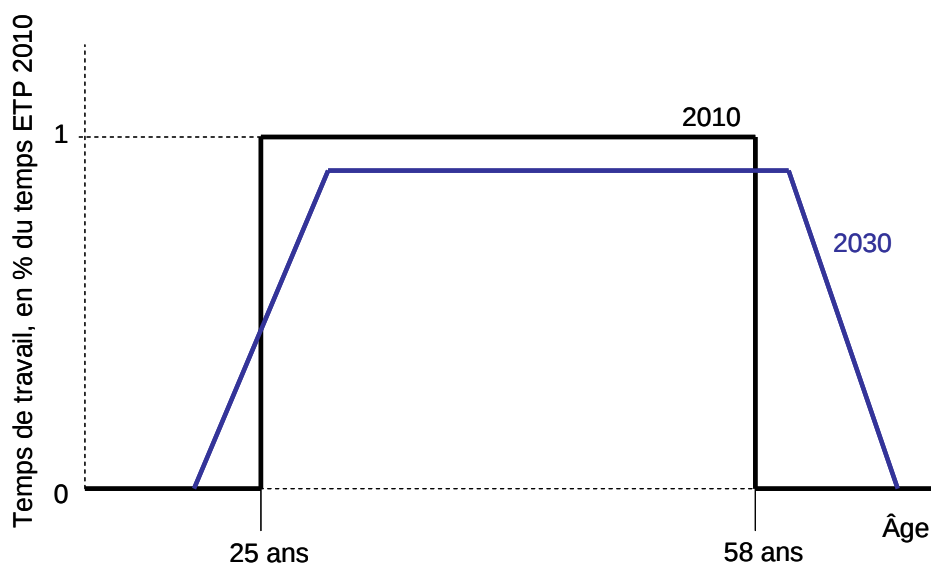
pour la prise en charge à titre privé de la dépendance, de l'aide aux proches. Les « seniors actifs » percevant toutefois des revenus plus élevés que s'ils étaient à la retraite, ont les moyens financiers de recourir à des services effectués par autrui : aides à domicile et maintien à domicile de personnes âgées ou malades, petit bricolage, mais aussi remise en condition physique, coaching nutritionnel, soins esthétiques, etc.

Dans un contexte économique caractérisé par une hausse du niveau de vie pour tous, et un meilleur accès à l'emploi, on assiste à une (re-)montée des valeurs d'équité, de tolérance et de solidarité dans une pluralité des modes de vie. Cela peut s'accompagner d'un développement de l'économie solidaire (*accroissement de l'engagement social de proximité, solidarité sociale qui évite la dépendance intergénérationnelle*). Par ailleurs, les individus acceptent la régulation et les incitations mises en place par les pouvoirs publics au niveau national et local, d'autant plus aisément que ces mesures sont en cohérence avec les choix et arbitrages individuels de la majorité des citoyens. Ces comportements individuels « responsables », renforcés par les instances de régulation et le système éducatif, entraînent une diminution des comportements à risque (alcool, tabac, alimentation, sexualité...). La baisse des situations de stress professionnel et liées au marché de l'emploi diminue également ces comportements. Parallèlement, des progrès technologiques permettent de diminuer les conséquences négatives de certains comportements (apparition de produits non nocifs - tabac non cancérogène - vaccin ou traitement préventif du VIH...).

Chiffres clés 2010-2030

Croissance du PIB en France	Entre 1,8 et 2,4% par an
Taux de chômage en 2030	5%, avec allongement des carrières
Poids des dépenses publiques dans le PIB	En baisse
Pression fiscale	En baisse (-1 à 3 points de PIB)
Part du budget de la santé dans le budget total de l'Etat	Constant
Hausse moyenne annuelle des dépenses publiques de santé	Entre 2,4 et 3% par an en termes réels
Hausse de la part des dépenses de santé financée par les mutuelles, les assurances ou les ménages	Supérieure à celle des dépenses publiques

Évolution du temps de travail le long du cycle de vie



Des politiques publiques moins contraintes en termes de ressources

Dans ce contexte économique favorable, la contrainte sur les ressources financières publiques est moins forte. Les investissements réalisés par l'Etat sont axés sur la rénovation et la réalisation de nouvelles infrastructures, prenant en compte les dimensions écologiques et les conséquences sur la santé dans l'utilisation d'énergies renouvelables, dans l'aménagement territorial et spatial et dans l'amélioration du cadre de vie des Français (*diminution de la pollution atmosphérique intérieure et extérieure, des nuisances sonores, préservation de la qualité des sols et des eaux (nappes phréatiques) et correction des déséquilibres économiques territoriaux (communes d'emploi – communes résidentielles, centre-périphérie)*).

Dans le secteur agricole, cela se traduit par le maintien d'une agriculture de proximité viable et produisant des aliments de qualité.

Un contexte politique renouvelé

Le nouveau modèle économique est donc soutenu – et encouragé – par des politiques publiques cohérentes avec les objectifs sociétaux sur le long terme : on voit émerger une nouvelle façon de penser la mise en œuvre des décisions politiques, avec notamment le renforcement du rôle des pouvoirs publics au niveau local. Mieux à même d'identifier les besoins locaux du fait de leur proximité avec leurs concitoyens, les pouvoirs publics locaux font remonter le résultat de ces concertations avec la société civile vers l'échelon national (approche « Bottom-up »).

Dans cette nouvelle organisation, l'échelon national est responsable, sur la base des remontées territoriales, de la définition des axes d'action prioritaires (gouvernance), et joue un rôle de régulateur. Cette nouvelle articulation et complémentarité « national-local » doit proposer un système organisationnel simple, compréhensible par tous, et promouvoir des politiques publiques intégrées. La mise en place des politiques instruites nationalement est toutefois assurée *in fine* par les autorités locales, qui les adaptent en fonction de leurs spécificités. La décentralisation devient une réalité efficace.

L'implication de la société civile, maillon essentiel de la réussite du système

Cette nouvelle organisation n'a de chance de réussir que si la société civile et ses représentants y sont associés et y adhèrent. Ils passent ainsi d'un rôle aujourd'hui essentiellement consultatif à un rôle plus décisionnaire, par exemple par le biais d'associations de citoyens structurées qui pèsent sur les décisions politiques. Les stratégies des acteurs privés sont encadrées, de manière à éviter qu'elles ne rendent plus difficile la réalisation des objectifs sociétaux.

Au final, ce scénario se traduit par plus de solidarité institutionnelle, à tous les niveaux géographiques, avec, d'un côté, une coopération européenne plus forte, et de l'autre, au niveau local, le développement des réseaux d'entraide, et à titre individuel (reconnaissance par l'individu des conséquences de ses actes sur la société, l'environnement, etc.).

Des régulations fortes structurant les relations sociales et les actions publiques dans de nombreux domaines

Compte tenu de la nécessité d'articuler les politiques mises en place au niveau local dans le cadre du principe de subsidiarité, l'atteinte des objectifs sociétaux passe par la création d'instances de régulation chargées de l'élaboration de nouvelles normes, des actions d'accompagnement du renouvellement des pratiques et de contrôle. Parallèlement, l'État engage des actions envers l'industrie en termes d'information, et joue sur des incitants réglementaires et fiscaux pour favoriser des environnements plus sains pour la santé – à la fois pour les produits fabriqués par les industriels et pour les conditions de travail dans l'entreprise.

Compte tenu des besoins d'emploi importants, les pouvoirs publics mettent en place une politique active et efficace de formation professionnelle, et d'éducation. En la matière, les programmes dispensés s'adaptent aux nouveaux besoins et aux changements de la société, formant les individus tout au long de leur vie et optimisant ainsi leur utilité sociale. En matière d'éducation, un socle commun pour l'ensemble de la population est mis en place (*éducation civique, développement des compétences individuelles, capacité à comprendre le monde,...*), permettant une plus forte adaptabilité et mobilité des personnes. La croissance économique profite au marché du travail, et l'on observe une hausse des taux d'activité des jeunes, des seniors et des femmes. Les jeunes travaillent avant la fin de leurs études (alternance, stages) et les 55-64 ans restent en activité plus longtemps. La montée du taux d'activité des femmes s'accompagne du développement de l'offre concernant les modes de garde des enfants, notamment dans la petite enfance.

Un système de santé renforcé, rénové, et plus performant sur le long terme

Des comportements plus solidaires, une plus grande acceptation de la régulation parce qu'elle est conforme aux attentes, et un meilleur consentement à payer pour la santé, compte tenu de l'objectif de qualité de vie en bonne santé aussi longtemps que possible, permettent aux autorités de mettre en œuvre des réformes structurelles permettant d'assainir à terme la situation financière de l'assurance maladie (hausse des prélèvements obligatoires dans une logique d'équité, diminution des niches sociales, solidarité et comportements responsables, régulation des dépenses...). L'offre de soins devient ainsi plus accessible économiquement, géographiquement et technologiquement.

Ces comportements plus responsables placent la promotion de la santé et la prévention en première ligne, devant les soins, dans la mesure où le succès de ces politiques (création d'environnements favorables, campagnes d'informations, dépistages...) dépend en grande partie des modifications de comportements des

individus. Ces derniers n'en seront que plus favorables à la santé si les différentiels de compréhension et d'environnement se réduisent entre les différentes classes de la société (diminution des inégalités de revenu).

En matière de santé, la croissance économique se traduit par une accélération des processus de recherche et développement (*déploiement de programmes de recherche aux niveaux national/européen/mondial, développement de la télé-expertise, nanotechnologies...*). Ainsi, de nouvelles découvertes génétiques, moléculaires sont possibles. Le grand âge devient un marché porteur, et les laboratoires et autres acteurs de la santé s'y investissent. L'accent est mis sur une volonté de faire profiter l'ensemble de la population de ces avancées technologiques, pour élargir le marché. La place du patient dans le système de soins est de plus en plus importante notamment *via* la mise en place de débats démocratiques, et la prise en charge, facilitée par des technologies innovantes qui permettent la compensation de survenue des handicaps, est globale (médicale et médico-sociale).

L'offre de prévention se décline selon deux modèles : un modèle d'éducation et de promotion de la santé, qui repose sur *l'empowerment* des individus et le développement d'environnements favorables, et un modèle de prévention-diminution des risques.

Espérance de vie

Augmentation de l'espérance de vie moyenne. Dans ce scénario, c'est l'espérance de vie en bonne santé qui est le bon indicateur à retenir

Qualité de vie

Amélioration générale. Les inégalités de santé sont en diminution, mais à un rythme lent, du fait :

- du point de départ actuel
- de l'inertie de la dynamique qui ne va pas aujourd'hui dans le sens de cette amélioration

Pour les plus de 90 ans, la qualité de vie dépendra comme dans le premier scénario des modes de prise en charge de la dépendance.

Morbidité

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une hausse du nombre de personnes malades, et de l'émergence de nouvelles maladies, par exemple la DMLA (Dégénérescence maculaire liée à l'âge), maladies chroniques et invalidantes. En revanche, les pathologies liées au stress ou aux comportements de santé à risque sont en diminution. Les situations d'incapacité également (*suppléance visuelle, auditive, appareil locomoteur*).

Dépendance : En augmentation ? Un meilleur accès aux technologies de suppléance pourrait contribuer à la réduire. Sa prise en charge dépend du modèle choisi par les familles : orientation « maternante » (modèle italien) ou prise en charge par des professionnels (modèle nordique).

Scénario 3 *dit* tensions généralisées

Résumé

Ce scénario s'inscrit dans un cadre économique très difficile, tant au niveau national qu'international. La rechute de l'économie mondiale après un bref début de reprise **accroît les problèmes structurels** et **pèse lourdement sur l'état des finances publiques**. Comme dans le premier scénario, l'absence d'investissements dans le développement d'infrastructures et l'exploration des ressources naturelles (pétrolière, minière), conduit au développement de la rareté, notamment dans le domaine de l'énergie, ainsi qu'à des ruptures d'approvisionnement, conduisant *in fine* à des hausses de prix, voire à de la discrimination de prix : les producteurs font payer à la fois le produit (ou le service), et la continuité de service.

La faiblesse de la croissance économique (l'économie française croît entre 0,9 % et 1,4 % par an en moyenne entre 2010 et 2030) alliée au manque de moyens des pouvoirs publics se traduit par un **accroissement des inégalités**. Par rapport au scénario tendanciel, ce scénario se singularise par des décrochages à plus ou moins long terme.

Dans ce scénario, les problèmes budgétaires obligent les pouvoirs publics à **recentrer leurs actions sur leurs fonctions essentielles** comme les fonctions régaliennes et les solidarités les plus élémentaires. Face à cette situation, la **solidarité dans son sens le plus général** semble être le seul moyen d'éviter l'explosion du système. Le risque de voir se développer l'individualisme est réel.

Dans le domaine de **la santé**, le manque de moyens financiers est plus que jamais un problème. Les réformes mises en place pour limiter la croissance des déficits ne sont pas à la hauteur des enjeux et celles qui sont plus ambitieuses ne sont pas acceptées par une société au bord de l'explosion. **L'égalité d'accès aux soins n'est plus une réalité**, d'autant que le contexte de démographie médicale défavorable ne peut que renforcer le mouvement. Les conséquences sur les politiques de **prévention** sont brutales : des coupes budgétaires sont effectuées, obligeant à concentrer les financements sur les programmes de prévention jugés les plus importants.

Description du scénario

Une croissance économique mondiale volatile dans un contexte peu solidaire

Ce scénario suppose une nouvelle dégradation de la situation économique, après un début de reprise plutôt modéré. La crise de 2008-2010 a aggravé les problèmes structurels auxquels les économies industrialisées étaient confrontées (*désindustrialisation, montée des déficits externes, difficultés croissantes de financement des politiques publiques, creusement des inégalités intergénérationnelles, etc.*) mais surtout, en a généré de nouveaux. Au niveau international, la croissance économique est moindre qu'auparavant et surtout très volatile. Dans ce contexte déprimé, on assiste à un ralentissement des investissements, en particulier des investissements en matière d'énergie (exploration pétrolière, développement de l'offre d'énergies nouvelles) et d'infrastructures. L'horizon temporel des investisseurs financiers continue de se

réduire, l'accent étant mis sur la rentabilité immédiate, plutôt que sur la construction d'un nouvel avenir. Cela se traduit par un sous-investissement chronique et une forte volatilité, provoque des perturbations et conduit à l'émergence de nouvelles raretés.

Face à la montée du chômage et aux ruptures d'approvisionnement qui résultent du sous-investissement (*black-out énergétique, pannes répétées sur les réseaux de transports collectifs, par exemple*), de nouvelles sources de tensions se développent. Cela conduit à une montée des égoïsmes nationaux, et à une volonté de repli sur soi des économies. Les problèmes récents d'attaques spéculatives contre certains pays de la zone euro témoignent de cette tendance naturelle au repli sur soi. Dans ce scénario, on suppose que ces problèmes conduisent à un manque de coordination entre les Etats, et à une rupture de la solidarité dans le domaine économique, alimentaire et sanitaire notamment entre pays du Nord et du Sud. Cela fragilise encore plus les pays qui ne possèdent pas les ressources « rares » dont les prix augmentent, et conduit à une forte instabilité politique dans ces pays, et à une hausse des départs (phénomène d'émigration). La production alimentaire mondiale étant insuffisante pour répondre aux besoins croissants des populations, les inégalités d'accès à la nourriture s'accroissent. Les objectifs du Millénaire, nutritionnels, éducatifs ou sanitaires, ne sont plus qu'un lointain souvenir.

En France, la situation économique se dégrade sensiblement...

Dans ce contexte mondial plutôt chahuté, l'économie française connaît une croissance à la fois faible et très heurtée, très inférieure au potentiel de croissance de 1,8% estimé par la DGTPE. De fait, le PIB ne croît plus que de l'ordre de 0,9% à 1,4% par an, un rythme insuffisant pour créer des emplois et absorber les nouveaux entrants sur le marché du travail. Les difficultés de financement des systèmes des retraites conduisent à une hausse de l'emploi des seniors, ces derniers reportant leur départ à la retraite. Les jeunes ont de plus en plus de mal à s'insérer dans le monde du travail, et enchaînent des contrats de courte durée, ou des emplois à temps partiel (voir graphique page suivante). On observe en parallèle un allongement des durées éducatives. Face à une offre pléthorique de main d'œuvre, le salaire de base des nouveaux entrants reste faible, et les conditions de travail se dégradent : développement d'horaires variables, de nouveaux modes de rémunération, hausses des exigences et montée du stress en entreprise.

Tout cela conduit à un déficit chronique de confiance dans l'économie qui limite fortement les innovations et la recherche-développement notamment dans le domaine de la santé, ainsi que l'émergence d'activités nouvelles. L'orientation sectorielle de la production évolue, seules les niches les plus rentables résistent à la montée de la concurrence à l'échelle européenne et mondiale.

Le pouvoir d'achat n'évoluant que très faiblement, les consommateurs se recentrent sur la satisfaction de leurs besoins essentiels, et renforcent leurs arbitrages pour dégager les ressources financières qui leur permettront néanmoins quelques achats-plaisir. Dans ces conditions, la consommation d'aliments très bon marché, souvent gras et sucrés, augmente, les fruits et légumes étant jugés trop chers. Faute de moyens, les loisirs sédentaires se développent, avec une consommation accrue de télévision, d'Internet et de jeux vidéo, activités nuisant au sommeil et susceptible d'accroître les problèmes d'obésité. L'activité physique régresse, et de manière plus générale, l'attention portée aux messages de prévention est reléguée au second plan.

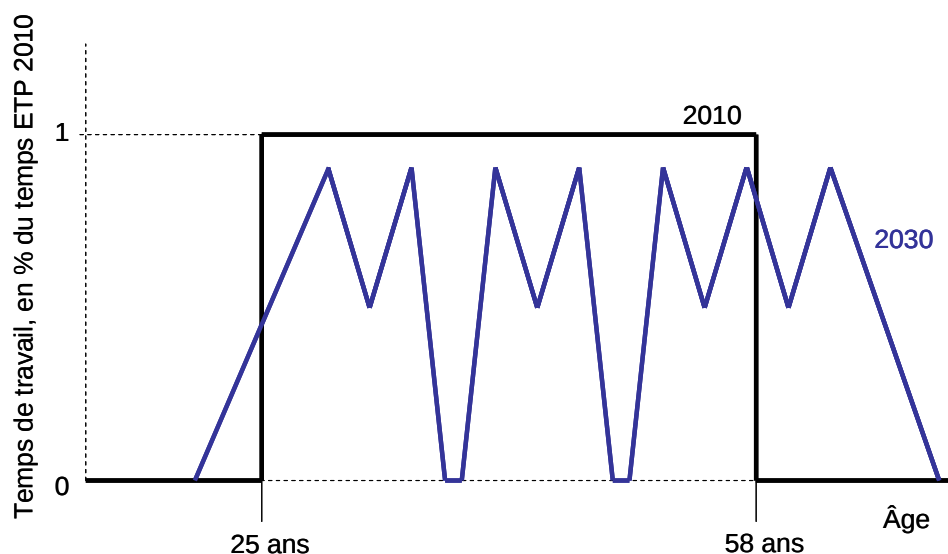
...ce qui provoque des tensions et des replis communautaires

Les pouvoirs publics étant contraints financièrement, les mesures correctives mises en place ne font que freiner ces évolutions mais ne les inversent pas. Cela conduit progressivement à une perte de confiance dans les institutions, à une rupture de la cohésion sociale, une disparition des solidarités de classes. La montée des inégalités entraîne aussi une hausse des tensions entre communautés, dans un contexte de montée de l'immigration. Les valeurs de tolérance et de respect d'autrui se délitent avec pour conséquence directe une recrudescence des tensions sociales dans les zones en difficulté, voire des soulèvements. Dans ce cadre, le relais des médias pourra jouer un rôle amplificateur, ou au contraire d'amortisseur des crises.

Chiffres clés 2010-2030

Croissance du PIB en France	Entre 0,9 et 1,4% par an
Taux de chômage en 2030	8%, avec une répartition très inégale du temps de travail au long de la vie (voir graphe)
Poids des dépenses publiques dans le PIB	Inchangé p/r 2010
Pression fiscale	+3 à 5 points de PIB
Part du budget de la santé dans le budget total de l'Etat	Constant
Hausse moyenne annuelle des dépenses publiques de santé	Entre 0,9 et 1,4% par an en termes réels
Hausse de la part des dépenses de santé financée par les mutuelles, les assurances ou les ménages	Inférieure ou égale à celle des dépenses publiques

Evolution de l'emploi le long du cycle de vie



Vers un développement de la pauvreté en France...

Devant l'ampleur de la crise économique, les préoccupations environnementales perdent en importance. La raréfaction inévitable de ressources naturelles comme le pétrole – avec l'approche du peak oil – combiné à l'absence d'anticipation des pénuries ont pour conséquence d'accroître les prix des ressources. Dans le domaine de l'énergie, de fortes difficultés d'approvisionnement en uranium et en énergies fossiles apparaissent. Bien que la baisse de la consommation des énergies fossiles conduise à une amélioration moyenne de la qualité de l'air, les disparités locales quant à l'exposition des populations aux pollutions subsistent. En effet, faute de moyens suffisants, la qualité des logements se dégrade : on assiste à une remontée des problèmes d'insalubrité. Des problèmes d'accès à l'eau émergent, et la qualité de l'eau se dégrade dans certaines zones : une économie duale se développe, avec un certain prix pour les ressources de qualité fournies avec une garantie de continuité d'approvisionnement, et un prix moindre pour ces mêmes ressources répondant à des normes minimales mais sans garantie de continuité d'approvisionnement.

Dans ce contexte, de nouvelles pathologies infectieuses émergent, aux vecteurs adaptés au changement climatique, alors que d'autres, plus anciennes et que l'on pensait maîtrisées, réapparaissent. L'innovation en santé est de fait à la fois contrainte et moins contrôlée, et on assiste à une prolifération accrue de thérapies parallèles, bon marché et souvent aux effets positifs limités. Le stress social et économique conduit aussi à une hausse des comportements de consommation à risque. En parallèle, peuvent se développer des drogues de synthèse bon marché.

En matière d'éducation, le système et les programmes ne sont plus adaptés aux mutations de la société, notamment du fait d'un manque de moyens, avec pour conséquence directe une inadéquation croissante entre formations et débouchés. Dans l'ensemble, on observe une perte d'attrait pour la valeur éducation, et une baisse de confiance des différents acteurs du système éducatif (*enseignants, élèves, parents et plus largement la société civile*). D'importantes inégalités émergent dans le domaine scolaire, à la fois au niveau de la formation initiale et dans l'accès à la formation professionnelle. Même si des efforts sont faits pour qu'il n'y ait pas de discrimination à l'entrée dans les différentes institutions, les individus issus d'un milieu social défavorisé ont moins accès à un enseignement de qualité. La facilitation des échanges d'informations par internet ne modifie pas les modes de décision : au contraire, il accroît le décalage entre le temps très rapide de l'information et le temps long de la maturation, du consensus et de l'action concertée, créant un sentiment d'impuissance de plus en plus grand.

...amplifié par un accès aux soins qui se dégrade

Concernant le financement de la santé, une réforme d'envergure, pourtant nécessaire, devient pratiquement impossible à mettre en place. Les organismes complémentaires sont utilisés comme co-payeurs, sans valeur ajoutée ni bénéfice de la concurrence perçus, avec une tarification au risque moyen (faible mutualisation entre assurés). Les ménages aisés complètent ce dispositif par des assurances santé contractées à titre individuel. Le refus par la société d'accroître les prélèvements sociaux conduit, malgré la forte régulation des dépenses, à une nouvelle dégradation du déficit structurel du système public d'assurance maladie. Les offreurs de soins finissent par ne plus adhérer au système qui dysfonctionne, ou de n'y adhérer que partiellement, selon des horaires fixes à l'instar de ce qui se fait aujourd'hui dans d'autres pays. Dans un tel contexte, les difficultés d'accès aux soins s'accroissent, et le taux de renoncement aux soins augmente, d'autant plus rapidement que la densité médicale chute de 15% entre 2006 et 2022. Par rapport

à la population des plus de 60 ans, cette densité diminue même de plus de 30% d'ici à 2030. S'ajoute à cela une baisse du temps de travail des médecins qui préfèrent le salariat à l'activité libérale. La mise en place forcée de la délégation des tâches n'arrange que partiellement le problème et n'est pas à la mesure des besoins.

Un État moins présent, privilégiant ses fonctions régaliennes

Bien entendu, l'action des pouvoirs publics est fortement contingente de la couleur des gouvernements successifs. Au regard du manque de moyens, l'État se focalise sur ses fonctions régaliennes (défense, sécurité intérieure et alimentaire) et les solidarités les plus essentielles. Les autres fonctions sont décentralisées aux différents territoires (régions, communes...), ce qui, compte tenu des disparités de moyens dont ces derniers disposent, conduit à des inégalités territoriales dans les conditions d'accès aux soins. L'intervention des pouvoirs publics est ciblée sur les populations les plus démunies, tandis que des politiques fiscales plus ou moins redistributives se mettent en place (assurance retraite basée sur le patrimoine et non plus seulement sur les revenus, suppression de la couverture maladie à l'exception de la CMU, etc.). Dans ce type de scénario dégradé, le manque de moyens pourrait faire apparaître des difficultés dans le cas d'une catastrophe sanitaire.

En matière de prévention, l'État est amené à renoncer au financement de programmes de grande ampleur dont une partie est déléguée aux collectivités locales. Les complémentaires sont amenées à prendre le relais. Leur champ d'action est encadré pour éviter qu'elles ne privilégient que les actes considérés comme rentables. En parallèle, la prévention devenant un marché économique plus ouvert, l'industrie agroalimentaire et pharmaceutique se lance à sa façon dans des campagnes de prévention contre, par exemple, l'obésité, en proposant des « alicaments ». Il pourra en être de même des alcooliers.

Espérance de vie

Stagnation voire diminution, notamment chez les hommes jeunes. Les disparités sociodémographiques et territoriales augmentent du fait de la progression des facteurs de risques avec le délitement du lien social, la montée du stress et des comportements de consommation à risque, la progression du renoncement aux soins et le recul de leur accessibilité.

Qualité de vie

Elle se dégrade en raison de la montée du stress, de l'insécurité, de la violence et des conflits et en parallèle, de la diminution des solidarités entre générations.

Morbidité

En augmentation chez les hommes jeunes, les personnes vulnérables (enfants, personnes âgées, femmes seules). Les problèmes de nutrition se traduisent par une hausse de l'obésité et le développement de cas de sous-nutrition. La fréquence et la gravité des cancers s'accroissent en raison de la diminution des moyens consacrés au dépistage, des difficultés d'accès aux soins et de l'augmentation des consommations d'alcool et de tabac. L'incidence des maladies mentales et des tentatives de suicide augmentent.

Dépendance : En augmentation par suite du développement de la morbidité.

Une démarche participative

L'ensemble des travaux des phases précédentes a permis de dresser une première liste de leviers d'actions prioritaires pour une amélioration durable de l'état de santé dans un contexte économique et social en évolution continue. Afin de permettre une exploration de ces derniers en ateliers lors du séminaire du 1^{er} juin, quatre grandes familles de leviers d'actions ont été étudiés :

1. **Les offres de prestations de prévention et de promotion de la santé** : elles peuvent s'adresser tant à la population qu'à des professionnels. Elles comprennent notamment les services de prévention, la formation, la recherche et les études...
2. **Les mesures politiques et organisationnelles** : elles visent à ancrer les questions de promotion de la santé et de prévention dans les politiques, les administrations et les organisations. Elles peuvent être prises au niveau national, régional ou local (voire au niveau supranational) ; elles concernent l'organisation, la gouvernance, la coordination, les partenariats, le financement...
3. **Les interventions visant à faciliter la mobilisation sociale** : elles facilitent la diffusion de questions de santé dans la population, la création de groupes actifs sur ces questions, l'évolution de la norme sociale. Elles utilisent la communication, l'organisation de débats publics...
4. **Le développement des compétences individuelles** : ces activités concernent directement les personnes. Elles comprennent des informations sur la santé, l'éducation à la santé, des conseils, et sont axées sur le développement de compétences de vie relatives à la santé.

Les quatre leviers d'action

1. L'offre de prestations, de prévention et de promotion de la santé

Pour l'ensemble de la population, des améliorations sont possibles en matière d'état de santé grâce à une action sur les déterminants de la santé. Ces déterminants, multiples, sont d'ordre comportemental que ce soit dans la vie quotidienne ou en milieu de travail, ou d'ordre environnemental incluant l'environnement social et culturel des personnes. Comme nous l'avons vu, ces déterminants pourraient sensiblement évoluer à horizon 2030, pas toujours dans un sens favorable à la santé.

Ainsi par exemple, le scénario tendanciel voit la remise en cause de la solidarité intergénérationnelle, le délitement du lien social, une baisse du temps disponible pour la prise en charge à titre privé de la dépendance, et une montée des comportements à risques. Tout cela entraîne des réponses différentes des individus, quelques-uns acceptant de payer cher certains services de santé tandis que d'autres privilégient d'autres postes de dépense – d'où une alimentation de qualité très variable selon les familles et une attitude par rapport aux soins allant de l'obsession pour la santé quel qu'en soit le prix, au renoncement aux soins pour d'autres.

Lorsqu'ils sont connus ou tout au moins anticipés, prévus, ces comportements peuvent faire l'objet d'actions de prévention permettant de diminuer leur fréquence d'apparition ou de réduire la sévérité des maladies. Encore faut-il optimiser la mise en œuvre des actions de prévention. Pour ce faire, différents types de mesure peuvent être adoptées pour améliorer l'offre de prestations, de prévention et de promotion de la santé, comme³⁰ :

- cibler les actions de prévention pour réduire les inégalités de santé ;
- optimiser le potentiel de la prévention aux différents âges de la vie ;
- améliorer les capacités d'action des acteurs professionnels en prévention et promotion de la santé ;
- améliorer l'état des connaissances des liens de causalité et mesurer en continu l'évolution des principaux déterminants de la santé pour améliorer les programmes de prévention et de promotion de la santé.

Réduire les inégalités de santé

La réponse aux disparités dans le domaine de la santé consiste souvent à rendre l'accès au soin plus équitable. Or, c'est bien en amont de la maladie, par des interventions sur ses déterminants sociaux, que l'on peut obtenir les résultats les plus importants. Il ne suffit pas de faire « plus » de prévention, mais « mieux » car l'expérience montre qu'une diffusion accrue de conseils de prévention bénéficie au premier chef aux populations qui bénéficient déjà d'habitudes de vie favorables à la santé.

En l'absence d'efforts en direction des populations vulnérables et/ou fragiles, le risque est grand d'accroître les inégalités en matière de santé. Or, dans les deux prochaines décennies, les catégories population vulnérables vont sans doute évoluer, et, dans certains scénarios, s'élargir. Dans un contexte économique

³⁰ Les participants des ateliers devaient choisir au maximum quatre types d'actions parmi une liste en fonction de leur pertinence compte tenu des trois scénarios de futur envisagés.

caractérisé par des contraintes de financement de plus en plus fortes, il sera d'autant plus important d'adapter les programmes de prévention aux publics les plus directement concernés, en privilégiant certaines régions, en utilisant les nouvelles technologies de communication, en s'appuyant sur les communautés virtuelles, etc. Des programmes visant à améliorer l'utilisation des services de prévention et de promotion de la santé par les plus démunis devront être évalués et mis en œuvre. Au delà de l'adaptation du discours et des services, ces programmes viseront également à maintenir ou à créer des environnements propices à l'adoption de comportements et de modes de vie favorables à la santé.

Optimiser le potentiel de la prévention aux différents âges de la vie

De la phase de gestation à celle de la dépendance, en passant par la vie professionnelle, la population n'est pas soumise aux mêmes risques aux différents âges de la vie. Cette optimisation participe donc du même principe que la mesure précédente : réaliser une meilleure adéquation entre les actions de prévention mises en place et les populations auxquelles elles sont adressées. Ce constat, valable en l'état à l'heure actuelle, devient d'autant plus important en prospective face à des moyens de financement des actions de prévention qui seront sans doute limités. Cela tend à privilégier les actions envers la petite enfance notamment dans le maintien ou le renforcement des liens parents-enfants, le dépistage, la prise en charge précoce des troubles sensoriels et la vaccination ainsi que l'acquisition des compétences psychologiques et sociales nécessaires à leur santé, à leur réussite éducative et à leur insertion dans la société. Et à l'autre extrémité de la vie à cela conduit à privilégier la prévention de la dépendance des personnes âgées.

Dans le domaine de la petite enfance, l'intérêt des structures éducatives de proximité gratuites ou bénéficiant de financements publics, comme les écoles maternelles, les crèches, est réaffirmé en particulier dans un contexte de tensions économiques où le risque est grand d'assister à un accroissement des inégalités sociales et territoriales de santé. Les modes de garde des enfants devraient pouvoir s'adapter à l'évolution des conditions de travail (horaires atypiques...).

En ce qui concerne la dépendance des personnes âgées, leur prise en charge est onéreuse une fois que les problèmes de dépendance sont avérés. Ceci rejoint les discussions autour de la création d'un « cinquième risque »³¹. Il paraît essentiel de prévenir ces problèmes de dépendance en amont. Ce type d'actions existe déjà, dans le plan national « Bien vieillir » par exemple, elles pourraient être développées dans les années à venir. A l'instar de la CNSA, l'INPES pourrait développer un partenariat avec l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) et ainsi donner, dans le cadre de formations et/ou par le biais de modifications des systèmes de rémunération, des notions, et des responsabilités, de prévention aux personnels des services à la personne (entretien du capital

³¹ Le cinquième risque est un nouveau champ de la protection sociale. C'est une branche qui s'ajouterait à celles qui couvrent la maladie, la famille, les accidents du travail et les retraites. On l'appelle également le "risque dépendance" ou le "risque perte d'autonomie". L'objectif est d'attribuer à ceux qui sont frappés d'une déficience physique, sensorielle, mentale ou psychique une aide en nature ou en espèces : la compensation personnalisée pour l'autonomie. Celle-ci permettrait à son bénéficiaire de réaliser, grâce à un appareillage ou à l'aide d'une tierce personne, ce qu'il aurait pu faire seul, et sans aide, s'il n'avait pas été atteint de la déficience en question.

intellectuel, physique et social de la personne aidée, savoir adapter son alimentation, lutter contre les accidents de la vie courante,...).

Au-delà, il conviendrait de développer les expériences des services alternatifs aux hébergements continus pour les personnes âgées dépendantes. Dans ces centres de jour qui pourraient être financés en partie par une entreprise ou un groupement d'entreprise, les parents concernés pourraient jouer un rôle en accord avec leurs employeurs. Les salariés pourraient également bénéficier de lieux adaptés pour participer à la gestion de ces centres ou s'occuper quelques heures par jour de leurs proches.

Améliorer les compétences et capacités d'action des acteurs professionnels en prévention et promotion de la santé

Les évolutions des deux prochaines décennies vont conduire à faire évoluer les rôles des acteurs de la santé, notamment en faisant bouger les frontières entre les métiers vers plus de polyvalence du fait de l'augmentation de la rareté de certaines professions et des problèmes d'accessibilité aux soins dans certaines zones. Cette évolution passe notamment par le changement dans les représentations de la *santé* chez ces professionnels, mais aussi par la production de référentiels de prévention les plus simples et les plus clairs possibles.

Par ailleurs, la rémunération à l'acte de la médecine libérale est parfois mise en cause dans l'engagement des praticiens pour la prévention. S'il souhaite optimiser sa rémunération, le praticien est implicitement incité à passer le moins de temps possible avec le patient. Ce mode de rémunération est donc par nature incompatible avec la notion de prévention qui demande du temps et n'est à aucun moment valorisée. Bien que posant des difficultés quant à la participation financière de l'assuré aux soins, la rémunération au forfait changerait l'approche des médecins. Ces forfaits pourraient faire partie intégrante de l'encouragement financier à la mise en œuvre des politiques de prévention et plus généralement tirerait les disciplines concernées vers plus de qualité, de cohérence et de continuité. Pour mettre en place un tel système il faudrait en premier lieu construire des outils adaptés basés sur des référentiels validés pour réorienter les pratiques et mettre en place un nouveau mode de calcul des rémunérations (forfait à 100% ou mixte entre rémunération à l'acte et au forfait). Des initiatives visant à intégrer les actions de prévention dans les professions libérales ont déjà été réalisées. Notamment, l'instauration de consultations de prévention, qui ont connu un succès plus que mitigé. A l'inverse, les Contrats d'amélioration des Pratiques individuelles (CAPI)³² sont mieux accueillis : en juin 2010, pas loin de 15 000 CAPI ont été signés par les médecins libéraux. Quel que soit cependant le mode de rémunération retenu, le temps de médecin disponible pour les actes de prévention demeurera limité par la démographie médicale. D'autres professions centrées sur la prévention et la promotion de la santé pourraient être développées.

³² Le généraliste signataire d'un CAPI s'engage à atteindre certaines cibles en matière de dépistage et de prévention, de suivi des pathologies chroniques, et d'efficacité en matière de prescription (engagement à prescrire des génériques notamment). En contrepartie de ces bonnes pratiques, le praticien perçoit une rémunération de l'Assurance maladie via une prime d'intéressement et un système de points d'attribution.

Mesurer l'évolution des principaux déterminants de la santé

Cibler les actions de prévention envers ceux qui en ont le plus besoin, les adapter au cadre de vie et social particulièrement pour les plus vulnérables et former les professionnels sont essentiels pour poursuivre l'amélioration de la santé et réduire les inégalités de santé, mais si l'on ne sait pas mesurer l'évolution des principaux déterminants de la santé globalement et dans différents sous-groupes, alors comment savoir sur quels leviers agir ?

Trois déterminants ont ainsi été retenus, pour lesquels il conviendrait de mettre sur pied un système d'évaluation continue : les comportements individuels à risque ou protecteurs, le système de soins et les conditions de vie.

Compte tenu des évolutions attendues à horizon 2030, des modes de suivi de ces trois déterminants sont proposés pour évaluer en continu leur rôle et leur contribution à l'évolution de l'état de santé, et ainsi pouvoir adapter les actions, les politiques et leurs modalités de mise en œuvre en conséquence.

Mettre en place un tel dispositif implique, en amont, d'harmoniser les données (de santé, sociales et de territoires) entre les différents organismes en y intégrant la dimension régionale, en particulier entre les Agences régionales de santé (ARS) nouvellement créées et de rendre interopérables les grands systèmes d'information en santé et de données sociales. Par ailleurs, seule l'implication des professionnels de santé et du soin peut garantir le succès d'une telle démarche car ce sont eux qui l'alimenteront, au moins en partie.

Dans le contexte socio-économique et démographique très évolutif des deux prochaines décennies, des mesures de l'impact non seulement du système de soins mais aussi des autres secteurs (environnement, éducation, travail et emploi...) sur les déterminants de la santé sur l'état de santé sera de plus en plus nécessaire, ce d'autant que la France n'est pas le pays le plus en pointe sur ce sujet. Il s'agira entre autres de faire des études de coût-efficacité de la dépense publique, dont les résultats devraient permettre d'allouer de façon efficiente les moyens futurs. L'efficacité en question pourrait prendre en compte des outils de mesure de la qualité de vie des français ou la vie sans incapacité et non plus seulement de l'espérance de vie. Il s'agit en fait d'apprécier l'état de santé de façon plus globale en prenant en compte le point de vue de la personne. Dans cette optique, le seul concept d'espérance de vie n'est plus adapté et devient insuffisant, même s'il est complété par un indicateur d'espérance de vie en bonne santé.

Dans le même ordre d'idée, la notion de « service rendu des médicaments » pourrait davantage intégrer des critères de qualité de vie des patients. Pour cela, il conviendrait de mettre en place de nouveaux indicateurs qui, par exemple, prendraient en compte la notion de confort (*limitation fonctionnelle des activités, de la participation à la vie sociale, dépendance au médicament ou à un appareillage, aide psychologique,...*).

A horizon 2030, il serait en outre, intéressant de développer la recherche sur les chaînes de causalité afin d'être en mesure de dépasser la logique proximale. Le potentiel de recherche est réparti entre plusieurs disciplines (économie, sociologie, épidémiologie, environnement, sciences politiques, histoire, recherche

biomédicale) mais le dialogue entre elles est restreint. Pourtant, les grandes thématiques de santé trouvent certains de leurs fondements dans d'autres domaines que le domaine purement médical. Notamment, les chaînes de causalité sont à préciser lorsqu'il apparaît que les conditions de vie des usagers ont un impact sur leur état de santé et sur leur capacité à utiliser de manière optimale des services de soins ou de prévention qui sont prouvés pour être efficace : travail, logement, transport, relations sociales... D'ici à 2030, un enjeu de la recherche sera de (mieux) quantifier l'impact respectif de ces déterminants sur l'état de santé physique, psychique ou mental de l'individu.

Connaitre la logique d'enchaînement causal au niveau individuel et collectif via des éléments de modélisation, (notamment au niveau des territoires de vie entre les risques et leur part relative dans la survenue du comportement à risque et de la pathologie) permettrait de mieux savoir où, quand et comment agir.

Enfin, peu d'études ou de recherches sont consacrées à la mesure de l'impact sanitaire *indirect* lié à l'arrêt d'un facteur de risque *direct* (exemple d'interdépendance : quel est l'impact d'un arrêt du tabagisme sur la santé mentale ou sur la consommation d'un autre produit (sucre, alcool, etc.)).

2. Les mesures politiques et organisationnelles

Des mesures politiques et organisationnelles, dans le domaine de la santé publique en premier lieu, peuvent agir efficacement et à plus ou moins court terme sur les déterminants de la santé. Ces mesures se définissent d'abord par une étape d'évaluation avec la définition de critères d'éligibilité au financement public puis par l'élaboration et la mise en œuvre des politiques ventilées au niveau optimal aussi bien « verticalement » (échelons national, régional et local) « qu'horizontalement » (entre différents secteurs).

Si certaines d'entre elles relèvent principalement d'arbitrages politiques, d'autres sont davantage liées aux évolutions essentielles de notre système de santé. La coordination de ces mesures politiques et organisationnelles entre les différents acteurs de la santé - et avec les secteurs et acteurs qui y sont indirectement liés - est essentielle au pilotage de ces évolutions.

Quatre familles d'actions relevant de ce levier ont été abordées :

- définir des critères d'évaluation et d'éligibilité au financement public ;
- assurer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques au niveau optimal ;
- articuler les politiques de façon intersectorielle auprès des autres politiques publiques ;
- développer les partenariats public-privé.

Définir des critères d'évaluation et d'éligibilité au financement public

La définition de critères d'évaluation est un préliminaire à la priorisation des politiques à mettre en œuvre et à la détermination des cibles concernées.

A titre d'exemple, le Service médical rendu (SMR), défini par la Haute Autorité de Santé, est un critère important d'éligibilité permettant de mesurer l'intérêt de la prise en charge d'un service ou d'un médicament par la collectivité. Il permet

d'arbitrer entre la gravité de la pathologie, l'efficacité du service, ses effets indésirables, sa place dans la stratégie thérapeutique et son intérêt pour la santé publique. Ce type de critère pourrait être appliqué aux programmes de prévention et de promotion de la santé.

Ainsi, des évaluations récurrentes de l'efficacité de la dépense publique pourraient être conduites en privilégiant l'impact collectif. Elles permettraient de réévaluer et éventuellement de supprimer des dispositifs dès lors que les situations évoluent ou au contraire d'en développer d'autres dès lors que la recherche ou les progrès technologiques permettraient de prendre le relais plus efficacement.

Dans un autre registre, la même question se pose concernant la pertinence et l'utilisation qui est faite de certains allègements de charges. Depuis juillet 2003, tout employeur qui fait travailler des salariés au Smic, ou jusqu'à 1,6 fois le Smic, obtient une réduction dégressive de ses cotisations de sécurité sociale. L'État se substitue ainsi en partie voire intégralement, à l'employeur pour les sommes dues au titre de la couverture maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, accident du travail ou allocations familiales. Cette « réduction » coûte 21 à 23 milliards d'euros par an à l'État, selon des chiffres produits lors d'un débat au Sénat le 31 mars 2010. La réévaluation de ces allègements de charges, dont le principal objectif est de favoriser l'emploi, pourrait être un préalable au maintien de certaines de ces mesures. Il semblerait approprié de vérifier si l'utilisation de tels montants correspond bien au maintien d'un emploi de qualité (facteur de santé). Dans le cas contraire, une partie pourrait être employée à augmenter le nombre des actions menées par l'entreprise en faveur de la santé de ses salariés.

Assurer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques au niveau optimal

Depuis plusieurs années, quel que soit le domaine considéré, la question du partage des compétences entre les différents acteurs institutionnels se pose de façon récurrente. Dans le domaine de la santé, le rôle principal revient à l'État en tant que garant de l'intérêt public et donc de l'amélioration de l'état de santé de la population. En parallèle, le rôle des institutions et des acteurs locaux prend de l'ampleur. L'échelon régional, confirmé par la récente création des Agences régionales de santé (ARS)³³, est considéré comme le relais des politiques de l'État. De cette déconcentration des politiques de santé, il découle la nécessité d'une bonne articulation des politiques nationales et des politiques locales. Cette articulation va dépendre d'un fonctionnement efficace des commissions de coordination des politiques publiques de santé³⁴.

Le rôle des différents échelons, national, régional et local pourrait évoluer au fil du temps pour refléter l'évolution globale du système économique et de ses acteurs aux différents niveaux décisionnels : montée du rôle des collectivités territoriales dans le scénario tendanciel, rôle accru du privé dans le cadre de la délégation de

³³ Créées en vertu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), les ARS ont pour but « d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système ».

³⁴ Cette commission placée auprès du directeur général de l'ARS a notamment pour rôle la coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile. Elle participe activement à l'élaboration du Schéma régional de prévention (Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé).

services publics dans le scénario tensions généralisées, hausse du rôle des associations de consommateurs et des associations de professionnels de santé, par exemple, dans le scénario croissance responsable.

L'élaboration de ces politiques tirerait bénéfice d'une base de données commune. Les nouvelles technologies permettent une mutualisation des informations disponibles et une meilleure communication entre les différents acteurs. Une telle mise en commun des informations permettrait de mieux identifier les différents déterminants de la santé, de suivre leurs impacts et d'optimiser l'efficacité des politiques publiques. Ces outils pourraient contribuer à une allocation plus juste des ressources.

En matière d'interventions sur les déterminants de la santé, l'avenir du niveau local est particulièrement prometteur. Les territoires des quartiers, des communes et des agglomérations sont en effet les plus propices à ces interventions parce que c'est à ce niveau que le cadre de vie est directement influencé. Les recherches les plus récentes indiquent que le quartier de vie en zone urbaine est le meilleur territoire d'analyse, de compréhension, et aussi d'action en termes de prévention. Par leurs compétences réglementaires ou leur volonté politique, les collectivités territoriales disposent de nombreux leviers d'actions sur l'alimentation, l'activité physique, le logement, le vivre ensemble, l'accès aux services de proximité etc. Les contacts entre institutions, professionnels et associations y sont plus directs qu'aux niveaux national et régional. Les communes intègrent plus facilement que les autres niveaux les politiques de santé et de développement durable. Leur rôle en matière de santé pourrait être encore accru si l'Etat venait à se désengager dans le cas d'une conjoncture économique particulièrement difficile. Quel que soit le scénario envisagé, des initiatives telles que le réseau « villes-santé » de l'OMS, le réseau « élus, santé publique, territoires », le réseau des « écomaires », le réseau « villes actives » pourraient donc être valorisées et soutenues. La commission régionale de coordination des politiques de santé est le lieu où peut se développer la synergie entre les projets de la région et ceux de la ville.

Articuler les politiques de façon intersectorielle et les déployer auprès des autres politiques publiques

L'efficacité des politiques en matière de santé passe également par une coordination transverse intersectorielle afin d'éviter les actions « en silo », qui ne tiendraient pas compte des facteurs exogènes issus de problématiques extérieures de type social, économique, environnemental et professionnels.

La promotion de la santé ne peut être l'affaire d'un petit monde à part, replié sur lui-même. Au contraire, elle doit relever à la fois des politiques (intersectorialité nationale via une structure dédiée par exemple et régionale via les commissions de coordination des politiques publiques de santé par exemple) mais également de l'ensemble de la société civile. En effet elle vise à agir sur l'ensemble des déterminants collectifs de la santé (l'hygiène, le cadre de vie, la salubrité des logements, les conditions de travail, les modes de prise en charge de la dépendance...). Elle suppose donc que soient réunies les conditions d'une réflexion transversale et d'une coopération intersectorielle efficace.

Il s'agirait notamment de développer des études d'impact pour apporter aux décideurs des informations sur les effets de décisions prises dans des domaines autres que la santé. Pour faciliter et alimenter la réflexion, il serait nécessaire de travailler plus étroitement avec les collectivités locales, souvent les plus à même de faciliter une intervention intersectorielle sur de nombreux déterminants de santé, comme cela a été montré plus haut.

Développer de nouveaux types de partenariats public-privé

Si aujourd'hui, sur les questions de prévention de la santé, le partenariat entre le secteur public et le secteur privé en reste toujours à des expérimentations *ad hoc*³⁵, le développement de nouvelles formes de partenariat sont envisageables dans des contextes comme ceux mis en évidence dans le scénario tendanciel et dans le scénario des tensions généralisées, le secteur privé pouvant, dans ces deux scénarios, à la fois compléter et soutenir l'offre de services publics. Par ailleurs, par la qualité des produits et des services qu'il offre, la création d'emplois et la manière de les manager, le secteur privé influence directement de nombreux déterminants de la santé. De nouveaux partenariats réellement favorables à la santé, pourraient donc être pensés.

3. Les interventions favorisant la mobilisation sociale

La mobilisation sociale est une composante essentielle de « l'empowerment ». Elle caractérise la capacité de groupes de population à s'engager pour résoudre un problème commun ou en faveur de la santé. Elle facilite la diffusion des questions de santé dans la population, et permet la mobilisation de nouveaux acteurs (groupes d'habitants, professionnels d'autres secteurs que la santé, élus...). Elle permet également l'émergence de groupes d'initiatives actifs sur les problématiques de santé et à terme l'évolution de la norme sociale.

Quatre stratégies susceptibles de faciliter développement de la mobilisation sociale ont été retenues :

- développer la démocratie sanitaire ;
- identifier les modes de gouvernance favorisant la mobilisation sociale ;
- développer les politiques de prévention en entreprise et en milieu éducatif ;
- intégrer les populations marginalisées.

Développer la démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire est une notion complexe mais elle peut être entendue comme la participation conjointe des professionnels, des usagers et des élus à la définition d'une politique de santé publique, au plus proche du cadre de vie, afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé. Elle se caractérise par l'apparition des usagers en tant qu'acteurs à part entière du système de santé. Cette évolution du rôle des individus s'inscrit dans la droite ligne de l'histoire et des pratiques, comme on le voit dès aujourd'hui avec le rôle croissant des individus dans la conception, et parfois même la production, de biens et services – cette évolution de leur rôle étant rendue possible par l'utilisation des

³⁵ Fondation Alzheimer, fondation des caisses d'Epargne...

nouvelles technologies de la communication³⁶. Son développement est, cependant dépendant de la plus grande transparence des pouvoirs publics et des professionnels de santé.

Le rôle des associations (quels que soient leurs domaines d'intervention), des maisons de quartier ou des centres locaux dans le débat sanitaire est indispensable. La prise en compte du ressenti, des perceptions des usagers faciliterait la prise de décision lorsqu'il n'existe pas de consensus scientifique sur un sujet donné via par exemple des plateformes participatives. De telles plateformes pourraient prendre la forme de sites internet dédiés au retour d'expérience et aux débats dans lesquels l'INPES pourrait avoir un rôle de modérateur.

La mise en place des CRSA³⁷ va dans le sens de la démocratie sanitaire. Elle est utile à la prise en compte des attentes et surtout des besoins des individus, à la fois dans la définition des politiques de santé et de leur mode de mise en œuvre, des attentes et surtout des besoins effectifs des individus, notamment les plus vulnérables pour cibler efficacement les actions compte tenu des moyens disponibles.

La mobilisation sociale pourrait enfin être encouragée en multipliant les espaces et les temps d'expression décentralisés. En effet, un pilotage efficace des politiques de santé nécessite un transfert d'information à double sens.

S'agissant des individus, le débat public peut être facilité par l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). La constitution de réseaux grâce aux outils informatiques permet une récolte de l'information large, diversifiée, rapide et de plus en plus représentative de la population. Panels, enquêtes barométriques, observatoires, post-tests : les lieux de débat public sont démultipliés, notamment grâce au Web, et permettent un recueil d'informations pertinent et à bas coût. Ces outils peuvent également héberger un référentiel de bonnes pratiques, commun et largement diffusé, qui pourra être commenté, amendé ou complété. Au delà des moyens, il est important de mettre en exergue dans le débat public des thèmes axés sur le bien être et pas seulement sur les pathologies.

En ce qui concerne la mobilisation des autres acteurs, notamment celle des professionnels de santé, il paraît nécessaire de renforcer le rôle des associations et syndicats de professionnels de santé. Dans les années à venir, le développement

³⁶ L'émergence du/des consomm-acteur se réfère à la participation de plus en plus active des consommateurs au design des produits (sur internet), aux sollicitations qui leur sont faites dans le cadre d'enquêtes d'opinion, de tests produits (living labs), de choix des « chutes » des publicités ou autres. On voit aussi émerger des consommateurs-prescripteurs (avec le phénomène d'auto-médication), ou dans le cadre de la constitution de « groupements d'achat » comme les sites d'achats groupés qui se multiplient en France, permettant à chacun de faire de « bonnes affaires ». On note enfin l'émergence de consommateurs-producteurs, par exemple dans le domaine de l'énergie où il est désormais possible à un ménage qui investit dans des dispositifs de production d'énergies renouvelables (éolien, photovoltaïque, etc....) de renvoyer vers le réseau les suppléments de production non utilisés.

³⁷ La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, ainsi que les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale. La CRSA peut proposer au directeur d'une ARS une politique de santé spécifique pour la région concernée.

probable de la rareté lié à une offre contrainte alors que la demande évolue sans cesse obligera à faire bouger les frontières entre les métiers de santé. L'enjeu sera de fédérer l'ensemble des professionnels autour des objectifs d'équité d'accessibilité, de coût et de qualité des soins entre régions. Une participation accrue des professionnels concernés à l'élaboration des décisions pourrait améliorer leur pertinence. Par extension, les professionnels du champ social pourraient y être associés afin d'assurer une efficacité complète des services apportés à la population.

Identifier les modes de gouvernance favorisant la mobilisation sociale

Les modes de gouvernance idoines pour favoriser une mobilisation sociale en faveur de la santé et de la qualité de vie vont évoluer dans le temps en fonction des changements des comportements et des modes de vie, et des évolutions du rôle des différents acteurs dans le système économique et social. Ainsi, des différences évidentes apparaissent entre le scénario croissance et développement responsables et solidaires et le scénario tensions généralisées. Dans le premier cas, on assiste à une plus grande responsabilisation de l'ensemble des acteurs, qui conduit à des systèmes de gouvernance organisés de type « bottom-up » avec un rôle plus important des représentants de la société civile (*associations de consommateurs, groupements de citoyens*). Dans le deuxième cas, la situation économique plus dégradée conduit à une montée des égoïsmes, une perte de confiance dans le système et ses acteurs, qui oblige à instaurer une gouvernance plus volontariste partant des pouvoirs publics pour assurer une coordination des actions sur le terrain, essentiellement menées faute de moyens par des acteurs privés.

Néanmoins, tous les scénarios partagent quelques tendances lourdes. Ainsi, une meilleure lisibilité des organismes de santé publique, de leurs missions et actions, est nécessaire pour mobiliser les acteurs de la santé d'une part, et les usagers d'autre part.

Il serait également pertinent de résoudre l'impossibilité d'organiser des actions de groupes (à l'image des « *class action* ») afin de permettre aux individus d'agir collectivement et à l'échelle des pays concernés, pour mieux équilibrer le poids des lobbies industriels dans les scénarios où le contexte économique difficile conduit les entreprises à mettre moins l'accent sur le lien entre l'organisation du travail et l'état de santé (*par exemple, invalidité de long terme liée à l'exposition à des produits toxiques*), ou à mettre sur le marché des produits à impact négatif à terme sur l'état de santé (*par exemple, des plats cuisinés contenant trop de sel source à long terme de maladies cardiovasculaires ou d'hypertension*).

Développer les politiques de prévention en entreprise et en milieu éducatif

Le développement de la mobilisation sociale passe par des politiques de promotion de la santé en milieu professionnel et éducatif.

Entreprise

L'évolution du monde du travail, avec la crise du chômage, les processus de restructuration des entreprises, l'intensification des rythmes de travail font de plus en plus peser sur les individus des risques d'atteinte à la santé physique et

mentale. Plusieurs faits et études attestent de l'importance prise par la montée du risque psychosocial³⁸. L'OMS estime que d'ici 2020, la dépression deviendra la principale cause d'incapacité de travail. L'ampleur de cette « crise du travail » est constatée par les médecins eux-mêmes³⁹. Améliorer la prévention des risques psychosociaux va donc constituer un enjeu de plus en plus important dans le maintien voire l'amélioration de l'état de santé des Français ; enjeu confirmé par nos deux scénarios prospectifs (*tendanciel et tensions généralisées*) et le rapport Lachmann⁴⁰.

Dans le cadre du plan d'urgence 2009, le ministère du Travail a déjà lancé un plan d'actions sur la prévention du stress pour les entreprises de plus de 1000 salariés. Toutefois, la prévention des risques psychosociaux, est une activité complexe que les entreprises ne maîtrisent pas forcément. Il serait donc nécessaire d'accompagner les entreprises par une plus grande offre de service et la diffusion d'outils⁴¹.

La mise en place de ces actions passe par une plus grande sensibilisation de l'ensemble des acteurs de l'entreprise et la mise en évidence, pour tous les types d'entreprises, des bénéfices qui peuvent être retirés de la prévention. A ce titre, la diffusion d'études d'impacts notamment avec des schémas expérimentaux mettant en lien les actions de prévention en entreprise à l'amélioration de la productivité et de la performance des entreprises, à la réduction de l'absentéisme, et à la réduction des accidents seraient un élément incitant les employeurs à investir dans la culture santé au sein de leur entreprise.

En amont, les futurs employeurs pourraient être sensibilisés dans les cursus de formation⁴², que ce soit dans les grandes écoles, ou par le biais des Chambres du Commerce et de l'Industrie ou les Chambres des Métiers, en inscrivant par exemple une thématique santé au sein du stage de préparation à l'installation. En aval, il serait nécessaire de mettre en place des actions adaptées au contexte de chacun des scénarios prospectifs en jouant sur divers leviers, telle la fiscalité, la certification, la norme ou la réglementation.

Enfin, les services de santé au travail devraient voir leur activité se multiplier, de même l'exercice d'une médecine du travail renforcée et indépendante.

Au Danemark, la *Work Environment Authority* peut décider d'envoyer des psychologues inspecter l'environnement psychosocial d'une entreprise si elle suspecte cette dernière de connaître des problèmes dans ce domaine. Au Royaume-Uni, les inspections du travail jouent un rôle important dans le conseil en prévention où un effort particulier est fait pour lutter contre le stress, avec la publication par le *Health and Safety Executive* (HSE) d'un guide pour ses inspecteurs appelé « Pack d'inspection – Stress au travail ».

³⁸ Selon les enquêtes de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail, 20 % des salariés européens estiment que leur santé est affectée par un problème de stress. En France, l'enquête Sumer de la DARES indique qu'un quart des actifs (23,2 %) souffriraient d'un job strain ; la prévalence de l'iso-strain touchant plus d'un actif sur 10 (14,5 %).

³⁹ Enquêtes de l'INPES et de l'INRS (2009, à paraître).

⁴⁰ H. Lachmann, C. Larose, M. Pénicaud. Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail. Février 2010.

⁴¹ Plusieurs guides existent déjà, élaborés par Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail ou l'Institut national de la Recherche et de la Sécurité.

⁴² Rapport de W. Dab sur la formation des futurs managers et ingénieurs en santé au travail. Juillet 2008.

Amenés à se développer quel que soit le scénario, les métiers du secteur des services à la personne seront confrontés à de nombreux risques professionnels : des risques liés à des contraintes physiques comme le port de charge, les contraintes posturales et articulaires (positions debout, accroupies, piétinement, torsions, postures penchées, etc.) mais aussi des risques psychosociaux liés à la confrontation directe avec un public spécifique. Dans le cas du scénario tensions généralisées comme dans celui du scénario tendanciel, ce développement s'inscrit dans un contexte économique peu favorable ne favorisant pas une structuration du secteur. Il sera donc d'autant plus nécessaire de développer des opérations de prévention destinées aux salariés travaillant dans le secteur des services à la personne (formation, sensibilisation, guide de bonnes pratiques...) pour qu'ils puissent répercuter ces bonnes pratiques dans le cadre de leur activité. En décembre dernier, et dans le cadre de la convention signée le 19 novembre 2009 entre l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), un plan d'action a été adopté prévoyant l'édition de brochures sur la prévention des chutes, sur les règles d'hygiène de base et de protection contre les infections, sur la prévention des risques psychosociaux, notamment. Pour les années à venir, l'objectif devrait être d'assurer le développement de tels plans d'actions, et de s'assurer que les actions mises en place soient non seulement en adéquation avec les besoins des salariés, mais que leur existence soit aussi bien connue des bénéficiaires auxquelles elles s'adressent.

D'autres leviers de promotion de la santé pourraient être expérimentés car prenant en compte la liberté et les intérêts économiques des entreprises comme la création d'une norme qui permette une certification à l'exemple de la norme québécoise « Entreprise en santé »⁴³ ou encore d'un prix santé à l'instar de ce qui se fait au Luxembourg⁴⁴. Elle pourrait se faire également par voie réglementaire en inscrivant la santé dans la RSE (Responsabilité Sociale de l'Entreprise) ou par la mise en place d'un plan d'action prévention-santé en entreprise du même ordre que le plan d'actions Senior⁴⁵. La RSE intègre trois piliers : environnement, social, et économique. Il s'agirait ici d'élargir le concept de la RSE à un quatrième pilier qui serait celui de la santé.

Les dispositifs de certification, les « labels », l'amélioration de l'image par des campagnes de marketing et de publicité ou par un engagement social dans le cadre d'une responsabilité sociale de l'entreprise contribuent tous à sa meilleure valorisation, y compris pour ses actionnaires, et sont donc susceptibles de favoriser son développement en améliorant ses conditions de financement. Les politiques de prévention pourraient viser à responsabiliser les entreprises aux conséquences à long terme sur l'état de santé de leurs pratiques et modes

⁴³ La norme BNQ 9700-800 Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail, communément appelée « Entreprise en santé », vise le maintien et l'amélioration durable de l'état de santé des personnes en milieu de travail par : l'intégration de la valeur de la santé des personnes dans le processus de gestion des entreprises ; la création de conditions favorables à la responsabilisation du personnel en regard de leur santé ; l'acquisition de saines habitudes de vie et le maintien d'un milieu de travail favorable à la santé.

⁴⁴ Le ministre de la Santé du Luxembourg a lancé le 4 juin 2007 le 1er prix santé en entreprise avec la campagne suivante: "Gagner le prix santé : un + pour votre entreprise". Avec ce prix, le ministère de la Santé du Luxembourg souhaite encourager les entreprises qui, dans un souci de responsabilité sociale et de bon management, vont *au-delà* de leurs obligations légales et prennent de réelles initiatives en matière de bien-être au travail.

⁴⁵ A partir du 1^{er} janvier 2010, les entreprises et les établissements publics employant au moins 50 salariés risquent une pénalité si elles n'ont pas conclu un accord ou établi un plan d'action relatif à l'emploi des salariés âgés de plus de X années.

d'organisation, quand aujourd'hui la part des maladies liées à l'entreprise (stress professionnel, troubles musculosquelettiques...) est difficile à détecter, donc vraisemblablement sous-évaluée. Ceci a d'ailleurs été fait dans le domaine de l'environnement avec les principes du « pollueur-payeur⁴⁶ », et de la « responsabilité élargie du producteur⁴⁷ ». L'international étant dans ce cas le niveau pertinent d'intervention.

Système éducatif

On entend par système éducatif l'ensemble des structures d'apprentissage tout au long de la vie. Comme le souligne le rapport *Stratégies Nouvelles de Prévention*⁴⁸, « Santé et éducation sont étroitement liées et constituent le socle sur lequel s'appuie une dynamique de la réussite : l'éducation contribue au maintien de la santé et la santé procure les conditions nécessaires aux apprentissages ».

Quel que soit le scénario envisagé, du plus favorable au plus défavorable, le système éducatif qui est en soit un déterminant majeur de la santé doit donc rester au cœur des préoccupations et des investissements des pouvoirs publics et de la société civile.

Une politique globale de type « Ecoles promotrices de santé » pourrait être développée. Selon l'Union internationale de promotion de la santé, une telle école promeut la santé et le bien-être de ses élèves ; vise à améliorer leurs résultats scolaires ; soutient les concepts de justice sociale et d'équité ; fournit un environnement sans danger et encadrant ; implique la participation et vise l'autonomie des élèves ; articule entre eux les questions et les systèmes propres à la santé et à l'éducation ; aborde les questions relatives à la santé et au bien-être de l'ensemble du personnel scolaire ; collabore avec les parents et la communauté locale ; intègre la santé dans les activités courantes de l'école, dans le cursus scolaire et dans les critères d'évaluation des programmes ; se fixe des objectifs réalistes basés sur des données précises et des preuves scientifiques fiables ; cherche constamment à s'améliorer grâce à un contrôle et à une évaluation continus⁴⁹.

Plusieurs initiatives nationales et régionales pourraient soutenir ce développement. Un accord cadre «Ecoles promotrices de santé» pourrait être concerté entre le ministère chargé de la Santé, le ministère de l'Education nationale, mais aussi les nombreux autres ministères et organismes concernés (famille, assurance maladie, agences (INPES...) et organismes de formation. Cette convention prévoirait notamment l'organisation de l'accompagnement de programmes intégrés de promotion de la santé et les modalités de coordination de cette action.

⁴⁶ En France, il est défini par l'article L110-1, II, 3° du code de l'environnement selon lequel « les frais résultant des mesures de prévention, de réduction de la pollution et de lutte contre celle-ci doivent être supportés par le pollueur ».

⁴⁷ Le principe, qui découle de celui du pollueur-payeur, en est le suivant : les fabricants nationaux, les importateurs de produits et les distributeurs pour les produits de leurs propres marques doivent prendre en charge, notamment financièrement, la collecte sélective puis le recyclage ou le traitement des déchets issus de ces produits.

⁴⁸ Toussaint J-F. *Stratégies nouvelles de prévention*. Rapport de la Commission d'orientation de prévention, ministère de la Santé et des Solidarités, décembre 2006.

⁴⁹ Union internationale de promotion de la santé : Vers des écoles promotrices de santé : lignes directrices pour la promotion de la santé à l'école. <http://www.iuhpe.org/>

L'accord envisagerait la mise en place d'une mission nationale d'appui formée de professionnels mis à disposition par les différents organismes concernés, l'élaboration d'un cadre de référence, le développement d'une formation de formateurs régionaux et de formations régionales en promotion de la santé en milieu scolaire. Il prévoirait également l'organisation d'une mutualisation des acquis par l'organisation de colloques et d'un site web permettant des échanges de pratiques.

Un accompagnement serait organisé dans chaque région pour les écoles désireuses de s'engager dans un processus de promotion de la santé. Cet accompagnement pourrait être fourni par des équipes issues des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et des Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM).

Au niveau des établissements un poste d'éducateur référent pour la santé pourrait être créé. Cette proposition d'action s'inscrit dans la lignée de celle proposée dans le rapport *Stratégies nouvelles de prévention*, qui préconise de réfléchir à l'opportunité de créer de nouveaux métiers qui mettent en lumière l'importance de la promotion de la santé et de l'éducation à la santé

La diffusion d'enseignements de prévention à l'école est déjà importante. Il conviendrait de ne pas oublier d'agir de même dans les centres de formation d'apprentis (CFA), où ces derniers reçoivent une formation générale et technique qui complète la formation reçue dans les entreprises. Ceci pourrait permettre de limiter les expositions et les risques professionnels en adoptant plus précocement les bonnes pratiques en matière de prévention des accidents.

Intégrer les populations socialement exclues

La mobilisation sociale concerne l'ensemble de la population, aussi il ne faut pas omettre les populations marginalisées (handicapés mentaux et physiques, chômeurs, travailleurs pauvres, personnes sortant de prison, personnes âgées isolées, SDF, migrants, gens du voyage, usagers de drogues...). Celles-ci devraient au contraire faire l'objet d'une attention particulière compte tenu du risque d'extension de ces catégories de populations vulnérables dans certains scénarios, et de l'évolution de leurs problèmes⁵⁰. Des actions pourraient être menées pour faire entendre leur voix dans le débat public. Des études pourraient être développées et leurs résultats diffusés afin de mieux connaître ces populations en termes de besoins prioritaires y compris dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces actions implique un engagement politique fort dans des contextes socio-économiques complexes, une implication des

⁵⁰ A la fin du XX^{ème} siècle, par exemple, les enjeux principaux pour les populations marginalisées étaient l'accès au logement, à l'eau, à la qualité des logements (problèmes sanitaires, chauffage, isolation), notamment. Au cours du XXI^{ème} siècle, on pourrait voir se rajouter à cette liste, ou se substituer à certains éléments, la sécurité des personnes et des biens, les problèmes de mobilité (si le prix de l'énergie et la fiscalité énergétique continuent d'augmenter, cela pourra poser des problèmes aux populations précaires vivant dans des zones mal desservies par les transports en commun), ainsi que la qualité de l'alimentation et l'accès aux soins.

collectivités territoriales, une transversalité entre les différents professionnels (sanitaire, éducatif, administratif) et un renforcement du partenariat avec les associations.

Mieux intégrer ces populations passe par une meilleure connaissance de celles-ci. Le développement de la recherche sous des angles sociaux, médicosociaux et psychosociaux laisse envisager une meilleure orientation des actions de prévention à leur intention. L'intégration sociale des handicapés mentaux et physiques, l'impact de la désocialisation de chômeurs et de travailleurs pauvres, les enjeux de réinsertion des personnes sortant de prison, des SDF et des migrants, le renforcement du tissu social des personnes âgées sont autant d'actions qui nécessitent un suivi régulier pour anticiper au mieux les efforts à mener en termes de prévention. Ces populations partagent certes des difficultés similaires mais sont néanmoins très hétérogènes et ne connaissent pas forcément les mêmes facteurs de risque en santé ni les mêmes besoins prioritaires.

D'avantage sans doute que pour d'autres publics, la prise en compte des contextes et modes de vie semble primordiale pour les populations en décrochage ou en difficulté. La nécessaire simplification des référentiels de prévention, et l'adaptation des « messages » de prévention ne suffiront pas : les enquêtes menées tant en France que dans d'autres pays montrent que la connaissance du risque induit par le tabac ou de la protection qu'entraîne la consommation de fruits et légumes est bien connue dans tous les milieux sociaux. De nombreuses expériences de terrain existent, visant à accroître la capacité des personnes à adopter des comportements de prévention en améliorant l'accessibilité à certains produits ou services où en s'appuyant sur leurs compétences propres, visant à faciliter leur participation à l'élaboration de solutions etc. Ces expériences de terrain pourraient faire l'objet d'une collecte, de travaux de recherche, d'une valorisation et d'échanges plus systématiques au niveau national.

4. Le développement des compétences individuelles

Les compétences individuelles en santé rassemblent à la fois des connaissances, des valeurs et des aptitudes jouant un rôle essentiel pour la santé de l'individu. En font donc partie, les compétences relatives à la manière de se « gérer » soi-même en tant qu'individu bio-psycho-social, et la manière de gérer son environnement social et matériel.

Dans ce cadre, *l'empowerment*, à savoir la capacité psychologique, physiologique et économique de prendre du pouvoir sur soi et sur son environnement, est la valeur qui doit être au cœur de ce levier d'actions et de promotion de la santé. En améliorant différentes compétences comme la confiance en soi (*par exemple par le biais d'une plus grande prise de parole via une association ou d'une plus grande implication dans la vie d'un établissement scolaire ou d'un quartier*), on accroît la capacité d'évaluer pour soi le pour et le contre d'une action et de passer à l'acte une fois la décision prise.

Les années futures seront caractérisées par une évolution de la nature des liens entre les individus, du fait du poids pris par de nouvelles formes de communauté, notamment les communautés virtuelles, et la baisse probable du lien familial et des valeurs traditionnelles, il serait par conséquent intéressant d'encourager les

projets concrets qui amèneront les femmes et les hommes à s'impliquer collectivement dans l'amélioration de la qualité de vie de la population.

Les stratégies sélectionnées pour ce levier de promotion de la santé sont les suivantes :

- mettre l'accent sur le concept de « santé globale » et de bien-être « tout au long de la vie », dans le cadre d'un continuum de prévention.
- développer les compétences psychosociales (dont les compétences pour filtrer et comparer les informations) ;
- assurer la diffusion d'une base commune de connaissances génériques en santé nécessaire à tout individu... ;

En France, culturellement, la vision de la santé reste très biologique et médicale : un état (absence de maladies) plutôt qu'une ressource permettant le bien-être. Or, pour bien comprendre sa construction et agir sur ses déterminants, il convient de déployer d'autres types de compétences au premier rang desquelles, des compétences psychosociales (*qui font notamment appel à l'estime de soi, au sentiment d'auto-efficacité, à la capacité d'adaptation, au faire face, aux relations aux autres etc.*).

Dans cette perspective, il serait utile d'élargir le concept de « santé » au « bien-être » pour fédérer différents secteurs d'intervention⁵¹. A ce titre, l'école est un milieu à privilégier car c'est le seul endroit où l'on a la possibilité de travailler sur un plan universel, sur une classe d'âge et sur les *gradients* des inégalités sociales de santé.

L'institution scolaire peut permettre de développer les compétences psychosociales dans les enseignements (traditionnels ou nouveaux) afin de diminuer les comportements à risque de santé et les comportements violents qui pourraient avoir un impact sur la santé mentale et la réussite de l'insertion des jeunes, etc. Elle peut aussi faciliter l'exercice de ces compétences par les enfants et les jeunes (voir chapitre précédent). L'école et les lieux de formation en général demeurent également des lieux privilégiés pour contrecarrer d'autres messages partiels, incorrects, inadaptés, voire néfastes, diffusés par d'autres vecteurs de communication comme les communautés virtuelles et Internet amenés à s'amplifier dans les décennies futures.

La continuité de ces actions pourrait être assurée en dehors de l'école. Les centres de loisirs, de vacances et sportifs ont également des projets éducatifs susceptibles d'être cohérents avec la primauté du développement des compétences psychosociales chez les jeunes. Ceci pourrait être intégré dans la formation des personnels de centres de loisirs (BAFA), des cantines, des maisons de quartier, des éducateurs sportifs etc.

Pour atteindre rapidement et directement la population, les « messages » de prévention et de promotion de la santé peuvent être diffusés grâce à quatre vecteurs :

- les médias grand public : la télévision, la presse écrite, Internet... ;
- les associations et les membres de la société civile ;

⁵¹ Pour l'heure, c'est principalement le secteur des compléments alimentaires et des alicaments qui semble s'être emparé de cette notion.

- les institutions, qui peuvent, partiellement ou totalement, solliciter les deux autres organes susnommés ;
- les professionnels de santé.

Parmi ces vecteurs, les médias, en raison de leur évolution rapide méritent ici une attention particulière.

Les médias et les nouvelles technologies de la communication tiennent une place majeure dans la diffusion de l'information de la société moderne. Appréhender de nouveaux outils, développer de nouveaux supports informatiques, coordonner des acteurs multiples permettront d'assurer une diffusion rapide et large. Ces initiatives s'avéreront nécessaires pour la mise en place de politiques publiques efficaces.

Les médias ont une place de plus en plus importante dans notre vie quotidienne : les français passent plus de 25 heures par semaine devant leur télévision et 13 heures devant leur ordinateur à surfer sur Internet⁵², ce qui en fait les plus grands consommateurs européens. Ajouté à cela la hausse fulgurante des taux d'équipement Haut Débit, la grande majorité de la population française ayant désormais accès massivement aux sources d'information multimédias.

A ce titre, télévision, Internet et presse permettent de diffuser dans un temps record des informations au plus grand nombre, avec un panel de grilles de programmation et de canaux démultipliés. Ces informations constituent parfois de la « désinformation », contre laquelle il conviendra d'apprendre à en apprécier la qualité et la fiabilité (comparer et filtrer).

Mais il s'agit aussi d'un outil qu'on pourra utiliser au profit d'une amélioration des déterminants de la santé. Ainsi, les médias et les différents systèmes d'information auront un rôle prépondérant dans la prévention de la santé, aussi bien pour donner des connaissances génériques en santé aux individus, que pour mesurer les déterminants de santé, développer la démocratie sanitaire et mieux articuler les politiques de prévention à l'échelle nationale.

Chez les enfants, les médias et nouvelles technologies de l'information et de la communication, largement développés, sont les moyens de donner des connaissances de santé, en complément de l'école. Ainsi, sont à privilégier des contenus à la fois ludiques et pédagogiques. Les « serious games » sont par exemple des applications qui peuvent remplir ce rôle : ce sont des logiciels informatiques qui combinent une intention sérieuse, pédagogique, informative et communicationnelle avec des ressorts ludiques issus du jeu vidéo. Ces applications ont été démocratisées particulièrement à partir de 2006 via des jeux type *Technocity*.

Développés dans le domaine de la santé, ils peuvent toucher plus facilement les enfants et préadolescents, qui plus est avec la tendance récente à un retour à des jeux simples et fonctionnels, amusants, qui peuvent souvent être directement téléchargés en animation type « flash » sur les sites Web. Ces jeux pourraient également être étendus à d'autres tranches d'âge, poussés par l'initiative de *Pulse*, ce premier *serious game* de simulation 3D professionnelle dans le domaine de la

⁵² Source : ARCEP et Médiamétrie.

santé, destiné aux professionnels et qui vise à l'apprentissage des techniques médicales complexes.

Les médias, par leur impact puissant et direct sur la population, ont le pouvoir de créer des prises de consciences salutaires mais également des effets de paniques incontrôlables. Aussi, la bonne gestion de l'outil médiatique, la clarté et la cohérence des informations transmises, la position consensuelle entre l'ensemble des acteurs concernés sont garants d'une information lisible pour le public et donc, généralement, d'un message rassurant et plus efficace⁵³. Afin d'éviter les emballements médiatiques, la diffusion de l'information doit être mise en œuvre de façon indépendante, accessible et hiérarchisée. Pour ce faire, elle doit être placée sous l'égide d'acteurs regroupés pouvant communiquer régulièrement entre eux. Dans ce contexte, l'INPES doit être l'opérateur dans l'ensemble des campagnes ministérielles mais également être un relais puissant dans le domaine de la communication auprès d'acteurs de la santé comme les ARS et la CNAMTS.

⁵³ Un débat de fond sur l'utilisation des neurosciences dans les campagnes de communication du secteur public devrait être mis à l'agenda.

Quelques propositions de pistes de travail pour l'INPES

I) Définir ses orientations et ses programmes selon des critères reflétant mieux le concept de santé globale et l'intersectorialité des déterminants de santé :

- la mobilisation sociale a émergé de cette étude comme levier d'action essentiel des années à venir. Il serait dans cet optique intéressant de développer une approche, rappelant le marketing social, centrée sur les perceptions et les besoins des populations dans la définition et la mise en œuvre des actions de l'INPES. Ces informations recueillies régulièrement viendraient compléter les données épidémiologiques traditionnelles dans la priorisation de ses orientations pluriannuelles. La prise en compte de la santé globale des individus en serait renforcée ;
- organisés majoritairement par thématique, les programmes de l'INPES développent aujourd'hui une approche souvent fondée sur les risques épidémiologiques suivant en cela un modèle relativement biomédical de la santé. Cette approche se justifie par le faible pouvoir d'action de l'Institut sur les autres déterminants. Quels que soient les scénarios, une meilleure connaissance des déterminants de santé individuels et environnementaux est préconisée. Pour les déterminants individuels : stratégies individuelles face à des risques ou des plaisirs, connaissances sur les transferts ou choix de risque, étude des motivations, prise en compte de la santé mentale dans les comportements à risque (gestion du stress, image corporelle, etc.) ; pour les déterminants environnementaux : développer la recherche sur la modélisation macro et microsanitaire des déterminants de santé, leurs impacts respectifs (quel est le poids *statistique* du facteur « chômage » dans la prévalence tabagique par rapport à d'autres déterminants ?, quelles élasticités-prix des produits favorables ou défavorables à la santé globale, etc.) ;
- l'étude fait également ressortir l'influence considérable des milieux de vie sur la santé (communes, écoles, entreprises...) ainsi que les leviers qui sont disponibles au sein de ces milieux pour la promouvoir. L'INPES a déjà engagé des relations avec les représentants de ces différents milieux. Il serait utile dans les années qui viennent de faire fructifier ces relations pour développer, structurer et animer un réseau national capable d'accompagner et de valoriser les pratiques de promotion de la santé dans ces différents milieux. Un tel réseau pourrait prendre appui, notamment, sur les pôles régionaux de compétence en promotion de la santé.

II) Prendre en compte les évolutions du cadre d'intervention prévues d'ici 20 ans :

- le vieillissement de la population : en 2030 les plus de 60 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans selon le scénario central 2030 de l'INSEE (*prévention de la dépendance, maladies chroniques, vieillir en bonne santé*) ;
- même si l'on peut gager qu'en 2030 les actions de prévention et de promotion de la santé concerneront toujours les habitudes de vie (tabac, alcool, nutrition...), l'enjeu, au niveau des comportements individuels de santé, sera moins de délivrer des messages idoines de prévention sur les risques, les repères ou les méthodes d'arrêt dans le cas du tabagisme par

exemple, que de développer les compétences psychosociales aux âges de la vie (enfants, adultes, parents). En particulier, ce rapport souligne le besoin croissant qu'il y aura de savoir filtrer, comparer les informations qui seront diffusées par de multiples émetteurs et supports. L'INPES pourrait devenir dans cette optique un centre national de référence sur les bonnes pratiques en la matière ;

- quels que soient les scénarios, les besoins d'intervention et de couverture des populations marginalisées doivent devenir prioritaires dès aujourd'hui. D'une part pour rattraper le déficit actuel, et d'autre part pour éviter l'augmentation des inégalités prévue d'ici 2030 dans deux des trois scénarios ;
- lors des séminaires, aucun argument n'a été avancé pour exclure le risque d'accroissement des contraintes de fonctionnement liées aux traitements des urgences. L'INPES doit se pencher sur une méthode de fonctionnement qui ne pénalise pas ses interventions sur les problèmes de santé publique pérennes, même si l'Institut doit toujours être en capacité de répondre aux urgences sanitaires ou de saisine.

III) Agir sur les déterminants environnementaux en travaillant avec les décideurs et faiseurs d'environnement :

- en lien avec les acteurs et les institutions compétentes, proposer des mesures législatives incitatives au niveau national et européen ainsi que des arguments probants pour favoriser la responsabilisation et l'engagement des créateurs d'environnements (entreprises, administrations, collectivités territoriales,...). L'étude en évoque quelques-unes pour les entreprises : système de bonus/malus, prix entreprise santé, niches sociales conditionnées à des bonnes pratiques, class actions, etc. ;
- rechercher l'efficience doit être un souci permanent. Cependant il est possible d'anticiper qu'elle ne suffira pas à répondre aux besoins croissants de prévention tels que décrits dans les trois scénarios à l'horizon 2030. Il conviendrait alors de se pencher sur les solutions pour dégager et accueillir de nouvelles ressources financières et humaines (voir à ce titre les expériences sur la fiscalité nutrition et jeux) ainsi que de développer des partenariats stratégiques.

Les contributeurs

Coordonneurs de l'étude

Philippe Guilbert (INPES)
René Demeulemeester (INPES)
Arnaud Fouchard (INPES/HCSP)

Comité de pilotage

Bernard Basset (INPES)
Jocelyne Boudot (INPES)
Gérard Bréart (INSERM)
Jean-Claude Desenclos (InVS)
Antoine Flahault (EHESP)
Alain Fontaine (DGS)
Lucie Gonzales (DREES)
Bertrand Garros (INPES)

Thanh Le-Luong (INPES)
Dominique Polton (CNAMTS)
Renée Pomarède (HCSP)
Catherine Rumeau-Pichon (HAS)
Roger Salamon (HCSP)
Christian Saout (CNS/CISS)
Jean-François Toussaint (HCSP)

BIPE

Sous la direction d'Elisabeth Waelbroeck-Rocha

Antoine Ferrier Battner
Grégoire Mialet
Caroline Mirgon

Julien Salles
Nathalie Sénécal
Raphaël Soullignac

GERPA (*sous traitant*)

Pierre Chapuy

Phase 1 : état des lieux

- Gérard Badeyan, Chargé de mission au Secrétariat du Haut conseil de la santé publique (HCSP).
- Thomas Barnay, Maître de conférences en sciences économiques, Université Paris Est Créteil.
- Bernard Basset, Directeur général adjoint de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).
- François Baudier, Directeur de l'Union régionale des caisses de l'assurance maladie (URCAM Franche-Comté).
- François Beck, Chef du Département observation et analyses des comportements de santé (INPES).
- Pierre-Henri Bréchat, Chercheur et membre du comité de direction du centre d'analyse des politiques publiques de santé (CAPPS) de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et de la chaire santé Sciences-Po, Professeur associé de l'EHESP.
- Serge Briançon, Directeur de l'école de santé publique de Nancy.
- Jacques Alain Bury, Consultant en santé publique.
- Etienne Caniard, Président de la Commission qualité et diffusion de l'information médicale de la Haute Autorité de santé (HAS).

- Christine César, Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé (INPES).
- Basile Chaix, Chercheur UMR S 707 « Epidémiologie, Systèmes d'information, Modélisation ».
- Laetitia Chareyre, Chef du Département Téléphonie santé (INPES).
- Geneviève Cresson, Sociologue au Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques (CLERCE).
- Corinne Delamaire, Coordinatrice du programme nutrition (INPES).
- Gérard Dine, Professeur à l'institut de biotechnologie de Troyes et à l'école centrale Paris.
- Annick Fayard, Directrice de la Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique (INPES).
- Jérôme Foucaud, Chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé (INPES).
- Cécile Fournier, Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé (INPES).
- Arnaud Gautier, Chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé (INPES).

- Delphine Girard, Coordinatrice du programme santé environnement et accident de la vie courante (INPES).
- Jean-François Guet, Directeur de l'urbanisme et l'habitat au Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (CERTU).
- Romain Guignard, Chargé d'études et de recherche (INPES).
- Juliette Guillemont, Coordinatrice du programme alcool (INPES).
- Emmanuelle Hamel, Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé (INPES).
- Nathalie Houzelle, Chargée de mission en éducation pour la santé (INPES).
- Michel Joubert, Professeur au Département de sociologie (Université Paris 8).
- Eric Jouglu, Directeur de l'unité INSERM CépIdc.
- Beatrice Lamboy, Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé (INPES).
- Marie-Claude Lamarre, Directeur Exécutif de l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES).
- Emmanuelle Le Lay, Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé (INPES).
- Véronique Mallet, Chef du bureau Programmation, synthèse et évaluation à la direction générale de la santé (DGS).
- Colette Ménard, Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé (INPES).
- Marie-Josée Moquet, Chef du Département qualité des pratiques et formation (INPES).
- Viet N'Guyen Thanh, Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé (INPES).
- Olivier Oullier, Maître de conférences en neurophysiologie à l'université de Provence-CNRS et chercheur au "Human Brain and Behavior Laboratory" du "Center for Complex Systems and Brain Sciences" (Florida Atlantic University).
- Patrick Peretti-Watel, Sociologue, Chercheur à l'unité INSERM 912.
- Olivia Renard, Chargée de projets en éducation pour la santé à l'Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF).
- Emmanuel Ricard, Délégué général de la Société française de santé publique (SFSP).
- Jean-Marie-Robine, Directeur du laboratoire démographie et santé de l'INSERM.
- Enguerrand du Roscoät, chargé d'études et de recherche (INPES).
- Valérie Seror, Economiste à l'unité INSERM 912.
- Audrey Sitbon, Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé (INPES).
- Olivier Smadja, Chargé de mission en téléphonie santé (INPES).
- Maurice Tubiana, Professeur émérite, Académie des sciences.
- Danièle Vanberkel, Directrice de l'Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF).
- Marcos Weil, Directeur d'Urbaplan, Genève (SUISSE).

Phase 2 : construction des scénarios (séminaire 15 avril 2010)

Pierre Arwidson*⁵⁴ (INPES)
 Gérard Badeyan (DGS/HCSP)
 Thomas Barnay#⁵⁵ (Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne)
 Bernard Basset# (INPES)
 François Beck (INPES)
 Dominique Berger (IUFM Lyon 1)
 Pierre-Henri Brechat (CHU Lariboisière)
 Serge Briancon (Ecole de santé publique de Nancy)
 Emmanuelle Cambois (INED)
 Christine César (INPES)
 Pierre Chapuy (GERPA)
 Jean-François Collin (Ecole de santé publique de Nancy, SFSP)

Corinne Delamaire (INPES)
 René Demeulemeester* (INPES)
 Jean-Claude Desenclos (InVS)
 Gérard Dine (Institut de Biotechnologie de Troyes)
 Laurent El Ghazi (ESPT)
 Karima El Hani (BIPE)
 Annick Fayard (INPES)
 Antoine Ferrier-Battner (BIPE)
 Arnaud Fouchard (INPES)
 Cécile Fournier (INPES)
 Annick Gardies* (INPES)
 Bertrand Garros (INPES)
 Armelle George-Guiton (SFSE)
 Sara-Lou Gerber (CAS)
 Delphine Girard (INPES)
 Jean Godard (Medsyn)
 Alain Fontaine (DGS)

⁵⁴ * = rapporteur d'un des ateliers

⁵⁵ # = intervenant en session plénière sur la présentation des scénarios initiaux.

Jean-François Guet (CERTU)
 Romain Guignard (INPES)
 Philippe Guilbert* (INPES)
 Juliette Guillemont (INPES)
 Virginie Halley-des-Fontaines (HCSP)
 Emmanuelle Hamel (INPES)
 Jean-Baptiste Herbet (INCA)
 Nathalie Houzelle (INPES)
 Marie Jauffret-Roustide (InVS)
 Michel Joubert (Université Paris VIII)
 Eric Jouglu (Inserm)
 Alain Jourdain (EHESP)
 Marie-Claude Lamarre (UIPES)
 Thierry Lang (CICT)
 Emmanuelle Le-Lay (INPES)
 Thanh Le-Luong (INPES)
 Jean Lesne (AFSSET)
 Valérie Levy-Jurin (Ville santé OMS)
 Sophien Lourimi (BIPE)
 Annie-Claude Marchand (CHU Reims)

Claire Meheust (INPES)
 Colette Ménard (INPES)
 Caroline Mirgon (BIPE)
 Marie-Josée Moquet (INPES)
 Viet Nguyen-Thanh (INPES)
 Lucile Olier (DRESS)
 Gérard Rabinovitch (CNRS)
 Catherine Rumeau-Pichon (HAS)
 Julien Salles (BIPE)
 Jean-Louis San Marco (FNES)
 Christian Saout (CISS)
 Nathalie Sénécal (BIPE)
 Valérie Séror (INSERM)
 Raphaël Soullignac (BIPE)
 Jean-François Toussaint# (HCSP)
 Alain Trugeon (FNORS)
 Danièle Vanberkel (ISTNF)
 Isabelle Vincent (INPES)
 Jean-Philippe Viquant (HCAAM)
 Marcos Weil (Urbaplan)

Phase 3 : leviers d'action prioritaires (séminaire 1^{er} juin 2010)

Pierre Arwidson (INPES)
 Pierre Bachelot*⁵⁶ (INPES)
 Gérard Badeyan (DGS/HCSP)
 Thomas Barnay (Université Paris-Est Créteil)
 Bernard Basset (INPES)
 François Beck (INPES)
 Dominique Berger (IUFM de Lyon 1)
 François Bourdillon (SFSP)
 Pierre-Henri Bréchat (CHU Lariboisière)
 Serge Briançon (Ecole de santé publique de Nancy)
 Christine César (INPES)
 Pierre Chapuy (GERPA)
 Laetitia Chareyre (INPES)
 Jean-François Collin (Ecole de santé publique de Nancy, SFSP)
 Jennifer Davies (INPES)
 René Demeulemeester (INPES)
 Jean-Claude Desenclos* (InVS)
 Gérard Dine (Institut de Biotechnologie de Troyes)
 Enguerrand Du Roscoät (INPES)
 Karima El Hani (BIPE)
 Laurent El Ghazi (ESPT)
 Annick Fayard (INPES)
 Alain Fontaine (DGS)
 Jérôme Foucaud (INPES)
 Arnaud Fouchard (INPES)
 Cécile Fournier (INPES)
 Annick Gardies (INPES)
 Laurent Gadot (BIPE)
 Delphine Girard (INPES)
 Jean Godard (Medsyn)

Jean-François Guet (CERTU)
 Philippe Guilbert (INPES)
 Juliette Guillemont (INPES)
 Virginie Halley-des-Fontaines (HCSP)
 Emmanuelle Hamel (INPES)
 Nathalie Houzelle (INPES)
 Marie Jauffret-Roustide (InVS)
 Eric Jouglu (INSERM Cépidc)
 Alain Jourdain* (EHESP)
 Thierry Lang (CICT)
 Odile Launay (APHP - CIC VCP)
 Catherine Lefur (ISTNF)
 Thanh Le-Luong (INPES)
 Jean Lesne (Afsset)
 Sophie Lourimi (BIPE)
 Annie-Claude Marchand* (ARS Champagne-Ardenne)
 Claire Méheust (INPES)
 Colette Ménard (INPES)
 Grégoire Miallet (BIPE)
 Caroline Mirgon (BIPE)
 Régine Monti (GERPA)
 Marie-Josée Moquet (INPES)
 Viet Nguyen-Thanh (INPES)
 Fred Paccaud (IUMSP - Lausanne)
 Jean-Marie Robine (INSERM)
 Elisabeth Rocha#⁵⁷ (BIPE)
 Catherine Rumeau-Pichon (HAS)
 Roger Salamon (HCSP)
 Julien Salles (BIPE)
 Valérie Séror (INSERM)
 Raphaël Soullignac (BIPE)

⁵⁶ * = rapporteur d'un des ateliers.

⁵⁷ # = intervenante en session plénière sur la présentation des leviers d'actions.

Jean-François Toussaint (HCSP)
Alain Trugeon (FNORS)
Isabelle Vincent (INPES)
Jean-Philippe Viquant (HCAAM)
Marcos Weil (Urbaplan)

Organisation des deux séminaires

Catherine Guillon (INPES)