



**accenture**

*High performance. Delivered.*



## EIH Foundation study

Tendances et ruptures dans le domaine de la santé en Europe  
à l'horizon 2030 – synthèse

Mai 2010

## Sommaire

1. « Vieillir jeune » deviendra une priorité et un objectif que partageront les citoyens européens.....	4
2. Le « risque santé » sera de plus en plus un risque individualisé.....	6
3. Les patients seront au cœur d'un écosystème élargi à des nouveaux acteurs.....	9
4. L'hôpital sera recentré sur les soins grâce à une diffusion massive des nouvelles technologies.....	14
5. La santé sera un vecteur de croissance pour l'économie européenne.....	17

## Introduction

Le thème de la santé occupe l'esprit de tous les citoyens européens, dans un débat qui reste encore très centré sur le médicament et l'hospitalisation, sur la prise en charge et ses enjeux financiers. Or, nous voyons déjà émerger aujourd'hui les faits majeurs qui marqueront les vingt prochaines années : l'élargissement considérable du champ de la santé, vers une « santé globale » avec l'entrée sur scène des problématiques de nutrition, de la cosmétologie, la montée en puissance de la prévention et l'apport des nouvelles technologies. Ces évolutions seront précédées de nouveaux apports scientifiques et s'accompagneront de nouveaux acteurs institutionnels et économiques. L'horizon 2030 marquera une véritable « nouvelle donne » de la santé. L'objet de cette étude est d'en décrire les principales composantes.

La présente étude est la première étude conduite par EIH. Elle constitue un point de départ du programme de travaux de l'EIH sur l'année 2009. A ce titre elle prétend structurer et orienter un débat, non pas établir une vision définitive et indiscutable de ce que sera la santé dans l'Europe de 2030.

Cette note de synthèse repose principalement sur la revue d'un nombre significatif d'études publiées en Europe sur la santé et sur les facteurs d'environnement tels que la démographie, l'économie, la sociologie ou encore l'évolution technologique touchant directement ou indirectement la santé. La très grande majorité des études met en lumière des tendances fondées sur un passé récent et en déduit des projections à moyen terme. Rares sont celles qui raisonnent à un horizon de 20 ans. La projection des tendances de santé à cet horizon nécessite donc de compléter ces études par des essais à visée davantage prospective et de prendre des risques. Cette synthèse résume les problématiques qui nous semblent être déterminantes pour rendre compte de l'évolution de la santé dans les pays européens à l'horizon 2030.

Quelques principes structurent l'approche qui a été retenue pour cette étude.

La santé est appréhendée comme un écosystème complexe et multi dimensionnel qui requiert une approche globale de la vie des citoyens européens prenant en compte la famille, la région, le pays, l'Europe, les modes de vie, les risques, etc.

La plupart des facteurs qui influencent les tendances à long terme sont interconnectés et exigent donc une approche systémique.

En matière de prospective, et sur une période de 20 ans, des signaux faibles et des tendances peuvent être utilisés comme vecteurs de la réflexion, porteurs d'accélération pour certains, de ruptures pour d'autres, sans lendemain pour d'autres encore. Classer ces tendances constitue le risque de la prospective et doit permettre d'alimenter les débats.

L'autre risque est celui de la détermination du moment où l'impact de telle ou telle évolution se fera réellement sentir ? Quelques exemples. Le changement climatique peut entraîner des changements majeurs en matière de santé publique mais probablement pas à l'horizon 2030. L'évolution technologique joue un rôle essentiel dans l'évolution de nos sociétés et tout particulièrement sur notre santé : par exemple, la vitesse à laquelle les thérapies géniques se développeront sera clé. Leur impact se fera-t-il sentir vers 2015 ou vers 2030 ? Compte tenu

de la multiplicité des facteurs à l'œuvre et donc du niveau d'incertitude, l'étude ne prend pas position sur les dates clé qui pourraient marquer les tendances de santé à l'horizon de l'étude.

Identifier les tendances à long terme nécessite « d'organiser » la complexité en quelques thèmes clairs et simples sur lesquels les décideurs publics devront concentrer leur action.

Cinq tendances ou évolutions majeures qui devraient changer en profondeur l'écosystème de la santé dans les prochaines années ont ainsi été dégagées :

1. « Vieillir jeune » deviendra une priorité et un objectif que partageront les Européens.
2. Le « risque santé » sera de plus en plus un risque individualisé.
3. Les patients seront au cœur d'un écosystème élargi à de nouveaux acteurs.
4. L'hôpital sera recentré sur les soins grâce à une diffusion massive des nouvelles technologies.
5. La santé sera un vecteur de croissance pour l'économie européenne.

**1. « Vieillir jeune » deviendra une priorité et un objectif que partageront les citoyens européens.**

Vivre en bonne santé est de manière évidente une priorité des Européens. Mais vivre en bonne santé ou « vieillir jeune » jusqu'à quel âge ? L'espérance de vie de certains Européens pourrait atteindre 120 ans en 2030 selon certains scientifiques et chercheurs. De fait, les séries statistiques longues montrent que l'espérance de vie a continué de croître régulièrement en Europe au cours des dernières décennies et rien ne laisse à penser que le mouvement peut se ralentir ou s'inverser dans les prochaines années. Ainsi, l'espérance de vie des nouveaux pays entrant dans l'Union Européenne a toujours rattrapé celle des pays déjà intégrés dans l'Union.

- *Dans une Europe vieillissante, conserver en bonne santé la fraction la plus âgée de la population active constituera une problématique majeure pour les décideurs européens*

La composition de la population Européenne en 2030 sera donc très certainement différente de sa composition actuelle. L'allongement de la durée de vie, et l'accroissement de la part du 3<sup>e</sup> âge, voire du 4<sup>e</sup> âge, entraîneront des changements majeurs, notamment en termes de travail et de santé.

Sauf à recourir à une politique d'immigration massive, la population active devrait rester quasiment stable d'ici 10-15 ans. Cela signifie évidemment que, à taux d'activité par âge inchangé, la charge que les inactifs âgés feront peser sur les actifs va croître très fortement. Les plus de 65 ans représentaient ainsi un quart de la population des 15-64 ans en 2005, mais cette proportion passerait à 35% en 2025, 45% en 2035, et près de 50% en 2045, soit un inactif pour deux actifs, si la quasi-totalité des plus de 65 ans ne travaillait pas. Un relèvement du taux d'activité des plus de 55 ans, voire des plus de 65 ans sera donc inévitable, et exigera que les personnes de ces générations soient en assez bonne santé pour travailler plus

longtemps qu'aujourd'hui et « rester jeune » en termes de modes de vie le plus longtemps possible.

- *Les dépenses liées à la santé deviendront une composante importante du budget des ménages et couvriront un spectre large incluant la nutrition, certaines activités de stimulation mentales et physiques et les produits “cosméceutiques”*

Dans ce contexte, la consommation « santé » continuera donc d'augmenter régulièrement. La santé deviendrait ainsi l'un des premiers postes de consommation des européens.

De plus en plus les Européens décident eux-mêmes de leur consommation de produits bénéfiques pour la santé. La liberté de choix des consommateurs tendra à s'imposer dans un domaine encore, à ce jour, largement influencé par les prescripteurs professionnels de santé. Les Européens dépensent en effet déjà de plus en plus pour de « l'auto médication » – au sens large c'est-à-dire en incluant les vitamines et les compléments alimentaires. Ils se déclarent prêts à modifier leurs modes de vie pour rester en bonne santé, quitte à multiplier les analyses préventives, à faire davantage de sport et à soigner leur régime alimentaire.

Les aliments fonctionnels prennent une place croissante dans l'alimentation des Européens et cette tendance ne devrait pas s'inverser malgré la hausse récente et brutale du coût de l'alimentation, comme en témoigne le succès des boissons probiotiques. A cet égard, il est intéressant de constater que les régimes alimentaires du nord de l'Europe et du sud de l'Europe ont tendance à converger.

Pour vieillir jeune nous avons besoin de nous y prendre tôt et de nous préparer tout au long de notre vie. Nous avons également besoin d'exploiter de nouvelles synergies d'offres combinant les offres pharmaceutiques et autres offres à vocation thérapeutiques avec des offres issues de l'agro-alimentaire (« nutraceutique ») et de la cosmétique (« cosméceutique »). Hier distincts, les acteurs de ces industries sont aujourd'hui ponctuellement connectés, ils seront demain très probablement articulés voire partiellement intégrés. La santé n'est pas que physique, la santé est également mentale et intellectuelle. Ici l'industrie informatique et celles des medias joueront un rôle beaucoup plus important. Les prémisses s'en font déjà sentir aujourd'hui avec des offres d'équipements électroniques ludiques permettant de pratiquer des exercices physiques et intellectuels. Dès lors que les pathologies dégénératives disputent le devant de la scène aux traditionnelles maladies cardio-vasculaires, les offres de stimulation sociale et intellectuelle entrent dans le périmètre de la santé.

La nutrition, l'activité physique, la résistance au stress, le réseau et l'activité sociale sont reconnus comme des éléments essentiels de l'espérance de vie. La biologie génétique et moléculaire nous permettra de mieux comprendre l'influence de ces éléments et leur interaction. Grâce à une meilleure compréhension du processus de vieillissement et à une approche plus scientifique et « systémique » des conditions de maintien en bonne santé, des principes et des prescriptions précises pourront être dispensées au travers de multiples canaux (en particulier par l'intermédiaire de conseillers santé). L'industrie agro-alimentaire bénéficiera de ces progrès : l'éventail d'opportunités d'innovation produits sera considérablement élargie.

La prévention et l'hygiène de vie constituent le volet « soft » de la réponse à la question : comment vieillir jeune. L'autre volet travaille sur la mécanique intime du processus de vieillissement pour accroître notre longévité. Il fait aussi appel à de nouvelles synergies entre

les nanotechnologies, la biologie, l'informatique et les sciences cognitives (les « NBIC ») par exemple pour implanter des dispositifs miniaturisés permettant de diagnostiquer, de prévenir et de traiter à l'insu de la personne « porteuse ».

- *Le désir croissant de maintenir son “capital santé” coexistera cependant avec des comportements à risque*

Au total, des consommateurs mieux informés sur leur santé, prêts à dépenser plus pour se maintenir en forme et « rester jeune » en vieillissant devraient profondément bouleverser le paysage de la santé en Europe. Ces tendances sont déjà au travail aujourd'hui dans nos sociétés. Il en est d'autres, contraires, qui se manifestent également : le développement de l'obésité liée au sédentarisme et à un régime alimentaire trop riche. 3 millions d'écoliers sont classés comme obèses en Europe, un chiffre qui augmente tous les ans de 85 000 cas. On estime que plus du tiers des Européens qui souffrent de maladies de longue durée sont des personnes en surpoids. Comment vont se combiner ces tendances dans les vingt ans à venir ? Les facteurs sont multiples et leur poids relatif jouera un rôle important. Si la tendance lourde est à l'hygiène alimentaire et à l'exercice physique, de façon homogène dans les différents pays d'Europe, si les préoccupations de développement durable s'imposent, si le renchérissement de la viande bovine notamment pousse à consommer davantage de protéines végétales, elles-mêmes plus accessibles, alors la spirale sera vertueuse et le développement de l'obésité pourrait être considéré comme un « accident » conjoncturel en Europe comme aux Etats-Unis.

Déjà certaines entreprises américaines incitent leurs employés à prendre soin de leur santé dans le cadre de dispositifs d'incitation. Plus ou moins directifs, ces dispositifs peuvent prendre la forme de programmes de remise en forme (régime alimentaire, exercice physique), d'un bonus sur le salaire pour les employés réalisant un bilan de santé régulier, d'un malus voire d'un licenciement pour les employés sujets à l'obésité et à l'hypertension s'ils ne suivent pas un programme de traitement avec le support d'un « conseiller »<sup>1</sup>.

Un autre scénario pourrait voir une différenciation des habitudes selon le niveau socio-économique et une inégalité en matière de gestion du capital santé. Quelque soit le degré d'inégalité dans ce second scénario, il restera que les moyens financiers restreindront toujours l'accès à une l'offre technologique de plus en plus large permettant d'améliorer la longévité et de « vieillir jeune ».

## **2. Le « risque santé » sera de plus en plus un risque individualisé**

Risque, incertitude, responsabilité et assurance sont au cœur des problématiques de la santé dans les économies développées. Sur ces notions clés se polarisent les grandes questions sociologiques et économiques qui alimentent les débats et les politiques en matière de santé : quels efforts allouer à la prévention et à l'assurance, quels arbitrages entre la prévention et le traitement, entre l'assurance collective et l'assurance individuelle ?

---

<sup>1</sup> Selon un sondage du National Business Group on Health, 46 % des grandes entreprises américaines offrent des incitations financières à leurs employés pour qu'ils améliorent leur santé.

Si le risque santé est inhérent à la condition humaine, la gestion de ce risque est en revanche une notion relativement moderne. Avec une espérance de vie courte, une médecine peu développée ne permettant ni de prévenir les épidémies ravageuses ni de les soigner efficacement, le prix que la société reconnaît à l'intégrité physique ou à la vie d'une personne est faible. Avec les progrès de la science et de la médecine, l'allongement de la durée de vie, le développement de la démocratie, la raréfaction des conflits coûteux en vies humaines, la sensibilité au risque santé s'est développée. La prévention et l'assurance se sont développées avec une répartition claire des rôles entre les éducateurs (famille, école), les experts (le corps médical), les organismes de gestion de la protection sociale. L'individualisme et la montée en puissance de la médecine scientifique ont considérablement augmenté le prix accordé à la vie et en conséquence la justification de l'emploi de tous les moyens thérapeutiques pour soigner les personnes.

Alimenté par des « cotisants », le système de l'assurance maladie et plus largement la protection sociale constituent une « intermédiation » entre le consommateur de soins et le payeur (c'est-à-dire l'organisme qui règle, celui qui paye restant in fine le cotisant). Cet intermédiaire a plus ou moins désresponsabilisé le cotisant dans la mesure où la réalité des enjeux économiques de la santé reste abstraite pour le plus grand nombre d'entre nous. Avec le gonflement du montant des dépenses de santé et surtout le déficit du régime d'assurance maladie dans la plupart des pays européens, le débat de la responsabilité des dépenses s'est imposé sur la place publique.

Dans un premier temps le débat s'est porté sur la limitation des dépenses de santé, question sur laquelle la puissance publique est légitime dans son périmètre de responsabilité. Les questions sur lesquelles la puissance publique n'est pas légitime et que les instances politiques répugnent à poser constituent l'autre volet de la même question : dans la mesure où les dépenses de santé sont amenées tendanciellement à augmenter, dans la mesure où elles constituent des dépenses fondées (hors gaspillages ou mauvais emplois pour une fraction minimale), quelle part de ses propres investissements chaque citoyen doit être prêt à allouer à sa santé ? Quels risques santé doivent redevenir son affaire ? Comment notre « écosystème » va-t-il gérer ce risque... et cette opportunité de contribution à notre croissance économique. ?

Des signaux plus ou moins faibles montrent des tendances possibles sur les trois principaux leviers du risque santé : la prévention du risque, la connaissance du risque, la gestion du risque

➤ *La prévention du risque*

La santé devient l'affaire de tous : elle n'est plus réservée aux experts - le corps médical – elle n'est plus réservée aux gestionnaires – les payeurs. En tant qu'acteurs de notre santé, la prévention nous incombe pour une large part.

Si la tendance prédominante voit les Européens porter de plus en plus d'attention à leur santé, alors ils seront conduits à davantage assumer la responsabilité de leurs dépenses en la matière, à se prémunir contre le risque et donc à investir dans la prévention. Aujourd'hui, beaucoup de foyers consacrent une part non négligeable de leur budget à leur équipement et abonnement informatiques et de télécommunication. Rien n'interdit de penser que la banalisation de ces équipements et services réduise considérablement la part de notre budget que nous leur allouons et cède la place à notre budget santé. Les tendances « sociologiques » et les habitudes que nous valorisons ont le plus souvent une traduction économique.

Tous les acteurs économiques qui peuvent apporter des éléments de réponse développent des stratégies et des offres dans une dynamique qui devrait s'amplifier dans les prochaines années : qu'il s'agisse des entreprises agro-alimentaires à travers leurs produits, leur communication et leur stratégie de diversification et d'acquisition, des nouveaux métiers dont le métier de coaching en fort développement. L'alliance public-privé avec une présence de plus en forte du privé devrait « animer » la prévention du risque : la campagne anti-tabac est publique, la communication sur la prévention du cholestérol et les bienfaits des omega 3 par tel groupe agro-alimentaire est privée, les campagnes des assureurs sur la « subvention » des assurés justifiant des bons comportements de prévention sont privées.

Quelques mécanismes se mettant en place dans d'autres secteurs de la santé montrent la voie. Certains assureurs par exemple commencent à mettre en place des dispositifs permettant de diminuer le montant des primes pour les conducteurs ayant un abonnement à des transports en commun ou ne conduisant pas la nuit (avec enregistreur de données dans le véhicule permettant un contrôle). Rien n'empêche d'imaginer des dispositifs ajustant à échéance très rapprochée le montant des primes en fonction des comportements (bonus en temps réel équivalent au principe de « miles » accumulés lors de nos achats). D'une certaine façon le « yield management<sup>2</sup> » correspond également à la même tendance de responsabiliser le consommateur sur ces choix (en l'occurrence sur ses anticipations).

Dès lors que la collectivité supporte une partie des coûts de traitement, la prévention du risque n'est pas uniquement une question individuelle : par exemple faut-il faire un dépistage systématique du cancer du sein si le « business case » financier est négatif c'est-à-dire si cela coûte moins cher de soigner quelques cancers ? Aujourd'hui les arbitrages entre traitement et prévention sont peu abordés pour des raisons politiques ou éthiques. Les débats en la matière devraient caractériser les 10 prochaines années.

### ➤ *La connaissance du risque*

Le risque est une menace, une incertitude et une probabilité. Agir sur l'un des termes revient à réduire le risque. Si la menace n'en est plus une, le risque n'en est plus un. Par exemple : en 2020 un patient est identifié dès 40 ans comme un sujet à risque cardio-vasculaire élevé, un dispositif capable de détecter l'imminence d'un accident cardio-vasculaire et le traitant en temps réel est implanté. La technologie supprime la menace. On peut attendre des technologies de diagnostic et d'épidémiologie qu'elles jouent un rôle important pour améliorer la connaissance du risque, en produisant des informations non disponibles aujourd'hui grâce à des techniques d'analyse plus élaborées soit grâce à des systèmes « embarqués », implantés ou non.

L'enjeu est important en matière de prévention, il est tout aussi important pour évaluer le risque au plus juste et par conséquent le coût du risque à imputer à la personne. Le problème récurrent ici est l'asymétrie d'information : je peux disposer d'informations sur mon état et mes risques de santé dont ne dispose mon assureur. Si ces informations sont préjudiciables pour mon profil et donc le coût de ma couverture, j'ai intérêt à ne pas donner cette information. Aujourd'hui ces informations, produites par des examens et des questionnaires, sont ponctuelles et partielles. Demain les technologies devraient permettre à l'assureur de cerner beaucoup mieux la réalité du risque santé attaché à chaque assuré.

---

2 Tarification dynamique en fonction de l'offre et de la demande

Au-delà de la connaissance du risque et de l'asymétrie d'information qui influencent les termes de la relation entre l'assureur et l'assuré, l'attitude des citoyens européens envers le risque influencera les politiques de la santé. Plus la sensibilité au risque sera élevée, plus le prix que la communauté devra payer pour se protéger sera élevé, plus la résistance à l'innovation dans certains domaines se développera. Les conditions dans lesquelles le principe de précaution se développera dans les différents pays d'Europe et la façon dont il sera traité constitueront une question essentielle à ce titre. Le principe de précaution permettra-t-il de traiter à temps les incertitudes porteuses de risques majeurs, en impliquant les parties prenantes, avec une préoccupation éthique démontrée ? Sera-t-il considéré comme une « assurance tous risques » permettant aux citoyens européens de prétendre vivre dans un environnement totalement protégé ? Si cette deuxième interprétation prévaut, notre capacité à porter les risques inhérents à l'innovation dans les sciences de la vie sera considérablement limitée.

➤ *La gestion du risque*

Les Européens se sentent davantage concernés par leur santé que par le passé. Ils investissent du temps, de l'argent, de l'affect et continueront d'investir davantage dans la prévention de leurs risques. Ils y seront d'autant plus enclins que leur responsabilité individuelle sera davantage engagée qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Aujourd'hui, dans la majorité des pays européens, tout se passe comme si chaque assuré bénéficiait d'un crédit illimité sans justification des raisons de la dépense. La collectivité doit-elle prendre en charge la réparation du genou du skieur de bosses, les fractures multiples du praticien de parapente dans le cadre d'une couverture santé « standard » ? Dans la tendance à transférer la prise en charge collective (système par répartition) vers la responsabilité individuelle, un plus grand nombre de risques sera vraisemblablement pris en charge individuellement.

Ce qui est vrai pour le patient le sera également en Europe pour les médecins. Ceux-ci établissent leur diagnostic au jugement et prennent leur risque sans directives (à l'extrême, il faudrait faire un scanner à tous les gens qui ont des maux de tête). Aux USA, les protocoles d'investigation sont plus stricts (questionnaires systématiques et documentés, réponses déclenchant des analyses etc.). La judiciarisation de la médecine constitue une tendance déjà observable, en particulier aux Etats-Unis, et devrait se prolonger, notamment comme conséquence de la tendance à la judiciarisation dans bon nombre de professions (édition notamment, et plus généralement augmentation du nombre de juristes dans les entreprises).

Au moins deux métiers devraient se nourrir de l'individualisation du risque santé : les conseillers et les risk managers dont la fonction sera d'évaluer et de gérer dans le temps les risques santé attachés à des personnes ou à des groupes.

### **3. Les patients seront au cœur d'un écosystème élargi à des nouveaux acteurs**

L'univers de la santé s'élargira à la mesure de l'extension de nos demandes en la matière. L'univers des patients se structurera autour des mêmes actes liés aux maladies : le diagnostic, la prescription, le contrôle de la prescription, la délivrance de la prescription, l'intervention, le

suivi. Cependant le paysage des acteurs intervenant dans cette chaîne d'activités sera très sensiblement différent: de nouveaux acteurs apparaîtront, d'autres disparaîtront, des rôles changeront.

- *Les technologies de diagnostic et de communication raccourciront les boucles de diagnostic, modifieront le rôle des médecins, et favoriseront le développement de centres de traitement de l'information avec des consultations en temps réel à distance.*

La technologie constitue l'une des causes essentielles du remodelage du système d'acteurs. Elle joue en particulier sur le diagnostic et sur le rôle des acteurs impliqués dans cette activité. Les technologies structurantes ici sont les technologies de diagnostic et les technologies de communication.

Traditionnellement, l'activité de diagnostic est séquentielle: une arborescence de symptômes/causes est parcourue par le médecin soit dans une unité de temps et de lieu, soit dans une boucle de diagnostic comprenant une succession d'étapes plus ou moins étalées dans le temps, faisant intervenir des métiers différents.

L'activité de diagnostic nécessite une très forte expertise au point de contact entre le patient et le professionnel de santé. Le système est configuré de sorte à s'assurer que le médecin généraliste ou le médecin référent est le plus apte à porter un diagnostic.

Dans les années à venir, le champ des pathologies pour lesquels un diagnostic pourra être porté en temps réel sera plus large. Non pas parce que l'expertise du professionnel en contact avec le patient sera significativement plus forte, mais parce que les technologies de diagnostic et de communication permettront de raccourcir la boucle de diagnostic. Grâce à des senseurs attachés à des équipements au domicile (portes, matelas, toilettes, etc.) ou intégrés dans les objets qui nous accompagnent en permanence (montre par exemple) celui-ci pourra être permanent en partie. Le système expert d'analyse des données et d'alerte ou d'action est embarqué lorsqu'il est simple ou lorsque la pathologie déjà en place nécessite une action immédiate<sup>3</sup>. Dans d'autres cas, les données seront télétransmises et traitées par des systèmes experts déportés.

Pour une autre partie, le diagnostic se fera par l'intermédiaire d'un professionnel. En contact avec le patient, il pourra se concentrer sur la « saisie » et la transmission de paramètres patients définis dans un protocole. Ces informations seront transmises en boucle courte, quasiment en temps réel, permettant de mobiliser une chaîne plus ou moins longue d'acteurs avec la possibilité (utilisée ou non selon la gravité de la pathologie) de porter un diagnostic en temps réel et de définir un protocole de traitement. Les diagnostics seront supportés par des systèmes experts. Dès lors le contenu de l'expertise du professionnel en contact avec le patient sera différent de celui du médecin généraliste actuel. Le point de contact pourra être le personnel infirmier, le médecin généraliste dans une configuration différente. Le contact pourra être direct en face à face, ou à distance, médiatisé.

La technologie peut orienter dans deux directions. Dans un cas, le rôle du médecin référent se dissout dans une chaîne de soins différente. Dans l'autre cas le rôle du médecin référent se renforce, précisément dans la mesure où les informations et les décisions peuvent lui revenir

---

<sup>3</sup> Ce que nous connaissons déjà avec certains pacemakers

en boucle courte, et ceci sans qu'il soit dans le même lieu que son patient (consultation ou visite).

Le premier scénario prévaut si l'acte technique de consultation se banalise, si la qualité et la certitude du diagnostic sont assurées et si elles sont supérieures à celle observées dans le dispositif connu aujourd'hui (par analogie : avec un taux d'erreur équivalent à celui qui caractérise des processus industriels parfaitement sous contrôle). La téléconsultation, la téléradiologie, le télémonitoring et autres composantes de la télémédecine occupent le devant de la scène. Quel que soit le scénario, le fait nouveau qui occupe progressivement la scène dans ce nouvel « écosystème » est le développement d'usines de traitement d'information. Certaines informations sont traitées par le dispositif de détection au contact de notre corps, d'autres sont traitées à distance et nécessitent des capacités de traitement et de stockage très importantes.

Les métiers liés à la gestion de ces centres de traitement sont en fort développement. La localisation des centres de traitement et de stockage a fait débat pendant plusieurs années. Au tout premier plan de ce débat : la protection des données personnelles, le contrôle de la fiabilité des systèmes, la qualification des opérateurs et des analystes, et en corollaire des opérateurs de confiance. Ces questions positionnent tout naturellement dans un premier temps les établissements de santé (hôpitaux publics ou privés) sur l'activité d'analyse des données, mais la reportent progressivement sur les centres de diagnostic et de traitement au fur et à mesure du développement de ces derniers.

La progression pourra être ainsi la suivante : le développement de l'automédication (déjà en débat aujourd'hui), l'extension de l'autotest et du télédiagnostic (techniquement possible aujourd'hui et émergent dans certains pays), le coaching centré sur la prévention, l'accompagnement individuel dans le cadre de contrats et de programmes structurés autour de la notion de « life maintenance program ». Ces programmes, qui pourront contenir des clauses contractuelles, impliqueront une multiplicité d'intervenants organisée dans une « chaîne de valeur » fournissant des conseils, des recommandations, des prescriptions, des protocoles d'évaluation, des services logistiques.

Un tel modèle fondé sur une politique de prévention à grande échelle et à long terme modifiera significativement le positionnement des industries pharmaceutique et agro-alimentaire. Cependant les résistances au changement en chemin ne doivent pas être sous-estimées.

En 2030, la relation à distance entre le patient et le professionnel de santé est banalisée depuis de nombreuses années déjà. Ceci ne signifie pas que la relation de face à face non virtuelle n'est pas valorisée : certains patients ne demandent pas uniquement à leur médecin « référent » un diagnostic sur des symptômes précis. Le conseil et l'échange peuvent occuper une part plus ou moins importante du contact. Cependant nous sommes très flexibles sur l'utilisation des deux « canaux » virtuels et face à face.

- *De nouveaux métiers émergeront, en particulier le “conseiller santé” qui jouera un rôle clé en matière de prévention.*

Afin de préserver notre capital santé et le capital financier qui lui est lié, nous utilisons les services de « conseillers santé ». Leur rôle est de nous conseiller voire de prendre en charge de façon systématique notre capital santé et le capital financier qui lui est lié. Comme un

coach sportif, le conseiller santé nous propose des plans d'action dont la réalisation est suivie sur une base factuelle de données.

Plusieurs motivations nous conduisent à utiliser les services d'un conseiller santé. Nous vivons dans une région dont la population est de plus en plus sensible à limiter les dépenses de santé et qui valorise très fortement le fait de pouvoir vivre vieux en restant actif et autonome. Nous y voyons également un intérêt financier immédiat : avoir un conseiller santé nous permet de réduire le montant de nos assurances santé (réduction/augmentation de prime) car ce type d'avantage nous est proposé par nos assureurs.

Le conseiller santé constitue le quatrième âge d'évolution après l'âge de la consultation « curative » pour tous, l'âge du dépistage sélectif pour tous (via des campagnes), l'âge du « check up » régulier pour toutes les personnes appartenant à des segments de population définis (à venir). Le conseiller santé correspond à l'âge de la gestion pro-active du capital santé.

Dès lors que nous disposons d'un conseiller santé d'une part et que la technologie permet d'établir des diagnostics par « connexion » plutôt que par consultation, le médecin généraliste/référent peut devenir le conseiller santé.

Si le médecin référent devient le conseiller santé, alors son périmètre s'élargit et de nouveaux challenges apparaissent. La qualité de ses conseils dépend de sa connaissance et de l'information dont il dispose sur éventail plus large de domaines. Aujourd'hui les laboratoires pharmaceutiques sont les seuls à proposer aux médecins de l'information sur des produits de santé et à en faire la promotion via la visite médicale. Le conseiller santé quant à lui sera l'objet de nombreuses sollicitations de la part de l'ensemble des acteurs proposant une offre de produits ou de services de santé (agro-alimentaire, services fitness...)

- *L'évolution de la chaîne de valeur affectera également les pharmaciens, le contrôle et la délivrance des prescriptions.*

La prescription médicamenteuse en médecine de ville passe par une ordonnance sur papier. La délivrance de cette prescription passe exclusivement par notre pharmacien : il est un acteur médical et logistique.

En 2030 nous aurons oublié notre ordonnance papier. Le « prescripteur » saisira sa prescription en ligne. Si le contrôle humain de la cohérence des prescriptions peut sembler incontournable, cela ne sera pas toujours le cas : un rapprochement automatisé de la prescription et de notre dossier médical électronique remplacera l'intervention éventuelle du pharmacien sur le contrôle de compatibilité. Des systèmes experts pourront également assurer le contrôle de la cohérence de la posologie prescrite. Enfin des « détrompeurs », couramment utilisés dans l'industrie, seront programmés dans les systèmes informatiques (quantités et associations impossibles ou nécessitant un message de confirmation, etc.).

Le médicament viendra-t-il au patient, ou le patient ira-t-il au médicament ? La réponse n'est pas univoque. Le premier acte de délivrance lorsqu'un traitement doit prendre effet immédiatement nécessite que le patient aille vers le médicament. En ce qui concerne le renouvellement, les alternatives et le coût de la distribution capillaire (la logistique du dernier kilomètre) seront déterminantes. Selon les cas, le patient ira au médicament ou le médicament viendra au patient.

L'inobservance concerne notamment une fraction des personnes âgées. De la même façon que certains distributeurs mettent en place avec leur fournisseurs des processus de réapprovisionnement automatique déclenchés par le fournisseur (le « VMI<sup>4</sup> »), des dispositifs électroniques à radio fréquence, en plus d'alarmes de rappel sur les prises de médicament, pourront déclencher, pour les « inobservants » avérés ou potentiels, des rappels ou des ordres de réapprovisionnement, soit en livraison directe soit par voie postale.

Enfin, une partie des traitements aujourd'hui par médicaments sera administrée par d'autres moyens plus ou moins légers à mettre en œuvre tels que les « vêtements thérapeutiques », les dispositifs médicaux miniaturisés (puces implantables, machines moléculaires...) ou plus lourds à mettre en œuvre comme la thérapie cellulaire. Les moyens de traitement légers ouvriront un champ nouveau entre la pharmacie et l'hôpital tels que nous les connaissons aujourd'hui. Ce champ sera occupé par des centres de service - centres de diagnostics et de traitement - dans lesquels nous pourrions recharger nos vêtements thérapeutiques ou nos diffuseurs implantés, reprogrammer des pacemakers, etc. Ces centres correspondront à un redécoupage de la chaîne de valeur de l'hôpital : ils seront spécialisés et seront opérés par un personnel disposant de qualifications différentes. Une fois encore, la technologie permettra de simplifier un élément de la chaîne de soins, ici par la miniaturisation des dispositifs médicaux nécessitant des infrastructures d'intervention moins lourdes et des compétences nécessitant des formations moins longues et moins coûteuses que les formations médicales actuelles.

A chaque fois que le diagnostic ou l'intervention en temps réel peuvent être réalisés à distance, c'est-à-dire à chaque fois qu'unité de temps et unité de lieu peuvent être dissociées, des marges de manœuvre se créent pour redistribuer les rôles et revoir le type et le niveau d'expertise de chaque intervenant.

- *En parallèle des métiers, les modalités de formation des professionnels de santé évolueront significativement.*

Le contenu des formations en sera affecté. A la différenciation des métiers correspond la différenciation des formations. Aux nouveaux métiers très étroitement liés à la manipulation des outils d'aide au diagnostic et aux interventions « légères » seront attachées des compétences « d'opérateurs » qualifiés. L'émergence et le développement de métiers d'opérateurs devraient constituer un volet majeur de la révolution technologique au service des soins. La formation et le parcours seront très sensiblement différents de ce que nous connaissons pour les professions médicales. La formation initiale pourrait être plus courte, en revanche le parcours de progression professionnelle (progression en compétence) sera très normé sur la base d'une progression de manipulations/opérations simples vers des actes plus complexes, avec des procédures de certification et par conséquent une part très importante consacrée à la formation continue. Ceci à la fois pour acquérir de nouvelles certifications et pour suivre l'évolution des techniques d'opération/manipulation et des outils proposés. Bien entendu les simulateurs seront des outils très utilisés dans les processus de formation.

Tous les acteurs de la chaîne de soins seront concernés par une refonte en profondeur de la formation, le développement des normes et des protocoles. Le pharmacien ou l'infirmière pourront prescrire et suivre une pathologie « protocolisée » comme le diabète, l'explosion des

---

<sup>4</sup> Vendor managed inventory : la décision du réapprovisionnement du client est déléguée par le client à ses fournisseurs

technologies supportant tous les maillons de la chaîne de soins conduira à revoir l'ensemble des supports et des outils de formation.

➤ *Les réseaux sociaux au service de la santé*

Aujourd'hui la pertinence des traitements et des protocoles en Europe se joue à trois : l'industrie pharmaceutique (incluant les « biotechs »), les établissements de soins en tant qu'acteurs des études cliniques et les organismes décidant des remboursements. Depuis quelques années, les patients, pour certaines pathologies graves et médiatiques telles que le sida, et au travers d'associations très actives, se sont invités dans le jeu. Aujourd'hui militante, cette montée en puissance des patients pourra s'étendre et se banaliser avec le support des médias sociaux. Ils permettront, sous certaines conditions méthodologiques et de contrôle, d'enrichir considérablement l'information sur les traitements. De la même façon que la puissance de calcul informatique exploite les réseaux plutôt que la puissance de machines isolées, les acteurs impliqués dans la mise au point des traitements pourront exploiter un contenu généré par de larges communautés de patients, permettant d'élargir à moindre coût des suivis de type « phase IV », ou donnant lieu à des analyses secondaires.

➤ *Quel sera le rythme d'évolution des innovations techniques ?*

Toutes les tendances qui marqueront la reconfiguration de l'écosystème de la santé ne progresseront pas au même rythme. Les techniques de diagnostic et de « monitoring » suivent le chemin le plus rapide. Ces techniques sont soutenues par un flux continu d'innovations dans l'électronique et dans les systèmes d'information, avec une focalisation particulière sur la miniaturisation afin de concentrer des fonctions toujours plus complexes dans des dispositifs toujours plus petits.

La médecine régénératrice évolue aussi de façon très rapide avec des innovations déterminantes dans la reconstitution des tissus et dans les « biomatériaux » : régénération de la peau et des cartilages aujourd'hui, reconstruction d'organes complets demain.

Le diagnostic et le traitement précoce des maladies dégénératives progressent. La thérapie génique et la thérapie cellulaire sont très prometteuses, cependant le rythme de progression est plus lent<sup>5</sup>.

#### **4. L'hôpital sera recentré sur les soins grâce à une diffusion massive des nouvelles technologies**

L'hôpital constitue un maillon de la chaîne de soins. A ce titre, son rôle dépend des autres éléments de la chaîne. Aujourd'hui, l'hôpital reçoit les patients qui ont subi un incident (aux urgences), il reçoit les patients ayant subi un accident (aux urgences toujours), il reçoit les patients en consultation, il reçoit enfin les patients subissant une intervention. Quel que soit notre problème de santé, mineur ou majeur, l'hôpital nous est ouvert. L'hôpital est également un centre d'enseignement et de recherche. Il concentre la technologie nécessaire aux diagnostics, aux interventions et aux soins post opératoires « lourds ».

---

<sup>5</sup> voir J. de Rosnay, Et l'homme créa la vie, LLL, 2010

- *Le développement des centres de diagnostic, des centres de traitement, et de l'hospitalisation à domicile permettront de recentrer l'hôpital.*

Avec l'évolution des rôles au sein de la chaîne de soins, l'hôpital se repositionnera sur un champ plus limité d'activités. La technologie permettra de sortir certains actes de l'hôpital. Avec les centres de diagnostics et de traitement, l'hospitalisation à domicile sera un des contributeurs majeurs au recentrage de l'hôpital. Même si on peut escompter un renchérissement des techniques de diagnostic et de traitement, la « dispersion » des activités aujourd'hui assumées par l'hôpital permettra de réduire le coût de l'hôpital<sup>6</sup>. Les structures et processus de prise en charge seront davantage segmentés et l'hôpital deviendra un pôle spécialisé avec une centralisation des plateaux techniques.

A côté de ces pôles, des centres proximité prendront en charge certains actes de diagnostic et de soins que la technologie permettra de simplifier, des établissements spécialisés prendront en charge certaines pathologies.

Le développement des réseaux, de l'hospitalisation à domicile et plus généralement de toutes les structures alternatives à l'hospitalisation classique participe d'un mouvement général de graduation des prises en charge. La spécialisation des plus gros établissements d'une région, universitaires ou non, disposant d'un plateau technique sophistiqué et de multiples expertises, s'accompagnera d'un repositionnement progressif des établissements de proximité ou spécialisés dans une pathologie, sur un niveau de prise en charge différent.

Les techniques de diagnostic avancé permettent de mieux prévenir et lorsqu'une intervention est nécessaire, de mieux planifier. Le diagnostic avancé permet de limiter le volant des urgences. Dès lors la donne change pour les patients.

- *Avec la chirurgie "on line", le choix d'un centre de traitement et le choix d'un praticien ne seront plus nécessairement liés; la chirurgie robotisée sera utilisée dans de nombreux cas.*

Grâce à la télé-chirurgie, nous pourrons, pour certaines interventions, déconnecter le choix du centre « physique » de traitement et le choix du praticien.

En 2030, chaque bloc opératoire est équipé d'un robot. La chirurgie robotique, fondée sur une technologie éprouvée et une baisse du coût des matériels, entame sa phase de maturité. En mai 2008, une équipe de la faculté de médecine de Calgary a utilisé un robot pour l'ablation d'une tumeur du cerveau. Intuitive Surgical, une entreprise californienne, a vendu plus de 800 robots d'assistance opératoire sur des interventions liées à des problèmes cardiaques ou à des cancers. Des équipes R&D travaillent sur des robots capables de suivre les mouvements d'un organe et donc d'opérer un cœur en battement. Les opérations à « cœur battant » constitueront une pratique courante. En 2015, une revue scientifique pourrait évoquer les premières expérimentations de systèmes prototypes d'intervention chirurgicale totalement robotisée sous surveillance humaine. Elle pourrait mentionner l'ablation robotisée de la rate d'un chien réalisée avec succès. En 2030, certaines interventions sont totalement robotisées sans intervention humaine autre qu'une surveillance.

---

<sup>6</sup> Des études estiment le rapport de 1 à 8 entre le coût d'une hospitalisation à domicile et le coût d'une hospitalisation « traditionnelle » (source Alcimed)

- *L'accès à de services hospitaliers hors du territoire national créera un environnement plus compétitif.*

Si rien ne presse, nous pouvons choisir l'établissement où nous souhaitons subir une intervention, dans nos frontières nationales ou européennes ou encore hors de nos frontières, avec des cas de figures multiples selon des critères de coût, de qualité ou de renommée<sup>7</sup>.

En conséquence, certains assureurs incluent dans leur couverture le recours à des services hors des frontières, proposant même des incitations pour les interventions coûteuses pour lesquelles les différentiels de coûts sont significatifs.

La globalisation de l'offre de soins et la concurrence qui en résulte peut prendre plusieurs voies : la concurrence voit l'émergence de centres d'excellence à moindre coûts avec une nouvelle cartographie établie ou bien cette dynamique concurrentielle pousse à la diminution des coûts à l'augmentation du niveau de qualité du service et à l'efficacité des réseaux interconnectés dans les pays d'Europe de l'Ouest réduisant le différentiel avec les régions à bas coût.

Le rapport entre les patients en consultation externe et les malades hospitalisés s'est inversé. Avec le développement des techniques non invasives d'une part, la déconnection entre les centres d'intervention et les centres de soins, la part de patients en consultation externe prédomine et les durées de séjour sont considérablement raccourcies<sup>8</sup>. Ainsi l'hôpital du futur est à la fois un établissement et réseau interconnecté de centres différenciés en fonction de leur rôle : diagnostic, intervention, soins de réhabilitation (soins de suite et « récupération »)...

- *En 2030, l'hôpital exploitera les avancées technologiques pour rendre les séjours plus agréables, non seulement grâce à un meilleur traitement de la douleur, mais également en proposant une offre de services récréatifs et d'hospitalité.*

L'hôpital que nous connaissons aujourd'hui est centré sur le traitement de la maladie. Il est peu soucieux du traitement du malade. L'hôpital confortable est d'abord l'hôpital qui sait traiter la douleur. L'apport des technologies à la substitution de la chirurgie et à la chirurgie non invasive constitueront un puissant facteur de réduction de la douleur. L'amélioration des traitements antidouleur y contribuera également.

Dans la plupart des secteurs de la consommation le niveau de qualité des produits ou des services tend à s'élever, en partie grâce à la diminution des coûts liée aux effets d'échelle et à la pression concurrentielle. Les centres de traitement et de soins n'y échapperont pas. En 2030, les centres bénéficient d'un équipement multimédia non pas uniquement à des fins techniques (la coordination de l'écosystème dans la gestion du patient) mais permettant également aux patients d'accéder à des services non directement liés aux soins tels que l'hôtellerie (commande de repas, avec « droits » différenciés selon l'état du patient), et surtout de communiquer avec leurs proches à tout moment (ici encore avec des « droits » différenciés

---

<sup>7</sup> L'hôpital Bumrungrad en Thaïlande est un exemple de la nouvelle industrie du « tourisme médical ». En 2004, l'hôpital a traité 350 000 patients étrangers.

<sup>8</sup> La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de l'UE est passée de 12 jours à 8,5 jours entre 1980 et 1998. Si les points de départ varient, la tendance à la décroissance des durées moyennes de séjour constitue une tendance de fond dans la plupart des pays développés (Source : Hospitals in a changing Europe, European Observatory on health care systems, 2002)

selon l'état du patient). Ce standard s'étendra à l'ensemble des centres où nous séjournons comme patients.

Dans cette chaîne recomposée, les métiers évolueront pour prendre en charge des besoins nouveaux. La gestion du patient prenant une place de plus en plus importante à côté du traitement de la maladie, les fonctions d'intégration et de coordination vont s'imposer. Le dossier patient concentrant l'ensemble des informations issues des différents intervenants joue un rôle d'intégrateur. Le conseiller santé déjà évoqué est une fonction d'intégration des différents éléments contribuant à préserver notre santé. La fonction de « care manager » intégrera les différents éléments médicaux, sociaux et psychologiques de la prise en charge des patients, tout particulièrement s'agissant des patients du 4<sup>ème</sup> âge et de ceux d'entre eux touchés par une maladie dégénérative. Il coordonnera le réseau, plus différencié qu'aujourd'hui, de prise en charge du patient.

L'évolution des technologies biomédicales, la différenciation et la spécialisation des établissements devrait conduire à une plus grande spécialisation des personnels, au moins dans les « pôles techniques »<sup>9</sup>. Les formations devront s'adapter à cette nouvelle donne, pour ce qui concerne les formations initiales mais aussi pour ce qui concerne les formations continues qui devraient permettre de redonner des perspectives de mobilité professionnelle à des personnels moins polyvalents qu'aujourd'hui.

## **5. La santé sera un vecteur de croissance pour l'économie européenne**

- *A l'horizon 2030, l'industrie de la santé deviendra l'une des industries majeures de l'économie européenne, traduisant l'impact à la fois une demande croissante sur les segments traditionnels et un élargissement considérable du champ de la santé.*

Si les dépenses en matière de santé ont cru de près de deux points de PIB en vingt ans, en passant de 7,6% du PIB en 1985 à 9,7% en 2005 dans les pays les plus riches d'Europe, cette évolution devrait s'accélérer : dans 25 à 30 ans le niveau de dépense dans ces pays pourrait atteindre le niveau déjà atteint par les Etats-Unis aujourd'hui, soit environ 15% du PIB<sup>10</sup>. Une telle accélération est envisageable quelle que soit l'évolution du PIB: l'attention croissante qu'accordent les ménages européens à la préservation de leur capital santé, ainsi que l'augmentation de l'espérance de vie sont des tendances de fond qui viennent transformer radicalement l'écosystème de la santé.

Un des enjeux majeurs résidera dans la maîtrise de la croissance de la dépense, grâce notamment à des gains de productivité et à l'évolution de son financement, avec notamment la question de la prise en charge directe par les ménages d'une proportion croissante de leurs dépenses.

La demande évoluera également de manière qualitative. Un grand nombre de ménages financera directement une partie de l'entretien de leur capital santé et la fraction la plus aisée et la plus ouverte à la « mondialisation » pourrait rapidement mettre en concurrence les offres de soins sur le plan national et international. Parallèlement, l'élargissement considérable du

---

<sup>9</sup> Par opposition aux centres de soins de suite ou de gérontologie

<sup>10</sup> En France les auteurs du rapport de la « Commission de Libération de la Croissance Française » estiment que la demande de soins pourrait même atteindre 20% du PIB d'ici 2030.

champ de la santé aux dépenses relatives à la cosmétique, à l'esthétique, au bien-être, voire dans une certaine mesure à la stimulation intellectuelle et à la santé mentale -dépenses d'ores et déjà directement prises en charge par les ménages- traduira une profonde évolution des mentalités et la part de leur budget que les ménages consacreront à leur santé.

La prolongation des tendances récentes aboutirait rapidement à des situations non tenables sur les plans financier, économique et social, mais quelques pistes alternatives, dont la probabilité de réalisation dépendra de la prise de conscience de leur nécessité et de la vitesse d'adaptation au changement des différents acteurs, permettent d'esquisser d'autres évolutions possibles.

- *L'utilisation croissante des nouvelles technologies pour étendre la médecine personnalisée permettra d'accélérer les gains de productivité grâce à une plus grande industrialisation et à une concurrence accrue.*

Les acteurs de la transformation du système seront notamment les assureurs et les entreprises de technologies, dont les initiatives répondront aux attentes des ménages et contribueront à redéfinir l'écosystème de la santé en Europe.

La montée en puissance de la prévention jouera un rôle clé. D'ici 2030 l'enjeu pour les pays Européens est d'augmenter significativement le financement de la prévention en s'appuyant sur des cofinancements (secteur mutualiste, assurances complémentaires, industries pharmaceutiques). Les assureurs joueront un rôle primordial dans l'émergence de nouveaux mécanismes propres à évaluer, assurer et mutualiser dans une certaine mesure les besoins individuels<sup>11</sup>. Ils encourageront directement l'utilisation de technologies permettant d'anticiper certaines maladies physiques et/ou mentales afin de calibrer leur prime. Ils inciteront au développement de l'activité des « conseillers santé ».

Les fournisseurs de technologies et de services associés, en permettant une individualisation croissante des services de santé, contribueront de manière très significative à l'amélioration de la qualité des soins, mais aussi la productivité de ces derniers. Le développement de nouvelles formes de diagnostic, de prévention et de traitement joueront un rôle clé.

Si assureurs et fournisseurs de technologies parviennent à soutenir la diffusion massive des nouvelles technologies, la prévention pourra prendre un nouvel essor, permettant d'anticiper certaines maladies et affections, et les assureurs pourront adapter leurs services afin d'offrir des réponses personnalisées aux risques de plus en plus larges que les ménages voudront couvrir. L'utilisation de plus en plus grande des robots et nouvelles technologies permettra non seulement d'améliorer la qualité et les modalités de certains soins, mais aura également un impact sur la productivité. Plus précis et plus individualisés, les soins et interventions seront plus efficaces. L'industrialisation, les effets de volumes associés à la concurrence entre les acteurs entraîneront une sensible diminution des coûts moyens. Aujourd'hui à l'état de prototypes, souvent immatures ou très peu répandues, les nouvelles technologies devraient vraisemblablement suivre le même chemin que leurs « aînées » : l'industrialisation, les effets de volumes associés à la concurrence entre les acteurs entraîneront une sensible diminution des coûts.

Les professionnels de santé devront s'adapter, accompagner et tirer partie de ces nouvelles évolutions : les infirmières vont pouvoir gagner en autonomie grâce à la spécialisation, et

---

<sup>11</sup> « Une brève histoire de l'avenir », Jacques Attali, 2007.

l'exemple américain d'utilisation de protocoles par les médecins généralistes dans leur consultation pourrait se généraliser. Ces changements auront pour conséquence une modification de la répartition des tâches entre les différents acteurs. Cette nécessité d'adaptation concerne également les structures traditionnelles : pour l'hôpital, les notions de rentabilité et d'investissements productifs prendront tout leur sens, pour des entités qui seront progressivement mises en réseaux tandis que les pharmacies pourraient voir leur rôle élargi à la prévention et aux traitements de certaines pathologies. Le défi pour les professions de santé en termes de formation est énorme mais est porteur d'une vague de croissance et de dynamisme pour le secteur qui emportera à terme l'adhésion des parties prenantes, même si des résistances au changement surgiront évidemment dans certains segments de la profession. Une vague de nouveaux métiers surgira d'ici à 2030, dans laquelle figureront les opérateurs des nouveaux centres de soins, les opérateurs de la télémédecine, les experts en gestion du capital santé etc.

Le secteur de la santé en Europe constituera l'un des secteurs porteurs pour l'Europe, tant en termes de création de valeur ajoutée que d'emplois : les emplois dans ce domaine croîtront de manière beaucoup plus constante et rapide que dans la plupart des autres secteurs. Sa contribution à l'amélioration de la compétitivité européenne sera d'autant plus importante qu'elle ne se limitera pas au champ de la santé « stricto sensu » mais qu'elle aura des effets sur l'ensemble de l'économie : des Européens « vieillissant jeunes » seront une force de travail beaucoup plus productive que des Européens qui seraient en santé précaire, et l'innovation dans le domaine de la santé aura des effets indirects sur plusieurs autres domaines, comme l'alimentation, l'assurance ou encore les technologies de l'information.

Ces évolutions ne seront pas sans défis : l'Europe a accumulé un retard conséquent en matière d'innovation - les Etats-Unis déposent trois fois plus de brevets que l'ensemble de l'Europe réunie- et la compétitivité des entreprises de biotechnologies est challengée par certains pays asiatiques qui déploient des efforts considérables pour attirer cette industrie porteuse de forte croissance. L'enjeu pour les pouvoirs publics est d'encourager l'évolution de cet écosystème pour lequel son action a toujours été importante et perçue comme telle. Une grande partie de l'avenir de l'économie européenne se jouera dans la façon dont les Pouvoirs Publics encourageront ou non l'émergence et le développement d'un nouveau secteur de la santé dans les prochaines décennies.

<b>Principales tendances et ruptures potentielles dans l'Europe de la santé à l'horizon 2025 : impact économique et évolution de la chaîne de valeur</b>			
<b>Acteurs</b>	<b>Tendances</b>	<b>« Wild cards »</b>	<b>Commentaires</b>
Ménages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espérance de vie allongée et seniors au travail</li> <li>• Attention accrue à la santé i.e. « vieillir jeune »</li> <li>• Montée des risques individuels</li> <li>• Diffusion et plus grande accessibilité de l'information permettant aux ménages d'être plus actifs dans la gestion de leur santé</li> <li>• Accroissement des dépenses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche d'autonomie de la part des personnes âgées (développement des maisons de retraites autogérées)</li> <li>• Mise en concurrence par les ménages des offres de soins au niveau national et international</li> <li>• Accroissement relatif des dépenses financées directement par les ménages i.e. prise de conscience de la nécessité de prendre en charge sa santé en phase avec des nouvelles offres technologiques de soins préventifs et curatifs personnalisés</li> <li>• Nouvelles pandémies type grippe aviaire</li> </ul>	L'occurrence de certaines de ces « wild cards » accentuera la visibilité des écarts de richesse entre européens et pourrait provoquer des réactions sociales. De plus, du fait du développement de la concurrence et des spécialisations, la santé pourrait progressivement devenir un bien économique, y compris dans la dimension de développement de « marques »
Nouveaux acteurs (Alimentaire, Assurance, Fournisseurs de technologies et services associés...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une grande partie du champ de l'alimentaire dans le champ de la santé</li> <li>• Rôle croissant des assureurs</li> <li>• Accroissement de l'impact des entreprises de technologies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouvelles alliances initiées par les assureurs qui reconfigurent la chaîne de valeur et permettent une diffusion massive des nouvelles technologies</li> <li>• Les fournisseurs de technologie à l'origine d'un fort développement de la robotisation permettant une amélioration de la qualité et des gains de productivité</li> <li>• Nouvelles fonctions de « Conseiller santé » ou « Conseillers en Gestion du Capital Santé »</li> <li>• Développement des réseaux sociaux Internet agissant comme des lobbies et émergence de nouvelles activités économiques</li> </ul>	Grande hétérogénéité des acteurs Le champ d'action des assureurs dépendra des réglementations élaborées par les pouvoirs publics en Europe
Professions de santé (Médecins, Infirmières...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vers une nouvelle répartition des rôles entre médecins et autres personnels prenant soin des patients i.e. focalisation des médecins sur leur « core business » et développement du rôle des infirmières et autres personnels soignants</li> <li>• Les hôpitaux gérés comme des entreprises, professionnalisation des fonctions de gestion</li> <li>• « Quasi - banalisation » des pharmacies, grandes surfaces de la santé et prescripteurs de premier rang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralisation de l'utilisation des protocoles par les médecins généralistes dans leur consultation</li> <li>• Développement de la télémédecine et autonomisation des infirmières</li> <li>• Diversité des « parcours de soin » (opération, soins, rééducation dans des lieux différents, y compris à domicile)</li> <li>• Spécialisation et mise en réseau virtuelle des hôpitaux pour maximiser les centres d'expertise spécifiques</li> </ul>	Diversité des situations au niveau européen
Pouvoirs Publics (Européens, Nationaux, Régionaux...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volonté d'optimisation et maîtrise de la dépense publique</li> <li>• Montée en puissance des financements directs par les ménages</li> <li>• Convergence progressive des différents systèmes européens sous l'impulsion de nouvelles normes et réglementations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prévention devient une priorité, notamment du fait des progrès de l'éducation dans le domaine de la santé</li> <li>• Encouragements à diffuser massivement les nouvelles technologies, sources de gains d'efficacité et de productivité : au total, la santé source de réduction des déficits publics et de nouveaux emplois</li> </ul>	Etant donné la complexité et la diversité des situations de départ, l'analyse a été focalisée sur les pays d'Europe de l'Ouest les plus riches, en posant l'hypothèse d'un scénario de convergence des autres pays à l'horizon étudié



