



Propulseurs d'idées...

INTRODUCTION DE JEAN-RENE
LOUBAT AU COLLOQUE
« PARCOURS&INNOVATIONS »
DU 30 NOVEMBRE 2017 A LYON

1. LE NOUVEAU GLOSSAIRE DE LA TRANSITION MEDICO-SOCIALE

Inclusion

Désinstitutionalisation

Mainstreaming

Empowerment

Situation complexe

Programme

Parcours

Projet de vie

Personnalisation

Coordination

Performance

CPOM

Nouvelle tarification

Plan personnalisé d'accompagnement

Territoire

Attentes & besoins

Dispositif

Prestations

Plateforme de service

Mutualisation des ressources

2. COMPREHENSION DU NOUVEAU CONTEXTE SOCIETAL ET PROSPECTIVE

« *Ne pas prévoir, c'est déjà gémir* » (Leonardo da VINCI)

Comprendre le monde autour de nous nécessite paradoxalement de s'en extraire pour surmonter cette illusion sensorielle et humaine immédiate, celle de ce monde visible qui nous aveugle, pour saisir les **lignes de force souterraines** qui le façonnent.

Les secteurs sanitaire, social et médico-social sont impactés, comme les autres secteurs d'activité, par des phénomènes mondiaux : géopolitiques, géo-démographiques, géoéconomiques, géoculturels.

L'objet de la prospective : établir des scénarios probables, réduire l'incertitude, se préparer à l'avenir

La prospective représente un exercice de style rationnel s'appuyant sur une analyse factuelle de l'existant. Son objectif est d'établir des scénarios probables en vue de se préparer à une conjoncture et d'améliorer les prises de décision.

3. LES FONDAMENTAUX CONTEXTUELS QUI INFLUENCENT L'ACTION SANITAIRE, SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

a. Une démographie inédite

« Tout est lié au nombre, à l'oscillation de la masse des hommes. »
(Fernand BRAUDEL)

La population mondiale :

1960 : 3 milliards d'individus

2015 : 7 milliards

2050 : 9,6 milliards

2100 : 10,9 milliards d'après les prévisions des Nations unies

b. Deux phénomènes remarquables touchent l'Europe :

○ -le déclin démographique

Nombre moyen d'enfants par femme :

4, 54 pour l'Afrique

2,16 pour l'Asie

1, 60 pour l'Europe.

En 2025, l'Europe et la France représenteront respectivement environ 6,5% et 0,8% de la population mondiale...

L'Europe orientale voit ses populations diminuer mais l'Europe de l'ouest n'est pas exempte : l'Allemagne a perdu un peu plus d'un million de nationaux en seulement 3 ans et l'Espagne presque cent mille nationaux au cours de la seule année 2013.

La faible démographie de l'Europe occidentale est compensée par les flux migratoires (anciennes puissances coloniales, attractivité économique).

- **le vieillissement de la population**

- ***Dans le monde :***

1950 : les plus de 60 ans représentent 8% de la population mondiale

2013 : les plus de 60 ans représentent 11,7%

2050 : les plus de 60 ans représenteront 21,1%

- ***En Europe :***

Les plus de 65 ans

2008 : ils sont 85 millions d'individus

2060 : ils seront 151 millions

Les plus de 85 ans

2008 : ils sont 22 millions d'individus

2060 : ils seront 61 millions

- ***En France :***

1960 : les plus de 85 ans représentent 400 000 personnes

2020 : les plus de 85 ans représentent 2 millions de personnes

2040 : les plus de 85 ans représenteront 4 millions de personnes

(Soit x par 10 en 80 ans)

	<i>Moins de 20 ans</i>	<i>Plus de 60</i>
1901	34,3 %	12,7 %
2011	24,3 %	23,3 %

4. LES CONSEQUENCES SOCIO-ECONOMIQUES

a. Un affaiblissement économique par une diminution des actifs

L'Observatoire démographique européen (ODE) prévoit que le vieillissement diviserait par deux la part des actifs par rapport aux inactifs d'ici 2050.

- **En France :**

1950 : 5 actifs pour un inactif

2020 : 1,9 actifs pour un inactif

2040 : 1,6 actifs pour un inactif (et encore ce ratio ne prend en compte que les inactifs de plus de 60 ans).

La France se trouve encore au 6^{ème} rang des nations en matière de PIB.

Mais sa « **contribution à la croissance mondiale** » au cours des deux dernières années la situe en 13^{ème} position (après le Nigéria). Cet indicateur¹ nous donne une vision plus dynamique de l'économie mondiale : c'est ainsi que derrière les deux géants que sont la Chine (avec une contribution de 30,3 %) et les États-Unis (22,7 %), nous trouvons l'Inde (6,5 %) et le Royaume-Uni (3,1 %), mais aussi dans le *Top ten* l'Indonésie, la Corée du sud, l'Australie, etc.

b. Une diminution des retraites, de l'épargne et du patrimoine transmis

En 1980 : 13,3 millions de cotisants pour 5 millions de retraités

En 2000 : 13,9 millions de cotisants pour 9 millions de retraités

En 2050 : le ratio sera de 1,2 cotisant pour 1 retraité (contre 1,8 pour 1 actuellement).

Nous avons d'autre part gagné 17 années de retraite supplémentaires en 40 ans.

¹ Source BCG (*Boston Consulting Group*).

c. Un affaiblissement de l'innovation et de la prise de risque

Selon James Feyrer², les gains de productivité connaissent leur pic dans la tranche des 40 à 49 ans. Cette disposition liée au vieillissement affecte tous les domaines de l'innovation, qu'elles soient organisationnelle, culturelle, technique ou politique.

Dans le même ordre d'idées, le vieillissement de l'Europe entraîne par exemple l'inéluctable montée d'un certain néo-conservatisme : le repli territorial, le « vivre au pays », la méfiance de ce qui est étranger, nouveau ou extérieur, la plus faible compétence par rapport à la technologie, tout cela ne plaide pas en faveur d'un dynamisme novateur, d'une ouverture et d'une prise de risque.

d. Une irrépressible envolée des dépenses sanitaires

○ *dus aux effets du vieillissement :*

C'est surtout dans la seconde partie de la vie que se révèlent les pathologies les plus lourdes (cancers, maladies cardio-vasculaires ou neuro-dégénératives, diabète, insuffisance rénale, etc.) et que nous dépensons le plus, qu'il s'agisse de soins curatifs ou de gestion de la dépendance, risque qui augmente nécessairement en fonction de l'âge.

Les progrès de la médecine transforment des pathologies fatales en affections de longue durée (ALD) qui entraînent des dépenses de santé chroniques et à leur tour des situations de handicap. Notre système de santé n'est pas encore bien préparé à gérer ce phénomène de vieillissement.

○ - *dus aux retombées de notre mode de vie :*

- à de mauvaises habitudes alimentaires : 17% de la population française adulte serait en surpoids**
- à l'usage accru de stupéfiants et substances toxiques de tous ordres ;**

² J. Feyrer, « Demographics and Productivity », *Review of Economics and Statistics*, 89(1), février 2007.

- **à la part croissante de dépression et d'isolement chez les jeunes** : l'Inserm³ estime que plus de 10 % des jeunes de 13 à 18 ans sont en souffrance : 7,8% ont déjà effectué une tentative de suicide, 16,8 % des filles 7 % des garçons ont connu une dépression ;
- **au stress et à l'angoisse** : la France est un des plus gros consommateurs d'anxiolytiques et d'hypnotiques ;
- **-aux médicaments eux-mêmes** : la France est, avec les USA, le plus gros consommateur de médicaments au monde. En 2009, chaque Français y consacrait en moyenne 114 euros, chaque espagnol 94 euros, chaque allemand 70 euros et chaque britannique 59 euros (source Organe international de contrôle des stupéfiants). Mais c'est aussi le pays européen où les médicaments sont les plus chers ;
- **aux maladies nosocomiales et erreurs médicales** : 60 000 morts par an leur serait imputable, et 6,9 % des personnes hospitalisées contracteraient des maladies nosocomiales ; 10 % des patients seraient concernés par des traitements inopérants ; 10 à 15 % des patients seraient victimes d'événements indésirables ;
- **aux arrêts maladies** : en 2013, 6,8 millions d'arrêts de travail ont été prononcés ; selon certaines études, un sur huit serait abusif et le coût pour la sécurité sociale s'élèverait à 910 millions d'euros ;
- **aux polluants et substances chimiques, domestiques, agricoles, industriels ou pharmaceutiques** : dont on commence à identifier ou soupçonner le rôle dans de nombreuses maladies (cancers, maladie de Parkinson, Alzheimer ou troubles du spectre autistique, etc.) ;
- **au nombre croissant de grands prématurés** : les naissances prématurées représentent 7,4 % des naissances en 2010 contre 5,9 en 1995 ; parmi celles-ci

³ Étude « Portraits d'adolescents », pôle universitaire de la Fondation Vallée à Gentilly et Unité 1178 « Santé mentale et santé publique » de l'INSERM.

10% sont des grands prématurés et 5% des prématurés extrêmes. Les risques de séquelles (et donc de futures déficiences ou troubles) sont importants parmi ces dernières catégories. Une étude suédoise exhaustive (publiée dans *The Archives of General Psychiatry*, 1^{er} juin 2012) a montré que les personnes nées avant 32 semaines de grossesse avaient 2,5 fois plus de risques de présenter une psychose, 3 fois plus de risques de connaître une dépression, 7,4 fois plus de risques de présenter des troubles bipolaires.

- **12 millions de Français** souffrent de maladies mentales, d'autisme, de troubles anxieux, de TOC, de schizophrénie ou de dépression (dont 3 millions de dépressifs par an).
- **le nombre de personnes dépendantes va doubler d'ici 30 ans** (dans le même temps, le coût aura été multiplié par trois !). On estime à 2 millions le nombre de personnes qui seront dépendantes en 2040⁴.
- **16% de la population de l'Europe estiment avoir un « problème de santé ou de handicap de longue durée » (PSHLD)** : une enquête européenne, datant déjà de plus de dix ans, montrait que cela concerne 44,6 millions de personnes en âge de travailler de 16 à 64 ans. Cette même enquête mettait en évidence la forte corrélation entre vieillissement et handicap : **30% de la classe 54-64 ans indiquaient avoir un PSHLD.**
- **la maladie d'Alzheimer** représente une véritable « bombe à retardement économique ». En France, on estime à 800 000 le nombre de patients touchés par cette pathologie, la plupart de plus de 80 ans. Les pays développés s'attendent à un **doublé du nombre de patients d'ici 20 ans** (on envisage jusqu'à 30 millions de patients au milieu du XXI^e siècle).
- **la fatigabilité d'une population active plus âgée** occasionne également des frais supplémentaires : 35 % des arrêts maladies concerne des plus de cinquante ans

⁴ Jean-Michel Charpin, *Rapport sur les perspectives démographiques et financières de la dépendance*, 2011.

et ceux-ci ont augmenté de près de la moitié en seulement cinq ans pour atteindre 6,7 millions en 2002. La branche vieillesse représente à elle seule 42,4% des dépenses des régimes de base en 2004. L'augmentation des déclarations de maladies professionnelles ont augmenté de 180 % pour les femmes et de 92 % pour les hommes entre 2001 et 2011.

○

5. LES LIMITES DES DEPENSES PUBLIQUES

- Quoiqu'il en soit, les coûts en matière de santé ne peuvent qu'augmenter en fonction d'un paradoxe insoluble qui veut que plus nous sommes en bonne santé et plus nous voulons nous y maintenir longtemps... et plus nous dépensons pour cela.
- **Les dépenses de santé représentent actuellement près de 12% du PIB en France et 17% aux USA.** Certains économistes américains, comme Robert Hall et Charles Jones du *National Bureau of Economic Research*, considèrent que les dépenses de santé pourraient absorber jusqu'à 33% des ressources nationales des États-Unis en 2050 (elles ne représentaient que 5,2 % du PIB en 1950).
- Concernant notre pays, chaque Français dépensait en moyenne 170 € pour sa santé en 1955 contre plus de 2 500 € aujourd'hui (**soit presque 15 fois plus en 60 ans**).
- En 1960 les dépenses publiques françaises représentaient 35% de notre PIB contre 57% aujourd'hui... Selon l'OCDE, la France est le pays de l'organisation où les dépenses sociales publiques sont les plus élevées, soit **33% du PIB**, au-delà de pays considérés comme particulièrement protecteurs comme le Danemark (30,8%) ou la Suède (28,6%), bien au-delà de l'Allemagne (26,2%), sans parler du Royaume-Uni (23,8%) ou des États-Unis (20%). L'écart n'a cessé de se creuser au cours des trente dernières années.

6. LES GRANDES TENDANCES SOCIETALES IMPACTENT LES SECTEURS SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

Si l'on veut explorer de manière plausible les évolutions des secteurs qui nous intéressent, il convient donc de les inscrire dans des mouvements sociétaux fondamentaux de grande amplitude que l'on peut appeler des *lames de fond*. Nous en retenons un peu plus d'une vingtaine, tels que :

- le déclin démographique et le vieillissement de la population ;
- la baisse du nombre des actifs et l'affaiblissement de la valeur travail ;
- l'amplification des flux migratoires et les difficultés d'intégration ;
- l'élévation de la mobilité ;
- l'urbanisation croissante ;
- le développement de la consommation ;
- le rôle culturel de plus en plus déterminant des médias ;
- le culte de la jeunesse, de l'apparence et de la forme ;
- l'affirmation croissante de l'individualisme et des droits afférents ;
- la remise en cause de toutes les formes d'autorité ;
- la baisse de confiance envers les institutions se manifestant par un passage du tout institutionnel au tout à domicile ;
- la transformation du lien social (passage d'allégeances institutionnelles à des accointances de réseaux) ;
- la mutation des rôles sexuels et des modes relationnels ;
- la fragilisation du lien familial et paradoxalement sa réaffirmation ;
- l'augmentation de l'anomie (diverses formes de transgressions, de violences et de déviances) ;
- la judiciarisation accrue des rapports sociaux ;
- l'affaiblissement des nations-états ;
- la montée de toutes les formes de communautarisme, y compris religieux ;
- la montée réactive de néo-conservatismes, des populismes et des identités ethno-culturelles (et donc de la remise en cause de l'Europe actuelle) ;

- l'affirmation de l'écologie comme tentative de nouvelle doctrine universelle de référence (religion postindustrielle) et prise de conscience d'un destin planétaire assortie d'une posture pénitentielle ;
- le développement de la biologie, entraînant un nouveau questionnement de la vie, du rapport aux espèces vivantes, de la mort, empreint d'une quête éthique, voire d'une « mystique bio » ;
- le fulgurant développement des nouvelles technologies numériques dont les conséquences sont (et surtout seront) proprement stupéfiantes sur tous les domaines de notre vie et de notre organisation sociale ;
- la fragilisation sécuritaire de nos sociétés développées, due précisément à leurs options de développement, et son impact économique.

7. LA NECESSITE DE CHANGEMENTS ET D'INNOVATIONS

La formule suivante résume la problématique majeure des secteurs sanitaire, sociale et médico-social : (B >R ⇒ I)

Besoins > Ressources ⇒ solutions alternatives ⇒ innovations

La poursuite des solutions jusqu'alors utilisées n'est déjà plus et ne sera assurément plus possible. L'innovation représente l'alternative au déclin.

8. LES DIVERS NIVEAUX D'IMPACTS DE LA TRANSITION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

a. L'impact sur les relations entre bénéficiaires et opérateurs/professionnels :

- **Évolution des attentes des publics** : demande d'*independent living* d'*advocacy*, d'inclusion dans le droit commun (*mainstreaming*), bref, d'être acteur de sa vie ;

- **Recentrage sur la personne**, ses besoins, ses attentes, son parcours et son projet de vie ;
- **Participation accrue** des personnes bénéficiaires et leur entourage (information, consultation et négociation régulières, co-construction et co-évaluation de leur projet d'accompagnement, entraide et pair émulation)

b. L'impact sur les organisations :

- **Impact sur les configurations** des opérateurs (reconfiguration en pôles, puis en plateaux techniques et plateformes de services, etc.) ;
- **Impact sur le patrimoine** et sa gestion (avenir de l'héritage immobilier, relocalisation, dématérialisation, externalisation, etc.) ;
- **Impact sur les organigrammes** (déplacement, apparition ou disparition de certaines compétences et fonctions, modifications catégorielles, évolution des fonctions et des rôles professionnels) ;
- **Impact sur l'organisation de l'activité** (modifications d'horaires d'intervention, mobilité accrue) ;
- **Impact sur les pratiques professionnelles** : nouvelles pratiques professionnelles : *coaching*, coordination de parcours et projets, *group conferencing*, *case management*, etc.).

c. L'impact sur le management :

- **Impact sur les modes et styles de management** (management plus participatif, davantage fondé sur la responsabilisation et la délégation) ;
- **Impact sur le rôle des cadres** (affirmation des équipes de direction, évolution vers des cadres chargés de mission, diminution de la ligne hiérarchique au profit d'une ligne fonctionnelle) ;
- **Impact sur la gestion des emplois et compétences** [GPEC] (importance de la prospective et du R&D [recherche et développement], anticipation des évolutions professionnelles, mobilité professionnelle accrue, *empowerment*, rôle de la formation).

d. L'impact sur les opérateurs :

- **Impact sur la gouvernance associative** (nécessité d'une taille critique, importance du projet associatif : clarification indispensable de la relation entre projet politique et projet opérationnel, interrogation de la pérennité de la gestion associative, réalité de la vie associative : rôle des adhérents, communication de l'association dans son environnement) ;
- **Impact sur les relations inter-associatives** (concentration des opérateurs impulsée par la puissance publique, collaborations et conventions entre opérateurs, mutualisation de ressources humaines et matérielles) ;
- **Impact sur les relations entre associations et commanditaires** (les associations vont-elles devenir de purs exécutants ou établir des relations partenariales ? Devenir des entreprises plus indépendantes des subsides publics ? Agir de manière plus politique : devenir des *claimsmakers* ?) ;
- **Impact sur les relations entre partenaires sociaux** (quel avenir pour des conventions obsolètes et bloquantes ? Comment dépasser ces blocages ?).