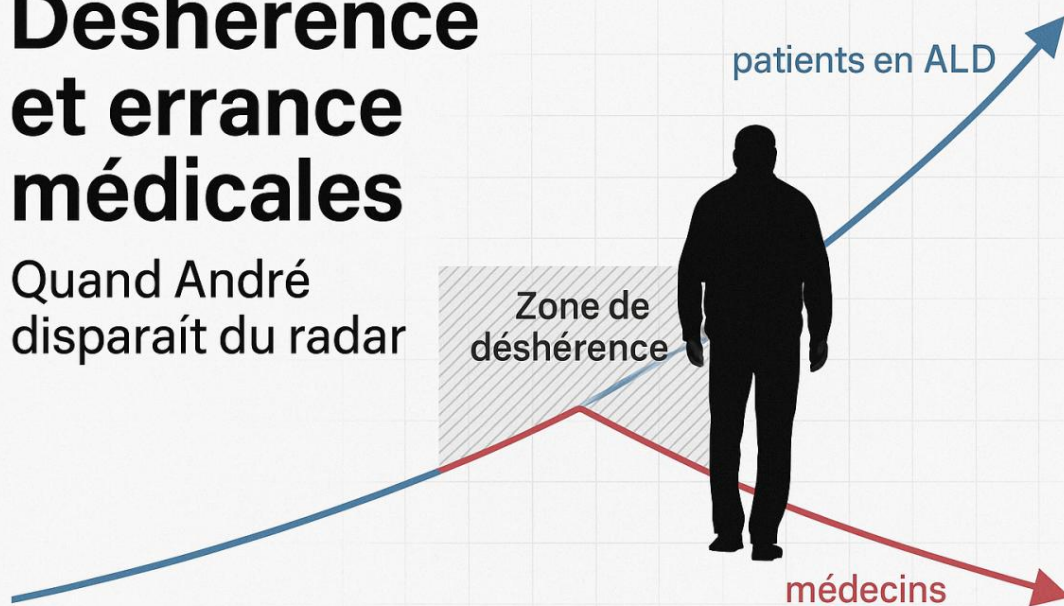


# Déshérence et errance médicales

Quand André  
disparaît du radar



## ARTICLE 1 – Déshérence et errance médicales : quand André disparaît du radar

10 décembre 2025

### Préambule

La France entre dans une zone de tension sanitaire sans précédent :

- Explosion des maladies chroniques et vieillissement de la population,
- Démographie médicale en durablement en décroissance (attractivité des métiers de la santé),
- Fragmentation persistante des parcours,
- Incapacité structurelle à garantir une continuité des soins à ceux qui en dépendent le plus.

Dans ce contexte, le **PLFSS récemment voté “a minima”**, sans inflexion majeure sur l'accès aux soins, la prévention, la coordination ni la télésurveillance, agit comme un révélateur : **nous n'avons toujours pas de politique publique à la hauteur du défi posé par la chronicité, la dépendance, et la transition épidémiologique qui s'accélère.**

Pendant que le débat budgétaire se concentre sur des ajustements marginaux, deux dynamiques massives s'amplifient :

- **l'errance médicale** (multiplication des consultations sans cohérence),
- **la déshérence médicale** (rupture totale de suivi).

Elles ne relèvent ni du hasard, ni du manque de bonne volonté individuelle. Elles sont **mécaniques, systémiques, prévisibles** et désormais quantitativement préoccupantes.

**Cette série de 5 articles** propose d'analyser ces phénomènes à leur racine, puis de montrer quelles solutions structurelles existent réellement : jumeaux numériques, IoMT, IA multi-agents, accompagnement humain professionnalisé (IDEL, IPA, PSAD), et modèles organisationnels capables de prendre en charge la population chroniquement malade.

Ce premier article raconte l'histoire d'André, 74 ans. Parce qu'avant toute réforme, tout financement, toute technologie, il existe une réalité que l'on ne regarde pas : **le système français produit aujourd'hui des milliers d'André invisibles et continuera de le faire tant que son architecture restera inchangée.**

### **Quand André disparaît du radar**

12 millions de patients en ALD. Une démographie médicale en chute libre. Des centaines de milliers d'André glissant chaque année entre les mailles du système. Voici l'histoire de l'un d'eux.

André a 74 ans. Syndrome métabolique, diabète de type 2, hypertension, début d'insuffisance rénale. Il vit dans un village de Tarentaise, en Savoie. Pendant vingt ans, il a été suivi par le même généraliste. Puis celui-ci part à la retraite.

Le cabinet du bourg est repris par de jeunes praticiens saisonniers attirés par l'activité « traumatisme-ski » : entorses, fractures, radios rapides, ordonnances immédiates. Des actes simples, courts, bien remboursés, sans engagement longitudinal.

André, lui, n'entre pas dans cette logique. Son profil impose six spécialistes, des ajustements thérapeutiques fréquents, une surveillance continue. Il n'est pas "complexe" en soi : il est simplement chroniquement malade, comme des millions de Français. Mais dans un système structuré autour de l'acte ponctuel, ce type de patient devient trop long, trop exigeant, trop risqué, et pas suffisamment rémunérateur.

L'équation économique est implacable :

- Consultation traumatisme-ski (touriste) : 25 € pour 15 minutes.
- Suivi André (polypathologie) : 25 € pour 45 minutes + coordination avec 6 spécialistes.

Un investissement clinique bien supérieur pour une rémunération identique. Le système ne fabrique pas des médecins cyniques : il crée des incitations qui rendent irrationnel de bien prendre en charge ceux qui en ont le plus besoin.

André se retrouve sans médecin. Ni suivi, ni coordination, ni relais.

Ce n'est pas un accident. C'est un résultat lié à l'architecture du système de santé et aux contraintes démographiques tant médicales que populationnelles, et aux contraintes budgétaires d'un système axé sur le traitement des phases aiguës *Versus* une médecine de prévention.

### **Errance médicale, déshérence médicale : deux symptômes d'un même système**

**Errance médicale** : le patient consulte en cascade, accumule avis et examens sans cohérence, faute d'un pilote diagnostique.

**Déshérence médicale** : le suivi se rompt complètement ; plus de médecin référent, plus de trajectoire, plus de responsabilité clinique identifiable.

L'errance est douloureuse. La déshérence est dangereuse.

Point commun : **un système conçu pour gérer des actes isolés, pas des parcours de vies qui finissent par se confondre avec des parcours de soins, notamment pour les patients atteints d'affection chroniques (affections de longue durée - ALD-).**

Dans cette architecture fragmentée, le patient devient la seule interface entre spécialistes, structures et épisodes de soins. Un rôle au-dessus de ses forces : il n'a ni les compétences médicales, ni les outils, ni la mémoire organisationnelle nécessaires.

**André ne disparaît pas par malchance : il disparaît parce que le système n'a pas été conçu pour lui**

André tombe dans une zone morte : **le temps de la dégradation silencieuse entre les hospitalisations d'urgence** (souvent gérées par les pompiers du SDIS, plus que par le médecin traitant...parce qu'André n'en dispose plus et n'est plus suivi depuis des années), là où se préparent la majorité des déstabilisations cliniques :

- Personne ne surveille sa trajectoire,
- Personne ne détecte les signaux faibles,
- Personne ne voit venir la dégradation clinique progressive qui mènera, un matin, à l'hospitalisation en urgence : celle qu'on aurait pu et dû éviter.

Ce n'est pas un manque de bonne volonté médicale. C'est une **propriété émergente** d'un système qui n'a jamais été pensé pour orchestrer en continu des parcours de soins centrés sur le patient, et notamment en cas de polypathologie chronique.

C'est un système qui pose deux questions désormais critiques :

- L'accès aux soins : le système est embolisé, ayant atteint les limites d'une architecture pensée en 1945 pour une autre démographie, une autre "épidémiologie".

- La soutenabilité financière : le vote du PFLSS 2025 en témoigne, on pose des emplâtres sur une jambe de bois, faute d'oser repenser l'architecture et la "philosophie" du système de soin (bascule d'une médecine de l'aigu, vers une médecine préventive).

### **Mais si le problème est structurel, comment peut-on le résoudre ?**

Oui, mais certainement pas en ajoutant mécaniquement "plus de médecins" ou "plus de budget". Dans un contexte de pénurie démographique, d'explosion des ALD et de fragmentation organisationnelle, cette approche ne suffira jamais. La question pertinente devient alors :

### ***Que faudrait-il ajouter au système pour qu'aucun patient ne tombe comme André dans cette zone morte ?***

#### **→ Article 2 : La mécanique de l'abandon**

Dans l'article 2, nous disséquerons la mécanique interne qui fabrique la déshérence : démographie, économie de l'acte, complexité clinique, fragmentation organisationnelle.

Vous verrez pourquoi, dans la configuration actuelle, même les médecins les plus engagés ne peuvent empêcher qu'André devienne invisible, tant que la structure du système reste inchangée.

---

#DéshérenceMédicale #ErranceMédicale #ALD #ParcoursDeSoins  
#MédecineChronique #SantéPublique #TransformationSanté