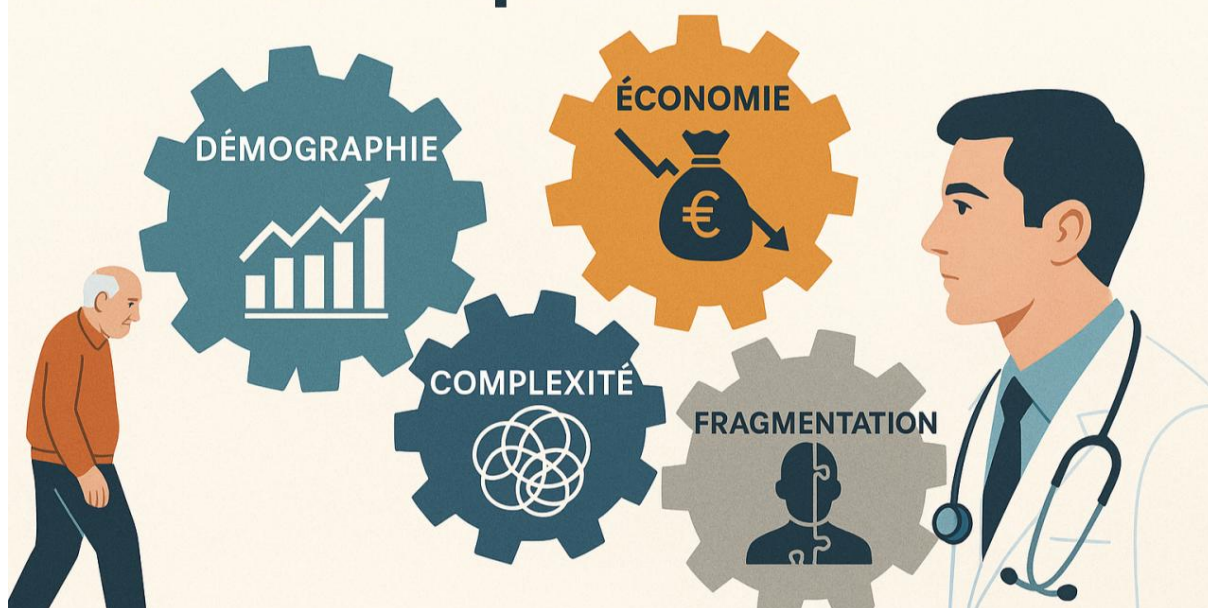


# La mécanique de l'abandon



## ARTICLE 2 – La mécanique de l'abandon : comment le système invisibilise les patients "complexes"

12 décembre 2025

(Série : « Déshérence et errance médicales » — Article 2/5)

Dans l'article 1 [<https://www.linkedin.com/pulse/article-1-d%C3%A9sh%C3%A9rence-et-errance-m%C3%A9dicales-quand-andr%C3%A9-vetillard-jsphe>], André ( 74 ans, diabète, insuffisance rénale débutante, hypertension, ...) disparaissait du radar après le départ de son médecin traitant dans une zone géographique sous dotée en offre de soins.

Aujourd'hui, nous répondons à une question simple : **comment un patient "stable" devient-il structurellement invisible, jusqu'à la décompensation aiguë ?**

La réponse tient à **quatre rouages parfaitement alignés**. Un engrenage qui transforme l'abandon en phénomène statistique, même chez les médecins les plus engagés.

### 1. Rouage démographique : l'offre s'effondre, la demande explose

Du côté de l'offre (DREES, CNOM)

- -10 % de généralistes d'ici 2030,
- 47 % ont actuellement plus de 55 ans,
- Effet retard du numerus clausus réduit (1993–2006),
- Désertification rurale accélérée,

- Moindre attractivité des professions de santé,
- Les nouveaux médecins n'aspirent plus de façon légitime à devoir travailler seuls, isolés, et faire des semaines de 70+ heures.

### **Du côté de la demande (CNAM, IRDES, SPF)**

- **12,2 M de patients en ALD** (+2,8 %/an),
- Parmi ceux-ci, 20 % à 25 % des adultes présentent un syndrome métabolique (Étude ESTEBAN, Santé Publique France ; cohorte CONSTANCES ; cohorte MONA LISA) dont 40% environ ont plus de 65 ans et sont à 60% majoritairement des hommes (Nos "André"). Cela représente **entre 7 et 10 millions de Français** aujourd'hui.
- 60–70 % des +65 ans avec  $\geq 2$  maladies chroniques,
- +50 % de maladies neurodégénératives d'ici 2040,
- Vieillesse massive de la population : 28% de plus de 65 ans en 2050 dont 13% de plus de 80 ans

**Conséquence mécanique** : +30 à +40 % de patients chroniques par médecin, avec moins de temps clinique disponible. **C'est mission impossible** : Charge mentale en augmentation exponentielle, risque majoré de "Burn Out", qualité du service médical perçue en baisse.

Aucune organisation actuelle ne peut absorber ce choc.

### **2. Rouage économique : le (fameux) paiement à l'acte rend André "non soutenable"**

Reprenons la Tarentaise. Le cabinet médical local a été racheté par de jeunes praticiens spécialisés en traumatologie de ski, attirés par l'activité saisonnière lucrative.

Comparons deux patients types du point de vue économique du praticien :

- Même taux de remboursement,
- Durées et charges incomparables.

#### **Patient A : Skieur amateur de passage en Tarentaise**

##### **Luxation du genou (acte simple)**

- **Consultation** : 26,50€,
- **Durée** : 15 minutes (radio, prescription),
- **Complexité faible** : présentation clinique "simple",
- **Coordination nécessaire** : aucune (le skieur repart dans 4 jours),

- **Responsabilité médico-légale** : faible (certificat arrêt de travail),
- **Revenu horaire** : 106€/h.

**Patient André : Polypathologique chronique vieillissant enraciné dans sa vallée**

- **Consultation** : 26,50€,
- **Durée** : 45 minutes (contrôle constantes, lecture examens multiples, anamnèse plus complexe),
- **Complexité élevée** : polypathologique chronique,
- **Coordination médicale** : 15-30 minutes (non rémunérée) courriers, appels, synthèse spécialistes et ce à chaque consultation d'André,
- **Responsabilité médico-légale** : maximale ! (chronicité, risque décompensation, iatrogénie),
- **Revenu horaire** : 25 à 35€ de l'heure.

**Ratio économique brut : 106€/h vs 35€/h = 1:3 en faveur du patient "simple".**

Si on intègre le temps de coordination non rémunéré (appels confrères, synthèses, gestion des interactions médicamenteuses), le ratio monte à **1:4**.

C'est une **incitation structurelle** qui favorise le modèle "fire and forget" (actes simples, patients vus une fois, pas de suivi longitudinal) **au détriment de la prise en charge chronique complexe**.

Les dispositifs de rémunération complémentaire existent (Forfait Patientèle Médecin Traitant - FPM-, Rémunération sur objectifs de santé publique - ROSP-, Forfait CPTS...) mais ces incitations financières sont très loin de compenser les heures de coordination non rémunérées par an et par patient ALD complexe :

- Aujourd'hui, suivre un patient chronique complexe comme André rapporte souvent 5 à 70 €/an selon son âge et son ALD,
- Pour des dizaines d'heures de coordination invisible, non rémunérée et non outillée.

Note : En 2026, le FMT corrigera très partiellement cette incohérence (attendons la décision du Sénat sur le PFLSS).

Dans ce modèle, André (patient polypathologique chronique vieillissant) devient **économiquement indésirable**.

**3. Rouage cognitif : la complexité dépasse les capacités humaines**

Notamment dans les zones sous-dotées où l'on voit régulièrement des médecins travailler **50 à 60+ heures par semaine** (CNOM), la charge mentale/cognitive reste impossible à gérer pour un médecin (d'autant plus s'il/elle exerce de façon isolée sans secrétariat médical).

### **Décomposition de la charge "mentale/cognitive"**

#### **Un médecin suit souvent :**

- **1 200 à 1 500 patients,**
- dont **200 à 300 "André"** (polypathologies, haut risque),
- et **900 à 1 200 autres patients** "simples" mais nécessitant suivi, dépistage, prévention,

Même avec 60 h/semaine, seuls **14 400 minutes mensuelles** sont disponibles, bien entendu sans comptabiliser :

- les urgences,
- les visites,
- l'administratif,
- la coordination.

#### **Pour les 250 "André" :**

- 3 750 points de vigilance (5 pathologies x 3 paramètres)
- 2 500 lignes thérapeutiques (10 médicaments x 250)
- 1 250 relations interprofessionnelles (5 spécialistes x 250)

#### **Pour les 1 000 autres patients :**

Résultats, renouvellements, symptômes, interactions, dépistages, prévention... La "petite complexité" multipliée par 1 000 devient un second océan de naufrage cognitif.

Dès lors il ne faut pas s'étonner des messages sur les répondants disant "Je ne prends plus de nouveaux patients". Ce n'est pas par mauvaise volonté, c'est que le/la professionnel(le) de santé ne peut physiquement (et mentalement) accepter de traiter plus de patients (même simples).

### **Prenons du recul et mettons cela en perspective**

Un patient ALD correctement suivi (selon les "standards actuels" de "maintenance planifiée" du patient) est vu **4 heures par an**.

Les **8 756 heures restantes** sont la zone aveugle où se jouent 95 % des décompensations :

- la tension dérive,
- la créatinine monte,
- la glycémie s'emballle,
- la rétention hydrique s'installe,
- l'observance se délite.

Sans monitoring continu, **ces signaux faibles sont invisibles**. Même un médecin brillant, équipé (selon les "standards actuels") et surinvesti (au risque évident de négliger sa propre santé), ne peut compenser ce déséquilibre mathématique de supervision.

**La déshérence devient une conséquence mathématique.**

**Et avec elle la perte totale du suivi de la dégradation clinique d'André.**

#### **4. Rouage organisationnel : fragmentation et absence d'orchestration**

**André doit voyager dans un système de santé complexe**

Le parcours de soins d'André mobilise au minimum :

- 1 médecin généraliste (médecine de ville, secteur libéral),
- 3 spécialistes hospitaliers ou libéraux (cardiologue, néphrologue, ophtalmologue),
- 1 laboratoire d'analyses médicales (secteur privé),
- 1 pharmacien d'officine,
- 1 infirmière libérale (IDEL) pour soins à domicile si besoin,
- Ponctuellement : services d'urgences hospitaliers, radiologie, autres consultations.

**Le problème** : ces acteurs travaillent dans des silos étanches.

**Qui souffre d'une Fragmentation des systèmes d'information**

- Le cardiologue ne voit pas automatiquement les résultats du laboratoire,
- Le néphrologue ne sait pas en temps réel ce que prescrit le généraliste,
- L'ophtalmologue ne connaît pas l'évolution de la fonction rénale (pourtant critique pour certains traitements oculaires),

- Le pharmacien détecte parfois des interactions, mais n'a pas accès à l'historique complet ni aux derniers bilans biologiques,
- Les urgences repartent souvent de zéro faute d'accès au dossier,

Il existe théoriquement un Dossier Médical Partagé (DMP), mais :

- Taux d'utilisation effective par les professionnels : faible
- Alimentation du DMP : manuelle, chronophage, incomplète
- Interopérabilité réelle entre logiciels : limitée

### **D'un déficit d'outil de coordination partagé...**

- Pas de plateforme commune de communication entre professionnels,
- Échanges par courriers papier (délai : plusieurs jours à plusieurs semaines),
- Ou par fax (quand il fonctionne),
- Ou par emails non sécurisés (problème RGPD),
- Ou par téléphone (jeu du chat et de la souris entre secrétariats),
- Ou par whatsapp, iPhone (regarde cet abdomen sans préparation.. c'est dingue non ?) : Allo RGPD ?
- Au "mieux", échange de PDF (données non structurées donc inexploitable) via une messagerie sécurisée.

Résultat : coordination asynchrone, inefficace, chronophage.

### **Et surtout...Absence de "chef d'orchestre" désigné et outillé**

Le médecin généraliste est censé jouer ce rôle de coordination. Mais :

- Il n'a ni les outils numériques adaptés,
- Ni le temps (coordination = travail invisible non rémunéré),
- Ni la visibilité en temps réel sur ce que font les autres acteurs,
- Ni le pouvoir de contraindre les autres professionnels à communiquer avec lui.

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) commencent à émerger, mais :

- Couverture territoriale partielle
- Moyens limités
- Pas d'intégration numérique avancée dans la plupart des cas

## **Le système transfère l'orchestration... au patient.**

Résultat de cette fragmentation : **André devient la seule interface** entre tous ces professionnels. On lui demande implicitement de :

- Mémoriser et transmettre son historique médical complet à chaque nouvelle consultation,
- Apporter ses résultats de laboratoire (s'il pense à les demander, s'il les a reçus, s'il ne les a pas perdus),
- Coordonner les rendez-vous entre spécialistes (« revenez me voir après avoir vu le cardiologue »),
- Vérifier la cohérence des prescriptions multiples (le cardiologue a ajouté un médicament, le néphrologue en a retiré un autre — est-ce compatible ?),
- Détecter lui-même les interactions médicamenteuses dangereuses,
- Signaler les signaux faibles d'aggravation (« si vous avez les jambes qui gonflent, rappelez-moi »),
- Se rappeler des dates de renouvellement d'examens (« il faudra refaire une créatinine dans 3 mois »).

## **Et c'est au-dessus de ses forces, au-delà de ses capacités (déclinantes).**

André a 74 ans. Il n'a pas fait d'études supérieures. Il a une littératie en santé limitée. Sa mémoire commence à flancher légèrement (micro-vascularisation cérébrale en berne). Il vit seul depuis le décès de sa femme (qui gérait l'administratif).

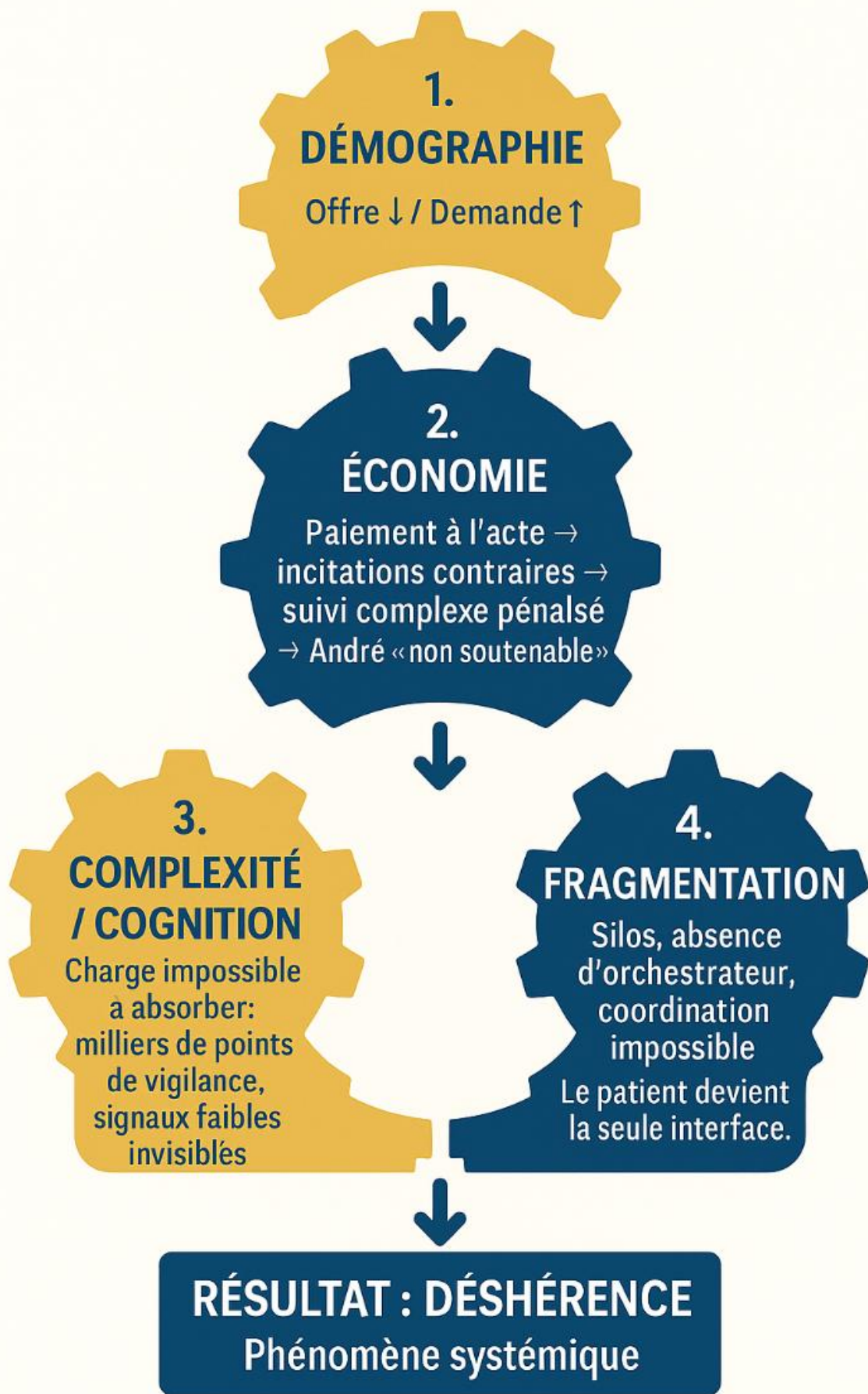
Quand André "lâche" ( par fatigue, confusion, découragement, ou simple oubli ), le système n'a **aucun filet de sécurité**.

Pas d'alerte automatique. Pas de relance. Pas de surveillance.

André tombe dans la zone morte. Et personne ne s'en aperçoit.

## **5. Les 4 rouages qui fabriquent la déshérence**

Récapitulons nous...



## **6. Conclusion : l'abandon n'est pas un accident, c'est un produit émergent du système**

Les quatre rouages combinés créent une architecture où :

- la surcharge est permanente,
- les signaux faibles sont invisibles,
- la coordination impossible,
- la complexité ingérable.

Tant que la réponse restera : "plus de médecins", "plus de budget", "plus de consultations", rien ne changera.

**Le problème n'est pas quantitatif. Il est structurel.**

La question n'est pas : **Comment faire plus ?** Mais : **Comment faire autrement ?**

Il manque au système une couche d'**intelligence continue**, capable de :

- surveiller,
- détecter,
- prédire,
- alerter,
- orchestrer.

Tous les systèmes industriels critiques du monde (aviation, énergie, ferroviaire, pétrole, data centers) ont basculé depuis 20 ans vers la maintenance prédictive, car la maintenance planifiée "tous les X mois" est économiquement et opérationnellement obsolète.

**L'un des rares systèmes majeurs à ne pas en bénéficier est... la santé humaine.**

→ **Article 3 : De la maintenance planifiée à la maintenance prédictive**

**Ce qui manque au système, ce n'est pas plus d'humains. C'est une forme d'intelligence qui ne dort jamais.**

**Le paradigme actuel : "Revenez me voir dans 3 mois"**

Et encore ce délai, c'est quand on est suivi par un médecin traitant...

Aujourd'hui, la médecine de ville fonctionne comme l'entretien automobile des années 1970 : **maintenance planifiée sur calendrier fixe**, aveugle à l'état réel du patient entre deux consultations.

Peu importe que votre glycémie dérive au bout de 6 semaines (Bah c'est Noël quand même... sauf pour ta résistance à l'insuline). Peu importe que votre tension échappe au contrôle dès la semaine 2. Le système intervient selon un planning prédéfini, pas selon les besoins réels.

Dans l'article 3, nous verrons comment un jumeau numérique peut détecter la décompensation d'André **3 semaines avant les symptômes**, et pourquoi Kaiser Permanente a réduit de 30 % les hospitalisations évitables en généralisant ce modèle.