



ARTICLE 4 — LE VERROU ÉCONOMIQUE

9 janvier 2026

Pourquoi notre système de santé finance l'échec (apparition de la pathologie) plutôt que la prévention

Série « Déshérence et errance médicales » — Article 4/5

Rappel de contexte (synthèse des articles 1 à 3)

Dans les trois premiers articles de cette série, nous avons montré que la déshérence médicale des patients polyopathologiques n'est ni accidentelle ni marginale.

- **Article 1** (<https://tinyurl.com/bdumayaz>) : André, patient vieillissant atteint de syndrome métabolique en Tarentaise, bascule dans la déshérence après le départ de son médecin traitant — non par négligence, mais parce qu'il sort du "cœur de cible" d'une offre de soins réorganisée autour de l'aigu et du saisonnier.
- **Article 2** (<https://tinyurl.com/mry2yph4>) : cette invisibilisation est produite par quatre mécanismes systémiques conjoints : déséquilibre démographique, incitations économiques inadaptées, surcharge cognitive des professionnels, fragmentation non orchestrée des parcours.
- **Article 3 Partie 1** (<https://tinyurl.com/2jahve6x>) **et Partie 2** (<https://tinyurl.com/4sb3b4at>) : nous avons montré que les briques technologiques existent désormais (IoMT, IA, télésurveillance avancée) pour passer d'une médecine aveugle entre les consultations à une médecine capable d'anticiper les décompensations cliniques.

Une question reste alors entière : **si la clinique est prête, si la technologie est mature, pourquoi ces approches ne passent-elles pas à l'échelle ?**

La réponse n'est ni médicale, ni technologique. Elle est **économique et institutionnelle**.

Préambule méthodologique

Cet article distingue explicitement trois niveaux de raisonnement :

- **[ÉTABLI]** : résultats cliniques et économiques documentés dans la littérature ou les rapports publics.
- **[ORDRE DE GRANDEUR]** : modélisations plausibles fondées sur expérimentations françaises (ETAPES, Article 51) et retours terrain.
- **[ILLUSTRATION]** : scénarios stylisés destinés à rendre intelligible une mécanique économique, non à produire une prévision.

L'objectif n'est pas de convaincre par l'adhésion idéologique, mais de **montrer pourquoi un système rationnel peut produire un échec collectif**, même lorsque les preuves, les technologies et les acteurs sont prêts.

1. Le paradoxe de la preuve

La déshérence médicale n'est ni un accident ni une anomalie marginale. Elle est la conséquence directe d'un système qui structurellement est conçu pour traiter des épisodes aigus sans mémoire de long terme de la trajectoire du patient, aveugle à la dégradation clinique silencieuse et invisible du patient et donc non optimisé pour la prise en charge des Affections de Longue Durée (ALD) particulièrement insidieuses et coûteuses pour un système basé sur la T2A (tarification à l'acte) et orienté exclusivement vers une médecine d'aigu.

La littérature scientifique récente converge désormais :

[ÉTABLI] Des programmes de télésurveillance et de *Remote Patient Monitoring* (RPM), lorsqu'ils sont correctement opérés (protocoles clairs, boucle clinique effective, accompagnement humain), permettent de réduire significativement les hospitalisations évitables dans plusieurs pathologies chroniques, notamment l'insuffisance cardiaque.

Les amplitudes d'effet varient selon l'intensité des programmes et leur intégration organisationnelle, mais la **preuve de concept clinique est acquise**.

=> Le problème n'est donc plus :

- médical,
- ni technologique.

=> Il est économique et institutionnel (voire culturel).

2. Création de valeur vs capture de valeur : le grand découplage

Un programme de prévention prédictive bien conçu crée une valeur systémique considérable :

- hospitalisations évitées,
- autonomie prolongée,
- réduction de l'iatrogénie,
- temps médical libéré,
- amélioration de la qualité de vie des patients et des aidants.

Mais cette valeur est **fragmentée** entre des acteurs qui ne sont ni alignés ni coordonnés économiquement :

Acteur	Valeur créée	Valeur réellement captée	Incitation
Assurance Maladie	Économies hospitalières	Différée (12-36 mois)	Plutôt positive
Hôpital (T2A)	Désengorgement, lits disponibles	Perte de recettes	Négative
Médecin de ville	Visibilité clinique, anticipation	Supervision non rémunérée	Négative
Opérateur RPM	Rend la boucle possible	Incertain	Risqué
Patient	Qualité de vie, sécurité	Non monétisable	Positive

=> **L'acteur qui doit investir n'est pas celui qui capte l'essentiel des gains.** C'est le cœur du verrou économique.

3. Le "suicide budgétaire" rationnel de l'hôpital

Considérons un scénario volontairement simplifié.

[ILLUSTRATION] Un établissement lance un programme RPM pour **2 000 patients insuffisants cardiaques**.

- Base : $2\,000 \times 0,4$ hospitalisation/an = 800 hospitalisations/an
- Réduction attendue (programme bien opéré) : -30 %
- Hospitalisations évitées : 240/an
- Coût moyen d'un séjour : ~5 000 €

Bilan "global" => Économie collective : ~1,2 M€ / an.

Mais sous **T2A**, ces 240 séjours évités deviennent mécaniquement **240 séjours facturés en moins**.

Du point de vue micro-économique hospitalier :

- investissement initial (SI, protocoles, formation),
- coûts opérationnels récurrents,
- baisse d'activité et donc de recettes.

=> **La décision rationnelle du directeur est de ne pas investir.**

Ce n'est ni un manque de vision, ni un refus de la prévention. C'est une contrainte structurelle inscrite dans le modèle de financement. Demander aujourd'hui à un hôpital de réussir la prévention prédictive, c'est lui demander d'accepter une perte certaine pour un gain collectif diffus.

Théorème du verrou économique

Lorsqu'un acteur supporte le coût de l'investissement préventif mais ne capte pas les économies qu'il génère, l'investissement devient rationnellement impossible, même s'il est collectivement optimal.

Ce théorème explique à lui seul :

- l'échec du passage à l'échelle,
- la marginalisation des expérimentations,
- la répétition des "preuves sans généralisation".

4. Le juge de paix : le coût marginal et la scalabilité

La question décisive n'est plus "est-ce que ça marche ?"

Elle est : "peut-on généraliser ?"

Pour **12 millions de patients en ALD**, la variable réellement discriminante est le **coût marginal par patient et par an**.

- Modèles très intensifs en humains : efficaces mais structurellement non généralisables.
- Modèles d'infrastructure (automatisation, IA, orchestration) : efficacité individuelle parfois légèrement moindre, mais **scalabilité réelle**.

[ORDRE DE GRANDEUR]

- ~650 €/patient/an → impossible à l'échelle nationale.
- ~100–150 €/patient/an → soutenable macro-économiquement.

=> **La réduction du coût marginal n'est pas un "nice-to-have".**

C'est une condition *Sine Qua None* du passage à l'échelle.

5. La vallée de la mort de la trésorerie (BFR)

Même lorsqu'un programme est rentable à moyen terme, il affronte un mur :

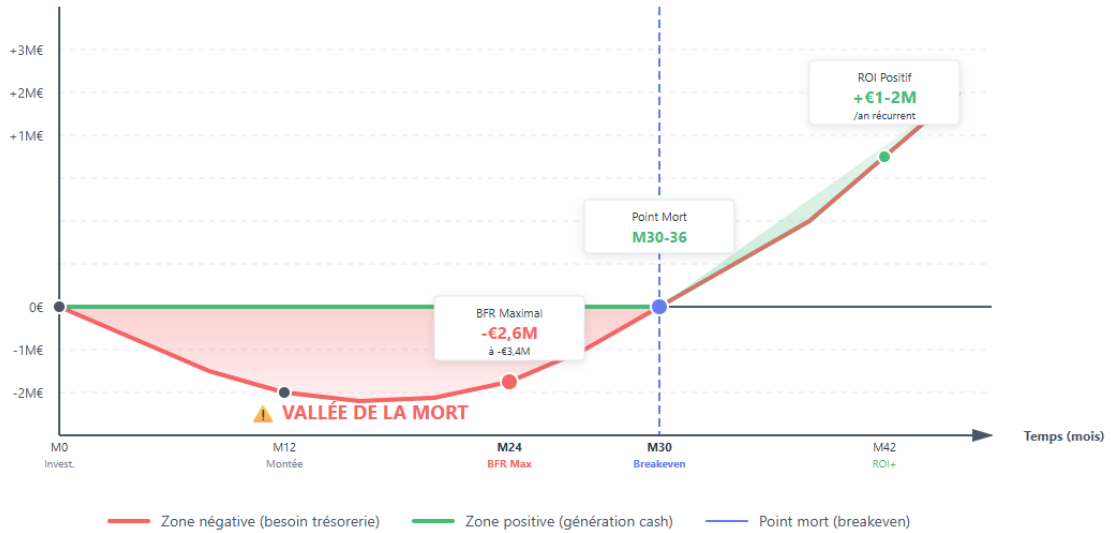
Le **Besoin en Fonds de Roulement (BFR)**.

- Phase 1 : investissements de précedence (SI, formation, gouvernance). Dans l'économie de type plateforme, il est nécessaire de mettre en place un certain nombre de prérequis qui pourront être mutualisés par la suite, mais qui doivent être financés et supportés à 100% par la première itération d'un projet les utilisant, même si leurs coûts (CapEx, OpEx) pourront être partagés dans le futur (quand d'autres projets consommateurs de ces prérequis apparaitront).
- Phase 2 : montée en charge, coûts récurrents, économies encore partielles.
- Phase 3 : point mort, puis bénéfices nets.
- Phase 4 : Instanciation d'autres projets (passage à l'échelle par réplication territoriale par exemple), pouvant participer au financement des composants mutualisables, ou instanciés nationalement / régionalement.

Pendant **18 à 24 mois (voir plus)**, le cash-flow est négatif.

La "Vallée de la Mort" du BFR

Flux de trésorerie cumulé - Territoire pilote 5 000 patients



INVESTISSEMENT INITIAL

-€1,2M

Précédence : SI, formation, protocoles, gouvernance (année 0)

BFR MAXIMAL

-€2,6M

Pic trésorerie négative à M18-24 avant stabilisation

POINT MORT

M30-36

Retour flux positifs, début génération économies nettes

ROI ANNÉE 5

1,45x

€9M économies cumulées / €6,2M investissement total

Les 3 Phases Critiques

1

Investissement Précédence

M0-M12

Dépenses massives sans recettes : intégration SI, formation professionnels, équipements IoMT, protocoles cliniques, gouvernance. Flux sortant €1,2M-€2M.

2

Latence ("Vallée")

M12-M24

Programme opérationnel, patients équipés, mais économies hospitalisations pas encore réallouées. Coûts opex continus €1M/an. BFR négatif maximal atteint (-€2,6M à -€3,4M).

3

Point Mort & ROI

M30+

Économies hospitalisations pleines (€2-3M/an) couvrent coûts opérationnels. Flux net positif +€1-2M/an récurrent. ROI cumulé 5 ans : 1,45x (scénario médian).

Autrement dit :

Quelqu'un doit accepter de perdre de l'argent pendant 24/36 mois pour que le système (*) commence ensuite à en économiser.

(*) à la condition que le cash flow positif dudit système soit aligné avec l'architecture micro-économique de ses sous-systèmes.

Ni les hôpitaux sous T2A, ni les CPTS, ni les startups ne peuvent absorber seuls cette vallée.

=> **Seule la puissance publique le peut**, à condition d'aligner ensuite les flux micro-économiques. Il faut donc repenser l'architecture globale du système pour aller vers la gestion d'objectifs de santé populationnelle.

Le montant nécessaire pour amorcer la prévention prédictive à l'échelle nationale représente environ **0,06 % de l'ONDAM**. Autrement dit : ce n'est pas un problème d'argent, c'est un problème de décision du "bon investissement".

6. Le faux mystère Kaiser Permanente

Kaiser Permanente est souvent cité comme preuve que "ça marche".

Ce n'est pas une exception technologique. C'est une exception **économique**.

Kaiser est à la fois :

- assureur,
- hôpital,
- employeur des médecins.

=> Celui qui investit est celui qui capte les économies.

La France dispose paradoxalement d'un atout comparable avec un payeur unique national.

Mais la **plomberie budgétaire** empêche ce payeur de financer directement l'infrastructure qui lui ferait économiser.

Le problème français n'est ni culturel ni idéologique. C'est un problème d'**architecture des flux financiers**, d'architecture du financement du système de santé et donc *In Fine* de la péréquation entre les objectifs qu'on lui assigne (traiter l'aigu et/ou faire de la prévention) et les moyens qu'on lui alloue (ONDAM) et des mécanismes distributifs de ces moyens (T2A, incitations financières...).

7. IA et humain : remettre le temps médical au bon endroit

L'IA ne remplace pas le médecin. Elle remplace et couplée à l'IoMT augmente (dans des proportions gigantesques) le temps passé à surveiller des patients stables et à trier des signaux simples. En libérant ce temps, elle permet :

- plus de décisions complexes,
- plus d'anticipation,
- moins d'urgence subie,
- une médecine redevenue clinique, pas logistique.

=> **L'IA ne déshumanise pas la médecine. Elle la rend à nouveau possible : Prévenir, prendre en charge et traiter mieux, avec un temps de professionnels de santé sanctuarisé sur la relation patient et une charge cognitive acceptable.**

8. Conclusion — Le tabou qu'il faut désormais lever

Il faut désormais le dire clairement :

On ne passera pas d'une médecine de l'aigu à une médecine de prévention sans changer le système de financement de la santé.

La T2A n'est pas un mauvais outil. Elle reste pertinente pour l'aigu.

Mais elle est **structurellement inadaptée** à une épidémiologie dominée par les maladies chroniques :

- elle finance des actes, pas des trajectoires,
- elle rémunère ce qui arrive, pas ce qui est évité,
- elle pénalise économiquement la réussite préventive.

Passer à une médecine de prévention implique donc :

De sortir la prévention, la coordination et la surveillance longitudinale du champ de la T2A, et de les financer via des mécanismes prospectifs alignés sur des objectifs de santé populationnelle.

Ce n'est pas un "grand soir". C'est une adaptation structurelle à la réalité épidémiologique.

9. Objections probables (et pourquoi elles ne tiennent pas)

1. "La T2A est indispensable à la maîtrise des coûts." → Faux dilemme. La T2A maîtrise l'aigu, mais **désincite structurellement l'évitement**. Les deux logiques doivent coexister sur des périmètres distincts.

2. "On ne peut pas tout financer par forfait." → Exact. Il s'agit de **sortir certains segments** (prévention, coordination, surveillance) de la T2A, pas de l'abolir.

3. "L'IA est risquée cliniquement." → Ici, l'IA **n'automatise pas la décision médicale**. Elle automatise la surveillance et le tri, sous gouvernance clinique humaine.

4. "Les professionnels ne sont pas prêts." → Les résistances observées sont principalement liées à des outils mal conçus. Les solutions qui **réduisent réellement la charge mentale et augmentent le Service Médical Rendu** à la patientèle rencontrent une adhésion rapide.

La question n'est donc plus : **"Est-ce rentable ?"** — la réponse est établie.

La vraie question est désormais :

Comment réformer les mécanismes de financement pour rendre rationnel ce qui est cliniquement souhaitable ?

C'est l'objet du dernier article de cette série.

Article 5 : Les leviers concrets pour débloquer le système

- Mécanismes de financement possibles,
- Modèles de gouvernance crédibles,
- Feuille de route réaliste pour passer de l'expérimentation à l'échelle nationale.

Le diagnostic est posé. Les preuves existent. **Reste à en choisir l'architecture.**