



ARTICLE 5 : LA FEUILLE DE ROUTE DE LA TRANSITION D'UNE MEDECINE DE L'AIGU

12 janvier 2026

Comment financer, gouverner et généraliser la prévention prédictive des maladies chroniques en France ?

Série « Déshérence et errance médicales » - Article 5/5

Rappel de contexte (synthèse des articles 1 à 4)

Dans les quatre premiers articles de cette série, nous avons montré que la déshérence médicale des patients polypathologiques 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.

- **Dans l'article 4** (<https://tinyurl.com/msc2bwh8>) nous montrions que le problème était avant tout économique et institutionnel, à savoir que la tarification à l'acte avait une logique antinomique à la médecine de prévention car il n'y avait dans la T2A aucune incitation à réduire le nombre d'actes de médecine aiguë et que donc pour rendre possible la transition vers une médecine préventive, il fallait revoir l'architecture du financement du système de santé et découpler la nécessaire activité de médecine aiguë, de celle de la médecine de prévention.

Dans cet article 5 (vue d'ensemble), nous allons explorer les architectures financières pouvant rendre possible cette nécessaire transition vers la médecine de précision. Ce dernier article répond à la question opérationnelle : **Que faut-il financer, qui doit porter l'amorçage, comment aligner les incitations, et quelle feuille de route crédible pour passer de l'expérimentation à l'échelle ?**

Je vais le publier en 5 sous-articles pour le rendre plus digeste et en faciliter l'appréhension.

ARTICLE 5.1 - PRÉVENTION PRÉDICTIVE : LA GRANDE INFRASTRUCTURE OUBLIÉE DU XXI^e SIÈCLE

Série “Déshérence et errance médicales” – Article 5, Partie 1/5

1. Une médecine qui soigne tard et paye trop cher

Le système de santé français est resté enfermé dans un paradigme hospitalo-centré, axé sur l'aigu, le curatif, et le court terme. Dans ce modèle, la **prévention personnalisée** n'a jamais été pensée comme une priorité ni financée comme une politique publique.

Résultat : nous soignons bien... trop tard. Et cela coûte de plus en plus cher.

- **12 millions de patients en ALD** (+3 %/an)
- **€250 Mds de dépenses ONDAM** (croissance > PIB)
- **Épuisement professionnel massif** chez les soignants (déserts médicaux, burn-out)

1.1. Un gaspillage massif et connu [ÉTABLI]

- Plus de **50 % des dépenses** de santé concernent des pathologies chroniques évitables : Insuffisance cardiaque : €5 Md/an Complications diabète : €8 Md/an BPCO : €3 Md/an
- Plus de **30 % des hospitalisations** sont évitables :

900 000 admissions × €5 000 = **€4,5 Md gaspillés chaque année**

La littérature médicale est claire : les dispositifs de **Remote Patient Monitoring** (même si supervisés par des professionnels de santé et non des IA) permettent de réduire les hospitalisations de **25 à 45 %**.

2. Réparer, oui. Prévenir, non.

Nous excellons dans la gestion des urgences ou des soins aigus :

- Survie post-AVC : Top 3 UE
- Survie cancers : Top 5 mondial
- Transplantations : Leader européen

Mais la France échoue à anticiper, à prévenir, à accompagner sur le long terme :

- **Espérance de vie en bonne santé** : 64 ans (France) vs 72 ans (Suède)
- **Hospitalisations évitables** : 30 % (France) vs 15 % (Pays-Bas)

=> Nous savons réparer. Mais nous refusons toujours d'anticiper.

3. La prévention prédictive : une médecine de précision à 3 couches

La prévention prédictive repose sur **une approche holistique et structurée** du risque individuel. Elle s'appuie sur 3 fondations complémentaires :

Données de santé individuelles

- Parcours de soins (PMSI, CNAM, traitements)
- Objets connectés (IoMT) : poids, tension, glycémie
- Observance thérapeutique

Déterminants sociaux et environnementaux

- Isolement, précarité, accès à l'offre de soins
- Pollution, comportements à risque

Modélisation prédictive IA

- **Jumeaux numériques** : simulation des trajectoires cliniques
- **Signaux faibles détectés automatiquement** (ex. poids +1,2 kg, tension +10 mmHg)
- Alerte déclenchée J-21 à J-12 avant la crise
- C'est la seule manière de pouvoir réduire le coût marginal de la télé-surveillance médicale, et de réduire la charge cognitive des professionnels de santé.

4. Histoire d'André : le prix d'un système réactif

André, 74 ans, vit seul, atteint d'un syndrome métabolique (Insuffisant Cardiaque, diabète, insuffisance rénale, hypercholestérolémie, etc...).

Sans prévention prédictive :

- J-21 : Prise de poids ignorée
- J-7 : Dyspnée modérée, pas de consultation
- J-0 : Décompensation, hospitalisation 8 jours → Coût : €8 000 + perte d'autonomie + stress évitable

Avec prévention prédictive :

- J-21 : Balance connectée → Alerte IA → Risque de décompensation à 78 %
- J-19 : Téléconsultation → Adaptation traitement
- J-14 : Stabilisation → Crise évitée → Coût : €150 → **ROI net : €7 850 économisés par patient**

Mais surtout : **autonomie préservée, anxiété évitée, parcours fluidifié.**

5. Ce n'est pas de la science-fiction. C'est déjà là. [ÉTABLI]

Des dizaines d'expérimentations structurantes sont en cours :

- **Kaizer Permanente** : La fourniture des soins, le remboursement des soins, l'utilisation à l'échelle de la télé supervision médicale avec une intégration verticale.
- **ETAPES** : télésurveillance, 70 000 patients, généralisée en 2023
- **PREDICARE** : Champagne Sud, essais en 2026
- **Article 51** : plus de 200 projets sur la coordination des maladies chroniques

Résultats observés :

- Hospitalisations : -25 à -45 %
- Détection précoce : +12 à +21 jours
- Adhésion thérapeutique : +20 %

Mais toutes ces dynamiques restent **fragiles et sans passage à l'échelle nationale** :

- Financements précaires, durée limitée (3-5 ans)
- Protocoles hétérogènes
- Manque d'interopérabilité
- Aucun plan de généralisation

- Et pas de mise en œuvre de l'intelligence artificielle pour réduire les coûts marginaux du système visant à superviser et alerter les professionnels de santé (la télé supervision génère donc une charge cognitive supplémentaire pour les professionnels de santé).

6. Ce n'est pas une app. C'est une infrastructure.

La prévention prédictive n'est pas une app mobile ou un gadget digital. C'est une **infrastructure socio-technique majeure**, au même titre que :

- Le réseau électrique (précédence lourde, universalité)
- Les autoroutes (investissement public, interconnexion)
- Le haut débit (interopérabilité, modèle public-privé régulé)

Elle exige une **transformation systémique**, structurée autour de cinq piliers.

6.1. Cinq conditions pour changer d'échelle [PROPOSITION]

1. **Gouvernance nationale** → Création d'une **Agence Nationale de Médecine Préventive et Prédictive (ANPP)** → Régulation, standardisation, suivi des résultats
2. **Financement lisible et pluriannuel** → Dotation ONDAM dédiée → Recyclage des économies hospitalières en incitations à la coordination
3. **Formation des professionnels** → 140h en formation initiale (IA, parcours chroniques) → Modules DPC obligatoires (50 000 médecins)
4. **Système d'information interopérable et éthique** → ENS en temps réel → API FHIR obligatoires → Portabilité des données patients
5. **Pilotage par les résultats** → Dashboard public (hospitalisations évitées, observance, satisfaction) → Audits indépendants HAS / Cour des Comptes

8. Ce que rend possible la prévention prédictive

Dans un système sous tension, avec une offre médicale qui diminue et une demande de soins qui explose, **la seule voie viable est de prévenir plutôt que guérir.**

L'**IoMT**, couplé à l'**intelligence artificielle** (via des jumeaux numériques), permet de :

- **Objectiver la dégradation silencieuse** d'un patient polypathologique
- **Alerter précocement sans surcharge cognitive**
- **Coordonner des actions ciblées avant la crise**

C'est le **seul moyen scalable d'améliorer le service médical rendu** à l'échelle populationnelle, dans un système à ressources contraintes.

9. L'appel

- L'enjeu **n'est plus scientifique** : la preuve est faite.
- L'enjeu **n'est plus économique** : le ROI est démontré.
- L'enjeu **est politique** : Cela serait une réforme majeure du système de santé en vue d'en pérenniser les grands principes, et d'en opérationnaliser les modalités de financement.

“La prévention est un consensus mou. Tout le monde est pour. Mais personne ne paie. Personne ne pilote. Personne n'évalue.”

10. En résumé

- [OK] La technologie existe.
- [OK] Le modèle économique est viable.
- [KO] Il manque une décision stratégique nationale.

Le futur de la pérennité du système de santé ne se joue pas dans la sophistication du soin (en tant qu'objectif et non moyen), mais dans notre capacité à agir avant que la maladie ne s'installe. Et pour cela, la prévention prédictive n'est pas une option. C'est une nécessité systémique.

SUITE DE LA SÉRIE (4 articles à venir)

- Article 5.2 : Les 5 leviers pour débloquer le financement Comment financer €160M (FIR, ONDAM, PPP, SIB, réforme T2A/NGAP),
- Article 5.3 : Gouvernance et feuille de route 2025-2035 ANPP, PTP, CLP : qui fait quoi ? Passage 50K → 12M patients,
- Article 5.4 : Les 3 transformations structurelles Paiement trajectoire, ENS temps réel, formation IA massive,
- Article 5.5 : Objections dures et coalition du changement Réponses causalité, iatrogénie, médico-légal + 7 acteurs clés,

Suivez cette série finale d'articles pour comprendre les enjeux et l'architecture proposée pour transformer le consensus en politique.