

De la déshérence médicale à la médecine prédictive

Vigilance médicale et chronicité : diagnostic systémique et propriétés architecturales d'un régime soutenable

THÈSE

La déshérence médicale n'est pas l'échec d'acteurs insuffisamment attentifs ; elle est l'effet structurellement attendu d'un régime de vigilance intermittent confronté à des trajectoires devenues longitudinales, multifactorielles et dynamiques.

Cinq idées

5

1 La chronicité change la nature de ce que le système doit gouverner.

13,8 millions de patients en ALD au 1^{er} janvier 2024, près des deux tiers des dépenses remboursées concentrées sur ces trajectoires, projection à 75 % en 2035. Ce n'est plus un défi quantitatif ; c'est un changement de nature de la charge.

2 Le système français est resté optimisé pour l'aigu.

Architecture historiquement conçue pour des événements ponctuels, standardisables, à temporalité courte. La transition épidémiologique vers des trajectoires longues et silencieuses expose une inadéquation structurelle qu'aucune amélioration marginale ne corrige.

3 Errance et déshérence sont deux régimes pathologiques d'un même système.

L'errance désigne une sur-utilisation désorganisée sans pilotage ; la déshérence désigne l'invisibilité progressive d'un patient pour le système. Les deux phénomènes ne sont pas indépendants : ils sont les deux états d'un dispositif d'observation devenu inadapté.

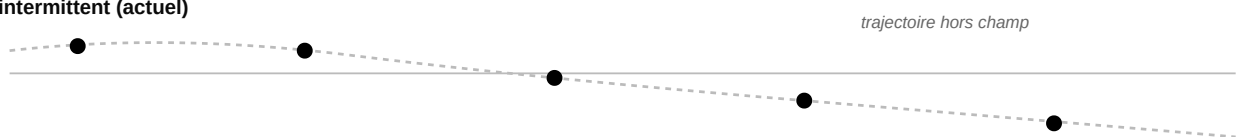
4 L'augmentation des consultations ne corrige pas la propriété architecturale.

Multiplier les points d'observation améliore certaines capacités, sans modifier la propriété fondamentale du régime : une observation principalement discrète de trajectoires désormais continues. La question n'est pas quantitative, elle est architecturale.

5 La vigilance prédictive est une propriété d'architecture, non une technologie.

Hypothèse limitée : certaines dégradations deviennent statistiquement détectables plus tôt lorsqu'une trajectoire longitudinale partielle est rendue interprétable. Ni promesse d'exactitude algorithmique, ni automatisation de la décision clinique. La gouvernabilité de l'incertitude prime sur la performance.

Régime intermittent (actuel)



Régime continu (proposé)



Distinction structurante : le passage à un régime continu n'est pas une question d'instrument, c'est une question d'architecture.

Quatre arbitrages politiques non déléguables au technique

4

Q1 Qui gouverne les seuils d'alerte ?

Tout dispositif prédictif opère sur des seuils. Le calibrage n'est pas une décision technique mais politique (un seuil bas multiplie les signalements, un seuil haut accepte des faux négatifs). Sans instance publique nommée pour cet arbitrage, les seuils sont fixés par défaut par les concepteurs techniques, sans mandat ni transparence.

Q2 Qui borne les usages des trajectoires longitudinales ?

Une infrastructure de vigilance produit des trajectoires d'une valeur économique considérable pour assureurs, employeurs et plateformes. La parade ne peut être seulement juridique. Elle doit être *architecturale* : conservation bornée, granularité dégradée à l'export, impossibilité technique de constitution de profils hors usage clinique.

Q3 Qui arbitre la priorisation sous rareté médicale ?

Le dispositif peut classer les patients par criticité, il ne peut décider qui sera effectivement pris en charge. Cette décision relève des opérateurs de soins et des autorités tutélaires. La sortie technique est une *proposition de hiérarchisation*, jamais une décision d'allocation.

Q4 Quelle forme d'État gouverne sans dériver vers la surveillance actuarielle ?

Question philosophique non technique : doctrine implicite de bien public, inaliénabilité partielle des données, gouvernance collective des cadres interprétatifs, bornage politique de la visibilité sanitaire. L'arbitrage ne peut être contourné, même s'il excède le périmètre d'une note d'aide à la décision.

Trois risques principaux

3

R1 Rabattement IA : le dispositif perçu comme plateforme technologique.

Risque que la perspective architecturale soit lue comme « infrastructure d'IA en santé », ce qui déclenche immédiatement les anticorps politiques (CNIL, libertés publiques, surveillance comportementale). Mitigation : positionner explicitement comme propriété d'architecture, pas comme produit technique.

R2 Surveillance actuarielle : extension extra-clinique non bornée.

Risque que les trajectoires longitudinales, initialement collectées à des fins cliniques, soient progressivement réutilisées par les acteurs périphériques (assureurs, employeurs, banques). Mitigation : doctrine explicite de minimisation informationnelle inscrite dans la conception, non en aval. Cette mitigation suppose une décision politique *en amont*, non une régulation *a posteriori*.

R3 Non-décision : aggravation cumulative du verrou actuel.

Risque que l'inaction soit perçue comme prudence, alors qu'elle est le maintien d'un système structurellement réactif dont les coûts (entre 2 et 3 milliards d'euros annuels d'hospitalisations évitables, déshérence des trajectoires) augmentent mécaniquement avec la pression épidémiologique. *Le statu quo n'est pas un point neutre ; il est un point de dégradation cumulative.*

CONCLUSION · UNE DÉCISION

Le geste politique requis n'est pas d'autoriser ou d'interdire une infrastructure de vigilance prédictive. Il est de poser, en amont de tout déploiement, le cadre explicite de gouvernance dans lequel cette infrastructure sera bornée : seuils, usages, priorisations, doctrine d'État. Sans ce cadre, le dispositif technique se déploiera de toute façon ; il se déploiera simplement sans mandat ni transparence, et sa trajectoire historique sera celle de la surveillance actuarielle plutôt que celle d'une vigilance médicale soutenable.

Document de référence pour approfondir : Brief politique PREDICARE v2 (13 pages) ; Note médico-économique (11 pages) ; Note clinique v3 (15 pages) ; mémoire Twingital Institute *De la déshérence médicale à la médecine prédictive* (≈ 90 pages, 128 références).