

PREDICARE, protocole d'épreuve d'une vigilance sanitaire longitudinale

Vigilance intermittente contre chronicité longitudinale, densité de vigilance clinique comme opérateur structurant, et conditions d'une institutionnalisation française avant standardisation privée par défaut

La question publique n'est plus de savoir si une infrastructure de vigilance prédictive émergera dans le système de santé français. Elle est de savoir sous quelle doctrine, sous quelle architecture institutionnelle et sous quel régime de contestabilité elle émergera. L'absence d'expérimentation publique ne suspend pas la transformation. Elle laisse les conditions du verrouillage se constituer à droit constant, par accumulation de capteurs, d'infrastructures cloud, de modèles, de plateformes et de véhicules économiques portés par des acteurs privés. Le présent article démontre, en cinq étapes hiérarchisées, pourquoi le statu quo est devenu une décision implicite à coût documenté, et qualifie PREDICARE comme protocole d'épreuve institutionnelle permettant à la France de tester explicitement les conditions de soutenabilité avant verrouillage industriel asymétrique.

I. Le problème, vigilance intermittente contre chronicité longitudinale

Cet article ne traite pas d'IA en santé. Il ne traite pas de plateforme. Il ne traite pas d'automatisation médicale. Il traite du régime de vigilance dans lequel le système de santé français observe les trajectoires de ses patients chroniques. Cette mise au point liminaire est non négociable. Elle conditionne la lecture institutionnelle de tout ce qui suit.

Une notion permet de poser le problème sans le rabattre sur la technique. [Le Brief Politique PREDICARE de mai 2026](#) propose un opérateur conceptuel qu'il faut mobiliser immédiatement : la *densité de vigilance clinique*. Elle y est définie comme « *la proportion effective d'une trajectoire pathologique faisant l'objet d'une observation interprétable par le système de soins* » (Brief Politique PREDICARE, p. 4). Le concept n'est pas, à ce stade, une métrique opérationnelle calibrée. Il est une heuristique doctrinale destinée à structurer la discussion politique. Son intérêt est triple. Il est compréhensible par un décideur public. Il traverse clinique, économie et organisation sans privilégier l'une d'elles. Il ne préempte aucune solution technologique. Il fournit ce dont le débat public manque le plus : un opérateur de mesure transversal sur lequel hiérarchiser les contraintes.

Note méthodologique. Les coordonnées factuelles mobilisées dans cet article proviennent en source primaire des artefacts PREDICARE de mai 2026 ([Brief Politique v2](#), [Fiche Arbitrage](#), [Note Clinique v3](#), [Note Médico-économique v2](#)), qui sont des artefacts de travail Twingital Institute en cours de publication. Les données démographiques et budgétaires renvoient aux publications DREES, INSEE et CNAM citées dans ces artefacts. La liste des données chiffrées soumises à fact-lock primaire avant publication figure dans le frontmatter de la présente version. Lorsqu'une donnée relève d'un signal de Niveau 2 plutôt que d'un fait dur de Niveau 1, le texte le précise.

Quatre déterminants structurels convergent en France à date 2026, sans qu'aucun n'épuise l'explication. **La démographie médicale standardisée par les besoins de soins décline. Elle est passée de 331 à 312 médecins pour 100 000 habitants entre 2012 et 2021**, et 65 % des généralistes déclaraient refuser de nouveaux patients comme médecin traitant en 2022 contre 53 % en 2019. La tarification à l'activité, conçue pour les épisodes aigus, valorise mécaniquement l'hospitalisation et défavorise la prévention. La charge cognitive des professionnels excède leur capacité de traitement longitudinal d'information ; cette saturation n'est ni une fragilité psychologique ni un défaut moral, elle est une limite physique. La fragmentation organisationnelle dissocie les périmètres entre assurance maladie, agences régionales, autorités sanitaires et opérateurs de soins, sans qu'aucun acteur ne dispose d'une vue intégrée de la trajectoire.

Le contexte épidémiologique converge dans le même sens, à condition de ne pas confondre deux mesures distinctes. Une première mesure, large, indique que près des deux tiers des dépenses remboursées sont concentrées sur l'ensemble des pathologies chroniques, avec une projection à 75 % en 2035 (estimation Brief Politique PREDICARE, à confirmer sur Charges et Produits CNAM 2026). Une seconde mesure, plus restrictive, indique que les affections de longue durée reconnues représentent 67 % des dépenses de l'Assurance Maladie obligatoire pour 17 % de la population assurée. Les deux mesures concourent au même diagnostic, mais elles ne portent pas sur le même périmètre. À cela s'ajoutent 13,8 millions de patients en affection de longue durée au 1er janvier 2024 et 6,7 millions de Français sans médecin traitant déclaré, et une part substantielle de la population française vit en zone sous-dense selon l'indicateur retenu pour qualifier les déserts médicaux (proportion précise sous fact-lock primaire DREES avant publication finale). Ces chiffres relèvent du Niveau 1 et sont sourcés par les artefacts PREDICARE.

Ces données ne disent pas la même chose qu'une crise de moyens. Elles décrivent l'inadéquation d'un régime d'observation par épisodes à des trajectoires devenues longitudinales, multifactorielles et silencieuses. Le système français a été historiquement optimisé pour la prise en charge d'événements aigus, épisodes discrets, temporalités courtes, causalités localisables, décisions ponctuelles. La chronicité introduit une autre nature de charge clinique : trajectoires longues, évolutives, partiellement silencieuses, dont les dégradations deviennent visibles tardivement. Un

patient diabétique de type 2 suivi par son médecin traitant fait l'objet, en moyenne, de quatre à six consultations annuelles. L'essentiel de sa trajectoire physiologique se déroule hors champ d'observation structurée.

Une distinction analytique cruciale s'impose. La *continuité humaine*, qui est la qualité relationnelle exercée par les soignants dans la durée, n'est pas la *continuité observationnelle*, qui est une propriété informationnelle du dispositif de surveillance. La consultation comme unité d'observation reste ponctuelle quelle que soit la qualité relationnelle exercée. Le problème identifié n'est pas l'absence d'attention médicale. Il est la discrétisation radicale des trajectoires chroniques par le mode d'observation dominant.

Cette discrétisation produit deux phénomènes cliniques connus, traités habituellement comme distincts mais qui sont les deux états du même système. L'*errance* désigne une sur-utilisation désorganisée du système de soins sans pilotage longitudinal explicite ; elle est visible dans les indicateurs d'activité. La *déshérence* désigne une sous-utilisation structurelle, l'invisibilité progressive de la trajectoire ; elle est silencieuse, invisible dans les indicateurs d'activité. Une trajectoire d'errance prolongée tend à basculer en déshérence ; et la déshérence, lorsqu'elle décompense, produit une nouvelle phase d'errance dans le système d'urgence. Cette dynamique cumulée n'est pas une anomalie statistique exceptionnelle. C'est l'état prévisible d'un système dont les capacités de vigilance restent principalement organisées autour de points de contact discrets.

L'effondrement relatif de la densité de vigilance clinique sur les trajectoires chroniques longitudinales n'est pas une défaillance individuelle des soignants. C'est l'effet structurellement attendu d'un régime que nous n'avons pas refondé.

II. L'enjeu, les conditions du verrouillage se constituent à droit constant

La conséquence institutionnelle de cette inadéquation est rarement nommée. Le statu quo n'est pas un point neutre. Il est un mode de décision implicite, à coût documenté.

Le coût direct est mesurable. La méthode Weissman (Weissman, Gatsonis et Epstein, *JAMA* 1992, sur les *Ambulatory Care Sensitive Conditions*) situe le nombre de séjours hospitaliers potentiellement évitables annuellement en France à 742 474, pour une enveloppe associée comprise entre 2 et 3 milliards d'euros pour les seuls séjours évitables au sens strict (Brief Politique PREDICARE). La Note Médico-économique PREDICARE retient une fourchette élargie : entre 510 000 et 742 000 hospitalisations potentiellement évitables et environ 4 millions de passages aux urgences potentiellement évitables. Le chiffre de quatre millions de passages aux urgences ne se confond pas avec un défaut d'accès aux soins primaires : il mesure la part des passages

qui auraient été évitables avec une prise en charge continue en amont, ce qui en fait une signature spécifique du régime de vigilance intermittent plutôt qu'un indicateur d'engorgement hospitalier général. Ces chiffres ne sont ni le résultat d'un défaut local d'organisation, ni l'expression d'une fatalité épidémiologique. Ils sont la signature économique d'un régime de vigilance qui ne capture pas la trajectoire entre les contacts cliniques.

Mais le coût direct n'épuise pas l'enjeu. L'absence d'expérimentation publique cadrée ne suspend pas la transformation institutionnelle ; elle laisse les conditions d'un verrouillage privé se constituer à droit constant. Trois familles de signaux, distinctes mais convergentes, méritent d'être nommées, sans prétendre que le verrouillage soit déjà accompli ni que chaque signal soit, pris isolément, conclusif. Ce qui les rend significatifs est leur convergence.

Ces familles ne relèvent pas du même registre. Certains signaux sont infrastructurels, d'autres commerciaux, d'autres normatifs ou assurantiels. Leur intérêt n'est pas leur homogénéité, mais leur convergence vers une même situation : la constitution progressive de standards de vigilance hors doctrine publique française.

1. Première famille, les capteurs grand public. Ils s'installent dans les vies sans procédure d'autorisation médicale française spécifique. Les dispositifs de monitoring cardiaque, glycémique, respiratoire ou neurologique commercialisés directement aux patients (Apple Watch, Fitbit, glucomètres en continu, oxymètres, capteurs de crise) constituent désormais une surface instrumentée des trajectoires individuelles qui augmente continûment, sans que l'institutionnalisation publique l'accompagne. Cette surface produit déjà, et continuera de produire, des données longitudinales que personne n'a doctrinalement cadré.
2. Deuxième famille, les plateformes et les infrastructures. Une part croissante des infrastructures cloud santé mobilisées par les industriels de la télésurveillance s'appuie sur des offres nord-américaines. Les plateformes de télésurveillance industrielle s'institutionnalisent sous éditeurs privés, dont une part opère déjà des dispositifs prédictifs sur des populations de patients chroniques. Les cadres de remboursement de la télésurveillance médicale française (LFSS, ETAPES devenu régime de droit commun) ont accompagné une partie de cette dynamique sans en cadrer la doctrine d'institutionnalisation. Les standards de fait de l'interopérabilité (HL7 FHIR sous HL7 International, SNOMED CT sous SNOMED International, LOINC sous Regenstrief Institute) ont des formes de gouvernance internationales dont la trajectoire d'évolution n'est pas arbitrée dans les arènes françaises. Quand le débat français porte sur la souveraineté des données de santé, il manque souvent de signaler qu'une partie décisive de la souveraineté technique se joue déjà dans des standards dont la trajectoire échappe largement à la décision

publique nationale. Les standards de fait structurent ensuite les conditions de l'action publique : tout dispositif français qui voudra interopérer le fera selon ces standards, dont la gouvernance ne se discute pas dans nos arènes.

3. Troisième famille, les assureurs et les logiques actuarielles. Plusieurs positions publiques d'assureurs sont documentées, qui construisent leurs propres dispositifs d'évaluation actuarielle du risque IA santé et de l'observance instrumentée. À cela s'ajoutent les plateformes corporate wellness à modulation de prime, déjà déployées aux États-Unis et en extension européenne, qui introduisent une logique conditionnant progressivement l'assurabilité à l'observation continue. Aucune de ces positions n'est aujourd'hui cadrée par un dispositif public français de contreponds doctrinal.

La convergence de ces trois familles n'établit pas que le verrouillage soit accompli. Elle établit que les conditions du verrouillage se constituent à droit constant. Cette nuance importe. Aucun signal isolé n'est démonstratif ; leur juxtaposition l'est. Pendant que la doctrine publique française attend, la doctrine industrielle privée s'institutionnalise. C'est l'écart entre les deux trajectoires qui définit le risque.

La conséquence stratégique est précise. Le débat ne porte plus sur l'opportunité d'une vigilance prédictive. Il porte sur la juridiction sous laquelle elle s'opère. À l'absence d'expérimentation publique cadrée correspond, à droit constant, un transfert progressif des conditions techniques sous standards extérieurs. Le statu quo n'est pas un point neutre ; il est un point de dégradation cumulative. La non-décision n'est pas la prudence ; elle est une décision par défaut dont la trajectoire historique est connue : standards industriels privés, surveillance actuarielle, asymétrie d'accès. C'est précisément ce que la Fiche d'Arbitrage PREDICARE désigne comme troisième risque structurel à arbitrer politiquement.

III. La condition, une chaîne opérable gouvernée, contestable et finançable

Reconnaître la nécessité d'une infrastructure de vigilance prédictive n'est qu'une étape. Reconnaître les conditions sous lesquelles cette infrastructure produit effectivement du soin, et non un théâtre de vigilance, en est une autre, plus exigeante.

Une distinction cardinale ouvre cette section. Observation n'est pas supervision. Supervision n'est pas intervention. Intervention n'est pas amélioration clinique. Une vigilance qui observe sans superviser produit des données. Une supervision qui n'intervient pas produit de l'angoisse. Une intervention qui n'améliore pas produit du coût sans bénéfice. La chaîne complète est seule pertinente, et sa rupture en un quelconque point réduit l'ensemble à une figure technologique sans portée clinique.

La chaîne opérable a un objectif unique. Augmenter la densité de vigilance clinique sans augmenter la charge cognitive nette. Cette double contrainte est ce qui rend l'exercice difficile et ce qui distingue une infrastructure soutenable d'un dispositif sophistiqué inopérant.

L'architecture minimale se ramène à quatre blocs cumulatifs.

1. Le premier bloc est *Observer et qualifier*. Capter le flux physiologique continu via Internet des objets médicaux, et transformer ce flux en signal informatif via instrumentation algorithmique et seuils explicites. Cette opération est l'entrée du régime continu partiel. Elle exige une instrumentation IoMT mature et une *qualification exécutoire opposable* du modèle qui traite le flux, au sens posé au volume 4 de la pentalogie IA-gouvernance. La propriété 4 de l'autorité continue posée dans le volume 5 (reconstructibilité probatoire opposable) trouve ici son application clinique directe. Cette reconstructibilité suppose au minimum la version du modèle, les logs d'inférence, la configuration d'exécution, le contexte clinique, la décision humaine associée et la trace des modifications post-déploiement. Le silence algorithmique devient opposable dans un régime continu, ce qui transforme la non-intervention en décision implicite produite par le système de surveillance.
2. Le deuxième bloc est *Prioriser et intervenir*. Trier les patients selon un triptyque temporel d'actionnabilité (fenêtre de prédiction, fenêtre de décision, fenêtre d'intervention) et déclencher l'action clinique effective. Sans synchronisation entre les trois fenêtres, le modèle prédit dans le vide. Sans capacité d'intervention disponible, la priorisation devient une dette opérationnelle. L'attention clinique opérable n'est pas une ressource homogène. Elle se décompose en attention clinique d'interprétation, attention organisationnelle de routage, attention logistique de mobilisation des ressources d'intervention. Une alerte pertinente sans capacité d'action derrière ne produit pas de soin ; elle produit une charge. Et cette charge dégrade exactement ce que la chaîne prétendait améliorer : la densité de vigilance clinique opérable.
3. Le troisième bloc est *Tracer et contester*. Documenter chaque opération de la chaîne, et ouvrir la procédure publique d'appel et la contestabilité patient. La grammaire pertinente n'est plus binaire mais quaternaire : alerte vraie, alerte fausse, silence vrai, silence faux. La médecine historique savait traiter l'erreur de diagnostic. Elle ne sait pas encore traiter l'erreur de silence algorithmique. Une vigilance prédictive soutenable exige que le patient puisse non seulement consentir, mais comprendre, contester, suspendre et discuter les interprétations longitudinales produites sur sa trajectoire. Le consentement ponctuel d'un formulaire devient un consentement continu d'une relation. Ce point doit être posé sans atténuation : la vigilance longitudinale n'est légitime que si le patient

reste interprète de sa trajectoire, et non simple support biologique de capteurs. La contestabilité doit protéger le patient contre l'opacité, mais aussi le clinicien contre la transformation du signal en ordre implicite. Un dispositif qui ferait de tout écart au signal une charge d'explication automatique transformerait l'aide à la décision en injonction, et viderait la responsabilité clinique de son contenu interprétatif.

4. Le quatrième bloc combine quatre fonctions cumulatives qu'il faut distinguer rigoureusement. *Évaluer* mesure publiquement l'effet réel sur cinq dimensions distinctes (clinique, organisationnel, médico-économique, attentionnel, équité). *Redistribuer* organise le retour des économies évitées vers les territoires producteurs : la Note Médico-économique PREDICARE démontre que la dissociation entre création et captation de valeur est le verrou principal du financement préventif. Le système est techniquement capable de produire de la valeur préventive ; il est structurellement incapable de la capter, de l'attribuer et de la financer dans la temporalité de ses effets. *Gouverner* assure l'instance d'arbitrage politique des seuils, des usages et des priorisations ; cette fonction fixe ce que le dispositif doit faire et ce qu'il s'interdit de faire. *Auditer* vérifie ensuite l'exécution, les écarts, les effets et les dérives ; cette fonction contrôle ce que le dispositif fait effectivement par rapport à ce qu'il devait faire. L'ordre *gouverner puis auditer* n'est pas accessoire. C'est une exigence d'institutionnalisation : si la même instance gouverne et audite, la séparation des fonctions critiques est abolie et l'auto-régulation devient le seul horizon possible.

Ces quatre blocs se déploient sous quatre conditions transverses qui doivent être posées explicitement.

1. Première condition transverse. Le *seuil* est l'acte institutionnel central. Un dispositif prédictif opère toujours sur des seuils. Le choix d'un seuil bas multiplie les signalements ; le choix d'un seuil haut accepte des faux négatifs. Cette décision n'est pas technique. Six seuils distincts doivent être pensés comme actes institutionnels : seuil de déclenchement d'alerte, seuil de priorité, seuil d'intervention, seuil de responsabilité, seuil de remboursement, seuil d'opposabilité juridique. Sans instance publique nommée pour ces arbitrages, les seuils sont fixés par défaut par les concepteurs techniques, sans mandat ni transparence (Brief Politique PREDICARE, premier arbitrage non délégable).
2. Deuxième condition transverse. Les *temporalités* du système clinique sont structurellement incompatibles. Six temporalités coexistent et ne se synchronisent pas. La temporalité physiologique de la dégradation se mesure en heures ou en jours. La temporalité clinique de la consultation, en mois. La temporalité budgétaire de l'annuité, en années. La temporalité réglementaire de la guidance, en cycles pluriannuels. La temporalité électorale du mandat, en

quinquennats. La temporalité probatoire de l'essai clinique, en lustres. La difficulté n'est pas seulement que les institutions doivent agir. C'est qu'elles doivent agir dans une temporalité plus lente que celle de dégradation des trajectoires qu'elles prétendent gouverner.

3. Troisième condition transverse. La *séparation institutionnelle des fonctions critiques* est non négociable. Ceux qui conçoivent ne gouvernent pas seuls. Ceux qui opèrent n'évaluent pas seuls. Ceux qui financent ne définissent pas seuls les seuils. Ceux qui développent les modèles ne définissent pas seuls les usages. Cette séparation n'est pas un principe d'organigramme. C'est la condition à laquelle une infrastructure de vigilance prédictive n'est pas réductible à une plateforme technologique gérée par ses concepteurs.
4. Quatrième condition transverse. La *contestabilité opérationnelle* est constitutive. Une chaîne opérable sans procédure publique de contestation n'est pas une chaîne opérable ; c'est une plateforme propriétaire opérant sous habillage public.

La matrice complète de la chaîne se lit en dix maillons cumulatifs, ici regroupés en quatre blocs pour la lisibilité, dans l'ordre qui sépare gouverner d'auditer comme deux opérations distinctes : *observer* (capter le flux), *qualifier* (transformer en signal), *prioriser* (triage temporel), *intervenir* (action clinique), *tracer* (documenter), *contester* (procédure d'appel et contestabilité patient), *évaluer* (mesure publique), *redistribuer* (retour des économies), *gouverner* (fixation des seuils, usages, priorisations), *auditer* (vérification de l'exécution, des écarts, des effets et des dérives). La défaillance d'un seul maillon rompt la chaîne. La confusion entre deux maillons en compromet la légitimité institutionnelle.

IV. Le terrain, PREDICARE comme protocole d'épreuve institutionnelle

Une expérimentation cadrée permet seule de tester les conditions d'institutionnalisation d'un tel régime. PREDICARE constitue, dans le périmètre français, une telle expérimentation. Sa qualification doctrinale exacte doit être posée en ouverture, parce qu'elle conditionne tout ce qui suit.

PREDICARE n'est pas une preuve. PREDICARE est une machine à produire une preuve recevable. Cette précision n'est pas une coquetterie d'auteur. Elle fixe le statut épistémique précis du dispositif : il ne prétend pas démontrer ex ante les conclusions de l'expérimentation ; il prétend produire, dans des conditions méthodologiquement défendables et institutionnellement gouvernées, le matériau probatoire à partir duquel l'institutionnalisation française pourra être délibérée.

PREDICARE est une expérimentation territoriale de vigilance prédictive sur trajectoires chroniques à risque de décompensation. La présentation qui suit pose les éléments du

protocole à stabiliser, sous réserve d'arbitrages institutionnels en cours, conformément à la discipline doctrinale qui exige que les terrains d'implémentation ne soient ni promus ni dissimulés.

Périmètre clinique et territoire. Population de patients chroniques fragiles, sur pathologies-cibles connues pour leur signature de décompensation instrumentable : insuffisance cardiaque, BPCO, diabète déséquilibré, autres trajectoires à risque à documenter dans le protocole stabilisé. Territoire de déploiement, hypothèse de travail soumise à arbitrage : un ressort territorial cadré contractuellement, suffisamment large pour produire un signal statistiquement exploitable, suffisamment borné pour rendre l'évaluation traçable.

Hypothèse de design et indicateurs. Cohorte prospective avec bras de comparaison ou design quasi-expérimental documenté ; durée d'observation de l'ordre de 24 à 36 mois ; suivi longitudinal entre points de contact cliniques par instrumentation IoMT et analyse algorithmique. Indicateurs pressentis : les neuf critères de l'encadré ci-dessous, sous réserve de calibration finale méthodologique.

Gouvernance et objectif. Gouvernance cible : instance d'arbitrage politique des seuils et usages séparée de l'opérateur, dispositif de contestabilité patient explicite, audit indépendant de l'exécution et des dérives. Ces éléments composent un protocole à stabiliser dans la publication expérimentale. L'objectif explicite est d'augmenter la densité de vigilance clinique sur ces trajectoires, sans augmentation nette de la charge cognitive du système de soins, et sans déplacement des économies évitées vers des acteurs qui ne produisent pas l'évitement.

Cette discipline exige de nommer sans complaisance ce que PREDICARE ne sait pas encore faire. Cinq limites authentiques structurent l'expérimentation.

PREDICARE ne sait pas encore démontrer l'effet clinique à grande échelle. La taille des cohortes initiales reste compatible avec une démonstration de mécanisme, pas avec une généralisation à l'échelle nationale. L'expérimentation est précisément l'instrument par lequel cette démonstration sera construite, sous condition que les indicateurs de réussite soient explicités en amont et publiquement contestables en aval.

PREDICARE ne sait pas encore prouver son modèle économique. Le verrou principal identifié par la Note Médico-économique reste la dissociation entre création et captation de valeur. La construction d'une mécanique de retour territorial des économies évitées (ligne ONDAM sanctuarisée, contractualisation CPOM régionale, doctrine HAS-CEESP adaptée à la longitudinalité) est partie intégrante de l'expérimentation, pas sa précondition. La preuve médico-économique se construit dans l'expérimentation, elle ne la précède pas.

PREDICARE ne sait pas encore garantir l'interopérabilité ville-hôpital à l'échelle territoriale. La désynchronisation entre médecin traitant, spécialiste, hôpital, urgences et plateforme constitue le risque opérationnel cardinal. Le régime de vigilance prédictive est moins une nouvelle couche médicale qu'un espace interstitiel entre ville et hôpital ; et les interstices, comme d'habitude, sont là où les responsabilités vont mourir discrètement.

PREDICARE ne sait pas encore contenir la charge cognitive nette du système clinique. Toute médecine prédictive continue rencontre un paradoxe structurel : augmenter la sensibilité produit une inflation d'alertes, augmenter la spécificité augmente les faux négatifs. Le facteur limitant devient la capacité humaine à absorber les interruptions. Le régime de vigilance prédictive dépend moins de la prédiction vraie que de la capacité à produire des interruptions cognitivement soutenables.

PREDICARE ne sait pas encore assurer l'équité territoriale. Le déploiement initial dans certains territoires crée mécaniquement une asymétrie qui devra être traitée institutionnellement. Sans mécanisme de redistribution et sans doctrine d'extension cadrée, la vigilance prédictive risque de creuser, plutôt que de réduire, les inégalités d'accès au soin.

Cinq limites énoncées sans complaisance. Cette énonciation est la condition de la crédibilité de l'expérimentation.

Mais l'ambition de PREDICARE excède la mesure de l'effet clinique. L'objet de PREDICARE n'est pas seulement de mesurer si une alerte améliore une trajectoire. Il est de tester si une chaîne institutionnelle complète peut transformer une vigilance longitudinale en soin effectif, traçable, contestable et finançable. Cette élévation de l'ambition est l'apport spécifique. Il ne s'agit pas seulement de produire une preuve clinique, il s'agit de produire une preuve institutionnelle. Les deux registres sont distincts ; le second est plus exigeant, et c'est précisément lui qui rend l'expérimentation politiquement instruisable.

Pour rendre cette ambition mesurable plutôt que rhétorique, il faut nommer les indicateurs sur lesquels l'expérimentation devra être jugée. Neuf critères opérationnels, distincts mais cumulatifs, fixent l'épreuve.

PREDICARE devra être jugé sur :

1. Le délai signal-décision : temps écoulé entre la production d'un signal qualifié et l'arbitrage clinique correspondant.
2. Le délai décision-intervention : temps écoulé entre l'arbitrage clinique et l'action effective sur la trajectoire patient.
3. Le taux d'alertes traitées dans la fenêtre utile : proportion d'alertes ayant donné lieu à une intervention exécutée dans la fenêtre temporelle pertinente.

4. Le taux d'événements sans alerte préalable : proportion de décompensations survenues sans signal qualifié dans la fenêtre attendue.
5. La revue des silences algorithmiques : proportion de ces événements sans alerte ayant fait l'objet d'une revue documentée du modèle, du seuil, du capteur, du workflow et du contexte clinique.
6. La charge clinique nette : différentiel entre la charge cognitive ajoutée par le dispositif et la charge cognitive économisée sur les modes d'observation antérieurs.
7. Le coût par décompensation évitée et le coût par trajectoire stabilisée, selon une méthodologie déclarée et publiquement contestable : indicateur médico-économique double, qui distingue l'événement aigu évité de la trajectoire longitudinale dont la stabilisation est l'objet propre de la doctrine d'évitement.
8. L'impact sur les patients non équipés : différentiel d'accès aux soins documenté entre patients sous dispositif et patients hors dispositif.
9. La capacité de contestation patient effectivement exercée : nombre de contestations recevables, traitées et tracées sur la période d'expérimentation.

Ces neuf critères ne se substituent pas aux cinq dimensions de viabilité (clinique, organisationnelle, cognitive, médico-économique, démocratique). Ils en sont la traduction opérationnelle, sur lesquelles l'expérimentation peut être objectivement jugée et contestée. La distinction entre l'indicateur 4 et l'indicateur 5 est doctrinalement importante : l'absence d'alerte précédant une décompensation est un fait observable ; la légitimité de cette absence est une question d'investigation méthodologique, qui exige une revue spécifique. Le silence devient ainsi à la fois mesurable comme événement et qualifiable comme jugement, ce qui le rend institutionnellement opposable.

Les conditions d'échec doivent être posées explicitement en miroir de ces cinq dimensions. La thèse serait sérieusement affaiblie si aucune amélioration cliniquement significative n'était documentée à horizon contrôlé, si la chaîne opérable ne se constituait pas effectivement, si la fatigue d'alerte augmentait nettement la charge clinique, si le bilan médico-économique restait durablement négatif, ou si la gouvernance se concentrait dans des instances techniques sans mandat ni transparence. À deux échecs concomitants, l'hypothèse exige reformulation substantielle. La doctrine explicite d'échec est constitutive de la crédibilité institutionnelle de l'expérimentation.

Trois scénarios temporels datables encadrent le calendrier. La fenêtre 2026-2027 est celle du lancement effectif et des premières preuves opérationnelles. La fenêtre 2028-2030 est celle de la matérialisation du ciseau démographique français à ses inflexions critiques. La fenêtre 2031-2035 est celle d'une institutionnalisation possible si les

preuves opérationnelles ont été produites en 2026-2030, ou d'un retard structurel non rattrapable si elles ne l'ont pas été.

V. Le verdict, institutionnalisation explicite ou institutionnalisation implicite

La densité de vigilance clinique sur les trajectoires chroniques longitudinales est l'opérateur qui mesure ce que doit faire le système de santé français. Cette densité ne s'augmentera pas substantiellement par addition de consultations, ni par injection de moyens dans un cadre inchangé. Elle ne s'augmentera que par changement de régime de vigilance, et à condition que ce changement n'augmente pas la charge cognitive nette du système. Ce double critère, augmentation de la densité de vigilance sans dégradation de la charge cognitive nette, est ce qu'une expérimentation cadrée doit démontrer ou réfuter. Aucun décret ne le démontrera à sa place.

Le geste politique requis n'est donc 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 (Fiche d'Arbitrage PREDICARE).

Le choix public n'est plus entre prudence et innovation. Il est entre deux formes d'institutionnalisation. La première est explicite, expérimentale, contestable, bornée par une doctrine publique. La seconde est implicite, industrielle, progressive, portée par les acteurs qui possèdent déjà les capteurs, les données, les modèles, les infrastructures et les incitations économiques. PREDICARE ne prétend pas clore ce choix. Il le rend enfin instruisable.

L'histoire des régimes critiques de vigilance présente, sans déterminisme, une régularité reconnaissable. La pharmacovigilance a mis trois décennies à s'instituer comme régime continu après la thalidomide. La sûreté aérienne a construit son régime de continuité par accumulation d'expérimentations cadrées sur plusieurs générations institutionnelles. La vigilance sanitaire longitudinale française ne se décrètera pas davantage. Elle se construira par expérimentations cadrées, gouvernées, contestables, évaluées et redistributives, ou par accumulation de standards industriels privés. La fenêtre 2026-2030 n'est pas un horizon. C'est un calendrier institutionnel.

PREDICARE ne doit pas être jugé sur sa capacité à prédire davantage, mais sur sa capacité à augmenter une densité de vigilance clinique interprétable, actionnable et contestable sans accroître la charge cognitive nette ni déplacer les économies vers des

acteurs qui ne produisent pas l'évitement. C'est à cette condition, et à cette condition seulement, qu'une expérimentation peut prétendre instruire une décision publique.