

Sortir des murs sans dissoudre l'autorité

De la gouvernance des cas à la gouvernance des distributions, désindexation de l'influence et de la responsabilité, intégrité des conditions d'exécution

Le débat public présente l'hôpital hors les murs comme une libération. Le soin quitte le bâtiment, le patient reste chez lui, le système gagne en souplesse et en capacité. Cette lecture n'est pas fautive. Elle est incomplète. Sortir le soin des murs ne supprime pas l'autorité clinique qui s'y exerçait ; cela redistribue les conditions techniques, informationnelles et opérationnelles dans lesquelles cette autorité continue de s'exercer. La thèse de ce texte est précise. Le risque n'est pas la disparition d'un centre décisionnel, mais l'apparition d'architectures distribuées où l'influence sur la trajectoire, la visibilité de ce qui l'incline et la responsabilité opposable cessent peu à peu d'être alignées. Ce désalignement n'est pas un scandale. C'est une propriété structurelle, et il se gouverne, à condition de le nommer avant qu'il ne se sédimente.

I. Ce que le mur rendait visible

Cet article ne traite pas d'intelligence artificielle en santé. Il ne traite pas de la fin de l'hôpital. Il traite des conditions dans lesquelles une autorité clinique s'exerce, et de ce qui leur arrive quand le lieu qui les tenait ensemble se dissout. La mise au point est non négociable, car l'essentiel des malentendus sur le sujet naît d'une confusion entre la transformation d'un bâtiment et la transformation d'un régime de responsabilité.

Le mur de l'hôpital n'était pas d'abord une contrainte logistique. Il était un dispositif de lisibilité. Entre ses murs, trois choses se trouvaient au même endroit sans qu'on ait eu besoin de les penser séparément : qui savait, qui voyait, qui répondait. Un événement indésirable survenu dans un service avait un lieu, un chef de service, une commission médicale, un établissement qui en répondait devant le patient et devant la tutelle. La responsabilité n'était pas plus légère qu'aujourd'hui. Elle était localisable.

Résistons à la nostalgie, qui serait une faute d'analyse. Le mur enfermait aussi. Il produisait du risque nosocomial, de l'immobilisation, du coût, de la perte d'autonomie. Sortir le soin de ses murs répond à des contraintes réelles, et personne de sérieux ne propose d'y revenir. Le propos n'est pas que le mur était bon. Le propos est qu'il rendait visible quelque chose que nous n'avons pas reconstruit ailleurs. Le mur ne contenait pas seulement des lits. Il rendait l'autorité localisable.

Cette localisation était procédurale autant qu'administrative. La revue de morbidité et de mortalité, la commission médicale d'établissement, l'astreinte, le compte rendu d'hospitalisation : autant de dispositifs qui supposaient un lieu où la trajectoire d'un patient était observée par un collectif identifié, et où une erreur pouvait être rejouée, discutée, imputée. La médecine hospitalière a mis plus d'un siècle à construire ces formes de responsabilité partagée. Toutes tenaient à une condition tacite : que la trajectoire et son observation se déroulent au même endroit. Le soin distribué retire cette condition. Il n'a pas reconstruit les formes qui en dépendaient.

D'où la distinction qui ouvre l'article. Le mur ne *tenait* pas le soin, comme s'il l'avait contenu. Il le rendait *lisible*, en alignant spontanément trois choses sur un même périmètre : l'influence, la visibilité et la responsabilité. Cet alignement était gratuit, parce qu'il était spatial. Il cesse de l'être dès que le soin se distribue.

Trois propositions structurent la démonstration qui suit, et tout le reste leur est subordonné.

1. La première : l'orchestration gouverne des distributions de probabilité plutôt que des cas.
2. La deuxième : l'influence se désindexe de la responsabilité, qui reste arrimée à qui décide tandis que l'influence passe à qui paramètre.
3. La troisième : l'intégrité des conditions d'exécution devient une condition de l'autorité clinique.

Les autres notions mobilisées, architectures d'influence, reconstructibilité, surfaces d'attaque, runtime institutionnel, ne valent que par leur rapport à ce triptyque. C'est lui, et non le motif spatial du mur, qui est l'objet réel du texte.

II. Le soin distribué existe déjà

Une précaution avant tout diagnostic. Le soin hors les murs n'est pas une menace à venir que l'on pourrait encore prévenir. C'est une réalité déployée, à grande échelle, qui répond à des contraintes que nul ne conteste sérieusement. Le traiter comme une dérive future serait faux, et défensif.

En France, l'hospitalisation à domicile a pris en charge 184 400 patients en 2024, pour 7,7 millions de journées, portée par plus de 280 établissements, à un coût pour l'Assurance Maladie de l'ordre de 1,94 milliard d'euros, soit environ 2 % de l'enveloppe de la sécurité sociale et un prix moyen supérieur à 263 euros la journée en groupement hospitalier de territoire ([ATIH](#) ; [DREES](#)). La dynamique n'est pas marginale : le nombre de journées progresse de 6,0 % et celui des patients de 9,8 % sur la seule année 2024. La télésurveillance médicale est entrée dans le droit commun par deux arrêtés des 3 et 31 mars 2026 ([HAS](#) ; [Légifrance](#)). Et la coordination des parcours complexes dispose, depuis la loi du 14 juillet 2019, d'un opérateur public dédié, le dispositif d'appui à la coordination,

dont la fonction d'orientation est explicite. Le soin distribué n'attend pas l'autorisation du débat. Il fonctionne.

Le tableau européen est le même, à des rythmes de gouvernance différents. L'Angleterre comptait environ 11 635 lits de *virtual ward* en mars 2025, pour une cible de 24 000 et une allocation initiale de 450 millions de livres sur deux ans ([NHS England](#) ; [POST Parliament](#)). Les pays nordiques industrialisent un programme « Hospital@Home » à l'échelle en 2026. L'Allemagne n'a pas d'équivalent national en aigu et reste centrée sur le *home treatment* psychiatrique. Aux États-Unis, le modèle est explicite et outillé : le *waiver* fédéral Acute Hospital Care at Home a été prolongé de cinq ans par le Consolidated Appropriations Act of 2026, échéance au 30 septembre 2030, pour 366 programmes répartis sur 139 systèmes de santé et 37 États ([AMA](#) ; [CMS](#)).

Géographie	Rythme de gouvernance	Déploiement (datés)	Mesure et économie	Fiabilité
France	Coordination instituée, alignement de la responsabilité non encore posé	HAD 2024 : 184 400 patients, 7,7 M journées, plus de 280 établissements ; télésurveillance en droit commun (mars 2026)	HAD ~1,94 Md€, ~263 €/jour, ~2 % de l'enveloppe SS	N1 institutionnel
Royaume-Uni	Déploiement de masse, mesure tardive	~11 635 lits de <i>virtual ward</i> (mars 2025), cible 24 000, 450 M£ sur deux ans	Économies régionales documentées ; jeu de données minimal national seulement attendu en 2026	N1 / N2
Nordiques, Allemagne	Émergent au Nord, quasi absent en aigu en Allemagne	« Hospital@Home » pleine échelle 2026 ; Allemagne orientée <i>home treatment</i> psychiatrique	Non documenté	N1 / N2
États-Unis	Orchestration explicite et outillée	Waiver CMS prolongé cinq ans (échéance 2030), 366 programmes, 139 systèmes, 37 États	Réductions revendiquées par les opérateurs, à traiter comme allégations	N1 cadre, N3 résultats

Ce panorama n'est pas un palmarès. Il dit une seule chose, qui est le diagnostic de cette section. L'échelle opérationnelle progresse plus vite que les régimes de gouvernance. **La preuve est britannique, et elle est limpide : on déploie 11 635 lits de soin à domicile, et l'on prévoit pour 2026 le jeu de données minimal qui permettra de les évaluer.** C'est-à-dire après. On déploie d'abord. On mesure ensuite. On gouverne plus tard, si on gouverne.

On répondra qu'il s'agit d'une simple maturation, et que la gouvernance suivra l'usage comme toujours. L'objection est sérieuse, mais elle manque le point. Ce n'est pas la maturation qui pose problème, c'est l'asymétrie de ses vitesses. Quand le déploiement mûrit sans que la gouvernance mûrisse au même rythme, l'écart n'est pas un retard transitoire. Il devient la structure dans laquelle le système fonctionne. La preuve médico-économique elle-même interdit toute complaisance : **la revue systématique disponible situe les effets de l'hôpital à domicile sur un intervalle qui va d'une économie de plus de 8 000 euros par patient à un surcoût de plus de 2 000 euros ([revue systématique, PMC](#)).** **Cette hétérogénéité ne dit pas que le modèle est mauvais. Elle dit qu'il n'est pas économe par nature, et qu'il l'est seulement sous conditions d'organisation.** Or l'organisation est précisément ce qui se distribue.

III. Le périmètre du soin devient informationnel et opérationnel

Le soin sort des murs. Son périmètre ne disparaît pas pour autant. Il change de nature. Le mur délimitait un périmètre physique, fait de béton et de couloirs, dont la propriété première était d'être visible à l'œil nu. À la place s'installe un périmètre informationnel et opérationnel, fait de ce qui est capté, vu, déclenché, escaladé et priorisé. Le mot à éviter est celui d'instrumentation, qui rabattrait le sujet sur les capteurs. La question n'est pas technique. Elle porte sur la visibilité et sur l'action : ce que le système voit, ce qu'il déclenche, ce qu'il fait remonter, ce qu'il laisse hors champ.

La frontière d'inclusion se déplace alors. Le mur excluait par l'espace : qui n'était pas admis n'était pas dans l'hôpital, et chacun le savait. Le périmètre informationnel exclut par l'absence de signal : qui n'est pas instrumenté n'est pas observé, et personne ne l'a décidé. Un biais de périmètre, déjà nommé dans nos travaux antérieurs, prend ici une forme spatiale inédite. **Le système ne voit que ce qu'il a rendu observable. Le patient sans dispositif connecté, ou dont la pathologie ne figure pas parmi les activités de télésurveillance inscrites, n'est pas refusé. Il est invisible à la couche qui oriente.** La déshérence, que nous avons analysée ailleurs comme une sous-utilisation silencieuse de la trajectoire, trouve là un mécanisme d'apparition nouveau : on ne sort pas du soin par une décision, on en sort par un défaut de captation.

Le périmètre est aussi une frontière réglementaire, et non une pure affaire de capteurs. Tous les objets connectés ne sont pas des dispositifs médicaux : une montre grand public qui enregistre une fréquence cardiaque n'est pas, à ce titre, un dispositif de télésurveillance remboursé. Le périmètre informationnel se compose donc de strates hétérogènes, les unes opposables et remboursées, les autres flottantes et non cadrées. Un même patient peut traverser ces strates sans que personne n'orchestre la cohérence de ce qu'il advient à son observation.

Un exemple fixe l'enjeu. Un patient insuffisant cardiaque suivi en télésurveillance porte une balance connectée et un tensiomètre ; sa prise de poids franchit un seuil, l'alerte remonte, un appel se déclenche, sa décompensation naissante est prise à temps. Le mois suivant, une pile n'a pas été remplacée, ou la pathologie qui se décompense ne relève pas de l'activité inscrite. La même dégradation se déroule, mais hors champ. Rien n'a été décidé. Le périmètre s'est rétracté par un défaut matériel, et la trajectoire est sortie de l'observation sans que personne n'ait prononcé sa sortie. Entre les murs, un patient cesse d'être observé quand il quitte l'hôpital, et ce départ est un acte. Dans le périmètre informationnel, il cesse d'être observé quand le signal cesse, et ce silence n'est l'acte de personne.

Dans un système distribué, la visibilité cesse d'être une simple propriété clinique. Elle devient une dépendance informationnelle. Une trajectoire peut cesser d'être observable non seulement lorsqu'un patient sort du périmètre de prise en charge, mais lorsqu'un flux est interrompu, retardé, corrompu, désynchronisé ou rendu indisponible. La capacité d'observer dépend alors de l'intégrité d'une chaîne d'exécution technique, dont les propriétés deviennent elles-mêmes des conditions d'exercice de l'autorité clinique.

Cette dépendance ouvre une seconde forme d'exclusion, plus insidieuse que l'absence de signal. ***Le périmètre peut exclure par altération silencieuse du signal lui-même.*** Dans un périmètre gouverné par les flux, voir faux devient parfois plus dangereux que ne pas voir. Une télémétrie incomplète, un seuil désynchronisé, une donnée altérée, une perte de disponibilité ne produisent pas seulement un incident informatique. Ils modifient les conditions mêmes dans lesquelles une trajectoire devient visible, et donc orientable.

La distinction qui tranche cette section gagne ainsi une troisième entrée. Le mur produisait une exclusion décidée, donc en principe contestable : on pouvait demander pourquoi on n'avait pas été admis. Le périmètre informationnel produit une exclusion sans décision, donc difficilement contestable : on n'attaque pas une absence de signal. Et il produit désormais une exclusion sans véracité, plus difficile encore à saisir : on n'attaque pas un signal altéré qu'on ignore altéré. Le système ne voit pas mal par accident. Il voit selon un périmètre que personne n'a institué comme un acte, et dont personne ne garantit l'intégrité comme un acte, alors qu'il en a tous les effets.

IV. L'orchestration, de la gouvernance des cas à la gouvernance des distributions

Reste à nommer ce qui agit sur ce périmètre. Le soin distribué ne tient pas par magie. Il est coordonné. Tour de contrôle, command center, plateforme d'orchestration, dispositif d'appui : les noms varient, la fonction se décrit sans qu'on ait à la personnifier. Et la décrire correctement suppose d'écarter d'emblée la formule polémique, fautive et commode, selon laquelle la plateforme gouvernerait à la place du médecin. Ce n'est pas ce qui se passe. Le soutenir affaiblirait l'analyse.

Il faut écarter deux qualifications trop séduisantes.

1. La première parlerait d'une « fonction clinique » de l'orchestration.
2. La seconde, plus prudente, d'une « fonction de structuration des trajectoires cliniques ».

Les deux portent le même défaut : elles tirent le sujet vers le clinique, et donc vers les cadres qui encadrent déjà l'acte médical et le logiciel. Si l'orchestration est clinique, alors le règlement sur les dispositifs médicaux, la qualification logicielle, l'AI Act et la responsabilité produit s'en saisissent, et la question se referme avant d'être posée.

Or le sujet réel est plus profond, et il est ailleurs : ce sont les architectures d'influence. Je retiens donc une qualification volontairement moins élégante et plus difficile à attaquer.

L'orchestration est une fonction d'orientation opérationnelle à effet clinique. Opérationnelle, car elle ne pose aucun acte médical. À effet clinique, car ses réglages déterminent des trajectoires de soin. C'est ce point, un effet clinique sans acte clinique, qui échappe aux cadres existants, lesquels pensent la responsabilité comme l'attribut d'une décision.

La thèse est froide, et difficile à réfuter. Les architectures d'orchestration n'exercent pas de décision médicale directe. Elles fixent les conditions dans lesquelles certaines trajectoires deviennent plus probables, plus visibles, plus rapides ou plus accessibles que d'autres. Elles ne signent pas l'ordonnance. Elles composent le terrain sur lequel l'ordonnance sera, ou ne sera pas, écrite. L'orchestration ne décide pas. Elle incline.

Le mécanisme est sans mystère, et il vaut d'être décrit platement. Le dispositif capte un flux de télésurveillance et d'objets médicaux. Il qualifie ce flux par des seuils, qui transforment une mesure en alerte. Il priorise les alertes selon une fenêtre d'actionnabilité. Il route la demande vers le domicile, le spécialiste, l'hôpital ou l'attente. Chacune de ces quatre opérations relève de la logistique informationnelle. Aucune n'a la forme d'une décision clinique. C'est ce qui les rend difficiles à gouverner : non décisionnelles dans leur forme, décisionnelles dans leurs effets. Le pilotage capacitaire français en fournit une illustration mesurée.

À Valenciennes, un dispositif prédit l'activité hospitalière à 48 heures avec une fiabilité de l'ordre de 95 % ([esanum](#)). Il ne refuse aucun patient. Il incline des flux, et un flux incliné, répété à l'échelle d'un territoire, finit par déterminer qui sera vu, quand, et dans quel ordre.

Il faut donner à ce constat tout son poids, car c'est ici que se loge le concept central du texte. Une gouvernance classique gouverne des cas. Elle admet ou refuse ce patient, traite ou s'abstient, oriente ici ou là. Chaque acte porte sur un individu, et chaque acte laisse une décision à montrer. L'orchestration ne gouverne pas des cas. Elle gouverne des distributions de probabilité d'accès. Elle ne décide pas qu'un patient donné restera chez lui ; elle règle un paramètre qui rend une fraction de la population plus probablement maintenue à domicile, et une autre plus probablement convoquée. L'objet gouverné n'est plus la trajectoire, c'est sa probabilité.

Le concept mérite une définition arrêtée, faute de quoi il resterait une intuition.

Une gouvernance probabiliste n'agit pas principalement sur des décisions individuelles identifiables, mais sur les paramètres qui modifient la distribution des probabilités d'accès, d'orientation ou de prise en charge au sein d'une population.

Cette définition se distingue de trois notions voisines avec lesquelles on la confond.

1. Le triage capacitaire trie des cas existants sous contrainte de lits : il agit sur des individus, par une règle de décision explicite, fût-elle expéditive.
2. L'optimisation populationnelle poursuit un objectif agrégé, réduire les hospitalisations évitables par exemple : c'est une finalité, pas un mode d'action.
3. La gouvernance statistique pilote par indicateurs et par cibles : elle oriente par la mesure, mais à travers des décisions et des politiques identifiables.

La gouvernance probabiliste se reconnaît à une propriété que ces trois notions n'ont pas. Elle agit sur les paramètres qui déforment la distribution, et son effet ne se laisse rattacher à aucune décision individuelle. Ce n'est ni un objectif, ni un tri, ni un tableau de bord. C'est un mode de gouvernement dont l'unité n'est pas le cas mais la distribution, et dont la signature est l'absence de décision contestable.

La matérialisation clinique est directe. Prenons deux patients comparables, même pathologie, même gravité. Le premier voit son indicateur dépasser de peu un seuil bas : il est convoqué. Le second, sous un seuil relevé la semaine précédente pour préserver des lits, reste chez lui. Aucun médecin n'a tranché entre eux. La différence de trajectoire est l'effet d'un paramètre. À l'échelle d'une cohorte, le même réglage déplace quelques points de pourcentage d'admissions, soit, sur un territoire, des centaines de trajectoires inclinées sans qu'une seule décision individuelle ne soit intervenue. Le seuil n'a pas choisi un patient. Il a déformé une distribution.

Ce déplacement, d'une gouvernance des cas vers une gouvernance des distributions, est précisément ce que les cadres de responsabilité ne savent pas saisir. Ils sont construits pour des actes. Un acte a un auteur, une date, un dossier, un recours. Une distribution n'a rien de tout cela. Elle n'est l'acte de personne ; elle est l'effet d'un réglage qui se présente comme une opération technique. La gouvernance probabiliste est, par construction, une gouvernance sans décision individuelle à contester. C'est sa force opérationnelle, et c'est aussi ce qui la rend, en l'état, ingouvernable par les outils dont nous disposons.

Reste la question que le discours technique élude le plus volontiers. Qui règle ce seuil, et au nom de quoi ? La réponse n'est jamais purement clinique. Le paramétrage se décide dans des cellules d'ordonnancement et de gestion des lits, chez des cadres de pôle, des directions, des éditeurs de plateforme, parfois sous l'orientation d'une agence régionale ou d'un payeur. Et les objectifs qu'il encode sont concrets, nommables, légitimes pris un à un : réduire les hospitalisations évitables, protéger les urgences de la saturation, optimiser des ressources infirmières comptées, tenir une trajectoire budgétaire. Aucun de ces objectifs n'est illégitime. Aucun n'est non plus clinique au sens du bénéfice du patient devant soi. Un seuil d'orientation n'encode pas une vérité clinique. Il encode un arbitrage, et cet arbitrage est rarement purement médical. L'orchestration encode donc des priorités institutionnelles. Le désalignement n'apparaît pas tout seul, par une entropie naturelle des systèmes ; il est produit, réglage par réglage, par des arbitrages organisationnels très concrets. Le calcul ne crée pas ces arbitrages, qui préexistaient dans toute organisation de soin contrainte. Il les rend scalables, distribués, et soustraits à la délibération clinique locale.

Cette analyse ne repart pas de zéro. La grammaire d'une chaîne opérable, de l'observation à l'audit, a été posée à propos de la vigilance prédictive ; la notion de périmètre d'optimisation, qui sépare ce qu'un système prétend optimiser de ce qu'il optimise vraiment, l'a été à propos des systèmes de couverture et de régulation du soin. Je les suppose acquises et j'y renvoie. Le point propre à cet article est ailleurs : cette fonction d'orientation, parce qu'elle produit un effet sans poser d'acte et qu'elle agit sur des distributions plutôt que sur des cas, échappe par construction aux cadres qui attachent la responsabilité à une décision.

On objectera que l'orchestration n'est qu'un support neutre, un outil d'efficience au service du clinicien. L'objection est sérieuse ; formulons-la mieux que le contradicteur. Un outil qui exécuterait des règles fixées et tracées par le clinicien serait, en effet, neutre. Mais un dispositif qui fixe des seuils, ordonne des priorités et filtre la visibilité ne se contente pas d'exécuter. Il compose les conditions de la décision en amont de la décision. La neutralité cesse là où commence la composition du terrain. Cette thèse est une hypothèse structurelle, et elle a un falsifieur explicite : si, pour une trajectoire défavorable, on peut reconstruire quels paramètres l'ont inclinée et rattacher une

responsabilité opposable à qui les a réglés, alors l'orchestration reste gouvernée, et ma thèse tombe.

Une dernière propriété découle directement de ce qui précède. Dès lors que ces paramètres gouvernent des distributions à l'échelle, leur altération cesse d'être un incident technique local. Un seuil d'orientation n'est pas un simple réglage : c'est un point de modulation systémique, et, à ce titre, un objet de pouvoir. Les couches qui inclinent les trajectoires deviennent des surfaces d'attaque institutionnelles. Une modification silencieuse d'un seuil, une corruption de routage, une désynchronisation entre versions de règles, une indisponibilité partielle des flux déplacent immédiatement des probabilités d'accès au soin, sans qu'aucune décision individuelle ne paraisse irrégulière. Reprenons Valenciennes : si le dispositif prédit juste mais que le paramètre pilotant l'orientation est altéré, mal propagé, ou exécuté autrement que ce qui avait été validé, l'effet n'est plus informatique. Il est institutionnel et clinique, parce qu'il déforme une distribution d'accès. Le problème cybernétique n'est donc plus seulement celui de la confidentialité des données ou de la disponibilité d'un système d'information. Il devient celui de l'intégrité des conditions de visibilité et d'orientation. La cybersécurité ne protège plus seulement une infrastructure ; elle protège les conditions d'exécution d'une architecture d'influence.

V. Désalignement et responsabilité

La section précédente a établi où l'influence se loge, ce qu'elle gouverne, et comment elle peut être altérée. Reste à suivre ce qu'il advient de la responsabilité quand l'influence se déplace ainsi. C'est le cœur du problème. Entre les murs, trois choses tenaient ensemble : l'influence sur la trajectoire, la visibilité de ce qui l'inclinait, la responsabilité de ce qui en résultait. Le soin distribué ne les supprime pas. Il les désynchronise, et c'est cette désynchronisation, non une quelconque dépossession, qui fait le risque institutionnel.

La dérive a une direction. L'influence migre vers des couches qui ne décident pas : moteurs de règles, logiques de routage, priorisation de file, filtres de visibilité. Ces couches ne signent rien, mais elles déterminent ce qui remonte, ce qui devient prioritaire, ce qui reste invisible. Un lundi matin, quelqu'un relève un seuil. Le vendredi, un médecin valide un maintien à domicile sans savoir que la barre a bougé. La responsabilité reste arrimée au signataire ; l'influence est passée au paramétreur. Celui qui règle le seuil n'est pas celui qui répond de la trajectoire. Voilà l'asymétrie, et elle est humaine avant d'être technique : elle oppose ceux qui portent la charge de l'erreur à ceux qui en composent les conditions.

À l'asymétrie s'ajoute une dilution. Dans une chaîne distribuée, une trajectoire défavorable n'a pas d'auteur unique. Elle est l'effet composé de maillons localement conformes, dont aucun, pris seul, n'a commis de faute. Le système peut rester partout

conforme à ses spécifications et produire, à l'échelle, une attrition d'accès qu'aucune décision n'a ordonnée. Ce point, je l'ai établi ailleurs ; je le mobilise pour ce qu'il fait ici, rendre la responsabilité non pas absente, mais introuvable, parce que diffractée sur une chaîne dont chaque segment renvoie au suivant.

Cette dilution a une grammaire que la médecine connaît mal. Elle savait traiter l'erreur de diagnostic. Elle ne sait pas encore traiter l'erreur d'orientation produite par un système. Quatre cas, pourtant : l'orientation pertinente, l'orientation à tort, l'absence d'orientation justifiée, l'absence d'orientation à tort. Ce dernier cas, le silence indu, est le plus redoutable. Il ne laisse aucune trace dans les indicateurs d'activité : rien n'a été fait, donc rien n'apparaît. Une trajectoire qui aurait dû basculer vers l'hôpital et ne l'a pas fait n'est visible nulle part, sauf dans la décompensation qui suit, et qu'on imputera, le moment venu, à tout sauf au seuil qui l'a laissée passer.

De là, la résistance des cliniciens, que le discours d'efficience range trop vite parmi les archaïsmes. La lecture est paresseuse. Quand un clinicien rechigne à valider des orientations produites par une architecture dont il ne maîtrise ni les seuils ni les filtres, il ne défend pas un territoire. Il perçoit, souvent mieux que les concepteurs, qu'on lui demande de porter une responsabilité dont les conditions lui échappent. Sa résistance n'est pas un frein au progrès. C'est un symptôme structurel, et un indicateur précoce de désalignement. La traiter comme un obstacle à lever, plutôt que comme un signal à lire, revient à débrancher l'alarme parce qu'elle dérange.

L'objection la plus forte doit être affrontée de face, car elle est juste dans sa lettre. Les cadres de responsabilité existent déjà, dira-t-on : prescripteur, médecin coordinateur d'hospitalisation à domicile, dispositif d'appui à la coordination, responsable de traitement au sens du règlement général sur la protection des données, exploitant du dispositif de télésurveillance. Chacun porte une responsabilité définie. C'est exact, pour les décideurs formels. Mais ces cadres assignent la responsabilité à qui décide, quand l'influence a migré vers qui paramètre. L'écart n'est pas l'absence de responsabilité. C'est sa désindexation d'avec le lieu réel de l'influence. On objectera encore que tout cela est le lot de n'importe quelle organisation complexe, et qu'on survend un banal problème de management. La réponse est nette. Ce qui est propre à l'orchestration distribuée, c'est que la couche influente ne décide pas dans sa forme, donc reste invisible aux cadres qui attachent la responsabilité à une décision, et qu'elle passe à l'échelle plus vite qu'on ne la mesure. Un problème de management se corrige par l'organigramme. Un désalignement structurel se corrige par la doctrine.

Il serait pourtant malhonnête de présenter toute dissociation comme une pathologie à éradiquer. Une part en est fonctionnellement nécessaire. C'est elle qui permet l'échelle, la continuité du suivi, la fluidification des parcours, la coordination d'un territoire. Exiger qu'un clinicien re-décide explicitement chaque seuil, chaque routage, chaque priorisation, pour chaque patient, reviendrait à dissoudre l'orchestration, et avec elle les

gains qui justifient le soin distribué. L'alignement parfait n'est pas seulement impossible dans un système distribué ; il serait paralysant. La cible n'est donc pas l'alignement total, qui est un mythe régulateur, mais un désalignement borné, dont les effets restent visibles, reconstructibles, contestables. Le problème n'a jamais été qu'il existe un écart. Le problème est que cet écart soit devenu ininspectable.

Reste à dire ce que « reconstructible » exige, et ce qu'il n'exige pas. Dans le soin distribué, l'intégrité des conditions d'exécution devient une propriété de gouvernabilité clinique. Un seuil auditable n'a de sens que si l'on peut démontrer que le seuil exécuté était bien celui qui avait été validé. Une trace n'a de valeur que si les conditions qui l'ont produite sont fiables, synchronisées et opposables. Sans cette confiance d'exécution, la reconstructibilité reste purement déclarative. Mais il faut se garder ici d'une exigence excessive, qui se retournerait contre la thèse. Reconstruire ne veut pas dire tout reconstruire. Les systèmes distribués réels resteront partiellement opaques, probabilistes, émergents, incomplets, et réclamer une observabilité totale serait aussi irréaliste que paralysant. La bonne mesure n'est pas la reconstruction exhaustive du réel ; c'est une reconstructibilité suffisante pour attribuer et contester une influence significative. Le critère n'est pas de tout voir. Il est de pouvoir, lorsqu'une trajectoire a mal tourné, remonter aux paramètres qui l'ont inclinée et désigner qui en répond.

Le problème change alors de nature. Il ne s'agit plus seulement de savoir qui décide. Il s'agit de savoir si l'environnement qui incline les trajectoires peut être inspecté, attesté, reconstruit et contesté dans la mesure nécessaire pour qu'une influence significative reste attribuable. Et il faut tenir cette thèse dans ses limites, sous peine de la caricaturer. Le désalignement est une tendance, pas une loi. Certaines architectures maintiennent l'alignement, par conception ou par régulation. L'affirmation que l'influence a, en moyenne, migré vers les couches qui ne décident pas n'est pas mesurée à l'échelle des populations, pas davantage que ne l'est l'efficacité du déploiement britannique. Elle reste une hypothèse structurelle, assortie d'un falsifieur connu. Ce n'est pas un fait établi, et le présenter comme tel serait commettre l'erreur que ce texte reproche au discours d'efficience.

VI. Re-aligner ce qui doit l'être, gouverner le reste

La conséquence pour le décideur, qu'il soit directeur d'établissement, tutelle ou responsable de plateforme, n'est pas de rebâtir des murs. La territorialité perdue ne se restaure pas, et il n'y a aucune nostalgie à entretenir. Elle n'est pas non plus de viser un alignement parfait, qui serait paralysant et que la section précédente a écarté. Elle est plus exacte, et plus exigeante : re-aligner ce qui doit l'être, et rendre gouvernable le désalignement qui subsiste.

Cinq principes opposables fixent ce travail. Premier : toute fonction d'orchestration critique doit être explicitement qualifiée, au sens d'une qualification exécutoire

opposable, et non laissée à l'état de paramètre technique implicite. Deuxième : les seuils d'orientation doivent être auditables, car un seuil est un acte institutionnel déguisé en réglage. Troisième : la visibilité causale doit être restructurable, ce qui suppose au minimum la version du modèle ou de la règle, sa configuration d'exécution, le contexte clinique, la trace de ses modifications, et l'intégrité opposable des conditions dans lesquelles ces paramètres ont été exécutés. Cette restructurabilité n'est pas l'observabilité totale, impossible et paralysante ; elle est celle, suffisante, qui permet d'attribuer et de contester une influence significative. Une restructurabilité qui ne porterait que sur les logs, sans garantie sur les conditions d'exécution qui les ont produits, ne permettrait pas d'établir une responsabilité gouvernable. Quatrième : la contestabilité doit dépasser la simple journalisation, car un log n'est pas un recours. Cinquième, qui commande les quatre autres : les responsabilités doivent suivre les capacités réelles d'influence opérationnelle, et non les organigrammes ni les seules signatures.

Ces principes se traduisent en exigences vérifiables. Qualifier une fonction d'orchestration, c'est nommer un responsable de son paramétrage et la classe de décisions qu'elle incline. Rendre un seuil audible, c'est conserver qui l'a fixé, à quelle valeur, depuis quand, et au nom de quel arbitrage. Rendre la visibilité restructurable, c'est pouvoir rejouer une orientation a posteriori dans la mesure nécessaire à son attribution, et non prétendre tout enregistrer. La contestabilité effective suppose qu'un patient ou un clinicien puisse non seulement consulter une trace, mais ouvrir un recours qui oblige à une réponse.

Ces exigences appellent une objection légitime : comment mesure-t-on tout cela ? Le cadre est aujourd'hui structurel ; il doit devenir mesurable, faute de quoi il restera une intuition bien construite. Quatre observables peuvent être proposés, à titre de programme plus que de résultat. Détecter une gouvernance probabiliste : identifier les paramètres dont la variation déplace, à population constante, la distribution des orientations, et mesurer cette sensibilité. Mesurer la migration d'influence : estimer la part de la variance des trajectoires d'accès expliquée par les réglages d'orchestration, comparée à celle qu'expliquent les décisions cliniques formelles. Objectiver la désindexation : pour chaque paramètre critique, vérifier si celui qui le règle figure dans la boucle de responsabilité, et rapporter le nombre de paramètres influents au nombre de ceux dont un responsable est identifié. Détecter un désalignement excessif : suivre le taux d'événements défavorables qu'on ne parvient pas à rattacher à un paramètre et à un responsable, et le taux de silences indus non revus. Aucune de ces mesures n'existe aujourd'hui sous une forme stabilisée. Leur absence n'est pas un détail de mise en œuvre ; elle est, en soi, un indicateur de la faible gouvernabilité actuelle.

Une discipline de calendrier complète ces principes. La leçon britannique est limpide : on ne mesure pas après avoir déployé, on mesure avant d'étendre. Le jeu de données minimal attendu pour 2026, alors que les lits sont déployés depuis des années, est

l'exemple de ce qu'il ne faut pas reproduire. Mesurer avant l'échelle est la condition pour que le ré-alignement reste possible tant qu'il est encore réversible.

PREDICARE, dans le périmètre français, constitue un terrain pertinent pour éprouver ces principes, et non une preuve qu'ils fonctionnent. La précision est doctrinale, pas rhétorique. PREDICARE est une expérimentation territoriale de vigilance prédictive sur des trajectoires chroniques à risque de décompensation [périmètre exact, pathologies-cibles, partenaires et calendrier sous fact-lock série PREDICARE, non levé à cette date]. Ce qui en fait un terrain intéressant n'est pas qu'elle prédise mieux, mais qu'elle pose explicitement, dans son design, la séparation des fonctions critiques et la contestabilité patient, c'est-à-dire les conditions mêmes du ré-alignement. Le terrain ne démontre pas la doctrine. Il en teste la faisabilité.

Une limite doit être posée sans la franchir. La répartition fine de la responsabilité juridique entre les fournisseurs et l'opérateur de coordination, dans l'hospitalisation à domicile comme dans la télésurveillance, relève d'un conseil juridique spécialisé que ce texte ne prétend pas formuler. Je signale la question ; je ne tranche pas le droit. Mon objet est de montrer que l'influence et la responsabilité se sont désindexées, et que cette désindexation est gouvernable.

Ce point déplace la sécurité au-delà de la cybersécurité hospitalière au sens classique. Dans le soin distribué, la sécurité ne protège plus seulement des données, des postes ou des infrastructures. Elle protège les conditions de visibilité, d'orientation, de reconstructibilité et de contestabilité des trajectoires. Le mur produisait une confiance implicite par co-localisation physique. Le soin distribué doit produire une confiance explicite, par preuves d'exécution, traçabilité opposable et intégrité reconstructible. Sans cela, les architectures d'orchestration restent capables d'influencer des trajectoires sans que personne puisse démontrer, après coup, dans quelles conditions cette influence s'est exercée.

Ce que l'on vient de décrire excède la santé, et il faut le dire en une phrase plutôt qu'en développer ici la portée. Toute autorité qui se distribue dépend désormais des propriétés d'exécution des chaînes qui la portent, et il y a là le germe d'une théorie runtime de l'institution dont la santé n'est qu'un cas avancé. C'est l'objet d'un autre texte ; je me borne à le nommer.

Au terme du parcours, la transformation s'énonce sans dramatisation. Le mur rendait l'autorité localisable sans qu'on ait à y penser. Le soin distribué ne la rend pas introuvable d'un coup ; il la rend graduellement plus difficile à reconstruire, à mesure que l'influence se loge dans des couches que personne n'inspecte. Il n'y a pas de bascule unique, ni de point de non-retour spectaculaire, mais une dérive lente : des seuils modifiés sans trace conservée, des routages dont le responsable n'est pas identifié, des absences d'alerte que rien ne vient réviser. Entre l'alignement parfait, qui est un mythe régulateur, et la dissolution complète, qui est un épouvantail, s'étend l'espace réel de la gouvernance :

alignements partiels, compromis inspectables, gouvernances hybrides mais reconstructibles.

Les trois propositions posées au départ se rejoignent ici. Gouverner des distributions sans décision contestable, laisser l'influence se désindexer de la responsabilité, et négliger l'intégrité des conditions d'exécution ne sont pas trois problèmes distincts. Ce sont trois faces du même renoncement. Sortir des murs n'oblige pas à dissoudre l'autorité. Cela oblige à la ré-indexer sur l'influence réelle, et à rendre gouvernable l'écart qui subsiste. Faute de quoi l'autorité ne disparaît pas d'un seul tenant : elle devient, trajectoire après trajectoire, progressivement introuvable.

Il faut alors l'énoncer plus précisément encore. Le soin distribué ne redistribue pas seulement les trajectoires. Il redistribue les conditions techniques qui rendent ces trajectoires visibles, orientables et contestables. Dès lors, la cybersécurité cesse d'être une couche informatique périphérique. Elle devient une propriété constitutive de la possibilité même d'une autorité clinique distribuée.