



HEALTHCARE
DATA INSTITUTE

Septembre 2026



POSITION PAPER

L'IA, PREMIER RECOURS DE LA MÉDECINE DE DEMAIN ?

TABLE DES MATIÈRES

L'IA N'ATTEND PAS LA MÉDECINE, ELLE EST DÉJÀ DANS LES USAGES

1

L'usage a déjà pris de vitesse le cadre

- 03 [Une rupture née hors du soin](#)
- 04 [Les patients consultent déjà l'IA avant de se rendre chez le médecin](#)
- 04 [La question de la santé mentale avec le chatbot dans un rôle de confident, le soin comme ligne rouge](#)
- 05 [Professionnels et établissements : l'IA entre dans la pratique par le temps gagné](#)

2

Du chatbot au soin, comment transformer l'usage de l'IA en progrès médical

- 05 [Trier, orienter, préparer, l'organisation d'une première réponse](#)
- 06 [Prévenir, suivre, personnaliser, l'IA servant à passer du soin tardif au repérage précoce](#)
- 06 [Rendre du temps médical pour alléger la charge invisible du soin](#)
- 06 [Recherche et personnalisation, pour une meilleure manière d'exploiter les données sans perdre la maîtrise](#)

3

Les angles morts d'une adoption éclair

- 07 [Hallucinations et biais de séduction, quand l'erreur parle avec assertivité](#)
- 07 [Santé mentale et vulnérabilité, la zone grise la plus sensible](#)
- 07 [L'exposition intime des données de santé et de l'identité numérique](#)
- 08 [Du gain de temps au risque de « never-skilling »](#)
- 08 [Biais, inégalités et médecine à deux vitesses](#)
- 08 [Le double piège européen lié à la dépendance technologique et à la surrégulation](#)

4

La voie européenne recommandée

- 09 [Distinguer l'IA grand public de l'IA médicale spécialisée](#)
- 09 [Faire du droit européen un levier d'innovation de confiance](#)
- 09 [Former au discernement : une compétence de santé publique](#)
- 09 [Faire de l'éthique et de la donnée le socle de la confiance](#)
- 10 [La nécessité d'évaluer comme en médecine avec des preuves, des bénéfices et des risques et son application dans la vie réelle](#)
- 11 [Souverainiser en investissant dans la DeepTech et les usages](#)

[Bibliographie](#) 12

[Remerciements](#) 13

L'IA N'ATTEND PAS LA MÉDECINE, ELLE EST DÉJÀ DANS LES USAGES

L'intelligence artificielle n'est plus un sujet prospectif en médecine. Elle est déjà utilisée par des patients, des proches, des professionnels, des établissements, des industriels et des acteurs de la recherche. La rupture tient moins à l'arrivée d'une technologie médicale classique qu'à l'appropriation rapide d'outils généralistes par des citoyens qui les mobilisent déjà pour comprendre, orienter ou questionner leur santé.

Cette dynamique répond à des tensions très concrètes du système de santé telles que le manque de temps médical, les difficultés d'accès aux soins, la saturation de certains parcours, la progression des maladies chroniques, les attentes d'immédiateté ou encore l'explosion des données médicales. Dans certains contextes, l'alternative n'est pas

toujours entre l'IA et le médecin, mais entre une première aide numérique et l'absence de réponse immédiate. L'IA grand public s'est installée très vite dans les usages, avant même que le système de santé n'ait pleinement défini les conditions de son intégration. Elle ne suit donc pas le chemin classique de l'innovation médicale, dans lequel un outil est conçu, évalué, validé puis diffusé.

Ici, l'usage précède l'encadrement. L'enjeu n'est donc ni de freiner par principe cette adoption, ni de la laisser se développer au seul rythme des usages individuels et des plateformes. Il est de construire un cadre de confiance capable de distinguer les usages citoyens, les pratiques professionnelles déjà structurées et les applications médicales qui doivent être évaluées avec la rigueur propre au soin.



**Le défi n'est pas de choisir entre innovation et protection,
mais d'organiser une IA médicale de qualité.**

I) L'USAGE A DÉJÀ PRIS DE VITESSE LE CADRE

UNE RUPTURE NÉE HORS DU SOIN

La spécificité de l'IA générative est de ne pas avoir été conçue d'abord comme une innovation médicale. Les grands modèles généralistes sont des outils multi-usages, développés hors du champ sanitaire, puis réappropriés par les patients et les professionnels pour des finalités de santé.

Cette situation explique le décalage actuel : les outils existent déjà, les citoyens les utilisent déjà, mais leur intégration dans le soin reste à organiser. Le cadre ne peut donc pas se limiter à une logique de validation classique, il doit aussi prendre acte d'un usage déjà installé.

La rupture ne vient pas seulement de la technologie, mais de la vitesse à laquelle les citoyens s'en emparent.

LES PATIENTS CONSULTENT DÉJÀ L'IA AVANT DE SE RENDRE CHEZ LE MÉDECIN

Qualifier ces usages de simples recherches informationnelles revient à sous-estimer leur portée. Lorsqu'un patient interroge un chatbot sur un symptôme, un résultat biologique, une douleur persistante ou une inquiétude médicale, il ne cherche pas toujours une information neutre, mais sollicite souvent une forme d'avis, d'orientation ou de pré-diagnostic.

Selon le Pew Research Center, 22 % des adultes américains déclarent obtenir au moins parfois des informations de santé auprès de chatbots d'IA.

Selon KFF, environ un adulte américain sur trois utilise des outils d'IA pour obtenir des informations ou conseils de santé. Parmi ces utilisateurs, 41 % déclarent avoir déjà téléchargé des informations médicales personnelles dans un chatbot.

Chez les 18-29 ans, KFF relève que 36 % ont utilisé l'IA pour des informations ou conseils liés à leur

santé physique au cours de l'année, et 28 % pour leur santé mentale ou leur bien-être émotionnel.

En France, les Cartes de France 2026 de l'accès aux soins, publiées par la Fondation Jean-Jaurès et Doctolib, montrent que 45 % des patients interrogés déclarent utiliser une IA conversationnelle pour des questions de santé, avec un clivage générationnel très marqué : 75 % des 18-24 ans y ont recours contre 13 % des 75 ans et plus. L'étude s'appuie sur plus de 230 millions de consultations réalisées en 2025 et sur une enquête auprès de plusieurs milliers de patients.

Ces usages ont déjà un effet sur les parcours. Selon les résultats commentés par Hospimedia à partir de cette enquête, près d'un utilisateur sur deux décide de recourir aux soins après avoir consulté une IA : 25 % consultent plus rapidement que prévu, 18 % consultent alors qu'ils ne l'envisageaient pas initialement, et 5 % se rendent finalement aux urgences. À l'inverse, 18 % renoncent à consulter après l'usage de l'IA, et 8 % renoncent d'abord avant de consulter plus tard.

LA QUESTION DE LA SANTÉ MENTALE AVEC LE CHATBOT DANS UN RÔLE DE CONFIDENT, LE SOIN COMME LIGNE ROUGE

La santé mentale illustre de manière particulièrement forte cette appropriation. L'IA y est utilisée comme espace d'écoute, de confiance, de reformulation ou de première orientation, notamment par des jeunes qui n'auraient pas nécessairement sollicité un professionnel immédiatement.

Selon Ipsos bva, Groupe VV et CNIL, 48 % des jeunes Européens interrogés utilisent l'IA pour parler de sujets personnels ou intimes. 33 % la considèrent comme un « psy » dans certains cas, et ce chiffre atteint 46 % chez les jeunes souffrant d'anxiété.



Le patient n'utilise plus seulement Internet pour chercher une information, il interroge une IA qui lui répond comme un interlocuteur médical.

Ces usages traduisent un besoin réel d'écoute rapide, disponible et moins intimidante. Ils peuvent contribuer à libérer la parole, mais ils doivent être distingués d'une prise en charge psychique, qui suppose une responsabilité clinique, une évaluation du risque et une relation humaine.

La santé mentale révèle la promesse et le danger de l'IA, elle peut ouvrir une porte vers le soin, mais aussi retarder l'accès à une aide humaine.

PROFESSIONNELS ET ÉTABLISSEMENTS : L'IA ENTRE DANS LA PRATIQUE PAR LE TEMPS GAGNÉ

L'appropriation citoyenne ne doit pas masquer les usages professionnels. Les applications les plus matures concernent aujourd'hui la rédaction, la synthèse, la recherche documentaire, la vulgarisation, les comptes rendus, l'imagerie, la biologie, les dispositifs médicaux et l'organisation des parcours.

Selon Blease et al., dans BMJ Health & Care Informatics en 2024, environ un généraliste britannique sur cinq déclarait déjà utiliser des outils d'IA générative en pratique clinique.

Selon EuroAIM et EuSoMII, 48 % des répondants en radiologie déclaraient utiliser l'IA en 2024.

Selon l'OMS Europe, 74 % des États membres de l'Union européenne déclarent utiliser l'IA pour le diagnostic, et 63 % utilisent des chatbots pour soutenir l'engagement des patients.

Selon le guide HAS/CNIL de 2026, reprenant un baromètre FHF de 2025, 65 % des établissements publics de santé participants déclaraient utiliser des technologies d'IA en production. Une série d'entretiens réalisés avec des professionnels confirme cette tendance. L'IA suscite un sentiment globalement positif, mais souvent conditionné à un impératif d'encadrement, d'humanité et de supervision dans l'usage quotidien.

II) DU CHATBOT AU SOIN, COMMENT TRANSFORMER L'USAGE DE L'IA EN PROGRÈS MÉDICAL

Après le constat des usages spontanés, il faut distinguer ce qui relève déjà de pratiques structurées et ce qui demeure un potentiel à développer.

L'intérêt de l'IA ne tient pas seulement à sa nouveauté, mais à sa capacité à améliorer concrètement les parcours, lorsque son usage est relié à des objectifs de santé précis.

TRIER, ORIENTER, PRÉPARER, L'ORGANISATION D'UNE PREMIÈRE RÉPONSE

L'IA peut aider à qualifier une demande, orienter vers le bon niveau de prise en charge, repérer des situations à risque ou préparer une consultation. Dans un contexte de tension d'accès aux soins, elle peut offrir une première réponse structurée lorsque l'alternative est l'attente, l'incertitude ou l'absence de réponse immédiate.

Cette fonction d'orientation ne doit cependant pas être confondue avec une décision médicale autonome. L'IA peut aider à mieux formuler une demande, à repérer un signe d'alerte ou à préparer un échange avec un professionnel, mais elle doit rester intégrée dans une logique de parcours.

L'enquête Doctolib/Fondation Jean-Jaurès montre toutefois que l'effet de l'IA sur le recours aux soins est ambivalent.

En effet, elle peut accélérer la consultation, déclencher une consultation non prévue, mais aussi conduire certains utilisateurs à renoncer au soin. Les données disponibles ne permettent pas encore de dire si les passages aux urgences après consultation d'une IA étaient médicalement justifiés. Cette incertitude impose de penser l'IA comme un outil d'orientation accompagné, et non comme un pré-tri autonome.

PRÉVENIR, SUIVRE, PERSONNALISER, L'IA SERVANT À PASSER DU SOIN TARDIF AU REPÉRAGE PRÉCOCE

L'IA peut aider à repérer des signaux faibles, identifier des populations à risque, organiser des dépistages ciblés, personnaliser des messages de prévention et soutenir le suivi des patients chroniques. Elle peut rappeler une prise de traitement, suivre des symptômes, accompagner certains exercices, favoriser l'observance ou maintenir un lien entre deux consultations.

Dans un système encore largement pensé pour l'aigu, l'IA peut donc soutenir une évolution vers une médecine plus préventive, plus continue et plus personnalisée. Ce potentiel dépend toutefois de la qualité des données, de leur représentativité et de leur intégration dans les outils du soin.

Le diabète offre un exemple concret de ce que l'IA peut apporter au suivi des maladies chroniques. En effet, une enquête flash présentée conjointement par la Fédération Française des Diabétiques et Diabète LAB, conduite auprès de 1 937 personnes vivant avec un diabète en France entre le 20 mai et le 15 juin 2026, montre que 32 % des répondants ont déjà utilisé une IA pour poser une question liée à leur diabète. Les usages déclarés relèvent moins d'une recherche abstraite que d'un besoin pratique. On parle ici d'obtenir des conseils sur l'alimentation ou l'activité physique, de mieux comprendre des résultats d'analyses, d'interpréter des données de suivi ou de se renseigner sur les dispositifs médicaux. Les attentes exprimées vont dans le même sens : réponses rapides sur le traitement et les dispositifs médicaux, meilleure compréhension des données glycémiques, aide à l'ajustement du quotidien et complément aux explications du médecin.

RENDRE DU TEMPS MÉDICAL POUR ALLÉGER LA CHARGE INVISIBLE DU SOIN

La transcription, les comptes rendus, la synthèse de dossiers, les courriers patients, la recherche d'informations et la vulgarisation constituent des usages à impact immédiat. Ils peuvent réduire la charge administrative et permettre aux professionnels de se recentrer sur les tâches à plus forte valeur humaine et médicale.

**La première valeur de l'IA
pour les soignants n'est pas
de remplacer le jugement
médical, mais de leur rendre
du temps pour le soin.**

RECHERCHE ET PERSONNALISATION, POUR UNE MEILLEURE MANIÈRE D'EXPLOITER LES DONNÉES SANS PERDRE LA MAÎTRISE

L'IA peut accélérer l'analyse de données hospitalières, la recherche clinique, l'identification de profils de patients, la pharmacovigilance, l'accès aux essais cliniques et la médecine personnalisée. Elle peut aussi contribuer à mieux exploiter les données de vie réelle.

Mais ce potentiel suppose une gouvernance robuste. La donnée de santé n'est pas un carburant comme les autres, car elle engage la confiance, l'intimité et la sécurité des patients. Une stratégie d'IA médicale ne peut donc être séparée d'une stratégie de qualité, d'accès, de circulation et de protection des données.

**Il n'y aura pas d'IA médicale
fiable sans données fiables,
représentatives et gouvernées.**

III) LES ANGLES MORTS D'UNE ADOPTION ÉCLAIR

L'IA porte une promesse réelle, mais son adoption rapide crée des zones de fragilité. L'objectif n'est pas de dramatiser ces risques, ni de nier les bénéfices possibles. Il est de les nommer clairement pour construire des garde-fous adaptés.

HALLUCINATIONS ET BIAIS DE SÉDUCTION, QUAND L'ERREUR PARLE AVEC ASSERTIVITÉ

Les IA génératives peuvent produire des réponses fausses mais convaincantes. Le risque est d'autant plus important que ces outils sont conçus pour produire une réponse fluide, rassurante et parfois complaisante. Ce biais de séduction peut renforcer la confiance de l'utilisateur, même lorsque le contenu est incomplet ou erroné.

Selon Takita et al., dans npj Digital Medicine en 2025, une méta-analyse de 83 études estime la précision diagnostique globale de l'IA générative à 52,1 %. Ce chiffre appelle à la prudence, mais il doit être interprété selon les cas d'usage, les spécialités et le niveau de supervision.



Une réponse fausse mais convaincante peut peser davantage sur un parcours de soins qu'une absence de réponse.

SANTÉ MENTALE ET VULNÉRABILITÉ, LA ZONE GRISE LA PLUS SENSIBLE

L'usage de l'IA comme confident ou premier interlocuteur peut être utile pour libérer la parole, mais il comporte aussi des risques pour les personnes vulnérables, isolées ou en souffrance psychique. Le danger tient à la fausse impression d'écoute, au biais d'auto-confirmation ou au retard d'accès à un professionnel.

En santé mentale, l'IA doit donc être pensée comme une possible porte d'entrée vers le soin, et pas forcément comme un substitut au soin. Cette distinction doit être visible dans les messages, les interfaces et les recommandations adressées aux utilisateurs.

L'EXPOSITION INTIME DES DONNÉES DE SANTÉ ET DE L'IDENTITÉ NUMÉRIQUE

La saisie de données de santé dans des outils généralistes ou non sécurisés expose les utilisateurs à des risques de fuite, de réutilisation commerciale, de traçage, d'usurpation d'identité ou de perte de contrôle sur leurs données. KFF souligne que 41 % des adultes américains ayant utilisé l'IA pour leur santé déclarent avoir déjà téléchargé des informations médicales personnelles dans un chatbot.

Le risque n'est pas seulement théorique. Une étude TrendAI/Trend Micro publiée en 2026, consacrée à l'économie souterraine des données de santé, montre que les données médicales figurent parmi les marchandises les plus valorisées dans les écosystèmes cybercriminels. Sur douze mois, les auteurs ont analysé 7 779 publications de forums underground et 21 813 annonces de marketplaces du dark web, le commerce de données représentait 32,6 % des publications étudiées, devant les violations et rançongiciels.

Ces données sont recherchées car elles ne se réinitialisent pas comme une carte bancaire : diagnostics, antécédents, imagerie, données d'assurance et identifiants de connexion peuvent alimenter durablement l'usurpation d'identité, la fraude assurantielle ou l'extorsion ciblée. L'étude décrit aussi l'émergence de marchés portant sur les données d'imagerie médicale, notamment DICOM et PACS, ainsi que sur des accès à des systèmes de dossiers patients électroniques.

DU GAIN DE TEMPS AU RISQUE DE « NEVER-SKILLING »

L'un des risques émergents est le « never-skilling ». Cette notion ne désigne pas seulement la perte de compétences déjà acquises, elle renvoie au fait que de futurs professionnels pourraient ne jamais acquérir certaines compétences fondamentales si l'IA intervient trop tôt dans leur apprentissage. Dans Nature Medicine, Ke et al. alertent sur le fait qu'un usage trop précoce ou mal encadré de l'IA en formation médicale pourrait empêcher les futurs professionnels d'acquérir certaines compétences fondamentales de raisonnement clinique.

L'enjeu n'est pas d'exclure l'IA de la formation, mais de l'intégrer progressivement par le biais de formation, de consolidation des compétences sans IA, apprentissage critique des limites de l'outil, puis usage supervisé en contexte clinique.

BIAIS, INÉGALITÉS ET MÉDECINE À DEUX VITESSES

Les modèles peuvent reproduire ou amplifier les biais présents dans les données. Les populations sous-représentées, les patients précaires ou les territoires moins bien dotés peuvent être moins bien pris en compte. L'accès différencié aux outils peut aussi renforcer les inégalités entre établissements, territoires ou patients.

Une IA bien gouvernée peut réduire certaines inégalités d'accès, alors qu'une IA mal déployée peut au contraire les aggraver. La question du financement et de l'équité d'accès reste donc structurante pour la légitimité du déploiement.

LE DOUBLE PIÈGE EUROPÉEN LIÉ À LA DÉPENDANCE TECHNOLOGIQUE ET À LA SURRÉGULATION

La question de la souveraineté est centrale. Les outils les plus utilisés sont aujourd'hui majoritairement développés par des acteurs extra-européens, souvent américains, ce qui soulève des enjeux de continuité d'accès, de maîtrise technologique, de sécurité, de dépendance économique et de gouvernance des données.

Mais l'Europe doit aussi éviter un autre piège : une surrégulation qui protégerait en théorie, tout en rendant impossible l'émergence d'outils souverains et compétitifs. La tension est donc claire, trop peu de cadre exposerait les patients, mais trop de cadre pourrait condamner l'Europe à dépendre des innovations des autres, sans occulter les risques géopolitiques, voire un potentiel « shutdown » ou retrait d'accès aux modèles d'intelligence artificielle par les États-Unis par exemple. Il paraît donc indispensable de développer des IA européennes souveraines pour garantir l'indépendance technologique face aux puissances américaine et chinoise.



**Un cadre lacunaire exposerait les patients, alors qu'un cadre surrégulé pourrait condamner l'Europe à dépendre des innovations des autres.
Des IA européennes paraissent indispensables afin de garantir l'indépendance technologique de l'Europe face aux autres grandes puissances.**

IV) LA VOIE EUROPÉENNE RECOMMANDÉE

La réponse ne peut pas être uniquement juridique, uniquement technique ou uniquement pédagogique. Elle doit articuler quatre exigences : Un cadre équilibré, une formation au discernement, une évaluation clinique continue et une stratégie industrielle souveraine.

DISTINGUER L'IA GRAND PUBLIC DE L'IA MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Le premier enjeu est de distinguer les outils généralistes utilisés par les citoyens et les professionnels des systèmes d'IA spécifiquement médicaux. Les premiers appellent une logique de sensibilisation, de prudence et d'information des usagers. Les seconds doivent relever d'un parcours d'évaluation plus proche de l'innovation médicale classique.

L'avenir pourrait passer par des IA spécialisées, mieux intégrées aux parcours de soins, évaluées cliniquement, plus sobres sur le plan technique et plus adaptées aux données médicales. Les modèles plus restreints, spécialisés et maîtrisés peuvent parfois être plus pertinents que les très grands modèles généralistes.

FAIRE DU DROIT EUROPÉEN UN LEVIER D'INNOVATION DE CONFIANCE

L'AI Act, entré en vigueur le 1er août 2024, encadre les systèmes d'IA selon une approche par les risques. Les systèmes utilisés en santé peuvent être qualifiés de systèmes à haut risque lorsqu'ils influencent l'orientation, le diagnostic, la prise en charge ou la sécurité du patient.



La bonne régulation n'est pas celle qui ralentit l'innovation, mais celle qui rend son déploiement sûr, lisible et durable.

Ce cadre s'articule avec le RGPD, les règlements européens relatifs aux dispositifs médicaux et aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, ainsi qu'avec l'Espace européen des données de santé. L'enjeu est d'en faire un levier de confiance, non un plafond de verre réglementaire.

FORMER AU DISCERNEMENT : UNE COMPÉTENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

La régulation ne peut pas tout résoudre. Les citoyens doivent comprendre qu'une IA n'est pas un professionnel de santé, qu'elle ne possède pas de conscience, qu'elle peut produire des erreurs et que ses réponses doivent être interprétées avec prudence.

La HAS insiste d'ailleurs, dans ses repères destinés aux usagers, sur l'importance de l'esprit critique, de la vigilance sur les données personnelles et du recours à un professionnel de santé pour l'interprétation et la décision. Les professionnels doivent également être formés à l'usage critique de ces outils. Nous parlons ici de formulation des requêtes, vérification des sources, identification des limites, protection des données et traçabilité de l'usage. Former les citoyens à l'IA, ce n'est pas leur demander de devenir experts, mais plutôt leur apprendre à douter au bon moment.



La régulation ne suffira pas, le discernement numérique doit devenir une compétence de santé publique.

FAIRE DE L'ÉTHIQUE ET DE LA DONNÉE LE SOCLE DE LA CONFIANCE

La confiance dans l'IA médicale ne peut pas reposer uniquement sur la conformité juridique. Elle suppose aussi un socle éthique, technique et clinique. En santé, une IA ne doit pas seulement être performante. Elle doit être compatible avec les principes qui structurent le soin, notamment la dignité de la personne, la non-discrimination, le respect du consentement, la protection des plus vulnérables et la place centrale de la décision humaine.

Cette exigence est particulièrement forte pour les usages sensibles tels que le diagnostic, la santé mentale, le handicap ou la fin de vie. Une IA entraînée sur des données ou des logiques éloignées des valeurs européennes du soin peut produire une réponse techniquement cohérente, mais éthiquement discutable. C'est pourquoi les travaux des différentes institutions internationales comme l'OMS, ou nationales comme le CCNE, la HAS ou la CNIL insistent tous sur la nécessité de construire une IA de santé fondée sur la confiance, la supervision humaine, la transparence et la protection des droits fondamentaux.



Une IA médicale digne de confiance ne doit pas seulement répondre juste mais également répondre dans un cadre compatible avec les valeurs du soin.

La qualité des données constitue également une condition de sécurité médicale. Des données incomplètes, biaisées, mal codées, non représentatives ou insuffisamment contextualisées peuvent produire des résultats erronés, même avec un modèle techniquement avancé. En santé, la fiabilité d'un outil d'IA dépend donc autant du modèle que des données utilisées pour l'entraîner, le tester et l'intégrer dans les pratiques.

L'interopérabilité est, à ce titre, décisive. Une IA déconnectée du dossier patient, des logiciels hospitaliers, des outils de ville ou des bases de données pertinentes manque de contexte clinique. À l'inverse, une IA intégrée dans un environnement de données fiable, sécurisé et interopérable peut devenir un levier d'aide au soin, de prévention, de recherche et de personnalisation des parcours.

En santé, la qualité de l'IA commence par la fiabilité des données.

Cette réflexion s'inscrit enfin dans un débat collectif déjà engagé. En effet, les institutions publiques, autorités sanitaires, comités d'éthique, sociétés savantes, professionnels de santé, industriels et représentants des patients ont déjà produit de nombreux rapports, avis et recommandations sur l'IA en santé. Ces travaux montrent que l'IA médicale n'est plus seulement un sujet technologique. Elle est devenue un débat de société, à la croisée de l'innovation, du droit, de l'éthique, de la souveraineté et de la confiance.

L'IA en santé n'est plus seulement un sujet technologique, mais un réel débat de société.

LA NÉCESSITÉ D'ÉVALUER COMME EN MÉDECINE AVEC DES PREUVES, DES BÉNÉFICES ET DES RISQUES ET SON APPLICATION DANS LA VIE RÉELLE

L'IA doit être évaluée comme une innovation médicale (performance, limites, impact clinique, sécurité, effet organisationnel, valeur médico-économique et acceptabilité par les usagers). L'objectif n'est pas une IA parfaite, mais une IA utile dans un usage précis.

L'IA ne doit pas être comparée à une médecine humaine idéale. Elle doit être comparée aux pratiques réelles, aux erreurs humaines et aux alternatives disponibles. Une étude publiée dans PNAS en 2025 montre que les collectifs hybrides médecins-IA produisent les diagnostics différentiels les plus précis, devant les médecins seuls et les IA seules, dans des vignettes cliniques.

Le futur de l'IA médicale ne passera pas par une substitution totale, mais par une complémentarité démontrée.

SOUVERAINISER EN INVESTISSANT DANS LA DEEPTech ET LES USAGES

Une médecine augmentée par l'IA ne peut pas reposer uniquement sur des technologies que l'Europe ne maîtrise pas. La souveraineté numérique en santé n'est pas un réflexe protectionniste, mais plutôt une condition de continuité, de sécurité et de confiance.

Cela suppose d'investir dans la DeepTech, dans les infrastructures de données, dans les modèles spécialisés, dans l'interopérabilité

et dans le déploiement concret des usages. L'Europe doit protéger, mais elle doit aussi construire. Sans capacité technologique propre, la régulation européenne risque de devenir une norme sans puissance industrielle.

Au-delà de la capacité technologique, la souveraineté suppose aussi de créer les conditions d'un marché pour les solutions d'IA en santé avec des usages clairement identifiés, des modèles économiques soutenables, des modalités de financement adaptées et des acheteurs capables de passer de l'expérimentation au déploiement. Cet enjeu est particulièrement prégnant à l'hôpital, où l'absence de modèle économique stabilisé freine souvent l'adoption de solutions pourtant utiles.

Dépendre d'outils extra-européens pour orienter des parcours de soins soulève une question de souveraineté : QUI CONTRÔLERA L'INFRASTRUCTURE MÉDICALE DE DEMAIN ?

CONCLUSION : DONNER UNE DIRECTION AU PROGRÈS

L'IA est déjà entrée dans la médecine par l'usage : celui des patients, des professionnels, des établissements et de la recherche.

Elle répond à des tensions réelles du système de santé, mais elle ouvre aussi des zones d'incertitude nouvelles telles que la fiabilité des réponses, l'impact sur la santé mentale, l'exposition des données personnelles de santé, la formation et le bon usage par les professionnels, l'équité d'accès ou encore la dépendance technologique aux autres États.

La question n'est donc plus de savoir si l'IA aura une place en médecine, mais de décider quelle place lui donner. La freiner par principe reviendrait à se priver d'un levier potentiel d'accès, de prévention, d'efficacité et de recherche. La laisser se développer sans cadre reviendrait, à l'inverse, à abandonner une partie de l'orientation médicale aux plateformes, aux usages individuels et aux logiques de marché.

La voie à construire est celle d'une confiance pragmatique basée sur une évaluation clinique rigoureuse, une protection effective des données, une supervision humaine réelle, une formation au discernement et une stratégie de souveraineté numérique sans pour autant bloquer son déploiement. Néanmoins, toutes ces conditions - règles, compétences, souveraineté - resteront lettre morte si la qualité des données sources n'est pas, elle aussi, à la hauteur.

L'IA NE REMPLACERA PAS LA MÉDECINE, MAIS ELLE EN DÉPLACERA LES FRONTIÈRES.

Entre information et consultation, entre prévention et diagnostic, entre accompagnement et décision, c'est dans ces zones grises que se jouera l'avenir de la confiance.

BIBLIOGRAPHIE

- Pew Research Center, Health information from social media and AI rated more convenient than accurate, 2026.
- KFF, Poll: 1 in 3 Adults Are Turning to AI Chatbots for Health Information, 2026.
- Fondation Jean-Jaurès et Doctolib, Cartes de France 2026 de l'accès aux soins. Soignants et patients face aux inégalités territoriales, 2026.
- Hospimedia, « Un patient sur deux a recours aux soins après l'usage de l'intelligence artificielle », entretien avec Joy Raynaud, 2026.
- Ipsos bva / Groupe VYV / CNIL, L'impact des usages de l'IA sur la santé mentale des jeunes, 2026.
- Blease C. et al., Generative artificial intelligence in primary care, BMJ Health & Care Informatics, 2024.
- World Health Organization Europe, report on AI in health care across EU Member States, 2026.
- Haute Autorité de Santé / CNIL, Accompagner le bon usage des systèmes d'intelligence artificielle en contexte de soins, 2026.
- OMS, Ethics and governance of artificial intelligence for health: guidance on large multi-modal models, 2025.
- Takita H. et al., A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance comparison between generative AI and physicians, npj Digital Medicine, 2025.
- Zöller N. et al., Human-AI collectives most accurately diagnose clinical vignettes, Proceedings of the National Academy of Sciences, 2025.
- Ke Y. et al., AI-induced never-skilling in medical education, Nature Medicine, 2026.
- TrendAI / Trend Micro, The Cybercriminal Underground: Mapping the Healthcare Data Economy, 2026.
- Règlement (UE) 2024/1689 établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle, dit AI Act.
- Règlement (UE) 2016/679, RGPD ; règlement (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux ; règlement (UE) 2017/746 relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ; règlement relatif à l'Espace européen des données de santé.

REMERCIEMENTS

Arthur DELAPALME,
Co-fondateur, Président
et Directeur général de Codoc.

Dr Alexandre MAISONNEUVE LE BREC,
Directeur Médical et Innovation Santé
chez AXA.

Laura MARTIN,
Responsable Médicale des études en vie réelle
chez Pfizer.

Dorothée MOISY,
Directrice Innovation chez ELSAN.

Mélody MONTHEARD,
Chargée de mission numérique et données de
santé au sein du pôle Innovation de la Direction
Scientifique du LEEM.

Neil NACER CHERIF,
Stagiaire chez HDI.

Nicolas OZAN,
Directeur médical Oncologie et Hématologie
chez AstraZeneca.

Samantha PASDELOUP,
Directrice Développement et Partenariats chez ELSAN,
Présidente du HDI.

Stéphane ROQUES,
Directeur des comptes stratégiques
chez Medtronic.

Dr Flavien QUIJOUX,
Responsable de la recherche au sein
du groupe EMEIS.
