IAtrogénique × IAtus

LIVRE BLANC / HORS-SÉRIE / OCTOBRE 2026

L’IA transforme la santé.

Sommes-nous prêts à en garder la maîtrise ?

Usages · Compétences · Preuves
Confiance · Souveraineté

Avec les résultats exclusifs
sur la formation du Baromètre
Acsel / Toluna 2026

Lionel Reichardt

Pharmageek × 7C’S HEALTH

Édition destinée à la diffusion à partir du 20 octobre 2026 à 7 h (Paris).

OUVERTURE

Ce que nous voulons augmenter

Un professionnel interroge une IA sur une situation inhabituelle. Une patiente apporte une interprétation de ses symptômes produite par un chatbot. Un logiciel prépare un compte rendu. Une direction cherche à mesurer le temps économisé. Ces situations illustratives relèvent d'usages différents : elles n'exposent pas aux mêmes risques et ne demandent pas les mêmes preuves.

Quelle IA ? Pour quelle tâche ? Utilisée par qui ? Avec quel bénéfice mesuré ? Et quelles conséquences pour notre capacité à soigner ?

IAtus interroge l'écart entre ce que l'outil génère, ce que nous comprenons et ce que nous savons décider. IAtrogénique examine les effets indésirables possibles d'une technologie conçue pour aider.

Le baromètre Acsel-Toluna offre un point de départ français. Les études cliniques, les données d'usage et les rapports internationaux élargissent la lecture. Ce livre blanc relie ces sources en conservant leurs périmètres et leurs limites.

L'ambition est de construire un système de santé qui bénéficie de l'IA tout en conservant les capacités nécessaires pour l'évaluer, la contester et poursuivre le soin lorsque l'assistance ne suffit plus.

À RETENIR

La diffusion des outils ne garantit pas, à elle seule, la préparation des personnes et des organisations.

NAVIGATION

Sommaire

Synthèse stratégique 04

Cinq axes pour décider 05

I. Des usages aux organisations 06

II. Des patients aux preuves cliniques 12

III. De l’assistance aux compétences 18

IV. De l’investissement à la maîtrise 23

V. De la confiance à la continuité 27

Conclusion et question d’engagement 30

Grille d’action pour les équipes 31

Repères de lecture et méthode 32

Références documentaires 33

Rendez-vous Acsel - 5 novembre 35

Pharmageek : préparer, animer, prolonger 36

Références et contact 37

Les entrées du sommaire sont cliquables. Le numéro de page en pied de page permet de revenir ici.

LECTURE DÉCIDEUR / 1 SUR 2

La maîtrise doit devenir un résultat du projet

01 / LES USAGES S’INSTALLENT

43 % des professionnels interrogés déclarent un usage quotidien de l’IA (+11 points). La fréquence transforme une initiative individuelle en question d’organisation. [1]

02 / LA PRÉPARATION RESTE À OBJECTIVER

47 % s’estiment suffisamment formés (+10 points), tandis que 43 % déclarent une formation à l’utilisation (+3 points). Ces déclarations ne constituent pas une évaluation de compétence. [1]

03 / LE BÉNÉFICE EST CONTEXTUEL

Performance technique, utilisation dans le travail et résultat de santé répondent à des questions différentes. Le déploiement fait partie de l’évaluation. [5-8]

04 / LA SUPERVISION A UN COÛT

Formation, vérification, correction, intégration et suivi doivent figurer dans le coût complet. Les bénéfices doivent être observés pour leurs destinataires réels. [17]

05 / LA CONTINUITÉ SE PRÉPARE

La capacité à interrompre, remplacer ou contourner l’outil doit être organisée avant d’en avoir besoin. [20-24]

LECTURE DÉCIDEUR / 2 SUR 2

Cinq questions avant le passage à l’échelle

USAGES

De quel outil et de quelle tâche parle-t-on ?

Définir la finalité, l’utilisateur, le contexte et les conséquences possibles.

COMPÉTENCES

Que sait faire le professionnel avec l’aide, puis sans elle ?

Observer l’apprentissage, la contestation, le transfert et la rétention.

PREUVES

Quel bénéfice obtient-on dans le parcours réel ?

Relier la performance à l’utilisation, à la décision et aux résultats.

CONFIANCE

Que peuvent comprendre et faire les personnes concernées ?

Rendre l’usage intelligible et les interlocuteurs accessibles.

ÉCONOMIE ET SOUVERAINETÉ

Qui finance, qui bénéficie, qui garde le choix ?

Évaluer le coût complet, la continuité et le changement de solution.

Matrice éditoriale de lecture : elle ne constitue ni une norme ni un instrument d’évaluation validé.

01 / DES USAGES AUX ORGANISATIONS

Avant de compter les usages, préciser ce que nous comptons

Un outil de reformulation ne soulève pas les mêmes questions qu'un système suggérant une prise en charge. Une IA qui repère une anomalie dans une image ne s'évalue pas comme un chatbot utilisé pour comprendre un résultat biologique.

Pour lire les annonces, cinq repères sont utiles : **finalité, utilisateur, environnement, conséquences et résultat évalué**. S'agit-il de s'informer, rédiger, détecter, orienter, recommander ou agir ? L'outil est-il personnel, institutionnel ou intégré au parcours ?

Un taux élevé d'utilisation ne signifie pas qu'une proportion identique de professionnels délègue des décisions médicales. Une bonne performance sur un examen ne démontre pas une amélioration des résultats pour les patients. La satisfaction déclarée ne mesure pas un gain de temps.

Cette grille est une proposition éditoriale. Son rôle est de rendre les comparaisons plus précises et d'éviter qu'un même mot recouvre des interventions trop différentes.

> À RETENIR
>
> **La précision du vocabulaire détermine la qualité du débat.**

Question pratique : quelle tâche et quel résultat votre projet désigne-t-il précisément ?

02 / DES USAGES AUX ORGANISATIONS

La fréquence d’usage change la nature du sujet

Les chiffres diffusables du deuxième Baromètre Data & IA en santé de l’Acsel donnent un signal : **43 % des professionnels déclarent utiliser l’IA quotidiennement, soit 11 points de plus en un an**. La même fiche indique que la moitié des Français utilisent l’IA pour leur santé. [1]

Ces résultats décrivent des usages déclarés. Ils ne détaillent pas, à eux seuls, la fréquence de chaque tâche, les outils mobilisés ou les décisions prises après consultation.

Une utilisation répétée peut modifier les habitudes de recherche, de préparation des documents, de confrontation des hypothèses et de réponse aux patients. Elle ouvre donc une question d’organisation.

Quels usages sont connus de l’équipe ? Quels outils sont proposés ? Quelles données peuvent y être utilisées ? Qui accompagne les difficultés ? Comment les effets sont-ils suivis ?

La fiche Acsel indique aussi que **83 % des Français souhaitent être informés de l’usage de l’IA**. L’évolution concerne autant le travail que les attentes dans la relation de soin. [1]

À RETENIR

Un outil quotidien finit par participer à l’organisation du travail.

À documenter : les usages réels, leurs objectifs et les moyens disponibles pour les accompagner.

03 / DES USAGES AUX ORGANISATIONS

Formation : la perception progresse plus vite que les parcours déclarés

Les résultats exclusifs du volet formation montrent que **47 %** des professionnels interrogés s'estiment suffisamment bien formés à l'utilisation des outils d'IA, contre 37 % en 2025. Seuls 9 % répondent « tout à fait », 38 % « plutôt » et 53 % estiment ne pas l'être suffisamment. [1]

La formation déclarée progresse plus modestement : 43 % déclarent une formation à l'utilisation, contre 40 % ; 43 % une formation aux technologies et mécanismes, contre 41 %. Dans chacun des deux domaines, 57 % déclarent n'avoir jamais suivi de formation.

Ces deux taux de 57 % ne doivent pas être fusionnés : le croisement permettant de savoir combien n'ont été formés dans aucun domaine n'est pas disponible. Les résultats d'ensemble ne permettent pas non plus d'identifier les personnes qui se sentent préparées sans avoir suivi de formation.

L'écart ouvre plusieurs hypothèses : pratique, échanges entre collègues, ressources consultées ou interfaces plus accessibles. Le baromètre ne les départage pas et ne teste pas une compétence. Les évolutions sont exprimées en points ; leur significativité demande les tests appropriés.

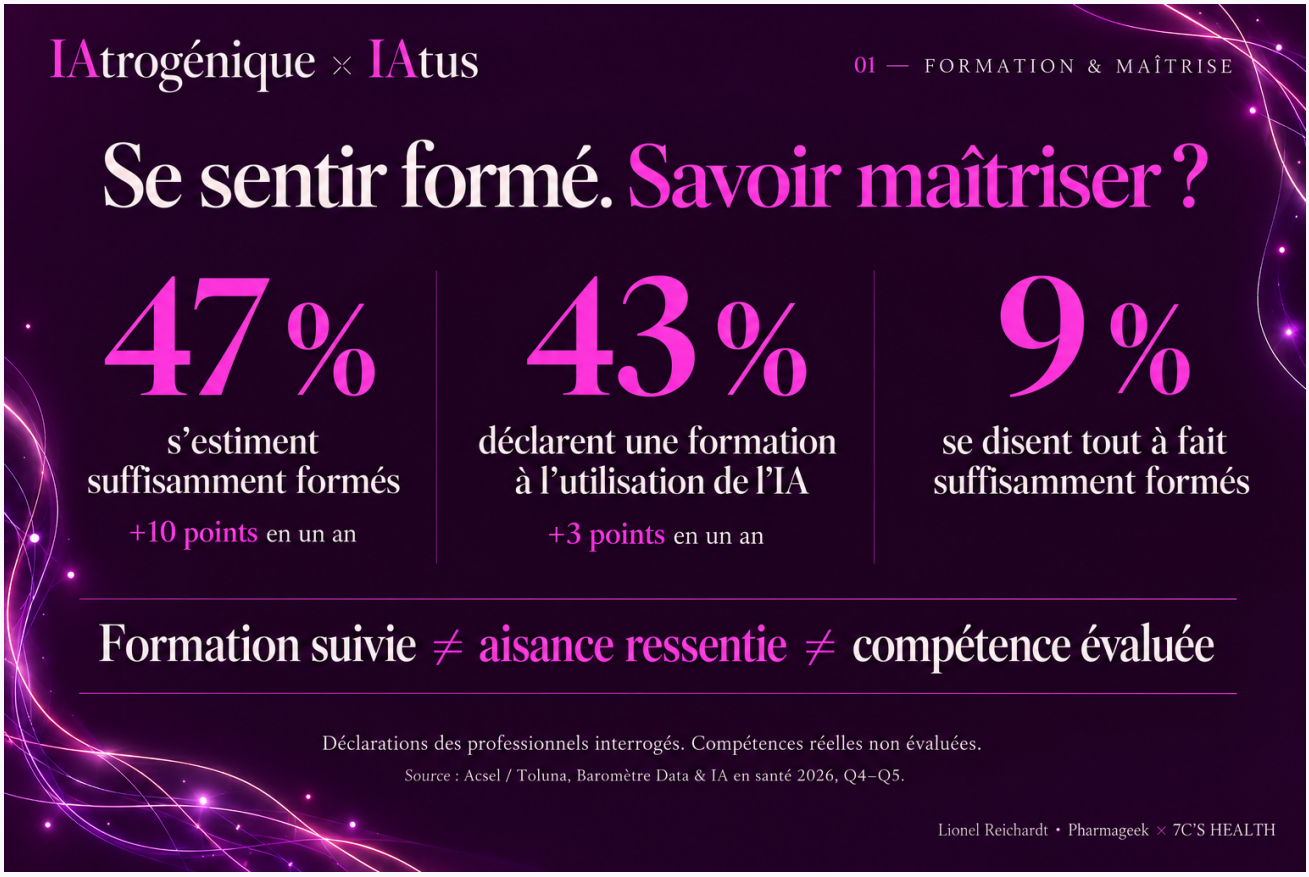
À RETENIR

Parcours déclaré, aisance ressentie et compétence évaluée sont trois informations différentes.

Périmètre : résultats exclusifs formation, diapositives 94-95, Q4 et Q5.

REPÈRE VISUEL / FORMATION & MAÎTRISE

Trois mesures à interpréter séparément



Le baromètre mesure des parcours déclarés et un sentiment de préparation. Il ne teste pas une compétence en situation. Les écarts annuels ne permettent pas de relier les réponses individuelles.

Source : Acsel / Toluna, volet formation 2026, Q4-Q5. [1]

À RETENIR

À lire avec les résultats, les méthodes et les limites du chapitre associé.

04 / DES USAGES AUX ORGANISATIONS

OpenEvidence : observer la recherche d’information

L’étude publiée le 15 octobre 2026 dans JAMA analyse **271 millions de requêtes de 952 008 professionnels américains**, dont 556 200 médecins, de janvier 2024 à juin 2026. Un échantillon stratifié de 38,8 millions de requêtes est utilisé pour classifier les contenus. [2]

Le traitement et la prise en charge occupent une place importante. Les médecins interrogent aussi la plateforme sur des sujets extérieurs à leur spécialité. Ces observations invitent à rapprocher l’évaluation des outils des questions effectivement posées.

Limites : une seule plateforme, aucune mesure des effets sur les patients, impossibilité de situer systématiquement les requêtes pendant une consultation et liens professionnels de plusieurs coauteurs avec OpenEvidence.

Une requête atteste une recherche d’information. Elle ne démontre ni l’application de la réponse, ni sa qualité, ni un apprentissage. Les usages observés peuvent guider la formation, sans remplacer l’évaluation des capacités acquises.

À RETENIR

L’usage observé aide à poser les bonnes questions d’évaluation.

Source : Patel et al., JAMA, 2026. La présentation Harvard concerne cette même étude.

05 / DES USAGES AUX ORGANISATIONS

L’offre institutionnelle répond-elle aux besoins ?

La fiche Acsel indique que, parmi les professionnels utilisateurs d’IA, **88 % utilisent ChatGPT**, tandis que **24 % disposent d’un outil sécurisé fourni par leur structure**. Ces situations peuvent se cumuler. [1]

Le nom de l’outil ne permet pas de qualifier automatiquement la sécurité : celle-ci dépend de l’offre, des paramètres, du cadre contractuel et des données traitées.

Le Future Health Index 2026, commandité par Philips, apporte un éclairage international : 64 % des professionnels déclarent utiliser des outils personnels lorsque les options professionnelles ne répondent pas à leurs besoins ; 70 % décrivent les formations comme indisponibles, inadéquates ou inconstantes. [3]

L’enquête en ligne porte sur 2 011 professionnels dans dix pays. Ces moyennes restent déclaratives et ne constituent pas des résultats français.

Une politique d’usage doit associer exigences et moyens : outils adaptés, formation, support, accès aux sources et procédures compréhensibles. Connaître les pratiques réelles est une condition de leur accompagnement.

> À RETENIR
>
> **Une réponse institutionnelle doit être assez utile pour être adoptée.**

À observer : les besoins qui conduisent les équipes vers des solutions personnelles.

06 / DES PATIENTS AUX PREUVES CLINIQUES

Les patients deviennent des utilisateurs actifs

Le position paper du Healthcare Data Institute souligne qu'une partie des usages de santé de l'IA générative s'est construite à partir d'outils généralistes appropriés par les citoyens. [4]

Un patient peut arriver avec des questions reformulées, une interprétation de résultats ou une explication convaincante. Il peut aussi utiliser l'outil pour préparer l'échange et mieux comprendre ce qui lui a été dit.

Ces possibilités demandent une évaluation : compréhension, anxiété, recours aux soins, délais, qualité de l'information et inégalités d'usage. Le document du HDI est une prise de position accompagnée d'une synthèse ; ses recommandations ne démontrent pas l'efficacité des usages envisagés.

Pour le soignant, une capacité relationnelle prend de l'importance : explorer la réponse reçue par le patient et ce qu'il en a compris. Une proposition peut avoir orienté ses attentes, modifié sa perception du risque ou donné une impression de certitude.

> À RETENIR
>
> **L'IA peut entrer dans la consultation par les représentations du patient.**

Question utile : « Qu'avez-vous demandé à l'outil, et qu'en avez-vous retenu ? »

07 / DES PATIENTS AUX PREUVES CLINIQUES

Santé mentale : évaluer la relation avec l’outil

Le position paper du Healthcare Data Institute identifie la santé mentale comme une zone sensible, notamment lorsque le chatbot devient un confident. [4]

Disponibilité, facilité à se livrer et sentiment d’être écouté peuvent donner de la valeur à l’échange. Leur présence ne suffit pas à établir une capacité de prise en charge.

L’évaluation doit porter sur la trajectoire : l’échange favorise-t-il une aide adaptée ? Renforce-t-il une conviction erronée ? Encourage-t-il une dépendance à la conversation ? Reconnaît-il les limites de son rôle ? Facilite-t-il l’accès à un professionnel lorsque cela devient nécessaire ?

Ce sont des questions de recherche et de conception. Leurs réponses peuvent varier selon les personnes et les situations. La sensibilité du domaine tient aussi aux informations confiées et aux attentes créées par le dialogue.

> À RETENIR
>
> **La qualité apparente de la conversation et la sécurité de l’accompagnement s’évaluent séparément.**

À examiner : effets sur le recours aux soins, la compréhension et les attentes de l’utilisateur.

08 / DES PATIENTS AUX PREUVES CLINIQUES

La preuve clinique exige de suivre la chaîne complète

ARISE et l’AI Index 2026 décrivent la progression des capacités et la diffusion d’outils dans les pratiques. Ils soulignent également les limites de l’évaluation clinique disponible. Les résultats doivent rester attachés aux protocoles qui les produisent. [5-6]

Performance technique : le système produit-il un résultat correct dans les conditions testées ?

Validité externe : cette performance tient-elle avec d’autres patients, établissements ou équipements ?

Utilisation et décision : les personnes mobilisent-elles l’outil comme prévu, et son utilisation modifie-t-elle utilement l’action ?

Résultat et durée : le patient ou le service en bénéficie-t-il, et ce bénéfice persiste-t-il après le déploiement initial ?

Chaque étape répond à une question différente. La performance d’un modèle isolé ne suffit pas à qualifier l’efficacité du projet déployé.

> À RETENIR
>
> **Évaluer ensemble la technologie, son usage et ses effets.**

Grille de lecture éditoriale, à adapter à la tâche et au niveau de risque.

REPÈRE VISUEL / PREUVES & BÉNÉFICE CLINIQUE

Un bon score ne raconte pas tout

Une performance dépend des conditions du test. Le déploiement doit préciser le contexte, l'utilisation réelle, la décision et le bénéfice suivi. Cette grille organise la lecture sans remplacer un protocole.

Grille éditoriale ; repères : ARISE et AI Index 2026. [5-6]

À RETENIR

À lire avec les résultats, les méthodes et les limites du chapitre associé.

09 / DES PATIENTS AUX PREUVES CLINIQUES

MASAI et TRICORDER : deux leçons de terrain

MASAI : évaluer une organisation précise. Le programme étudie l’assistance par IA dans le dépistage mammographique. Il examine plusieurs dimensions du parcours, dont la détection et les cancers d’intervalle. Le suivi de 2026 apporte des éléments de sécurité sur ce dernier critère dans le contexte étudié. Ces résultats ne valident pas toutes les IA d’imagerie. [7]

TRICORDER : examiner l’utilisation réelle. Cet essai randomisé par grappes porte sur l’introduction d’un stéthoscope intégrant de l’IA dans 205 cabinets britanniques. L’intervention n’a pas significativement augmenté la détection de l’insuffisance cardiaque après douze mois. Le résultat invite à examiner l’implémentation et l’utilisation, en complément des capacités du dispositif. [8]

Entre un signal produit et une action utile interviennent appropriation, confirmation, orientation, accès à l’examen suivant et continuité du parcours. L’évaluation du déploiement fait partie du développement clinique.

> À RETENIR
>
> **L’efficacité du projet se construit dans le parcours.**

Lecture : deux usages, deux protocoles et deux contextes distincts.

10 / DES PATIENTS AUX PREUVES CLINIQUES

La fiabilité dépend aussi de l’environnement

Dans PLOS Digital Health, Alex Mirugwe examine le décalage entre performances de test et conditions de prise en charge. Il met en avant la représentativité des données, l’implication clinique dans le développement et la validation pertinente pour les populations concernées. [9]

Le statut du texte compte : c’est une opinion argumentée. Les chiffres qu’il mobilise doivent être appréciés à partir des références originales.

Une performance peut changer avec la qualité des images, les équipements, les profils de patients, la prévalence d’une maladie ou les modalités de recueil. Elle peut perdre de sa valeur si l’équipe ne dispose pas du temps ou du parcours nécessaire pour agir sur le résultat.

Cela conduit à documenter les conditions d’utilisation, à examiner les résultats par sous-groupes pertinents et à organiser les corrections lorsqu’un écart apparaît.

À RETENIR

La fiabilité appartient à un système de données, d’outils, de personnes et d’organisation.

À suivre : adéquation locale, écarts entre populations et capacité de correction.

11 / DE L’ASSISTANCE AUX COMPÉTENCES

Ce que l’assistance fait à ceux qui l’utilisent

Notre newsletter « Quand l’IA répond, qu’apprennent les soignants ? » distinguait quatre trajectoires : **skilling** (construction), **deskilling** (fragilisation d’un acquis), **never-skilling** (non-acquisition d’un socle) et **mis-skilling** (erreur apprise). [10]

Elles peuvent concerner des tâches différentes chez une même personne. Le biais d’automatisation peut, lui, provoquer une mauvaise décision immédiate sans démontrer une perte durable de compétence.

Dans quatre centres polonais, Budzyń et ses collègues observent un taux de détection des adénomes de 28,4 % avant l’introduction de l’IA, contre 22,4 % ensuite, pour les coloscopies réalisées sans assistance : -6 points. [11]

Cette analyse observationnelle rétrospective reste exposée à des facteurs de confusion et ne démontre pas une perte irréversible de compétence. Elle justifie l’étude des performances autonomes après exposition à l’aide.

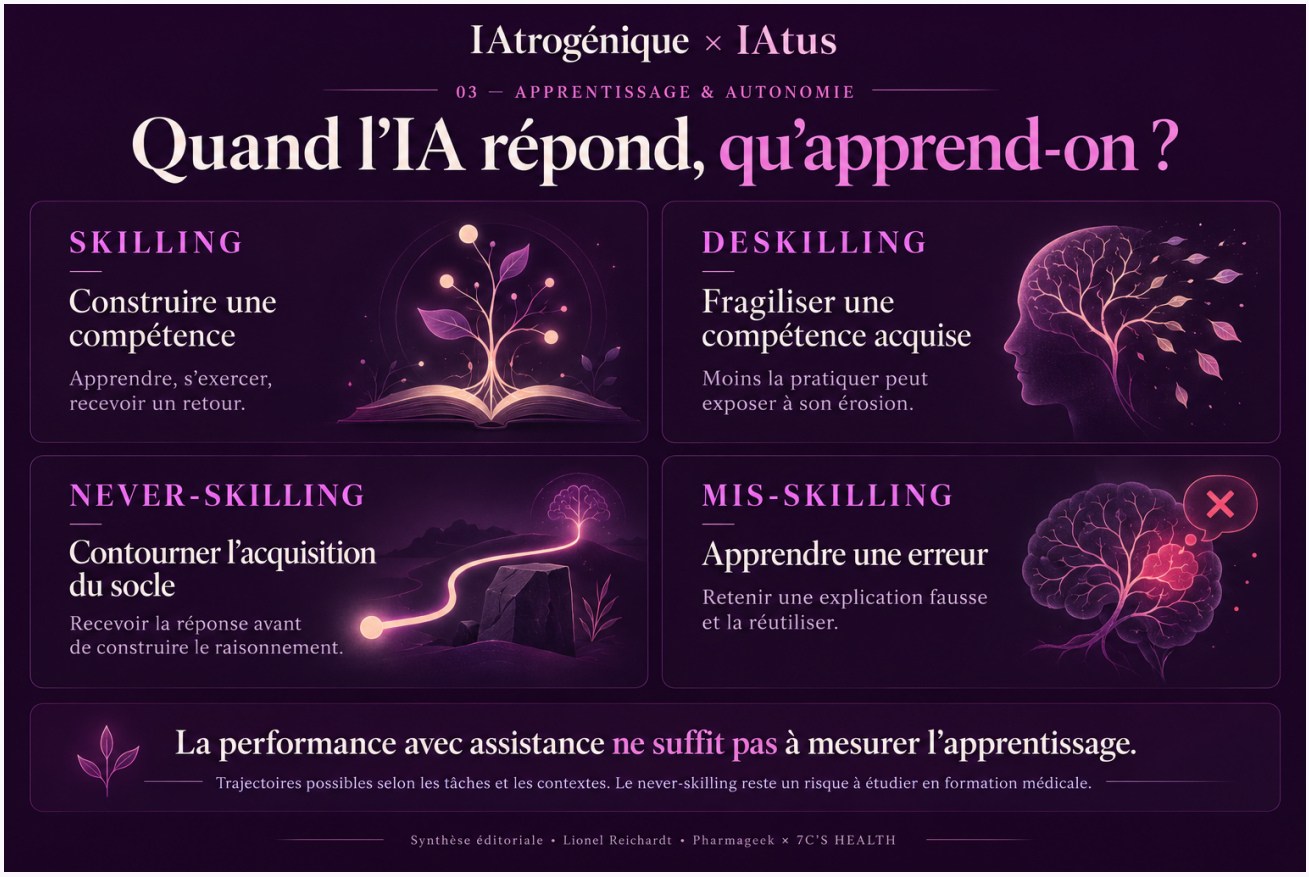
Le baromètre Acsel ne mesure aucune de ces trajectoires. Il rend plus importante la question de leur suivi.

> À RETENIR
>
> **Performance assistée et capacité autonome demandent des évaluations complémentaires.**

Le never-skilling demeure un risque à étudier en formation médicale.

REPÈRE VISUEL / APPRENTISSAGE & AUTONOMIE

Quatre trajectoires, des preuves à distinguer



Le skilling, le deskilling, le never-skilling et le mis-skilling peuvent concerner des tâches différentes. Le never-skilling reste un risque à étudier en formation médicale. Une erreur immédiate ne démontre pas une érosion durable.

Synthèse éditoriale ; newsletter compétences et étude Budzyń. [10-11]

À RETENIR

À lire avec les résultats, les méthodes et les limites du chapitre associé.

12 / DE L’ASSISTANCE AUX COMPÉTENCES

Former au discernement : rendre les acquis observables

La formation peut commencer par les principes, les limites, les données et la formulation des demandes. Elle doit préciser ce que le professionnel doit accomplir : détecter une source insuffisante, identifier une information manquante, justifier une décision ou suspendre une action.

Nous proposons cinq temps : **expliciter une première analyse ; introduire l’aide et comparer ; justifier ; tester la contestation en simulation ; évaluer transfert et rétention**. Cette progression éditoriale demande une évaluation selon le métier et le contexte.

Le rapport OMS sur les référentiels numériques soutient leur adaptation aux professions et niveaux de formation. Publié en 2026, il repose sur une recherche de 2012 à 2022 : il ne teste pas les dernières générations de modèles. [12]

Le policy brief européen relève des besoins insuffisamment couverts, des obstacles linguistiques et le manque de temps pour se former. [13]

> À RETENIR
>
> **Financer les occasions d’apprendre et les conditions d’exercice des acquis.**

Critère proposé : observer un comportement dans une situation nouvelle.

13 / DE L’ASSISTANCE AUX COMPÉTENCES

En France : des points d’appui à rendre concrets

L’arrêté du 10 novembre 2022 a organisé une formation socle au numérique en santé pour les étudiants entrant en formation à compter de la rentrée 2024. Il couvre les données, la cybersécurité, la communication, les outils numériques et la télésanté. [14]

Ce texte constitue un repère pour la formation initiale. Il ne renseigne pas sur le niveau actuel des professionnels en exercice.

Le guide de la HAS fournit un autre point d’appui : **A.V.E.C. - Apprendre, Vérifier, Estimer, Communiquer**. Il comporte une clef sur la conservation des compétences pour préserver la pratique et faire face aux dysfonctionnements. Il invite à suivre les usages, les corrections, le temps consacré et l’adéquation aux besoins. [15]

La traduction pratique demande une organisation : qui forme, accompagne, analyse les difficultés et peut modifier l’usage ?

À RETENIR

Une recommandation devient utile lorsqu’elle correspond à une action réalisable.

Repère : guide HAS adopté le 23 octobre 2025, notamment la clef 2.7.

14 / DE L’ASSISTANCE AUX COMPÉTENCES

L’IA agentique élargit la supervision

Un outil qui produit un texte et un système autorisé à enchaîner des actions demandent des contrôles différents.

Exemple hypothétique : un agent prépare un document, sélectionne un destinataire et déclenche une transmission. Une phrase correcte ne garantit pas la pertinence de la séquence. Dossier, informations utilisées, permissions, validation et destination doivent aussi être maîtrisés.

Le State of AI Report 2026 décrit l’élargissement des capacités des agents et l’automatisation de séquences de travail. Ce panorama industriel et technologique ne vaut pas validation clinique des systèmes présentés. [16]

La chaîne à examiner couvre l’entrée des informations, l’interprétation, la production, la validation, l’action et la correction. Où une erreur peut-elle apparaître ? Quand peut-on encore l’intercepter ? Qui peut interrompre le processus ? Comment revenir à un état maîtrisé ?

> À RETENIR
>
> **Superviser les réponses et les conséquences des actions.**

Exemple pédagogique : vérifier la bonne action dans le bon dossier, avant son exécution.

15 / DE L’INVESTISSEMENT À LA MAÎTRISE COLLECTIVE

Les promesses économiques doivent intégrer le travail humain

Les gains de temps méritent d’être mesurés avec les temps de contrôle et de correction. La revue de Schmidt et ses collègues rassemble **98 évaluations économiques distinctes, issues de 91 documents inclus**. [17]

Les auteurs trouvent un potentiel de valeur variable selon les applications et les méthodes. Ils soulignent la faiblesse de la description de certains coûts d’intégration. Aucune évaluation économique d’IA générative n’a été identifiée dans le corpus retenu : ses résultats ne peuvent être transférés directement aux assistants conversationnels actuels.

Le coût complet inclut outil, licences, infrastructure, intégration, formation, accompagnement, contrôle, correction, maintenance, surveillance et continuité.

Il faut ensuite observer l’usage réel du temps libéré : disponibilité, qualité, réduction de charge ou augmentation d’activité. Ces résultats n’ont ni la même signification ni nécessairement le même bénéficiaire.

> À RETENIR
>
> **Qui investit ? Qui travaille ? Qui bénéficie du gain ?**

Le coût humain du contrôle doit être visible dans l’évaluation du projet.

REPÈRE VISUEL / ÉCONOMIE & DÉPLOIEMENT

Le coût réel comprend le travail humain

Le gain doit être apprécié après intégration du temps de contrôle, de formation et de correction. Le corpus économique de Schmidt et al. ne comporte pas d'évaluation d'IA générative.

Grille éditoriale de coûts ; Schmidt et al., 2026. [17]

À RETENIR

À lire avec les résultats, les méthodes et les limites du chapitre associé.

16 / DE L’INVESTISSEMENT À LA MAÎTRISE COLLECTIVE

Capital, valeur clinique et capacité de choisir

CB Insights décrit **7,7 milliards de dollars** de financement mondial de la santé numérique au troisième trimestre 2026, avec une baisse de 15 % du nombre d’opérations par rapport au trimestre précédent. Les tours d’au moins 100 millions captent 56 % des montants. [18]

Ce périmètre couvre la santé numérique au sens large : ce n’est pas un total d’investissement dans l’IA médicale.

La concentration soulève une question stratégique : quels acteurs pourront financer la validation, l’intégration, le support et la durée nécessaire pour s’inscrire dans les parcours ?

Une interface habituelle peut devenir une dépendance. Il faut examiner l’accès, la continuité de service, les coûts futurs et le changement de fournisseur.

La souveraineté concerne la capacité à choisir, évaluer, négocier et remplacer les outils : données, compétences internes, interfaces et conditions contractuelles. Elle demande des moyens durables.

> **À RETENIR**
>
> **Financer une trajectoire ne démontre pas sa valeur clinique.**

À examiner : dépendance au fournisseur, coûts futurs et réversibilité.

17 / DE L’INVESTISSEMENT À LA MAÎTRISE COLLECTIVE

Europe : relier les ambitions aux capacités

Le rapport OMS Europe repose sur l’enquête 2024-2025. Sur 27 États membres de l’UE, 23 disposaient d’une stratégie transversale d’IA, 3 d’une stratégie spécifique en santé ; 7 déclaraient de la formation continue à l’IA, 6 de la formation initiale et 15 % les deux. [19]

Ces réponses nationales ne signifient pas que les autres pays n’ont aucune initiative locale. La période étudiée doit rester visible.

L’OCDE articule fondations de données, capacités humaines et techniques, supervision et engagement. Sa grille guide les politiques publiques sans prouver l’efficacité d’une intervention. [20]

Les actes de Madrid proposent coopération, compétences, cycle de vie et financement. Les chiffres externes qu’ils citent doivent être distingués des résultats de la conférence. [21]

EASAC-FEAM insiste sur validation, interopérabilité, participation des patients, compétences et responsabilité. [22]

> À RETENIR
>
> **Financer ensemble l’innovation et les capacités qui lui permettent de devenir utile.**

Perspective : relier évaluation, infrastructures, compétences et organisation.

18 / DE LA CONFIANCE À LA CONTINUITÉ DU SOIN

La confiance se construit dans les possibilités laissées aux personnes

Une personne peut utiliser une IA tout en souhaitant conserver un accès humain. Elle peut apprécier une explication et vouloir comprendre comment ses données sont traitées.

Le baromètre prospectif Ipsos-Groupe VYV explore des scénarios à dix ans. **68 % souhaitent qu'un droit à l'humain et au hors-ligne soit garanti pour les services essentiels**. L'enquête porte sur 2 000 adultes interrogés en ligne entre janvier et février 2026. [23]

Ce résultat exprime une préférence prospective. Il ne mesure ni un droit existant ni le refus d'un outil particulier.

Il invite à prévoir des possibilités concrètes : comprendre le rôle de l'outil, demander une explication, faire corriger une information, accéder à un interlocuteur et connaître les voies de recours adaptées.

> À RETENIR
>
> **La transparence devient concrète lorsqu'elle permet de comprendre et d'agir.**

À concevoir : information compréhensible, échange humain et correction accessible.

19 / DE LA CONFIANCE À LA CONTINUITÉ DU SOIN

Résilience : maintenir le soin quand l’aide manque

Roland Berger aborde la résilience à travers cinq capacités : anticiper, répondre, maintenir les services, récupérer et s’adapter. Son enquête auprès de 486 acteurs documente des perceptions et priorités, sans démontrer l’effet de l’IA sur la résilience. [24]

Le cadre fournit une question utile : que devient le service lorsque l’outil est indisponible, modifié ou inadapté ?

La réponse peut nécessiter une procédure de repli, des compétences entretenues, des données accessibles, un fournisseur alternatif ou une réorganisation temporaire.

Une dépendance peut rester invisible lorsque tout fonctionne. Il faut donc examiner la continuité avant qu’elle soit nécessaire : fonctions critiques, délai d’interruption acceptable et solutions exercées.

> À RETENIR
>
> **La capacité à reprendre la main concerne les personnes et l’organisation.**

À préparer : un scénario de panne, une solution de repli et un retour d’expérience.

20 / DE LA CONFIANCE À LA CONTINUITÉ DU SOIN

Huit engagements pour un projet d’IA en santé

1. Définir le problème. Difficulté, population et résultat attendu.
2. Documenter le comparateur. Pratique réelle, résultats, contraintes et risques.
3. Vérifier l’adéquation locale. Données, équipements, utilisateurs et parcours auxquels les preuves s’appliquent.

4. Évaluer la collaboration. Corrections, désaccords, omissions et décisions.
5. Former et entretenir les capacités. Compétences attendues, pratique et évaluation.
6. Mesurer le coût complet. Temps humain, infrastructure, accompagnement et suivi.

7. Associer les personnes concernées. Information compréhensible et participation pertinente.
8. Organiser surveillance et continuité. Versions, incidents, sous-groupes et solutions de repli.

Cette grille est éditoriale : elle ne constitue ni une norme ni une certification. Chaque engagement demande un responsable, des indicateurs, une échéance et des critères de modification ou d’arrêt.

> À RETENIR
>
> **Transformer les principes en responsabilités et en décisions observables.**

Une grille remplie documente un projet ; elle ne certifie pas sa qualité.

PERSPECTIVE

Ce que nous voulons augmenter

Les usages s’installent. Le sentiment de préparation progresse. La formation déclarée avance plus modestement. Les organisations cherchent les moyens de soutenir cette transformation.

Les travaux internationaux montrent des bénéfices possibles, des réussites situées, des limites d’implémentation et des questions ouvertes. Il faut reconnaître les bénéfices démontrés, identifier leurs conditions, suivre les effets sur les personnes et réexaminer les usages lorsque le contexte change.

Pour IAtus, la question est l’écart entre obtenir une proposition et savoir en faire une décision justifiée. Pour IAtrogénique, la vigilance porte sur les effets indésirables possibles : dépendance, erreurs apprises, charge déplacée, inégalités ou supervision formelle.

L’ambition est de construire un système de santé qui bénéficie de l’IA tout en conservant les capacités nécessaires pour l’évaluer, la contester et s’en passer lorsque la situation l’exige.

POUR OUVRIR LA DISCUSSION

Dans votre équipe, quelle capacité faudrait-il renforcer en priorité pour que l’IA améliore durablement le soin ?

OUTIL DE TRAVAIL

Votre prochaine réunion de projet

Pour chaque question, nommer un responsable et une prochaine échéance. Cette fiche aide à documenter la discussion ; elle ne remplace pas l’évaluation adaptée au projet.

- ☐ La tâche et le bénéfice attendu sont-ils explicités ?
- ☐ Le comparateur reflète-t-il la pratique réelle ?
- ☐ Les preuves concernent-elles nos patients et notre contexte ?
- ☐ Les usages réels et les corrections sont-ils observés ?
- ☐ Les compétences attendues sont-elles testées en situation ?
- ☐ Le temps de contrôle est-il intégré au coût complet ?
- ☐ Les patients disposent-ils d’une information compréhensible ?
- ☐ Le responsable du suivi et de l’arrêt est-il identifié ?
- ☐ Les changements de version sont-ils suivis ?
- ☐ La solution de repli a-t-elle été exercée ?

COMMENT LIRE CE LIVRE BLANC

Des sources de statuts différents

ENQUÊTES DÉCLARATIVES

Acsel, Philips et Ipsos-VYV renseignent sur des usages ou perceptions déclarés. Leurs populations et questions diffèrent.

DONNÉES D'USAGE

OpenEvidence décrit une activité sur une plateforme. Une requête ne vaut ni consultation, ni décision appliquée, ni résultat clinique.

ÉTUDES CLINIQUES

MASAI, TRICORDER et l'analyse Budzyń répondent à des questions différentes avec des protocoles distincts. Leur portée doit rester contextualisée.

REVUES ET RECOMMANDATIONS

Une synthèse, une opinion et un cadre institutionnel orientent les questions. Leur existence ne prouve pas l'efficacité de chaque mesure proposée.

MARCHÉ ET PROSPECTIVE

Financements, capacités technologiques et scénarios éclairent la stratégie. Ils ne constituent pas une validation clinique.

Synthèse éditoriale, non revue systématique. Corpus réuni en octobre 2026. Les doublons ont été dédupliqués. Le raccourci SharePoint « Principaux enseignements » n'a pas été utilisé comme preuve de résultats. Pharmageek × 7C'S HEALTH est partenaire média ; Lionel Reichardt bénéficie d'une exclusivité formation et intervient à la clôture Acsel.

SOURCES / 1 SUR 2

Références documentaires

[1] Acsel / Toluna. Baromètre Data & IA en santé, 2e édition, 2026. Volet formation Q4-Q5, diapositives 94-95 ; chiffres exploitables et kit partenaires. Présentation : 275 professionnels et 1 026 Français. Conditions méthodologiques complètes à joindre à l'interprétation finale.

[2] Patel VR et al. Clinician Use of an Artificial Intelligence-Enabled Clinical Information Platform. JAMA, 15 octobre 2026. DOI : 10.1001/jama.2026.21868. Ouvrir la source

[3] Philips. Future Health Index 2026 - AI in practice. Enquête internationale déclarative commanditée par Philips.

[4] Healthcare Data Institute. L'IA n'attend pas la médecine, elle est déjà dans les usages. Position paper, septembre 2026.

[5] ARISE. Healthcare AI Industry Report. Juillet 2026. Rapport de synthèse.

[6] Stanford HAI. Artificial Intelligence Index Report 2026. Notamment le chapitre médical.

[7] Gommers J et al. Suivi des cancers d'intervalle dans MASAI. The Lancet, 2026. DOI : 10.1016/S0140-6736(25)02464-X. Ouvrir la source

[8] Kelshiker MA et al. Essai TRICORDER. The Lancet, 2026. DOI : 10.1016/S0140-6736(25)02156-7. Ouvrir la source

[9] Mirugwe A. When the algorithm passes the test but fails the patient. PLOS Digital Health, 2026. Opinion. DOI : 10.1371/journal.pdig.0001774. Ouvrir la source

[10] Reichardt L. IAtus × IAtrogénique - Quand l'IA répond, qu'apprennent les soignants ? Newsletter, 12 octobre 2026, et bibliographie associée.

[11] Budzyń K et al. Endoscopist deskilling risk after exposure to artificial intelligence in colonoscopy. Lancet Gastroenterology & Hepatology, 2025. DOI : 10.1016/S2468-1253(25)00133-5. Une correction figure dans la notice bibliographique. Ouvrir la source

[12] OMS. Competency frameworks and standards for digital health: a landscape analysis. 2026. Recherche documentaire 2012-2022.

SOURCES / 2 SUR 2

Références documentaires

[13] Williams GA et al. Closing the digital skills gap in health care. Policy Brief 71, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

[14] France. Arrêté du 10 novembre 2022 relatif à la formation socle au numérique en santé des étudiants en santé.

[15] HAS. Premières clefs d'usage de l'IA générative en santé. Adopté le 23 octobre 2025. Notamment la clef 2.7.

[16] Benaich N. State of AI Report 2026. 8 octobre 2026. Panorama technologique et industriel.

[17] Schmidt J et al. A systematic review of economic evidence of artificial intelligence in healthcare. Health Policy, 2026;172:105715. DOI : 10.1016/j.healthpol.2026.105715. Ouvrir la source

[18] CB Insights. State of Digital Health - Q3 2026. Financements en capital de sociétés privées de santé numérique.

[19] OMS Europe. Artificial intelligence is reshaping health systems: state of readiness across the European Union. 2026. Enquête 2024-2025.

[20] OCDE. Scaling Artificial Intelligence in Health. 2026. DOI : 10.1787/a436e12d-en. Ouvrir la source

[21] OCDE. Proceeding report from Madrid conference on the responsible scale of AI in healthcare. 2026. DOI : 10.1787/cf9439c3-en. Ouvrir la source

[22] EASAC / FEAM. AI in European Healthcare. Résumé exécutif, septembre 2026.

[23] Ipsos / Groupe VYV. Baromètre prospectif 2026 - Les grandes transformations sociétales à horizon dix ans.

[24] Roland Berger. Future of Health 8 - Healthcare system resilience. Étude et enquête internationale auprès de 486 acteurs.

RENDEZ-VOUS / 5 NOVEMBRE 2026

Poursuivons la discussion

Restitution du 2e Baromètre Data & IA en santé
Acsel × Toluna

Lionel Reichardt participera à la clôture avec David de Amorim et Rémy Teston.

Jeudi 5 novembre 2026 · 8 h 30-13 h
Accueil à 8 h 30 · Prises de parole à 9 h
Université Paris Cité, site Necker
160 rue de Vaugirard, Paris 15e

CONSULTER LE PROGRAMME ET S'INSCRIRE

Pharmageek × 7C'S HEALTH est partenaire média de l'événement.

Pharmageek
IAtrogénique × IAtus
Lionel Reichardt

LIONEL REICHARDT / PHARMAGEEK

Préparer. Animer. Prolonger.

Un partenaire pour faire de votre événement une conversation utile et un contenu qui dure.

Je prépare les échanges avec vos intervenants, construis le fil rouge et anime les conférences, tables rondes et débats. Mon travail consiste à rendre les sujets de santé numérique, d'innovation et d'IA accessibles tout en conservant leur exigence, et à relier les expertises aux questions de votre public.

Avant
Clarifier les objectifs ; travailler avec les intervenants ; construire les questions et transitions.

Pendant
Faire dialoguer les expertises ; solliciter la salle ; faire émerger les convergences et désaccords.

Après
Prolonger les échanges par des articles, newsletters, vidéos et synthèses adaptés au projet.

Un écosystème de veille et de diffusion

Canal	Repères d'audience et de contenu
Scoop.it	60 000 partages · plus de 2,4 millions de vues
LinkedIn	Plus de 29 000 contacts
IAtrogénique × IAtus	Plus de 5 100 abonnés
Morning Routine	Plus de 3 200 abonnés
YouTube	Plus de 220 vidéos · plus de 740 abonnés

Chiffres communiqués par Lionel Reichardt pour cette édition, octobre 2026.
Les audiences sont propres à chaque canal et peuvent se recouper.

Pharmageek
IAtrogénique x IAtus
Lionel Reichardt

CONFÉRENCES / ANIMATION / RELAIS DE COMMUNICATION

Plus de 100 clients

Quelques références parmi les plus de 100 clients que j'ai accompagnés.

Institutions, industriels, sociétés savantes et médias : des interventions et des collaborations adaptées aux objectifs, au public et au format de chaque événement.

Agence du Numérique en Santé	GIE SESAM-Vitale	SofIA-Santé
Mylan	Cegedim Santé	Groupe Profession Santé
Société Française de Cardiologie	Sanofi	Johnson & Johnson

Références communiquées par Lionel Reichardt. Sélection non exhaustive. Logos : marques de leurs titulaires respectifs ; crédit Johnson & Johnson.

Construisons votre prochain événement.

Vous souhaitez m'avoir comme conférencier, animateur ou partenaire pour votre congrès, votre journée professionnelle ou vos tables rondes ? Échangeons sur vos objectifs, la préparation des interventions et les relais de communication qui prolongeront l'événement.

Me contacter sur LinkedIn
lionel@reichardtonline.com

IAtrogénique × IAtus

USAGES · COMPÉTENCES · PREUVES · CONFIANCE · SOUVERAINETÉ

Garder la capacité de comprendre, de décider et d’agir.

L’IA s’installe dans la santé. Ce livre blanc propose une lecture critique des usages, de la formation, des preuves cliniques et des conditions économiques et organisationnelles du déploiement.

Avec les résultats exclusifs formation Acsel / Toluna 2026, vingt analyses, quatre infographies et une grille d’action pour les équipes.

Préparer une conférence, animer un débat,
prolonger vos échanges par des contenus.

lionel@reichardtonline.com
pharmageek.fr
www.7cs-health.com

Lionel Reichardt · Pharmageek × 7C’S HEALTH
Octobre 2026 · Diffusion à partir du 20 octobre à 7 h (Paris).