ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

CAF

Un algorithme plus éthique

IA

Une vague ChatGPT Health ?

MÉDICAMENTS



N° 1293 - BIMENSUEL DU 6 AU 19 FÉVRIER 2026 15 €

LA GUERRE DES MONDES

MISSION RO/RC
OUVERTURE D'UN CHANTIER COLOSSAL

l'Assurance Maladie

L'arrêt de travail.
Seul votre médecin sait si votre état de santé le nécessite, ou pas.

Un arrêt de travail est un traitement. Il peut aider à guérir. C'est à votre médecin de décider si vous en avez besoin. Chacun doit veiller à ne pas en abuser car il a aussi un coût pour la collectivité.

Notre système de santé, c'est aussi à chacun d'en prendre soin.
Retrouvez tous les bons réflexes sur ameli.fr

ameli.fr

ÉDITO

Alexandre Beau



Dilemme et mutation



***ESE* consacre, dans ce numéro, un dossier sur le nouveau paysage du médicament à l'international et ses répercussions sur le marché français.** Outre les conséquents enjeux économiques, industriels et politiques impliqués par le changement de paradigme s'opérant actuellement, la problématique du devenir de notre souveraineté sanitaire se pose. Or, il semblerait qu'une prise de conscience collective ne s'est pas encore opérée face à la perspective de cette menace.

Dans la tumultueuse relation entre l'État et les laboratoires, le « pompon » est sans contestation possible, les séquences entre les conseils stratégiques des industries de santé (ou CSIS), réunissant industriels et tête de l'Exécutif, et les PLFSS. Dans un premier temps, les promesses et la perspective d'un nouveau départ. Et de l'autre, dans les semaines suivantes, de nouvelles taxations et/ou une révision du périmètre réglementaire. Le plus souvent dans l'optique de normer davantage. Bref, cette télénovela française est parfois des plus complexes à suivre. Or, dans le reste du paysage mondial du médicament, les choses bougent… et vite.
Là où se niche à la fois le dilemme et la mutation de la politique française du médicament, c'est dans le maintien d'un périmètre de remboursement le plus large au monde, quitte à soutenir des produits anciens appelés « matures », porteurs de nombreux sites industriels territoriaux et la prise en charge des innovations de rupture pour traiter des pathologies majeures, vieillissement populationnel oblige, comme le cancer et le diabète. Plus de 75 % des 20 premiers produits remboursés s'opèrent sur des innovations non françaises aux coûts élevés. Comment trouver alors un équilibre durable conciliant le tout remboursement « à la française » et l'impératif d'ouvrir davantage l'accès à l'innovation thérapeutique ? Lesquelles nous échappent (hélas !) pour ce qui touche à leur origine et leur pesée financière…

Beaucoup d'experts s'attendaient à ce choc. Il est là ! Et cela constitue un casse-tête permanent pour les décisionnaires. S'y ajoute le transfert de compétences des prescriptions provenant de la médecine de ville vers l'hôpital. À la clé, une possible réorganisation des soins dont on ne mesure pas assez l'impact. Les soins généralistes de ville perdent à nouveau du terrain au profit d'équipes hospitalières chargées de compétences accrues. Au total, la question du médicament ressemble à cette pelote de laine dont on veut seulement tirer un fil, oubliant qu'elle se dévidera inexorablement. ■

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT
Médicament : les nouvelles réalités économiques et géopolitiques.

11 - SÉQUENCES

11 • Famille
Datamining : la CNAF joue la transparence pour son nouvel algorithme.

12 • Prévoyance
Ocam : programme (très) chargé pour la mission AMO-AMC.

14 • Numérique
Chat GPT Health débarque : cela change tout ?

ESPACE SOCIAL EUROPÉEN
Sarl au capital de 60 000 €
RCS Paris B 480 706 159 (2005B02166)
27, rue des Bergers 75015 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00
Associés : Alexandre Beau et Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction : Alexandre Beau

ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com

21 numéros/an et plus de 200 lettres électroniques.
- Professionnel : 450 € TTC.
- Individuel : 250 € TTC
- Association : 350 € TTC.

ADMINISTRATION
secretariat@espace-social.com

RÉDACTION
Analyse : Pascal Beau
Assurance Maladie - Sécu - International
Action sociale :
Alexandre Beau, *a.beau@espace-social.com*
Prévoyance complémentaire, Famille :
Emilie Guédé, *e.guede@espace-social.com*
Rédacteur graphique - Site Internet - Réseaux - Podcast :
Gladys De Micheli, *g.demicheli@espace-social.com*
Photos : cocktailsante.com
Couverture : Montage /DR
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

COMMISSION PARITAIRE
N° 0326 T 87714 - ISSN : N° 0999-7822.
Prix au numéro : 15€
Tous droits de reproduction réservés.
Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris - Tél. : 01 44 07 47 70

PANORAMA

« Il est urgent de rétablir une trajectoire positive sur les comptes sociaux »



C'est peut-être le « dernier poulet » du Haut conseil du financement de la protection sociale avant les élections présidentielles de 2027, neutralité administrative oblige.
La récente communication du HCFiPS confirme les nombreux articles d'*ESE* sur la question des déficits sociaux. En ligne de mire les incertitudes de la LFSS 2026 avec son lot de recettes surestimées (notamment l'apport de 5 Mds € en provenance du budget de l'État) et des dépenses sous-estimées (congé de naissance, Ondam, retraites). Le déficit de 2026 est projeté à 19,4 Mds €. Sans la LFSS, il serait de 28,7 Mds €. Un pansement compte tenu d'une dynamique négative structurelle, dit le Haut conseil. L'absence de consensus politique au Parlement avec « l'affrontement entre les tenants du tout recettes et ceux du tout dépenses » rend impossibles toutes solutions sérieuses. « *Avoir un déficit sur des dépenses de redistribution est aberrant. Il faut revenir à l'état normal du pilotage de la Sécurité sociale* ».
Le HCFiPS prône la mise en place de « règles d'or » de pilotage, comme un calendrier de rétablissement des comptes, la création d'un « fonds de lissage » pour faire face aux conjonctures défavorables, le principe que toute nouvelle mesure soit gagée par des recettes ou des économies et donc le strict respect de la loi Veil de 1994. Sans oublier qu'il demande aux élus de cesser le mitage des règles d'allègements de charges sociales et la confusion sur l'affection des recettes de la CSG, imputées à d'autres missions que la Sécurité sociale.
Des recommandations sérieuses portées par le président du Haut Conseil, **Dominique Libault**. Mais on perçoit au travers de la démarche un scepticisme réel faute d'une très forte volonté politique générale pour agir. ■

➤ Le pays qui a peur de Trump



Les chiffres impressionnent. C'est un pays membre de l'UE. Sa particularité ? Une forte attractivité fiscale. Sa grande spécialité ? L'industrie pharmaceutique et avec la présence des plus grands laboratoires au monde, notamment américains. Il s'agit de l'Irlande. 20 % de son PIB est ainsi garanti par l'industrie pharmaceutique (contre 1,7 % en France). 90 % des « big pharma » y sont installées. 43 % de son industrie contribue à la production industrielle, puis à l'exportation des médicaments pour 100 Mds € (45 % du total du pays). Ce qui place l'Irlande en 4ème position pour l'excédent commercial au monde avec 50 % dû à la pharma. Donald Trump entend obtenir le rapatriement des productions et mettre fin à ce particularisme avec de fortes pressions, voire des droits de douane massifs à venir. ■

➤ OMS en faillite?



Après le retrait définitif des États-Unis (lesquels doivent toujours une année de cotisation, soit 260 Ms $), **Tedros Adhanom Gebreyesus**, directeur général de l'institution, fait ses comptes : il manque 30 % du budget de l'organisation, puisque 44 autres membres n'ont toujours payé leur dû. Conséquence, le budget mondial passe de 6 à 4,2 Mds $. 1 240 agents (sur 6 000 au total) n'ont pas été renouvelés dans leur mission et des pans entiers de compétence s'éteignent. Sans compter les risques de pertes de surveillance des risques infectieux à l'échelle de continents entiers, comme l'Afrique. ■

À NOTER



Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'Autonomie et des Personnes handicapées présentera le 12 février un nouveau plan « Grand Âge ».

•

Prolongation de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière jusqu'au 28 février prochain en raison du trop faible taux en général et chez les séniors (54 % seulement).

•

Vente actée de Biogaran, filiale des génériques de Servier, à BC Partners et la BPI, sous strictes conditions.

•

La Fédération Hospitalière Privée (FHP) devient une fédération « à mission » conformément à la loi de 2019.

•

Démarrage d'une mission Assemblée nationale sur la pertinence des données de la LFSS 2026. Il y a de quoi s'interroger en effet...

•

FIPS

Le CTIP change de nom ! Les groupes paritaires de protection sociale prennent comme nom **« Fédération des institutions paritaires de protection sociale »** (FIPS).

ILS ONT DIT



« Le désir d'enfant reste un choix intime qu'un chèque à la fin du mois ne suffirait pas à déclencher… la chute de la natalité est multifactorielle. Elle concerne tous les territoires avec des différences, certes, mais aussi toutes les catégories sociales. Les facteurs générationnels et médicaux entrent en ligne de compte. L'infertilité touche environ 15 % des couples, aggravée par le report de projets parentaux… en matière de solutions, le congé parental constitue une avancée notable. Toutes les études démontrent des effets positifs sur l'implication du père et sur la limitation des dépressions post-partum ».
Constance de Pélichy, députée du Loiret et présidente de la mission d'information sur la dénatalité, dans les *Cahiers de la retraite* n° 53, janvier 2026.



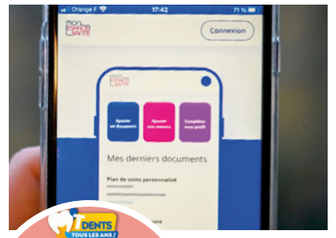
« 95 % des dépenses de santé vont au curatif ! Au détriment évidemment de la prévention. En l'occurrence, au détriment des jeunes. Notre système profite à l'amélioration de l'état de santé des 65 ans et plus dont l'espérance de vie progresse toujours, celle-ci stagne chez les moins âgés…jusqu'où doit aller la médecine ? Nous avons été surpris d'apprendre que certaines cliniques privées placent en hémodialyse des patients de plus de 95 ans. Ce sont des questions terribles, mais il faut les poser ».
Jean-François Delfraissy, président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) dans *Le Monde*.

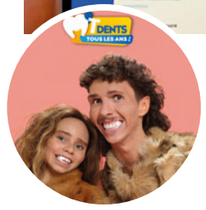


« Je lance une nouvelle feuille de route sur la télémédecine pour les deux années à venir. Il s'agit de renforcer l'implantation territoriale et le haut niveau des pratiques. Renforcer la continuité des soins, réduire les dérives, permettre la télé expertise, réduire les inégalités d'accès et soutenir les professionnels engagés quant à leur formation. De nouvelles recommandations sont prévues en lien avec la HAS, en particulier pour les patients atteints de pathologies chroniques, notre priorité absolue ».
Stéphanie Rist, ministre de la Santé.

➤ Quatre ans pour MES

Mon Espace Santé (MES) fête son 4ème anniversaire. 24 millions de comptes ouverts (objectif de 40 millions en 2027), 8 millions d'applications téléchargées, 420 millions de documents déposés par plus de 150 000 professionnels de santé et 3 800 établissements de santé, le tout permis par 400 logiciels référencés. Ça marche ! Le médico-social arrive. Au menu, l'intégration de nouveaux logiciels pour l'alimentation du DMP avec une approche personnalisée intégrant la prévention pour les rendez-vous, comme M'T Dents, bilan de prévention sénior, etc. À venir également des travaux pour faire place aux potentiels de l'intelligence artificielle. ■





LES CHIFFRES

1,3 milliard
de vues sur le hashtag #antidepressants et 500 millions pour #lexapro le tout sur l'application Tik Tok....

1,7 Md €
de cotisation réclamées par l'Urssaf caisse nationale aux auto-entrepreneurs.

17 055
officines pharmaceutiques seront encore actives en 2035 (19 500 en 2024) selon Le GERS Data.

60 000
participants annoncés déjà aux discussions des États généraux de la santé et de la protection sociale, selon la Mutualité Française.

465 208
bénéficiaires de l'AME en 2024 (294 298 en 2014), un record, pour un coût de 1,256 Md € (723 Ms € en 2014), 55 % des bénéficiaires vivent en Île-de-France.

84 %
des pères prennent désormais leur congé de parentalité, porté depuis 2021 de 11 à 25 jours.

3,3 millions
de personnes bénéficient du titre de travailleurs handicapés.

25 %
des Français seraient susceptibles de subir des troubles auditifs en 2050.



Médicament : les nouvelles réalités économiques et géopolitiques

Les yeux du monde se focalisent depuis plusieurs mois sur la nouvelle guerre froide économique opposant les trois puissances que sont les USA, l'Europe et la Chine. En arrière-plan, la bataille du médicament a de son côté déjà été lancée. Au regard de nombreux experts, les arbitrages pris par les autorités américaines ont renversé la table. De là, à remporter la mise au final ? La complexité du paysage sectoriel est telle qu'il semble difficile d'être aussi catégorique.

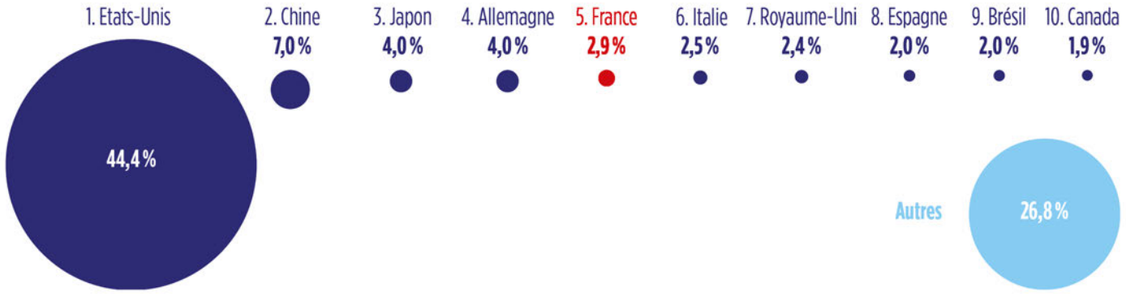
Quatre questions permettent d'apporter certains éléments de réponses afin d'y voir un peu plus clair sur le contexte international... et ses conséquences sur le marché français.

❶ La genèse : Trump renverse la table ?

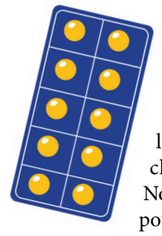
C'est connu, les États-Unis n'ont pas la même vision des politiques de santé que l'Europe et la France en particulier. Les événements et propos récents tenus au plus haut niveau des États concernés le démontrent quotidiennement…
Aux USA, l'industrie pharmaceutique est perçue comme un atout considérable pour peser sur l'ordre mondial. Moins sur son volet social (hormis les remboursements permis par le Medicare, voire le Medicaid) évidemment que ses capacités industrielles et financières. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Avec près de 50 % du chiffre d'affaires mondial, Washington entend conserver le leadership. À l'instar du complexe militaro-industriel s'agissant de la Défense, la pharmacie est donc un atout de domination des marchés. Une question très politique en réalité. Toutefois, sur le plan intérieur, les prix y sont très élevés, bien plus qu'en Europe, avec un ratio de trois pour un. Ce constat, et contrairement à l'idée qu'on peut s'en faire, fut partagé par les candidats Trump et Harris lors de la dernière campagne présidentielle américaine de 2024.



LES 10 MARCHÉS PHARMACEUTIQUES LES PLUS IMPORTANTS
(En Mds $ - Source : IQVIA - 2023)



Car, si les yeux du monde sont tournés (avec une certaine angoisse) sur chaque annonce faite par le locataire de la Maison-Blanche, il faut se rappeler que le programme santé porté par les Démocrates en son temps ambitionnait également de remettre le système à plat. Pas en s'appuyant sur les mêmes leviers, mais la finalité était la même : il fallait mettre un coup de frein à la folle inflation du prix des médicaments outre-Atlantique. Car, les choses se sont empirées sur la dernière décennie, notamment sous l'impulsion… de l'Obamacare. Cette grande réforme visant à couvrir l'ensemble de la population par une couverture santé privée, une sortie d'ANI Santé *made in USA* en quelque sorte, aura provoqué des dégâts collatéraux majeurs. Car si, en France, le prix est négocié avec le CEPS, aux USA, les industriels doivent négocier avec la centaine d'assureurs présents dans les 50 états fédéraux. Cet éclatement du marché, cumulé à la compétition entre acteurs, a mis les industriels en position de force. On « comprend » alors davantage pourquoi Donald Trump est parti à de multiples reprises en croisade contre ce mécanisme. Par ailleurs, il veut concrétiser son projet *Generous* consistant à obtenir des laboratoires des baisses de prix des produits distribués dans le cadre des programmes fédéraux, comme le Medicaïd et le Medicare.
Autre facteur, le paysage industriel. Contrairement à ce qui est généralement perçu, les USA ne sont plus un producteur de médicaments à la hauteur d'un marché de 350 millions de personnes. Les usines, et la recherche ont en partie quitté le territoire. Résultat des courses, on importe des médicaments. Et même beaucoup, avec une balance commerciale déficitaire de 90 Mds $ vis-à-vis de l'Europe en 2024.
Cette accumulation, a poussé le président fraîchement réélu en 2024 à convoquer l'ensemble des acteurs de la filière en vue de leur proposer un de ces « deals » dont il est particulièrement friand : faites de la recherche, des essais cliniques et produisez sur place ou des droits de douane supplémentaires, pouvant aller jusqu'à 250 %, vous seront imposés. Ce chantage imposé, qu'on le veuille ou non, s'est révélé d'une grande efficacité avec pas moins de 19 entreprises du médicament qui ont annoncé des investissements en infrastructures sur le sol américain à hauteur de 500 Mds $. Vertigineux ! même si, dans les faits, beaucoup n'ont pas encore dépassé le stade de promesses fort des atermoiements de l'administration américaine sur les droits de douane qui, au bout du bout, ont quand même fini par être imposés aux industriels européens. Prudence est donc de mise sur ce point. Entre-temps, le marché mondial du médicament aura été ébranlé comme jamais. La donne a définitivement changé.



❷ Que peut faire, l'Europe?

L'Europe représente environ 20 % du marché mondial en termes de chiffres d'affaires (en y intégrant le Royaume-Uni), bien qu'elle ne représente que 10 % de la population mondiale. Elle compte d'ailleurs plusieurs champions sectoriels (Roche, Pfizer, Merck, Sanofi, Novartis…). Le terrain semble a priori favorable. Suffisant pour faire face aux menaces de la concurrence internationale ? Malheureusement, non. Car quand on parle d'Europe à un industriel, il faut bien écouter quand il vous mentionne les 27 États membres, les 27 règles de marchés, les 27 paysages industriels, les 27 modèles de financements différents, 27 orientations politiques divergentes, etc.… Là où les États-Unis et la Chine fonctionnent sur un modèle unique. Alors, si l'Europe de la Santé est difficilement envisageable, peut-il en être autrement pour celle du médicament ? L'idée de fixer des prix européens sur un certain nombre de dispositifs innovants et de s'engager collectivement sur des logiques d'achats groupés fait en tout cas son chemin.
Une chose semble certaine : ça bougent (enfin) à Bruxelles ! C'est notamment le cas dans le champ réglementaire. Attendu depuis de nombreuses années, le dossier du Paquet Pharmaceutique a enfin débouché sur un accord tripartite (Commission, Conseil et Parlement) en décembre dernier. À la clé, l'engagement de porter des mesures en faveur de l'innovation : protection accrue des données et de marché pour les nouveaux médicaments, révision des procédures réglementaires et d'autorisation de mise sur marché de l'Agence Européenne du Médicament, amélioration du suivi et de la gestion des pénuries… plusieurs demandes, longtemps portées par les industriels du médicament, ont été entendues dans ce nouveau cadre. Un double hic toutefois, son application effective est attendue pour 2028 et le budget prévu pour ...

« Les thérapies innovantes sont majoritairement initiées à l'hôpital »



Entretien avec la Dr Sophie Kelley, responsable du département produits de santé à la CNAM.

Peut-on affirmer que la croissance du montant de médicaments remboursés sur les cinq dernières années repose principalement par la mise sur le marché des médicaments innovants ?
Après une période de quasi-stagnation, entre 2017 et 2021, des dépenses nettes de remboursement de médicaments, nous constatons depuis une accélération significative avec hausse de 6 % par an en moyenne de celles-ci pour atteindre un peu plus de 33,6 Mds € en 2024. Nous avons assisté à une hausse de poste de 5,4 Mds € en trois ans. Cette croissance repose sur plusieurs paramètres. Il y a les médicaments innovants, bien sûr, présentant un ASMR de I à III, qui ont vu leurs dépenses passées de 8 à plus de 10,7 Mds € de 2017 à 2024 avec, en particulier, une importante accélération de 26,25 % entre 2021 et 2023. Cette dynamique s'explique par l'arrivée de produits à forte valeur ajoutée en oncologie, mais aussi en hématologie ainsi que dans le traitement des maladies rares. En parallèle, on remarque que les médicaments d'ASMR IV, apportant une amélioration de traitement mineure, ont également connu une forte croissance, progressant plus rapidement en valeur relative que les ASMR I à III, en passant de 3,5 à 5,4 Mds € sur cette même période. Cette augmentation est impulsée par les domaines thérapeutiques pour lesquels il existe un important volume de patients à traiter : anticoagulants oraux directs, antidiabétiques, rhumatologie, etc. On constate aussi une augmentation des remboursements de médicaments d'ASMR V intégrant le panier de soins de patients atteints de pathologie chronique. Au final, le rapport entre la croissance de la dépense remboursée des médicaments innovants et ceux qui le sont moins est assez équilibré.

La dynamique active de prescriptions faites à l'hôpital, où les traitements thérapeutiques les plus complexes sont traités, est-elle le reflet de cette nouvelle donne ?
Nous observons en effet une croissance structurelle portée par les prescripteurs hospitaliers. Nous remarquons qu'ils contribuent à eux seuls pour 70 % de la hausse totale des dépenses remboursées brutes et pour 76 % après remise. C'est donc significatif. Deux facteurs expliquent cela. D'abord, ils prescrivent davantage que leurs homologues en ville, mais surtout, les médicaments prescrits sont plus onéreux. En sus, quand on regarde dans le détail, les thérapies innovantes sont majoritairement initiées à l'hôpital. Par exemple, en ville, les anticancéreux sont prescrits à 75 % par un prescripteur hospitalier, à 53 % pour les biomédicaments, et à plus de 95 % pour de nombreuses maladies rares (mucoviscidose, hémophilie A).

Comment évaluez-vous la montée en charge du dispositif dérogatoire d'accès précoce depuis son introduction en 2021 ?
Ce dispositif a été revu et repensé il y a cinq ans de cela. Il faut rappeler que son objectif est de répondre à un besoin urgent de prise en charge d'un patient vivant avec une maladie grave, rare ou invalidante afin pour qu'il puisse recevoir un nouveau type de médicament lorsqu'il n'existe pas d'autres traitements appropriés pour lui. Ce dispositif a connu une montée en charge assez importante, puisque sur les deux premières années, plus de 100 000 patients ont pu en bénéficier, contre environ 30 000 par an dans le cadre des anciennes ATU. Depuis, plus de 120 000 patients en impasse thérapeutique ont pu être traités. En parallèle, les chiffres 2024 de la Commission de la transparence montrent que sur les 474 avis rendus sur le médicament, 114 l'ont été dans le cadre de l'accès précoce. Sur les trois dernières années, l'activité est donc restée soutenue. Pour preuve, sur les dix premiers médicaments remboursés en 2024, la majorité a bénéficié d'un accès précoce.

Propos recueillis par Alexandre Beau

LES DIX PREMIÈRES ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES MONDIALES EN 2023

(Source : The top 20 pharma companies by 2023 revenue, Fierce Pharma)

Nom	Montants en Mds $	Part du marché en %
1 Johnson & Johnson (USA)	85	5,3
2 Roche (Suisse)	68	4,7
3 Merck & CO (Allemagne)	60	3,7
4 Pfizer (Allemagne)	58	3,6
5 Abbvie (USA)	54	3,5
6 Sanofi (France)	47	2,9
7 Astra-Zeneka (GB)	46	2,9
8 Novartis (Suisse)	45	2,8
9 BMS (USA)	45	2,8
10 Glaxo-Smithkilne (GB)	38	2,4

Le poids des laboratoires internationaux sur l'échiquier mondial impressionne avec des chiffres d'affaires considérables. Le marché du médicament est dynamique. En 2019, 1271 Mds $ de chiffre d'affaires, 1736 en 2024 et une croissance potentielle pour 2028 portant sur un total de 2 240 Mds $! Soit un rythme de 8 % par an...
Les dix produits les plus vendus composent 9 % du total du C.A. mondial, soit 200 Mds $.

... soutenir la production réalisée au sein de l'UE n'a pas encore été alloué. Or, le temps presse.
En outre, la nouvelle donne géopolitique mondiale a pour le moins « secoué le cocotier » en ce qui concerne les chantiers en cours impactant les différents secteurs industriels européens. De cette situation, est sorti l'Industrial Accelerator Act (IAA). Ce nouveau texte présenté le 29 janvier dernier, et poussé par la Commission, donne la priorité aux entreprises locales au sein de l'UE en soumettant les investissements étrangers importants à des conditions strictes (transfert de technologies, règles d'accès aux marchés publics, normes environnementales…). L'idée derrière ce texte est d'imposer une réciprocité aux acteurs américains et chinois tout en sécurisant certains secteurs clés. Concernant le médicament, ce mécanisme de préférence européenne introduit trois critères à remplir au choix pour les marchés publics (soit 30 % du marché européen de la pharmacie) dépassant les 100 Ms € : au moins 50 % du principe actif doit provenir de l'UE ou bien, 50 % de la valeur finale du médicament doit provenir d'étapes réalisées dans un État membre ou, enfin, que ses étapes « essentielles » de fabrication aient eu lieu dans l'UE.

❸ « L'Empire du Milieu », vrai gagnant ?



Si notre attention se porte naturellement sur l'axe USA-Europe, il serait imprudent de mettre le cas chinois de côté. Car bien plus que les marchés américains et européens, c'est le leader asiatique qui est appelé à bouleverser l'équilibre des forces dans les années à venir.
Cette montée en puissance de l'industrie chinoise s'est grandement accélérée dans la foulée de la crise sanitaire. Battue par ses concurrents dans la recherche et la distribution d'un vaccin efficace à l'échelle internationale, le pouvoir central a décidé de faire de la santé un des chantiers économiques et industriels prioritaires pour la prochaine décennie. Au même titre que les nouvelles technologies et l'automobile. Au travers de cette ambition, et des près de 100 Mds € investis pour la soutenir, les leaders industriels locaux ressortent plus renforcés que jamais. Il faut dire qu'ils bénéficient historiquement de deux atouts majeurs : un large éventail de principes actifs et un environnement réglementaire plus souple que leurs concurrents.
Priorité a donc été donnée à la recherche et aux essais cliniques dans l'optique que les molécules les plus innovantes et disruptives, notamment en cancérologie, soient accessibles pour le marché intérieur (1,4 milliard de personnes, soit le double des marchés américains et européens combinés) et surtout, à l'exportation.
Les premiers résultats enregistrés sont pour le moins spectaculaires. Ainsi, selon l'EFPIA, la fédération européenne des laboratoires pharmaceutiques, la Chine a dépassé les États-Unis en 2024 pour devenir le nouveau numéro un mondial en matière de découverte de nouvelles molécules médicamenteuses. Dorénavant, 40 % des essais cliniques y sont aujourd'hui réalisés… alors qu'il ne représentait que 4 % en 2015. Mieux, plusieurs projections tablent sur un marché chinois des biotechnologies qui pourrait plus que tripler d'ici 2030. Où quand « l'usine du monde » est appelée à devenir également son « laboratoire ».
Prise dans son ensemble, cette irrésistible dynamique débouche sur une réalité implacable : les entreprises du médicament chinois sont désormais en mesure de répondre à une large partie de la demande mondiale en matière de médicaments matures et innovants. Mieux, les produits *made in* ...

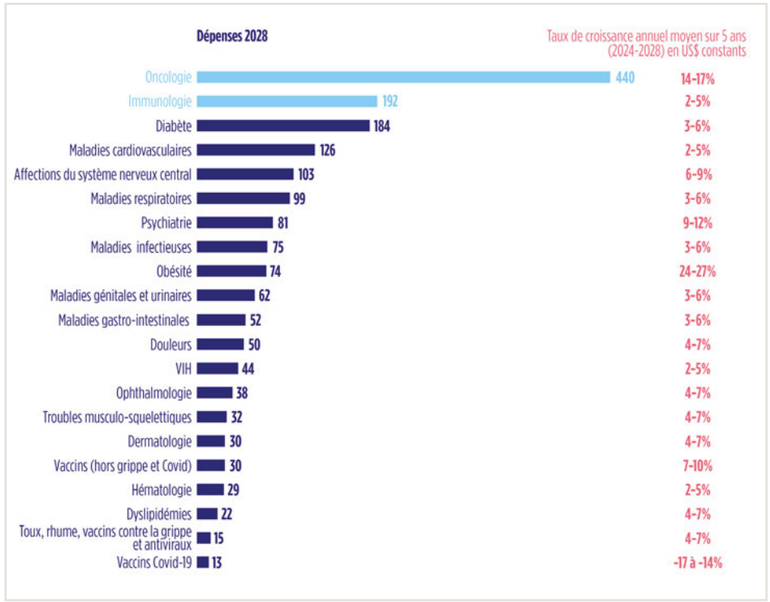
Ils ont dit



« Nous sommes face à une profonde recomposition de la chaîne de valeur ajoutée de l'industrie dans le monde. Et les grands laboratoires pharmaceutiques disposent de grosses capacités financières pour décider des termes de cette mutation. Avant, on fabriquait la recherche exclusivement en interne. Désormais, si les équipes internes conservent des compétences scientifiques et en développement, les directions de labos s'appuient de plus en plus sur des partenariats avec des centres académiques, des pépinières biologiques innovants et de tests diagnostiques fondés sur la génomique. Les industriels rachètent des licences, montent des partenariats avec des start up au moment des essais cliniques pour aller vers le développement des molécules. S'agissant des prix, outre l'amortissement de la R & D, de plus en plus coûteuse, les labos raisonnent en logique de région. Amérique du Nord, Europe, Japon, Asie et marchés émergents. Ils utilisent la règle du référencement à savoir qu'ils gèrent leur prix en fonction des marchés, selon une décote... bref, il faut comprendre ce bouleversement. Notre seule solution est de trouver des cohérences européennes. Mais cela n'est pas aisé. De plus, s'agissant de la France, il faut vraiment sortir d'une forme de nombrilisme. Certes, tous les pays sont autocentrés sur leur vision mais tous n'ont pas les mêmes réalités et potentiels industriels, à l'instar de l'Allemagne, l'Irlande et la Grande-Bretagne, sans oublier les dynamismes italien et espagnol. La France n'est pas en position de force sur ce nouvel échiquier »,
Gérard de Pouvourville, économiste, dans *ESE 1081*.



« Il n'y a pas de hausse de prix en réaction aux exigences de Trump ! Nous continuons de travailler avec l'objectif d'avoir des prix acceptables pour notre sécurité sociale...Il faut être pragmatique. Éventuellement accorder des prix plus élevés à l'entrée sur le marché. À condition que ce soit des produits dont on a vraiment besoin. Il ne faut pas confondre nouveauté et innovation ! Peut-être devra-t-on faire des choix pour privilégier les produits les plus indispensables »,
Virginie Beaumeunier, présidente du CEPS (Comité des produits de santé) dans *Les Echos*.



ESTIMATION DES 20 AIRES THÉRAPEUTIQUES PRINCIPALES EN 2028 (en chiffres d'affaires et taux de cumul annuel moyen)
Source : Global Use of Medicines 2024 outlook to 2028, février 2024, IQVIA Institute



China répondent aux normes de qualité imposées par l'Union européenne tout en affichant un prix inférieur à la concurrence. Une formule pour le moins attractive à l'heure où les principaux financeurs publics mondiaux font face à des arbitrages « casse-tête » pour tenter de contenir l'inflation induite par la mise sur le marché des dernières molécules. Et c'est peut-être cela qui inquiète en réalité le plus les industriels américains et européens.

❹ La France vassalisée?



La France dispose-t-elle d'une véritable politique du médicament ? Le pays pèse seulement 3 % du marché monde pour un produit phare.
Il n'est donc pas jugé prioritaire dans le cadre des stratégies monde des grands laboratoires. À la clé, une évidente vassalisation médico-économique !
Perdure une réelle ambiguïté de la politique française du médicament. Entre les attentes des industriels, les annonces favorables officielles de l'État, notamment à l'occasion des CSIS (Conseil stratégique des industries de santé), l'action du CEPS sur les conventions bilatérales, et, *in fine*, le PLFSS où les taxes « pleuvent comme à Gravelote » !
On note qu'en cinq ans, le chiffre d'affaires (CA) brut des produits remboursés a cru de 45 % (8,5 % par an…) à 38 Mds € en 2024 et de 20 % pour les seules dépenses remboursées dites « super nettes » (27,6 Mds €), une fois appliquée la cascade des abattements, comme les remises, l'impact des conventions avec le CEPS et la clause de sauvegarde. Un différentiel de 10 Mds € en 2024, soit 8 Mds du CA brut facial…

Plus largement, le Leem demande des efforts sur les délais d'AMM (dynamiques des essais cliniques) et surtout sur l'accès aux innovations. Depuis quelque temps, les choses se sont améliorées. En particulier, sur la question de l'accès aux innovations *via* les dispositifs d'accès précoce. Sur les dix premiers médicaments remboursés en 2024, une majorité entre dans les règles des ATU (autorisation temporaire d'utilisation) et d'AAC (Autorisation d'accès compassionnel).

Notre pays se caractérise par trois dimensions :

- Un taux de socialisation des médicaments record avec 90 % de prise en charge associée à une forte consommation. Le « toujours plus » français, généreux, mais ne permet pas spontanément des marges d'autofinancement sur l'innovation.
- Une réputation de lourdeur dans le pilotage médico-administratif
- Un paysage industriel très dispersé et peu patriote (à la différence d'autres pays de l'UE). Hormis Sanofi Monde, aucun mastodonte ne pointe son nez sur l'échiquier international. Dès lors, la présence des filiales étrangères, porteuses d'innovations, pèse considérablement sur les arbitrages médico-économiques.
- Le tissu productif (l'emploi donc) est trop centré sur des médicaments « matures », à faible valeur ajoutée, les génériques en particulier.

Au total, un sacré dilemme pour les autorités. Un système médico-social productif daté côtoie une percée des besoins d'innovations de rupture que nous ne maîtrisons pas vraiment. Dès lors, on pilote les choses à vue. Le paysage des remboursements se transforme peu à peu. Le CEPS tente de contenir les prix demandés, l'Assurance Maladie s'interroge à mi-mot sur la cohérence d'ensemble dans la durée. Au point que la CNAM déclare que le rapport coûts croissants/bénéfices cliniques plutôt stables fait question. Bref, tout cela devient très compliqué et nos marges de manœuvre s'affaiblissent.

Alexandre Beau et Pascal Beau

DATAMINING

La CNAF joue la transparence pour son nouvel algorithme

La branche Famille lance une nouvelle version de son modèle de datamining. Le point sur la démarche et les modifications apportées.



En 2024, les Caf ont versé 108,6 Mds € de prestations à 13,8 millions de foyers. Cette mission délicate repose sur la notion de « juste droit », soit le versement d'un montant adapté à la situation de l'allocataire, au bon moment. Pour respecter ce principe, la branche s'appuie notamment sur des contrôles pouvant donner lieu à des ajustements : rappels de droits non perçus ou demande de remboursements des indus. Depuis 2011, elle utilise un outil d'aide au ciblage, le datamining, pour une petite partie de ces vérifications. Elle a lancé une nouvelle version de son algorithme : le DataMining Données Entrantes 2026 (DMDE 2026), le mois dernier. L'outil cible les situations d'allocataires les plus exposés au risque d'un indu dépassant les 600 €, sur six mois.
En octobre 2024, plusieurs associations avaient dénoncé ce système, jugé discriminatoire car ciblant les plus précaires. Un recours devant le Conseil d'État été formulé. « *Dans nos prestations, nous allons plutôt aider des populations fragiles, qui sont dans des situations d'instabilité, c'est cela qui crée le risque d'erreur et le risque d'indus* », a rappelé Nicolas Grivel, directeur général de la CNAF, lors d'une rencontre avec l'Association des journalistes de l'information sociale (Ajis). Après un précédent modèle construit uniquement sur des bases statistiques, la caisse nationale souligne une démarche « *transparente et éthique* » pour la nouvelle mouture.
Son DG évoque « *un travail approfondi, d'ouverture du capot du modèle* ». Un comité d'éthique a été créé. L'instance réunit à la fois des experts (des nouvelles technologies, du droit, de la réflexion éthique et philosophique, etc.), des représentants des usagers, des Caf et du conseil d'administration de la CNAF, ainsi que des professionnels de la branche. En outre, un certain nombre de variables ont été supprimées « *pour limiter les risques de discrimination directe ou indirecte* », précise la caisse nationale. Parmi ces critères, la nationalité, le genre, l'adresse ou encore le lieu de résidence. Les données de « comportements », comme les connexions sur l'espace personnel ou les contacts, et les informations sur les contrôles, ou contentieux passés, ont aussi été supprimées.

Moins d'1 % des contrôles

La CNAF met à disposition le code source de l'algorithme permettant de consulter la liste des variables utilisées, les coefficients et pondérations, ou encore la manière dont ces différents éléments sont combinés pour produire le « *score de risque* ». C'est cet indicateur qui permet d'identifier les dossiers les plus à risques.
L'outil ne représente toutefois qu'une part infime des opérations de vérifications : moins de 1 % des 31,5 millions de contrôles réalisés au total en 2024 et 6,5 % des 2,5 millions effectués sur pièces (en demandant des pièces justificatives) ou sur place (au domicile ou à l'accueil de la Caf). « *L'algorithme donne des évaluations de risques selon les situations et ensuite les contrôleurs choisissent d'aller voir les allocataires en s'appuyant sur ces estimations, mais ils ne vont pas voir tous les cas les plus risqués, ils pondèrent les choses. C'est vraiment l'humain qui choisit, et par ailleurs, qui fait le contrôle* », a insisté Nicolas Grivel.
Le DMDE 2026 a été conçu dans une approche évolutive compte tenu de la généralisation de la solidarité à la source, en mars dernier. Il prévoit l'articulation entre un premier modèle pour la période antérieure à la réforme et un second intégrant le préremplissage des déclarations trimestrielles. Ce chantier a considérablement sécurisé les données des allocataires (96 % ne modifient pas leur déclaration préremplie), réduisant fortement les risques d'erreurs… et donc d'indus. « *Notre modèle de ciblage va beaucoup évoluer pour aller sur des situations pour lesquelles nous n'avons pas aussi spontanément les informations* (par exemple pour les travailleurs indépendants, NDLR) *ou sur d'autres formes de risques* », a expliqué le « patron » de la branche Famille. Il évoque ainsi une évolution possible vers la détection de plus « *d'indus frauduleux* » dans des situations plus proches de celles identifiées *via* la création d'un service national de lutte contre la fraude à enjeux « *qui nous permet de trouver non pas la fraude individuelle, mais de la fraude organisée* ».

Émilie Guédé

OCAM

Programme (très) chargé pour la mission AMO-AMC

La lettre de mission ministérielle relative à « l'articulation cohérente entre assurances maladie obligatoire et complémentaires » donne le coup d'envoi d'un chantier colossal. Le point sur le périmètre de ces travaux.



Stéphane Junique, Elisabeth Hubert, Franck von Lennep et Nicolas Bouzou



Certains n'y croyaient plus, mais la lettre de mission sur l'articulation entre Assurance Maladie et complémentaires santé a finalement été envoyée, le 21 janvier dernier. Les trois ministres signataires (Roland Lescure à l'Économie, Stéphanie Rist à la Santé et Amélie de Montchalin aux Comptes publics) qualifient cette réflexion d'« *essentielle pour l'avenir de notre système de protection sociale* ». Elle a été confiée à quatre experts : Elisabeth Hubert, ancienne ministre de la Santé et actuelle présidente de la Fédération de l'hospitalisation à domicile (Fnehad), Franck von Lennep, ancien directeur de la Sécurité sociale, Stéphane Junique, président du Groupe VYV et l'économiste Nicolas Bouzou.

« *La sédimentation progressive de dispositifs aux objectifs variés a rendu complexe et n'a pas favorisé l'articulation entre AMO et AMC, tant du point de vue des assurés que de celui des employeurs ou des professionnels de santé* », écrivent les ministres. La copie finale devra être remise dans six mois, soit vers le 22 juillet. D'ici là plusieurs étapes intermédiaires sont prévues, à commencer par une note de cadrage « *précisant le calendrier, les livrables, la méthodologie et les modalités d'association des parties prenantes* », dès la mi-février. Un compte-rendu à mi-parcours est ensuite attendu au mois d'avril.

État des lieux et prospective

La tâche s'annonce herculéenne tant les sujets énumérés sont nombreux. Les experts devront d'abord dresser un état des lieux « *précis et partagé* » des contributions respectives de l'AMO et de l'AMC au financement des dépenses de santé, y compris au-delà du « *périmètre CSBM* ». Ce, en relevant au passage les éventuelles « *incohérences, redondances ou angles morts* ». Des scénarios d'évolution des dépenses à cinq et dix ans sont requis, en s'attachant « *à bien distinguer ce qui relève des régimes collectifs (…) et ce qui concerne les systèmes individuels* ». Le rapport devra aussi analyser « *le contenu des garanties* » proposées par les Ocam et le « *niveau de protection actuel des ménages* ». Plusieurs points d'attention sont listés, à commencer par la complémentaire santé et son « *périmètre actuel* » ainsi que « *les conséquences induites sur l'adaptation des offres et sur l'innovation qu'elle peut apporter au système* ». Également au menu, les restes à charge des personnes en ALD et hospitaliers ainsi que la situation de celles non couvertes par une complémentaire (soit environ 4 % de la population). Les travaux devront revenir sur les « *effets redistributifs du système* » et les besoins de couverture et de services des assurés, en tenant compte des « *disparités* » entre ces derniers.

Les experts se pencheront aussi sur la « *lisibilité et la transparence* » pour les assurés. « *Vous évaluerez notamment les dispositifs permettant de mieux distinguer, comprendre et anticiper les rôles respectifs de l'AMO et de l'AMC dans la prise en charge* », précise la missive ministérielle. La mise en place d'« *outils harmonisés d'information* » devra être étudiée dans ce cadre. Sont notamment évoqués des relevés de remboursements standardisés, un simulateur de reste à charge, ou encore une « *présentation encore plus simplifiée et comparable* » des garanties des contrats. Sur ce dernier sujet, l'engagement en matière de lisibilité des garanties pris par l'Unocam et les trois fédérations (Mutualité Française, CTIP, France Assureurs, alors FFA), en 2019, a déjà permis un premier pas. L'examen « *des modalités* » selon lesquelles ces organismes « *sont en capacité de réguler leurs dépenses (mécanismes, données,…), seuls ou en coopération avec l'AMO* » est également au programme.

« Synthèse critique »

Les auteurs du futur rapport pourront s'appuyer sur une littérature particulièrement dense et devront d'ailleurs évaluer « *les principales propositions déjà portées dans le débat public* » afin de réaliser « *une synthèse critique* ». Parmi d'autres instances (IGAS, IGF, fédérations…), le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) est notamment cité. Son rapport de 2022 *(cf. encadré ci-dessus)* avait jeté un pavé dans la mare en évoquant notamment le scénario de la Grande Sécu.

Chargés de formuler des « *propositions d'évolution des règles applicables en matière de périmètre et de contenu des offres proposées par les complémentaires, ainsi que de compétences et de responsabilités* », les quatre experts devront aussi évoquer « *les manières de réguler au mieux la dépense de santé dans son ensemble* ». Pour ce faire, ils pourront notamment « *proposer l'évolution des dispositifs existants* », dont le 100 % santé ainsi que les contrats solidaires et responsables et leur fiscalité. Les trois fédérations ont particulièrement potassé ce dernier sujet et pourront apporter leur contribution grâce à leur plateforme de propositions communes. Les domaines dans lesquels « *une meilleure coopération entre AMO et AMC pourrait générer des gains d'efficience* » devront aussi être identifiés, en particulier la prévention, la gestion du risque, le pilotage territorial de l'offre, la lutte contre la fraude et les abus. Le rapport pourra également traiter de la place des complémentaires dans le nouveau dispositif d'accompagnement visant à prévenir l'augmentation des ALD, prévu par la LFSS.

Retour du bouclier sanitaire ?

Les ministres invitent plus globalement à se pencher sur « *la faisabilité et la pertinence d'évolutions de l'articulation entre AMO et AMC* ». À ce titre, la mission pourra « *instruire des propositions d'évolutions de l'articulation actuelle* » et « *étudier des pistes de financement de l'évolution de la dépense globale de santé, de mécanismes de régulation annuelle et pluriannuelle ou d'évolution de la fiscalité associée aux organismes complémentaires* ». Un scénario est clairement évoqué, celui du bouclier sanitaire, soit le « *plafonnement de tout ou partie des restes à charge des assurés, avec une prise en charge intégrale par l'AMO au-delà d'un certain seuil* ». Formulée en 2007 par Martin Hirsch, alors Haut Commissaire aux solidarités actives, l'idée revient régulièrement dans le débat public. Mais pour les complémentaires, cette voie pourrait se traduire par une conséquence baisse d'activité.

Certaines propositions de la mission porteront sur le « *court terme* » et devront donc être « *susceptibles d'être engagées rapidement* ». Auront-elles vocation à intégrer le prochain PLFSS ? Pas sûr que le contexte politique de l'automne prochain, à quelques mois de la présidentielle de 2027, permette d'engager des réformes structurantes, d'autant que ces sujets sont particulièrement sensibles. Au-delà, « *des scénarios d'évolution à moyen et long termes* » sont attendus. Ils auraient alors vocation à alimenter les débats pendant la campagne électorale, dans le cadre d'une réflexion plus large sur le financement de la protection sociale que plusieurs membres du gouvernement appellent de leurs vœux.

Émilie Guédé

Ce que prévoyait le rapport du HCAAM



Tout début 2022, le HCAAM rendait son fameux rapport présentant quatre scénarios d'évolution « de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire ». En tout, les travaux avaient nécessité, plus de deux ans, alors que seulement six mois sont accordés à la mission sur l'articulation RO-RC…

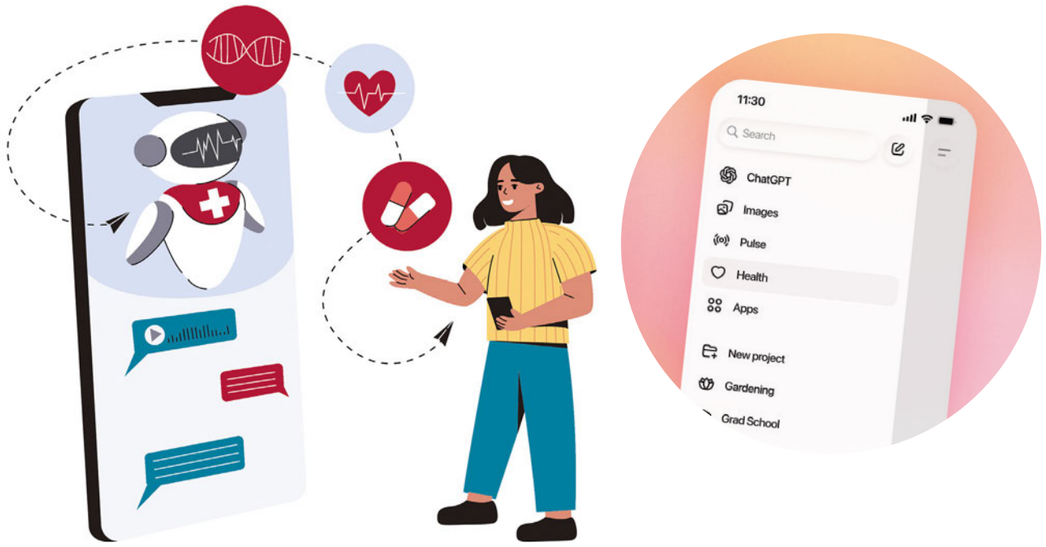
Ce document de plus d'une centaine de pages a déjà fait couler beaucoup d'encre, en particulier la piste d'une « Grande Sécu ». Cette dernière visait à augmenter le taux de remboursement par la Sécurité sociale « *pour les besoins de protection commune* » ; tandis que les complémentaires seraient concentrées sur « *les besoins spécifiques, notamment ceux générés par les situations professionnelles ou territoriales* ». D'autres voies avaient été imaginées, notamment la simple amélioration de « *l'architecture actuelle* », en y apportant quelques correctifs. Une autre option consistait à instaurer une assurance complémentaire « *obligatoire, universelle et mutualisée* ». Enfin, la dernière prévoyait de « *décroiser* » les domaines d'intervention de l'AMO et de l'AMC.

À l'époque, aucun de ces scénarios n'avait fait consensus au sein de l'instance, qui réunit des membres aux profils très variés (représentants des syndicats et du patronat, de l'État, des organismes de l'AMO, des complémentaires, des professionnels de santé, parlementaires, etc). Un point de convergence majeur était toutefois apparu : la nécessité de régler la question des dépassements d'honoraires, transversale à l'ensemble des scénarios. Et qu'aucun n'était en mesure de résoudre ■

IA

Chat GPT Health débarque : cela change tout?

Le récent lancement aux États-Unis du versant santé de l'outil conversationnel ChatGPT a pour le moins secoué le monde sanitaire. Les fonctionnalités introduites par ce nouveau dispositif entendent innover dans l'expérience patient. Or, si cet outil est appelé à bouleverser un certain nombre de repères pour celui-ci, quelques réserves pointent déjà le bout de leur nez.



Les choses s'accélèrent grandement dans le virage numérique qu'empruntent les acteurs de la santé au niveau mondial. Si chaque mois apporte son lot de nouveauté dans le champ de l'innovation, l'annonce du lancement de ChatGPT Health aux USA le mois dernier aura provoqué un écho différent. Plus amplifié que jamais étant donné que l'outil, développé par OpenAI, a bouleversé le rapport qu'ont les utilisateurs avec l'IA. Généraliser, démocratiser… peu importe le terme employé, ChatGPT a provoqué un tsunami dans le paysage des techs. Son pendant santé en fera-t-il de même pour les patients et les professionnels de santé?

Le lien entre les thématiques IA et santé a, depuis une quinzaine d'années, généré beaucoup d'espoir devant les perspectives d'une meilleure qualité et personnalisation des prises en charge et de l'accès aux soins induite par l'exploitation optimisée des données. Si des initiatives avaient déjà vu le jour *(cf. encadré ci-contre)*, elles n'ont globalement pas su atteindre les objectifs qu'elles s'étaient fixées. La gestion du timing semble mieux ficelée chez OpenAI, le champion mondial incontesté de l'IA. Qui le devient de facto aussi sur le champ de la santé, avec ses plus de 230 millions de requêtes hebdomadaires adressées à ChatGPT portant sur cette thématique.

Il peut (déjà) en faire beaucoup

C'est à partir de ce socle qu'a été développée ChatGPT Health. Bien qu'actuellement en phase de *soft launch* aux USA, avant sa généralisation attendue au cours de ce semestre, l'outil s'appuie déjà sur de solides bases. Et ce, bien que nous n'en sommes qu'au stade de sa première version grand public.

Si ce volet santé s'appuie toujours sur un outil conversationnel entre l'IA et l'utilisateur, il se différencie principalement de la version généraliste de ChatGPT en permettant à ce dernier de transmettre des documents médicaux électroniques ou de partager les données issues d'applications santé disponibles pour le grand public. À partir de ces supports, l'IA sera en mesure d'interpréter puis de fournir des informations permettant à l'utilisateur « *de mieux comprendre des résultats d'analyses, de préparer des rendez-vous médicaux ou d'aborder des sujets tels que son alimentation ou sa routine sportive* ». Open AI se veut clair sur le positionnement de ces nouvelles fonctionnalités : elles ont été développées dans le but de soutenir le « *suivi des soins médicaux* » et non pas d'intervenir dans les protocoles définis. En cela, ChatGPT Health ne peut ni établir de diagnostic, ni proposer ou prescrire des traitements.

Toutefois, à la lecture de ces caractéristiques, on comprend entre les lignes que cette évolution de Chat GPT se positionne à mi-chemin entre un « super » Mon Espace Santé (un espace de stockage de ses documents personnels est prévu) et un soignant. Peut-être même davantage d'un assistant médical pour la dimension de préparation du patient.

Quelques obstacles

Les premières potentialités offertes par ChatGPT Health sont donc pour le moins déjà conséquentes. Et ce n'est qu'il ne fait pas aujourd'hui, il pourra vraisemblablement le faire demain. Toutefois, ce tsunami technologique pourrait voir plusieurs obstacles se dresser sur sa route.

Ainsi, malgré l'annonce de mise en place d'éléments de sécurisation des échanges et des supports transmis (confidentialité et non-réutilisation des échanges pour entraîner les modèles ou mise en place d'un mécanisme d'authentification multifacteur), la question de la protection des données reste encore sur la table. Car à l'instar d'autres géants de la tech, le risque de voir leur contenu être stocké aux États-Unis est réel. C'est déjà le cas actuellement pour OpenAI, qui héberge la majorité de ses données sur des serveurs américains hébergés par des fournisseurs comme Microsoft. La problématique est d'autant plus épineuse que les enjeux de souveraineté occupent dorénavant une place prépondérante dans les politiques économiques et sanitaires.

Une autre problématique soulevée par de nombreux acteurs, à commencer par France Assos Santé *(cf. encadré ci-contre)*, est celle du rapport au soin du patient. En effet, bien que ChatGPT Health se garde de prescrire, elle informe et oriente les choix du patient vis-à-vis du traitement qu'il suit. Sur cet aspect, et bien qu'OpenAI s'en défende, il empiète sur le champ de compétence des professionnels de santé et sur leur « *devoir de conseil d'information* ». Sans compter que la ligne de démarcation entre information et recommandation est parfois assez fine. Comment s'assurer que les utilisateurs sauront interpréter et mettre en perspective ce que l'IA lui indiquera? Les retards pris depuis plusieurs années autour de l'éducation des patients et de la formation des soignants aux usages du numérique sont en cela un sujet d'inquiétude.

Malgré tout, et au-delà de l'événement provoqué par le lancement de ce ChatGPT Health, la bascule s'est en réalité déjà opérée. L'introduction de l'IA dans le milieu médical a connu un boom sans précédent au cours des dernières années. Du côté des professionnels de santé, plusieurs secteurs clés, comme la biologie, la radiologie ou la pharma, ont vu leurs modes de fonctionnement bousculés avec l'intronisation d'outils leur ayant permis de faire des gains conséquents en termes de qualité et d'efficience. Des progrès tels qu'un retour en arrière est désormais inenvisageable. L'organisation et la structuration même des consultations et des autres médicaux sont appelées à être redéfinies en conséquence. De son côté, la promesse implicite introduite par ce ChatGPT Health est d'avoir un copilote de son médecin, certes virtuel, mais ultra-compétent, à porter de main. En cela, et malgré les questions (sérieuses) soulevées autour des aspects de sécurité et de confidentialité, elle fait écho à une attente latente des patients sur les champs de l'accompagnement et de l'information. Autant dire qu'à terme, le tapis rouge pourrait être déployé à ce type de dispositif.

Alexandre Beau

France Assos Santé y voit une opportunité

« En ce début d'année 2026, le doute n'est guère permis : l'IA va plus que jamais se faire une place dans le quotidien des patients et des soignants. Cependant les promesses d'efficacité, d'information et de prédictions de ces nouvelles technologies ne pourront se concrétiser qu'à condition de ne pas hypothéquer les valeurs de notre système de santé pour tenter de garder notre place dans la course à l'IA. Une chose est sûre, ChatGPT Health, ou ses concurrents ne remplaceront pas demain les médecins, mais ils permettront peut-être d'avoir des patients "augmentés par IA". L'occasion de repenser la santé, en interrogeant la place de l'humain dans nos soins pour la préserver et, qui sait, peut-être même l'augmenter, elle aussi » ■

« Ne pas être victime de solutions qui nous seraient imposées par d'autres »



« Il faut qu'on puisse trouver des alternatives. Nous disposons d'un système national dont les règles sont fixées par la loi et qui héberge aujourd'hui près d'un milliard de données de santé à caractère personnel. Pour nous, c'est un actif stratégique sur lequel il faut qu'on garde une maîtrise. Cela étant, il faut qu'on arrive à développer des systèmes européens qui proposent et permettent la même qualité de service que ces alternatives extracommunautaires. C'est déjà le cas. Nous avons beaucoup d'entreprises en France et en Europe qui développent des systèmes d'intelligence artificielle et avec lesquelles nous sommes ravis de collaborer pour développer des usages de demain. En revanche, il est hors de question que cet usage se fasse au détriment de la maîtrise et de la résilience qu'on est capable de garantir à notre système de santé. Si, avec l'Assurance Maladie, nous prenons à bras le corps la question de la transformation numérique, c'est justement pour ne pas être victime de solutions qui nous seraient imposées par d'autres d'ici quelques années. »

Hela Ghariani, déléguée au numérique en santé.

Mgéfi
groupe matmut

Quand on a plusieurs vies, on attend de sa mutuelle qu'elle les protège toutes

La mutuelle spécialiste de la protection santé et prévoyance des agents publics

avec 90% de taux de satisfaction adhérent
(Baromètre annuel 2024 - INIT)



Fidèle aux valeurs du mouvement mutualiste, la Mgéfi promeut une santé qui se défend d'être une marchandise.

Choisir la Mgéfi, c'est rejoindre un système de solidarité unique fondé sur un engagement mutuel qui s'inscrit sur le long terme. Via un accompagnement personnalisé, des actions de préventions ciblées, et des solutions d'accompagnement social, **la Mgéfi s'engage concrètement aux côtés de ses adhérents.**

Bénéficiant de la robustesse du Groupe Matmut, la Mgéfi garantit une protection sociale humaine. Son savoir-faire éprouvé se fonde sur sa proximité et sa connaissance fine des besoins des agents publics.

MUTUALITÉ FRANÇAISE
MEMBRE DE LA

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi), mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité - Siren n° 499 982 098 - 6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 - www.mgefi.fr

Basé sur 7 300 avis
Excellent ★ Trustpilot

NF SERVICE
RELATION ADHÉRENT

mgefi.fr