



THINK TANK
SANTÉ
SOCIÉTÉ

LA RECO 2026

L'INNOVATION,
levier de transformation
du système de santé.

Oui, mais à quelles conditions !



l'Opinion

LES MEMBRES DU THINK TANK

Marie-Olivia AMÉDÉE-MANESME

Directrice des Affaires publiques et gouvernementales, **NOVARTIS FRANCE**

Christian ANASTASY

Ex **ANAP** et **IGAS** - Président, **PERSAN CONSEIL** - Président du Comité d'orientation stratégique Santé-Travail, **AFNOR**

Martine Aoustin

Ancienne Directrice générale, **AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS) LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Guillaume BAILLY

Ancien Président, **INTERSYNDICALE NATIONALE DES INTERNES (ISNI)**

Souhad BALLOUK

Directeur stratégie et développement, **VIVOPTIM SOLUTIONS**

Sophie BEAUPÈRE

Déléguée générale, **UNICANCER**

Daniel BENAMOUGIZ

Responsable Chaire Santé, **SCIENCES PO**

Anne-Françoise BERTHON

Conseillère, **ONE HEALTH** - Direction générale, **ANSES**

François BLANCHECOTTE

Président, **FÉDÉRATION DE LA BIOLOGIE MÉDICALE (FBM)** - Président, **SYNDICAT DES BIOLOGISTES (SDBI)**

Jean-Yves BLAY

Président, **UNICANCER**

Jean-Baptiste BONNET

Endocrinologue - Ancien Président, **INTERSYNDICALE NATIONALE DES INTERNES (ISNI)**

Jean-Michel CHABOT

Professeur émérite de santé publique

Laurence COMTE-ARASSUS

Directrice exécutive, **GE HEALTH CARE** Présidente, **SNITEM**

Quentin DECKER

Directeur des Affaires publiques, aire thérapeutique, **NOVARTIS FRANCE**

François DOLVECK

Coordinateur Seine-et-Marne, **SAMU-SMUR URGENCES, HÔPITAL DE MELUN**

Virginie FEMERY

Directrice générale, **VIVOPTIM SOLUTIONS**

Stéfan GOUZOUGUEC

Vice-Président, **MGEN**

David GRUSON

Président-Fondateur, **ETHIK-IA**

Baptiste HAMADA

Vice-Président en charge des perspectives professionnelles, **FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTUDIANTS EN SCIENCES INFIRMIÈRES (FNESI)**

Laurent HOU-HEN-PEN

Cabinet du Président, **MUTUALITÉ FRANÇAISE**

Élisabeth HUBERT

Présidente, **FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE (FNEHAD)** - Ancienne Ministre de la Santé

Katharina JANUS

Présidente et CEO, **ENJOY STRATEGY**

Christophe LANNELONGUE

Expert senior en organisation et régulation du système de santé - Ancien Directeur **AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS)**

Yannick LUCAS

Directeur des relations internationales, **MUTUALITÉ FRANÇAISE**

Émeline MAS

Responsable marketing et communication, **VIVOPTIM SOLUTIONS**

Romane MORGER

Responsable Affaires publiques, **ETHIK-IA**

Ludovic MOY

Médecin spécialiste libéral (Rennes)

Béatrice NOËLLEC

Directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale, **FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)**

Jean-Paul ORTIZ

Ancien Président **CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)**

Benoît PÉRICARD

Expert

Gérard RAYMOND

Président, **FRANCE ASSOS SANTÉ** - Membre d'honneur

Isabelle RIOM

Médecin urgentiste, **AP-HP**

Marc VILLACEQUE

Président, **CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL CARDIOVASCULAIRE (CNPCV)**

Corinne VOLTZ

Régional Sales Director, **E-HEALTH, CLINICAL SOLUTIONS** - Strategic Partnership, **ELSEVIER FRANCE**

PERSONNALITÉS INVITÉES

Yvanie CAILLÉ

Fondatrice, **RENALOO : LA VOIX DES MALADES DU REIN** - Membre, **COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE**

Éric CHENUT

Président, **MUTUALITÉ FRANÇAISE**

Lionel COLLET

Président, **HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

Charles-Édouard ESCURAT

Directeur général, **AGENCE DE L'INNOVATION EN SANTÉ**

Cécile LAMBERT

Rapporteuse générale, « **Expérimentations Art. 51** »

Jörg OHLEYER et Arnaud GANGLOFF

Associés, **KÉA**

Stéphane PARDOUX

Directeur général, **ANAP**

Antoine TESNIERE

Directeur général, **PARISANTÉ CAMPUS**

Charles THIVOLET

Chef de service de diabétologie, **HOSPICES CIVILS DE LYON (HCL)** - Directeur médical, **CENTRE DIAB-ECARE**

DIRECTION ET ANIMATION

Philippe LEDUC

Médecin journaliste - Directeur du **THINK TANK SANTÉ SOCIÉTÉ**

Cécile COLOMB

Directrice générale adjointe commerce, **L'OPINION & L'AGEFI**

Florence BORDIAU-HARDOUIN

EXAEQUO EVENT

Cécile LEFEBVRE

EXAEQUO EVENT

REMERCIEMENTS

Merci aux **membres du Think Tank Santé Société** et aux personnalités invitées à nos réunions tôt le matin au siège de **L'Opinion** d'octobre 2025 à avril 2026.

Merci également à **Hospimedia** dont le suivi quotidien de l'actualité et ses archives sont précieux.

LE THINK TANK **SANTÉ SOCIÉTÉ** qui a pris la suite du Think Tank Économie Santé publie ici sa première Recommandation. Animé au sein du groupe L'Opinion par le Dr Philippe Leduc, ce groupe de réflexion réunit une trentaine de membres issus d'horizons différents. Il a pour objectif d'apporter une contribution originale et concrète pour participer à la rénovation du système de santé, aujourd'hui enlisé dans une impasse.

Au cours de sept réunions mensuelles de 8h30 à 10h30, au siège de L'Opinion, les membres du THINK TANK **SANTÉ SOCIÉTÉ** ont échangé avec des personnalités du monde de la santé, invitées à nourrir la réflexion sur la problématique choisie, afin d'élaborer une Recommandation guidée par une même exigence : sortir des sentiers battus.

Le THINK TANK **SANTÉ SOCIÉTÉ** est indépendant, se situe dans une perspective d'intérêt général et est ouvert sur la société.

L'INNOVATION,

levier de transformation du système de santé.

Oui, mais à quelles conditions !

► LE CONSTAT

Le système de santé est dans une impasse qui a été moult fois décrite et documentée :

- Une évolution démographique et épidémiologique qui accentue les déséquilibres,
- L'absence de perspectives d'équilibre financier.

L'innovation n'a jamais été aussi dynamique et diverse.

On est face à une situation singulière :

- Un risque d'écroulement du système actuel,
- Une formidable opportunité liée à l'innovation.

L'enjeu est colossal car l'innovation en santé bien conduite pourrait permettre de renforcer la prévention, d'améliorer la qualité et la pertinence des soins, d'accroître l'efficacité du recours aux diverses offres de soins, d'assurer la soutenabilité financière et de développer la souveraineté.

En obligeant à penser différemment et donc à sortir des habituelles postures et des revendications catégorielles, l'innovation peut être une extraordinaire opportunité pour changer la manière de réfléchir et d'appréhender les besoins présents et futurs du système de santé et conduire des changements systémiques et pas seulement des colmatages.

Face au marasme, au déclinisme et au défaitisme qui envahissent le système de santé, le développement d'une

culture de l'innovation impliquant toutes et tous, de l'infirmière au chercheur, du technicien au spécialiste des transformations organisationnelles, du médecin au patient, des industriels aux régulateurs, pourrait créer une nouvelle dynamique faite d'implication et de perspectives prometteuses.

De multiples outils et organisations ont été développés ces dernières années et de nombreux professionnels et acteurs de santé innoveront déjà. C'est ce mouvement qu'il convient de faire connaître, d'orienter et de structurer et surtout de financer, de favoriser et d'accélérer.

Ne soyons pas naïfs pour autant, l'innovation ne va pas résoudre d'un coup de baguette magique tous les maux actuels du système de santé, elle pourrait même les aggraver sérieusement, notamment en augmentant les inégalités. *Comment faire en sorte que les innovations apportent un réel progrès et un substitut à certaines pratiques actuelles et non pas une dispersion et une régression ?*

Le diagnostic proposé ici est clair.

L'innovation doit être encouragée, évaluée et financée, bien sûr.

Mais pour être efficace il faut que des priorités claires et lisibles soient déterminées en hiérarchisant les enjeux pour éviter la dispersion et le gaspillage.

C'est le rôle des pouvoirs publics par une gouvernance nationale.



► LE CONSTAT

Et surtout, toutes les (« bonnes ») innovations retenues doivent atteindre tous les malades concernés, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui. Ceci constitue sûrement la plus importante marge d'amélioration, tant pour les patients que pour les entrepreneurs.

C'est le rôle des professionnels de santé qui doivent être davantage accompagnés et avoir intérêt à agir pour que les patients éligibles soient repérés et accèdent aux innovations par une coordination des soins plus efficace et un parcours de santé plus structuré.

Cette Recommandation s'articule en trois temps :

► L'EXEMPLE DE TROIS MALADIES CHRONIQUES

pour lesquelles des innovations importantes ont été réalisées mais dont les résultats pour l'ensemble des patients qui auraient pu en bénéficier ne sont pas à la hauteur de ce qui était attendu. Ce qui met l'accent sur la nécessité de renforcer les innovations organisationnelles.

► LA GRANDE DIVERSITÉ DES INNOVATIONS ET LEUR NÉCESSAIRE INTRICATION

pour qu'elles soient efficaces.

► LES CONDITIONS POUR CHANGER LA DONNE

- Renforcer la prospective et anticiper
- Hiérarchiser les priorités et fixer des objectifs
- Assumer une transparence totale des informations
- Manager l'innovation
- Expérimentations innovantes en santé « Art. 51 » : simplifier, hiérarchiser et renforcer le déploiement
- Refonder à fond la nomenclature des actes techniques
- Favoriser l'innovation tous azimuts par tous et pour tous
- Évaluer au niveau européen
- Assurer l'accès, sous toutes ses formes, à l'innovation
- Inclure la soutenabilité financière dans les objectifs
- Financer l'innovation tout en renforçant la souveraineté

Contributions spécifiques :

- Innovation et réglementation
- Innover au plus près du patient
- Santé : Innover ne suffit pas, encore faut-il savoir transformer
- Mobiliser les ressources existantes
- IA en santé : créer la confiance pour transformer durablement les pratiques

► L'EXEMPLE CRITIQUE DU DIABÈTE, DE L'HYPERTENSION ET DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Pour être concret, trois pathologies sont présentées, pour lesquelles les innovations n'ont pas manqué au cours des dernières années mais sans que les résultats soient à la hauteur de ce que pouvaient laisser envisager ces prouesses technologiques.

Le diabète est une maladie très hétérogène touchant 5 % de la population de manière très diverse. Le diabète de type 2 (90 % des formes) apparaît plutôt à un âge avancé, à partir de 40 ans. Le diabète de type 1 correspond à une carence en insuline et apparaît à l'enfance, à l'adolescence ou chez les jeunes adultes. Sous le terme de diabète se cachent de nombreuses maladies. Chaque diabétique est différent. Le coût du diabète est estimé à 10 Md€ par an.

Les innovations dans la prise en charge sont récentes et particulièrement performantes. Le diabète de type 1 a connu une révolution technologique avec les capteurs de glucose dans le sang en continu et les pompes à insuline connectées. De même le diabète de type 2 a bénéficié de nouveaux traitements innovants (agonistes du GLP-1, inhibiteurs du SGLT2) dont l'utilisation est corrélée à des indicateurs (cholestérol, poids, pression artérielle) pour mieux individualiser le traitement.

Mais ces prouesses technologiques ne se traduisent pas par une réduction de certaines complications, en particulier les amputations. Une étude* de février 2026 montre que les plaies du pied et les amputations augmentent. Les données sont impressionnantes. En France le nombre d'amputations est passée de 7 346 (hommes : 5400, femmes : 1 946) en 2012 à 9 353 (7 332 et 2 021) en 2022, soit une augmentation de 27%. Certes la population atteinte d'un diabète a augmenté et vieilli sur la période, si bien qu'en termes d'incidence on note une stabilité. Mais le taux d'amputation est beaucoup plus bas dans d'autres pays européens comme la Belgique, la Suède, l'Italie ou l'Allemagne. Quant aux plaies du pied en cas de diabète, l'augmentation des hospitalisations est de 73 %, passant de 18 751 à 32 358, là aussi avec une plus forte représentation masculine. Pour Agnès Hartemann (Pitié-Salpêtrière) qui signe l'éditorial du Bulletin*, l'évidence s'impose : « Notre système de soins n'est donc pas organisé de manière assez efficace pour prévenir cette complication. »

Les disparités territoriales persistent en 2022 avec davantage d'amputations dans les départements et régions d'outre-mer, en Bretagne et dans les Hauts-de-France. Quant aux plaies du pied les Hauts-de-France, la Bourgogne-Franche-Comté et l'Occitanie ont les taux d'incidence les plus élevés. Il en va de même pour les disparités socio-économiques qui se maintiennent en 2022. Les amputations comme les hospitalisations pour plaies sont plus fréquentes chez les hommes atteints de diabète résidant dans les communes les plus défavorisées de l'Hexagone par rapport à ceux résidant dans les communes les moins défavorisées.

Le Congrès de la Société francophone du diabète à Lyon en mars-avril 2026 a justement fait la part belle à l'innovation en s'intitulant : « Diabète : les innovations médicales qui changent la donne » : thérapeutiques, technologiques ou encore l'e-santé. Mais aujourd'hui, il faut surtout innover pour réduire la fragmentation du parcours de soins. C'est assurément là que les marges de progrès sont les plus importantes. Celui-ci est éclaté et pas assez coordonné entre les différents professionnels de santé.

L'hypertension artérielle est également exemplaire du fossé qui existe entre les progrès thérapeutiques réalisés au cours des dernières années et le piètre résultat en matière de santé publique. Les nouveaux médicaments sont de plus en plus efficaces et bien tolérés, mais l'hypertension (HTA) est très insuffisamment dépistée, traitée et contrôlée.

En juin 2025, le Bulletin épidémiologique hebdomadaire* enfonçait, une fois de plus, le clou : « En 2021, il a été estimé que 36,2 % des hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires ou rénales étaient attribuables à l'HTA, soit 385 000 patients, 400 000 hospitalisations complètes et 6,2 millions de journées d'hospitalisation. Plus de 1,15 million de personnes vivaient avec une cardiopathie ischémique attribuable à l'hypertension, 1,26 million avec une maladie rénale chronique, et 358 000 avec une insuffisance cardiaque. En 2021, plus de 55 000 décès étaient attribuables à l'HTA, ce qui correspondait à 8,5 % des décès survenus en France et près de 500 000 années de vie perdues. Cette estimation du fardeau attribuable à l'HTA en France montre l'impact sanitaire considérable de l'HTA sur la population française



* Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 17 février 2026. Complications podologiques du diabète en France : un fardeau évitable.

* Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 24 juin 2025. Le fardeau de l'hypertension artérielle en France en 2021.

► **L'EXEMPLE CRITIQUE DU DIABÈTE, DE L'HYPERTENSION ET DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE**

et le système de soins. Afin de réduire ce fardeau, il est essentiel de mettre en œuvre des politiques de santé publique ambitieuses visant à la fois la prévention de l'HTA, son dépistage et sa prise en charge pour réduire les complications. »

Or, un autre Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, publié en mai 2023, à l'occasion de la Journée de lutte contre l'hypertension artérielle, présentait des données particulièrement préoccupantes. En France, près de 30 % des adultes sont hypertendus, soit environ 17 millions de personnes de plus de 18 ans. La connaissance, le traitement et le contrôle de l'HTA n'ont connu aucune amélioration récente, certains indicateurs se sont même dégradés. Un hypertendu sur deux ne sait pas qu'il est hypertendu (alors que 84 % de la population a eu une mesure de la pression artérielle dans l'année), un hypertendu sur deux est traité pharmacologiquement mais seulement un sur quatre a une pression artérielle contrôlée. La prise en charge est donc insuffisante malgré un recours aux soins importants. L'enjeu est donc ici d'innover pour promouvoir des comportements sains pour la santé dès le plus jeune âge (alimentation, activité physique, lutte contre la sédentarité, etc.), d'améliorer le dépistage, la prescription et l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques, la prise en charge thérapeutique et l'observance des traitements par l'éducation thérapeutique, la formation des médecins, et l'autonomisation des patients.

L'insuffisance rénale terminale a bénéficié de deux grandes révolutions de la médecine du XX^e siècle: la dialyse et la greffe de rein. Cent mille patients vivent aujourd'hui grâce à l'une de ces deux thérapeutiques en France. Mais le coût humain, organisationnel et financier (4,6 Md€ par an) est élevé. Or aujourd'hui des innovations thérapeutiques permettent de ralentir significativement l'évolution d'une insuffisance rénale vers le stade terminal. Six millions de personnes ont une insuffisance rénale, pour leur grande majorité sans le savoir, et pourraient bénéficier de ces nouveaux médicaments. Il s'agit désormais de repérer les patients à risque pour les diagnostiquer et les traiter. Les outils de dépistage sont simples, une simple prise de sang et un examen d'urine. La solution n'est pas technique mais organisationnelle. Les professionnels de santé, la HAS et l'Assurance maladie et les associations de patients y travaillent. Mais il y a urgence. Cela permettrait en outre à terme de faire des économies substantielles. L'enjeu ici aussi c'est de rendre ces innovations efficaces. Il faut faciliter l'accès aux thérapeutiques innovantes.

Une innovation prise isolément perd une bonne partie de son potentiel. L'innovation pour ces trois maladies qui représentent un lourd fardeau pour les patients, la santé publique et les comptes de l'Assurance maladie n'est que parcellaire. Une innovation ne peut avoir une réelle efficacité que si elle s'inscrit dans un ensemble cohérent innovant. Rien ne sert d'être performant et innovant sur seulement une partie de la chaîne si des carences ici ou là bloquent la mise en œuvre.

* Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 16 mai 2023. *Epidémiologie de l'hypertension artérielle en France : prévalence élevée et manque de sensibilisation de la population.*



► LA GRANDE DIVERSITÉ DES INNOVATIONS EN SANTÉ

Le mot « Innovation » est un mot fourre-tout, valorisant mais trompeur. Il recouvre des concepts et des réalisations très différents. Tout le monde est favorable à l'innovation car celle-ci porte en elle-même une promesse d'amélioration.

Le foisonnement des initiatives apportera-t-il une solution aux nombreux défis que pose la santé ? C'est bien là la difficulté. Comment séparer le bon grain de l'ivraie pour éviter la dispersion et le gaspillage des énergies à un moment où l'innovation est particulièrement dynamique et nécessaire, mais où les ressources limitées doivent être orientées vers ce qui est le plus probant en matière de santé publique.

L'innovation suppose une nouveauté qui améliore l'existant. Elle peut être un produit, une façon de faire ou une organisation. Elle sert à mieux répondre à un besoin. Elle peut être incrémentale (petites améliorations continues) de rupture (forte modification des règles d'un marché), radicale (technologie ou concept totalement nouveau qui crée un nouveau marché).

En santé, l'innovation n'est pas qu'une prouesse technologique ou pharmaceutique. Elle peut être organisationnelle, numérique, liée à l'IA, sociologique et sociétale et ainsi être un levier de transformation et d'adaptation du système de santé avec des objectifs d'accessibilité, de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins et aussi de soutenabilité financière.

Surtout une innovation doit être comprise, acceptée, diffusée et intégrée dans le système de santé. Il manque encore aujourd'hui trop souvent une appropriation par tous les professionnels, acteurs, patients et citoyens, ce qui devrait encourager un vaste champ de recherche pour trouver justement les innovations pour favoriser la bonne et large utilisation des innovations. Le diabète et l'HTA en sont un exemple particulièrement démonstratif. Le progrès résulte non pas d'une innovation prise isolément mais d'un ensemble d'innovations qui se conjuguent et se potentialisent.

Une innovation ne doit pas se rajouter tel un millefeuille à l'existant. Elle nécessite la suppression des pratiques devenues obsolètes. Selon la formule de Joseph Alois Schumpeter de « destruction créatrice » ou plutôt d'innovation destructrice, une innovation doit remodeler les pratiques

remises en cause. Mais ici, qui, comment et à quel rythme doit décider de ces évolutions ? Cela ne peut être le marché ou le laisser-faire. Le premier traitement de la tuberculose (la streptomycine découverte en 1943 et ayant fait preuve de son efficacité en 1946) et les suivants (l'isoniazide en 1952, le pyrazinamide en 1954, l'éthambutol en 1961) bien que largement et rapidement diffusés n'ont pas entraîné la réduction au même rythme des sanatoriums. Cela a été plus rapide pour la réduction des hospitalisations en psychiatrie avec la découverte des premiers neuroleptiques.

En 2019, juste avant le Covid, le Leem (Les entreprises du médicament) a réalisé un remarquable et très fouillé travail : « Santé 2030, une analyse prospective de l'innovation en santé. »* En 219 pages grand format sont décrits les dynamiques à l'œuvre, les vecteurs de l'innovation et 10 chantiers pour construire 2030. Même si l'IA générative et Chat GPT ne sont pas abordés et pour cause, cet ensemble reste d'actualité et montre bien l'intensité, la diversité et le potentiel des innovations.

Les 14 vecteurs d'innovation présentés vont de l'épigénétique à la médecine intégrative et le patient autonome en passant par la nanomédecine, la médecine régénérative, la thérapie génique et l'immunothérapie ou encore l'intelligence artificielle.

En toute logique, dans ce document du Leem une bonne partie est consacrée à l'accès à l'innovation. L'efficacité, la qualité, le retour des patients, les données de santé, l'IA et l'éthique sont aussi passés en revue. L'industrie du médicament milite depuis des années pour un accès pour tous à l'innovation et en particulier aux médicaments, avec comme condition un prix qui soit à la hauteur des efforts revendiqués de recherche, des investissements et du bénéfice pour les patients. Ceci est d'autant plus important pour l'industrie du médicament qu'entre 2026 et 2033, UBS a calculé que « 400 milliards de dollars de chiffre d'affaires annuel vont se trouver exposés à la concurrence des génériques et des biosimilaires, dont l'essentiel (300 milliards) d'ici à 2030 estime le cabinet d'études Evaluate Pharma, avec un pic en 2028 avec 104 Md€ » (Les Échos du 2 mars 2026, Myriam Chauvot). Face à cette « falaise des brevets » le salut passe par l'innovation.

L'innovation concerne tous les domaines de la santé : la prévention, le diagnostic, le traitement ou le suivi et les prises

* Santé 2030 : une analyse prospective de l'innovation en santé. Le Leem avec le Think tank Futuribles, mars 2019.



► LA GRANDE DIVERSITÉ DES INNOVATIONS EN SANTÉ

en charge. Il peut s'agir d'une innovation organisationnelle (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire, coordination en particulier ville-hôpital, hospitalisation à domicile, soins palliatifs, etc.), un service numérique (télémédecine, télésurveillance, téléexpertise, un bracelet connecté, des capteurs), une approche sociale ou éducative (éducation thérapeutique, outil d'implication des patients, « allez vers »). L'Igas qui vient de publier un rapport* : « L'innovation en santé au travail » qui justement étudie « la situation des services de prévention et de santé au travail au regard de l'objectif d'innovation ». L'institution, tout en faisant le constat que des freins institutionnels et pratiques demeurent malgré la réforme de 2021, préconise d'une part de « dynamiser les innovations » en priorisant l'interopérabilité et la valorisation des dossiers médicaux – vaste serpent de mer ici comme ailleurs – et d'autre part l'étude d'une instance nationale de financement et de validation des innovations.

Les opérateurs d'IA générative (ChatGPT Health, Claude for Health, Perplexity Health) investissent la santé de manière stratégique et massive avec le but de réinventer la médecine, le rôle du patient et celui des professionnels de santé et l'interaction entre les deux. L'objectif n'est plus simplement de donner accès à l'information et aux données de santé mais de les interpréter. Cela change tout. L'IA donne du sens aux données biologiques et aux différentes explorations en fonction des caractéristiques du patient. Elle émet des hypothèses et prodigue des conseils. Open AI (ChatGPT) s'intéresse surtout aux patients pour devenir un copilote incontournable. Anthropic (Claude Health) intègre davantage le système de santé et cible les professionnels de santé : gestion des dossiers, standards médicaux, automatisation, données réglementaires. Ces systèmes génèrent les comptes rendus, analysent les dossiers patients, intègrent les processus administratifs et font des préconisations d'explorations complémentaires, de traitement et de suivi. On en voit bien tous les atouts et aussi les risques, en particulier celui d'un échappement cognitif. *Le patient sera-t-il augmenté ou assisté? Sera-t-il mieux informé, plus autonome et plus impliqué ou dépendant sans connaître les fondements sur lesquels l'IA se base et sans en avoir la maîtrise? L'IA réalisera-t-elle le rêve de donner du sens aux données de santé massives mais fragmentées, dispersées, peu interopérables et finalement difficilement exploitables? L'IA ne sera plus un outil mais une nécessité structurelle pour apporter une réponse adaptée au manque de professionnels, de coordination, d'efficacité, d'empowerment des patients et finalement sera une réponse à la soutenabilité financière du système de santé. C'est le pari de ces opérateurs, tous américains.*

* L'innovation en santé au travail. Rapport de l'Igas. Corinne Cherubini, Frédéric Laloue, Dr Philippe Magne. Mars 2026.

L'innovation collaborative est en particulier promue dans les établissements de santé par par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). L'objectif est de transformer les blocages en opportunités. La méthode repose sur des outils qui favorisent la coopération, l'expérimentation et l'apprentissage continu en impliquant et mobilisant toutes les parties prenantes qui sont incitées à dépasser les fonctionnements en silos. Cette démarche nécessite de renforcer l'ancrage dans la stratégie et la gouvernance, de transformer les modes de management et les espaces de décisions, de diffuser les outils méthodologiques, de s'appuyer sur la réalité du terrain, de préparer et soutenir les nouveaux managers et enfin de valoriser les réussites collectives. Pas forcément simple pour des équipes en sous-effectif et épuisées mais cette nouvelle façon de procéder, cette nouvelle culture de l'innovation peut donner des résultats spectaculaires.

La préparation aux épidémies type Covid mise aussi sur l'innovation. Il est significatif de noter que les Journées scientifiques de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales – Maladies infectieuses émergentes (ANRS Maladies infectieuses émergentes) d'avril 2026 se focalisent sur « L'innovation pour accélérer la réponse aux maladies infectieuses ». « Le contrôle d'une épidémie se prépare à l'avance. » La présentation du programme est claire. *« Les nouvelles méthodes de surveillance et de diagnostic sont essentielles à l'anticipation des crises sanitaires. Elles font appel aux modélisations des épidémies ou à la biologie synthétique qui s'appuie sur des plateformes technologiques et l'utilisation de l'informatique. Le but de la biologie synthétique est de développer en laboratoire des systèmes biologiques nouveaux dans le but de créer des outils utiles pour la société. La vaccinologie est entrée dans une nouvelle ère avec notamment l'apport de l'intelligence artificielle et les technologies ARN. La conception des vaccins s'en trouve redéfinie. Les avancées issues de l'immunologie des muqueuses ne sont pas en reste et ouvrent la voie aux vaccins nasaux. La thérapie a également bénéficié de l'innovation. De nouvelles approches se distinguent comme la production d'anticorps directement dans l'organisme. L'utilisation d'outils innovants débouche sur une meilleure connaissance des stratégies évolutives des virus, permettant ainsi de développer des outils thérapeutiques plus efficaces. »*

Quelques projets phares, qui illustrent une nouvelle fois la diversité des innovations, ont été présentés: un vaccin nasal contre le Covid, la modélisation au service de la préparation au risque d'émergence d'un nouveau virus respiratoire, ou encore la mise au point d'une méthode de prélèvement non invasif pour un diagnostic rapide.

► LES CONDITIONS POUR CHANGER LA DONNE

Les innovations sont une formidable opportunité dont les enjeux sont si considérables qu'il serait particulièrement dommageable qu'elles se dissolvent dans la dispersion et l'atomisation ou au contraire qu'elles ne profitent qu'à quelques-uns.

On ne part pas de rien, des prémisses existent pour favoriser et globaliser les innovations dans l'objectif d'en tirer la meilleure efficacité pour les patients, les professionnels et la soutenabilité financière du système de santé. Mais l'urgence est telle qu'il faut accélérer. Et surtout promouvoir une culture de l'innovation, pour que celle-ci soit stimulée et favorisée, comprise et bien évaluée, implémentée et diffusée au bénéfice de tous, chacun devant y trouver un intérêt à agir.

Renforcer la prospective et anticiper

Il ne faut pas subir l'arrivée des innovations. C'est le premier moyen pour mieux prendre en compte les innovations, les encourager, les planifier, les intégrer et envisager les impacts organisationnels.

Une instance doit être chargée de rassembler, structurer et synthétiser les informations des différentes structures qui dans leur domaine assurent une veille. Celles-ci sont nombreuses, avec une implication plus ou moins forte : les sociétés savantes, le Haut Conseil et la Société française de Santé publique, la Haute Autorité de santé (HAS), Santé publique France, l'Institut national du cancer (INCa), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), les hôpitaux publics et privés, les industriels, le Haut-commissariat au plan ou encore la Conférence nationale de Santé... etc. Chaque année devrait être actualisé un document de référence qui identifie les tendances en la matière.

Une initiative doit être soulignée : « OSE 2050 » qui est un programme d'anticipation lancé en mars 2026. Il vise à explorer les futurs possibles de l'offre de santé à l'horizon 2050 en croisant expertises, expériences de terrain et contributions citoyennes. Conçu par le ministère de la Santé, l'Agence de l'innovation en santé, et porté pour ce premier temps par les Hospices civils de Lyon, il s'appuie sur « une approche de prospective par le design, en créant de manière participative des scénarios d'anticipation immersifs et des artefacts pour rendre tangibles des enjeux parfois abstraits. » Les scénarios, les hypothèses et les contributions seront présentés au grand public et aux pouvoirs publics, pour élaborer des recommandations stratégiques sur l'avenir du système de santé.

La prévisibilité et la pluriannualité sont essentielles, il appartient à la représentation nationale d'en fixer les règles et de s'y impliquer.

Hiérarchiser les priorités et fixer des objectifs

L'innovation est tellement ubiquitaire et touche tant de domaines que la dispersion guette. L'innovation doit répondre aux besoins de santé d'aujourd'hui et de demain. Les pouvoirs publics doivent déterminer les besoins les plus cruciaux et les plus urgents afin de donner aux innovateurs de la visibilité et de la prévisibilité.

En fait, cette hiérarchie des besoins et donc des priorités pour l'innovation n'impose pas la rédaction d'un nouveau document ou rapport, elle devrait découler tout naturellement de la Stratégie nationale de santé tant attendue et d'une loi de programmation pluriannuelle en santé également tant réclamée. L'instabilité politique handicape fortement cette logique.

Une fois les besoins identifiés et les priorités définies, des objectifs doivent être fixés. Cela paraît être une évidence mais c'est loin d'être systématique. Or c'est à cette condition que les efforts, la mobilisation des équipes de recherche et des soignants, ainsi que l'allocation des financements pourront être orientés là où c'est important, avec des étapes d'évaluation régulières pour éventuellement recadrer les projets.

Assumer une transparence totale des informations

Pour favoriser les innovations organisationnelles faut-il encore que les besoins soient ressentis non pas seulement par les professionnels de santé mais aussi par les patients, les citoyens et les décideurs nationaux et locaux, bref par l'opinion publique. Pour mobiliser l'ensemble des intervenants, la transparence des informations et des données doit être totale. Elle doit être aussi « émotionnelle ». Pour que les organisations se transforment et innovent, il faut que chacun ait la réalité des faits, exprimée dans un langage simple, accessible et évocateur. Les innovations organisationnelles peuvent être contre-intuitives pour les non-spécialistes. Par exemple « le nombre minimum d'accouchements par an » (qui est un critère de qualité) ou « le nombre de césariennes » n'a pas vraiment d'impact



► LES CONDITIONS POUR CHANGER LA DONNE

auprès du public et des élus locaux qui veulent conserver leur maternité. En revanche, le taux de mortalité, de survie en cancérologie ou d'infections nosocomiales ou encore de réhospitalisations à 30 jours en chirurgie, les délais d'attente sont beaucoup plus impliquant pour un non-spécialiste de la santé.

La clarté s'impose : la mission de l'hôpital ce n'est pas de créer des emplois, de participer à l'aménagement du territoire ou de générer des revenus indirects à d'autres organismes. L'innovation suppose de partir d'une perception juste des dysfonctionnements qu'elle peut corriger.

Des outils existent: Hospi diag et VISUCHIR.

- **Hospi Diag** est un outil d'aide à la décision qui mesure la performance globale des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), permettant d'identifier leurs forces et leurs faiblesses. Cet outil explore les cinq dimensions de la performance d'un établissement de santé en analysant la qualité des soins dispensés, les pratiques professionnelles de ses opérateurs, la qualité de son organisation, la productivité de ses équipes et la capacité financière à assumer sa pérennité. Cet outil constitue un support au dialogue de gestion entre les directeurs et les professionnels de santé au sein d'un établissement et entre les établissements de santé et leurs tutelles. Une plus large diffusion de ces informations, quitte à les adapter tout en montrant leurs limites, stimulera la volonté et l'envie de trouver des solutions et donc d'innover.
- **VISUCHIR** permet d'analyser et de suivre les pratiques chirurgicales d'un établissement, de les comparer à celles des autres établissements, d'estimer un potentiel de développement ambulatoire, de suivre une démarche de récupération améliorée après chirurgie, d'évaluer les pratiques professionnelles et organisationnelles, d'aider à la recomposition de l'offre régionale et de construire une stratégie. Trois ans après son lancement, VISUCHIR est très utilisé : plus de 160 000 connexions par 55 000 utilisateurs jour. Le Directeur général de l'Assurance maladie, Thomas Fatôme, a annoncé en avril 2026 une nouvelle version avec une meilleure ergonomie, une accessibilité renforcée, l'intégration d'intelligence artificielle pour un prochain assistant métier virtuel, un open data renforcé et des cartographies repensées pour interagir en parallèle sur plusieurs indicateurs. VISUCHIR est un puissant outil d'évaluation des pratiques au service des innovations organisationnelles qui mériterait d'être utilisé en dehors du cercle des spécialistes et techniciens pour argumenter de l'intérêt de la diffusion de celles-ci.

Manager l'innovation

Le management de l'innovation existe, il y a des méthodes, en particulier participatives et collaboratives. Les structures sanitaires et médico-sociales sont un vivier pour l'innovation. Mais encore trop souvent, observe un connaisseur, c'est « la rencontre entre le mandarinat médical et le bonapartisme directorial », ce qui ne favorise pas le dialogue pour l'innovation. Il faut associer au management par l'autorité un management qui amplifie la capacité de chaque équipe à porter des projets et les présenter au collectif.

Le management de l'innovation à l'hôpital passe par la création d'une direction dédiée à l'innovation soutient le collectif Impact qui réunit une dizaine de CHU et un Espic. Pour sa Présidente, Julie Valette (Directrice innovation et développement durable des Hôpitaux Saint Joseph-Marie Lannelongue) « Ces nouvelles directions viennent évaluer d'autres choses que de la clinique pure, elles travaillent avec des entreprises sur les usages, les parcours, les organisations... Autant de notions qui sont nouvelles. Nous voulons acculturer le secteur, apporter des livrables clairs sur des axes de travail et aider à trouver des modèles économiques stables. » (Hospimedia 5 décembre 2025)

L'innovation dans les établissements, cela doit être comme le contrôle de gestion qui n'existait pas il y a quelques dizaines d'années mais qui s'est imposé comme un maillon essentiel à la bonne marche de ces structures. Une direction Innovation doit, en ayant une connaissance des forces et faiblesses de l'établissement, servir de guichet unique tant pour les collaborateurs qui ont une idée d'innovation à explorer que pour les startups externes venant proposer leurs innovations.

Expérimentations innovantes en santé « Art. 51 » : simplifier, hiérarchiser et renforcer le déploiement

Le dispositif Article 51 créé en 2018 est un formidable outil ouvert à tout acteur du système de santé souhaitant apporter un projet innovant pour contribuer à sa transformation. Il permet d'expérimenter des innovations en dérogeant aux règles d'organisation et de financement habituelles. Son credo est de fonder les décisions publiques sur des preuves, donner la main aux équipes de terrain et d'offrir un cadre de dérogation large. Les critères d'évaluation sont la faisabilité, l'efficacité, l'efficience, la productivité et l'intérêt médico-économique. Au total, 1 264 projets ont été déposés, 158 autorisés et 66 expérimentations ont été menées à leur terme (Rapport au Parlement 2025). Les pathologies

L'INNOVATION, levier de transformation du système de santé. Oui, mais à quelles conditions !

concernées pour l'ensemble des expérimentations autorisées et terminées sont, par ordre du nombre de bénéficiaires inclus, les maladies ostéoarticulaires et traumatismes, les situations cliniques liées au vieillissement, la filière visuelle, le diabète, le soutien à l'autonomie, le cancer, les maladies neurodégénératives, la santé sexuelle, la santé mentale, les troubles du neurodéveloppement, les maladies cardiovasculaires et les situations de vulnérabilité. Ce sont les établissements de santé qui se sont le plus mobilisés suivis par les groupements d'acteurs, les acteurs de ville, les pouvoirs publics et les sociétés privées (6 %).

Cette initiative portée par le ministère de la Santé et l'Assurance maladie est une vraie innovation et correspond à un travail colossal. 834 millions d'euros ont été engagés.

Mais ce dispositif souffre de travers qu'il est urgent de corriger pour le relancer et ne pas désespérer les porteurs de projets, au risque de perdre les acquis. Tout d'abord la lourdeur de constitution des dossiers est dissuasive et les délais d'instruction sont trop longs. Ensuite une hiérarchisation des objectifs permettrait de se focaliser sur un nombre restreint de sujets pour plus d'efficacité et moins de dispersion. La santé mentale, grande cause nationale, n'est pour l'instant que portion congrue. Enfin il faut revoir la problématique du déploiement et de la diffusion qui n'est pas du ressort des équipes Article 51, mais des directions du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie. Et là, il y a un fâcheux embouteillage. Parmi les 48 expérimentations ayant reçu un avis favorable à la généralisation, seules 7 peuvent être considérées comme effectivement intégrées dans le droit commun. Les retards sont considérables. Le ministère de la Santé en a bien conscience. Une nouvelle Direction unique est en projet pour fluidifier et accélérer. « Cette nouvelle structure réunira au sein d'un même pilotage stratégique la Délégation du numérique en santé, l'Agence de l'innovation en Santé, la mission Article 51 et les équipes dédiées à la recherche et l'innovation. L'objectif est clair: passer d'un paysage institutionnel éclaté à un pilotage intégré, plus cohérent et plus rapide » a déclaré la ministre de la Santé, Stéphanie Rist.

Refonder à fond la nomenclature des actes techniques

Cette innovation à bas bruit est une vraie révolution si elle va à son terme et au bout de l'objectif affiché. Depuis quatre ans, la nomenclature des 13800 actes techniques pratiqués par les médecins est en cours de révision intégrale. La Classification commune des actes médicaux (CCAM) créée il y a 20 ans n'avait guère été actualisée. Des actes obsolètes y

figurent alors que des actes récents et fréquents n'y sont pas. Un travail colossal a été engagé. Une première étape s'est terminée en septembre 2025: la description des libellés de ces actes, sur laquelle planchent 42 comités cliniques d'une quinzaine d'experts chacun. Près de la moitié des libellés ont été modifiés et 1200 actes nécessitent un avis de la HAS. Désormais ces actes doivent être hiérarchisés. Un score sera établi en fonction de la durée, de la difficulté d'exercice de l'acte et du niveau de compétence requis. Enfin la valeur financière de chaque acte sera négociée dans le cadre de la convention médicale dans le but d'avoir une nouvelle tarification des actes plus en phase avec la réalité et favorisant les actes innovants. Les actes obsolètes ne devront plus être tarifés. Les pratiques devraient donc s'orienter naturellement vers les actes les plus utiles et performants pour les patients. L'actualisation devra être régulière. La destruction créatrice ou l'innovation destructrice est en marche ici et pourrait servir de modèle. Certes les médecins sont inquiets. Auditionnés par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS), le 25 mars 2026, ils n'ont pas ménagé leurs critiques surtout quant à la méthode. La complexité est évidente, de même que l'enjeu pour les praticiens, puisque leur rémunération en dépendra.

Cette révision permettra de favoriser l'innovation tout en renforçant la pertinence des soins et le juste soin... si celle-ci va jusqu'au bout de la logique.

Favoriser l'innovation tous azimuts par tous et pour tous

L'objectif est de faire émerger une culture de l'innovation, à la fois pertinente et originale, en surfant sur la vague actuelle pour mobiliser tous les professionnels, à tous les niveaux. Pour cela, la possibilité d'innover doit aussi être perçue par les soignants et travailleurs sociaux comme une opportunité qui les concerne directement dans leurs conditions de travail. Comment simplifier les tâches administratives sans alourdir les process, comment gagner du temps, donner davantage de sens à son travail, comment lutter contre l'épuisement professionnel, comment mieux manager les charges lourdes? Comment réduire les émissions de gaz à effet de serre (8 % seraient dus à la santé)? Comment mieux cerner les attentes des professionnels et embarquer l'ensemble des acteurs? Les occasions pour améliorer la vie au travail ne manquent pas. En se méfiant des fausses promesses et en adoptant un management plus participatif et impliquant. Car ici comme ailleurs l'innovation doit rencontrer la vraie vie et apporter des solutions concrètes. Immense défi.



► LES CONDITIONS POUR CHANGER LA DONNE

Ce management de proximité gagnerait à s'appuyer davantage sur la valorisation de l'engagement. Il n'y a pas assez de recherches et d'innovations sur la manière d'engager les gens pour déboucher sur une façon opérante d'impliquer les professionnels.

En parallèle, les innovateurs doivent être accompagnés.

De nombreux outils existent. Mais ils ne sont pas forcément connus et faciles d'accès. Toutes les organisations doivent être capables d'accueillir et de guider les innovations. *À qui un porteur de projet doit-il s'adresser au sein d'un établissement? Un soignant qui a une idée avec qui doit-il la confronter?* Il faut un référent innovation au bon niveau pour orienter les porteurs de projets externes ou internes.

Mettre tous les acteurs autour de la table pour pousser les innovations. L'innovation nécessite l'énergie de tous mais pas dans le désordre et sans pour autant freiner les initiatives isolées ou en dehors des schémas de pensée habituels. Face à cette quadrature du cercle, comment créer ce mouvement qui s'inscrit dans une chaîne globale. *Comment mailler tout l'écosystème? Comment bâtir une vraiment cohésion entre les acteurs? Finalement comment ériger une équipe de France?*

Pour cela il faut changer de méthode et renforcer le traitement des sujets par objectifs, en fixant des délais précis et connus pour l'évaluation, comme aux États-Unis. Le fait d'avoir un délai force les acteurs à répondre dans un cadre précis et cela garantit que, si les résultats sont favorables, l'accès aux patients sera plus rapide. En cas d'évaluation négative, le projet sera arrêté sans procrastiner et les investisseurs n'ayant pas perdu de temps n'hésiteront pas à se remobiliser. Cette nouvelle dynamique peut révolutionner l'écosystème. Aujourd'hui chaque acteur répond encore trop souvent avec son propre délai. L'ensemble du processus est juxtaposé et non coordonné. Une Task force doit dire si telle ou telle innovation est prometteuse et l'accompagner d'un bout à l'autre avec un délai garanti.

Le système de santé n'a pas été conçu pour appréhender une telle vague d'innovations, tant dans son émergence que dans son appropriation et sa diffusion. Cela nécessite de repenser nos organisations et de les adapter à ces nouvelles réalités.

Évaluer au niveau européen

L'évaluation est cruciale, pour faciliter l'arrivée des innovations et aussi veiller au grain. Ces deux injonctions contradictoires suscitent bien des tensions, des pressions et

des peurs. Dès qu'arrive un produit de santé nouveau, il est « vendu » souvent comme une innovation par les médias, les associations de patients, les professionnels et les sociétés savantes. Mais toute nouveauté n'est pas une innovation. Les pressions sur la HAS, « autorité publique indépendante d'expertise » qui évalue les produits de santé en vue du leur remboursement par l'Assurance maladie, sont de plus en plus fortes. *La HAS prend-elle du retard dans ces évaluations et celles-ci sont-elles trop sévères?* Même si des procédures dérogatoires existent, comme pour les médicaments, l'accès précoce, qui repose sur quatre critères : maladie grave, rare, invalidante ; situation d'impasse thérapeutique ; traitement qui ne peut être différé et médicament présumé innovant. Les tensions sont vives. Initiative Pharma, nouveau syndicat professionnel « en faveur de l'innovation et de la production de médicaments en France et qui rassemble des entreprises qui font le double choix de l'ancrage territorial et de l'innovation en France pour les patients », n'hésite pas dire que « 9 % des médicaments approuvés en Europe depuis 2020 sont fabriqués en France, et 40 % des médicaments autorisés au niveau européen sont indisponibles sur notre territoire. » Pour la HAS, il n'y aura pas de transformation si on est centré uniquement sur le médicament. Ce qui manque dans les évaluations, ce sont les conséquences organisationnelles sur le système. Pour cela il faut des données. L'évaluation ne devrait-elle d'ailleurs pas prendre en compte un contexte plus large et une vision d'ensemble qui inclut les paramètres sociologiques et sociétaux, politiques ainsi que ceux des investisseurs?

Quant aux dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique ou thérapies numériques (DTx) qui se sont beaucoup développés, l'évaluation est également critiquée. En avril dernier, un tout premier avis favorable pour le remboursement a été donné par la HAS. Il s'agit de la thérapie digitale Joe dans la prise en charge de l'asthme persistant chez l'enfant de 7 à 11 ans : ce dispositif, composé d'un écran et d'une application, accompagne et implique l'enfant. Il guide l'enfant dans la gestion de son traitement au moyen de vidéos pédagogiques (rappel des prises de son traitement, bons gestes à réaliser...) à travers un écran intégré dans un petit robot. Une application y est associée, paramétrée par l'entourage de l'enfant avec les instructions de prescription. L'enjeu est d'améliorer l'observance du traitement de fond et de permettre à l'enfant de gagner en autonomie.

Les autres DTx sont des solutions numériques type applications de santé, souvent utilisés par les patients sur leur smartphone pour traiter ou mieux vivre avec une pathologie et ses symptômes, parfois en complément d'un traitement

L'INNOVATION, levier de transformation du système de santé. Oui, mais à quelles conditions !

médicamenteux. Certains DTx s'inspirent des thérapies cognitivo-comportementales par exemple pour la dépression ou encore l'insomnie en proposant des interventions personnalisées.

Le débat de l'évaluation n'est pas clos et suscitera toujours des tiraillements. L'évaluation et ses conséquences en termes de santé et de mise sur le marché et de soutenabilité économique gagneraient assurément à s'euro-péaniser (au sens large) en intégrant les expériences de pays comme l'Allemagne, assez souple, ou le Royaume-Uni, plus contraignant.

Assurer l'accès, sous toutes ses formes, à l'innovation

L'accès à l'innovation de prime abord est surtout compris comme l'accès aux médicaments et dispositifs innovants et en toute logique comme la facilité (ou non) de mise sur le marché de ces innovations et donc du prix qui leur est octroyé. Le débat est de plus en plus tendu entre les régulateurs et évaluateurs, d'un côté, et les industriels, de l'autre. Un prix jugé insuffisant pourrait inciter un industriel à ne pas commercialiser son produit dans un pays qui ne représente que quelques pourcents de son marché, avec le risque, par effet de comparaison et de diffusion, d'entraîner une baisse du prix dans d'autres pays.

Les difficultés d'accès à l'innovation sont aussi liées à la désorganisation de l'offre de soins et aux inégalités sociales et territoriales de santé. On l'a vu en introduction avec les exemples du diabète, de l'hypertension artérielle ou de l'insuffisance rénale, les innovations existent, mais le repérage de patients concernés, la prise en charge, le contrôle et le suivi ne sont pas satisfaisants. L'accès aux innovations est le reflet de l'accès aux soins, aux centres experts, à la possibilité d'être inclus dans un essai clinique le cas échéant, à la formation des professionnels et de la qualité de son réseau, etc. En cancérologie se pose en effet la question de l'accès à l'innovation pour les patients. En outre ce sont les catégories professionnelles supérieures qui, mieux informées, mieux renseignées, plus en réseau, ont plus aisément accès aux innovations.

Assurer l'accès à l'innovation pour tous les patients repose la problématique plus large de l'organisation du système de santé, du parcours de soins, de la coordination des soins, d'une visée et responsabilité populationnelle et aussi de facto de la rémunération des professionnels de santé pour favoriser le travail en équipe par une adaptation du paiement à l'acte et un accroissement de la forfaitisation.

Là encore, le diabète est un modèle, comme le martèle Raymond Le Moign, Directeur général des Hospices civils de Lyon au congrès de la Société française de diabétologie en mars-avril 2026 : « La 52^e édition du congrès de la SFD n'a pas seulement proposé une édifiante mise à jour des avancées d'un domaine en constante évolution. Elle a également démontré l'intérêt de s'en inspirer pour répondre à un débat d'actualité : la soutenabilité de notre système de santé. Le vieillissement de la population et l'essor des maladies chroniques créent un effet mécanique d'augmentation des besoins de soins. Dans ce contexte, le sujet n'est plus de réduire les dépenses, mais d'en maîtriser la trajectoire. Et c'est précisément là que la diabétologie apparaît comme un terrain d'avant-garde, en concentrant les réponses requises : parcours pluridisciplinaires, interventions toujours plus précoces, stratification des risques, adaptation des traitements en vie réelle, adossement science fondamentale/clinique, exploitation des données, intégration d'innovations technologiques et médicales... Ce modèle performant reste malheureusement sous-déployé à l'échelle de notre système de santé. Trop souvent, la réponse aux enjeux de soutenabilité consiste encore à augmenter les volumes d'activité – consultations supplémentaires, hôpitaux de jour, dispositifs isolés – sans repenser la logique globale, amenant de la saturation sans résoudre le problème de fond. La transformation du système sanitaire français ne passera ni par une innovation isolée ni par un ajustement budgétaire. Elle passera par une réorganisation profonde, fondée sur le temps long, la coordination des multiples acteurs et la capacité à intégrer science et données dans les décisions... à l'image du diabète. »

Inclure la soutenabilité financière dans les objectifs

La problématique de la soutenabilité financière du système de santé est tellement cruciale au vu d'une part du déficit de l'Assurance maladie (15,9 Md€ en 2025) sans perspectives d'amélioration, et d'autre part des facteurs inflationnistes (vieillesse de la population, explosion des maladies chroniques, coût des innovations, etc.) qu'ici comme ailleurs la recherche de l'efficacité doit être permanente tout en améliorant la qualité du système de santé. Les marges d'action sont nombreuses et importantes : par exemple l'optimisation des prescriptions, la prédiction des greffes de foie (une sur deux échoue faute de prédiction fiable), la réduction des coûts de développement des médicaments, le gain de temps médical, etc.



► LES CONDITIONS POUR CHANGER LA DONNE

Les projets d'innovation comportant un versant « soutenabilité financière » doivent être encouragés et mieux financés, quitte à expérimenter des modèles économiques afférents de partage de valeur entre l'Assurance maladie, le professionnel ou l'industriel.

Financer l'innovation tout en renforçant la souveraineté

Le financement de l'innovation doit être notablement renforcé, en s'inspirant du modèle nord-américain, tout en l'adaptant.

L'Académie de médecine* a alerté en 2024 sur « l'affaiblissement constant des moyens alloués à la recherche fondamentale en biologie-santé qui est à l'origine de l'innovation » car « pour que l'innovation arrive au lit du malade et concoure à la souveraineté de la France en matière de santé, il est indispensable de coordonner le continuum du financement de la recherche fondamentale vers l'amorçage de projets d'innovation, et jusqu'au capital développement, tout en renforçant l'évaluation; de simplifier, notamment en réduisant le nombre d'organismes nationaux et locaux de transfert de technologie; d'encourager l'investissement privé en biologie-santé, notamment via des incitations fiscales; de réduire les délais de contractualisation; et de soutenir les infrastructures de recherche ouvertes aux startups et aux projets à risque. » Tout est dit ou presque.

Le plan innovation santé 2030 annoncé fin juin 2021 avait prévu de mobiliser plus de 7 Md€. Son objectif est ambitieux: faire de la France la première nation européenne innovante et souveraine en santé, avec la Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), donc clairement orienté innovation pharmaceutique et technologique:

- 1 Md€ pour renforcer la capacité de recherche biomédicale (centre d'excellence (IHU) et clusters de dimension mondiale);
- Investir dans les trois domaines de demain en santé: biothérapie et bioproduction de thérapies innovantes, santé numérique, maladies infectieuses émergentes et menaces nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC);
- Faire de la France le pays leader en Europe sur les essais cliniques (simplification et accélération du système d'autorisation des essais, valorisation des experts, etc.);
- Permettre une équité d'accès aux soins pour les patients et offrir aux innovations un cadre d'accès au marché accéléré et simplifié;

* L'innovation en santé. Une action volontariste de l'État face à la complexité de son organisation. Académie nationale de médecine. Janvier 2024.

- Offrir un cadre économique prévisible et cohérent avec l'objectif de souveraineté sanitaire et industrielle (politique d'achats hospitaliers, visibilité sur les dépenses de médicaments et produits de santé, empreinte industrielle et prix du médicament);
- Soutenir l'industrialisation des produits de santé sur le territoire français et accompagner la croissance des entreprises du secteur (soutien à l'investissement et la relocalisation en France, augmentation de l'investissement de Bpifrance);
- Créer une structure d'impulsion et de pilotage stratégique de l'innovation en santé: l'agence d'innovation en santé. C'est fait.

Il faut désormais enclencher les travaux du successeur de l'actuel plan France 2030 qui est phase d'atterrissage, où la prévention devra avoir la part belle.

BPI France et ses 2,5 Md€ en 2025 y croit. Paul-François Fournier, directeur exécutif de la Direction Innovation de BPI France regrette le manque de locomotive en France même si, dit-il à l'occasion d'une conférence presse en avril 2026, « nous avons les moyens ». BPI France a injecté 2,5 Md€ dans l'innovation en santé auprès de 3 200 bénéficiaires: « startups, petites et moyennes entreprises, mais aussi grands groupes, académiques et centre hospitaliers universitaires ». C'est 40 % de plus que l'année dernière. Les freins sont bien connus: l'accès au marché, l'accès aux données, l'interopérabilité, qui sont ipso facto autant de leviers de progression. Bpifrance affiche l'ambition de monter à 10 Md€ d'investissement global d'ici 2030, avec l'objectif de faire émerger de futurs champions français et européens. (Hospimedia 8 avril 2026).

Mobiliser la commande publique. Pour la ministre de la Santé, Stéphanie Rist, « l'innovation doit devenir un vecteur de transformation des pratiques ». Elle l'a réaffirmé à la mi-avril 2026 en annonçant le lancement d'un appel à projets pour faciliter l'adoption des innovations santé via la commande publique, dans le cadre du plan France 2030. « La France dispose d'un écosystème dynamique d'innovations en santé avec des solutions technologiques, organisationnelles ou hybrides déjà matures, disponibles sur le marché et prêtes à être déployées. Néanmoins, leur adoption à grande échelle dans les établissements de santé peut être freinée en raison de plusieurs facteurs: contraintes financières, incertitudes sur la valeur d'usage, complexité des procédures d'achat public ou encore manque de retours d'expérience comparables » explique la ministre pour qui « l'enjeu est de transformer durablement les pratiques pour améliorer la qualité des soins,

L'INNOVATION, levier de transformation du système de santé. Oui, mais à quelles conditions !

optimiser les conditions de travail des professionnels, et accompagner la transition écologique des établissements. » Plusieurs millions d'euros de France 2030 sont disponibles pour investir dans cinq domaines prioritaires :

- innovation organisationnelle dans les fonctions supports et RH,
- parcours patient et coordination,
- bloc opératoire,
- diagnostic et clinique,
- transition écologique.

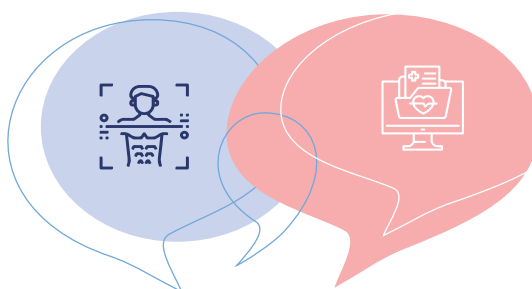
Cet appel à projets est destiné aux établissements sanitaires ou médico-sociaux publics ou privés, ainsi qu'aux groupements d'établissements. Trois vagues sont prévues sur trois ans, la première sera clôturée le 30 juin 2026 à minuit. Nul doute que cette démarche doit être amplifiée.

L'industrie alerte de même que le Comité économique des produits de santé. Pour le Leem, il est urgent « pour la France et l'Europe de tracer leur voie en matière d'innovation en santé pour préserver le modèle de soins, la compétitivité de l'industrie et le progrès thérapeutique » position qu'il a réaffirmée lors d'un colloque fin 2025. Pour son Président, Thierry Hulot, « les innovations thérapeutiques permettent de réduire les hospitalisations, d'alléger la pression sur l'hôpital et de remettre des patients au travail. Elles créent un cercle vertueux dont toute la société bénéficie » et il réclame un moratoire sur la baisse des prix des médicaments en 2027. Ce discours est habituel de la part des industriels du médicament qui peinent à se faire entendre. Mais cette fois-ci, la Présidente du Comité économique des produits de santé, Virginie Beaumeunier, chargée de négocier le prix des médicaments remboursés, auditionnée par la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale a également fait part de son inquiétude : « Le risque que nous n'ayons pas certains produits existe, donc il faut être vigilant ». Elle précise « notre rôle, c'est effectivement de faire en sorte que les prix soient soutenables, acceptables,

et je peux vous dire qu'on met beaucoup de pression quand même sur l'industrie pharmaceutique. » Ce bras de fer entre les industriels et le régulateur, habituel, semble prendre une intensité redoublée en ce moment, sur fonds de compétitions géopolitiques.

D'un point de vue général, le point qui paraît le plus important est, ici aussi, de ne pas se disperser et saupoudrer, en déterminant un nombre limité de thèmes ou projets à financer. Tout en définissant un cadre réglementaire protecteur des usagers et suffisamment souple pour générer la concurrence et la croissance. Mais une sorte de jeu de dupes s'est développé ici ou là : en France on attend très rapidement une solvabilisation, donc l'administration peut avoir tendance à mettre des freins en amont pour éviter les surcoûts. Il faut en sortir.

Un exemple à suivre. Les États-Unis sont le pays de l'innovation. Les raisons en sont multiples. L'une est régulièrement mise en avant : un puissant soutien financier de la part de l'État, dans un pays où l'initiative privée est magnifiée et très performante. On l'a vu avec le COVID et la BARDA (Biomedical Advanced Research and Development Authority) bureau du département de la santé et des services sociaux des États-Unis qui dispose d'un budget de l'ordre de 1,6 Md€ porté à 3,5 Md€ au moment du Covid. De même la DARPA (Defense Advanced Research Projects Agency) est louée de ce côté-ci de l'Atlantique. C'est une division du Département de la Défense chargée de mettre au point des technologies émergentes pour les forces armées. Pour notre récent Prix Nobel de l'Économie – Philippe Aghion – « Cette agence est chargée de sélectionner et financer des projets de recherche et de développement, avec un suivi rigoureux. Si un projet ne débouche pas, le financement est coupé rapidement pour ne pas défavoriser les autres » (Challenge 5 mars 2026). Les initiatives françaises et surtout européennes doivent amplifier dans le domaine de la santé où la concurrence est vive et la souveraineté capitale.



CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES

► INNOVATION ET RÉGLEMENTATION

Christian ANASTASY

Ex-Directeur général, ANAP et IGAS - Président PERSAN CONSEIL
Président du Comité d'orientation stratégique Santé-Travail,
AFNOR

Un rapport du Sénat de 2021⁽¹⁾ établit le recul de la France dans les classements internationaux au 16^e rang de l'innovation médicale. Le financement de la recherche y reste chroniquement insuffisant par comparaison au sein de l'OCDE ou de l'UE⁽²⁾. En proportion du PIB, l'innovation apparaît une moindre priorité que le financement d'un système de soins très coûteux, bien que toujours plus réglementé.

La réglementation nationale encourage-t-elle vraiment l'innovation ou ne serait-ce pas plutôt dans la conception du carcan réglementaire lui-même qu'il conviendrait d'innover ?

Les travaux scientifiques convergent pour estimer qu'entre dix à quinze ruptures majeures de santé, de différentes natures et d'origine internationale, sont apparues en France dans les trente dernières années.

Certaines ont réduit la mortalité

Les antirétroviraux modernes (VIH) ont permis une chute spectaculaire de la mortalité liée au VIH depuis la fin des années 1990. Les antiviraux à action directe (hépatite C) ont réduit majoritairement les décès liés à la cirrhose et au cancer du foie. Les stents coronaires actifs ont entraîné une baisse importante des décès liés aux infarctus et sont fréquents en cardiologie interventionnelle. Enfin les vaccins (HPV, pneumocoque, rotavirus, COVID 19 ARNm), en fonction de leurs disponibilités selon les pays, ont évité des millions de décès et prévenu des séquelles (cancers du col, infections sévères).

D'autres ont amélioré la qualité de vie des patients

Les biothérapies (anticorps monoclonaux) notamment pour les cancers et maladies auto immunes, la chirurgie mini invasive et robotique ainsi que les objets connectés et la télésurveillance, le dossier médical informatisé, la télémédecine et l'IA en imagerie médicale ont facilité la vie des patients.

(1) Le financement et l'organisation de la recherche en biologie-santé.

(2) Rapport Armanteras-Tunon de Lara 2024.

Et des innovations de rupture sont émergentes

Les « ciseaux moléculaires » permettront de modifier l'ADN, les thérapies géniques (drépanocytose, maladies rares) ainsi que la médecine prédictive et le séquençage génomique ont un potentiel important de guérison et de confort de vie.

Sur la même période, l'empâtement juridique croissant a-t-il eu un effet positif pour les innovations ?

Une dizaine de lois-cadres ont concerné la recherche et l'innovation

Citons la loi bioéthique, modifiée quatre fois, en 1994, 2004, 2011 et 2021, les lois Huriet 1988, Jardé 2012, Enseignement supérieur et recherche 2013, et de programmation de la recherche de 2020, probablement la plus structurante. Toutes ces lois ont été complétées par des décrets et dispositifs. Des plans et stratégies nationales de recherche et d'innovation tels les plans Cancer, Maladies rares, Alzheimer/neurodégénératives, France Médecine Génomique 2025, Ma Santé 2022, Ségur, France 2030 ont complété le dispositif législatif comme s'il n'était pas suffisant.

Une dizaine de lois françaises ont créé des structures nouvelles

L'ONIAM⁽³⁾, l'INCa⁽⁴⁾, l'Agence de Biomédecine⁽⁵⁾ et la Haute Autorité de santé, les ARS⁽⁶⁾, l'ANSM⁽⁷⁾ Santé publique France⁽⁸⁾ et enfin l'ANS⁽⁹⁾ qui toutes contribuent à la recherche et l'innovation à un titre ou un autre.

Une soixantaine de lois ont concerné le système de santé

Selon les sources documentaires (EHESP, IRDES...) entre 20 et 30 réformes majeures ont été votées par le Parlement depuis les ordonnances « Juppé » de 1996, soit une réforme par an.

(3) Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) – Loi du 4 mars 2002.

(4) Institut national du cancer (INCa) – Loi de santé publique (9 août 2004).

(5) Agence de la biomédecine – Loi de bioéthique (6 août 2004).

(6) Agences régionales de santé (ARS) – Loi HPST (21 juillet 2009).

(7) Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) – Décret du 29 avril 2012.

(8) Santé publique France – Ordonnance du 14 avril 2016.

(9) Agence du numérique en santé (ANS) – Décret du 19 décembre 2019.

L'INNOVATION, levier de transformation du système de santé. Oui, mais à quelles conditions !

Mais si l'on y ajoute les réformes annuelles et sectorielles induites par les lois de financement de la sécurité sociale, on se situe probablement à plus de 60 réformes ponctuelles ou structurantes, évidemment complétées par des décrets et dispositifs réglementaires nombreux.

Pour rappel le système de santé a fait l'objet de douze réformes importantes réparties en trois catégories :

1° Réformes portant sur le financement et la gouvernance des hôpitaux (1996-2009)

Ainsi les ordonnances Juppé (1996) ont créé l'ONDAM, les ARH, et réformé la Sécurité sociale. La loi Kouchner (2002) a formalisé les droits des malades. Les plans : Hôpital 2007 puis Hôpital 2012, ont promu des investissements immobiliers massifs. La loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) (2009) a créé les ARS, l'ANAP et renforcé la gouvernance hospitalière.

2° Réformes concernant la structuration du système de soins,

Le Pacte de confiance pour l'hôpital (2013), la Stratégie nationale de santé (2013) et la loi de modernisation de notre système de santé (2016) ont affirmé la nécessité de développer la prévention, promouvoir des parcours de soins et créé les Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

3° Réformes concernant les professionnels de santé (2018-2023)

Ma Santé 2022 (2018) a créé les CPTS⁽¹⁰⁾, et réformé les études de santé. Le Ségur de la santé (2020) a revalorisé les salaires des soignants. La loi Rist (2021) a régulé l'intérêt médical et la loi du 27 décembre 2023 enfin, vise à améliorer l'accès aux soins.

En comparaison, trois grands autres pays (Royaume-Uni, Allemagne, Italie) ont réformé régulièrement, tout en privilégiant des réformes structurantes moins fréquentes.

En trente ans, tant de lois, plans et décrets ont-ils vraiment favorisé l'innovation dans le système de santé ?

Les délais d'accès au marché restent parmi les plus longs d'Europe pour les dispositifs médicaux et les solutions numériques. Les parcours d'évaluation sont complexes, avec des exigences multiples (HAS, CNEDIMTS, ANSM, CNAM, ARS).

L'incertitude juridique décourage les startups et les PME, qui peinent à anticiper les exigences réglementaires. En outre, les établissements de santé ne sont pas financièrement aidés pour le déploiement des innovations ⁽¹¹⁾.

⁽¹⁰⁾ CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé.

⁽¹¹⁾ Ces constats sont explicitement mentionnés dans les analyses de la stratégie *Innovation Santé 2030*, qui note que la France « cherche encore le bon curseur » entre sécurité et agilité.

Ce qui est sûr en revanche c'est que la prolifération normative a complexifié le système de gouvernance.

Certes depuis 2018, plusieurs instruments visant à encourager l'innovation ont été développés :

- Les procédures de l'Article 51 permettent des expérimentations dérogatoires pour tester de nouveaux modèles de financement des soins. Les Bacs à sable réglementaires de l'HAS⁽¹²⁾ constituent des espaces encadrés d'expérimentation pour les innovations numériques.
- Le plan « France 2030 » rend la France plus attractive pour les entreprises de santé et soutient les biothérapies, la santé numérique et la lutte contre les maladies infectieuses émergentes.
- Enfin, l'Agence de l'innovation en santé veut simplifier les parcours d'accès à l'innovation mais reste confrontée à la complexité du système.

Mais cette politique récente est-elle suffisante ?

Le déploiement des innovations majeures (*biothérapies, vaccins ARNm, chirurgie mini invasive, IA, télésurveillance*) a davantage été porté par la science, l'industrie et les crises sanitaires que par la réglementation et les acteurs concernés, et une trop forte dépendance extérieure a altéré la souveraineté nationale.

L'Académie nationale de médecine⁽¹³⁾ souligne que l'innovation en santé nécessite de surmonter la complexité organisationnelle du système due à des acteurs multiples.

Les acteurs de soins ne sont pas encouragés ne serait-ce que financièrement à soutenir les ruptures technologiques (*biothérapies, génomique, IA*).

Enfin, le manque d'utilisation des normes volontaires, comme celles de l'AFNOR, qui servent de référentiels pour simplifier la réglementation, accélérer les mises à jour, harmoniser les pratiques et réduire les contrôles grâce à des exigences techniques standardisées est notable. Pourtant les normes Biologie et Imagerie qui sont d'origine française et, à ce titre, un facteur d'influence de la France au niveau européen, ont montré leur efficacité sans alourdissement de la réglementation nationale et sont unanimement adoptées par les professionnels.



⁽¹²⁾ Haute autorité de santé.

⁽¹³⁾ Rapport 24-06 *Lever les freins au développement de la recherche clinique en France*.

► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES

Propositions

Avec l'appui de l'IGAS et du Conseil d'État, les propositions structurantes suivantes seraient à entreprendre rapidement :

- 1. Simplifier l'actuel corpus normatif illisible** pour en supprimer les redondances et faciliter l'évaluation ;
- 2. Harmoniser l'action des acteurs institutionnels** notamment pour mettre fin à la séparation entre la recherche (Inserm, CHU, ANR) et la régulation (HAS, CEPS, ANSM), afin de favoriser l'innovation et l'accès au marché ;
- 3. Renforcer la souveraineté de la France** en investissant dans les biothérapies et la bio production notamment par le soutien aux instituts hospitalo-universitaires (IHU).

4. Soutenir le déploiement des innovations par des financements dédiés aux professionnels, afin d'obtenir des effets positifs sur la santé à grande échelle.

- 5. Recourir au droit souple et aux normes volontaires** définies par des organismes de normalisation (ISO, CEN, AFNOR) pour :
- a. Intégrer le point de vue des professionnels, des usagers, des industriels et des pouvoirs publics,
 - b. Donner accès aux marchés nationaux et internationaux.

Pour le Conseil d'État⁽¹⁴⁾, il conviendrait en effet de : « Favoriser la rédaction de textes législatifs et réglementaires plus brefs renvoyant explicitement au droit souple, par exemple à des normes techniques, le soin d'assurer leur mise en œuvre. »

(14) Étude annuelle du Conseil d'État de 2013 consacrée au droit souple.

► INNOVER AU PLUS PRÈS DU PATIENT

Jean-Paul ORTIZ

Ancien Président, CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)

Comment faire de l'innovation organisationnelle un levier de transformation de l'offre de soins dans les territoires? Répondre à cette question c'est d'abord savoir tirer les enseignements des différentes expérimentations mises en place par le législateur au fil des années.

Il y a plus de 10 ans, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2014 prévoyait, plusieurs expérimentations organisationnelles. Puis une volonté politique forte d'impulser et développer l'innovation a été marquée par le fameux Article 51 de la LFSS de 2018. Près de 10 ans après ces différentes mesures, sachons tirer courageusement les enseignements de ce que nous pouvons considérer comme un relatif échec au vu des enjeux et des transformations menées dans d'autres pays européens.

L'émergence des pathologies chroniques multiples, l'évolution de la maladie cancéreuse jadis diagnostic terrifiant, maintenant pathologie chronique aux multiples organes atteints, nous oblige à nous engager dans une transformation

majeure de notre système de santé. Or, l'organisation de notre système de santé tarde à s'adapter à ces formidables évolutions technologiques, médicamenteuses mais aussi aujourd'hui autour du numérique, de la génomique etc.

Pourquoi? Parce que l'innovation organisationnelle ne peut réussir qu'en remplissant certaines conditions que l'Article 51 a bien tenté de remplir. Mais, malgré quelques avancées, il faut bien le reconnaître: les résultats sont très en deçà des enjeux.

Un chemin simple pour les acteurs

Tout d'abord l'innovation organisationnelle doit être un chemin simple pour les acteurs. On ne peut pas imaginer de nouvelles organisations de parcours de soins ou de coordination pluriprofessionnelle en restant dans la lourdeur bureaucratique et administrée de notre système de santé. Simplifier à outrance le processus permettant l'innovation est une condition incontournable. Faire de l'Article 51 le moteur de l'innovation organisationnelle est un non-sens tant que cette voie sera soumise aux longs méandres complexes et décourageants du processus actuel: lettre d'intention, cahier des charges de dizaines de pages vu et revu des dizaines de fois par tous les services du ministère de

L'INNOVATION, levier de transformation du système de santé. Oui, mais à quelles conditions !

la Santé et de la CNAM, réunions multiples et variées, puis enfin autorisation pour lancer le projet sur le terrain ! Il faut compter deux ans en moyenne pour arriver à une autorisation au titre de l'Article 51 ! Plus de mille lettres d'intention pour une centaine d'expérimentations autorisées et seulement quelques dizaines abouties...

Prendre un risque

Innover c'est prendre un risque : c'est le propre de l'innovation ! Le risque doit être partagé entre l'acteur de l'innovation et l'État, le payeur, le régulateur qui doit permettre cette innovation voire l'accompagner. Prendre un risque veut dire en assumer les conséquences. Une innovation peut échouer : il faut admettre que l'investissement de l'innovateur porteur du projet puisse être sans retour voire à perte. Cela veut dire accepter de prendre en charge une innovation technologique ou organisationnelle en l'accompagnant financièrement dans notre système solidaire. Là aussi éventuellement en pure perte. La transformation de la prise en charge des patients passera par ce risque assumé.

Une évaluation objective

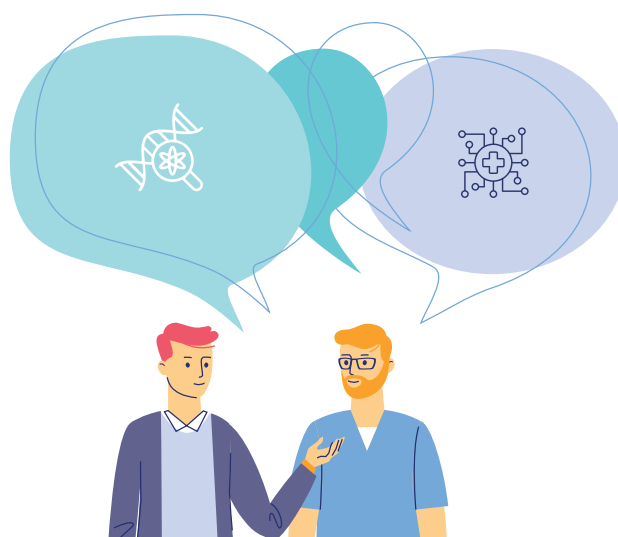
Prendre un risque veut dire accepter une évaluation objective courageuse mais éventuellement défavorable. Ce qui peut se traduire par un refus de la poursuite de cette innovation, en particulier lorsqu'il s'agit d'une innovation organisationnelle ou technologique. Les laboratoires pharmaceutiques

connaissent bien cela, eux qui investissent des sommes considérables dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments dont une toute petite partie sera mise sur le marché et peut-être deviendra un *best booster*.

Innovation destructrice

L'innovation transformant le système de santé peut également être une innovation destructrice selon la théorie schumpetérienne. Or il est toujours dur en France et très difficile d'accepter cela, en tout cas rapidement. *Pourquoi des secteurs entiers d'hospitalisation à temps complet ne se sont-ils pas transformés avec l'arrivée des nouveaux traitements réalisés plutôt en ambulatoire ?* Aujourd'hui le développement des chimiothérapies anticancéreuses à domicile devrait engendrer cette réflexion. Les offreurs de soins doivent s'adapter, se transformer : fermer des lits d'hospitalisation complète et ouvrir de l'hospitalisation de jour, regrouper des plateaux techniques dans des centres de référence en fermant courageusement des hôpitaux de moindre importance devenus peu performants voire dangereux. Cela devrait être fait mais ne l'est pas. Or, ne pas fermer ce qui devrait l'être, ne pas supprimer ce qui devient obsolète n'est pas seulement illogique et dangereux : c'est un frein majeur à l'implémentation des processus innovants.

Innover pour transformer notre système de santé nécessite un vrai courage politique ! C'est certainement ce qui fait le plus défaut dans la situation politique complexe actuelle...



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES

► **SANTÉ: INNOVER NE SUFFIT PAS, ENCORE FAUT-IL SAVOIR TRANSFORMER**

Laurence COMTE-ARASSUS

Directrice Exécutive, **GE HEALTHCARE**

Arnaud GANGLOFF et Jörg OHLEYER

Associés, **KÉA**

L'innovation peut être un pivot stratégique, une impulsion, un accélérateur... mais pas la méthode par laquelle transformer le système de santé français.

Face à la crise du système de santé français, l'innovation est systématiquement érigée en solution miracle. Télémedecine, intelligence artificielle, nouveaux traitements... pourtant, la véritable transformation se joue d'abord dans l'évolution des pratiques, des modes de décision et de la culture collective – et ce, à l'échelle. Sans ce basculement, l'innovation restera au mieux un POC convaincant en salle de démonstration, au pire un mirage technologique incapable de répondre aux défis structurels du système de santé à la française. L'urgence est réelle – et tous les ingrédients du changement sont disponibles.

L'illusion technologique

La tentation est forte: croire que la prochaine avancée technologique sauvera le système de santé français. Chaque annonce nourrit l'espoir d'un redressement – outils numériques pour désengorger les urgences, algorithmes pour optimiser les parcours, nouveaux équipements pour affiner les diagnostics. Depuis des années, ces avancées existent. Pourtant les tensions, elles, persistent.

Ce paradoxe n'est pas propre à la France, mais il y prend une intensité particulière. Le système de santé français est l'un des plus socialisés et structurés au monde: c'est à la fois sa force et sa vulnérabilité. Dans un tel cadre, les innovations techniques – souvent conçues à l'échelle mondiale – ne suffisent pas. Ce sont les organisations, les habitudes de travail et les modes de gouvernance qui déterminent l'impact réel des transformations.

L'enjeu n'est pas d'empiler des couches technologiques sur un système inchangé, mais de transformer en profondeur les manières de faire, au plus près du terrain. La problématique repose moins sur les moyens (« *quelles innovations déployer?* ») que sur la méthode: *comment faire évoluer les pratiques à l'échelle pour qu'elles produisent des effets réels*

sur l'ensemble des parties prenantes – patients, soignants, industriels, régulateurs?

Passer du pilotage vertical à l'intelligence du terrain

Le premier verrou est culturel: celui d'un pilotage encore largement vertical. Les grandes réformes de santé continuent de se concevoir de manière descendante, à partir d'orientations nationales ou d'arbitrages centraux, avec la conviction que la transformation peut être planifiée depuis le sommet. C'est une illusion que le terrain dément chaque jour.

La réalité du système de santé est profondément territoriale, fragmentée et dépendante d'acteurs multiples: établissements, professionnels libéraux, structures médico-sociales, collectivités... Dans ce contexte, une transformation durable ne peut émerger que de l'écoute active de toutes les parties prenantes et de l'agrégation des pratiques locales.

Des initiatives existent déjà, souvent discrètes mais efficaces: coopération entre établissements publics et privés pour organiser les urgences, optimiser les plateaux techniques ou les blocs opératoires, innover dans la prise en charge et le retour à domicile. Leur point commun: elles reposent sur l'expérimentation, l'adaptation et la confiance entre professionnels de santé.

Le modèle des coalitions pour le partage d'expériences constitue un levier puissant: il diffuse des pratiques éprouvées sans imposer de solutions uniformes, et court-circuite les résistances inhérentes aux réformes descendantes. Ce changement de logique suppose une évolution profonde: passer d'une culture du contrôle à une culture de la confiance et de la responsabilité. Il ne s'agit plus de prescrire des modèles, mais de créer les conditions de leur émergence et de leur diffusion.

Sortir d'une vision hospitalocentrée

Le deuxième angle mort de la transformation tient à la place centrale accordée à l'hôpital. Historiquement, le système de santé français s'est structuré autour de cette institution, à la fois symbole et pilier de la prise en charge. Cette centralité est aujourd'hui un facteur limitant – et une source de stress considérable pour les agents qui en subissent les conséquences quotidiennement.

L'INNOVATION, levier de transformation du système de santé. Oui, mais à quelles conditions !

Elle conduit à raisonner en silos, à privilégier la logique des établissements au détriment des parcours, et à sous-estimer le rôle des autres acteurs : médecine de ville, prévention, médico-social, secteur privé. Les enjeux actuels – vieillissement de la population, maladies chroniques, désertification médicale – nous imposent une approche résolument systémique. Soigner, c'est insister sur la prévention, accompagner les patients dans la durée et coordonner les acteurs pour éviter les ruptures de parcours.

Certains pays ont engagé des transformations radicales en ce sens, en restructurant leur offre de soins et en concentrant certaines activités pour garantir la qualité et la sécurité. La France, elle, reste marquée par un maillage hospitalier dense, parfois au détriment de la performance et de la sécurité des soins.

Repenser le système implique d'accepter de transformer un héritage profondément ancré. Ces décisions seront comprises et acceptées dès lors qu'elles s'inscriront dans une vision globale, centrée sur le patient et la qualité des parcours, et qu'elles seront expliquées avec clarté et honnêteté.

Rendre visibles les résultats pour transformer les pratiques

Le troisième levier, encore sous-exploité, est celui de la transparence. Dans de nombreux secteurs, la mise à disposition de données simples et lisibles a profondément modifié les comportements. En santé, ce mouvement reste timide – et ce retard se paie au prix fort.

Les indicateurs existent pourtant : taux de ré-hospitalisation, mortalité, infections nosocomiales, délais de prise en charge. Mais ils sont peu accessibles, peu utilisés, et rarement partagés de manière compréhensible. Cette opacité entretient un pilotage « émotionnel », fondé davantage sur des perceptions que sur des faits. Elle bloque la capacité des acteurs à se comparer, à progresser et à rendre compte.

À l'inverse, la diffusion d'indicateurs clairs, orientés résultats, agit comme un révélateur. Elle fait émerger des « faits brutaux », déclenche des prises de conscience et oriente les décisions vers l'essentiel.

La transparence n'est pas qu'un outil technique : c'est un levier culturel de premier ordre. Elle suppose d'accepter la comparaison, la remise en question et la responsabilité collective. Elle redonne également une place réelle aux patients et aux citoyens, en leur permettant de comprendre et de peser sur les choix qui les concernent directement.

Transformer la culture pour libérer l'innovation.

Au fond, la transformation du système de santé ne dépend pas d'abord des innovations disponibles, mais de la capacité à les intégrer dans des pratiques profondément renouvelées.

Cela implique de dépasser plusieurs héritages pesants : le poids des hiérarchies, les logiques de silos, la défiance entre acteurs, la difficulté à partager l'information. Cela suppose aussi de redéfinir clairement les priorités : remettre la qualité des soins et les résultats au cœur des décisions, plutôt que de préserver des équilibres historiques devenus contre-productifs.

L'innovation technologique demeurera un levier indispensable. Mais elle ne produira des effets que si elle s'inscrit dans un environnement capable de l'accueillir, de l'adapter et de la diffuser à grande échelle.

La véritable révolution à engager est donc culturelle. Elle repose sur trois piliers solidaires : l'écoute du terrain, la vision systémique et la transparence. Sans eux, les transformations resteront partielles et les promesses de l'innovation, largement inabouties.

Une crise non pas de moyens mais de modèle

La crise actuelle du système de santé français est souvent décrite comme une crise de moyens. Elle est, avant tout, une crise de modèle. Face à cette réalité, la tentation est de chercher des solutions rapides, visibles, technologiques. Mais une transformation durable, au service de la robustesse et de la performance du système et des bénéfices pour patients et les soignants, ne se décrète pas. Elle se construit pas à pas, en faisant évoluer les pratiques, les représentations et les relations entre tous les acteurs du système.

C'est à cette condition que l'innovation pourra pleinement jouer son rôle : non comme une fin en soi, mais comme un outil au service d'un système plus lisible, plus cohérent, mieux adapté aux enjeux de notre époque – et surtout, plus humain.

► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES

► MOBILISER LES RESSOURCES EXISTANTES

Dr François BLANCHECOTTE

Président, **FÉDÉRATION DE LA BIOLOGIE MÉDICALE (FBM)**
Président, **SYNDICAT DES BIOLOGISTES (SDBIO)**

La biologie médicale illustre de manière exemplaire que l'innovation en santé ne repose pas uniquement sur des ruptures technologiques, mais aussi sur une meilleure mobilisation des ressources existantes.

Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et la montée des maladies chroniques, la transformation du système de santé impose un basculement vers la prévention. Retarder l'apparition des pathologies constitue en effet le levier le plus efficace, tant sur le plan sanitaire qu'économique.

Dans cette perspective, il devient indispensable de repenser le rôle des professionnels de santé. Les biologistes médicaux, médecins ou pharmaciens spécialisés, disposent d'atouts encore insuffisamment exploités. Acteurs clés du dépistage,

ils sont en première ligne pour détecter précocement des anomalies à partir de l'analyse des données biologiques, notamment grâce au suivi longitudinal des patients et le calcul de scores.

Leur capacité à interpréter ces données, combinée à des plateaux techniques désormais performants présents en ville comme à l'hôpital, leur permet de déployer rapidement les innovations du diagnostic in vitro.

Par ailleurs, leur maillage territorial constitue un atout stratégique pour mener des politiques de prévention de proximité et répondre efficacement aux risques sanitaires émergents.

Mobiliser pleinement cette expertise représente une opportunité concrète d'innovation systémique pour renforcer l'efficacité, la résilience et la durabilité du système de santé.



► IA EN SANTÉ: CRÉER LA CONFIANCE POUR TRANSFORMER DURABLEMENT LES PRATIQUES

Corinne VOLTZ

Regional Sales Director, Strategic Partnership, E-Health, Clinical Solutions, **ELSEVIER FRANCE**

L'innovation est aujourd'hui présentée comme un levier structurant de la transformation du système de santé. Encore convient-il d'en créer les conditions d'une intégration maîtrisée et durable.

Les analyses récentes révèlent un écart persistant entre le potentiel attribué à l'intelligence artificielle et le niveau de confiance que lui accordent aujourd'hui les professionnels de santé. Si près d'un clinicien sur deux recourt déjà à des outils d'IA dans un cadre professionnel, seuls 16 % les mobilisent pour appuyer la décision clinique, alors même que près d'un sur deux souhaiterait pouvoir le faire.

Ce constat souligne que l'innovation technologique en santé ne peut être envisagée indépendamment d'exigences fortes en matière de qualité scientifique, de transparence et de gouvernance. La confiance constitue un déterminant central de l'appropriation des outils: près de 70 % des cliniciens identifient la traçabilité des sources et la citation explicite des références comme un facteur clé, et 65 % attendent que les systèmes d'IA s'appuient sur des contenus validés par les pairs.

1 - Dans un cadre clinique, l'IA ne saurait relever d'une logique opaque; elle doit, au contraire, contribuer à structurer l'accès à une information fiable, actualisée et contextualisée.

Dans ce contexte, certaines initiatives illustrent la manière dont ces exigences peuvent être traduites concrètement. Les travaux d'évaluation conduits par Elsevier sur son nouvel outil ClinicalKey AI montrent que ce module, conçu pour faciliter l'accès, la synthèse et la contextualisation de contenus scientifiques validés, s'inscrit dans une logique de transparence et de gouvernance rigoureuse, en adéquation avec les attentes du terrain. Les résultats observés font état d'un haut niveau de fiabilité de ClinicalKey AI, avec plus de 95 % de réponses jugées correctes par des experts cliniciens et un taux de risque clinique inférieur à 1 %.

2 - C'est en intégrant une intelligence artificielle responsable, fondée sur des preuves scientifiques et conçue comme un appui au raisonnement clinique, que l'innovation pourra produire un impact durable sur la qualité des pratiques et la soutenabilité du système de santé.

1 - Source:



Rapport d'Elsevier x Ipsos
Édition 2025 - Clinician Of the
Future.

2 - Source:



Livre blanc "ClinicalKey AI
Evaluation Framework White
Paper".



L'INNOVATION,

levier de transformation du système de santé.

Oui, mais à quelles conditions!

NOS PARTENAIRES



ELSEVIER

Ethik - IA
Garantie Humaine de l'



GE HealthCare



GRUPE **vyv**

NOVARTIS

VIVOPTIM SOLUTIONS

TÉLÉCHARGEZ LA RECOMMANDATION 2026 SUR :

www.lopinion.fr/evenements/think-tank-sante-societe



l'Opinion