

CONTRIBUTION AU MANIFESTE JENNER 2026

Le numérique et l'IA comme vecteurs premiers de transformation du système de santé

Mai 2026

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le Manifeste Jenner pose un diagnostic lucide et courageux sur les dysfonctionnements structurels du système de santé français. Ses cinq axes de réforme constituent un programme présidentiel ambitieux, dont la décentralisation vers les Régions et la réforme du financement méritent un débat national sérieux.

La présente contribution propose un complément de thèse : le levier de transformation le plus puissant, le plus rapide et le moins risqué n'est pas seulement institutionnel, mais avant tout technologique. L'intelligence artificielle et le virage agentique représentent la prochaine rupture à piloter selon la même logique, avec un potentiel de transformation bien plus profond : au-delà de la productivité des professionnels de santé, c'est la recherche clinique, la médecine prédictive et la prévention qui peuvent changer d'échelle. Mais comme la Cour des comptes le soulignait en novembre 2025, si la France a réussi la couche amont de sa stratégie IA, les deux premières phases n'ont pas produit de résultats à la hauteur des enjeux sur la diffusion : l'angle mort reste le déploiement jusqu'au geste clinique quotidien.

Dans ce cadre, la décentralisation régionale proposée par Jenner prend une dimension nouvelle : non plus seulement un outil de meilleure gestion budgétaire, mais un cadre d'expérimentation et de compétition saine entre territoires, accélérateur naturel du déploiement technologique. La condition de succès est l'émergence d'un écosystème de champions souverains du SaaS clinique, européens et en compétition, capables de porter ce déploiement à l'échelle sur un socle d'interopérabilité non négociable, et non la reconduction d'avantages structurels accordés à des acteurs parapublics dont les chambres régionales des comptes ont documenté les fragilités. Cette ambition suppose également de repenser la stratégie nationale des données de santé : compléter les entrepôts centralisés dont les bilans invitent à la prudence par une approche fédérée, où l'analyse circule vers la donnée sans jamais la déplacer, sur des architectures techniquement matures et déjà opérationnelles en Europe.

I. Un manifeste qui pose les bonnes questions

Le Manifeste Jenner mérite d'être salué pour ce qu'il est réellement : une rupture avec la tradition française des réformes paramétriques. Depuis vingt ans, les gouvernements successifs ont ajusté les tarifs de la T2A, créé de nouveaux dispositifs de coordination, modifié le numerus clausus, sans jamais s'attaquer aux mécanismes fondamentaux qui expliquent la dégradation continue du système. Jenner, lui, propose de changer qui décide, comment on finance, et qui sont les acteurs. C'est une autre ambition.

Le diagnostic est particulièrement juste sur trois points.

La centralisation excessive est structurellement déresponsabilisante. Quand l'État absorbe in fine tous les déficits hospitaliers, aucun acteur local n'a d'incitation réelle à l'efficience. L'aléa moral est systémique, et Jenner a raison de le nommer clairement.

Le modèle de financement par cotisations salariales et patronales est obsolète. La part des revenus du travail dans le PIB recule structurellement au profit des revenus du capital. Financer la santé quasi exclusivement sur le travail revient à taxer une assiette qui rétrécit, au détriment des salaires nets. La CSG universelle élargie est économiquement cohérente.

La rigidité statutaire des établissements est un frein réel. L'ordonnance Debré de 1958 a construit un système d'une cohérence remarquable pour son époque. En 2026, le statut de fonctionnaire hospitalier appliqué aux CHU empêche toute agilité dans le recrutement, le management et la réallocation des ressources. La proposition de s'inspirer du modèle Fondation est pragmatique.

II. La limite de la thèse institutionnelle face à la contrainte financière

Le déficit chronique de la branche maladie (13,8 milliards d'euros en 2026) a deux moteurs principaux que la décentralisation ne peut pas adresser directement.

Le premier est démographique. Le vieillissement de la population est une réalité mécanique : à horizon 2040, la France comptera 51 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes en âge de travailler, contre 37 en 2021. Quelle que soit la qualité de la gouvernance régionale, cette transition génère une pression sur les dépenses de santé que nulle réforme institutionnelle ne peut absorber seule.

Le second est médical. Le progrès thérapeutique (oncologie de précision, biothérapies, maladies rares) produit des innovations dont le coût unitaire croît plus vite que les gains de productivité du système. La T2A ne valorise pas l'innovation, et les dotations pour missions d'intérêt général ne suivent pas. C'est une tension structurelle.

La décentralisation peut corriger les inefficiences de gestion : surcapacités dans certains territoires, actes non pertinents, doublons administratifs. Les estimations les plus optimistes situent ces gains entre 5 et 10 % des dépenses, sur un horizon de dix à quinze ans. C'est réel, mais insuffisant pour inverser la trajectoire du déficit.

Plus fondamentalement, la réforme institutionnelle a un coût de transition certain et immédiat : révision constitutionnelle ou loi organique, refonte des ARS, transfert de compétences vers 13 régions aux capacités très inégales, résistance prévisible des syndicats médicaux attachés à la liberté d'installation nationale. Le précédent des GHT est instructif : la loi Touraine de 2016 voulait créer une gouvernance territoriale intégrée. Les hôpitaux membres ont résisté, les directeurs ont défendu leurs périmètres, et les GHT sont restés des coopérations de façade faute de personnalité morale. La complexité institutionnelle ne se décrète pas. Elle se négocie, lentement.

Il existe une leçon plus profonde dans l'histoire récente des politiques de santé françaises. Le Ségur du numérique, lancé en 2021 avec un investissement de 2 milliards d'euros, a conduit en quatre ans à ce que 77 % des établissements représentant 91 % de l'activité hospitalière alimentent Mon Espace Santé, et que plus d'un document de santé sur deux figure dans le dossier médical partagé. Ce résultat remarquable a été obtenu sans toucher à un seul statut hospitalier, sans révision constitutionnelle, sans négociation sur la liberté d'installation des médecins, et sans réforme de la gouvernance des ARS. C'est précisément parce que la politique numérique contourne les résistances institutionnelles qu'elle peut aller vite et livrer des résultats mesurables. La réforme institutionnelle, à l'inverse, mobilise les mêmes acteurs organisés pour résister depuis des décennies : syndicats médicaux, directeurs d'établissements, élus locaux défendant leurs infrastructures. Le contraste n'est pas anecdotique : il dit quelque chose de structurel sur la nature des deux leviers.

Il ne s'agit pas de rejeter la décentralisation, mais de lui assigner le bon rôle.

III. Le vrai levier : un changement de paradigme par la technologie

La vraie rupture productive n'est pas institutionnelle. Elle est technologique.

Les professionnels de santé consacrent aujourd'hui entre 20 et 25 % de leur temps à des tâches administratives, soit environ 12 heures par semaine pour un médecin généraliste. 83 % d'entre eux identifient cette charge comme première cause de burn-out. Ce temps perdu est doublement coûteux : il dégrade les conditions d'exercice et réduit le temps disponible pour les soins, dans un contexte de pénurie médicale structurelle.

L'intelligence artificielle clinique, et plus précisément le virage agentique qui s'engage aujourd'hui, offre une réponse d'une nature différente de toutes les réformes précédentes. Les agents intelligents ne se contentent plus d'assister passivement : ils anticipent, orchestrent et agissent pour les professionnels (préparation automatique des dossiers avant consultation, synthèse clinique en quarante secondes sur quinze ans d'historique patient, codage PMSI assisté, coordination de la sortie du patient âgé, surveillance continue des signaux de dégradation clinique). Ce ne sont pas des gains marginaux de confort : ce sont des heures de temps médical récupérées chaque jour, par chaque professionnel.

Mais la productivité n'est pas la seule dimension. L'impact réel de l'IA en santé se joue sur trois fronts simultanés. Le premier est la recherche clinique : une donnée structurée dès sa production dans le dossier patient peut alimenter des essais cliniques, améliorer la pharmacovigilance, et accélérer la mise sur le marché de thérapeutiques innovantes. Le deuxième est la prévention : les algorithmes de stratification du risque permettent d'identifier les patients chroniques avant la décompensation, de personnaliser les programmes de dépistage, de réduire les hospitalisations évitables. L'OMS estime à 1,8 million le nombre de décès évitables par an en Europe, dont 60 % par des actions de prévention mieux informées. Le troisième est la productivité clinique et administrative, déjà décrite. Ces trois dimensions forment un continuum : c'est le même flux de données structurées qui alimente à la fois le soin immédiat, la prévention et la connaissance médicale.

La Cour des comptes le documentait en novembre 2025 : la France a réussi la couche amont de sa stratégie IA, mais les deux premières phases n'ont pas produit de résultats à la hauteur

des enjeux sur la diffusion, avec seulement 35 % des crédits consommés à mi-2025. L'angle mort reste le déploiement jusqu'au geste clinique quotidien. La HAS le confirmait en octobre 2025 : cette intégration est conditionnée à la qualité des données et à leur structuration dans les processus métier, conditions qui ne peuvent être réunies que depuis l'intérieur du dossier patient.

Les ordres de grandeur sont documentés. Des solutions de synthèse clinique par IA ramènent de trente minutes à deux ou trois minutes le temps nécessaire pour appréhender un dossier complexe. Des protocoles automatisés génèrent l'équivalent de plusieurs dizaines de jours de temps infirmier récupérés par an dans un établissement de taille moyenne. Des algorithmes d'aide à la décision en imagerie réduisent le temps de lecture de 30 % avec une amélioration mesurable de la précision diagnostique. Ces résultats sont en production dans des établissements réels, pas dans des pilotes de laboratoire.

Le Manifeste Jenner aborde ce sujet dans son thème 4. Mais il le traite comme un domaine parmi d'autres, alors qu'il devrait en être le pilier central. La transformation numérique et l'IA ne sont pas un complément technique à une réforme institutionnelle : elles en sont le moteur principal, capable de délivrer des résultats mesurables bien avant que la décentralisation régionale n'ait achevé sa transition.

IV. La décentralisation comme cadre d'expérimentation, pas comme fin en soi

Ce repositionnement ne conduit pas à rejeter la décentralisation : il en transforme la justification. Si le déploiement de l'IA clinique est le vrai levier, la question devient quel cadre institutionnel maximise la vitesse de ce déploiement, et la régionalisation a des arguments solides que Jenner n'exploite pas suffisamment.

La région comme unité d'expérimentation cohérente

Un territoire régional est une unité de taille suffisante pour mesurer l'impact d'un déploiement technologique, et suffisamment homogène pour isoler les variables. On peut évaluer les effets d'un dossier médical unifié ou d'une IA diagnostique sur une région en deux à trois ans, là où un déploiement national centralisé prend une décennie et se noie dans les exceptions sectorielles. C'est la logique des articles 51 de la LFSS (les expérimentations), mais portée à une autre échelle et avec une vraie autonomie de pilotage.

La compétition saine comme accélérateur d'adoption

Les pays fédéraux ont une caractéristique que les systèmes centralisés n'ont pas : les États ou Länder innovent, et ce qui fonctionne est adopté nationalement. En France, on appelle cela des expérimentations, mais elles restent marginales, bureaucratisées, et ne génèrent pas de dynamique compétitive réelle entre territoires.

Si les Régions sont responsables de leurs résultats de santé et de leurs équilibres budgétaires, elles ont un intérêt direct à investir dans les technologies qui réduisent les actes redondants, automatisent l'administratif, et anticipent les hospitalisations évitables. Le retour sur investissement du numérique devient un enjeu politique local, mesuré, comparé, publié.

Une Région qui obtient des résultats visibles sur la réduction du burn-out médical ou sur les taux de réhospitalisation crée une pression positive sur les autres.

La condition nécessaire : un socle national d'interopérabilité

La compétition régionale a un risque symétrique : la fragmentation des standards. Si chaque Région choisit librement son écosystème technologique, on reconstruit à l'échelle des territoires la fragmentation des systèmes d'information que l'on cherche précisément à corriger. Le Ségur du numérique a montré que la France sait construire une doctrine partagée quand elle s'en donne les moyens : 77 % des établissements alimentant Mon Espace Santé en quatre ans est un résultat remarquable à l'échelle européenne.

La condition de la décentralisation réussie est donc un socle national non négociable : standards de données (FHIR, EHDS), identifiant patient unique, règles de gouvernance des données de santé. Les Régions choisissent leur rythme et leurs priorités, mais sur des rails communs. L'État conserve le rôle de garant des standards, pas de pilote opérationnel.

V. La question des entrepôts de données : centralisation ou fédération ?

La politique des données de santé mérite un examen critique que ni Jenner ni la plupart des contributions actuelles ne conduisent suffisamment.

Le modèle dominant depuis plusieurs années est celui de l'entrepôt de données de santé (EDS) : construire des plateformes agrégeant les données vers lesquelles chercheurs et industriels viendraient soumettre leurs projets. Cette logique a été déclinée à deux niveaux simultanément. Au niveau national, le Health Data Hub, créé en 2019, affiche un bilan qui interpelle : 116 projets ont utilisé la plateforme en 2024 contre un objectif de 200, le délai moyen entre dépôt de projet et réception des données est estimé à dix-huit mois (quand l'Allemagne vise trois mois), et la migration vers un hébergement souverain, vivement critiquée après le choix initial de Microsoft Azure soumis au CLOUD Act américain, n'a été relancée qu'en 2025. Au niveau hospitalier, l'État a massivement financé, à travers plusieurs vagues d'appels à projets, des EDS locaux dans les établissements. Le bilan agrégé de ces investissements est tout aussi mitigé : infrastructures lourdes à maintenir, taux d'utilisation effective faibles, gouvernance complexe, et surtout des systèmes qui ne communiquent pas entre eux, reconstituant à l'échelle établissement la fragmentation que l'on cherchait précisément à corriger. Le modèle économique de l'EDS, qu'il soit national ou local, souffre des mêmes fragilités : coût de maintenance élevé, déploiement lent, et difficulté structurelle à passer à l'échelle.

Une alternative mérite d'être sérieusement explorée : l'approche fédérée. Le principe en est simple : plutôt que de déplacer la donnée vers une plateforme centrale, on fait circuler l'analyse vers la donnée, qui reste dans l'établissement. Un algorithme est exécuté localement, et seuls les résultats agrégés (jamais les données brutes) remontent. Les avantages structurels sont décisifs : la donnée ne quitte jamais l'établissement (souveraineté renforcée, conformité RGPD intrinsèque), le coût de maintenance est distribué et non centralisé, et le passage à l'échelle est mécanique.

Cette approche n'est pas théorique. La Suisse en offre une démonstration concrète à travers l'initiative Swiss Personalized Health Network (SPHN), déployée dans les principaux hôpitaux universitaires du pays grâce à la technologie de Tune Insight. Le système permet à des chercheurs de conduire des analyses multicentriques sur des millions de points de données patients sans que ces données ne quittent jamais l'hôpital d'origine, en combinant chiffrement homomorphe et calcul multipartite sécurisé. Les résultats en oncologie de précision et en médecine personnalisée sont en production. Le modèle a été étendu à des projets multicentriques internationaux, démontrant sa capacité à fonctionner à travers des juridictions différentes sans friction réglementaire.

L'approche fédérée ne remplace pas nécessairement tout modèle centralisé : certains usages (pharmacovigilance nationale, pilotage épidémiologique en crise) peuvent justifier des EDS dédiés. Mais miser quasi exclusivement sur les entrepôts, quand leurs bilans invitent à la prudence et que l'approche fédérée démontre des résultats comparables avec beaucoup moins de fragilités, serait une occasion manquée. La France dispose d'une fenêtre pour réorienter sa stratégie avant que les investissements dans les EDS ne créent une dépendance de trajectoire difficile à corriger.

VI. Le vecteur d'exécution : un écosystème de champions souverains du SaaS clinique

La transformation numérique en santé ne se déploie pas par décret. Elle se déploie par les systèmes d'information qui structurent le geste clinique quotidien, les dossiers patients informatisés (DPI), déployés dans les établissements, au moment précis où la donnée de santé naît.

Cette réalité technique a une conséquence stratégique majeure : l'IA clinique ne peut être déployée industriellement que depuis l'intérieur du DPI. Un modèle d'intelligence artificielle n'a de valeur que par la qualité et la profondeur de la donnée qui l'alimente, et cette donnée vit dans le dossier patient. Aucun acteur extérieur ne peut accéder à cette couche sans passer par l'éditeur du DPI. C'est une position de verrou technologique, pas seulement commercial.

Dans ce contexte, la France se trouve face à un choix structurant pour sa souveraineté sanitaire.

Les acteurs non européens créent une dépendance extraterritoriale que le cadre EHDS, l'AI Act et les exigences HDS rendent structurellement incompatible avec la souveraineté sanitaire. Les ESN et jeunes pousses spécialisées en IA sont innovantes mais ne disposent ni de la donnée clinique structurée, ni de la base installée, ni de la confiance institutionnelle nécessaire pour entrer dans les processus critiques du soin.

Seuls les éditeurs SaaS métier souverains déjà déployés dans les systèmes d'information cliniques cumulent les conditions nécessaires : accès à la donnée à sa source, confiance institutionnelle, base clients suffisante pour atteindre l'échelle nationale, architecture technique moderne permettant le déploiement d'agents IA dans le flux clinique réel.

La France doit viser l'émergence d'un écosystème compétitif de tels acteurs européens, et non d'un monopole national. La compétition entre champions souverains est une condition de

l'innovation et de la qualité : elle doit être organisée, sur des règles communes de souveraineté et d'interopérabilité, et non écrasée par un opérateur public ou par une consolidation prématurée. Des exemples européens (Allemagne, pays nordiques) montrent qu'un marché structuré autour de deux ou trois acteurs nationaux en compétition produit de meilleurs résultats en termes d'innovation et de couverture territoriale qu'un monopole public ou qu'un marché fragmenté de startup sans ancrage clinique.

Cette ambition suppose aussi de résoudre une anomalie bien documentée du paysage français : la coexistence, sur un marché concurrentiel, d'acteurs privés soumis aux règles de droit commun et de structures publiques ou parapubliques qui en sont partiellement exonérées. Ces dernières, créées à l'origine pour mutualiser des ressources entre établissements hospitaliers publics, ont progressivement élargi leur périmètre commercial tout en conservant les avantages liés à leur statut, notamment l'exception de quasi-régie qui les dispense de mise en concurrence pour les marchés passés avec leurs membres. Les chambres régionales des comptes ont relevé à plusieurs reprises les fragilités de ce modèle : comptes insuffisamment fiables, absence de comptabilité analytique reflétant la réalité des coûts, pratiques d'achat s'affranchissant des règles de la commande publique, et risques juridiques liés à l'ouverture commerciale au secteur privé. L'enjeu n'est pas de remettre en cause leur existence, mais d'exiger qu'elles opèrent selon des règles identiques à celles de leurs concurrents dès lors qu'elles interviennent sur un marché ouvert. La transformation numérique en santé ne peut reposer sur un écosystème où certains acteurs bénéficient d'avantages structurels déconnectés de leur performance réelle.

La France dispose d'acteurs indépendants, à capital européen, dont les plateformes SaaS natives sont déployées dans des centaines d'établissements couvrant l'ensemble du spectre hospitalier, avec des trajectoires techniques engagées vers la plateforme agentique : protocole MCP pour l'orchestration des agents, FHIR natif pour l'interopérabilité, hébergement certifié HDS, approche fédérée pour les données. Ce qui manque est le signal politique qui, comme pour le Ségur du numérique en 2021, donne à l'ensemble de l'écosystème la clarté de la doctrine et la certitude de l'engagement national.

Ce signal politique a un précédent direct dont on peut tirer toutes les leçons. Le Ségur du numérique a montré que lorsque l'État fixe une doctrine claire, flèche des financements dédiés et embarque l'ensemble de l'écosystème des éditeurs dans une dynamique nationale, la transformation se produit à une vitesse et une échelle que nulle réforme institutionnelle n'a jamais atteintes en santé. La prochaine étape, le déploiement de l'IA clinique jusqu'au geste du soignant, appelle exactement la même logique : une doctrine partagée sur la souveraineté et les standards, un ancrage dans les feuilles de route de l'ANS, et un canal industriel capable de porter le déploiement dans les 3 000 établissements français. La différence avec le Ségur est que l'enjeu n'est plus de connecter les établissements : c'est de faire entrer l'intelligence dans le flux clinique lui-même. Ce saut qualitatif ne se pilote pas depuis une agence parisienne. Il se déploie depuis l'intérieur du dossier patient.

Conclusion : deux thèses complémentaires, une urgence partagée

Le Manifeste Jenner et la présente contribution partagent un diagnostic, une urgence et une conviction : le système de santé français ne peut plus se réformer à la marge. Il doit se transformer en profondeur.

Là où Jenner place la décentralisation et la réforme du financement au cœur de sa thèse, cette contribution plaide pour que le numérique et l'IA en soient le moteur premier. Non pas parce que la gouvernance institutionnelle est secondaire, mais parce que la technologie peut délivrer des résultats mesurables dans les deux à trois prochaines années, quand la réforme institutionnelle, même bien conduite, demandera une décennie. Et parce que les gains ne se limitent pas à la productivité : c'est la recherche clinique, la prévention et la qualité des soins qui peuvent changer d'échelle simultanément.

Ces deux approches sont complémentaires. La décentralisation régionale, réinterprétée comme cadre d'expérimentation et de compétition saine, accélère le déploiement technologique. La transformation numérique portée par des champions souverains européens rend la décentralisation financièrement crédible. Et compléter les entrepôts centralisés par une approche fédérée est la voie la plus prometteuse pour exploiter le patrimoine de données de santé sans en fragiliser la souveraineté.

La vraie question pour les candidats à l'élection présidentielle de 2027 n'est donc pas de choisir entre réforme institutionnelle et transformation technologique. C'est d'avoir le courage et la vision de conduire les deux simultanément, avec la clarté sur ce qui peut produire des résultats rapidement, et ce qui doit être engagé pour le long terme.