

Les enjeux socio-économiques de l'IA en santé

Carine Milcent

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2026/1 vol. 38 , PAGES 7 À 10
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

Date de mise en ligne : 27/03/2026

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2026-1-page-7?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Les enjeux socio-économiques de l'IA en santé

Artificial Intelligence in Healthcare: Opportunities, Inequalities, and Ethical Challenges

Le développement de l'intelligence artificielle (IA) en santé ouvre de larges perspectives pour réduire les inégalités socio-économiques et territoriales d'accès aux soins. Toutefois, ces promesses reposent sur des choix techniques, organisationnels et réglementaires qui ne sont pas neutres sur le plan social. Ces choix structurant le déploiement de l'IA peuvent tout autant corriger des inégalités existantes que les renforcer, notamment lorsqu'ils reposent sur des données biaisées ou des pratiques hétérogènes.

Un premier enjeu majeur porte sur la réduction des inégalités liées au statut socio-économique et à l'environnement de vie dans l'accès aux soins.

L'IA transforme en profondeur les modalités d'accès aux soins. Combinée aux objets connectés et à l'hospitalisation à domicile, elle ouvre la voie à une médecine plus proche des patients, notamment par la téléexpertise et la télésurveillance. Ce mouvement marque un renversement du modèle traditionnel : en rapprochant les soins du lieu de vie, le système de santé se déplace vers le patient, redéfinissant en profondeur la notion même de déserts médicaux. Toutefois, ces innovations se heurtent à des obstacles socio-économiques majeurs, tels que l'illectronisme, l'insuffisance des réseaux de connexion ou encore l'accès limité aux équipements numériques. Sans accompagnement spécifique, ces technologies risquent d'exclure précisément les populations qu'elles prétendent aider.

Des initiatives internationales, telles que le financement par Bill Gates et OpenAI de projets de déploiement de l'IA dans des cliniques en Afrique, illustrent le potentiel disruptif de ces technologies, tout en soulignant la nécessité d'un accompagnement humain, technique et institutionnel adapté. Aux États-Unis, les débats récents sur la télémédecine comme réponse à la fermeture d'hôpitaux ruraux montrent également que l'IA ne peut constituer une solution isolée, mais qu'elle doit s'inscrire dans une stratégie globale et cohérente d'aménagement du territoire sanitaire.

L'harmonisation internationale des classifications, avec le déploiement progressif de la CIM-11¹, s'inscrit dans la même ambivalence. Si elle facilite les comparaisons internationales, le suivi épidémiologique et le développement de l'IA médicale, elle comporte également des risques d'uniformisation excessive. La perte de nuances locales, la rigidité face à des situations cliniques émergentes ou la disparition d'informations contextuelles essentielles peuvent limiter la pertinence des analyses, en particulier lorsque les déterminants sociaux jouent un rôle central.

Parallèlement, les codes en Z de la Classification internationale des maladies (CIM-10), censés décrire les conditions sociales et environnementales des patients, sont aujourd'hui utilisés de manière très hétérogène selon les établissements [2]. Ces différences de pratiques de codage influencent directement l'affectation aux groupes homogènes de malades et de séjours, avec des conséquences financières importantes. La littérature montre que ces écarts ne sont ni aléatoires ni anodins : ils reflètent des contraintes organisationnelles et des incitations économiques, et peuvent biaiser l'évaluation de la performance hospitalière ou l'analyse des parcours de soins, au détriment des patients les plus vulnérables [3]. Dans ce contexte, les outils d'IA dédiés au codage médical peuvent constituer un levier d'amélioration, à condition d'être conçus comme un complément à l'expertise humaine et non comme un simple instrument d'automatisation.

¹ La Classification internationale des maladies, 11e révision (CIM-11), publiée par l'OMS en 2018 et progressivement adoptée depuis 2022, vise à harmoniser le codage des maladies, des causes de décès et des facteurs de santé à l'échelle mondiale.

Le deuxième enjeu concerne les usagers et les patients face à l'IA.

Les enjeux de l'utilisation de l'IA en santé concernent directement les patients. L'IA peut faciliter l'appropriation de l'information médicale en offrant aux patients la possibilité de questionner, d'approfondir et d'accéder à des explications adaptées à leur niveau de connaissances. Elle contribue ainsi à renforcer le rôle central du patient en développant son autonomie et en élargissant sa capacité à s'orienter et à agir dans son parcours de soins.

Toutefois, l'usage de l'IA dépasse aujourd'hui le cadre de la relation patient-médecin et concerne l'ensemble des usagers du système de santé. De plus en plus de personnes recourent à des outils d'IA générative pour s'informer, interpréter des symptômes ou orienter leurs décisions en matière de santé. Ces usages vont parfois au-delà de la simple recherche d'information : certains usagers s'appuient sur l'IA pour décider de leur parcours dans le système de soins, voire de leur accès aux soins eux-mêmes. Des situations dramatiques ont ainsi été médiatisées, comme celle de ce père de 37 ans souffrant de forts maux de gorge qui a consulté trop tardivement, malgré des symptômes persistants, après s'être fié aux réponses d'un agent conversationnel, ce qui a conduit à un diagnostic de cancer à un stade très avancé.

Cette évolution impose de repenser en profondeur l'éducation thérapeutique. Celle-ci ne peut plus se limiter à la transmission de connaissances médicales ou à l'apprentissage de gestes de prévention : elle doit désormais inclure une véritable éducation à l'IA, intégrant la compréhension de ses limites, de ses biais, de ses incertitudes et de ses risques. L'enjeu n'est pas d'interdire ces usages, mais de les inscrire dans une relation de soin éclairée, sécurisée et complémentaire à l'expertise médicale.

Face à ces constats, des solutions émergent, notamment à travers des dispositifs de formation et d'accompagnement animés par des médiateurs numériques. Ces acteurs jouent un rôle clé en facilitant l'appropriation des outils numériques de santé, en adaptant les usages aux besoins réels des populations concernées. Les initiatives associatives et institutionnelles montrent que ces dispositifs peuvent contribuer à réduire durablement les fractures numériques, à condition d'être inscrits dans la durée et soutenus par des politiques publiques cohérentes. À l'échelle internationale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne toutefois que seule une partie des pays européens dispose aujourd'hui de stratégies dédiées à l'amélioration de la littératie numérique en santé, laissant de nombreuses populations à l'écart.

En fait, un enjeu central s'impose avec force, celui du coût monétaire. Même lorsque les outils d'IA sont techniquement accessibles, leur usage effectif peut être limité par des coûts directs ou indirects – abonnements, équipements, temps d'apprentissage – contribuant ainsi à renforcer les inégalités sociales de santé.

Les usagers de l'IA en santé ne sont pas uniquement les patients [4]. Les professionnels de soins et de santé, et en particulier les médecins, sont eux aussi de plus en plus utilisateurs de ces outils. L'IA peut les assister avec une aide au diagnostic, l'amélioration de la détection des anomalies, l'interprétation d'images médicales ou la priorisation des décisions cliniques. Utilisée à bon escient, elle renforce le regard clinique et améliore la qualité du geste médical. Mais cette assistance soulève une question centrale de formation. L'IA n'améliore véritablement la pratique médicale que si elle s'appuie sur une expertise préexistante. En d'autres termes, elle accompagne l'œil du médecin, mais ne peut pas le remplacer [1]. C'est pourquoi, dans de nombreuses facultés de médecine, il est désormais demandé aux internes d'apprendre et de s'exercer sans recourir à l'IA, afin de développer leur raisonnement clinique et leur capacité d'observation. Le risque, à défaut, serait de former des professionnels dépendants d'outils qu'ils ne sauraient plus critiquer, interpréter ou utiliser de manière autonome. L'enjeu est donc de former des médecins capables de travailler avec l'IA, et non en positionnant l'IA comme une alternative.

Le troisième enjeu est l'interopérabilité des langages et des données.

La question des données est centrale. Les performances et la fiabilité des systèmes d'IA en santé dépendent étroitement de la qualité des données sur lesquelles ils sont entraînés. Les biais peuvent apparaître à plusieurs niveaux : données issues de pays spécifiques, sous-représentation de populations atypiques, ou encore dépendance à des bases de données rétrospectives qui reflètent des pratiques passées parfois obsolètes ou inégalitaires.

Les phénomènes de production de données fausses ou inventées constituent un autre risque important, en particulier lorsque les systèmes sont utilisés en dehors de leur cadre d'apprentissage. À cela s'ajoutent d'importantes barrières linguistiques. En effet, la majorité des modèles étant principalement entraînés sur des données en langue anglaise, cela peut affecter la qualité des réponses dans d'autres contextes linguistiques et culturels.

L'interopérabilité des bases de données constitue également un défi central. L'hétérogénéité des formats et des standards rend complexe la mise en commun des données. Leur compartimentation nuit à une vision complète des populations. À cela s'ajoutent les exigences de confidentialité et de sécurité, ainsi que les coûts élevés liés au nettoyage et à la normalisation des données. Ces contraintes techniques et financières remettent en cause un déploiement équitable de l'IA en santé.

Les populations synthétiques constituent une réponse innovante à plusieurs de ces défis. Elles correspondent à des représentations artificielles de populations qui reproduisent fidèlement les caractéristiques démographiques, sociales et sanitaires d'une population réelle, sans correspondre à des individus existants. Ces données simulées permettent de former des modèles d'IA lorsque les données réelles sont limitées, sensibles ou difficiles d'accès, tout en réduisant les risques liés à la confidentialité et au respect des réglementations telles que le RGPD ou l'HIPAA².

Au-delà de l'apprentissage des modèles, les populations synthétiques offrent des applications concrètes en planification sanitaire et en santé publique. Elles permettent de simuler l'impact de politiques de santé, telles que la création d'infrastructures hospitalières, les campagnes de vaccination ou le développement de la télémédecine, et d'estimer les besoins en ressources médicales. Toutefois, un enjeu persiste : la prise en compte adéquate des populations atypiques, souvent sous-représentées même dans les modèles synthétiques.

C'est dans cette perspective que s'inscrivent des initiatives telles que le consortium SAFEPAW³, qui visent à concilier innovation technologique, rigueur méthodologique et justice sociale. Plus que jamais, l'IA en santé doit être pensée comme un outil au service de l'équité, et non comme un simple accélérateur des logiques existantes.

La question de la pollution générée par l'IA ne doit pas être mise de côté. L'impact environnemental de l'IA est un autre enjeu crucial. Les modèles d'apprentissage automatique, en particulier les algorithmes de grande taille, nécessitent des ressources de calcul considérables, ce qui entraîne une consommation énergétique élevée et une empreinte carbone importante. Ignorer cet aspect reviendrait à passer sous silence une dimension essentielle de la durabilité des technologies de santé.

En conclusion, l'IA est en train de redessiner les contours de la santé. Elle rapproche les soins des patients, donne davantage de pouvoir à chacun sur son parcours et promet une efficacité accrue pour le système de santé. Mais cette révolution ne se fait pas sans risques. Pour en citer, il s'agit de fractures numériques, de biais de données, de coûts nouveaux, d'enjeux de confidentialité et d'impact environnemental. Tous ces éléments imposent une vigilance et un encadrement. L'IA est une aide considérable dont il faut se saisir, et non pas subir. Elle doit s'inscrire dans une stratégie humaine et inclusive, qui place le patient et le professionnel au centre, tout en respectant les règles éthiques et sociales. Cette approche responsable permettra à cette innovation de transformer positivement l'accès aux soins, et plus largement, la santé.

Carine MILCENT

Directrice de recherche au CNRS,
professeure à l'École d'économie de Paris (PSE, Paris School of Economics),
rédactrice en chef adjointe de la revue *Santé publique*

² La protection des données personnelles, y compris les données de santé, ainsi que les règles relatives au consentement, au stockage, au partage et à l'utilisation de ces informations, est encadrée par le RGPD (Règlement général sur la protection des données, Europe) et par la HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, États-Unis).

³ <https://safepaw.cis-lab.emse.fr/info> [visité le 30/01/2026].

Références

1. Charte éthique, déontologique et de l'intégrité scientifique et professionnelle des facultés de médecine et de santé. Conférence nationale des Doyens de Facultés de Médecine [en ligne] ; 2023. [Visité le 30/01/2026]. Disponible sur : <https://conferencedesdoyensdemedecine.org>.
2. Milcent C. Bias due to re-used databases : coding in hospital for extremely vulnerable patients. Health Policy and Technology. 2024 ; 13(2).
3. Milcent C. The effect of patients' socioeconomic status in rehabilitation centers on the efficiency and performance. Eur J Phys Rehabil Med [en ligne]. 2024 ; 60(6) : 919-928. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39445734/>.
4. Milcent C, Zbiri S. Use of telehealth : evidence from French teleconsultation for women's healthcare, prior and during COVID-19 pandemic. Health Serv Manage Res. 2023 ; 36(3) : 182-192.