

Intégrer les thérapies comportementales numériques dans notre système de santé

2026

Depuis 2011, **Méta-Coaching** développe des interventions comportementales numériques fondées sur les thérapies cognitivo-comportementales émotionnelles. Ce document présente notre analyse du système de santé français et les conditions nécessaires à un changement de paradigme, à l'attention des décideurs publics.

Anne-Dominique Bonte

Fondatrice et Présidente



QUELQUES CHIFFRES CLÉS

**25
millions**

de Français atteints de
maladies chroniques

**13
millions**

de Français concernés par
les troubles de santé
mentale

17,2 Md€

de déficit du système de
santé en 2025

160 000

utilisateurs accompagnés
par Méta-Coaching

CONTACT : contact@metacoaching.pro | 09 83 24 00 89 | www.metacoaching.pro/fr

Plaidoyer pour intégrer les thérapies comportementales numériques dans notre système de santé

L'ÉDITO

Depuis près de quatre-vingts ans, la définition de la santé ne fait plus débat. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la qualifie d'état de bien-être physique, mental et social. Cette formulation, devenue un standard international, devrait constituer le cadre opérationnel de notre politique de santé publique. Pourtant, la France continue de privilégier une logique principalement curative, centrée sur la prise en charge de la maladie, au détriment d'une approche anticipatrice et globale.

Alors que notre modèle vacille sous le poids de la dette, ce décalage entre les principes et les pratiques n'est plus soutenable, tant sur le plan sanitaire que budgétaire. L'enjeu n'est plus seulement de bien soigner, mais d'éviter que l'on tombe malade, ou que les pathologies s'installent durablement.

C'est là que notre modèle montre ses limites. Il peine à intégrer pleinement la prévention, à outiller les professionnels de santé pour agir en amont, et à proposer aux patients des solutions adaptées à leur réalité quotidienne. Or, l'efficacité de notre système de santé se joue à présent dans sa capacité à intervenir tôt, à accompagner dans la durée, et à produire des résultats mesurables sur les comportements et les trajectoires de vie des patients.

Depuis 2011, Méta-Coaching s'inscrit dans cette logique en développant des dispositifs hybrides, à la croisée de l'accompagnement humain et des technologies numériques. Nous avons fait le choix d'une approche scientifique, pragmatique, orientée vers l'impact. L'expérience accumulée démontre qu'il est possible de structurer des parcours personnalisés, d'en assurer le suivi, et d'en mesurer les effets de manière rigoureuse.

À l'approche de l'élection présidentielle, où les questions de santé s'imposeront au cœur du débat public, il devient nécessaire de dépasser les constats pour engager des choix clairs. Nos concitoyens exigent un système plus efficace, plus lisible et capable d'intégrer des innovations qui améliorent concrètement leur quotidien. Il ne s'agit plus d'opposer tradition et modernité, mais d'en organiser la complémentarité. La prévention ne peut plus se limiter à des intentions : elle doit devenir un levier opérationnel de transformation du système de santé français.

Le progrès en santé ne dépend plus de nos connaissances, mais de notre capacité collective à les traduire en action. Les solutions existent. Elles doivent être reconnues, structurées et déployées à grande échelle. C'est à cette condition que nous pourrions faire évoluer durablement notre modèle, et donner corps, enfin, à l'ambition que nous partageons depuis près d'un siècle. Dans cet esprit, ce plaidoyer engage une démarche de dialogue avec les décideurs publics, afin de contribuer à la transition de notre système de santé.

Anne-Dominique Bonte
Fondatrice & Présidente de Méta-Coaching

I. Un modèle exsangue face à des maladies qu'il ne sait pas prévenir

1. Une transformation des besoins de santé que notre système n'a pas intégrée

Le système de santé français s'est historiquement structuré pour répondre à des pathologies aiguës, reposant sur des actes de diagnostic et de traitement ponctuels. Il se trouve désormais confronté à **une transformation profonde de la nature des besoins de santé**, caractérisée par l'installation durable de situations chroniques, complexes et évolutives.

Cette transformation s'explique d'abord par **le vieillissement de la population**. Selon les projections de l'INSEE, la France comptera 51 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans à l'horizon 2040¹.

Ce mouvement s'inscrit ensuite dans une dynamique épidémiologique lourde. **Les maladies chroniques** affectent près de 25 millions de Français en 2023, soit 36,9 % de la population². Les patients en affection de longue durée concentrent à eux seuls près de 60 % des dépenses de l'Assurance maladie, tout en représentant moins de 20 % de la population³. À l'horizon 2035, ces patients pourraient constituer un quart de la population et absorber jusqu'à 75 % des dépenses de santé⁴.

À ces évolutions s'ajoute une forte progression des **troubles de santé mentale** qui concernent plus de 13 millions de Français et génèrent environ 28 milliards d'euros de dépenses annuelles (hors médicaments) pour l'Assurance maladie, avec une dépense moyenne de 360 euros par assuré⁵. **Les troubles psychiques constituent aujourd'hui la première cause d'arrêts maladie de longue durée** en France⁶. Cette réalité a conduit à désigner la santé mentale "Grande cause nationale 2025" et à la prolonger en 2026⁷ ; celle-ci constituant à la fois une pathologie et un facteur aggravant des maladies chroniques.

D'autres **pathologies liées aux modes de vie**, telles que l'obésité, les troubles du sommeil ou les conduites addictives, connaissent également une progression continue. L'obésité touche près de 17 % des adultes français, et près d'un adulte sur deux est en surpoids⁸. Elle est impliquée dans 60 000 décès par an, réduit de cinq à sept ans l'espérance de vie, et son coût économique direct et indirect est estimé

¹ INSEE, Projection de population 2021-2070, novembre 2021.

² Assurance maladie, Rapport Charges et Produits 2026, juillet 2025. [Lien](#).

³ Ibid.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

⁷ Communiqué de presse : Le Gouvernement prolonge en 2026 la Grande Cause Nationale dédiée à la Santé mentale, novembre 2025. [Lien](#).

⁸ Santé Publique France, Résultats de l'étude ESTEBAN 2014-2015. [Lien](#).

à environ 17 milliards d'euros par an⁹. S'agissant des troubles du sommeil, la feuille de route interministérielle publiée en 2025 souligne qu'un Français sur cinq dort moins de six heures par nuit et que le sommeil des Français a diminué d'une heure trente en cinquante ans ; un mauvais sommeil augmentant le risque de maladies cardiovasculaires, d'obésité, de diabète et de cancers¹⁰.

Ces pathologies ont en commun une caractéristique, à savoir leur **dépendance aux comportements et aux conditions de vie**. L'OMS souligne qu'une part majeure des maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2 et de certains cancers, est liée à des facteurs comportementaux et environnementaux¹¹.

L'alimentation, l'activité physique, le sommeil, la gestion du stress et l'adhésion aux traitements deviennent ainsi des déterminants centraux de l'état de santé.

2. Une saturation du système de soins révélant l'impasse du modèle de prise en charge

Cette évolution des besoins percute un système de soins déjà au bord de la saturation. Les signaux d'alarme se multiplient, qu'il s'agisse de l'accès aux soins, des conditions d'exercice des professionnels ou de l'équilibre économique des établissements.

Le non-recours aux soins en constitue le symptôme le plus visible, et le plus préoccupant. En 2022, selon un rapport du Sénat, 1,6 million de Français s'en trouvaient chaque année privés, tandis que 11 % des personnes de 17 ans et plus indiquaient ne pas avoir de médecin traitant¹². En 2026, ce phénomène s'est banalisé. D'après le 3e baromètre FHF-Ipsos, trois Français sur quatre déclaraient avoir renoncé à consulter au cours des cinq dernières années¹³. L'aggravation est documentée, continue, et socialement différenciée ; ce même baromètre révèle que 90 % des Français expriment de la colère face à cette situation¹⁴, dénonçant les inégalités territoriales et traduisant une défiance croissante à l'égard des institutions sanitaires.

Les conditions d'exercice des professionnels de santé témoignent de la même tension. Les médecins généralistes travaillent en moyenne plus de 50 heures par semaine, pour des consultations durant en moyenne 18 minutes¹⁵, et près d'un sur deux d'entre eux se déclare être concerné par le burn-out¹⁶. Ce chiffre n'est pas seulement un indicateur de souffrance professionnelle, il révèle un modèle qui mobilise l'intégralité du temps médical sur le diagnostic et le traitement curatif, au détriment de l'accompagnement des patients dans la durée.

⁹ Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO), États généraux de l'obésité, Mars 2025. [Lien](#).

¹⁰ Feuille de route interministérielle Sommeil 2025-2026, Ministère de la Santé, juillet 2025. [Lien](#).

¹¹ OMS, Maladies non transmissibles, 2025. [Lien](#).

¹² Rapport n°587 du Sénat, Hôpital : sortir des urgences, 2022. [Lien](#).

¹³ FHF-Ipsos, Baromètre de l'accès aux soins (3^{ème} édition), 2026. [Lien](#).

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Drees, Études et Résultats N° 1113, 2019. [Lien](#).

¹⁶ CNPS, Enquête, 2016. [Lien](#).

Face à cette situation, augmenter le nombre de soignants peut sembler une réponse évidente. Mais pour le Pr. Franck Chauvin, professeur de santé publique à l'Université de Saint-Étienne, cette voie constitue une impasse structurelle que notre système n'a plus les moyens de financer.¹⁷ Son analyse repose sur un constat fondamental : **le déséquilibre ne tient pas tant à un manque de médecins qu'à une hausse continue et tendancielle du nombre de patients.**

En conséquence, une stratégie fondée sur les seuls effectifs ne peut suffire. C'est précisément à cette logique curative, centrée sur l'augmentation du volume de soins, qu'il convient de substituer une approche agissant en amont de la demande, capable d'en réduire la pression plutôt que de se contenter d'absorber une demande toujours croissante.

3. Une dérive des dépenses révélant les limites d'un modèle centré sur le curatif

Les dépenses d'indemnités journalières illustrent cette dynamique. Elles ont représenté 12 milliards d'euros en 2024¹⁸ et progressent chaque année. Avec un effort de santé proche de 12 % du PIB et un déficit de 17,2 milliards d'euros en 2025¹⁹, notre système atteint les limites de sa soutenabilité économique.

Le professeur Chauvin souligne que cette dynamique inflationniste est alimentée par la logique même du système²⁰. En effet, les hôpitaux doivent absorber un volume croissant d'actes médicaux pour maintenir leur équilibre économique, alimentant mécaniquement la progression des dépenses. La réponse apportée entretient ainsi le problème qu'elle prétend résoudre. Ce phénomène trouve une illustration directe dans les hospitalisations dites "évitables". Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 265 000 hospitalisations pour pathologies chroniques auraient pu être évitées en 2017, soit un séjour hospitalier en médecine sur 40.²¹ Si le patient avait été mieux pris en charge en amont, le risque d'hospitalisation aurait pu être réduit. L'hôpital se retrouve ainsi à absorber, en bout de chaîne, le coût de l'absence de prévention ; un coût bien supérieur à celui qu'aurait représenté l'intervention précoce. Ce cercle vicieux n'est plus tenable au regard des contraintes pesant sur les finances de l'Assurance maladie.

Cette situation ne relève pas d'un dysfonctionnement ponctuel, mais d'**un système conçu pour traiter des pathologies installées, davantage que pour en limiter l'apparition.**

¹⁷ Prise de parole lors des Cercles d'AleVia, "Prévenir, soigner, accompagner autrement", 23 octobre 2025.

¹⁸ DREES. (2025). *CNS - Fiche 25 : Les indemnités journalières*. [Lien](#)

¹⁹ Assurance maladie, *Rapport Charges et Produits 2026*, juillet 2025. [Lien](#).

²⁰ Prise de parole lors des Cercles d'AleVia, "Prévenir, soigner, accompagner autrement", 23 octobre 2025.

²¹ DREES, *Études et Résultats n° 1262*, avril 2023. [Lien](#).

La prévention constitue le levier naturel pour inverser cette dynamique. Elle ne représente pourtant que 2 à 2,5 % des dépenses de santé en France, contre environ 5 % dans certains pays européens comparables²². Ce sous-investissement est documenté et analysé par l'économiste Pierre-Yves Geoffard, spécialiste des systèmes de santé²³. Celui-ci établit que les actions de dépistage et de vaccination génèrent des retours positifs, sur la durée. Ce raisonnement vaut *a fortiori* pour la prévention comportementale, dont le retour sur investissement est plus différé et plus difficile à attribuer, ce qui explique, sans le justifier, son sous-financement chronique.

Mais le problème n'est pas seulement budgétaire. Lorsqu'elle est effectivement mobilisée, la prévention repose principalement sur des actions d'information, de dépistage et de bilan individuel.

Or, l'information ne suffit pas à modifier durablement les comportements. Moins de 50 % des patients atteints de maladies chroniques suivent correctement leur traitement dans la durée²⁴. Le Haut Conseil de la santé publique et la DREES convergent sur ce point : une prévention efficace suppose des dispositifs capables d'agir dans la durée sur les comportements²⁵.

Notre système de santé dispose aujourd'hui des connaissances et des outils pour agir sur les déterminants des pathologies. Ce qui lui fait défaut n'est pas la preuve de leur efficacité, mais le cadre permettant de les déployer à grande échelle. C'est précisément ce cadre que le développement des solutions d'accompagnement numérique en santé permet désormais de construire, à un coût marginal et avec une capacité de personnalisation inédite.

II. Les interventions comportementales : une efficacité prouvée mais une mobilisation insuffisante

1. Des approches scientifiques robustes, inscrites dans le champ des interventions non médicamenteuses

Informé ne suffit pas à changer les comportements. Les données probantes en sciences comportementales montrent que la connaissance des risques (alimentation déséquilibrée, sédentarité, troubles du sommeil, stress chronique, mauvaise adhésion aux traitements) ne déclenche pas mécaniquement les modifications durables qui conditionnent pourtant l'efficacité des stratégies de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques. **C'est précisément cet écart, entre savoir et agir, que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) permettent de réduire.**

²² Le Parisien Santé, 4 avril 2026. [Lien](#)

²³ Ibid.

²⁴ Lopez, A., & Compagnon, C. (2015). *Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance* (Rapport n° 2015-037R). Inspection générale des affaires sociales. [Lien](#).

²⁵ Haut Conseil de la Santé Publique, Mettre en œuvre en contexte français des politiques publiques intégrées favorables à la qualité de vie Pistes pour une prévention primordiale des fardeaux de santé, 2025. [Lien](#).

Nées dans les années 1950 de la convergence entre le béhaviorisme, centré sur la modification des comportements observables, et la psychologie cognitive, qui intègre les schémas de pensée et les biais d'interprétation, les thérapies cognitivo-comportementales visent à modifier durablement les comportements en agissant sur les interactions entre pensées et actions.

Ces thérapies disposent aujourd'hui d'un **socle scientifique robuste**. Leur efficacité est documentée dans plusieurs indications à fort impact sanitaire et économique, notamment les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire²⁶, l'insomnie, la gestion du stress et l'accompagnement des sorties d'addiction. Une revue de référence portant sur 106 méta-analyses confirme que les TCC constituent l'une des approches psychothérapeutiques les plus évaluées, avec des résultats particulièrement solides dans plusieurs champs de santé mentale et comportementale²⁷.

Cette robustesse scientifique est essentielle : elle distingue les TCC des approches de bien-être ou de simple information. En effet, les TCC ne se limitent pas à transmettre des recommandations, elles reposent sur des protocoles structurés visant à modifier les comportements, les pensées automatiques, les réponses émotionnelles et les mécanismes d'évitement qui entretiennent les troubles dans la durée.

Les évolutions récentes ont conduit à un approfondissement du modèle, avec l'émergence des approches dites de troisième vague : les thérapies cognitivo-comportementales émotionnelles (TCCE). Les TCCE opèrent là où les TCC classiques atteignent leurs limites. Non plus seulement sur les schémas de pensée, mais sur les processus émotionnels qui rendent le changement difficile dans la durée. Elles mobilisent des mécanismes désormais bien documentés (acceptation, défusion cognitive, pleine conscience, exposition émotionnelle)²⁸, visant à modifier la relation aux pensées et aux émotions²⁹ et à renforcer la flexibilité psychologique des individus. Il ne s'agit pas de leur demander de « faire mieux », mais de leur donner les moyens concrets pour le faire, en travaillant sur les blocages cognitifs et émotionnels que les approches informatives ou prescriptives ne peuvent pas lever. C'est cette capacité à transformer des objectifs de santé en pratiques effectives qui distingue les TCCE des dispositifs classiques de prévention.

L'intérêt médico-économique de ces approches tient à leur capacité à agir sur des facteurs qui alimentent directement le recours aux soins : troubles du sommeil, anxiété, stress chronique,

²⁶ HAS, Recommandation de bonne pratique "Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge", 2019. [Lien.](#)

²⁷ Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 2012. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3584580/>

²⁸ Steven C. Hayes, Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies, *Behavior Therapy*, 2004. [Lien.](#)

²⁹ Dionne, Frédérick. et al. « Chapitre 1. Les thérapies comportementales et cognitives de troisième vague : conceptualisation et illustration à partir d'un cas clinique ». Pleine conscience et acceptation Les thérapies de la troisième vague, 2011. [Lien.](#)

alimentation émotionnelle, dépendances, mauvaise observance et complications associées aux maladies chroniques. Les évaluations économiques disponibles ne montrent pas systématiquement des économies immédiates dans toutes les indications, mais elles documentent un rapport coût-efficacité favorable dans plusieurs champs, en particulier lorsque les interventions sont structurées, guidées, ciblées et déployées auprès de populations à risque.

Dans l'insomnie chronique, cette démonstration est particulièrement avancée. La TCC-I est recommandée comme traitement de première intention chez l'adulte par les recommandations européennes actualisées et par l'*American College of Physicians*³⁰. Elle présente un intérêt de prévention secondaire : traiter l'insomnie ne consiste pas seulement à améliorer le sommeil, mais aussi à réduire des facteurs associés à la santé mentale, aux maladies cardiovasculaires, aux troubles métaboliques, à l'absentéisme, au présentéisme et à la consommation prolongée d'hypnotiques.

Ces approches s'inscrivent dans le champ des interventions non médicamenteuses (INM) dont la reconnaissance institutionnelle croissante ouvre des perspectives directes en matière de financement, d'expérimentation et de remboursement. Les INM regroupent un ensemble d'interventions validées scientifiquement visant à prévenir, traiter ou accompagner des pathologies **sans recours à un traitement pharmacologique**³¹. Les travaux du professeur Grégory Ninot, à l'initiative de la *Non-Pharmacological Intervention Society*, ont contribué à structurer ce champ en France, en définissant un modèle d'évaluation rigoureux, articulant preuves scientifiques, conditions d'usage et efficacité en situation réelle, et en posant les bases d'une labellisation progressive des solutions reconnues.

En développant des programmes numériques hybrides fondés sur les TCCE et conformes aux standards d'évaluation des INM, Méta-Coaching s'inscrit pleinement dans les priorités scientifiques et institutionnelles actuelles ; elle en constitue un acteur naturel et, à ce titre, un interlocuteur légitime pour les décideurs publics.

2. Un cadre public en évolution, encore insuffisant pour organiser l'accompagnement des comportements

Les pouvoirs publics ont progressivement intégré la nécessité d'agir sur les déterminants comportementaux de santé. **Les États généraux de la santé et de la protection sociale ont mis en avant le renforcement de la prévention primaire**³² comme priorité structurelle. Les Assises de la prévention³³, dont la deuxième édition « Prévenir pour bien vieillir » à laquelle a participé le député

³⁰ Riemann D et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of Sleep Research*, 2023. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jsr.14035> ; Qaseem A et al. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 2016. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M15-2175>

³¹ Non-Pharmacological Intervention Society, Guidelines INM 2024. [Lien.](#)

³² États généraux de la santé et de la protection sociale, mars 2026. [Lien.](#)

³³ 2e Assises des préventions "Prévenir pour bien vieillir : une réponse au défi démographique", 26 mars 2026. [Lien.](#)

Cyrille Isaac-Sibille, impliqué de longue date dans les politiques de prévention en santé, ont par ailleurs confirmé que **le numérique jouera un rôle clé dans la transformation du système préventif**. La mission³⁴ confiée le 13 janvier 2026 par le Premier ministre Sébastien Lecornu à ce même député lui assigne désormais de **faire émerger de nouveaux métiers et formations intégrant le numérique et l'intelligence artificielle**, concernant alors le champ de **l'accompagnement des comportements**. Enfin, les travaux prospectifs conduits dans le cadre du programme « Ose 2050 »³⁵ s'inscrivent dans cette dynamique, en explorant notamment la **personnalisation des parcours, le rôle du numérique et l'évolution des métiers** comme axes de transformation du système de santé.

Ces orientations trouvent aussi des traductions législatives concrètes. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026³⁶ a créé **un parcours d'accompagnement préventif ciblé sur les patients souffrant d'obésité, de diabète sans complication ou d'hypertension artérielle, intégrant suivi psychologique, éducation thérapeutique, diététique et activité physique adaptée**, cofinancé par l'Assurance maladie et les complémentaires santé. La feuille de route interministérielle Sommeil 2025-2026³⁷ consacre son axe 4 au **repérage précoce des troubles du sommeil et à l'outillage des professionnels et des individus**. Les expérimentations de l'article 51 et la mise en place du dispositif PECAN ont, par ailleurs, ouvert des voies d'accès au remboursement pour certains dispositifs innovants, témoignant d'une volonté réelle d'élargir le périmètre des prises en charge.

Ces avancées restent cependant insuffisantes pour organiser un accompagnement structuré, continu et à grande échelle des comportements de santé. **La lenteur et le manque de lisibilité des parcours d'accès sont souvent soulignés comme bridant l'innovation**³⁸.

La trajectoire de Ludocare révèle à la fois les avancées possibles et leurs limites : après un premier avis défavorable de la HAS dans le cadre de la PECAN³⁹, l'entreprise a finalement obtenu, en avril 2026, **le remboursement de droit commun de sa thérapie Joe** pour l'asthme pédiatrique⁴⁰, devenant ainsi la première startup française à franchir ce cap. Ce résultat, qui couronne près de dix ans de développement et une étude clinique randomisée démontrant une réduction de 42 % des exacerbations sévères⁴¹, confirme que le système peut intégrer des thérapies numériques **lorsqu'elles s'inscrivent dans le référentiel existant des dispositifs médicaux**. *A contrario*, il ne règle pas le vide réglementaire qui affecte les interventions comportementales numériques. Ces dernières, qui ne s'appuient pas sur un dispositif matériel mais sur des protocoles thérapeutiques structurés, restent sans voie d'accès adaptée au remboursement.

³⁴ Décret du 13 janvier 2026 chargeant un député d'une mission temporaire. [Lien](#).

³⁵ Programme national "OSE 2050". [Lien](#).

³⁶ Projet de loi de financement de la sécurité sociale, 2026. [Lien](#).

³⁷ Feuille de route interministérielle Sommeil 2025-2026, Ministère de la Santé, juillet 2025. [Lien](#).

³⁸ MedtechFrance, Innovation Santé 2030 : vers une régulation agile et compétitive ?, 2025. [Lien](#).

³⁹ Le dispositif PECAN permet une prise en charge dérogatoire par l'Assurance maladie des dispositifs médicaux numériques innovants à visée thérapeutique ou de télésurveillance, afin que les patients y aient accès rapidement pendant une période d'un an, le temps pour l'exploitant de finaliser la demande de remboursement classique. [Lien](#)

⁴⁰ Haute autorité de santé, Thérapie digitale de l'asthme pédiatrique, avril 2026. [Lien](#).

⁴¹ France Inter, La Haute Autorité de Santé favorable au remboursement d'un dispositif médical numérique pour l'asthme : une première, Avril 2026. [Lien](#)

Autre exemple de la complexité de la réglementation française : en octobre 2024, **la solution Axomove, dédiée à la télésurveillance en kinésithérapie**, s'est vu opposer un avis défavorable de la Commission nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé de la Haute Autorité de Santé pour le périmètre élargi demandé⁴². Elle a néanmoins obtenu, par arrêté du 26 décembre 2024,⁴³ une prise en charge anticipée dans un périmètre ciblé, celui du suivi entre deux séances de kinésithérapie, démontrant que le dispositif PECAN peut aboutir lorsque l'ancrage clinique est solidement documenté. Ce résultat montre que la prise en charge reste conditionnée à un périmètre étroit, sans garantie de pérennité ni de passage automatique au remboursement de droit commun. Des entreprises ayant franchi les premières étapes du parcours réglementaire restent ainsi exposées à une rupture, faute de continuité et de lisibilité dans les voies d'accès.

Cette situation est aggravée par un défaut de cadre qualitatif. **Des dispositifs fondés sur des protocoles scientifiques rigoureux coexistent avec des solutions hétérogènes, sans lisibilité pour les professionnels comme pour les patients.** Des outils référencés par l'Assurance maladie, tels que Petit BamBou,⁴⁴ jouent certes un rôle utile d'acculturation et ont contribué à démocratiser certaines pratiques, mais leur logique reste celle de contenus standardisés, sans structuration clinique ni adaptation approfondie aux profils des utilisateurs. Cette différence entre des programmes produisant des effets mesurables et des applications à visée de bien-être, est pourtant cruciale. Confondre les deux **entrave la structuration du marché, freine l'engagement des financeurs et favorise une diffusion inégale de solutions de qualité variable**, ce qui entretient un décalage entre les avancées scientifiques et leur mise en œuvre. L'absence de cadre clair fragilise ainsi la crédibilité de l'ensemble du champ, limite son appropriation et freine son déploiement.

C'est pourquoi, il appartient aux pouvoirs publics de lever cette ambiguïté en définissant des critères de qualité précis. En complément, **l'intégration dans « Mon Espace Santé » doit constituer une garantie de qualité pour les patients et les professionnels et non pas être pensée comme un simple levier de déploiement** : seuls les dispositifs répondant à ces critères devraient y être référencés.

3. Des résultats probants, encore bridés par l'absence de cadre

Des solutions existent aujourd'hui pour organiser des interventions comportementales structurées à grande échelle, en s'appuyant sur **des dispositifs numériques hybrides combinant accompagnement humain et outils digitaux**. Ces dispositifs permettent de structurer des parcours personnalisés, d'assurer un suivi dans la durée et de maintenir l'engagement des patients. Ils s'inscrivent pleinement dans la logique des INM : ils rendent opérationnelles des approches validées scientifiquement, les

⁴² Haute autorité de santé, Logiciel de télésurveillance médicale, mai 2024. [Lien](#).

⁴³ Arrêté du 26 décembre 2024 relatif à la prise en charge anticipée numérique de certains dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et certaines activités de télésurveillance médicale en application de l'article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale. [Lien](#)

⁴⁴ Ameli, Le catalogue de services de Mon espace santé, janvier 2026. [Lien](#)

adaptent aux contraintes du système de santé, et permettent d'intervenir simultanément sur plusieurs déterminants interdépendants.

Les programmes développés par Méta-Coaching en offrent une démonstration concrète. Depuis 2011, l'entreprise a accompagné plus de 160 000 utilisateurs à travers ses parcours d'accompagnement comportemental, en concevant avec des professionnels de santé et le soutien d'un comité scientifique dix programmes fondés sur les thérapies cognitivo-comportementales émotionnelles, ciblant directement les troubles du sommeil, la santé mentale, les comportements alimentaires et l'obésité, la prévention des maladies chroniques et l'amélioration de l'observance. **Ces champs correspondent aux segments les plus dynamiques et les plus coûteux du système de santé, qu'il s'agisse des affections de longue durée, des troubles psychiques ou des pathologies métaboliques et cardiovasculaires.** Ces interventions constituent donc un levier direct d'action sur la soutenabilité financière du système, et non un champ périphérique.

Les troubles du sommeil, qui touchent près d'un tiers de la population, constituent un enjeu médico-économique majeur, en raison de leurs effets sur la santé mentale, les maladies chroniques et la productivité. Dormir moins de cinq heures par nuit augmente de 60 % le risque d'hypertension artérielle⁴⁵, un lien désormais reconnu par la proposition de loi n° 2309 sur la prévention cardio-neuro-vasculaire, examinée en avril 2026⁴⁶.

Dans le champ du sommeil, ThéraSomnia dispose d'un niveau de preuve particulièrement solide. Premier programme français de thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie en ligne (TCC-I), il a été évalué dans un essai randomisé contrôlé mené chez 46 adultes souffrant d'insomnie, comparant une TCC en ligne à une psychoéducation minimale. 82,7% des personnes ont amélioré significativement leur sommeil (baisse de l'ISI d'au moins 4 points), ainsi qu'une amélioration de plusieurs paramètres du sommeil, de la fatigue, de l'anxiété et de la qualité de vie. Parmi les patients prenant un traitement au départ, 91,7 % ont réduit ou arrêté leurs hypnotiques, contre 16,7 % dans le groupe contrôle⁴⁷.

Ce résultat doit être lu à la fois comme une preuve clinique et comme un signal médico-économique.

La réduction du recours aux hypnotiques traduit une capacité à diminuer des consommations de soins, à limiter les effets indésirables associés aux traitements prolongés et à proposer une réponse

⁴⁵ Wang Y, Mei H, Jiang YR, Sun WQ, Song YJ, Liu SJ, Jiang F. Relationship between duration of sleep and hypertension in adults: a meta-analysis. J Clin Sleep, Med 2015. [Lien](#).

⁴⁶ Proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur, n° 2309, déposée le mardi 23 décembre 2025. [Lien](#).

⁴⁷ Lopez R et al. French Language Online Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Disorder: A Randomized Controlled Trial. Frontiers in Neurology, 2019. <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2019.01273/full> ; Lopez R et al. Évaluation de l'efficacité d'un programme français de thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie en ligne (Therasomnia®). Médecine du Sommeil, Vol 14 – N°1, mars 2017, p. 42. <https://www.em-consulte.com/article/1105140/evaluation-de-l-efficacite-d-un-programme-francais>

durable à un trouble chronique fortement associé à la santé mentale, aux maladies cardiovasculaires, au diabète, à l'obésité et à la perte de productivité.

Cette démonstration française s'inscrit dans un corpus international cohérent. Les évaluations de TCC-I numériques indiquent une probabilité élevée de coût-efficacité lorsqu'elles sont guidées et ciblées. Une évaluation publiée dans le *Journal of Medical Internet Research* conclut que la TCC-I guidée en ligne peut être considérée comme un bon rapport valeur/coût dans la prise en charge de l'insomnie⁴⁸. L'évaluation de Sleepio par NICE au Royaume-Uni montre, à un prix de 45 livres par personne, un caractère générateur d'économies en soins primaires par rapport au traitement usuel, principalement grâce à la réduction des consultations de médecine générale et des prescriptions de somnifères⁴⁹. Une analyse en vie réelle sur 10 705 patients a estimé que le déploiement de Sleepio réduisait les coûts de soins primaires, avec un potentiel d'économies de 20 millions de livres en première année en cas d'adoption nationale⁵⁰.

Ces résultats sont directement transposables au raisonnement de politique publique : lorsque la TCC-I numérique est validée, accessible et correctement prescrite, elle permet d'élargir l'accès à un traitement de première intention tout en réduisant certaines dépenses liées aux prises en charge symptomatiques. Le numérique n'affaiblit donc pas l'exigence scientifique, il permet au contraire de déployer à grande échelle une intervention dont l'efficacité est déjà reconnue.

Sur le terrain du surpoids et de l'obésité, LineCoaching s'appuie sur une étude d'intervention pilote multicentrique conduite entre 2013 et 2016 dans deux centres spécialisés français auprès de 70 patients (analyse sur 54 participants ayant complété le programme). Elle montre une diminution significative du poids, du tour de taille et des apports énergétiques dès 6 mois, une amélioration de la régulation alimentaire avec progression significative des signaux internes de faim et de satiété, ainsi qu'une réduction de l'alimentation émotionnelle et de l'externalité alimentaire. L'adhésion moyenne au programme atteint 6,6 mois, une adhésion élevée garantissant de meilleurs résultats. Ces résultats sont prolongés par des données de vie réelle dans le cadre d'ObésiCare, qui intègre LineCoaching dans une prise en charge multidisciplinaire à distance : Depuis le début du dispositif en 2022, sur 2479 patients inclus au 13/04/2026, 79,3% ont activé le programme LineCoaching, avec un stay time moyen de 102 jours et 46783 séances de coaching réalisées.

89% des personnes encore dans le dispositif ObésiCare ont perdu plus de 6 kgs à M5. Au moins 82% des patients encore dans le dispositif sont en progression dans l'atteinte de leurs objectifs personnels à M3. La satisfaction à l'égard de LineCoaching atteint 98,1% pour le parcours en ligne et 99,0 % pour le coaching.

Les données économiques disponibles dans le champ des troubles du comportement alimentaire sont plus hétérogènes que dans l'insomnie ou l'anxiété, mais elles confirment que les interventions fondées sur les TCC doivent être évaluées comme de véritables parcours de soins, et non comme des

⁴⁸ Buntrock C et al. Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: Health-Economic Evaluation From the Societal and Public Health Care Perspective Alongside a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2021. <https://www.jmir.org/2021/5/e25609/>

⁴⁹ NICE. Sleepio to treat insomnia and insomnia symptoms (HTG624). HealthTech guidance, 2022/2026. <https://www.nice.org.uk/guidance/htg624/resources/sleepio-to-treat-insomnia-and-insomnia-symptoms-pdf-1809598465604293>

⁵⁰ Sampson C et al. Digital cognitive behavioural therapy for insomnia and primary care costs in England: an interrupted time series analysis. *BMJ Open*, 2022. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9447315/>

contenus de bien-être. Les revues économiques récentes soulignent l'intérêt de renforcer les études coût-efficacité en vie réelle, en particulier pour les formats numériques, guidés ou hybrides⁵¹»

En matière de gestion du stress, ThéraSéréna présente des résultats observationnels avant/après montrant une amélioration moyenne du score de stress perçu de 10,9 points (médiane : 10 points), ainsi qu'une baisse des dimensions émotionnelles associées (tension intérieure, irritabilité, fatigue). L'accompagnement augmente la persistance dans le programme, avec une médiane d'engagement passant de 52 à 76 jours, et la satisfaction atteint 94 % pour le coaching.

Les données économiques internationales sur les TCC appliquées à l'anxiété et à la dépression renforcent cette analyse. Une revue systématique des évaluations économiques des interventions numériques en santé mentale conclut que les interventions guidées par internet ou mobile ont un rapport coût / efficacité gagnant dans la dépression et l'anxiété⁵². Une évaluation pragmatique d'une TCC transdiagnostique de groupe pour les troubles anxieux rapporte une probabilité de coût-efficacité élevée au seuil de 50 000 dollars par QALY, depuis la perspective du système de santé⁵³. Des études plus récentes sur la TCC assistée par ordinateur en soins primaires concluent également à un rapport coût-efficacité favorable pour la dépression légère à modérée⁵⁴. »

Enfin, **dans le domaine des addictions comportementales**, ThéraTabac apporte des données observationnelles issues des questionnaires et du carnet de consommation : réduction de plus de 50 % de la consommation à 1 mois chez 62 % des utilisateurs actifs, abstinence tabagique à 1 mois de 53 %, et abstinence à 3 mois de 46 %. L'accompagnement par l'un de nos coachs professionnels de santé double la durée d'engagement, avec une médiane passant de 27 à 52 jours. La satisfaction atteint 92 % pour le coaching.

Là encore, la littérature économique va dans le sens d'un financement de ces approches lorsqu'elles sont structurées. Dans le sevrage tabagique, une étude d'évaluation économique a conclu que l'ajout d'un traitement cognitivo-comportemental prolongé à une prise en charge standard était coût-efficace chez des fumeurs âgés⁵⁵. Plus largement, les traitements de la dépendance au tabac sont régulièrement identifiés comme des interventions très coût-efficaces, compte tenu de leurs effets sur les risques cardiovasculaires, respiratoires, oncologiques et sur les dépenses futures.

⁵¹ Faller J et al. Economic evidence for prevention and treatment of eating disorders: An updated systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 2023. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.24113>

⁵² Kählke F et al. Systematic review of economic evaluations for internet- and mobile-based interventions for mental health problems. *npj Digital Medicine*, 2022. <https://www.nature.com/articles/s41746-022-00702-w>

⁵³ Chapdelaine A et al. Cost-effectiveness of transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for anxiety disorders versus treatment as usual. *Psychological Medicine*, 2023. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/costeffectiveness-of-transdiagnostic-group-cognitive-behavioural-therapy-for-anxiety-disorders-v-treatment-as-usual-economic-evaluation-of-a-pragmatic-randomized-controlled-trial-over-an-8month-time-horizon-using-selfreported-data/603AF355734B27AD8B7ED086D58902AD>

⁵⁴ Ali S et al. Cost-Effectiveness of Computer-Assisted Cognitive Behavioral Therapy for Depression Among Adults in Primary Care. *JAMA Network Open*, 2024. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2826173>

⁵⁵ Barnett PG et al. Cost-effectiveness of extended cessation treatment for older smokers. *Addiction*, 2014. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24329972/>

RÉSULTATS CLINIQUES PAR PROGRAMME

ThéraSomnia

Premier programme français de TCC de l'insomnie en ligne. Essai randomisé contrôlé (n=46) : 83% des personnes ont amélioré significativement leur sommeil (baisse de l'ISI d'au moins 4 points). 91,7% des patients ont réduit ou arrêté leurs hypnotiques vs 16,7% dans le groupe de contrôle.

+17,2 pts d'efficacité du sommeil. +33 min de sommeil. 92% de satisfaction

LineCoaching

Étude multicentrique (n=70) : diminution significative du poids, du tour de taille et des apports énergétiques dès 6 mois. Dans le cadre d'ObésiCare (n= 2390) : 89% des personnes ont perdu du poids dès M2, 95% à M5.

77,2% en progression sur leurs objectifs à M4. 98,5% de satisfaction

ThéraSéréna

Résultats observationnels avant / après : Amélioration significative des symptômes de stress (tension, irritabilité, fatigue, manifestations somatiques).

Amélioration de 10,9 points du score de stress perçu. 94% de satisfaction

ThéraTabac

Données observationnelles : réduction de plus de 50% de la consommation à 1 mois chez 62% des utilisateurs actifs.

Abstinence tabagique à 1 mois : 53%, et à 3 mois : 46%. 94% de satisfaction

Pris ensemble, ces résultats montrent que Méta-Coaching ne se situe pas au stade de la promesse. Ils ne peuvent toutefois être pleinement appréhendés à travers les seuls indicateurs quantitatifs. Comme le souligne la professeure de santé publique Laurence Verneuil, vice-présidente du CUMIC, **les études qualitatives sont également indispensables** pour analyser les usages réels, comprendre les mécanismes d'engagement, identifier les freins à l'adhésion et évaluer l'efficacité en conditions réelles.⁵⁶ Elles constituent un complément essentiel aux référentiels d'évaluation clinique.

Ces dispositifs démontrent qu'un accompagnement comportemental continu, personnalisé et accessible est aujourd'hui possible. La question n'est plus celle de la faisabilité, mais celle du cadre réglementaire, financier et organisationnel, qui permettrait de le déployer à la hauteur des enjeux.

III. Les conditions à réunir pour changer de paradigme

1. Ancrer l'accompagnement comportemental dans la culture des soignants

La transformation du système de santé ne repose pas uniquement sur l'évolution des dispositifs. Elle implique avant tout une évolution des pratiques, des représentations et des comportements des acteurs. Or, aujourd'hui, les interventions comportementales, bien que validées scientifiquement et recommandées dans de nombreuses indications, demeurent insuffisamment appropriées, tant par les professionnels de santé que par les patients.

⁵⁶ Prise de parole lors des Cercles d'AleVia, "Prévenir, soigner, accompagner autrement", Sénat 23 octobre 2025.

Cet écart s'explique en partie par **un biais structurel dans les représentations du soin**. De manière révélatrice, la prévention peine à susciter l'adhésion des jeunes professionnels de santé⁵⁷. La figure du « bon médecin » demeure largement associée à la capacité de diagnostiquer et de traiter. Les représentations culturelles dominantes en témoignent, notamment dans les séries largement diffusées (Dr House, Grey's anatomy, Good Doctor), les rôles valorisés sont ceux de la médecine curative, de la résolution de cas complexes et de l'intervention, tandis que la prévention reste largement absente de ces imaginaires.

Mais l'enjeu dépasse la seule question de l'image. Selon une enquête France Biotech menée en 2023 auprès de 662 professionnels de santé, 46 % des médecins déclarent ne pas connaître du tout les thérapies numériques, et 9 % seulement en ont précisément prescrit. Pourtant, 86 % estiment ces solutions pertinentes pour améliorer l'observance et 72 % pour améliorer la qualité de vie.⁵⁸ **Le frein principal n'est donc pas technologique, il est culturel et organisationnel.**

Il ne s'agit plus de sensibiliser, mais de créer les conditions d'une appropriation réelle des outils et des méthodes. Cela suppose **de réviser la formation initiale et continue des professionnels de santé**. Les approches comportementales doivent y être intégrées comme un élément structurant des parcours de soins, et non comme un complément optionnel. Cette évolution implique également de repenser les modalités pédagogiques. Les enseignements traditionnels ne suffisent pas à susciter l'adhésion ni à modifier les pratiques. C'est pourquoi, **de nouveaux formats devraient être mobilisés pour favoriser l'engagement** ; des cas pratiques, des retours d'expérience, des dispositifs immersifs, mais également des outils pédagogiques innovants tels que des podcasts, des modules interactifs ou encore des fresques pédagogiques permettant de visualiser les mécanismes comportementaux et leurs impacts sur la santé. L'enjeu est moins de transmettre des connaissances que de faciliter leur appropriation et leur mise en œuvre.

L'adhésion des patients constitue également un levier majeur, trop souvent négligé. Elle suppose de renforcer leur compréhension des déterminants de santé mais repose également sur l'engagement des professionnels de santé, appelés à prescrire ces solutions comme un prolongement de la prise en charge. Elle repose enfin sur la lisibilité et la crédibilité des dispositifs proposés afin d'éviter l'effet déceptif de programmes perçus comme gadgets.

2. Créer une voie de remboursement adaptée aux parcours comportementaux numériques

Le passage à l'échelle des interventions comportementales numériques repose avant tout sur **leur accès au remboursement**. Or, le cadre actuel demeure inadapté à leurs spécificités.

⁵⁷ Le Parisien, 4 avril 2026. [Lien](#)

⁵⁸ Caravagna, L. (2023, 29 novembre). *Avant de prescrire des thérapies numériques, les médecins veulent des preuves cliniques*. TICpharma. [Lien](#)

Les voies ouvertes par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018⁵⁹ et par la « prise en charge anticipée numérique » (PECAN) ont constitué des avancées réelles en matière d'expérimentation et d'accès précoce. Mais leur logique reste transitoire, limitée dans le temps ou restreinte à certains périmètres. Surtout, ces cadres ont été **conçus pour des dispositifs médicaux ou des actes ponctuels**, alors que les interventions comportementales numériques obéissent à une logique fondamentalement différente. En effet, elles nécessitent un accompagnement dans la durée, des interactions répétées, une personnalisation des parcours et une articulation étroite entre présence humaine et outils numériques.

Cette inadéquation crée **un angle mort réglementaire**. Les programmes fondés sur les TCCE numériques ne relèvent ni clairement du champ des dispositifs médicaux, ni de celui des actes remboursables classiques. Ils restent ainsi difficilement éligibles, malgré leur validation scientifique. En l'absence de remboursement, **ces programmes restent à la charge des patients, ce qui fragilise simultanément l'accès à la prévention pour tous et la viabilité des entreprises qui les développent**. En mars 2025, la liquidation judiciaire de la start-up Butterfly Therapeutics, spécialisée dans les thérapies digitales pour la douleur chronique, en est la manifestation la plus brutale⁶⁰ : sans remboursement pérenne, même les solutions cliniquement validées peinent à atteindre un modèle économique viable.

Cette limite est d'autant plus paradoxale que le système a déjà démontré sa capacité à intégrer des programmes fondés sur les TCCE. **« Mission : retrouve ton cap »**, porté par l'Assurance maladie⁶¹, propose aux enfants de 3 à 12 ans en surpoids ou à risque d'obésité une prise en charge pluridisciplinaire mobilisant suivi psychologique, diététique et activité physique adaptée, intégralement remboursée sur une durée pouvant atteindre deux ans. **Ce dispositif valide pleinement le principe d'un accompagnement comportemental structuré dans la durée**. Il produit des effets plus robustes que des approches limitées à l'information ou à la seule prescription nutritionnelle, souvent associées à des rechutes à moyen terme. **Toutefois, son caractère présentiel en limite l'accessibilité et la capacité de déploiement**. C'est précisément là que les formes numériques prennent tout leur sens, sans que le cadre de financement ne soit encore en mesure de les accueillir.

Cette incohérence est révélatrice d'**un système qui reconnaît la nécessité d'un accompagnement comportemental structuré, mais qui ne dispose pas encore des cadres adaptés pour en intégrer les formes numériques**, pourtant plus accessibles et plus extensibles.

⁵⁹ L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2018 a instauré un cadre dérogatoire permettant de tester, pour une durée limitée, des expérimentations innovantes en matière d'organisation et de financement des soins. L'objectif est de soutenir des projets innovants portés par les professionnels de santé, établissements, associations ou collectivités pour mieux répondre aux besoins des patients et transformer le système de santé. Les innovations peuvent concerner : les parcours de soins (organisation coordonnée, continuité ville-hôpital), les modes de financement (forfaits, rémunérations alternatives), la coopération entre acteurs (sanitaire, médico-social, social, libéral), l'accès aux soins de proximité et la prévention.

⁶⁰ L'Usine Digitale, mai 2025. [Lien](#)

⁶¹ Assurance Maladie. (2025, 25 novembre). *Mission : retrouve ton cap - dispositif pour aider votre enfant face au surpoids*. ameli.fr. [Lien](#)

La comparaison internationale rend ce retard d'autant plus visible. En Allemagne, le dispositif DiGA (Applications de Santé Numériques)⁶² permet la prescription et le remboursement de thérapies numériques sur la base d'un cadre clair, avec un accès rapide au marché et une montée en puissance progressive des exigences de preuve. Ancré dans le système de santé allemand par la loi sur les soins de santé numériques (DVG)⁶³ de 2019, il est opérationnel depuis 2020. En 2024, il comptait 56 applications remboursables, 300 000 prescriptions et un budget de 80 millions d'euros, multiplié par sept depuis 2021. Parmi ces applications figure HelloBetter Insomnie, programme fondé sur les TCCE, prescriptible et remboursable sur ordonnance dans le cadre du DiGA. Cette même solution a déposé un dossier auprès de la HAS en France, sur la base du même niveau de preuve clinique, et s'est vu opposer un avis défavorable. La différence entre les deux pays repose sur les critères d'évaluation et non sur le contenu scientifique.

La France a certes signé le 11 juin 2025, à l'Ambassade d'Allemagne à Paris, une lettre d'intention de coopération bilatérale sur l'évaluation des dispositifs médicaux numériques, associant le ministère de la Santé, la HAS, leurs homologues allemands et le BfArM. Cette coopération prévoit des ateliers conjoints, des échanges d'experts et une publication scientifique commune prévus d'ici fin 2026.⁶⁴ Cependant, il ne s'agit pas d'une reconnaissance mutuelle des évaluations, mais d'un dialogue méthodologique. Une application remboursée via le DiGA ne bénéficie d'aucune présomption favorable auprès de la HAS, comme le cas HelloBetter l'a déjà démontré...

En France, **l'absence de trajectoire claire freine à la fois l'investissement, le développement des solutions et leur adoption par les professionnels**. Elle entretient une incertitude sur les critères d'éligibilité et sur les conditions d'accès au remboursement. Cette absence de voie structurée ne signifie pas l'inexistence de la demande. La plateforme AppThera, lancée en mars 2024, démontre que l'infrastructure de prescription existe. Près de 600 médecins l'utilisent déjà pour prescrire des thérapies numériques contre l'insomnie, la lombalgie ou l'obésité⁶⁵. C'est le cadre de financement qui fait défaut, non la demande des professionnels.

L'enjeu ne réside donc pas uniquement dans l'ouverture du remboursement, mais dans **la capacité à structurer un cadre adapté aux spécificités de ces interventions**.

Les thérapies comportementales numériques s'inscrivent dans **une logique de parcours** structuré, combinant évaluation initiale, personnalisation, accompagnement dans la durée, interactions répétées et mesure continue des résultats.

⁶² AppThera. (2024, 31 janvier). *Thérapies numériques & santé publique : les chiffres clés de l'expérience allemande (rapport DiGA 2023)*. [Lien](#)

⁶³ Théard-Jallu, C. (2024, 19 janvier). *DTx : la réglementation se met progressivement en place*. DeviceMed. [Lien](#)

⁶⁴ Ministère de la Santé et de la Prévention. (2025, 11 juin). *Signature d'un accord franco-allemand pour renforcer la coopération sur l'évaluation des dispositifs médicaux numériques*. Gouvernement français. [Lien](#)

⁶⁵ Minota, C. (2025, 28 mars). *AppThera accélère l'adoption des thérapies numériques en France*. MedTech France. [Lien](#)

Le cadre de financement doit intégrer cette continuité d'intervention, sans la fragmenter en une succession d'actes. Il convient ainsi de passer d'une logique centrée sur l'acte remboursable à une approche de parcours de santé, évaluée à l'aune de ses impacts cliniques, comportementaux et médico-économiques.

Méta-Coaching propose de retenir des critères explicites : protocoles validés par un comité scientifique, intervention de professionnels qualifiés, personnalisation des parcours, suivi dans la durée et évaluation des résultats en vie réelle.

Les finances publiques n'offrent plus le luxe de l'attentisme. C'est précisément en ciblant les déterminants comportementaux des pathologies les plus coûteuses que la prévention cesse d'être une intention pour devenir un levier budgétaire concret. **Les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) sont appelés à jouer un rôle croissant** dans cette dynamique. L'article 54 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026⁶⁶ leur confère d'ailleurs un rôle institutionnel direct en tant que cofinanceurs du parcours préventif, aux côtés de l'Assurance maladie. Ils devront être associés aux discussions sur les conditions de remboursement et de cofinancement, dans le cadre d'une négociation structurée, à l'image du rôle exercé aujourd'hui par l'UNOCAM dans les négociations conventionnelles. Ils ont donc tout intérêt à anticiper ce rôle en s'appuyant sur des dispositifs évalués, dont la liste des prestations prises en charge sera précisée par décret.

3. Financer une filière française de TCCE numérique à impact clinique et économique démontré

La transformation du système de santé ne pourra aboutir sans un cadre de financement adapté aux interventions comportementales numériques fondées sur les thérapies cognitivo-comportementales. L'enjeu n'est pas de financer des outils numériques supplémentaires, mais de soutenir **des interventions thérapeutiques structurées, évaluées, capables d'agir sur des déterminants majeurs des dépenses de santé.**

Les TCC constituent l'un des champs les plus solides des interventions non médicamenteuses. Leur efficacité est documentée dans les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire, l'insomnie, la gestion du stress et les sorties d'addiction. Ces indications correspondent à des priorités sanitaires majeures : santé mentale, maladies chroniques, obésité, sommeil, observance et prévention des rechutes. **Elles sont également associées à des coûts importants pour l'Assurance maladie, les organismes complémentaires, les employeurs et la société.**

L'argument économique est donc central. Les TCC permettent d'**intervenir sur des mécanismes qui entretiennent la chronicisation des troubles** : évitement, anxiété, dérégulation émotionnelle, conduites compulsives, mauvaise observance, recours répété aux soins, absentéisme, dépendance aux

⁶⁶ Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, art. 54. Journal officiel de la République française (JORF n° 0306 du 31 décembre 2025, texte n° 1).

traitements symptomatiques. En agissant sur ces mécanismes, elles peuvent réduire la pression sur le système de soins, non par une logique de rationnement, mais par une **amélioration effective des trajectoires de santé**.

La littérature médico-économique soutient cette orientation. Dans l'insomnie, les données disponibles sur la TCC-I numérique montrent des effets favorables sur les symptômes et sur certains postes de dépenses, notamment les consultations de soins primaires et les prescriptions de somnifères⁶⁷. Dans l'anxiété et la dépression, les interventions numériques guidées fondées sur la TCC apparaissent probablement coût-efficaces, et plusieurs évaluations en soins primaires concluent à un rapport coût-efficacité favorable⁶⁸. Dans les addictions, les interventions comportementales de sevrage tabagique incluant des composantes TCC peuvent être coût-efficaces⁶⁹.

Ces données ne doivent pas être interprétées comme la promesse d'économies immédiates dans toutes les situations. **Le bon critère est celui du rapport coût-efficacité : combien coûte une amélioration mesurable de santé, une rechute évitée, une réduction de consommation médicamenteuse, une amélioration de la qualité de vie ou un gain de productivité.** À cet égard, les TCC numériques présentent un intérêt spécifique : elles permettent d'abaisser le coût marginal d'accès à des protocoles validés, tout en organisant un suivi régulier et une mesure des résultats en vie réelle.

Le numérique apporte ici un levier décisif. Il permet de **rendre accessibles des protocoles validés à un nombre beaucoup plus large de patients**, de personnaliser les parcours, d'assurer un suivi dans la durée, de recueillir des données d'usage et de mesurer les résultats en vie réelle. Il ne remplace pas l'accompagnement humain ; il en augmente la portée, en réservant l'intervention des professionnels aux moments où elle produit le plus de valeur.

⁶⁷ Buntrock C et al. Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: Health-Economic Evaluation From the Societal and Public Health Care Perspective Alongside a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2021. <https://www.jmir.org/2021/5/e25609/> NICE. Sleepio to treat insomnia and insomnia symptoms (HTG624). HealthTech guidance, 2022/2026.

<https://www.nice.org.uk/guidance/htg624/resources/sleepio-to-treat-insomnia-and-insomnia-symptoms-pdf-1809598465604293>

Sampson C et al. Digital cognitive behavioural therapy for insomnia and primary care costs in England: an interrupted time series analysis. *BMJ Open*, 2022.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9447315/>

⁶⁸ Kählke F et al. Systematic review of economic evaluations for internet- and mobile-based interventions for mental health problems. *npj Digital Medicine*, 2022. <https://www.nature.com/articles/s41746-022-00702-w> ; Chapdelaine A et al. Cost-effectiveness of transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for anxiety disorders versus treatment as usual. *Psychological Medicine*, 2023. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/costeffectiveness-of-transdiagnostic-group-cognitive-behavioural-therapy-for-anxiety-disorders-v-treatment-as-usual-economic-evaluation-of-a-pragmatic-randomized-controlled-trial-over-an-8month-time-horizon-using-selfreported-data/603AF355734B27AD8B7ED086D58902AD> ; Ali S et al. Cost-Effectiveness of Computer-Assisted Cognitive Behavioral Therapy for Depression Among Adults in Primary Care. *JAMA Network Open*, 2024. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2826173>

⁶⁹ Barnett PG et al. Cost-effectiveness of extended cessation treatment for older smokers. *Addiction*, 2014. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24329972/>

ThéraSomnia illustre cette logique. Le programme transpose sous forme numérique une TCC-I validée, recommandée comme traitement de première intention de l'insomnie chronique. Son évaluation clinique montre une amélioration significative de la sévérité de l'insomnie et des paramètres associés, ainsi qu'une réduction importante du recours aux hypnotiques. Cette donnée relie directement l'efficacité clinique à un enjeu de réduction des consommations de soins et de traitements.

Cette réalité impose de faire évoluer les cadres de financement. En l'absence de remboursement ou de cofinancement structuré, le système continue de financer tardivement les complications, les traitements prolongés, les arrêts de travail et les prises en charge curatives, alors même que des interventions validées permettraient d'agir plus tôt.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie ont ici un rôle stratégique. Leur intérêt n'est pas seulement d'accompagner une politique publique de prévention, mais d'investir dans des dispositifs capables de réduire les risques futurs, d'améliorer la qualité de vie des assurés et de limiter la progression de certaines dépenses évitables. Ils doivent être considérés comme des financeurs, des relais de prescription et des partenaires de déploiement, et non comme les bénéficiaires finaux des programmes. À ce titre, ils devront être associés à la définition des conditions de remboursement et de cofinancement. À condition d'être fondés sur des protocoles validés, suivis dans la durée et évalués en vie réelle, les programmes de TCC numériques peuvent devenir un levier concret de maîtrise médicalisée des dépenses.

Dans ce contexte, **les dispositifs de soutien à l'innovation, dont le crédit d'impôt recherche,** devraient également mieux prendre en compte les travaux nécessaires à la formalisation, à la personnalisation et à l'évaluation de protocoles comportementaux numériques. Ce point ne constitue pas le cœur du modèle économique, mais un levier complémentaire pour soutenir une filière française exigeante, fondée sur la preuve, l'évaluation et la souveraineté des données.

À défaut d'un cadre clair, la France prend **le risque de laisser se développer une dépendance à des solutions étrangères, conçues selon des standards scientifiques, économiques et éthiques qui ne seront pas nécessairement alignés avec les priorités de son système de santé.** À l'inverse, soutenir une filière française de TCC numériques permettrait de conjuguer efficacité clinique, soutenabilité économique, souveraineté sanitaire et qualité scientifique.

CONCLUSION

Notre système de santé se trouve aujourd'hui face à un choix structurant. Il peut continuer à financer majoritairement des prises en charge tardives, centrées sur les complications et les traitements symptomatiques ; ou il peut organiser un déplacement progressif de l'effort vers des interventions capables d'agir plus tôt, plus durablement et de manière mesurable sur les comportements qui conditionnent les trajectoires de santé.

Les thérapies cognitivo-comportementales, et en particulier leurs formes numériques lorsqu'elles sont rigoureusement conçues, évaluées et accompagnées, offrent aujourd'hui une réponse crédible à cette exigence. Leur efficacité clinique est démontrée dans plusieurs indications majeures. Leur intérêt médico-économique est établi. Leur déploiement numérique permet d'envisager une diffusion à grande échelle, sans renoncer à la personnalisation ni à l'évaluation des résultats.

La question n'est donc plus de savoir si les interventions comportementales numériques peuvent produire un impact, mais si la France choisit de se donner les moyens de les déployer à la hauteur des enjeux.

Méta-Coaching, par son antériorité, son corpus de programmes, ses données de vie réelle et son positionnement scientifique, est en mesure de contribuer à cette évolution.

À PROPOS DE MÉTA-COACHING

Fondée en 2011 par Anne-Dominique Bonte, ingénieure agronome formée à Sciences Po Paris et à Stanford, Méta-Coaching s'est imposée comme l'un des acteurs pionniers en France du développement d'interventions comportementales numériques. Dans un contexte où ces approches restaient largement absentes des politiques publiques et des dispositifs d'accompagnement structurés, l'entreprise a fait le choix d'inscrire l'innovation dans un cadre d'exigence scientifique rigoureuse : des protocoles validés, un comité scientifique pluridisciplinaire intervenant à chaque étape de la conception au déploiement, et une évaluation systématique des effets sur les comportements et les trajectoires de santé.

Dix programmes couvrant les champs prioritaires de santé publique. Méta-Coaching a développé dix programmes numériques hybrides, conçus avec des professionnels de santé et structurés autour des thérapies cognitivo-comportementales émotionnelles. En santé mentale : ThéraSomnia, premier programme français de TCC de l'insomnie en ligne, et ThéraSéréna, dédié à la gestion du stress et à la prévention du burn-out. Dans le champ des comportements alimentaires et de l'obésité : LineCoaching, programme de régulation alimentaire sans restriction ni régime, et NutriKids, consacré au surpoids

infantile. Dans le champ des addictions : ThéraTabac. En prévention transversale : Équilibre et Bien-Être, conçu pour agir sur les déterminants comportementaux avant même l'apparition de troubles. Chaque programme repose sur une évaluation initiale du profil de l'utilisateur, une personnalisation du parcours, un suivi dans la durée et une capacité d'ajustement continu fondée sur les données d'usage.

Un modèle hybride qui préserve le temps médical. L'articulation entre outils numériques adaptatifs et accompagnement humain, assuré par des psychologues et des coachs conduisant entretiens individuels et sessions collectives, permet de maintenir une intensité thérapeutique adaptée sans mobiliser excessivement les professionnels de santé. Ce modèle répond directement aux contraintes d'un système sous tension, en déléguant à la technologie le suivi de routine et en concentrant l'intervention humaine là où elle produit le plus d'effet.

Des bénéficiaires individuels, des financeurs publics et privés, une logique d'impact mesurable.

Les programmes de Méta-Coaching sont déployés au bénéfice des individus (assurés, salariés, patients, adhérents ou particuliers) dans différents cadres d'accès : entreprises, organismes complémentaires d'assurance maladie, acteurs institutionnels, professionnels de santé ou accès direct. Les organismes complémentaires et les entreprises jouent un rôle déterminant de financeurs, de relais de prescription, de partenaires de déploiement et d'orientation vers les parcours. Ils ne sont pas les bénéficiaires finaux des programmes, mais des acteurs clés de leur accessibilité et de leur passage à l'échelle. Dans chacun de ces contextes, l'évaluation de l'engagement et de l'impact sur les trajectoires de santé constitue un engagement contractuel, et non un indicateur secondaire.

Reconnaisances et distinctions

- ▶ Labellisée Jeune Entreprise Innovante (JEI) et bénéficiaire du Crédit Impôt Recherche
- ▶ Membre des pôles de compétitivité Medicen et Cap Digital
- ▶ Lauréate des Journées Nationales du Numérique en Santé 2016 pour ThéraSomnia
- ▶ Nominée au Prix Galien 2025 dans les catégories « Accompagnement du patient » et « Medtech & solutions numériques ».