

Idiosyncrasie chez Canguilhem et suivi des patients: les enjeux sanitaires de l'IA**AGBAVON Tiasvi Yao Raoul**

Maître-Assistant

Enseignant-Chercheur

Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)

Département de Philosophie

raoulagbavon@hotmail.com

Résumé: Dans la philosophie biomédicale de Georges Canguilhem, la normativité biologique impose de prendre en compte l'idiosyncrasie dans la compréhension de la santé et de la maladie. La pratique médicale, orientée vers le rétablissement de la santé des individus, ne peut dès lors se satisfaire de protocoles fondés sur une standardisation uniforme des données, dans la mesure où ce qui est considéré comme pathologique chez un patient peut ne pas l'être chez un autre. La collecte et le suivi des données individuelles constituent ainsi un enjeu central du soin, en particulier pour appréhender les trajectoires singulières des patients. Avec le développement du numérique, ces données peuvent être conservées, structurées et rendues traçables sur de longues périodes, ouvrant de nouvelles perspectives pour le suivi médical. L'intelligence artificielle apparaît alors comme un outil susceptible de faciliter la gestion des données de santé et d'accompagner le suivi régulier des patients. À partir d'une analyse de ressources documentaires relatives à l'IA et de concepts issus de la philosophie biomédicale canguilhémienne, cette contribution se propose de montrer comment l'intelligence artificielle peut être intégrée aux pratiques médicales à condition de demeurer compatible avec les exigences de l'idiosyncrasie et de la normativité biologique.

Mots-clés : Canguilhem, idiosyncrasie, intelligence artificielle, santé, suivi des patients

Idiosyncrasy in Canguilhem and patient follow-up: the health implications of AI

Abstract: Within Georges Canguilhem's biomedical philosophy, biological normativity necessitates the consideration of idiosyncrasy in the conceptualization of health and disease. Consequently, medical practice, oriented toward the restoration of individual health, cannot be satisfied with protocols grounded in the uniform standardization of data, insofar as what constitutes a pathological state in one patient may not be deemed so in another. The collection and longitudinal monitoring of individual data thus represent a pivotal imperative in healthcare, particularly for apprehending the singular trajectories of patients. With the advent of digital technologies, such data can be preserved, structured, and rendered traceable over extended periods, thereby opening novel perspectives for medical monitoring. Artificial intelligence therefore emerges as a tool capable of facilitating health data management and supporting the continuous monitoring of patients. Drawing upon an analysis of literature pertaining to AI and concepts derived from Canguilhemian biomedical philosophy, this contribution aims to demonstrate how artificial intelligence can be integrated into medical practices, on the condition that it remains congruent with the imperatives of idiosyncrasy and biological normativity.

Keywords : Canguilhem, idiosyncrasy, artificial intelligence, health, patient monitoring

Introduction

Depuis les travaux de Georges Canguilhem, la médecine ne peut plus être pensée comme une simple application de normes biologiques objectives, mais comme une pratique confrontée à la singularité irréductible du vivant. Cette singularité, C. Bernard en avait conscience lorsqu'il analysait l'idiosyncrasie, mais n'en a pas fait le fondement de ses travaux qui consistaient à asseoir les fondements d'une médecine scientifique. À cet effet, il s'est évertué à construire la démarche scientifique médicale sur l'objectivité de la généralisation plutôt que sur les particularités. Car selon lui, « c'est la généralisation qui conduit à la loi des phénomènes et au vrai but scientifique » (C. Bernard, 2013, p. 172). Toutefois, en plaçant la normativité biologique au cœur de sa philosophie de la santé, Canguilhem a profondément renouvelé la compréhension du normal et du pathologique, en montrant que ceux-ci ne se définissent pas indépendamment de l'individu, mais à partir de sa capacité à instituer ses propres normes en situation.

Ainsi, pour G. Canguilhem (1984, p. 130), « la santé c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles ». Cette conception dynamique de la santé confère à l'idiosyncrasie, entendue comme l'expression singulière de la normativité biologique, un statut central dans la pratique médicale et dans l'élaboration du savoir médical lui-même. En ce sens, « la santé dépasse le modèle médical » (G. Julia et al., 2023, p. 182), dans la mesure où elle ne se laisse pas réduire à l'application de normes biologiques objectives, mais engage une relation singulière de l'individu à son milieu et à ses capacités normatives.

Une telle approche implique que la médecine ne saurait se réduire à une science de l'observation objective des fonctions biologiques, mais qu'elle engage nécessairement une attention à la singularité des trajectoires vitales et pathologiques. La reconnaissance de l'idiosyncrasie met ainsi en évidence une tension épistémologique constitutive de la médecine moderne : celle qui oppose, d'une part, l'observation biomédicale fondée sur des normes générales et, d'autre part, la singularité biologique des individus, irréductible à toute moyenne statistique. Cette tension traverse l'ensemble des pratiques cliniques et conditionne la manière dont sont définies la santé, la maladie et les modalités du soin.

Cette exigence de prise en compte de la singularité se trouve aujourd'hui confrontée à de nouvelles formes de rationalité médicale, liées au développement de l'intelligence artificielle en santé. Fondés sur l'exploitation massive des données médicales et sur des modèles algorithmiques de prédiction, ces dispositifs promettent une médecine plus précise, plus anticipative et plus efficace dans le suivi des patients. Toutefois, en privilégiant la corrélation statistique et la généralisation des profils, ils semblent reconduire, sous une forme renouvelée, une tendance à la standardisation des soins, susceptible de transformer les conditions de prise en compte de la singularité biologique. Dès lors, une question épistémologique majeure se pose : comment articuler une médecine attentive à l'idiosyncrasie des patients avec des outils algorithmiques fondés sur la généralisation et la prédiction ?

Cette contribution n'aborde pas l'intelligence artificielle sous un angle strictement computationnel, mais comme une rationalité médico-algorithmique reconfigurant les modalités contemporaines du soin et du suivi des patients. Il ne s'agit pas, dans cette perspective, d'opposer de manière simpliste la médecine humaniste aux technologies numériques, ni de nier les apports de l'intelligence artificielle dans la gestion des données de santé et le suivi médical. L'enjeu est plutôt d'interroger les présupposés épistémologiques qui orientent l'usage de l'IA en médecine, afin de déterminer sous quelles conditions celle-ci pourrait s'inscrire dans une pratique du soin respectueuse de la normativité biologique des individus. Autrement dit, la question est de savoir si l'intelligence

artificielle peut être conçue non comme un instrument de normalisation accrue, mais comme un outil susceptible d'accompagner la prise en compte des singularités biologiques dans la pratique médicale.

Dans cette optique, la présente réflexion s'inscrit dans une épistémologie critique de la médecine, inspirée de la philosophie de Georges Canguilhem, et vise à analyser les tensions, mais aussi les possibilités d'articulation, entre idiosyncrasie et algorithmes. Elle se propose de contribuer à une redéfinition des pratiques médicales et des enjeux sanitaires contemporains à l'ère de l'intelligence artificielle.

À partir d'une analyse épistémologique inspirée de la philosophie biomédicale de Georges Canguilhem et d'une étude critique des dispositifs contemporains d'intelligence artificielle appliqués au suivi médical, cette contribution interroge les conditions d'articulation entre normativité biologique et rationalité algorithmique. Pour ce faire, l'analyse sera structurée en trois moments. Il s'agira d'abord d'examiner l'idiosyncrasie selon Canguilhem, en montrant comment la pratique médicale, envisagée au prisme de la singularité, repose sur une conception normative du vivant et révèle une tension épistémologique entre observation biomédicale et singularité biologique. Ensuite, l'étude portera sur les rapports entre santé et intelligence artificielle, en mettant en lumière à la fois les promesses d'une médecine prédictive et les risques de standardisation des soins qu'elle comporte. Enfin, il conviendra d'envisager une redéfinition des pratiques médicales, en identifiant les conditions épistémologiques d'une intelligence artificielle intégrative de l'idiosyncrasie et en analysant l'émergence d'une normativité médico-algorithmique à l'ère du numérique.

1. L'idiosyncrasie selon Canguilhem : la pratique médicale au prisme de la singularité

1.1. L'expression de l'idiosyncrasie dans la normativité biologique

L'idiosyncrasie est un concept qui n'est pas évanescant dans les réflexions bernardiennes. Dans *l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, C. Bernard (2013, p. 172) écrit ceci : « le médecin n'est point le médecin des êtres vivants en général, pas même le médecin du genre humain, mais bien le médecin de l'individu humain, et de plus le médecin d'un individu dans certaines conditions morbides qui lui sont spéciales et qui constituent ce que l'on a appelé son idiosyncrasie ». Toutefois, dans les perspectives bernardiennes, il ne faudrait pas s'arrêter à cette particularité des individus qui entraverait la généralisation qu'il considère comme relevant de l'objectivité scientifique. Pour cette raison, Claude Bernard ne s'est pas appesanti sur le concept d'idiosyncrasie, là où Georges Canguilhem a trouvé un terrain fertile pour sa philosophie médicale.

Dans la philosophie médicale de Georges Canguilhem, l'idiosyncrasie ne constitue pas une anomalie marginale par rapport à un modèle biologique idéal, mais l'expression même de la normativité du vivant. En rompant avec une conception strictement objectiviste de la santé et de la maladie, Canguilhem montre que le vivant ne se contente pas de se conformer à des normes biologiques préexistantes, mais qu'il est fondamentalement capable d'en instituer de nouvelles en fonction des situations auxquelles il est confronté. La normativité biologique désigne ainsi la capacité propre à chaque organisme de définir ce qui est pour lui normal ou pathologique, en fonction de son rapport singulier à son milieu. C'est ce que décrit E. Sfara (2018, p. 27) lorsqu'il affirme ceci : « L'organisme du vivant adapte en dernière analyse sa propre norme physiologique à la variabilité du contexte. Lorsque ce passage se produit, on a affaire à la « normativité » ».

L'idiosyncrasie apparaît donc comme la manifestation concrète et irréductible de la normativité individuelle. Elle renvoie à la manière singulière dont un individu vit, éprouve et interprète ses états

corporels, ses dysfonctionnements et ses capacités d'adaptation. Ce qui est jugé pathologique chez un sujet peut ne pas l'être chez un autre, non pas en raison d'une simple variation quantitative des paramètres biologiques, mais parce que chaque individu entretient un rapport normatif spécifique à son propre fonctionnement. L'idiosyncrasie exprime ainsi une singularité qualitative, qui ne peut être pleinement saisie par des normes biologiques générales ou des seuils statistiques.

Canguilhem insiste à cet égard sur le caractère dynamique et créateur de la normativité biologique. Cette conception dynamique de la normativité biologique conduit Canguilhem à définir la santé non comme un état d'équilibre stable, mais comme une capacité d'adaptation face aux variations du milieu. Ainsi, « la santé, c'est une marge de tolérance des infidélités du milieu » (Canguilhem, 1984, p. 130). L'idiosyncrasie apparaît alors comme l'expression concrète de cette tolérance normative, propre à chaque individu, irréductible à des seuils biologiques universels. La santé ne se définit pas comme la conformité à une norme fixe, mais comme la capacité à supporter des variations, à tolérer des écarts et à inventer de nouvelles normes face aux contraintes imposées par la maladie ou par le milieu. En ce sens, l'idiosyncrasie ne constitue pas une limite au savoir médical, mais en révèle au contraire la condition même : elle rappelle que la médecine s'exerce toujours à partir de situations singulières, et que le jugement clinique ne peut être entièrement déduit de lois biologiques universelles.

Cette conception de la normativité biologique engage une compréhension profondément renouvelée de la pratique médicale. Le patient n'est plus seulement un organisme mesurable et comparable à d'autres, mais un être normatif dont les réactions, les résistances et les adaptations traduisent une manière propre d'habiter son corps et sa maladie. L'expression de l'idiosyncrasie impose ainsi à la médecine une attention particulière aux trajectoires individuelles, aux récits cliniques et à l'histoire singulière des patients, qui constituent autant de dimensions irréductibles à une simple objectivation biomédicale.

En mettant au jour cette normativité biologique singulière, Canguilhem confère à l'idiosyncrasie une portée épistémologique décisive. Elle remet en question la prétention de la médecine à fonder ses normes exclusivement sur des régularités biologiques générales, et souligne que le savoir médical est toujours élaboré à l'intersection de données objectives et d'expériences subjectives. L'idiosyncrasie devient alors un principe critique à partir duquel il est possible d'interroger les modes contemporains de production du savoir médical, notamment lorsque ceux-ci tendent à neutraliser la singularité au profit de modèles standardisés.

1.2. La tension épistémologique entre observation biomédicale et singularité biologique

La reconnaissance de l'idiosyncrasie comme expression de la normativité biologique conduit nécessairement à mettre en lumière une tension épistémologique qui est fondamentale pour la médecine moderne. Cette tension oppose deux exigences fondamentales : d'une part, l'observation biomédicale, fondée sur la mesure, la comparaison et la généralisation des phénomènes biologiques qui est tributaire des perspectives bernardiennes ; d'autre part, la prise en compte de la singularité biologique des individus, telle qu'elle s'exprime dans des trajectoires cliniques irréductibles à des normes moyennes. Chez Canguilhem, cette tension ne relève pas d'une contradiction infondée, mais d'un problème structurel du savoir médical lui-même.

L'observation biomédicale repose sur une objectivation des organismes ou individus, qui permet de dégager des régularités physiologiques, d'identifier des dysfonctionnements et de construire des classifications nosologiques. Cette démarche est indispensable à la constitution de la médecine comme savoir scientifique. Toutefois, elle tend à produire des normes générales à partir de données statistiques, en neutralisant les variations individuelles jugées non pertinentes pour

l'élaboration des modèles explicatifs. Or, c'est précisément cette neutralisation que Canguilhem interroge, en montrant que les écarts individuels ne sont pas de simples anomalies à corriger, mais des expressions significatives de la normativité du vivant.

La singularité biologique, telle qu'elle se manifeste dans l'idiosyncrasie, met ainsi en crise l'idée selon laquelle le normal et le pathologique pourraient être définis exclusivement à partir de critères objectifs et universels. Ce qui apparaît comme une anomalie du point de vue des normes biomédicales peut constituer, pour un individu donné, une manière viable et cohérente de fonctionner dans son milieu. La maladie elle-même ne se réduit pas à une déviation mesurable par rapport à une norme statistique, mais engage une expérience vécue, une réorganisation des rapports entre l'organisme et son environnement. Dès lors, l'observation biomédicale se heurte à une limite épistémologique : elle ne suffit pas, à elle seule, à rendre compte de la signification clinique des états de santé et de maladie.

Cette limite de l'observation biomédicale tient précisément au fait que le vivant ne se déploie pas dans un univers de régularités abstraites, mais dans un monde d'interactions concrètes et contingentes. À dire vrai, « le vivant ne vit pas parmi les lois, mais parmi des êtres et des événements qui diversifient ces lois » (G. Canguilhem, 1984, p. 131). Cette affirmation met en évidence le caractère irréductible de la vie biologique, et souligne que toute normativité médicale fondée exclusivement sur des lois générales manque la dimension singulière de l'expérience du vivant. Il y a, dès lors, une tension épistémologique entre observation biomédicale et singularité biologique.

Cette tension épistémologique a des implications directes pour la pratique médicale. Le médecin ne peut se contenter d'appliquer mécaniquement des normes biologiques générales. Il doit exercer un jugement clinique qui articule les données objectives à l'évaluation de la situation singulière du patient. Canguilhem souligne ainsi que le savoir médical est toujours situé à l'intersection de deux registres : celui de l'objectivation scientifique et celui de l'interprétation normative. La singularité biologique n'est donc pas un obstacle à la connaissance, mais une condition de son exercice concret dans l'approche clinique.

En ce sens, observation biomédicale et singularité biologique ne doivent pas être comprises dans un contexte d'opposition à résoudre par l'élimination de l'un des termes, mais comme un problème épistémologique à maintenir ouvert. Elles rappellent que la médecine ne saurait être entièrement réduite à une science des lois biologiques, sans perdre de vue son objet propre, qui est le vivant et dont la manifestation est individualisée. Il va sans dire que sont réunis les matériaux d'une réflexion critique sur les formes contemporaines de rationalisation du savoir médical, notamment celles portées par les technologies numériques et l'intelligence artificielle, qui tendent à renforcer la logique de généralisation au détriment de la singularité biologique.

Les transformations contemporaines de la médecine, liées au développement de l'intelligence artificielle, tendent précisément à renforcer les logiques de généralisation à travers des dispositifs algorithmiques fondés sur l'exploitation massive des données. L'IA introduit ainsi une nouvelle forme de rationalité médicale, orientée vers la prédiction et l'anticipation des états de santé. Dès lors, la question se pose de savoir comment penser les rapports entre idiosyncrasie et algorithmes dans le domaine de la santé.

2. Santé et intelligence artificielle : entre idiosyncrasie et algorithmes

2.1. L'IA et les promesses d'une médecine prédictive

Le développement de l'intelligence artificielle en santé s'inscrit dans un contexte de transformation profonde des pratiques médicales, marqué par l'exploitation croissante des données de santé et par l'essor des capacités de calcul algorithmique. En effet, les applications de l'intelligence artificielle sont souvent présentées comme porteuses de bénéfices significatifs pour les systèmes de santé. Ainsi, « les applications de l'IA dans le secteur de la santé ouvrent la voie à des solutions novatrices, offrant un potentiel considérable pour améliorer l'accès aux soins, optimiser les diagnostics et renforcer les capacités des professionnels de la santé » (M. Boukar, A. Mahamat, 2025, p. 13). Ces promesses s'inscrivent dans le projet d'une médecine plus prédictive, plus anticipative et plus efficace dans le suivi des patients. L'IA se présente ainsi comme un ensemble de dispositifs techniques capables d'analyser de vastes volumes de données cliniques, biologiques, comportementales, afin d'identifier des régularités, d'anticiper l'évolution des pathologies et d'orienter la décision médicale. À ce titre, elle est porteuse de la promesse d'une médecine prédictive, susceptible d'améliorer la prévention, le diagnostic précoce et le suivi des patients.

La médecine prédictive repose sur une rationalité algorithmique spécifique, fondée sur la corrélation statistique et la modélisation probabiliste. Contrairement à l'approche clinique traditionnelle, centrée sur l'interprétation singulière des symptômes et sur l'histoire du patient, l'IA vise à dégager des profils de risque à partir de l'analyse de données massives, en identifiant des schémas récurrents au sein de populations larges. Elle permet ainsi de prédire l'apparition de certaines maladies, d'anticiper des complications ou d'évaluer l'efficacité probable de traitements, en s'appuyant sur des comparaisons à grande échelle.

Dans le cadre du suivi médical, ces promesses apparaissent particulièrement attractives. L'intelligence artificielle offre la possibilité de surveiller de manière continue l'état de santé des individus, grâce à l'intégration de données longitudinales issues de dossiers médicaux numériques, de dispositifs connectés ou de plateformes de télémédecine. Cette évolution repose largement sur l'exploitation de données issues de la pratique clinique ordinaire. En effet, « les données en vie réelle sont un prérequis à l'utilisation de l'IA dans les essais ou recherches cliniques : elles sont massives et prendront de plus en plus d'importance. Difficilement gérables par un humain lorsque l'analyse est très fine, elles devront être exploitées par l'IA » (B. Chaix, 2018, p. 24). L'intelligence artificielle apparaît ainsi comme un outil capable de traiter d'importants volumes de données qui peuvent vite saturer les capacités cognitives humaines, ouvrant la voie à de nouvelles formes de suivi et d'anticipation des trajectoires de santé.

Ainsi, « le recours aux applications numériques dans le domaine de la santé constitue un apport physique et moral immense, en permettant aux patients de retrouver une certaine forme d'autonomie et d'améliorer leur santé par une autosurveillance effective » (A. Cammilleri, 2023, p. 20). Ces dispositifs semblent alors favoriser une implication accrue des individus dans le suivi de leur état de santé, tout en renforçant la continuité et la personnalisation du soin. L'IA semble ainsi en mesure de renforcer la personnalisation des soins, en adaptant les recommandations médicales à l'évolution des paramètres biologiques et cliniques des patients. Cette perspective s'inscrit dans le projet d'une médecine dite de *précision*, qui ambitionne de dépasser les approches thérapeutiques uniformes au profit de stratégies plus ciblées.

Toutefois, cette personnalisation algorithmique repose sur une conception particulière de l'individualisation, entendue principalement comme une segmentation des profils à partir de variables mesurables. La singularité du patient y est appréhendée sous la forme de données

quantifiables, intégrées dans des modèles prédictifs qui visent à optimiser la prise de décision médicale. En ce sens, les promesses de la médecine prédictive ne relèvent pas uniquement d'un progrès technique, mais traduisent une redéfinition des modalités contemporaines du savoir médical, désormais orienté vers l'anticipation et la gestion du risque.

Si l'intelligence artificielle ouvre des perspectives nouvelles pour la prévention et le suivi des patients, elle engage également une transformation profonde de la rationalité médicale. En privilégiant la prédiction statistique et la généralisation des profils, elle pose implicitement la question de la place accordée à la singularité biologique et à l'expérience vécue du patient. C'est précisément cette tension, entre les promesses de la médecine prédictive et les risques qu'elle comporte pour la reconnaissance de l'idiosyncrasie, qui appelle une analyse critique et en vue d'un examen des enjeux liés à la standardisation des soins.

2.2. Les risques d'une standardisation des soins

À en croire A. Normand (2017, p. 30), en analysant la question de la e-santé, il souligne que celle-ci est « *élaborée pour une population générale sans tenir compte des spécificités de chacun* ». Si cette approche de Normand révèle quelques difficultés liées à la e-santé, cela l'est encore avec l'intelligence artificielle qui ouvre des perspectives nouvelles pour la médecine prédictive et le suivi des patients. En effet, son déploiement en santé comporte également des risques épistémologiques majeurs, au premier rang desquels figure la standardisation des soins. Ce risque ne tient pas à l'outil algorithmique en tant que tel, mais aux présupposés théoriques et méthodologiques qui orientent la conception et l'usage des systèmes d'IA. En privilégiant la généralisation statistique et l'optimisation des modèles prédictifs, ces dispositifs tendent à produire des normes de soin fondées sur des profils moyens, susceptibles de marginaliser les trajectoires cliniques atypiques.

La standardisation des soins résulte en grande partie de la logique même des modèles algorithmiques, qui opèrent par agrégation et comparaison de données à grande échelle. Les singularités individuelles, lorsqu'elles ne s'inscrivent pas dans des schémas récurrents ou des corrélations significatives, risquent d'être interprétées comme du bruit statistique ou comme des anomalies à corriger. Or, du point de vue canguilhemien, ces écarts constituent précisément des expressions de la normativité biologique propre à chaque individu. Leur neutralisation algorithmique conduit ainsi à une réduction de la complexité du vivant au profit de représentations simplifiées et fonctionnelles. Certes, la médecine moderne ne peut se passer des régularités statistiques nécessaires à l'identification des pathologies et à l'élaboration thérapeutique. Le problème épistémologique n'est donc pas l'existence des normes générales, mais leur considération de manière absolue au détriment de la variabilité normative des patients.

Cette tendance à la standardisation affecte également le jugement clinique. En proposant des recommandations fondées sur des calculs probabilistes, l'IA peut induire une délégation progressive de la décision médicale aux systèmes techniques, au détriment de l'interprétation singulière des situations cliniques¹. Le médecin se trouve alors confronté à une tension nouvelle : soit suivre les prescriptions algorithmiques, perçues comme plus objectives ou plus fiables, soit s'en écarter au nom de l'expérience clinique et de la connaissance du patient. Cette délégation

¹ Les usages contemporains de l'IA médicale recouvrent des réalités diverses : systèmes d'aide à la décision clinique, modèles prédictifs fondés sur le machine-learning, dispositifs de monitoring par objets connectés ou encore outils de détection automatisée d'images médicales. Toutefois, au-delà de toutes les applications d'IA, la logique reste la même, c'est-à-dire l'usage et le traitement de données massives collectées et qui ne traduisent pas toujours des singularités.

potentielle du jugement clinique repose toutefois sur une confusion majeure entre calcul et intelligence. En effet,

de nombreuses différences existent quant au raisonnement diagnostique chez le médecin et chez la machine. La plus importante réside sans doute dans le fait que si le raisonnement humain relève indéniablement d'une forme d'intelligence, il n'en est rien chez la machine, qui ne fait qu'exécuter des opérations sans comprendre ce pour quoi elle a été conçue et ce qu'elle fait. (T. Pelaccia et al., 2020, p. 195)

En l'absence de compréhension du sens clinique des situations, l'algorithme ne peut prétendre se substituer au jugement médical sans reconduire une normativité appauvrie et potentiellement standardisante.

Dans ce contexte, le risque est que la singularité du patient soit subordonnée à des normes de décision préétablies par les modèles algorithmiques. Cette situation met en évidence que le risque ne se situe pas uniquement dans la performance ou les limites techniques des dispositifs algorithmiques, mais dans l'ensemble de la configuration socio-clinique qu'ils contribuent à instaurer. Au fond, le risque est « partout dans le phénomène de la rencontre entre médecine et intelligence artificielle. Chacun des acteurs a sa part : les producteurs d'algorithmes et de machines, les utilisateurs, les médecins, les patients qui acceptent l'arrivée d'un nouvel « agent » dans la relation avec le médecin » (A. Tarby, 2021, p. 9). L'intelligence artificielle ne constitue donc pas un facteur de risque isolé, mais un élément qui redistribue les responsabilités, les attentes et les formes de confiance au sein de la pratique médicale.

Alors que la médecine clinique entend la personnalisation comme une attention portée à l'histoire singulière, aux valeurs et aux capacités normatives du patient, l'IA tend à concevoir l'individualisation comme une sorte de données considérées comme des variables mesurables. Cette forme de personnalisation algorithmique, bien qu'efficace sur le plan opérationnel, demeure limitée dans sa capacité à saisir l'expérience vécue de la maladie et les dimensions qualitatives de la normativité biologique. À la vérité,

Le prisme de la donnée conduit en effet à une représentation objectivée de la santé du patient. La personne humaine, dans sa dimension intégrale (physique, psychologique, spirituelle), s'efface derrière des connaissances objectives que sont les données de santé du patient. Cette manière de regarder l'IA médicale par le biais de la donnée doit être distinguée d'une autre acception dite subjective. (C. Bloud-Rey, 2023, p. 6).

Il y a donc lieu de s'interroger sur les conditions dans lesquelles les dispositifs algorithmiques peuvent être intégrés aux pratiques médicales sans effacer l'idiosyncrasie des patients. Comme l'a si bien remarqué K. Popper (2018, p. 150), « toute solution d'un problème donne naissance à de nouveaux problèmes qui exigent à leur tour solution ». C'est à partir de cette exigence critique qu'il devient possible d'envisager une redéfinition des pratiques médicales, orientée vers une intelligence artificielle capable de soutenir, plutôt que de remplacer, la normativité vivante du soin.

L'analyse des promesses et des risques de l'intelligence artificielle en santé met en évidence un enjeu épistémologique central : la difficulté d'articuler la rationalité algorithmique avec la singularité normative des patients. Si l'IA tend à renforcer des logiques de généralisation et de standardisation des soins, elle n'est pas pour autant incompatible avec une médecine attentive à l'idiosyncrasie. Encore faut-il en interroger les conditions d'intégration au sein des pratiques médicales. Dès lors, il s'agit d'envisager une approche nouvelle des pratiques médicales à partir d'une IA intégrative de l'idiosyncrasie.

3. Vers une redéfinition des pratiques médicales: les conditions épistémologiques d'une IA intégrative de l'idiosyncrasie

3.1. L'intégration de la normativité biologique dans la boucle algorithmique

L'enjeu central de la présente partie consiste à penser les conditions sous lesquelles l'intelligence artificielle peut être mobilisée dans le suivi des patients sans reconduire une réduction de la singularité à des normes moyennes, mais en s'ouvrant à ce que Canguilhem permet de reconnaître : la normativité propre du vivant. Dans la continuité de l'analyse précédente, il ne s'agit donc pas d'affirmer une compatibilité de principe entre idiosyncrasie et algorithmes, mais d'identifier le cadre épistémologique qui rend cette articulation possible, puisque la question demeure précisément celle des conditions d'intégration d'une IA attentive à la singularité normative des patients.

Dans cette perspective, intégrer la normativité biologique ne signifie ni transposer mécaniquement des catégories cliniques dans un modèle, ni croire que l'expérience vécue du patient pourrait être purement convertie en variables. Le point décisif est de comprendre la boucle algorithmique non comme un circuit strictement technique (données → calcul → décision), mais comme une configuration socio-épistémique où interagissent au moins trois instances : des données (biologiques, cliniques, contextuelles), une opération de modélisation (qui construit des régularités), et un jugement clinique (qui interprète, valide, réoriente). En ce sens, l'intégration recherchée ne suppose pas une réduction de la singularité à des variables computationnelles, mais la conception de dispositifs capables d'accompagner et d'éclairer le jugement clinique à partir de données individualisées. L'IA devient alors un instrument d'intelligibilité et d'aide à la décision située, plutôt qu'un opérateur autonome de normalisation.

Cette reformulation a une conséquence épistémologique immédiate : si l'on veut que l'IA soit compatible avec l'idiosyncrasie, la norme ne peut être conçue comme un seuil universel appliqué au patient, mais comme une référence mobile, reconstruite dans et par le suivi. Autrement dit, l'IA ne doit pas seulement produire des prédictions à partir de populations, elle doit être pensée comme un outil susceptible de soutenir une médecine du trajet (évolution, transformations, réponses singulières) plus qu'une médecine du profil (catégorisation stable). « Ce qu'il faut viser, en revanche, c'est l'homéostasie, autrement dit la capacité à rester en équilibre dynamique, indépendamment des variations de l'environnement. Le numérique n'est pas la cause mais la solution » (S. Soudoplatoff, 2018, p. 36), dès lors qu'il est mobilisé comme un outil de suivi, de continuité et de lisibilité des trajectoires individuelles, plutôt que comme un instrument d'imposition de normes fixes. Dans le suivi médical, cela implique de privilégier des formes de connaissance qui rendent visibles les variations, les tolérances, les compensations et les réorganisations normatives propres à chaque individu, plutôt que de chercher à les effacer. Cette orientation rejoint l'idée selon laquelle le suivi et la gestion des données médicales peuvent tirer parti du numérique et de l'IA dès lors qu'il s'agit de conserver, tracer et structurer des informations individuelles sur la durée.

L'algorithme propose des régularités et des alertes, tandis que le clinicien, au contact de la situation singulière, requalifie ces signaux en fonction de l'histoire du patient, de son milieu, de ses antécédents, de ses réactions au traitement, et de la signification clinique des écarts. La boucle algorithmique² n'est alors intégrative que si elle demeure ouverte à la contestation clinique (possibilité de s'écarter de la recommandation), ouverte à l'inattendu (prise en compte des

² La boucle algorithmique désigne ici un processus circulaire par lequel les données du patient, leur modélisation statistique et leur interprétation clinique interagissent continuellement dans le suivi thérapeutique.

trajectoires atypiques), et ouverte au remaniement des catégories (capacité à reconsidérer ce qui compte comme pertinent). Cette ouverture est exactement ce qui permet de maintenir, au cœur de l'usage de l'IA, la normativité vivante du patient, plutôt que de la subordonner à une rationalité calculatoire close. Toutefois, elle ne peut être opérante qu'à la condition d'un rapport de confiance entre les acteurs du soin et les dispositifs techniques mobilisés. Comme le souligne C. Senik (2020, p. 5), « la confiance est la vertu élémentaire de toute vie sociale ». D'où, sans cette confiance (dans le suivi, dans l'outil, et les cadres d'usage) l'intégration de l'intelligence artificielle risque de se traduire par une délégation aveugle ou, à l'inverse, par un rejet défensif de la technologie.

Une telle intégration requiert ensuite une vigilance sur la nature des données mobilisées. Si l'idiosyncrasie est l'expression d'une normativité singulière, alors les données de suivi ne peuvent être uniquement ponctuelles et décontextualisées : elles doivent rendre possible une lecture longitudinale et située des variations. L'enjeu n'est pas d'accumuler indéfiniment des mesures, mais de sélectionner et d'organiser des informations capables d'éclairer les changements de normes propres à un individu : ce qui était tolérable hier ne l'est plus aujourd'hui ; ce qui apparaît "anormal" dans un référentiel général peut être "vivable" dans l'équilibre d'un patient donné.

Intégrer la normativité biologique dans la boucle algorithmique suppose de maintenir une hiérarchie épistémologique claire. Il convient, dès lors, de reconnaître que la prédiction n'est pas la vérité, la recommandation n'est pas la décision, et la corrélation n'est pas l'explication. Autrement dit, l'IA peut contribuer à orienter la pratique médicale (en signalant des risques, des tendances, des ruptures), mais elle ne peut fonder à elle seule la signification du normal et du pathologique, puisque cette signification est inséparable de la situation singulière du patient et de sa capacité normative. Il va sans dire que l'enjeu n'est pas de substituer l'algorithme à la clinique, mais d'encadrer l'IA dans un dispositif où le jugement médical reste l'instance régulatrice de l'interprétation.

Ainsi comprise, l'intégration de la normativité biologique dans la boucle algorithmique ouvre une perspective constructive. L'IA peut soutenir le suivi médical à condition d'être pensée comme une technologie qui accompagne la lecture des trajectoires individuelles, et non comme une machine à imposer des normes moyennes. L'IA pourrait donc faciliter la gestion des données médicales et le suivi régulier des individus, notamment dans des contextes où la traçabilité et la continuité des informations de santé constituent un défi majeur.

3.2. La redéfinition des enjeux sanitaires à l'ère de l'intelligence artificielle : une normativité médico-algorithmique

À l'ère de l'intelligence artificielle, les enjeux sanitaires ne se limitent plus à l'amélioration des performances diagnostiques ou à l'accélération de la décision médicale. Ils concernent plus fondamentalement la transformation des conditions de production, de traitement et d'interprétation des informations de santé. À dire vrai, le numérique permet d'accroître la conservation et la traçabilité sur une longue période de données sanitaires afférentes aux individus, et le suivi et la gestion des données médicales peuvent s'appuyer sur des solutions numériques, surtout avec l'intelligence artificielle. Dans cette perspective, l'IA ne représente pas seulement une technologie supplémentaire dans le domaine médical. Elle reconfigure les cadres de la normativité du soin, en introduisant de nouveaux opérateurs de mise en forme du normal et du pathologique.

C'est précisément pour rendre intelligible cette reconfiguration qu'il est utile de penser le concept de normativité médico-algorithmique³. Dans cette acception, la normativité médico-algorithmique ne signifie pas que l'algorithme dicte la norme. Elle signifie plutôt que la norme clinique se trouve médiatisée par de nouveaux instruments d'intelligibilité, capables de structurer des masses de données individuelles et de soutenir le suivi. À dire vrai, les informations contenues dans les carnets médicaux pourraient être enrichies par le numérique, grâce à une meilleure conservation et à une meilleure traçabilité, ce qui rend possible un suivi plus continu. Or, dès lors que l'IA intervient dans cette structuration et cette traçabilité, elle contribue à redéfinir, en pratique, ce qui devient visible et actionnable dans le dossier du patient. Il va sans dire que certaines variations seront détectées, certaines corrélations mises en avant, certaines tendances interprétées comme signaux. La normativité médico-algorithmique désigne donc le fait que, dans le champ du soin, la norme se reconstruit désormais au croisement de l'expérience clinique et des formats algorithmiques de représentation.

Toutefois, la cohérence épistémologique de cette normativité hybride dépend d'une condition décisive : savoir que la normativité du vivant, l'idiosyncrasie comme expression de celle-ci, demeure un principe régulateur du soin. Chez Canguilhem, cela signifie que la santé et la maladie ne sont pas des états fixés par des seuils impersonnels, mais par des rapports dynamiques à un milieu, où l'individu institue et réaménage ses normes. À cet effet, G. Canguilhem (1984, p. 176) souligne que « le normal c'est donc à la fois l'extension et l'exhibition de la norme ». Or, l'algorithme, quelle que soit sa puissance, ne peut donc prétendre épuiser la signification clinique d'un écart. De là découle une conséquence épistémologique forte : une normativité médico-algorithmique acceptable est celle qui demeure ouverte à la singularité, c'est-à-dire capable de laisser place à l'interprétation clinique, aux trajectoires atypiques et aux requalifications de ce qui compte comme normal ou pathologique pour un patient donné.

Dans cette optique, la redéfinition des enjeux sanitaires ne se comprend pas comme une simple modernisation technologique, mais comme un déplacement des priorités du soin vers des questions de continuité, de suivi et d'intelligibilité des trajectoires individuelles. L'enjeu dans le suivi thérapeutique, la collecte de données individuelles et leur gestion, s'évalue à l'aune du numérique et de l'IA pour organiser ces informations. Il s'agit de penser l'IA non seulement comme un instrument de performance, mais comme un levier possible de structuration des données de santé et de régularité du suivi dans des contextes où la traçabilité et la continuité peuvent constituer des défis majeurs. Autrement dit, l'enjeu sanitaire devient aussi un enjeu de mémoire clinique, de continuité informationnelle et de capacité à suivre l'individu dans la durée, ce qui est précisément compatible avec l'exigence idiosyncrasique, dès lors que la singularité n'est pas dissoute dans des moyennes.

Dès lors, la normativité médico-algorithmique peut être comprise comme un cadre d'analyse permettant d'éviter deux écueils symétriques. Le premier serait de rejeter l'IA au nom d'une défense abstraite du vivant : une telle position manquerait l'intérêt réel des technologies numériques pour la conservation, la structuration et la traçabilité des données nécessaires au suivi. Le second écueil serait de sacraliser l'objectivité algorithmique : ce serait alors réduire la médecine à une administration des profils, au risque de reconduire la standardisation des soins. Entre ces deux positions, la normativité médico-algorithmique désigne une approche selon laquelle la médecine peut être augmentée dans ses capacités de suivi et de gestion des données, mais

³ Le concept de normativité médico-algorithmique, dans cette réflexion, désigne la production contemporaine de normes cliniques médiatisées par des dispositifs computationnels de traitement et d'interprétation des données de santé.

régulée par le principe canguilhémien de la normativité vivante. En ce sens l'algorithme participe au soin sans en devenir le fondement normatif ultime.

Parler de normativité médico-algorithmique, ce n'est pas seulement nommer un phénomène contemporain. C'est proposer un outil conceptuel pour évaluer la scientificité et la légitimité des usages de l'IA en santé. L'IA peut contribuer à redéfinir les enjeux sanitaires en renforçant le suivi et l'organisation des données individuelles, mais cette contribution n'est épistémologiquement soutenable que si elle demeure compatible avec l'idiosyncrasie comme expression de la normativité biologique. C'est à cette condition que la reconfiguration algorithmique du soin peut être pensée, non comme une standardisation accrue, mais comme une transformation contrôlée et cliniquement orientée des pratiques médicales.

Conclusion

Au terme de cette réflexion, il convient de relever que la philosophie médicale de Georges Canguilhem et les dispositifs contemporains d'intelligence artificielle mettent en évidence une tension fondamentale entre deux logiques normatives. L'approche canguilhémienne reconnaît la singularité des individus à travers l'idiosyncrasie, entendue comme expression d'une normativité biologique subjective et située. Quant à l'approche algorithmique, elle repose sur une rationalité calculatoire, prédictive et généralisante, qui tend à produire des profils standardisés. Là où Canguilhem reconnaît de l'idiosyncrasie comme fondement de la santé, l'IA risque, si elle n'est pas épistémologiquement encadrée, de marginaliser les trajectoires cliniques atypiques et les expériences extraordinaires du vivant.

Dans cette perspective, la normativité biologique mise en lumière par Canguilhem demeure un critère décisif pour évaluer les usages contemporains de l'intelligence artificielle en santé. Car, comme le souligne G. Canguilhem (1984, p. 130), « ce qui caractérise la santé, c'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles ». Cette affirmation engage une conception de la santé comme capacité normative créatrice, incompatible avec toute réduction du soin à l'application de normes algorithmiques fixes. Elle invite au contraire à penser une intelligence artificielle régulée par le jugement clinique et orientée vers l'accompagnement des trajectoires singulières.

Toutefois, il ne s'agit pas d'opposer de manière simpliste le vivant au numérique, mais de penser les conditions d'une médecine augmentée par l'intelligence artificielle sans être amputée de sa dimension normative. Cela suppose de concevoir des dispositifs algorithmiques intégrés à des cadres cliniques où le jugement médical demeure régulateur, et où l'IA soutient le suivi des patients par la structuration et la traçabilité des données individuelles. Car comme l'a si bien souligné J. Ribeiro (2021, p. 61), il convient de penser « un monde dans lequel l'IA serait un outil éthique au service de l'humain ».

Bibliographie

- BERNARD Claude, 2013, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Flammarion.
- BLOUD-REY Céline, 2023, « Introduction », in JULIA Guilhem, FAUCHON Anne, KANAWATI Rushed (dir.), *Intelligence artificielle, santé et droit*, Londres, ISTE Editions, pp. 3-9.
- BOUKAR Michel, MAHAMAT Abdelmajid Abderahim, 2025, *Digitalisation et systèmes de santé en Afrique. Potentiel et défis de l'intelligence artificielle dans l'amélioration des soins*, Paris, L'Harmattan.
- CAMMILLERI Anne, 2023, « Les applications de santé », in JULIA Guilhem, FAUCHON Anne, KANAWATI Rushed (dir.), *Intelligence artificielle, santé et droit*, Londres, ISTE Editions, pp. 19-37.
- CANGUILHEM Georges, 1984, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- CHAIX Benjamin, 2018, « Impact de l'intelligence artificielle dans la recherche clinique et la collecte de données en vie réelle », in *Actualités pharmaceutiques*, 578, pp. 22-24.
- JULIA Guilhem, FAUCHON Anne, KANAWATI Rushed (dir.), 2023, *Intelligence artificielle, santé et droit*, Londres, ISTE Editions.
- NORMAND Alexis, 2017, *La révolution de la e-santé*, Paris, Eyrolles.
- PELACCIA Thierry et al., 2020, « Une intelligence artificielle raisonne-t-elle de la même façon que les cliniciens pour poser des diagnostics ? », in *La Revue de Médecine Interne*, 43, 3, pp. 192-195.
- POPPER Karl, 2018, *Des sources de la connaissance et de l'ignorance*. Paris : Rivages poche.
- RIBEIRO Jérôme, 2021, « Sensibiliser et former aux enjeux de l'IA », in *Actu IA*, Septembre, 5, p. 61.
- SENIK Claudia (dir.), 2020, *Crises de confiance ?*, Paris, La Découverte.
- SFARA Emiliano, 2018, *Georges Canguilhem inédit. Essai sur une philosophie de l'action*, Paris, L'Harmattan.
- SOUODOPLATOFF Serge, 2018, *L'intelligence artificielle : L'expertise partout accessible à tous*, Paris, FONDAPOL.
- TARBY André, 2021, *Patient, médecin et intelligence artificielle*, Paris, L'Harmattan.

Processus d'évaluation de cet article:

- **Date de soumission: 19 mars 2026**
- ✓ **Date d'acceptation: 17 avril 2026**
- ✓ **Date de validation: 21 mai 2026**