

Bonjour Vivien Garcia, pourriez-vous, en quelques mots, présenter vos axes de recherche et leur lien avec l'intelligence artificielle ?

Mes recherches actuelles se situent à la croisée de la philosophie de la technique et de la philosophie morale et politique. L'intérêt d'une telle approche est double, car si elle propose d'abord d'examiner les conditions techniques ou technologiques de nos activités, voire de nos existences, elle conduit ensuite à remettre en question certains présupposés bien ancrés en éthique. Pendant longtemps, en effet (et encore très souvent aujourd'hui), on a considéré les objets techniques comme de simples moyens en vue de fins, comme de simples « outils ». Parallèlement, on a insisté sur le fait que l'éthique s'intéressait principalement aux fins, et pas (ou beaucoup moins) aux moyens, dont les « outils », donc. Mais si on s'intéresse de plus près aux objets techniques, on comprend vite qu'ils n'émergent pas de nulle part ; leur conception, par exemple, relève de pratiques socialement situées et porteuses de normes. De même, ils configurent nos actions (ils en rendent possibles certaines, en interdisent d'autres, modifient certaines manières de faire) ainsi que notre rapport au monde. On assiste donc à un croisement de normativités (techniques, morales, politiques, réglementaires, etc.) qui ne manque pas d'intérêt philosophique et pratique.

C'est dans ce contexte large que j'ai commencé à m'intéresser à l'intelligence artificielle... Avant même que cette affaire ne revienne à la mode.

On insiste souvent sur l'autonomie que certaines solutions d'intelligence artificielle pourraient offrir aux patients. Pouvez-vous expliquer quel type d'autonomie nous cherchons à développer chez ces patients ?

Il me semble difficile de répondre de manière tranchée à une question qui met en jeu des termes dont les significations sont aussi nombreuses. À commencer par celui d'« intelligence artificielle ». Rappelons qu'il ne connaît aucune définition qui ferait l'unanimité. Les personnes qui travaillent dans ce champ, d'ailleurs, lui préfèrent souvent d'autres dénominations plus précises. Ce qu'on nomme IA peut, en effet, faire référence à différentes approches (« symbolique » ou « connexionniste »), différents domaines (traitement automatique des langues, « vision par ordinateur », planification automatique, etc.), différents types de systèmes... Avoir une catégorie globale pour désigner tout cela est donc aussi pratique que trompeur.

Historiquement, l'« IA en santé » s'est révélée plus axée sur la pratique médicale que directement orientée vers les patients. Pensons, par exemple, aux systèmes d'aide à la décision ou au diagnostic. Des programmes de ce genre voient le jour dès les années 1970. Plus récemment, la « vision par ordinateur » a été massivement appliquée, dans le domaine de l'imagerie, pour la reconnaissance automatique des lésions par exemple. L'IA peut aussi croiser la robotique, comme dans le cas de la chirurgie assistée par ordinateur. Elle peut encore recouper la médecine personnalisée, fondée sur le traitement de données massives...

Il y a, bien sûr, des exemples plus directement orientés vers les patients, les « robots compagnons », notamment, lesquels intègrent fréquemment des systèmes d'intelligence artificielle. Mais ce qui est intéressant, en rapport avec cette question, c'est que ceux d'entre eux qui sont généralement le plus en vue sont destinés à des patients en perte d'autonomie fonctionnelle.

De manière générale, et dans leur grande diversité, les dispositifs d'intelligence artificielle consistent à produire des formes d'automatisation, pouvant impliquer la délégation de tout ou partie d'une activité (une partie du raisonnement médical, certaines opérations, certaines interactions...). La transformation de nos manières d'agir qui en découle s'accompagne généralement de modifications, voire de pertes de certaines compétences. Ce n'est pas nécessairement négatif, mais ce n'est jamais anodin. Cela devrait donc impliquer une réflexion sur comment nous voulons soigner et nous faire soigner, sur comment nous voulons vivre, et pourquoi. Une réflexion aux dimensions éthiques

évidentes, en somme. Sans ce genre de réflexion préalable, présumer qu'on « développe » de l'autonomie relève, au mieux, du postulat.

Certes, mais ne dit-on pas que l'IA va davantage permettre aux patients de faire seuls, va simplifier la relation de soin ?

Je crois qu'il y a un point crucial ici, et qu'il nous ramène à ce que nous disions juste avant. Ce que nous percevons généralement comme une simplification relève souvent de l'automatisation. Peu importe les conclusions que l'on en tire du point de vue normatif, parler de simplification, du point de vue descriptif, semble erroné : on ne « simplifie » pas lorsqu'on automatise grâce à des dispositifs technologiques, dans la mesure où on introduit de nouveaux éléments.

Il est en cela crucial de bien saisir la complexité des systèmes d'intelligence artificielle qui ont aujourd'hui le vent en poupe. Souvent, nous avons tendance à les qualifier d'« outils ». Mais, c'est une comparaison trompeuse, parce qu'elle renvoie à un panel d'objets techniques classiques, médiateurs de nos actions, mais inertes dès lors qu'ils quittent notre main (les marteaux, les couteaux, etc.). Les systèmes d'IA actuels impliquent, pour leur part, des dispositifs numériques complexes nécessitant une informatique ubiquitaire, en réseau et fonctionnant souvent non-stop ; soit des infrastructures complexes, qu'on oublie le plus souvent, mais dont les pannes ne manquent jamais de nous rappeler l'existence.

On ne se contente donc pas d'ajouter *un* élément (un « tiers technologique », comme pourrait laisser le croire une expression qui, il y a encore peu de temps, était très à la mode) à la relation de soin. On établit ou on renforce des connexions, et parfois des dépendances. Pour comprendre les enjeux techniques, éthiques et politiques des dispositifs d'IA (en santé, mais pas seulement), il faut prendre en compte ce degré de complexité. Ce qui pourrait, à première vue, apparaître comme une simplification, relève d'une complexification de fait.

L'IA en santé et la numérisation croissante qu'elle implique ne risquent-elles pas de laisser des patients en marge ? Je me réfère plus spécifiquement à la question de l'illectronisme. Une personne sur trois âgée de soixante ans et plus, ainsi que 62% des personnes de soixante-quinze ans et plus se trouveraient dans une telle situation.

Le terme « illectronisme » décrit un phénomène qu'il importe, en effet, de considérer attentivement parce qu'il révèle des difficultés nouvelles en matière d'accès au soin — et donc de nouvelles formes d'inégalité, voire d'exclusion. Cependant, lorsqu'on chausse que les lunettes de l'« illectronisme », on pense en termes de capacités, de compétence, de « maîtrise » de tel ou tel dispositif — des capacités, des compétences et des seuils de maîtrise à propos desquels il n'existe d'ailleurs pas de consensus. On met, en somme, l'accent sur la personne plutôt que sur le milieu.

Or, aujourd'hui et en particulier dans les contextes de soin, lorsqu'on aborde d'autres questions liées à l'accessibilité, on a plutôt tendance à faire l'inverse et à porter l'accent sur l'environnement, à penser comment adapter celui-ci plutôt qu'à chercher comment faire en sorte que les personnes s'y conforment. Pourquoi un tel renversement ?

Cela ne veut pas dire que la solution à l'illectronisme serait entièrement technique, qu'il suffirait de produire des dispositifs plus « adaptés ». Il y a aussi une dimension sociale et politique du phénomène : des environnements et des structures dans lesquels certains dispositifs numériques sont devenus des médiations incontournables, voire indispensables, pour accéder aux soins ont été créés. Cela s'est parfois réalisé aux dépens de certaines capacités effectives : toutes les personnes âgées en situation d'illectronisme n'avaient pas nécessairement de difficultés d'accès aux soins auparavant. Se contenter de ne voir là qu'un effet secondaire d'un « progrès » ou d'une « modernisation » est donc largement insatisfaisant, en plus d'être insuffisant ne serait-ce qu'en matière d'histoire des techniques.

La réduction de la diversité technologique est toujours le fruit de choix, plus ou moins affirmés et volontaires. Disposer de nouveaux objets et systèmes techniques n'implique pas le nécessaire démantèlement de ceux que l'on utilisait auparavant. Cela ne veut pas dire non plus qu'il ne faudrait jamais rien changer ou qu'il ne faut jamais démanteler une infrastructure technique, mais un tel choix doit impliquer une réflexion sur ce qui devrait être, une réflexion, là encore, aux dimensions éthiques évidentes. Or on y coupe souvent court, et sans grande participation des publics concernés, en invoquant une téléologie du progrès.

Auriez en tête quelques points de vigilance sur la progression de l'IA dans nos vies et dans le soin de manière plus spécifique ?

J'éviterai de prendre une posture surplombante en déclinant des points de vigilance et j'insisterai plutôt sur la nécessité constante d'une réflexion approfondie, attentive et collective sur les questions technologiques... Une réflexion qui n'hésite pas à se frotter à la complexité technique sans pour autant virer à l'affaire de spécialiste. Car on l'a vu, je crois, les enjeux sociaux, éthiques et politiques refont vite surface. Sans compter qu'ils sont déjà là, et non toujours à venir.

Ne devrions-nous pas également interroger l'expérience des patients et des usagers ? Peut-être devrions-nous accorder une attention particulière à cette dimension dès le début, lorsque nous mettons en place les systèmes d'IA ?

Certes. Et, en effet, quelques séances de retours d'expérience après coup n'y suffiront pas. D'ailleurs, c'est aussi valable pour l'éthique. On gagnerait à ne pas la réduire à comme une couche morale ou réglementaire a posteriori, ou encore à une collection de principes qui n'engagent pas à grand-chose. Elle peut s'avérer un élément fondamental du développement et de la conception technique.

Interview réalisé par Bénédicte Thiriez, coordinatrice du site d'appui lorrain