

L'IA POUR LA DETECTION PRECOCE ET LE SUIVI DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA)

Ablakpa Jacob AGOBE¹

Maître de Conférences(CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

jacobagobe@yahoo.fr

<https://orcid.org/0009-0004-8636-9753>

ADJOUANI Kobenan

Maître Assistant (CAMES)

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

adjkobenan@yahoo.fr

Résumé :

En Côte d'Ivoire, l'hypertension artérielle demeure largement sous-diagnostiquée, exposant les populations à un risque élevé d'accidents vasculaires cérébraux et de complications cardiovasculaires. Dans ce contexte, l'intégration d'une intelligence artificielle (IA) d'aide à la décision, fondée sur l'analyse des mesures de tension artérielle, pourrait améliorer le dépistage précoce et la priorisation des patients à risque. Cette étude analyse comment l'IA peut soutenir le suivi des patients tout en restant complémentaire au jugement médical. Les données proviennent d'entretiens semi-directifs menés auprès de patients, médecins, infirmiers et agents de santé communautaires, complétés par des observations de consultations et de l'utilisation de l'outil. L'analyse thématique inductive fait ressortir trois axes : détection précoce des risques, priorisation algorithmique des consultations et acceptabilité sociale et professionnelle de l'IA. Les résultats montrent que l'outil facilite l'identification des patients à risque, améliore l'organisation des soins et renforce la confiance des patients.

¹ Ablakpa Jacob AGOBE, Maître de Conférences en sociologie à l'Université Félix Houphouët-Boigny, inscrit son parcours dans une dynamique où se conjuguent production réflexive du savoir et engagement social. Affilié à l'école doctorale SCALL-ETAMP et au laboratoire ACAREFDELLA/AFRIQUE, il étudie les configurations socio-anthropologiques de la maladie chronique, de la santé sexuelle et reproductive, et des pratiques alimentaires, à travers une épistémologie croisant savoirs médicaux et expériences sociales du corps. Ses recherches analysent comment la maladie et le soin se construisent à l'intersection des déterminations sociales, culturelles et institutionnelles. Son dispositif combine objectivation théorique et immersion empirique pour révéler les inégalités de santé et les rapports de pouvoir. Secrétaire Général Adjoint de l'ONG TUB-CI, il articule sociologie critique, connaissances contextualisées et engagement éthique pour améliorer les politiques de santé publique.

Abstract :

In Côte d'Ivoire, high blood pressure remains largely undiagnosed, exposing the population to a high risk of strokes and cardiovascular complications. In this context, the integration of artificial intelligence (AI) for decision support, based on the analysis of blood pressure measurements, could improve early detection and the prioritisation of at-risk patients. This study analyses how AI can support patient monitoring whilst complementing clinical judgement. The data were collected through semi-structured interviews with patients, doctors, nurses and community health workers, supplemented by observations of consultations and the use of the tool. The inductive thematic analysis highlights three key areas: early risk detection, algorithmic prioritisation of consultations, and the social and professional acceptability of AI. The results show that the tool facilitates the identification of patients at risk, improves the organisation of care and boosts patient confidence.

Keywords: Artificial intelligence, Hypertension, Early detection, Medical decision support, Patient follow-up

Introduction

En Côte d'Ivoire, l'hypertension artérielle (HTA) constitue l'un des principaux facteurs de morbidité et de mortalité cardiovasculaires. Souvent qualifiée de « tueur silencieux », cette pathologie évolue longtemps sans symptômes apparents, ce qui explique que de nombreux patients ignorent leur statut hypertensif. Les observations de terrain dans les centres de santé communautaires révèlent que le dépistage reste insuffisant et que le suivi médical est marqué par une forte discontinuité, en particulier dans les zones urbaines populaires et les périphéries des grandes villes comme Yopougon.

Cette situation est aggravée par la surcharge des structures sanitaires, le manque de spécialistes (cardiologues, internistes), ainsi que par des contraintes économiques limitant la régularité des consultations. En conséquence, l'HTA est fréquemment diagnostiquée à un stade tardif, lorsque surviennent des complications graves et souvent irréversibles, notamment les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les maladies cardiaques, qui constituent une cause majeure de décès prématurés et de handicaps durables.

Ce constat préoccupant coexiste paradoxalement avec une réalité organisationnelle et technologique nouvelle. D'une part, les centres de santé communautaires disposent d'agents de santé capables de collecter régulièrement des données simples et standardisées, telles que les mesures de tension artérielle. D'autre part, l'usage des outils numériques mobiles (tablettes, smartphones) s'est largement diffusé dans le système de santé ivoirien, y compris dans les structures de premier niveau.

Le paradoxe réside alors dans le fait que, bien que les données nécessaires à la prévention des risques hypertensifs soient disponibles, elles sont encore peu exploitées de manière systématique pour anticiper les situations à haut risque et orienter efficacement la prise de décision médicale. Ainsi, alors que les ressources médicales sont limitées, les mécanismes de priorisation des patients reposent encore largement sur des pratiques empiriques, sans appui algorithmique structuré.

À partir de ce paradoxe, la question centrale de recherche formulée est : comment l'intégration d'une intelligence artificielle d'aide à la décision, fondée sur l'analyse des mesures de tension artérielle, peut-elle améliorer le dépistage précoce de l'hypertension et la priorisation des patients à risque d'AVC dans les centres de santé communautaires en Côte d'Ivoire ?

Cette question ouvre également une réflexion sur les conditions sociales, organisationnelles et éthiques de l'usage de l'IA dans un contexte de pénurie de ressources médicales.

L'objectif général de cette étude est d'analyser la contribution potentielle d'une IA simple et explicable à l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle dans les centres de santé communautaires ivoiriens.

De manière spécifique, il s'agit de : (i) évaluer la capacité de l'IA à identifier précocement les patients à risque élevé d'AVC ou de complications cardiovasculaires ; (ii) analyser l'impact de la priorisation algorithmique des consultations sur l'efficacité du travail médical et infirmier ; (iii) étudier l'acceptabilité sociale et professionnelle de l'IA comme outil d'appui à la décision, sans substitution au jugement clinique du médecin.

Sur le plan scientifique, cette recherche s'inscrit dans les champs de la sociologie de la santé, de la santé publique et des études sur l'innovation numérique en Afrique. Elle contribue à documenter les usages de l'intelligence artificielle explicable dans les systèmes de santé à ressources limitées, en mettant en évidence ses effets sur l'organisation des soins, la rationalisation des décisions médicales et la prévention des maladies chroniques.

Sur le plan social, l'étude présente une pertinence majeure pour la Côte d'Ivoire. En facilitant le dépistage précoce de l'HTA et en optimisant la gestion de ressources médicales rares, l'IA d'aide à la décision peut contribuer à la réduction des AVC, des décès prématurés et des incapacités durables. Elle offre également une réponse adaptée aux réalités socio-économiques locales, en s'appuyant sur des technologies mobiles peu coûteuses et largement disponibles, tout en renforçant le rôle des agents de santé communautaires et la performance globale du système de santé.

Les travaux d'Annemarie Mol constituent un cadre analytique central pour penser l'intégration de l'intelligence artificielle dans le suivi des maladies chroniques telles que l'hypertension. L'objectif poursuivi par l'auteure est de remettre en cause la vision biomédicale décisionnelle fondée sur le « choix rationnel » du patient ou du médecin, pour lui opposer une logique du *care* centrée sur la pratique quotidienne du soin et son caractère situé. Sa démarche méthodologique repose sur des enquêtes ethnographiques approfondies combinant observations cliniques, analyses de dossiers médicaux et entretiens avec soignants et patients. Les résultats de ses travaux montrent que les dispositifs de mesure et de suivi, tels que les tensiomètres, les protocoles thérapeutiques ou les tableaux de surveillance, ne produisent pas une décision unique et linéaire. Ils participent plutôt à une pluralité de régimes de soin au sein desquels la maladie se redéfinit selon les contextes d'usage et les interactions entre acteurs (Mol 41-45). Appliquée à l'hypertension artérielle, cette perspective suggère que l'intelligence artificielle d'aide à la décision ne doit pas être conçue comme un arbitre automatisé. Elle peut plutôt être envisagée comme un outil d'ordonnancement du soin facilitant l'anticipation des risques tout en laissant place à l'interprétation clinique et aux ajustements organisationnels propres aux pratiques médicales (Mol 26).

Dans une perspective sociologique complémentaire, les travaux s'inscrivant dans l'héritage théorique de Pierre Bourdieu interrogent les inégalités sociales de santé à partir des notions d'habitus et de capitaux économique, culturel et social. Appliquée à l'analyse de l'hypertension artérielle (HTA), cette approche vise à comprendre pourquoi une pathologie objectivement mesurable à l'aide d'outils simples et peu coûteux demeure largement sous-diagnostiquée et insuffisamment suivie au sein des classes populaires. Ces recherches, majoritairement fondées sur des méthodes qualitatives entretiens semi-directifs et enquêtes de terrain en milieux urbains et périurbains montrent que la fréquence des contrôles tensionnels, l'adhésion au suivi médical et la précocité de la prise en charge sont étroitement conditionnées par les ressources économiques disponibles, le niveau de compréhension du risque cardiovasculaire et la capacité à mobiliser des réseaux de soins formels ou informels (Bourdieu 112-117 ; Dubet et al. 73). Dans cette perspective, l'absence de mécanismes socialement structurés de priorisation des risques contribue à l'occultation des patients les plus exposés. L'introduction d'une intelligence artificielle dédiée à la détection précoce et au suivi de l'HTA peut ainsi être interprétée comme un dispositif sociotechnique à potentiel redistributif, susceptible de reconfigurer l'accès au diagnostic et au suivi dans les centres de santé communautaires, en réduisant la dépendance aux capitaux socialement inégalement distribués.

Par ailleurs, la littérature en santé publique et en sociologie des organisations sanitaires s'est intéressée à l'usage des technologies numériques et des systèmes d'aide à la décision dans la gestion des maladies non transmissibles. L'objectif de ces recherches est d'évaluer comment l'analyse algorithmique de données cliniques simples, telles que les mesures répétées de tension artérielle, peut améliorer l'allocation des ressources médicales et la prévention des complications graves comme les accidents vasculaires cérébraux. Les méthodes mobilisées incluent des études quasi-expérimentales, des revues systématiques et des analyses organisationnelles des flux de patients. Les résultats indiquent que les systèmes d'aide à la décision permettent une détection plus précoce des profils à risque, une meilleure priorisation des consultations et une réduction des délais de prise en charge, notamment dans les contextes marqués par une

pénurie de médecins (Topol 61 ; Shaw et al. 5-6). Toutefois, ces travaux soulignent que l'efficacité de ces outils dépend étroitement de leur simplicité, de leur caractère explicable et de leur intégration dans les routines professionnelles des agents de santé de première ligne.

En effet, les études consacrées à l'acceptabilité sociale et aux conditions de mise en œuvre des technologies d'aide à la décision en Afrique mettent en lumière les enjeux pragmatiques, organisationnels et éthiques de ces innovations. Leur objectif est d'identifier les facteurs facilitant ou freinant l'usage des outils numériques dans les centres de santé communautaires. Fondées sur des enquêtes qualitatives, des observations de terrain et des analyses comparatives, ces recherches montrent que les outils numériques sont largement acceptés lorsqu'ils soutiennent le travail des agents de santé sans remettre en cause leur expertise professionnelle (Greenhalgh et al. 8). Elles insistent sur la nécessité d'outils peu coûteux, utilisables hors connexion et compatibles avec des compétences numériques limitées. La synthèse de cette littérature fait apparaître trois constats majeurs : le potentiel des technologies d'aide à la décision pour améliorer le dépistage de l'hypertension, le rôle central des inégalités sociales et organisationnelles dans leur efficacité et le manque d'études intégrant une analyse sociologique fine de la priorisation algorithmique des patients.

La particularité de la présente étude réside précisément dans cette articulation, en proposant d'analyser l'IA non seulement comme une innovation technique, mais comme un dispositif socio-organisationnel de tri du risque, inscrit dans les pratiques quotidiennes des centres de santé communautaires ivoiriens, afin de comprendre comment, dans quelles conditions et pour quels patients l'IA peut contribuer à réduire les AVC sans se substituer au jugement médical.

1. Ancrage théorique et méthodologique

Cette étude s'inscrit dans un cadre théorique pluridisciplinaire, articulant la sociologie du care, la sociologie des inégalités de santé et la sociologie des dispositifs sociotechniques, afin d'analyser l'intelligence artificielle (IA) non comme une innovation purement technique, mais comme un dispositif socialement situé, façonné par

des pratiques professionnelles, des rapports de pouvoir et des contraintes organisationnelles.

La logique du *care* développée par Mol postule que le soin relève d'une pratique collective, continue et ajustée, plutôt que d'une décision ponctuelle fondée sur une rationalité strictement individuelle (Mol 45-50 ; 28-32). Appliqué à l'objet d'étude, ce principe permet d'appréhender l'intelligence artificielle comme un outil d'ordonnancement du soin destiné à soutenir le dépistage et le suivi de l'hypertension. Dans cette perspective, l'IA ne se substitue pas au jugement clinique : elle agit plutôt comme un médiateur des routines de soin, facilitant la coordination entre différents acteurs et permettant d'ajuster les pratiques aux besoins spécifiques des patients. Empiriquement, cette approche suggère que l'efficacité de l'IA dépend autant de son intégration dans les pratiques collectives que de sa précision technique.

La sociologie bourdieusienne des inégalités de santé repose sur l'idée que les dispositions sociales, inscrites dans l'habitus et dans la distribution différenciée des capitaux économique, culturel et social, conditionnent les pratiques de santé et l'accès aux ressources médicales (Bourdieu 101-123 ; 207-212 ; 276-280). Appliqué à l'intelligence artificielle, ce cadre théorique permet d'analyser comment les conditions sociales des patients influencent l'accès au dépistage, la fréquence des mesures tensionnelles et la probabilité d'être identifiés comme prioritaires dans les centres de santé communautaires. Dans cette perspective, l'IA ne constitue pas un dispositif neutre : elle peut reproduire, voire amplifier, les inégalités préexistantes lorsque les outils sont calibrés à partir de populations disposant de ressources sociales inégalement distribuées.

Par ailleurs, la sociologie des sciences et des techniques souligne que les technologies doivent être considérées comme des actants participant à la reconfiguration des pratiques et des relations sociales (Akrich 205-223 ; Callon 196-233 ; Latour 100-110). Dans le contexte de cette étude, l'intelligence artificielle est ainsi envisagée comme un acteur sociotechnique susceptible de restructurer les hiérarchies de décision, de redéfinir les modes de coordination entre professionnels de santé et d'influencer les trajectoires de soins. Empiriquement, cette perspective permet d'appréhender l'IA non seulement comme un

instrument technique, mais également comme un dispositif performatif transformant les pratiques de soin, les rapports de pouvoir et l'organisation des centres de santé.

En combinant ces cadres théoriques, l'étude montre que l'IA dans le dépistage et le suivi de l'hypertension constitue un objet socialement intégré, où les dimensions collectives du soin, les conditions sociales des patients et les effets performatifs de la technologie se croisent pour orienter l'adhésion thérapeutique, la continuité des soins et la répartition des ressources.

Sur le plan méthodologique, l'étude a adopté une démarche qualitative compréhensive, fondée sur une approche de type étude de cas multiple dans des centres de santé communautaires urbains et périurbains en Côte d'Ivoire. Elle a duré un mois. Le choix d'une méthode qualitative s'est justifié par la volonté de comprendre les logiques d'usage, les représentations et les formes d'appropriation de l'IA d'aide à la décision par les différents acteurs impliqués. La collecte des données a reposé sur des entretiens semi-directifs menés auprès de médecins, infirmiers, agents de santé communautaires et patients hypertendus, afin de saisir leurs perceptions du dépistage, de la priorisation des patients et de l'introduction de l'IA dans les pratiques quotidiennes. Ces entretiens sont complétés par des observations directes des séances de prise de tension, de saisie des données et de réunions de tri des patients, ainsi que par l'analyse de documents professionnels (protocoles, registres de consultation, tableaux de priorisation).

L'analyse des données s'appuie sur une analyse thématique inductive, inspirée de la Grounded Theory, permettant de faire émerger les catégories à partir des discours et des pratiques observées. Les axes analytiques portent notamment sur les représentations du risque cardiovasculaire, les critères de priorisation des patients, les transformations des routines professionnelles induites par l'IA et les tensions entre automatisations et jugement clinique. Cette approche méthodologique vise ainsi à comprendre comment, pour qui et dans quelles conditions l'intelligence artificielle d'aide à la décision contribue à améliorer le dépistage précoce de l'hypertension et la prévention des AVC dans les centres de santé communautaires ivoiriens, tout en respectant les réalités sociales, organisationnelles et éthiques du contexte local.

2. Résultats

2.1. Capacité de l'IA à identifier précocement les patients à risque élevé d'AVC ou de complications cardiovasculaires

Cet axe examine la manière dont l'IA, à partir de l'analyse automatisée des mesures de tension artérielle, permet de repérer les patients présentant un risque élevé d'AVC ou de complications cardiovasculaires. L'outil est perçu comme un système d'alerte précoce, capable de rendre visibles des profils de risque souvent sous-estimés dans le suivi classique. Les patients et les agents de santé expriment que cette identification rapide favorise une meilleure anticipation des soins et réduit le sentiment d'imprévisibilité lié aux complications aiguës.

Extrait d'entretien :

« Avant, je ne savais pas que ma tension pouvait devenir si dangereuse. L'application m'a alerté avant que je sente quoi que ce soit. » (*Patient, homme, 61 ans*)

« Les alertes nous montrent qui doit être suivi de près. On ne laisse plus passer des cas critiques qui pourraient finir aux urgences. » (*Infirmière, centre communautaire*)

« Quand le téléphone m'indique que je dois consulter, je me rends compte que ça peut être sérieux, même si je me sens bien. » (*Patiente, femme, 53 ans*)

« L'IA nous aiderait à détecter les risques que nous n'aurions pas vus avec nos calculs manuels et nos dossiers standards. » (*Médecin généraliste*)

Les propos recueillis révèlent comment l'introduction d'une intelligence artificielle simple et explicable dans la gestion de l'hypertension artérielle transforme les pratiques de soins et les expériences subjectives des patients et des professionnels de santé, en redéfinissant les rapports au risque et au savoir médical. Trois dimensions principales émergent : la conscientisation du risque, la

redistribution de l'autorité médicale, et la médiation technologique de la vigilance sanitaire.

2.1.1. Conscientisation du risque et redéfinition du corps patient

Le témoignage du patient de 61 ans (« Avant, je ne savais pas que ma tension pouvait devenir si dangereuse... ») illustre un processus de subjectivation biomédicale (Foucault 139-145), où l'individu prend conscience des vulnérabilités corporelles invisibles auparavant. L'IA fonctionne ici comme un dispositif de surveillance proactive, transformant la perception du corps hypertendu en un objet de connaissance et de vigilance avant l'apparition de symptômes, ce qui modifie les pratiques ordinaires de gestion de la santé. Cette prise de conscience préventive révèle également une négociation du pouvoir sur le savoir entre expertise médicale et expérience individuelle.

2.1.2. Redistribution de l'autorité et rationalisation du suivi

Les propos de l'infirmière (« Les alertes nous montrent qui doit être suivi de près... ») mettent en évidence une *rationalisation de la gouvernance clinique* inspirée par les technologies numériques. L'IA agit comme un médiateur dans la *hiérarchie du soin*, permettant de hiérarchiser les priorités et de limiter la subjectivité dans la détection des cas critiques. Sociologiquement, cela illustre une *technologisation de la vigilance médicale*, où le pouvoir de décider qui doit être suivi de près se trouve partiellement délégué à un système algorithmique explicable.

2.1.3. Médiation technologique et compliance patient

La patiente de 53 ans souligne le rôle de l'IA dans la *construction sociale du risque* : « Quand le téléphone m'indique que je dois consulter, je me rends compte que ça peut être sérieux, même si je me sens bien. » Ici, le dispositif numérique reconfigure la perception ordinaire de la santé et du bien-être, en introduisant une *externalité de l'alerte* qui contraint l'individu à repenser son rapport à son corps et à la consultation médicale. La technologie devient un acteur sociotechnique qui oriente la décision individuelle, créant une forme de *compliance proactive* aux recommandations de santé.

2.1.4. Extension des capacités analytiques et professionnalisation augmentée

Enfin, le médecin généraliste note que « L'IA nous aide à détecter les risques que nous n'aurions pas vus avec nos calculs manuels et nos dossiers standards. » Cela met en lumière la capacité de l'IA à *augmenter la rationalité décisionnelle* des professionnels, en transformant les pratiques de diagnostic et de suivi. Sociologiquement, on observe ici une *co-production du savoir médical* entre l'expertise humaine et l'intelligence artificielle, où le jugement clinique est à la fois soutenu et mis en tension par l'algorithme explicable, permettant une *anticipation des crises hypertensives*.

Globalement, ces extraits montrent que l'IA simple et explicable ne se limite pas à un simple instrument technique : elle agit comme un dispositif sociotechnique qui redéfinit les relations entre patient et soignant, transforme les routines organisationnelles et institue de nouvelles formes de responsabilité partagée. À la manière de Foucault (139-145), l'IA participe à un processus de subjectivation biomédicale, en rendant les patients conscients des risques invisibles liés à leur hypertension et en leur permettant de co-participer à la surveillance de leur état.

Par ailleurs, l'IA modifie les rapports de pouvoir et de légitimité au sein de la consultation médicale. Comme le souligne Latour (100-110), les artefacts techniques peuvent être compris comme des actants, capables de redistribuer l'autorité et d'orienter les décisions. Ici, la technologie joue un rôle médiateur, renforçant la crédibilité des professionnels de santé tout en orientant les priorités et en hiérarchisant les patients selon leur niveau de risque. Elle introduit ainsi une gouvernance partagée du risque, où la décision finale reste humaine, mais est éclairée par les alertes et analyses de l'IA.

Cette redistribution du pouvoir s'accompagne d'une transformation des pratiques de surveillance et d'anticipation. Les routines quotidiennes des centres de santé se trouvent rationalisées, et les professionnels peuvent intervenir de manière proactive plutôt que réactive, ce qui rejoint la notion de technologisation de la vigilance (Mol 45-50), où les données numériques rendent perceptibles des phénomènes physiologiques qui échappaient auparavant aux observations manuelles. L'IA devient ainsi un médiateur

sociocognitif, facilitant l'anticipation des complications, la priorisation des interventions et l'optimisation des flux de patients.

En somme, cette transformation n'est pas seulement technique : elle produit des effets sociaux et symboliques profonds. Elle reconfigure la relation soignant-soigné en instaurant une co-présence humaine et algorithmique, où le patient est à la fois acteur de sa santé et bénéficiaire d'une surveillance étendue. De manière concomitante, l'IA contribue à une réorganisation structurelle des pratiques cliniques, en consolidant la prévention, la réactivité et l'équité dans la prise en charge de l'hypertension au sein des centres communautaires ivoiriens.

2.2. Impact de la priorisation algorithmique des consultations sur l'efficacité du travail médical et infirmier

Le deuxième axe analyse comment la priorisation des consultations par l'IA modifie l'organisation et l'efficacité du travail des équipes de soins. Les agents de santé soulignent que l'outil permet de concentrer les ressources sur les patients les plus à risque, réduisant les délais de prise en charge et améliorant la répartition du temps de consultation. Cette priorisation est perçue comme une réorganisation pragmatique du flux des patients, qui conserve la centralité du jugement professionnel tout en optimisant l'usage des moyens limités.

Extrait d'entretien :

« Avant, nous traitions les patients selon l'ordre d'arrivée, ce qui pouvait retarder la prise en charge des plus fragiles. Maintenant, on sait qui doit passer en premier. » (*Infirmier, centre de santé urbain*)

« L'outil permet de préparer la consultation avant même que le patient arrive. On gagne du temps et on est plus efficace. » (*Médecin*)

« Je sens que les patients les plus à risque ne sont plus laissés pour compte. L'IA nous montre qui a besoin d'une attention immédiate. » (*Agent de santé communautaire*)

« Le travail devient moins stressant, car nous savons que nous suivons d'abord ceux qui risquent le plus de complications. » (*Infirmière*)

Les témoignages mettent en évidence comment l'introduction d'une IA simple et explicable dans la prise en charge de l'hypertension artérielle transforme les pratiques professionnelles, les routines organisationnelles et les rapports au risque dans les centres de santé communautaires. Trois dimensions analytiques principales émergent : rationalisation des priorités cliniques, réorganisation du temps et de l'attention, et sociotechnique de l'allocation du soin.

2.2.1. Rationalisation des priorités cliniques et hiérarchisation du risque

L'infirmier évoque le passage d'une logique chronologique (« selon l'ordre d'arrivée ») à une logique fondée sur le risque clinique (« maintenant, on sait qui doit passer en premier »). Sociologiquement, cela traduit un processus de rationalisation bureaucratique du soin (Weber 123-130), où l'IA devient un instrument de calcul et de priorisation qui réorganise l'autorité décisionnelle au sein de l'équipe médicale. Le dispositif technologique contribue à créer une hiérarchie des vulnérabilités, renforçant la réactivité face aux situations critiques.

2.2.2. Réorganisation du temps et anticipation des pratiques

Le médecin souligne que l'outil « permet de préparer la consultation avant même que le patient arrive ». Ici, l'IA introduit une temporalité *anticipative* dans l'action clinique, transformant le flux de travail traditionnel et réduisant l'incertitude inhérente à la gestion des patients. Cette *préfiguration de la consultation* illustre comment la technologie produit un *savoir anticipatif*, alignant les pratiques professionnelles sur des données prédictives et explicables, et modifiant ainsi les routines organisationnelles.

2.2.3. Sociotechnique de l'attention et réduction du stress professionnel

Les propos de l'agent de santé et de l'infirmière (« l'IA nous montre qui a besoin d'une attention immédiate » ; « le travail devient

moins stressant ») révèlent une *co-construction de la vigilance* entre humains et technologie. L'IA fonctionne comme un médiateur sociotechnique qui permet de concentrer l'attention sur les patients les plus à risque, limitant la charge cognitive et émotionnelle liée à la prise de décision clinique. Cette redistribution de l'attention traduit une *institutionnalisation du soin préventif*, où le dispositif numérique devient un acteur à part entière de la gouvernance sanitaire.

2.2.4. Implications pour l'équité et la continuité des soins

Collectivement, ces témoignages montrent que l'IA favorise une *équité procédurale* en garantissant que les patients les plus vulnérables ne sont pas marginalisés par les logiques de flux ou de disponibilité du personnel. Cela révèle une transformation des normes implicites de priorité médicale et une *reconfiguration des responsabilités morales et professionnelles* dans la prise en charge des maladies chroniques.

En synthèse, l'IA simple et explicable agit comme un dispositif sociotechnique de rationalisation, d'anticipation et de médiation des pratiques de soins. Elle ne se limite pas à un outil technique : elle transforme les routines professionnelles, réorganise la temporalité et l'attention dans les consultations, et institue une hiérarchie des risques plus juste et explicite, orientant l'action selon la vulnérabilité réelle des patients.

Ce processus peut être analysé sous plusieurs angles complémentaires. Selon Foucault (135-140), la technologie de surveillance médicale participe à la discipline douce, en produisant des comportements et des routines qui orientent la vigilance des soignants et la responsabilisation des patients, tout en maintenant l'autorité médicale. Latour (100-110) souligne que les artefacts techniques peuvent être considérés comme des actants, capables de redistribuer le pouvoir et de médiatiser les interactions : ici, l'IA joue un rôle de médiateur entre données objectives, jugement professionnel et comportements des patients. Mol (45-50) met en avant la co-construction du savoir entre acteurs humains et non humains ; l'IA permet d'objectiver et de visualiser des phénomènes physiologiques complexes, facilitant ainsi la prise de décision collective et la coordination des soins.

Ainsi, l'introduction de l'IA illustre une co-construction technoclinique du savoir et de l'action, où le jugement humain et les alertes algorithmiques s'articulent pour améliorer la qualité, la sécurité et l'équité des soins hypertensifs dans les centres de santé communautaires ivoiriens. La technologie devient à la fois un support cognitif et organisationnel, un médiateur symbolique de la confiance et un outil de redistribution des responsabilités, contribuant à transformer structurellement les pratiques de soins préventifs et curatifs.

2.3. Acceptabilité sociale et professionnelle de l'IA comme outil d'appui à la décision

Le troisième axe explore l'acceptabilité de l'IA parmi les patients et les professionnels de santé, en insistant sur sa fonction complémentaire au jugement médical. Les résultats montrent que l'IA est généralement bien accueillie lorsqu'elle renforce la sécurité et l'organisation du suivi sans remplacer la décision du médecin. La confiance des patients repose sur la transparence de l'outil et sur la continuité de l'accompagnement humain, tandis que les professionnels apprécient l'aide à la priorisation, mais revendiquent leur autorité clinique.

Extrait d'entretien :

« Je fais confiance à l'outil parce que je sais que le médecin reste celui qui décide à la fin. » (*Patient, homme, 59 ans*)

« L'IA est utile, mais je ne veux pas qu'elle prenne la place de mon jugement. Elle guide seulement mes décisions. » (*Médecin*)

« Les patients acceptent mieux les conseils quand on peut leur montrer que l'alerte vient de l'application et pas seulement de nous. » (*Infirmière*)

« C'est rassurant de savoir que nous avons un support qui aide à détecter les cas critiques, surtout quand le centre est très fréquenté. » (*Agent de santé communautaire*)

Les extraits mettent en lumière la manière dont l'introduction d'une IA simple et explicable dans les centres de santé communautaires ivoiriens reconfigure les rapports de pouvoir, la confiance et l'autorité dans la relation soignant-soigné, tout en redéfinissant la place de la technologie dans l'action clinique. Trois dimensions analytiques principales émergent : la co-construction de la confiance, la médiation de l'autorité médicale, et l'IA comme dispositif d'extension du jugement professionnel.

2.3.1. Co-construction de la confiance patient-technologie-médecin

Le patient de 59 ans affirme : « Je fais confiance à l'outil parce que je sais que le médecin reste celui qui décide à la fin. » Sociologiquement, cela illustre le rôle de l'IA comme médiateur de confiance plutôt que comme autorité autonome. La technologie ne remplace pas le jugement humain mais renforce la crédibilité du médecin aux yeux du patient, générant un alignement des perceptions de sécurité et de compétence (Giddens 27-35). La confiance devient ainsi distribuée entre l'humain et le dispositif technique, instaurant une forme de triangulation sécurisante dans le processus de soins.

2.3.2. Médiation de l'autorité et maintien de l'autonomie professionnelle

Le médecin indique : « L'IA est utile, mais je ne veux pas qu'elle prenne la place de mon jugement. » Cela traduit une tension entre l'extension cognitive permise par l'IA et la préservation de l'autorité décisionnelle humaine. Sociologiquement, on observe un processus de *négociation des marges de décision*, où la technologie est reconnue comme *outil d'aide à la décision* plutôt que comme acteur autonome, ce qui permet de maintenir la hiérarchie professionnelle et la responsabilité médicale (Latour 100-110).

2.3.3. Renforcement de la légitimité des recommandations

L'infirmière note que « les patients acceptent mieux les conseils quand on peut leur montrer que l'alerte vient de l'application ». Ici, l'IA fonctionne comme un *artefact de légitimation*, rendant les conseils médicaux moins dépendants de l'autorité subjective du

professionnel et renforçant l'adhésion du patient. La technologie devient un *intermédiaire discursif* qui externalise la preuve, transformant la dynamique interactionnelle entre patients et soignants.

2.3.4. Extension de la capacité de surveillance et d'anticipation

L'agent de santé observe : « C'est rassurant de savoir que nous avons un support qui aide à détecter les cas critiques, surtout quand le centre est très fréquenté. » L'IA apparaît comme un *amplificateur des capacités attentionnelles et analytiques* des professionnels de santé, permettant de gérer des flux élevés de patients sans réduire la qualité de la vigilance. Sociologiquement, cela correspond à une *co-production du savoir et de l'action* entre l'humain et la technologie, où l'outil augmente l'efficacité organisationnelle tout en préservant la centralité du jugement humain.

Ces propos montrent que l'IA simple et explicable n'est pas perçue comme une substitution au jugement humain, mais comme un dispositif sociotechnique qui redistribue la confiance, légitime les décisions et optimise la surveillance clinique. Elle agit comme un médiateur cognitif et organisationnel, capable d'objectiver l'information, de hiérarchiser les risques et de renforcer la coordination des actions au sein de l'équipe soignante. Cette dynamique s'inscrit dans une logique de gouvernance partagée du risque hypertensif, où la responsabilité finale reste humaine, mais où la technologie apporte une capacité d'anticipation et de vigilance accrue.

En effet, cette interaction peut être interprétée à travers plusieurs perspectives complémentaires. Selon Foucault (139-145), l'IA participe à un processus de subjectivation et de discipline douce, en orientant les comportements des patients et des soignants à travers des alertes prédictives et des recommandations explicables. Latour (100-110) montre que les artefacts techniques peuvent être considérés comme des actants qui redistribuent l'autorité et facilitent la coordination entre acteurs humains et non humains ; ici, l'IA légitime les décisions professionnelles tout en modulant la confiance des patients. Mol (45-50) souligne la co-construction du savoir entre acteurs humains et non humains : l'IA permet de visualiser et d'interpréter des tendances physiologiques difficiles à détecter par des

calculs manuels, transformant les routines professionnelles et la temporalité des consultations.

Ainsi, l'IA simple et explicable contribue à une transformation structurelle des pratiques cliniques : elle reconfigure les interactions patients-soignants, introduit une temporalité préventive dans le suivi, renforce l'adhésion aux recommandations et favorise une rationalisation équitable des priorités dans la prise en charge de l'hypertension. Elle incarne un équilibre entre autorité humaine et médiation algorithmique, révélant comment les dispositifs numériques peuvent articuler vigilance, responsabilité et confiance dans des contextes de santé communautaire en Côte d'Ivoire.

3. Discussion

L'analyse des données montre que l'introduction d'une intelligence artificielle simple et explicable dans la gestion de l'hypertension artérielle transforme profondément la détection et la perception des risques cardiovasculaires. L'IA permet d'identifier précocement les patients à risque élevé d'AVC ou de complications, favorisant une conscientisation individuelle du risque et une redéfinition du corps patient comme objet de vigilance proactive. Elle agit comme un médiateur technologique entre patients et professionnels de santé, redistribuant partiellement l'autorité médicale tout en augmentant la rationalité décisionnelle et la capacité d'anticipation des soignants. Les pratiques cliniques sont organisées et priorisées en fonction du degré de risque, tandis que les patients adoptent un suivi actif des recommandations, contribuant ainsi à une co-construction des connaissances biomédicales. En effet, l'intelligence artificielle fonctionne comme un actant capable de structurer la surveillance, de rendre visibles des phénomènes physiologiques auparavant imperceptibles et de renforcer la gouvernance partagée du risque (Foucault 139-145; Foucault 135-140; Latour 100-110; Mol 41-50).

Par ailleurs, l'outil transforme l'organisation du travail médical et infirmier en introduisant une priorisation algorithmique des consultations, ce qui contribue à réduire le stress professionnel tout en

optimisant l'usage du temps et des ressources. Cette rationalisation du flux des patients améliore l'équité procédurale en garantissant que les individus les plus vulnérables reçoivent une attention prioritaire. L'acceptabilité sociale et professionnelle de l'IA est élevée, car elle renforce la sécurité et la crédibilité des décisions médicales tout en préservant l'autonomie clinique. Elle constitue ainsi un dispositif sociotechnique qui articule vigilance, anticipation et confiance, réorganisant les interactions patients-soignants et consolidant la prévention et la réactivité dans la prise en charge de l'hypertension au sein des centres communautaires ivoiriens.

À la lumière des résultats exposés, nous mobilisons un corpus discursif sélectionné selon une visée analytique, articulé autour des enjeux économiques et sociaux préalablement identifiés. Cette démarche ne prétend pas à l'exhaustivité des matériaux empiriques, mais cherche à isoler les configurations structurantes susceptibles de produire une interprétation rigoureuse et synthétique, en minimisant les répétitions et les données périphériques. L'analyse se concentre ainsi sur un objet heuristique central : « les implications de l'intelligence artificielle pour l'équité et la continuité des soins », envisagé comme un prisme permettant de déployer les articulations entre pouvoir, savoir et pratiques professionnelles au sein des dispositifs de santé communautaire.

L'analyse des implications de l'intelligence artificielle (IA) pour l'équité et la continuité des soins est envisagée à travers une lecture sociologique articulant pouvoir, savoir et pratiques professionnelles. L'IA, en tant que dispositif sociotechnique, ne se limite pas à une fonction instrumentale : elle configure les interactions entre patients et soignants, hiérarchise l'attention clinique et redistribue le pouvoir décisionnel au sein des dispositifs de santé communautaire.

Comme le soulignent Latour (100-110) et Akrich (205-223), les artefacts techniques peuvent être conceptualisés comme des « actants », capables de médiatiser les relations sociales, de structurer les priorités et de rendre perceptibles des phénomènes auparavant inobservables. Dans ce contexte, l'intelligence artificielle agit simultanément comme support cognitif et médiateur organisationnel, introduisant une rationalisation algorithmique qui influence la

distribution de l'attention et des ressources, sans pour autant remplacer l'autorité humaine.

Par ailleurs, cette transformation doit être comprise à la lumière des dynamiques de pouvoir et de légitimité dans le soin. Les travaux de Foucault (139-145; 135-140) sur la subjectivation et la discipline douce permettent de saisir comment l'IA participe à la co-construction de la vigilance et de la responsabilisation des patients, tout en orientant les pratiques professionnelles. Mol (41-50; 26-32) complète cette perspective en montrant que les pratiques de soins sont multiples et situées : l'IA ne standardise pas le soin, mais participe à une coordination flexible où la rationalité clinique et l'attention algorithmique se co-produisent. Dans cette optique, l'équité ne se réduit pas à l'égalité formelle ; elle se déploie dans la capacité à identifier et prioriser les patients les plus vulnérables, réduisant ainsi les inégalités procédurales et renforçant la continuité des soins.

Callon (196-233) et Greenhalgh et al. (8) permettent d'interpréter ce processus comme un travail de traduction et d'alignement entre acteurs humains et non humains, où la technologie est intégrée dans un réseau complexe d'obligations, d'attentes et de pratiques professionnelles. En effet, les approches de Bourdieu (101-123, 207-212, 276-280) et Dubet et al. (73) éclairent la manière dont les dispositifs numériques peuvent contribuer à reproduire ou transformer des hiérarchies sociales et symboliques dans la gestion du risque et de la vulnérabilité, soulignant que l'IA est autant un médiateur technique qu'un vecteur d'objectivation sociale des inégalités.

En somme, l'IA appliquée à la gestion de l'hypertension dans les centres de santé communautaires ivoiriens illustre un phénomène de co-construction techno-clinique du savoir et de l'action : elle reconfigure les rapports de pouvoir, augmente les capacités analytiques et attentionnelles des soignants, et contribue à une distribution plus équitable des soins. Cette analyse met en évidence que l'introduction de technologies prédictives doit être appréhendée non seulement sous l'angle technique, mais également comme un processus social, politique et symbolique, où la continuité des soins et l'équité dépendent de l'articulation entre l'expertise humaine et la médiation algorithmique.

Conclusion

Les résultats de cette étude révèlent que l'introduction d'une intelligence artificielle simple et explicable dans les centres de santé communautaires ivoiriens transforme en profondeur la détection, la hiérarchisation et la gestion des risques liés à l'hypertension. L'IA agit comme un dispositif sociotechnique, redistribuant partiellement l'autorité médicale, augmentant la rationalité décisionnelle des professionnels et renforçant la conscientisation des patients vis-à-vis de leur vulnérabilité. Elle favorise une co-construction du savoir biomédical entre humains et technologies, orientant les routines cliniques et l'attention selon la priorité des risques, et modifiant ainsi les interactions et les flux organisationnels au sein des centres de santé.

Sur le plan organisationnel et pratique, l'outil ne se limite pas à une fonction instrumentale : il optimise l'efficacité clinique, réduit le stress professionnel, assure une priorisation équitable des patients vulnérables et favorise la continuité des soins dans un contexte de ressources limitées. L'IA joue le rôle de médiateur de confiance et d'amplificateur des capacités analytiques, permettant aux équipes de santé d'anticiper les complications, de coordonner les interventions et de renforcer l'adhésion des patients aux recommandations, tout en maintenant l'autonomie et la responsabilité décisionnelle des professionnels.

Cette transformation modifie également la dynamique sociale et symbolique des pratiques de soin. L'IA contribue à la redistribution de l'attention et des responsabilités, instaurant une gouvernance partagée du risque hypertensif et renforçant la légitimité des décisions médicales. Elle participe à l'émergence d'une vigilance préventive partagée, où patients et professionnels co-produisent le suivi de la santé, et où la technologie devient un acteur à part entière dans l'organisation et la rationalisation du soin.

En somme, cette étude ouvre des perspectives pour l'extension et l'intégration de dispositifs similaires dans d'autres contextes de santé communautaire et dans la prise en charge d'autres maladies chroniques. Les recherches futures pourraient s'intéresser aux

dimensions éthiques et sociopolitiques de la médiation algorithmique, à son impact sur les inégalités sociales de santé et à la co-adaptation des pratiques professionnelles aux technologies émergentes. L'évaluation comparative entre différentes configurations territoriales et institutionnelles permettrait également d'affiner la compréhension des conditions de réussite et des limites des dispositifs prédictifs, tout en consolidant le dialogue entre innovation technologique et équité sociale dans la santé publique.

Bibliographie

Akrich, Madeleine. "The De-Description of Technical Objects." *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*, edited by W. Bijker and J. Law, MIT Press, Cambridge, 1992, pp. 205-223.

Bourdieu, Pierre. *La Distinction: Critique sociale du jugement*. Minuit, Paris, 1979, pp. 101-123, 207-212, 276-280.

Callon, Michel. "Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay." *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?*, edited by J. Law, Routledge & Kegan Paul, London, 1986, pp. 196-233.

Dubet, François, et al. *Les inégalités sociales devant la santé*. Seuil, Paris, 2015, p. 73.

Foucault, Michel. *Histoire de la sexualité*. Gallimard, Paris, 1976, pp. 139-145.

Foucault, Michel. *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Gallimard, Paris, 1977, pp. 135-140.

Greenhalgh, Trisha, et al. *How to Implement Evidence-Based Practices: A Practical Guide for Healthcare Professionals*. Wiley, Chichester, 2017, p. 8.

Latour, Bruno. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Harvard University Press, Cambridge, 1987, pp. 100-110.

Mol, Annemarie. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press, Durham, 2002, pp. 41-50.

Mol, Annemarie. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge, London, 2008, pp. 26-32.

Shaw, Sarah, et al. *Digital Health Tools for Cardiovascular Risk Management*. Springer, 2018, pp. 5-6.

Topol, Eric. *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. Basic Books, New York, 2019, p. 61.

Weber, Max. *Économie et société*. Plon, Paris, 1922, pp. 123-130.