



De la nécessité d'innover à l'émergence de pratiques innovantes en santé

From the need for innovation to the emergence of innovative practices in healthcare

Jane-Laure Danan^{1,2}, Michel Boulangé³, Henry Coudane^{1,4}, Gisèle Kanny^{1,3}

1. EA 7299, Université de Lorraine - Faculté de Médecine, 9, avenue de la Forêt de Haye, 54500 Vandœuvre-les-Nancy

2. FINE Europe, Présidente, IFSI- CPN 1, rue du docteur Archambault, BP 110, 54521 Laxou

3. Laboratoire d'Hydrologie et Climatologie Médicales, EA7299, Faculté de Médecine, 9, avenue de la Forêt de Haye, 54500 Vandœuvre-les-Nancy – Médecine Interne, Immunologie Clinique et Allergologie – CHU de Nancy

4. Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy, Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie, Service de Médecine Légale, Faculté de Médecine, 9, avenue de la Forêt de Haye - 54500 Vandœuvre-les-Nancy

janelaudanan@yahoo.fr

Résumé

L'innovation en médecine a toujours existé. Elle est, par essence, la nécessaire adaptation pour que le dispositif de santé perdure tout en s'adaptant à son époque et à l'environnement. Aujourd'hui, l'approche innovante consiste en une vision plus globale et plus systémique de la santé, associant tous les acteurs : les usagers, leur entourage et les professionnels de santé. Les pratiques en santé issues de l'innovation sont indubitablement liées à une culture transdisciplinaire et pluri professionnelle ainsi qu'à une formation commune et non plus en silo des professionnels de santé. La recherche dont seront issues les pratiques innovantes devra se fonder sur cette vision novatrice de la santé alliant les sciences fondamentales et les sciences humaines. Les auteurs soulignent la nécessaire régulation et la visée éthique pour la durabilité des pratiques innovantes en santé.

Mots-clés

Pratiques innovantes ; Médecine environnementale ; Santé ; Développement durable ; Ethique ; Réglementation ; Formation

Abstract

Innovation in medicine always existed. It is in essence, a necessary adaptation enabling the continuous improvement of the healthcare system according to time and environment. Currently the innovative approach is a more global, holistic and systemic vision of health including all stakeholders: patients, relatives and health providers. Innovative health practices are indubitably related to a cross-disciplinary, multi professional and pioneering culture demanding a joint training for health providers. Research leading to innovative practices should be based on this new vision of health linking fundamental science to human science. The authors emphasize on the need for policy and regulation in an ethical aim for sustainability of innovative health practices.

Keywords

Innovative practices; Environmental medicine, Health, Sustainable development, Ethics, Policy; Training

Introduction

Les principes constitutifs du système de santé français depuis 1945 sont fondés sur la nécessité d'accéder à des soins de qualité pour tous. Ces principes reposent sur le concept d'équité face à l'accès aux soins et plus largement à la santé. Les dispositifs nationaux et internationaux essaient d'évoluer vers plus



de qualité et de sécurité pour le patient et au meilleur coût pour leur société, mais cela n'est pas sans influence sur la créativité et l'innovation en santé. Cette notion d'efficience, si elle est acceptée tant bien que mal par les professionnels de santé, semble faire l'objet d'une non-approbation et parfois même d'une exclusion des soins pour certains de nos concitoyens. Pourtant, force est de constater qu'efficience et maîtrise des coûts sont devenues incontournables dans les pratiques soignantes. Les notions d'équité, d'égalité sont les valeurs fondatrices du dispositif de santé en France. Le fait que certains soient écartés des soins voire n'y accèdent pas est incohérent avec l'évolution historique de la médecine, de l'hôpital et de la santé.

Les hospices étaient des maisons d'assistance destinées aux vieillards et malades atteints de maladies chroniques, des maisons religieuses établies pour donner l'hospitalité aux pèlerins et aux voyageurs. Il s'agissait d'un asile, d'un lieu où l'on pouvait se réfugier pour être à l'abri d'un danger, d'un besoin ou d'une détresse. L'hôpital est un établissement public ou établissement privé ayant passé certaines conventions avec l'État où peuvent être admis tous les malades pour y être traités. Historiquement, la substitution s'est faite par la disparition du « s » par un accent circonflexe, appelé familièrement chapeau. Ce « chapeau » ne donne-t-il pas désormais à l'hôpital une signification plus réglementaire qu'humaniste ?

Aujourd'hui, nous sommes face à un déséquilibre entre les valeurs qui ont porté le système et la réalité de terrain. Nous sommes passés d'une logique d'accueil de tous et de la santé pour tous vers la maîtrise économique dans l'hôpital « entreprise ». Malgré les sommes importantes engagées, les lois hospitalières qui se succèdent, la désertification des vocations vers les professions de santé et les crispations dans le monde hospitalier demeurent. L'accès aux soins pour tous est compromis et les professionnels dénoncent une perte de sens dans leur activité. La déstabilisation de tout le système de normes et de valeurs se constitue.

Lorsqu'une valeur est affectée, les normes sont impactées. Or, dans tout système, la norme conduit, indique, dirige le comportement de chacun. Le monde de la santé n'y échappe pas. En changeant la valeur et en conséquence la norme, c'est le comportement que l'on change également. Le changement de comportement non anticipé est à l'origine de résistances aux changements et de dérégulations [1]. Dans le monde de la santé, la valeur fondatrice a produit des normes qui produisent des rôles, des comportements, des filières, de la formation. Le système se tient. S'il se déséquilibre, le risque est d'aboutir à des crispations sur des positions, des instrumentalisation dans un contexte où les valeurs se sont modifiées. L'approche innovante vise à une vision plus systémique de ce qu'est aujourd'hui la santé, c'est-à-dire une approche holistique qui correspond à la capacité d'un pays à participer au développement, au maintien du capital humain et du bien-être de ses citoyens. L'innovation en médecine est un terme qui désigne aussi bien des dispositifs médicaux nouveaux, des technologies médicales que des systèmes experts pour appuyer des pratiques professionnelles [2]. Face à cette approche, de nombreuses questions se posent : ces pratiques innovantes répondent-elles à un besoin nouveau ? Visent-elles à combler des lacunes ? Sont-elles liées à des enjeux politiques autour des soins et de la santé ? Nécessitent-elles de nouveaux modes d'apprentissage et de nouvelles compétences pour tous les acteurs de la santé ?

Innovation et recherche : quels liens ?

La question de l'innovation ne peut s'envisager sans celle de la recherche. La recherche biomédicale et en santé fait partie du domaine de la recherche en sciences du vivant. L'*American Heritage Dictionary* [3] définit la recherche en sciences du vivant comme l'une des branches de la recherche en sciences naturelles, cette dernière traitant de la structure et du comportement des organismes vivants. A grands traits, elle regroupe les secteurs des sciences agronomiques et alimentaires, de la biologie, des sciences médicales et de la santé. L'approche holistique privilégie l'interaction avec d'autres champs disciplinaires : la physique, la chimie, les mathématiques, les sciences humaines et sociales. On ne saurait aujourd'hui envisager la recherche en santé sans ces interactions disciplinaires, mais aussi et surtout sans une réflexion éthique autour de ces pratiques.

La recherche biomédicale selon l'*American Heritage dictionary* [3] « concerne l'application des sciences naturelles, de la biologie et de la physiologie, en particulier, à la médecine ».

La recherche clinique est quant à elle définie « comme une recherche appliquée à l'homme dont la finalité est le progrès des techniques de soins » [3].



La recherche en santé publique [4] regroupe « *les activités de recherche reliées à la santé et au bien-être de la population et à leurs déterminants, qui visent à la production, l'intégration, la diffusion et l'application de connaissances scientifiques, valides et pertinentes, à l'exercice des fonctions de santé publique* ».

En ce qui concerne la « recherche en santé », la base Pubmed référence 5 154 articles en français et 1 274 702 articles en langue anglaise, soit un ratio de 0,4 % alors que le mot-clé « santé publique » recense 124 496 articles en français et 4 995 735 en langue anglaise, soit un ratio de 2,5 %. Ce constat montre que la recherche en santé est encore peu investie en qualité de concept dans les pays francophones. La recherche en santé devra mobiliser non seulement les sciences fondamentales, les sciences biomédicales mais aussi les sciences humaines et sociales. Une brève revue de la littérature permet de dégager un consensus international autour de la recherche biomédicale, la recherche clinique et en santé publique, ce qui n'est pas le cas dès lors que le concept de recherche en santé est abordé.

Qu'est ce que l'innovation en santé ?

N. Alter [2] définit l'innovation comme des dispositifs nouveaux, des technologies médicales nouvelles ou des systèmes experts novateurs pour appuyer des pratiques professionnelles. Selon le dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, l'innovation est l'*action d'innover*. C'est le résultat d'une action conduisant à une chose nouvelle. C'est « *introduire dans une chose établie quelque chose de nouveau d'encore inconnu* ». Le verbe innover est associé aux verbes changer, inventer et trouver. E. Zola écrivait « *Les nouvelles méthodes le hantaient, le lançaient dans les innovations* ». A contrario, ce qui n'est pas innovant est caractérisé par l'archaïsme, la routine et la tradition. L'innovation a de tous temps suscité des freins et des résistances. H. de Balzac, affirmait « *Ne rien innover, telle est la loi du pays* ».

Le corollaire de l'innovation est la transformation, le changement voire la résistance au changement. M. Crozier et E. Friedberg [5] envisagent le changement comme un processus. Pour qu'il y ait changement, il faut qu'un système d'action se forme, c'est-à-dire qu'il y ait mise en pratique de nouveaux rapports humains et de nouvelles formes de contrôle social. Ce processus engendrera des actions, des réactions, des négociations et des coopérations. Ainsi, le changement durable sera le résultat d'un processus collectif au travers duquel seront mobilisées les ressources et les capacités nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux dont la mise en œuvre permettra au système de s'orienter ou de se réorienter. Pour ces auteurs [5], « *Le jeu concilie la liberté et la contrainte. Le jeu est un construit humain. Il est lié au modèle culturel d'une société et aux capacités des joueurs* ». L'organisation de la santé et l'acceptation de pratiques innovantes dans ce domaine n'échappent pas à ce processus.

En sociologie, M. Visinand [6] définit la résistance au changement comme « *centrale et incontournable. C'est la véritable boîte noire qui véhicule des idées de changement* ». Cette analyse sociologique peut être complétée par une analyse linguistique et documentaire. La résistance au changement est définie par P. Collette comme « *l'expression implicite ou explicite de réactions de défense à l'endroit de l'intention de changement* » [7]. Pour E. Morin, les résistances sont « *des forces qui s'opposent à la réorganisation des conduites et à l'acquisition des nouvelles compétences ou en d'autres mots à des forces restrictives* » [8]. Le 20 octobre 2011, le Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective, institution rattachée au Premier ministre, a proposé deux notes d'analyse concernant l'innovation en santé : la note 245 qui traite de la télémédecine et la note 255 qui traite de la collaboration pluridisciplinaire. Ces notes partent d'un diagnostic sévère qui montre que la France a cumulé un retard en ce qui concerne ces deux thématiques. Cette organisation ainsi que le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie organise le 3 septembre 2014 un colloque intitulé « *Innovation et organisation des soins* ». Ce Haut Conseil engage un cycle de réflexions sur les enjeux du progrès technique pour l'organisation des soins et l'assurance maladie. De nombreuses questions seront discutées à partir de cas concrets et d'exemples pris au niveau international [9]. Pour les organisateurs, les réflexions porteront sur l'avènement d'innovations majeures pouvant être susceptibles de bouleverser les thérapeutiques et les conditions de prise en charge des patients et ce, du point de vue de la qualité des soins et de la qualité de vie dans un contexte où les marges de financement se réduisent.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la démarche innovante consiste à s'inscrire dans la notion de système de santé, c'est-à-dire à regarder une problématique de santé à travers l'ensemble du système qui intègre tous les acteurs qui vont avoir un impact sur celle-ci. L'OMS veut identifier à travers le monde les meilleures pratiques et techniques et amener l'ensemble des pays et acteurs en santé à avoir une démarche innovante dans leur apprentissage. Cette organisation veut investir dans



la géopolitique en santé publique et inscrire les pratiques innovantes au niveau international. Pour les cerner, l'OMS souhaite identifier les dynamiques de rivalité de pouvoir notamment dues à la rupture entre pouvoirs publics et privés. L'idée est de promouvoir l'émergence d'experts en santé qui devront acquérir de nouvelles compétences grâce à un apprentissage régulier. Ceux-ci pourront faire face à des événements de plus en plus complexes dont les déterminants sont économiques, sociaux, culturels et sanitaires. Le défi du développement du capital humain réside dans la promotion d'une vision non segmentée des prises en charge avec, comme objectif, l'adaptation de l'individu à son environnement.

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) produit des recommandations. Les professionnels de santé restent réticents à l'appropriation de ces recommandations. R. Bataillon [10] souligne que si l'on parle autant d'évaluation de pratiques professionnelles, c'est parce que l'on sait que la diffusion simple de recommandations impacte assez peu la qualité des prises en charge. Il existe un certain nombre d'obstacles à l'application des recommandations de bonnes pratiques, car ce qui est mis en jeu, c'est à la fois la manière de penser, d'élaborer et de diffuser des recommandations et leur lien inéluctable avec une formation continue complémentaire de la formation initiale.

Les médecins n'observent pas toujours ces bonnes pratiques [11]. Une des explications est donnée par Donald Schön qui différencie les recommandations issues d'études de la réalité « *Dans le monde réel de la pratique, les problèmes ne se présentent pas au praticien comme des données, ils doivent être construits à partir de matériaux, de situations problématiques, qui sont intrigantes, troublantes et incertaines* » [12]. La médecine basée sur les preuves (evidence based medicine) doit tenir compte de la réalité et de la variabilité des situations cliniques. Il est important de suivre les recommandations de l'HAS, mais il convient aussi d'apprendre à décider, à apprécier le contexte, à décider s'il faut, en fonction du contexte et du patient, appliquer ou non la recommandation [13].

Selon R. Bataillon [10], il est nécessaire de produire des recommandations pour des pratiques nouvelles en les inscrivant résolument dans une co-production avec les professionnels de santé, en précisant l'intérêt clinique jugé utile pour une meilleure prise en charge des patients et en interrogeant les professionnels de santé sur leurs propres pratiques. Il précise par ailleurs qu'il faudrait cesser de parler de méthodes mais plutôt introduire la notion de démarche. Plus encore, il précise qu'il ne faut pas de segmentation entre formation d'un côté et évaluation des pratiques de l'autre. Tous ces éléments concourent à organiser une démarche professionnelle globale et cohérente. C'est autour de ces principes que l'HAS, dans le cadre de ses missions relatives au développement professionnel continu (DPC), a publié une liste des méthodes et des modalités qui ont fait l'objet de fiches pratiques en cours de validation.

Force est de constater qu'il n'y a en France aujourd'hui aucun consensus autour du vocable « pratiques innovantes en santé ». Le Conseil Canadien de la Santé a élaboré le Cadre d'Évaluation des Pratiques Novatrices (CEPN) et le Guide de notation du CEPN, afin d'offrir des indications claires et méthodiques pour évaluer l'aspect novateur des pratiques, des programmes, des services et des politiques des soins de santé. Les anglo-saxons utilisent le terme de « guidelines » qui fait partie intégrante de leurs pratiques.

De la nécessité de réglementation des pratiques innovantes en santé

Le Conseil Canadien en Santé classe les pratiques novatrices en santé dans trois catégories : les pratiques émergentes, les pratiques prometteuses et les pratiques de pointe. Cette classification s'opère en fonction de quatre critères d'évaluation : qualité des faits probants, répercussion, applicabilité et transférabilité. Il définit l'innovation comme « *un processus délibéré de transformation des pratiques par l'introduction d'une nouveauté curriculaire, pédagogique ou organisationnelle qui fait l'objet d'une dissémination et qui vise à l'amélioration durable et à la réussite de l'implémentation de ces pratiques* ». Ceci a pour corollaire l'assertion qu'il ne peut y avoir de pratiques innovantes durables sans action de formation et sans recherche.

Le processus d'innovation passe par trois phases : la phase pilote, la phase d'appropriation et la phase d'institutionnalisation. C'est cette dernière qui concrétise la généralisation de la pratique et son absorption par le système. Il n'est donc pas d'innovation sans généralisation. La phase pilote correspond à la phase d'expérimentation, la phase d'appropriation correspond à la généralisation par les professionnels de santé qui en font une pratique exemplaire, ce que les Anglo-Saxons appellent « best practice ». Une pratique devient exemplaire lorsqu'elle a été évaluée tant au niveau de son processus que de ses effets. Elle a donc partie liée avec le monde de la recherche [14].



Il paraît indispensable de réglementer avec flexibilité ces nouvelles pratiques et de les associer à une formation valide et certificative, pas seulement à un processus d'évaluation. Il est nécessaire aussi d'avoir une approche de formation et de recherche qui ne soit pas seulement individuelle ou dans une filière. Il faut viser l'expertise collective de tous les professionnels de santé. A l'origine, l'actualisation des connaissances est un devoir déontologique pour le professionnel puisqu'il est appelé à donner les soins les meilleurs possibles aux personnes qu'il soigne. Les médecins et les universitaires ont ressenti très tôt ce besoin (dès les années 1950). C'est ainsi que l'enseignement post-universitaire a vu le jour. La réforme hospitalo-universitaire de 1958 a instauré les bases de cet enseignement mais il faudra attendre 1970 pour qu'apparaisse la formation continue pour tous. En 1996, la réforme de la Sécurité Sociale rend obligatoire la formation médicale pour tous les médecins en exercice [15]. La loi du 4 mars 2002 concernant les droits du malade et la qualité du dispositif de santé rappelle la nécessité d'une formation médicale continue. En 2004, la création de l'HAS et l'évaluation des pratiques sont concomitantes. Cette évaluation est étendue aux chirurgiens dentistes, sages-femmes et pharmaciens avec la création du Développement Professionnel Continu (DPC). La loi HPST du 21 juillet 2009 [16] a proposé une fusion entre formation professionnelle continue et évaluation des pratiques professionnelles. Cette loi insérée dans le code de la santé publique fixe, dans son article 59, les grands principes du DPC mais aussi et surtout le caractère obligatoire et les principes d'un contrôle du respect de cette obligation. Les critères de qualité des actions de formation sont ensuite définis par décret. Le décret du 30 décembre 2011 fixe une définition unique du DPC à partir d'objectifs communs pour l'ensemble des professions de santé [17]. Pour satisfaire à cette obligation individuelle, chaque professionnel doit suivre un programme qui obéit aux conditions suivantes :

- ▶ être conforme à une orientation nationale déterminée par le ministère ou par les Agences Régionales de Santé si elles font remonter un besoin spécifique à leur territoire ;
- ▶ comporter une des méthodes et des modalités validées par l'HAS après avis de la commission scientifique indépendante (CSI) des médecins créée par loi 2009-879 du 21 juillet 2009 ;
- ▶ être mise en œuvre par un organisme de DPC enregistré avec une appréciation favorable de la CSI.

Le DPC s'inscrit dans le champ des activités de service au sens de la directive de l'Union Européenne. Ce dispositif de formation continue, s'il s'inscrit dans la transversalité et la pluri-professionnalité, pourra permettre la mise en place d'une culture de l'innovation partagée par les professionnels de santé quelle que soit leur formation initiale.

Quelle place pour le patient dans le processus de pratique innovante ?

C'est vers les années 1990 que les pouvoirs publics ont émis l'idée de faire participer les usagers dans l'élaboration des politiques de santé. Le terme d'usager devient alors synonyme de malade, patient, client, bénéficiaire et citoyen [18]. Dans le même temps, les lois de bioéthique ont encadré l'expérimentation humaine. En 1994, l'affirmation des principes généraux de protection de la personne introduit dans le code civil les règles d'organisation des secteurs d'activités médicales tels que ceux de l'assistance médicale à la procréation, les greffes ou les dispositions relevant du domaine de la santé publique ou de la protection des personnes se prêtant à des recherches médicales [19-21]. La recherche sur l'Homme est encadrée y compris celle des nouvelles prises en charge dans ces domaines.

En matière de pratiques innovantes, il est question d'un changement de paradigme pour chaque individu dans la prise en charge de sa santé. Au-delà de techniques nouvelles, c'est le rapport même de l'individu face à sa maladie et à sa santé qui est investi. Mais également la manière dont les données dont il dispose seront prises en compte comme éléments d'évaluation de la qualité des prestations des professionnels de santé. Le concept de patient-traceur a vu le jour récemment [22]. Cette méthode orientée « parcours » s'intéresse à la prise en charge globale du patient, aux interfaces entre secteurs et à la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire, en intégrant l'expérience du patient et celle de ses proches et en permettant de travailler en équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle. Le patient devient un acteur incontournable dans l'évaluation de la qualité des soins qui lui sont dispensés. Cette méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est consignée dans un guide expérimental [22]. L'HAS préconise d'utiliser cette méthodologie lors des visites de certification des établissements. L'acceptation de nouveaux modes de prise en charge nécessite non seulement l'adhésion de la personne soignée ou à soigner, de son entourage mais aussi celle des professionnels de santé eux-mêmes.



Innovation et éthique

Sur le plan étymologique, éthique vient du mot *Ethos*. Nous pourrions définir l'éthique comme un ensemble de convictions, de règles sociales par lesquelles un groupe humain s'organise et rend sa vie sociale possible. Le grand dictionnaire Larousse définit le concept comme « *la partie philosophique qui étudie les fondements de la morale et comme un ensemble de règles de conduite ou principes* ».

Depuis plus de 50 ans, l'émergence de l'éthique médicale en général et de l'éthique de la santé en particulier témoigne de la remise en cause des pratiques professionnelles soignantes. Si tout débat éthique porte sur les valeurs et le sens de l'action, il dépend aussi d'un contexte législatif, philosophique, historique et socioprofessionnel. Pour R. Misrahi, « *la réflexion éthique est d'abord la prise de conscience d'un problème avant d'en être la solution* » [23]. On distingue différentes branches de l'éthique, notamment l'éthique utilitariste qui estime qu'un acte est bon ou mauvais en fonction des conséquences qu'il produit. En d'autres termes, l'utilitarisme affirme qu'un acte bon est celui qui engendre la plus grande intensité de plaisir ou de bonheur sur la douleur de la personne souffrante. Les théories déontologiques font partie de l'éthique normative. Cette théorie ne considère pas les conséquences pour savoir si un acte est bon ou mauvais. C'est la qualité intrinsèque d'un acte qui définit s'il est bon ou mauvais. Les valeurs déontologiques sous-tendues par cette théorie relèvent de prédispositions à accomplir son devoir selon un savoir-faire et un savoir-être. La déontologie préserve la possibilité de taire au moins momentanément une information exceptionnellement grave mais incite à donner à la personne malade toutes les informations qu'elle attend. Beauchamp et Childress [24] ont défini quatre principes fondateurs de la réflexion en éthique :

- ▶ l'autonomie et la liberté ;
- ▶ le respect et la bienfaisance ;
- ▶ la justice et l'équité ;
- ▶ la confidentialité et la vérité.

La réflexion contemporaine en éthique de la santé se fonde sur ces quatre principes. En matière de pratiques innovantes en santé, ces principes devront être respectés car ils tiennent compte non seulement du bien-fondé de l'acte mais aussi et surtout des acteurs et en priorité des patients.

Les problématiques liées à l'acceptation sociale de l'innovation apparaissent aussi complexes qu'opaques aux entrepreneurs innovants, selon J.F. Braunstein [25]. Pour cet auteur, il y a un enchevêtrement de notions et de variables qui empêche toute lecture rationnelle de l'acceptation ou du refus d'une innovation par le grand public. Dès lors qu'il s'agit d'innovation en santé, on peut aisément imaginer la prise de risque importante voire difficile à quantifier qu'il s'en suivra. Devront être repérées les variables déterminantes de ce qu'il est convenu de nommer « acceptabilité sociale de l'innovation » [25]. Nous ajouterons qu'il est nécessaire de repérer les freins aux pratiques innovantes.

Les expériences visant à rendre le patient responsable de son propre diagnostic dans les pathologies chroniques comme le diabète, en utilisant les nouvelles technologies (I-phone, tablettes, etc.) devront être parfaitement suivies et analysées, et ce, tout autant pour les utilisateurs que pour les récalcitrants à l'utilisation. La question qui se pose dans ces expériences est celle du bénéfice/risque, celle de la décision entre la qualité de vie du patient en dehors de toute intervention soignante et celle de la relation patient - soignant dans ce contexte nouveau. Comme le précise G. Canguilhem [26,27] « *En médecine, ce qu'il convient d'avoir à l'esprit, c'est la prise en charge du malade dans sa globalité et de sa place dans le processus thérapeutique et pour ce faire, il convient d'élargir le champ de définition du normal et du pathologique.* » Ni le vivant, ni le milieu ne peuvent être dits normaux s'ils sont considérés séparément. La normalité ne peut s'évaluer que dans leur interaction. Pour exemple, en cas de douleur chronique, le malade doit parvenir à retrouver une normalité dans l'expérience de sa douleur et établir de nouvelles règles de vie. Ainsi, « *Guérir, c'est se donner de nouvelles normes de vie parfois supérieures aux anciennes* » donc forcément jamais identiques. Pour G. Canguilhem [27], le concept de normal est produit selon 2 types de procédures : les méthodes statistiques qui définissent une norme, sa moyenne et ses écarts-types, les évaluations sociétales et morales qui englobent la déontologie et la politique : « *Le médecin doit tenir compte de la dimension individuelle et subjective de la maladie, de la conscience et de la sensation du malade* ».

Nous sommes conviés à réfléchir sur les pratiques novatrices, d'un point de vue éthique, sans jugement de valeurs mais dans une vision globale soignante, sociétale et sans stigmatisation *a priori*. Le bien-fondé d'une pratique nouvelle devra envisager la question suivante : nous pouvons le faire, nous savons le faire mais devons-nous le faire pour le bien du patient ?



Innovation et durabilité de la santé

Bien que l'expression « durabilité » soit apparue dans les années 1980 et soit passée dans le vocabulaire courant, durabilité et développement durable restent des notions paradoxales au contour flou et largement controversées, notamment dans le domaine de la santé. La nécessité d'introduire aujourd'hui ces concepts dans le monde de la santé oblige à réfléchir à des cadres normatifs publics et privés ainsi qu'à l'évaluation des actions et des mesures prises dans une démarche cohérente. Il convient de définir un contenu propre au développement durable : quelle est sa spécificité ? Quel rapport entretient-il avec la croissance, la pauvreté, la biodiversité, le changement climatique ?

Le premier principe de la déclaration de Rio en 1992 place la santé comme une préoccupation majeure du développement durable et instaure le principe de précaution. La prise en compte du facteur environnemental et les interactions des individus avec l'environnement sont une préoccupation constante de la médecine contemporaine. Sciences et techniques sont plus que jamais impliquées dans nos grands problèmes de société : controverses sur les organismes génétiquement modifiés, changement climatique, explosion des nanotechnologies, etc. Autant de thématiques dont la compréhension implique de mieux connaître les dynamiques sociales de fabrication des connaissances et des innovations. La compréhension des différentes formes d'articulations science/société et les principaux mécanismes sociaux que vont vivre les sciences (institutions, organisations, échanges entre chercheurs, construction des contenus) doivent être appréhendés afin de mieux comprendre en quoi la société et ses décideurs contraignent le développement des sciences et des techniques. En matière de développement durable et de ses interactions avec la santé, il convient d'en comprendre la démarche.

La démarche procédurale selon F.D. Vivien et coll. [28] consiste à définir *a priori* le développement durable, les principes et les procédures de décision mises en œuvre. Selon ces auteurs, le développement durable doit être envisagé dans sa vision économique, dans son héritage et sa temporalité croisée ainsi que dans son évaluation. Le développement durable ne doit pas être considéré comme une norme sociale molle mais comme un enjeu de société majeur [28]. Des questions se posent et ont été abordées lors de la conférence européenne de Bruxelles [29] pour trouver des recettes pour des soins de santé durables dans un contexte de changement démographique et de contraintes économiques, de pressions sur les systèmes de santé extraordinaires. Les thématiques principales ont été : comment conduire des soins de santé durables ? Comment partager des meilleures pratiques paneuropéennes dans les soins de santé durables ? Il est démontré que les solutions actuelles se centrent davantage sur la réduction des coûts plutôt que sur un investissement visant à garder les personnes en bonne santé et productives. L'approche novatrice consiste à mettre l'accent sur les soins de santé durables pour s'assurer que les personnes atteignent un âge avancé en bonne santé.

Les dernières décennies ont été caractérisées par une prise de conscience de l'importance de l'environnement dans notre vie quotidienne [30]. « *Les variations climatiques aux incidences météorologiques fréquemment perceptibles, les pollutions industrielles aussi bien que domestiques génèrent une inquiétude souvent justifiée* » [31]. M. Boulangé et G. Kanny précisent qu'il ne devrait pas y avoir qu'une approche pessimiste des effets d'un environnement néfaste sur nos organismes mais qu'il existe des antidotes. Ils s'inspirent du naturaliste Jean-Jacques Rousseau pour aspirer au bienfait d'une nature reconfortante « *Je suis surpris que des bains et de l'air salubre et bienfaisant des montagnes ne soient pas un des grands remèdes de la médecine et de la morale* ». C'est peut-être dans cette approche novatrice que les pratiques innovantes en santé de demain trouveront leur essence. Cette idée alliant adaptation durable de l'individu à son environnement répond à la définition même de la santé à savoir trouver un équilibre physique, mental et social et conduit au concept de médecine environnementale.

Conclusion

Les pratiques innovantes comportent des défis et des enjeux. Les premiers sont ceux de la confiance entre professionnels de santé et entre praticiens et patients. Sans cette confiance préalable, il ne peut y avoir de relation soignant – soigné congruente. Les défis de l'efficacité (qualité et maîtrise des coûts) des pratiques innovantes dans un système de santé sont face à l'obligation d'utiliser au mieux les deniers dont il dispose. Une régulation des pratiques est une condition *sine qua non* de l'acceptabilité de la maîtrise des dépenses, fondée sur des critères jugés légitimes tant par les professionnels que par les patients.

Pour trouver des solutions pérennes au défi lié à l'environnement, il convient d'impliquer tous les acteurs : les professionnels de santé, les patients, les politiques et les économistes. Nous sommes face à des



logiques qui parfois convergent et souvent divergent, à des situations conflictuelles et des enjeux de pouvoir. Croire en l'implication des acteurs de santé, c'est là tout l'enjeu de la durabilité de la santé. Il ne faut avoir peur ni du changement, ni de la nouveauté. La bonne attitude est l'ouverture et l'implication de tous les acteurs. L'identification des enjeux présents dans le champ de la santé est le déterminant majeur pour trouver des solutions face aux grands défis qui s'annoncent. Enfin, l'enjeu éthique est primordial : le juste soin vise à répondre à une demande humaine fondamentale, celle d'être traité le mieux possible et dans les meilleures conditions dans un environnement en mouvance. Et peut-être peut-on appliquer à la médecine comme le propose le docteur F. Baumann, cette réflexion rapportée par André Malraux « *Le plus extraordinaire est que cela a sans doute un sens* » [32].

Références

1. Lewin K. Field theory in social science. New-York: Harper and Row; 1967. p. 346.
2. Alter N. Innovation et organisation : deux légitimités en concurrence. Rev Fr Sociol 1993;24.
3. The American Heritage Dictionary of the English Language. 4th ed. Boston - New-York: Houghton Mifflin Company; 2006.
4. Bourdillon F, Brücket G, Tabuteau D. Traité de Santé Publique. 2^e ed. Paris: Médecine Sciences Flammarion; 2007.
5. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris: Edition du Seuil; 1977.
6. Visinand M. Le rôle attendu des professionnels RH lors d'un changement organisationnel. Montréal : HEC Montréal; 2003.
7. Collerette P, Delisle G, Perron R. Le changement organisationnel: théorie et pratique. Quebec : Presse de l'université du Canada; 1997.
8. Morin E. Psychologies au travail. Montréal: Morin, G; 1996.
9. Colloque – Innovation et organisation des soins Paris : <http://www.strategie.gouv.fr/evenements/colloque-innovation-organisation-soins;2014>.
10. Bataillon R. Colloque : Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ? http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/5-juin-Colloque_ScPoCGSP_le-28-08-12-h-00pdf.2013.
11. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Sciences sociales et santé 2006;24: 75-102.
12. Schön DA. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. USA: Basic Books; 1983.
13. Reach G. Colloque : Pourquoi et comment réguler les pratiques médicales ? http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/5-juin-Colloque_ScPoCGSP_le-28-08-12-h-00pdf.2013.
14. Lacroix ME, Potvin P. Les pratiques innovantes en éducation. <http://directreqqcca/les-pratiques-innovantes-en-education-version-integrale/>. 2009.
15. Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée 1996.
16. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, inséré à l'article 1111-2 du Code de la Santé Publique.
17. Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux 2011.
18. Brechat PH, Magnin-Feysot C, Grangeon JL. La participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé. ADSP 2003;44: 61.
19. Loi n° 94-548 du 1 juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
20. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.
21. Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.
22. HAS. Guide méthodologique. Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. http://www.has-santefr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/guide_patient_traceurpdf.2013.
23. Misrahi R. Qu'est-ce que l'éthique ? Paris: Armand Colin; 1997.
24. Beauchamp TL, Childess F. Principles of biomedical ethics. Press OU, editor. New-York; 1983.
25. Braunstein JF. Bioéthique ou philosophie de la médecine. Paris: PUF; 2014.
26. Canguilhem G. Philosophie de la vie. 1^{re} ed. rond Ledpe, editor. Le Plessis Robinson: Institut Synthelabo pour le progrès de la connaissance; 1997.
27. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12^e ed. Paris: PUF; 2013.
28. Vivien FD, Lepart J, Marty P. L'évaluation de la durabilité. Versailles: Quae; 2013.
29. Recipes for Sustainable Healthcare - a multi stakeholder public debate - Bibliothèque Solvay Bruxelles http://eu-emscom/summary.asp?event_id=171&page_id=1412.2013.
30. Boulangé M. La climatothérapie, médecine environnementale. Presse Therm Clim 2005;142:9-12.
31. Boulangé M, Kanny G. Thermalisme et climatisme, médecines environnementales. HEGEL 2014;4:170-2.
32. Baumann F. Médecine et sacré : Et si tout cela avait un sens ? <http://www.tlmlfmc.com/dossier/medecine-et-sacrehtml,151.2005>.

Liens d'intérêt : aucun