

L'INNOVATION NON-STANDARD

UNE VOIE POUR UN NOUVEAU SYSTÈME DE SANTÉ

Les fractures du système de santé sont multiples : désertification médicale¹, épuisement des soignants², inégalités d'accès aux soins, perte de sens... Face à ces crises, l'innovation est souvent présentée comme la solution. Mais de quelle innovation parle-t-on ? Xavier Pavie, philosophe et professeur à l'Essec Business School et directeur de programme au Collège international de philosophie, propose une autre approche : l'innovation non-standard, pensée avant tout au service du soin et de l'humain.

**Xavier Pavie**

Xavier Pavie est philosophe et professeur à l'ESSEC Business School. Il est également directeur de programme au Collège International de Philosophie où il tient un séminaire de « philosophie critique de l'innovation ». Il est notamment l'auteur du *Manifeste pour l'innovation non-standard* (Ovadia 2025).

L'innovation telle qu'elle est pratiquée reste largement prisonnière d'une logique capitaliste et productiviste qui en fait un outil de survie économique pour les organisations, bien plus qu'un levier de progrès humain³. Dans le champ de la santé, cette dérive prend des formes particulièrement visibles, et particulièrement coûteuses en termes humains.

C'est dans ce contexte que le concept d'innovation non-standard, élaboré à partir de la philosophie non-standard de François Laruelle⁴, offre une perspective de refondation. Non pas une nouvelle étiquette apposée sur les mêmes pratiques, mais une transformation conceptuelle profonde de ce que signifie innover quand il s'agit de soigner.

UNE PROMESSE AMBIVALENTE

L'innovation médicale incarne le paradoxe fondamental de l'innovation : elle représente à la fois une promesse et un risque, une tension entre espoir et inquiétude. Les exemples ne manquent pas pour illustrer cette ambivalence. En France, celui du Mediator a révélé comment une molécule développée pour soigner peut, faute d'une vigilance suffisante sur ses effets systémiques, coûter la vie à plusieurs centaines de patients. Autre exemple, les avancées en biotechnologie soulèvent des questions fondamentales sur l'avenir de l'être humain. Le transhumanisme, qui vise à accroître les capacités intellectuelles et physiques grâce aux NBIC (nanotechnologies, biotechnologies, informatique et cognition), interroge la finalité du progrès : cherche-t-on encore à améliorer la condition humaine dans son ensemble, ou l'innovation devient-elle un privilège réservé à une élite⁵ ? Dans un système de santé déjà traversé par de profondes inégalités, cette dérive vers une médecine à deux vitesses constitue un risque réel. La numérisation désormais tentaculaire modifie profondément notre rapport à l'information et à la connaissance. La télémédecine, présentée comme une réponse aux déserts médicaux, peut améliorer

l'accès aux soins dans certaines zones rurales, mais elle risque simultanément d'aggraver la fracture numérique pour les populations âgées ou précaires. Les innovations numériques s'accompagnent d'une surveillance accrue et d'une marchandisation des données personnelles⁶.

LE PIÈGE HERMÉNEUTIQUE CAPITALISTE

Le problème de fond réside dans une innovation dominée par une herméneutique capitaliste, largement influencée par la pensée schumpétérienne⁷. Cette vision met l'accent sur la destruction créatrice et la croissance économique, enfermant l'innovation dans un cadre essentiellement productiviste⁸. Dans cette logique, l'innovation n'est plus qu'un outil destiné à maximiser l'efficacité et la rentabilité⁹, ce qui limite structurellement sa capacité à répondre aux défis sociétaux. Les effets concrets de cette logique sont visibles dans le système de santé. Les investissements en R&D pharmaceutique s'orientent massivement vers les maladies des pays riches et les marchés solvables, au détriment des maladies négligées¹⁰. La financiarisation des établissements de santé impose des logiques de rentabilité à court terme qui entrent en contradiction directe avec les exigences du soin. La suppression de dizaines de milliers de lits hospitaliers en Europe¹¹, au nom de l'efficacité, en a illustré les limites de façon dramatique lors de la crise du Covid-19.

Face à ces dérives, les tentatives de correction habituelles, innovation éthique, innovation responsable, innovation sociale, innovation inclusive, se révèlent insuffisantes. Ces propositions n'atteignent pas vraiment l'innovation : elles semblent insuffisantes pour la déconstruire et ne constituent au mieux que des « aménagements » qui restent en surface¹². Comme le souligne Derrida, la déconstruction ne consiste pas à démolir, mais à identifier les structures implicites qui sous-tendent nos pensées¹³. Dans le cas de l'innovation en santé, le risque est précisément de croire qu'on la repense sans jamais vraiment sortir du cadre qui l'a définie.

UNE AUTRE VOIE

Pour sortir de cette impasse, la mobilisation d'outils philosophiques s'impose. Plus précisément la philosophie non-standard de François Laruelle offre dans ce cadre un outil singulièrement pertinent. En refusant les dualismes et les hiérarchies implicites de la philosophie classique, elle permet d'envisager l'innovation comme un champ

de pensée autonome, détachable de ses influences productivistes¹⁴. Cette approche ouvre la voie à une « *innovation non-standard* »¹⁵, qui ne se contenterait pas de reproduire des schémas préexistants, mais permettrait une véritable création conceptuelle¹⁶.

L'innovation non-standard n'est pas une anti-innovation. Le préfixe « non- » suspend la prétention de l'innovation, habituelle, classique, standard à être la réponse universelle aux fractures du système de santé, sans pour autant nier sa valeur ou son nécessaire déploiement. Dans le champ de la santé, cette suspension invite à mettre entre parenthèses l'évidence selon laquelle, par exemple, davantage de technologie produira nécessairement davantage de soin. Elle invite à questionner la croyance, autre exemple, que la transformation numérique de l'hôpital résoudra d'elle-même les problèmes d'organisation, de sens et d'humanité qui traversent les institutions soignantes.

Cette suspension n'est pas une fin en soi. Pour reprendre le mouvement décrit par Laruelle à propos de la philosophie, il s'agit de quitter l'expérience ordinaire pour néanmoins y retourner¹⁷. Il s'agit ainsi de quitter l'expérience ordinaire de l'innovation schumpétérienne pour mieux y revenir, mais autrement, avec d'autres finalités, d'autres méthodes, d'autres valeurs.

TROIS OBJECTIFS FONDATEURS

Concrètement, l'innovation non-standard se structure autour de trois objectifs fondateurs¹⁸, directement transposables au champ de la santé.

Le premier consiste à replacer l'individu au cœur de toute démarche. Non pour les seuls impératifs de survie des organisations. L'innovation non-standard suppose d'abord de remettre en cause l'innovation telle qu'elle se présente aujourd'hui : non seulement dans ses prétentions, mais aussi dans sa médiocrité fondamentale, celle d'une pratique mise au service d'intérêts privés qui ne l'exploitent, le plus souvent, qu'à leurs propres fins¹⁹. La tarification abusive de certains médicaments vitaux en offre l'illustration la plus saisissante : aux États-Unis, l'insuline, molécule vieille d'un siècle, demeure financièrement hors de portée pour des millions de diabétiques, produit d'une innovation sans conscience, entièrement soumise à la logique du profit. Dans le domaine de la santé, placer le patient et le soignant au centre signifie donc les traiter non comme cibles ou utilisateurs d'une solution, mais comme finalité première de toute démarche innovante. Un système de santé innovant selon cette perspective ne se mesure pas à sa productivité ou à son efficacité financière, mais à sa capacité à prendre soin de chaque individu. Cela invite à repenser des innovations comme le dossier médical partagé : non comme un outil de coordination administrative, mais comme un espace de continuité du soin centré sur la trajectoire de vie du patient.

Le deuxième objectif concerne la méthode. Il s'agit d'adopter une approche immanente, capable à la fois de s'élever vers des enjeux holistiques et de rester en prise directe avec le réel, le quotidien et les enjeux du bien commun, dont la santé est l'expression la plus immédiate. Refuser la marchandisation croissante du soin, c'est aussi exiger que l'innovation descende au niveau des conditions concrètes dans lesquelles elle s'exerce. La question du burn-out des soignants en est une illustration : une innovation immanente ne se contentera pas de déployer des applications de bien-être ou des programmes de résilience individuelle. Elle interrogera les conditions structurelles qui produisent cet épuisement, surcharge administrative, perte d'autonomie professionnelle, pour s'attaquer aux causes plutôt qu'aux symptômes.

Enfin, le troisième objectif ouvre l'innovation à une ambition trans-

disciplinaire. En effet, l'innovation en santé ne peut plus se réduire au seul registre technologique ou managérial. Elle doit s'ouvrir aux humanités, aux sciences sociales, aux arts, à la philosophie. L'histoire de la médecine le confirme : les grandes avancées thérapeutiques ont souvent résulté de croisements disciplinaires inattendus. La naissance des soins palliatifs en est l'exemple le plus éloquent, redevable autant à la philosophie qu'à la spiritualité qu'à la médecine clinique.

REINVENTER LE SOIN

L'injonction de Laruelle aux philosophes vaut pleinement pour l'innovation : « *Ne faites pas comme les philosophes, inventez la philosophie ! Changez sa pratique ! Traitez-la expérimentalement comme un matériau quelconque ! S'il faut un programme, le voilà...* »²⁰ Il ne s'agit pas de rejeter l'innovation, mais de la réinventer : la libérer de ses attaches productivistes pour la remettre au service du bien commun²¹.

L'innovation non-standard ne prétend pas être la solution à tous les maux du système de santé. Mais elle ouvre une brèche dans la pensée conservatrice qui enferme l'innovation dans une logique de rentabilité incompatible avec les exigences du soin²². Elle propose un nouveau vocabulaire, une nouvelle méthode, de nouveaux objectifs. Son enjeu est de mettre à mal cette logique capitaliste qui transforme l'acte de « guérir » en une simple marchandise industrielle, comme l'a souligné Illich²³. Faire en sorte que le citoyen cesse d'être dépossédé de son pouvoir de maîtriser sa salubrité pour devenir un simple consommateur contraint de soins.

Dès lors, un système de santé innovant au sens non-standard serait un système qui innove pour chaque individu, patient et soignant, qui articule enjeux holistiques et réalités concrètes du quotidien, et qui s'appuie sur toutes les disciplines humaines pour comprendre ce que signifie véritablement « prendre soin ». ■

1. Sénat, *Rapport d'information sur les déserts médicaux*, n° 282, janvier 2020.
2. F. Leomte et D. Gourion, « Burnout in French Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis », *Journal of Affective Disorders*, janvier 2019.
3. X. Pavie, *L'innovation à l'épreuve de la philosophie*, Presses Universitaires de France, Paris, 2018.
4. F. Laruelle, *Philosophie non-standard : Générique quantique*, philo-fiction, Kimé, Paris, 2010.
5. N. Bostrom, « In defense of posthuman dignity », *Bioethics*, 19(3), 2005, pp. 202-214 ; F. Fukuyama, *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*, Farrar, Straus and Giroux, New York, 2002.
6. S. Zuboff, *The Age of Surveillance Capitalism: The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power*, PublicAffairs, New York, 2019.
7. J. A. Schumpeter, *Capitalism, Socialism and Democracy*, Harper & Brothers, New York, 1942.
8. J. Fagerberg, « Innovation : A guide to the literature », in J. Fagerberg, D. C. Mowery et R. R. Nelson (Eds.), *The Oxford Handbook of Innovation*, pp. 1-26, Oxford University Press, Oxford, 2005.
9. B. Godin, *Innovation Contested: The Idea of Innovation over the Centuries*, Routledge, New York, 2015.
10. Global Forum for Health Research, *The 10/90 Report on Health Research*, Genève, 1999.
11. OCDE, *Panorama de la santé 2023*, Paris, OCDE, 2023, chapitre « Lits d'hôpital et taux d'occupation ».
12. X. Pavie, *L'innovation à l'épreuve de la philosophie*, Presses Universitaires de France, Paris, 2018.
13. J. Derrida, *De la grammatologie*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1967.
14. F. Laruelle, *En tant qu'Un. La non-philosophie expliquée aux non-philosophes*, Aubier, Paris, 2011.
15. X. Pavie, *Manifeste pour l'innovation non-standard*, Ovidia, 2025.
16. F. Laruelle, *La lutte et l'utopie à la fin des temps philosophiques*, éd. Kimé, Paris, 2004.
17. F. Laruelle, « Y a-t-il une philosophie populaire ? », cours polycopié Télélix, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 1993, p. 3.
18. F. Laruelle, *Philosophie non-standard : Générique quantique*, philo-fiction, Kimé, Paris, 2010 ; F. Laruelle, *En tant qu'Un. La non-philosophie expliquée aux non-philosophes*, Aubier, Paris, 2011.
19. B. Latour, *Pandora's Hope : Essays on the Reality of Science Studies*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1999.
20. F. Laruelle, *Lettre non philosophique du 9 novembre*, Organisation non philosophique internationale (ONPhi), 2006.
21. X. Pavie, *L'innovation à l'épreuve de la philosophie*, Presses Universitaires de France, Paris, 2018.
22. P. Le Masson, B. Weil et A. Hatchuel, *Les processus d'innovation : Conception innovante et croissance des entreprises*, Hermes Science, Paris, 2006.
23. I. Illich, *Némésis médicale : L'expropriation de la santé*, 1975, Introduction et chapitres 2-3.