

Des interventions aux stratégies non-médicamenteuses : introduction aux typologies de prévention santé et de prise en charge patient

From Interventions to Non-Pharmacological Strategies: Introduction to the Typologies of Health Prevention and Patient Care

Estelle Guerry¹

¹ Laboratoire LARA-SEPPIA, Université de Toulouse, France, estelle.guerry@univ-tlse2.fr

RÉSUMÉ. Les interventions non-médicamenteuses, ou INM, ces Interventions non pharmacologiques, non invasives, ciblées et fondées sur des données probantes, connaissent aujourd'hui un essor important dans les parcours de santé des patients. Cet essor répond à la situation suivante : les maladies chroniques se développent de manière considérable et la médecine conventionnelle – médicamenteuse – ne peut pas toujours répondre aux besoins des patients. Les interventions non médicamenteuses s'inscrivent ainsi dans un climat de transformations sociales engendré par les multiples crises contemporaines et se déploient au travers de nouvelles façons de penser le soin. Il s'agit ici d'établir le périmètre d'action de ce qu'est une INM ou une SNM (stratégie non-médicamenteuse) de questionner leurs limites et potentiels de prise en charge patient grâce à une approche définitionnelle, tant théorique que pratique, nourrie de regards de chercheurs et de praticiens.

ABSTRACT. Non-pharmacologic interventions, or NPIs, these non-pharmacologic, non-invasive, targeted and evidence-based interventions, are currently experiencing a significant boom in the field of patient care. This boom is due to the following situation: chronic diseases are on the rise and conventional – drug-based - medicine cannot always meet patients' needs. Non-pharmacological interventions are therefore part of a climate of social change brought about by the multiple crises of the present and are being used by new ways of thinking in care. The aim is to determine the scope of an NPI or NPS (non-pharmacological strategy) in order to question its limitations and potential for patient care through a theoretical and practical definitional approach that draws on the perspectives of researchers and practitioners.

MOTS-CLÉS. Alternatives thérapeutiques, Approches psychocorporelles, INM, Innovation, Maladies chroniques, Parcours patient, Prévention santé, Recherche, Santé intégrative, Soins de support.

KEYWORDS. Chronic Diseases, Health Prevention, INM, Innovation, Integrative Health, Patient Pathway, Psychocorporeal Approaches, Research, Supportive Care, Therapeutic Alternatives.

1. Un système de santé en mutation

1.1. Vers une approche globale

Le système de santé¹ français connaît des transformations majeures depuis plusieurs décennies en raison de l'évolution des attentes sociétales, de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques [BRU 13] ainsi que des facteurs de risque et de la gestion des comorbidités [CAP 13], d'une méfiance croissante envers les médicaments, en raison de leurs effets secondaires ou de leur inefficacité dans certaines pathologies [AND 14]. Ces diverses positions appellent à la diversification

¹. L'OMS définit les systèmes de santé comme « la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions visant principalement à améliorer, maintenir ou restaurer la santé ». Le système de santé français s'appuie sur les structures sanitaires, médico-sociales et sociales, ambulatoires et implique plusieurs acteurs aux niveaux national, régional et local : les offreurs de soins, les producteurs de biens et services en santé, des institutions publiques, des financeurs, les bénéficiaires [ORG 06].

des approches thérapeutiques, notamment non-médicamenteuses. Leur introduction comme nouvelle filière de soins² répond à un besoin de réduire la consommation de médicaments, notamment dans le cadre des pathologies chroniques et des troubles psycho-psychiatriques et ces approches sont désormais plébiscitées dans les recommandations de santé publique [HAU 11]. Cette promotion des approches non-médicamenteuses par les instances de santé publique découle de leur potentiel à réduire les coûts associés à la prise en charge des maladies chroniques, ainsi que leur impact positif sur la qualité de vie des patients, visant notamment la réduction des hospitalisations et de la dépendance aux traitements lourds, contribuant ainsi à l'allègement du système de santé [NOG 22].

Les patients plébiscitent également une approche plus intégrative, où ils seraient au cœur d'un parcours de soins individualisé et global. Pour y répondre, le corps soignant déploie une prise en charge centrée patient ou « démarche bio-psycho-sociale ». Ce modèle, introduit par Engel il y a plus de trois décennies [ENG 77 ; 80], conceptualise l'être humain comme un système où les dimensions biologiques, psychologiques et sociales interagissent simultanément pour influencer la santé et la maladie. Ce modèle favorise une compréhension des processus pathologiques comme étant le résultat de causalités multiples et circulaires, souvent difficiles à identifier et à maîtriser. Cette complexité inhérente confronte ainsi cliniciens et patients à une navigation parfois inconfortable entre incertitude et complexité [BER 10]. Il en découle une évolution profonde de la relation soignant-soigné, exigeant le développement de compétences relationnelles et pédagogiques plus étendues [BOR 24].

La médecine personnalisée est également fortement plébiscitée par les patients. Pour cause, intégrant les spécificités biologiques individuelles, mises en évidence grâce aux avancées technologiques dans les domaines de la génomique, de la biologie cellulaire, de la bio-informatique et de l'analyse de données à grande échelle, elle propose des thérapies adaptées à chaque patient [PIC 14]. Cette approche soulève des questions éthiques qui dépassent les considérations habituellement associées à la génomique, en incitant à interroger en profondeur la contribution des nouvelles connaissances scientifiques à la pratique médicale [DIO 08]. De plus, elle met en lumière un paradoxe, celui d'une médecine qui, tout en s'appuyant sur des données scientifiques solides, généralisables et certaines, vise à répondre à la singularité incertaine de chaque patient.

Le concept de santé unique, ou *One Health* attire également de plus en plus l'attention. Il s'agit de considérer les interconnexions entre la santé humaine, la santé animale et l'environnement [MOR 20]. L'objectif principal est de mieux appréhender les perturbations environnementales susceptibles de favoriser l'émergence de nouvelles maladies, qu'elles soient infectieuses ou non, ou d'exacerber les pathologies existantes [PAR 21] ; une revue récente ayant mis en évidence les liens entre les altérations de la biodiversité et l'émergence de maladies transmissibles [ROB 21].

Toutes ces considérations et différentes pratiques viennent nourrir des débats, questionnant plus particulièrement les ambiguïtés générées par la multitude d'expressions employées et les transformations en cours dans les relations entre les acteurs du système de santé, les institutions académiques et les partenaires industriels du secteur pharmaceutique [BIL 15]. C'est pourquoi il est essentiel que ces interventions soient justifiées par des preuves scientifiques, coordonnées entre professionnels, tracées et prescrites de manière appropriée. Une réflexion éthique pluridisciplinaire est également requise pour assurer une pratique rigoureuse et éviter les dérives potentielles. Renforcer les complémentarités entre les différentes professions de santé est un enjeu majeur pour répondre aux défis actuels posés par les maladies chroniques et complexes.

². Une filière de soins, composante du système de santé, représente les modalités de prise en charge d'un patient pour une pathologie donnée, impliquant la co-ordination des acteurs et des établissements de santé autour d'une approche thérapeutique adaptée [VIN 98].

1.2. Réglementation, cadre scientifique et certification des INM

C'est pourquoi en 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose le terme « interventions non médicamenteuses » (INM) pour désigner des pratiques de prévention et de soin fondées sur des données probantes [HAU 11]. Les programmes apparentés constituent alors un important secteur d'innovations en proposant une approche complémentaire aux traitements médicamenteux vecteurs de maîtrise des dépenses évitables de soin et d'emplois de proximité [NOG 22], dans un système de santé qui s'étend aujourd'hui à la prévention [JAB 08]. Mais les INM sont aujourd'hui considérées par le grand public comme englobant des disciplines paramédicales comme la kinésithérapie, des dispositifs médicaux, la chirurgie, la radiothérapie, des mesures telles que l'arrêt maladie, l'hospitalisation, les interventions de santé publique ou des thérapies complémentaires, les médecines douces, les pratiques traditionnelles et les soins holistiques ; preuve d'une méconnaissance de la part des patients, des praticiens et plus globalement à l'échelle de la société elle-même.

En une décennie, cette nouvelle filière de soins a pris sa place entre les traitements biomédicaux et les produits-services de consommation courante. Elle consolide des protocoles de soin et de prévention, les publics cibles, les métiers et les contextes d'usage par la recherche, la démarche qualité et la normalisation grâce à la Non-Pharmacological Interventions Society (NPIS). Elle œuvre au développement de la recherche sur les INM pour un meilleur référencement, définissant ce qu'est ou n'est pas une INM, et une meilleure intégration dans le système de santé français avec une vision globale et intégrative de la santé [NIN 24].

2. Médecines alternatives et complémentaires (MAC)

2.1. Définition et typologies

En parallèle des INM, on peut aussi observer certaines pratiques recommandées par des médecines non-conventionnelles, souvent désignées sous le terme de Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC). Elles forment un ensemble de pratiques thérapeutiques qui se situent en dehors du cadre de la médecine conventionnelle, mais qui sont souvent utilisées en complément de celle-ci [ERN 02]. Le terme « alternatif » renvoie à des filières de soins qui se substituent aux traitements médicaux traditionnels, tandis que le terme « complémentaire » fait référence à des thérapies qui ne remplacent pas le traitement de base mais qui sont utilisées en parallèle des soins conventionnels pour réduire la douleur ou atténuer les effets secondaires des traitements médicaux conventionnels afin d'améliorer le bien-être global du patient [SUI 20]. Certains pays ont intégré les MAC dans leur système de santé conventionnel. Par exemple, en Chine, la médecine traditionnelle chinoise est pratiquée parallèlement à la médecine moderne. De même, en Inde, la médecine ayurvédique est officiellement reconnue et utilisée dans les hôpitaux. En Europe et en Amérique du Nord, certaines pratiques comme l'acupuncture, la méditation, ou l'hypnothérapie sont de plus en plus acceptées dans les hôpitaux pour la gestion de la douleur ou la réduction du stress.

Les MAC regroupent un large éventail de pratiques et de philosophies de soins. La distinction entre MAC et médecine conventionnelle n'est pas toujours clairement définie [ERN 02]. De plus en plus, certaines MAC, après avoir été soumises à des études scientifiques rigoureuses, sont intégrées dans le cadre des soins conventionnels sous le nom d'Interventions Non Médicamenteuses (INM). Par exemple, l'acupuncture pour la gestion de la douleur est désormais intégrée dans certains hôpitaux et cliniques [COU 17]. Les MAC reposent sur des paradigmes théoriques qui diffèrent souvent des fondements scientifiques de la médecine occidentale moderne. Elles portent sur la prévention et l'interaction entre l'environnement, le corps et l'esprit [SUI 20].

2.1.1. Systèmes médicaux complets

Les médecines complémentaires et alternatives consistent des filières de soins complètes et cohérentes, qui incluent la médecine traditionnelle chinoise, la médecine ayurvédique, la naturopathie

et la médecine anthroposophique. Ces systèmes sont basés sur des philosophies anciennes et ont évolué indépendamment des approches biomédicales occidentales. Ils mettent l'accent sur la prévention et la capacité d'autoguérison du corps [ERN 02]. Les MAC encouragent souvent une autonomisation des patients, en leur enseignant des techniques d'auto-soins, la phytothérapie (usage des plantes médicinales), l'aromathérapie (utilisation des huiles essentielles), leur permettant de s'impliquant facilement, activement et naturellement dans leur propre processus de guérison [BAC 11]. Cela contraste avec la médecine conventionnelle, qui peut être perçue comme plus paternaliste, où les patients sont souvent dépendants de la pharmacopée prescrite par les médecins. Ces approches valorisent des styles de vie sains et des interventions douces qui respectent le rythme naturel du corps [SUI 20].

2.1.2. Thérapies basées sur l'énergie

Ces approches incluent des pratiques comme l'acupuncture, la magnétothérapie ou encore le Reiki. Elles se fondent sur l'idée que l'énergie circule dans le corps humain et que sa manipulation peut favoriser la guérison [CAU 24]. Un autre fondement théorique important des MAC est la notion d'énergie vitale, souvent décrite comme un flux énergétique qui traverse le corps. Par exemple, en médecine traditionnelle chinoise, la santé est définie par la libre circulation du Qi à travers des canaux appelés méridiens. En cas de blocage ou de déséquilibre de ce flux, des maladies peuvent se manifester. L'acupuncture, par exemple, vise à rétablir cette circulation énergétique. De manière similaire, l'ayurvéda fait référence aux Doshas, qui sont des forces vitales régulatrices. Une altération de l'équilibre entre les Doshas est considérée comme responsable des troubles de santé. Ces théories énergétiques diffèrent de l'approche biomédicale moderne [ERN 02], qui repose principalement sur des mécanismes physiologiques et biochimiques.

2.1.3. Pratiques holistiques manuelles et corps-esprit

Un principe central des MAC est l'holisme, une approche selon laquelle l'être humain est un tout indivisible, où le physique, le mental, l'émotionnel et le spirituel interagissent. Les MAC visent souvent à restaurer l'équilibre entre ces différentes dimensions de la personne, par opposition à la médecine conventionnelle, qui tend à traiter des symptômes isolés [ERN 02]. Ce concept d'équilibre est particulièrement présent dans la médecine traditionnelle chinoise et l'ayurvéda, où la maladie est souvent perçue comme une rupture de l'harmonie interne ou une perturbation des forces vitales. Ces pratiques incluent des disciplines comme l'ostéopathie, la chiropraxie, la méditation, le yoga, le tai chi et l'hypnothérapie [ERN 02]. Ces méthodes visent à renforcer l'interconnexion entre le corps et l'esprit pour favoriser la santé globale.

2.2. MAC et INM : une convergence possibles ?

Un défi fondamental dans l'intégration des MAC au sein des systèmes de santé conventionnels réside dans la question de la validation scientifique. La médecine moderne repose sur des méthodologies rigoureuses, incluant des essais cliniques randomisés et des études basées sur des preuves (evidence-based medicine). Les MAC, quant à elles, s'appuient souvent sur des données empiriques et des traditions millénaires, mais ne répondent pas toujours aux critères de la recherche moderne [SUI 20]. Cependant, certaines MAC, notamment l'acupuncture, ont fait l'objet d'études cliniques rigoureuses et sont désormais reconnues pour leurs bénéfices dans des domaines spécifiques, comme le traitement de la douleur ou les troubles digestifs. Ce processus de validation scientifique des MAC reste un sujet de débat au sein des communautés médicales et scientifiques [GUE 13]. L'une des interrogations clés dans la recherche actuelle est de savoir dans quelle mesure certaines pratiques issues des MAC peuvent être considérées comme des INM, sous réserve qu'elles soient scientifiquement validées. Ce processus de validation implique de distinguer les éléments des MAC qui répondent aux critères de la recherche scientifique moderne de ceux qui reposent sur des croyances ou des approches non vérifiables [ERN 02].

2.2.1. Scientificité et validation des pratiques des MAC

L'enjeu pour les pratiques des MAC est de démontrer, par le biais d'études cliniques rigoureuses, leur efficacité thérapeutique. Des disciplines telles que l'acupuncture, la méditation ou le yoga, initialement issues de systèmes médicaux non occidentaux, ont fait l'objet de nombreuses recherches. Certaines de ces pratiques, comme l'acupuncture pour le traitement des douleurs chroniques ou la méditation de pleine conscience pour la gestion du stress, sont aujourd'hui intégrées dans les soins conventionnels, en tant qu'INM [LAZ 07]. Ce processus d'intégration s'appuie sur une analyse rigoureuse des mécanismes biologiques sous-jacents et sur des preuves cliniques solides. Pour qu'une pratique MAC soit reconnue comme une INM, trois principaux critères doivent être remplis :

- la preuve d'efficacité : les essais cliniques doivent prouver que l'intervention est plus efficace qu'un placebo ou aussi efficace qu'un traitement conventionnel
- la sécurité : les risques associés à l'intervention doivent être clairement identifiés et minimisés
- la reproductibilité : les résultats doivent être reproduits dans différentes études et contextes cliniques

Cependant, la transposition des pratiques MAC vers le cadre des INM rencontre plusieurs défis. Certaines interventions issues des MAC s'appuient sur des conceptions holistiques et des variables complexes (comme les doshas en Ayurveda ou le qi en médecine chinoise), qui ne sont pas toujours facilement mesurables ou compréhensibles dans un cadre scientifique occidental. De plus, les critères stricts d'objectivation de la médecine moderne peuvent parfois entrer en conflit avec l'approche subjective et individualisée de certaines MAC [SUI 20].

2.2.2. Exemples de convergences réussies

Certains exemples illustrent bien le potentiel des MAC à s'intégrer dans le champ des INM. L'acupuncture, par exemple, a montré des résultats prometteurs dans le traitement des douleurs chroniques [COU 17]. De même, la méditation de pleine conscience, bien que tirée des traditions bouddhistes, a été largement étudiée et est désormais couramment utilisée dans la gestion du stress et des troubles anxieux [BER 08], dans le cadre des INM. C'est la preuve que les frontières entre les MAC et les INM ne sont pas figées. Ce rapprochement entre MAC et INM illustre une volonté croissante d'enrichir la médecine moderne avec des approches thérapeutiques variées, tout en s'assurant que celles-ci respectent les standards de la science contemporaine.

3. STRATEGIES NON-MEDICAMENTEUSES (SNM)

3.1. Fondements et composantes des SNM

Si aujourd'hui il n'existe pas de réelle définition de ce qu'est une stratégie non-médicamenteuse (on parle aussi de stratégie de prise en charge), on peut s'appuyer sur la littérature pour identifier un ensemble de pratiques qui incluent des approches comportementales, psychologiques, physiques, éducatives, et sociales, basées sur la modification des habitudes de vie, de l'environnement ou encore de la gestion des soins de santé. Elles s'adresseraient aussi bien à des pathologies chroniques qu'aux troubles aigus et pouvant être utilisées à des fins curatives, préventives ou de soutien [GIB 00]. L'efficacité des SNM s'appuie sur la compréhension des interactions complexes entre le comportement humain, l'environnement, et les processus biologiques. C'est pourquoi elles englobent des approches variées, qui peuvent être classées selon différentes catégories. Les SNM jouent également un rôle central dans les politiques de prévention et de promotion de la santé pour des soins de qualité [SET 00]. Les campagnes de santé publique qui encouragent la réduction de la consommation de tabac, l'augmentation de l'activité physique ou l'amélioration de la nutrition sont des exemples classiques d'application des SNM à grande échelle. Ces interventions sont fondées sur l'idée que la modification des comportements à risque peut avoir un impact significatif sur la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies chroniques.

3.1.1. *Stratégies comportementales et cognitives*

De nombreuses SNM visent à faire évoluer les comportements dysfonctionnels et à promouvoir des schémas cognitifs positifs, notamment celles axées sur la modification des habitudes de vie qui sont fondées sur des modèles de changement comportemental. Parmi ceux-ci, le « Modèle Transthéorique du Changement » de Prochaska et DiClemente [CSI 12], décrit les étapes par lesquelles un individu passe pour adopter un comportement plus sain. Ce modèle est largement utilisé dans les programmes d'éducation à la santé et dans les approches de gestion des maladies chroniques, comme l'obésité ou le tabagisme. Mais les SNM ne se limitent pas aux interventions physiologiques ; elles reconnaissent aussi l'importance des facteurs psychosociaux dans la santé. La théorie du soutien social par exemple, repose sur le fait que les relations sociales positives et un environnement social favorable ont un impact significatif sur la santé mentale et physique [CAR 05]. Les SNM peuvent ainsi inclure des programmes de soutien par les pairs, des groupes de discussion, ou des initiatives communautaires visant à renforcer le sentiment d'appartenance et à réduire l'isolement social [GIB 00]. La santé mentale constitue un domaine majeur d'application des SNM, ayant pour objectif de permettre aux patients de mieux gérer leurs pensées et émotions et de réduire l'utilisation des traitements.

3.1.2. *Dispositifs corporels*

L'évolution des technologies médicales participe quant à elles grandement au développement des dispositifs corporels. Que ce soit pour restaurer, corriger, soutenir ou conduire une rééducation fonctionnelle, mettre en place une mobilité assistée, etc., les prothèses, orthèses, implants et autres dispositifs contribuent à améliorer de manière significative la qualité de vie des patients en permettant non seulement de restaurer des fonctions corporelles perdues ou altérées, mais aussi de prévenir les complications liées à certaines conditions de santé, tout en minimisant les effets secondaires souvent associés à une pharmacothérapie continue [DAL 22]. Les prothèses sont par exemple l'une des SNM les plus utilisées en cas d'amputation ou de malformations congénitales. Elles améliorent la mobilité, l'autonomie et la qualité de vie des patients. Et ces dispositifs ne sont pas seulement fonctionnels, mais aussi esthétiques grâce à des prothèses presque identiques à un membre naturel ou au contraire personnalisés. Elles contribuent ainsi à la réintégration sociale des personnes amputées en leur offrant une meilleure estime de soi et une plus grande confiance en elles. Les orthèses sont quant à elles utilisées pour corriger ou stabiliser des parties du corps fragilisées. Elles jouent un rôle crucial dans la rééducation des patients atteints de maladies chroniques, offrant une meilleure mobilité sans recourir à des traitements médicamenteux continus, associé à une diminution du risque de complications [DAL 22]. Les exosquelettes robotiques sont également des dispositifs qui offrent une assistance physique pour améliorer la mobilité des personnes ayant subi des lésions de la moelle épinière ou d'autres affections neurologiques, contribuant non seulement à la récupération physique, mais aussi à la réduction des complications liées à l'immobilité prolongée.

3.1.3. *Stratégies environnementales*

Les stratégies environnementales reposent sur des interventions sur l'espace, visant le maintien de la conscience temporelle et spatiale du patient hospitalisé par exemple ou d'une personnes présentant des troubles cognitifs, qu'elles soit à domicile ou en institution, améliorant ainsi bien-être et qualité de vie. Cela contribue notamment à réduire le stress, l'anxiété, la confusion, la désorientation, etc., offrant un environnement plus stable et sécurisant [DEL 22]. De plus, les proches et les soignants peuvent également bénéficier de cette stratégie, car un environnement adapté réduit le besoin d'assistance et permet une plus grande indépendance de la personne concernée. La Reality Orientation Therapy (ROT), ou thérapie de réorientation dans la réalité, est un exemple d'SNM environnementale utilisée pour aider les personnes souffrant de troubles cognitifs [FER 91]. Elle se concentre sur la stimulation cognitive en utilisant des repères quotidiens pour aider les personnes à se reconnecter à leur environnement. Cette thérapie peut être intégrée par des ajustements simples, mais efficaces, comme l'utilisation de grandes horloges numériques, de calendriers bien visibles et d'étiquettes claires sur les objets courants. Tous ces dispositifs permet à la personne de se repérer plus facilement dans le temps et

l'espace. Afficher des photos de membres de la famille, de souvenirs de vacances ou d'autres images significatives renforce quant à elle la connexion avec des expériences passées, améliorant l'orientation personnelle. Des couleurs vives et contrastées peuvent être utilisées pour différencier les pièces ou les objets importants, facilitant ainsi les déplacements et l'orientation [GUE 22]. En adaptant l'environnement pour stimuler la mémoire et l'orientation, cette thérapie favorise le bien-être émotionnel, mental et social, tout en contribuant à préserver l'autonomie, réduire l'anxiété liée à la désorientation et augmenter l'estime de soi ; l'espace de vie devient ainsi un véritable support thérapeutique.

3.2. SNM et INM - Recoupement scientifique et méthodologique ?

Les Stratégies Non-Médicamenteuses (SNM) représentent une approche thérapeutique complète, ancrée à la fois dans la prévention et la prise en charge des maladies. Leur application s'étend donc des interventions comportementales aux stratégies environnementales, en passant par des approches communautaires et psychosociales. Soutenues par des bases théoriques variées, les SNM ont démontré leur efficacité dans de nombreux domaines, en particulier dans la gestion des maladies chroniques et en santé mentale [GIB 00]. Toutefois, un défi majeur dans l'adoption des SNM reste la nécessité d'une évaluation scientifique rigoureuse, qui permettrait de généraliser leur utilisation dans le cadre des soins conventionnels.

3.2.1. Validation scientifique et rigueur méthodologique

Pour rappel, les INM sont soumises à des études rigoureuses pour s'assurer de leur efficacité et de leur sécurité. Elles sont testées par des essais cliniques, avec des groupes de contrôle, afin de comparer leur impact à celui de placebos ou d'autres traitements conventionnels. Les résultats de ces études sont ensuite publiés dans des revues médicales, assurant ainsi une intégration progressive dans la pratique clinique [NIN 24]. Les SNM, quant à elles, incluent une gamme plus large de stratégies, dont certaines ne sont pas toujours validées par des essais cliniques rigoureux. Elles peuvent reposer sur des données empiriques ou sur l'expérience clinique des praticiens, sans toujours passer par le prisme de la science moderne [GIB 00]. Cela ne signifie pas pour autant que ces stratégies sont inefficaces, mais elles peuvent être plus difficiles à évaluer selon les standards habituels de la médecine fondée sur des preuves.

3.2.2. Niveau d'intégration dans les soins de santé

Les INM sont de plus en plus intégrées dans les soins de santé, en particulier dans les hôpitaux et les cliniques spécialisées. Elles sont souvent utilisées en complément des traitements conventionnels, et dans certains cas, elles peuvent même se substituer aux traitements médicamenteux, surtout lorsque ces derniers sont associés à des effets secondaires importants ou lorsque leur efficacité est limitée. Par exemple, l'utilisation de la méditation de pleine conscience dans la gestion du stress post-traumatique est désormais une pratique courante dans plusieurs contextes cliniques [BER 08]. Les SNM, en revanche, sont plus souvent utilisées dans des contextes préventifs ou communautaires, et leur application est plus diffuse. Elles peuvent être recommandées par des professionnels de santé dans le cadre de la gestion de maladies chroniques ou de la promotion d'un mode de vie sain, mais elles ne sont pas toujours intégrées de manière formelle dans le système de santé [GIB 00]. De plus, leur utilisation peut varier considérablement d'un pays à l'autre ou d'une région à l'autre, en fonction des ressources disponibles et des priorités de santé publique [HCS 92].

Malgré ces différences, les INM et les SNM partagent de nombreuses similarités, en particulier dans leur objectif global de promouvoir des alternatives aux traitements médicamenteux [NIN 24]. De nombreuses SNM, une fois soumises à des évaluations scientifiques rigoureuses, peuvent évoluer vers des INM. De même, certaines stratégies de prévention, comme la réduction des facteurs de risque liés au mode de vie (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation), peuvent à la fois être classées comme SNM lorsqu'elles sont utilisées dans des campagnes de santé publique [GIB 00], et comme INM lorsqu'elles sont appliquées dans un cadre clinique précis, avec des objectifs de santé spécifiques. Les

Interventions Non Médicamenteuses (INM) et les Stratégies Non-Médicamenteuses (SNM) représentent ainsi deux cadres complémentaires dans l'approche non pharmacologique des soins de santé.

4. Conclusion

En conclusion, les interventions non-médicamenteuses (INM), les médecines alternatives et complémentaires (MAC) et les stratégies non-médicamenteuses (SNM) s'imposent comme des compléments incontournables à la prise en charge médicale conventionnelle, notamment face à la montée des maladies chroniques et aux limites des traitements pharmacologiques. Leurs fondements reposent sur des approches globales et intégratives de la santé, visant non seulement à traiter les symptômes, mais aussi à promouvoir le bien-être global des patients. Les INM, validées par des études scientifiques rigoureuses, trouvent progressivement leur place dans les parcours de soins, tout comme certaines pratiques issues des médecines alternatives et complémentaires (MAC) qui, après validation scientifique, peuvent également être considérées comme des INM. Cependant, l'adoption généralisée de ces approches reste conditionnée à la rigueur scientifique et à la standardisation des pratiques, afin d'éviter les dérives potentielles et garantir leur sécurité et leur efficacité. La convergence entre les INM, les SNM et certaines MAC montre une volonté croissante d'enrichir les approches thérapeutiques, tout en assurant un cadre éthique et scientifique solide. Le défi futur réside dans la capacité des systèmes de santé à intégrer ces pratiques de manière harmonieuse, tout en maintenant un haut niveau d'exigence méthodologique pour offrir aux patients des soins de qualité, adaptés à leurs besoins spécifiques et à la complexité des pathologies modernes.

Références

- [AND 14] ANDREANI J.-C., MOULINS J.-L., CONCHON F., FONS C., BOEUF B., « Une approche protéiforme de la confiance du consommateur. Le cas des médicaments », *Décisions Marketing*, n°3, p. 79-94, 2014.
- [BAC 11] BACQUE, M.F., « Médecines parallèles : un révélateur de la relation médecin-malade », *Psycho Oncologie*, p. 149–151, 2011.
- [BER 08] Berghmans C., Strub, L., Tarquinio, C., « Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesure et pistes de recherche », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, n°2, p. 62-71, 2008.
- [BER 10] BERQUIN A., « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », *Rev Med Suisse*, p. 1511-1513, 2010.
- [BIL 15] BILLAUD M., GUCHET X., « L'invention de la médecine personnalisée, entre mutations technologiques et utopie », *Med Sci (Paris)*, n°8-9, p. 797-803, 2015.
- [BOR 24] BORRELL-CARRIÓ F., SUCHMAN AL., EPSTEIN RM., « The Bio-Psychosocial Model 25 Years Later : Principles, Practice, and Scientific Inquiry », *Ann Fam Med*, p. 576-582, 2024.
- [BRU 13] BRUNN M., CHEVREUL K., « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », *Santé Publique*, n°1, p. 87-94, 2013.
- [CAP 13] CAPOBIANCO E., LIO P., « Comorbidity: a Multidimensional Approach », *Trends in Molecular Medicine*, n°9, p. 515-521, 2013.
- [CAU 24] CAUSSIE S., RABEYRON T., « Les pratiques de soin énergétique en France : phénoménologie et processus psychiques dans les thérapies alternatives », *L'Évolution Psychiatrique*, n°4, p. 597-610, 2024.
- [CAR 05] CARON J., GUAY S., « Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens », *Santé mentale au Québec*, n°2, p. 15–41, 2005.
- [COU 17] COUTAUX A., « Traitements physiques de la douleur (TENS et acupuncture) », *Revue du Rhumatisme Monographies*, n°1, p. 81-85, 2017.
- [CSI 12] CSILLIK A.S., PETOT J.-M., « L'évaluation des stades de changement - d'après le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente - dans les addictions », *L'Évolution Psychiatrique*, n°3, p. 331-341, 2012.

- [DAL 22] DALIBERT L., GOURINAT V., GROUD P-F., « Soin des corps et des vécus des personnes amputées : la prothèse comme technologie de soin singulière », *Anthropologie & Santé* [En ligne], n°25, 2022, consulté le 16 janvier 2024. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/12029>
- [DEL 22] DELEURY L., *Prendre soin des lieux de soin*, les trois colonnes, 2022.
- [DIO 08] DION-LABRIE M., FORTIN M.C., HEBERT M.J., DOUCET H., « Réflexions éthiques sur la médecine personnalisée : l'alliance de la science et de la médecine enfin réalisée ? », *Revista Colombiana de Bioética*, n°2, p. 33-56, 2008.
- [ENG 77] ENGEL, GL., « The Need for a New Medical Model : a Challenge for Biomedicine », *Science*, n°198, p. 129-196, 1977.
- [ENG 80] ENGEL, GL., « The Clinical Application of the Biopsycho- Social Model », *Am. J. Psychiatry*, n°137, p. 535-544, 1980.
- [ERN 02] ERNST e, FUGH-BERMAN A., « Complementary And Alternative Medicine: What Is It All About? » *Occupational And Environmental Medicine*, p. 140-144, 2002.
- [FER 91] FERRARIO E., CAPPÀ G., MOLASCHI M., ROCCO M., « Reality Orientation Therapy in Institutionalized Elderly Patients: Preliminary Results », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, p. 139-142, 1991.
- [GIB 00] GIBBS CR., JACKSON G., LIP GYH., « Non-drug management », *BMJ*, p. 320-366, 2000.
- [GUE 13] GUEULLETTE O.P., J-M., « Évaluation des médecines alternatives », *Études*, n°2, p. 173-184, 2013.
- [GUE 22] GUERRY E., *La couleur dans l'environnement visuel : Perception(s), lecture(s), interprétation(s) et impact(s) sur l'usager âgé. De l'approche de l'ingénieur lumière (science et technologies des systèmes d'éclairage) et du designer-coloriste (arts-appliqués, design)*, Université Paul Sabatier - Toulouse III, 2022.
- [HAU 11] HAS, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées* [Rapport d'orientation], Haute Autorité de Santé, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf, 2011.
- [HCS 92] HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Stratégie pour une politique de santé*, Paris, La Documentation Française, 1992.
- [JAB 08] JABOT F., CHAMBAUD L., GERHART C., BOURDAGES J., BRUNELLE Y., MORISSET J., JOUBERT P., « Prévention et promotion dans les systèmes de santé : analyses croisées et besoins de recherche », *Promotion & Éducation*, p. 45-48, 2008.
- [LAZ 07] LAZARUS, A., DELAHAYE, G., « Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 15, p. 79-94, 2007.
- [MOR 20] MORAND S., GUEGAN JF., LAURENSDE Y., « One Health à Ecohealth, cartographie du chantier inachevé de l'intégration des santé humaine, animale et environnementale », *IDDRI, Science Po*, p. 220-224, 2020.
- [NIN 24] NINOT G., ABAD S., MINET M., NOGUES M., « Définition du terme « intervention non médicamenteuse » (INM) », *Kinésithérapie, la Revue*, n°270, p. 9-14, 2024.
- [NOG 22] NOGUES M., *Les enjeux économiques, sociaux et environnementaux du marché des interventions non médicamenteuses : En santé*, Ovadia Eds, 2022.
- [PAR 21] PARODI A.L., « Le concept « One Health », une seule santé : réalité et perspectives », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°7, p. 659–661, 2021.
- [PIC 14] PICARD R., « Médecine personnalisée : de quoi parle-t-on ? Une vision prospective », *Annales des Mines - Réalités industrielles*, p. 99-106, 2014.
- [ROB 21] ROBARDET E., CHARBONNEL N., GUEGAN J.F., « Maladies transmissibles et altérations de la Biodiversité : quelles relations ? », *Bull Acad Vet Fr*, n°174, p. 1–11, 2021.
- [SET 00] SETBON M., « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n°1, p. 51-68, 2000.
- [SUI 20] SUISSA V., GUERIN S., DENORMANDIE P., CASTILLO M., BIOY A., « Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) : proposition d'une définition et d'une catégorisation de références », *Hegel*, n°2, p. 131-142, 2020.
- [ORG 06] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, O.M.S., Bureau Régional de l'Europe, *Des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vies, Un aperçu de la stratégie européenne de l'OMS en matière de systèmes de santé*, 13p., Organisation Mondiale de la Santé, O.M.S., 2006.

[VIN 98] VIÑAS J.M., LARCHER P., DURIEZ M., *Réseaux de santé et filières de soins. Le patient au centre des préoccupations*, n°24, Haut Conseil de la santé publique, 1998.