

Interventions non-médicamenteuses (INM) : de la recherche à la pratique en santé

Non-pharmacological interventions (NPI): From research to health practice

Grégory Ninot^{1,2}

¹ Institut Desbrest d'épidémiologie et de santé publique, UMR 1318 (INSERM, Université de Montpellier), Montpellier, France, gregory.ninot@umontpellier.fr

² Non-Pharmacological Intervention Society, Paris, France, gregory.ninot@npisociety.org

RÉSUMÉ. L'article présente la définition des protocoles personnalisés et ciblés de prévention et de soin fondés sur la science, les interventions non médicamenteuses (INM), proposée par une société savante internationale pluridisciplinaire consacrée au sujet, la Non-Pharmacological Intervention Society. Il précise le périmètre de ces solutions de santé à partir d'un cadre éthique et scientifique d'évaluation standardisé co-construit en deux années avec plus de 1000 personnes. Ce cadre permet depuis 2024 la constitution d'un patrimoine universel de protocoles immatériels de prévention et de soin au sein d'une bibliothèque numérique appelée le Référentiel des INM.

ABSTRACT. This article presents the definition of science-based personalized and targeted prevention and care protocols, non-pharmacological interventions (NPIs), proposed by an international multidisciplinary scientific society, the Non-Pharmacological Intervention Society. It defines the scope of these health practices based on a standardized ethical and scientific evaluation framework developed over two years with more than 1000 people. Since 2024, this framework has enabled the creation of a universal heritage of intangible prevention and care protocols in a digital library, the NPIS Registry.

MOTS-CLÉS. Évaluation, Innovation, Intervention non médicamenteuse, Recherche, Santé, Validation.

KEYWORDS. Evaluation, Health, Innovation, Non-pharmacological intervention, Research, Validation.

1. Introduction

Approche, stratégie, démarche, intervention ou technique non médicamenteuse, comment s'y retrouver ? Depuis 2011, année où la Haute Autorité de Santé (HAS) française a choisi d'utiliser le terme « interventions non médicamenteuses » (INM) pour qualifier les pratiques ciblées et personnalisées de prévention et de soin fondées sur des données probantes, des ambiguïtés demeuraient, voire s'étendaient avec les débats sur l'approche globale du patient [HAU 19], sur la vision holistique de la santé appelée « One Health » [OMS 22] et sur l'épisode de COVID19. Littéralement, une INM pourrait être une discipline, un dispositif médical, une chirurgie, une radiothérapie, une hospitalisation, une mesure de santé publique, une campagne de promotion de la santé publique, un aménagement architectural, une mesure environnementale ou une décision réglementaire. L'article présente la définition des INM proposée par la société savante internationale *Non-Pharmacological Intervention Society* (NPIS) consacrée au sujet. Cette définition délimite un périmètre de protocoles standardisés de santé à partir d'un cadre scientifique et éthique consensuel.

2. Définition et périmètre des INM

2.1. La demande d'INM

La demande d'INM touche toutes les générations, tous les âges, tous les genres et tous les niveaux socioéconomiques. Elle concerne la prévention, le soin, le traitement de la douleur [NAT 23], la santé au travail, la santé mentale, l'accompagnement du handicap, le bien-vieillir et la fin de vie. L'offre

d'interventions salutogènes complète des traitements biomédicaux. Les INM donnent l'occasion à chaque personne d'avoir une part active dans toute démarche de prévention et de soin [NIN 19].

Les INM constitue un marché prometteur pour les professionnels de santé, du bien-être et des services à la personne, pour les entrepreneurs et pour les investisseurs du domaine de la santé [NOG 22a]. (Ce marché n'est pas une bulle car il intègre les ressorts des mutations actuelles de nos écosystèmes, transition épidémio-démographique, digitalisation, écologie, mondialisation, rationalisation et segmentation (personnalisation, pluralisme de choix) dans un domaine qui n'a pas son pareil pour réunir les humains, la santé. Ce n'est pas par hasard si les industriels du numérique, du tourisme, de l'agro-alimentaire et des services à la personne s'y impliquent fortement. Une enquête estimait le marché mondial des INM à 3 745 Mds € en 2017 avec une croissance annuelle de 5% [NOG 22b].

La Commission Européenne souhaite promouvoir les « supports de santé, de nutrition, de santé mentale et psychosociaux aux communautés » [COM 22]. Le Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies projette de créer un référentiel des INM [EUR 23]. L'OMS Europe déclare vouloir identifier les « interventions de santé les plus efficaces » d'ici 2030 [OMS 21a].

À l'international, l'OMS prône les « interventions d'auto-prise en charge » depuis 2022 [OMS 22a], les INM dans son Plan d'action global pour la santé mentale publié en 2022 [OMS 22b] et « les interventions les plus efficaces et les plus réalisables dans un contexte national » dans un rapport publié en 2021 [OMS 21b]. L'UNESCO encourage les « interventions spécifiques d'éducation pour la santé et le bien-être » depuis 2017 [UNE 17]. L'UNICEF concourt au partage des « interventions efficaces » en santé depuis 2016 et le développement des « soins de santé primaires » depuis 2018 [UNI 18]. L'ONU prône « l'accélération des services de santé essentiels » depuis 2023 [ONU 23].

Ainsi, un écosystème des INM, de la recherche à la pratique en passant par la formation et l'organisation, est en construction. Elle implique tous les acteurs, académiques et non académiques, pour créer une véritable chaîne de valeurs au bénéfice de la médecine de précision, de la santé durable et de la longévité équitable. Avec plus de 2,1 milliards de personnes âgées de plus de 60 ans en 2050, les INM seront un des piliers d'une économie de la longévité durable et équitable [WOR 24].

2.2. Les mots de la discorde

Méthodes de rééducation, approches non médicamenteuses, thérapeutiques non pharmacologiques, stratégies non médicamenteuses, pratiques salutogènes, soins de support, soins d'accompagnement, thérapies complémentaires, pratiques traditionnelles, remèdes naturels, médecines douces, médecines traditionnelles... Ces termes englobent des pratiques diagnostiques, préventives et thérapeutiques aussi variées que pléthoriques. Albert Camus [CAM 44] écrivait :

« Mal nommer un objet, c'est ajouter au malheur de ce monde. » (Camus, Poésie 44, 1944)

Cette citation exprime le fait qu'une mauvaise définition est source de malentendu, de discorde, et peut détourner l'attention d'un problème majeur, masqué par des querelles sur des forums, sur les réseaux sociaux ou dans la presse. En santé, une mauvaise définition est l'occasion d'amalgames, d'abus et de dérives. Amalgames car toute pratique semble avoir le même bénéfice sur la santé. Abus car tout bénéfice sur la santé d'une pratique semble résulter d'une attitude résumée par le mot anglais *care* (bienveillance, empathie, écoute, éthique) et d'une ignorance des risques. Dérives car tout praticien pourrait proposer un exercice sans cadre, sans formation, sans preuve, sans reproductibilité, sans traçabilité, légitimé seulement par des traditions et des opinions.

2.3. INM, des pratiques de prévention et de soin respectant les diagnostics de la médecine occidentale

L'appellation INM est voulue par la HAS depuis 2011. Elle est utilisée par les scientifiques depuis 1975 [NIN 19] et par l'OMS depuis 2003. Un travail de clarification a été mené par la société savante

NPIS sur un concept a priori négatif [NIN 23]. Ce concept ne signifie pas anti-médicament, il s'inspire au contraire de la démarche rigoureuse de validation scientifique du médicament, de la médecine fondée sur des données probantes (*Evidence-Based Medicine* - EBM) et de l'approche centrée-patient pour l'appliquer aux protocoles de santé encadrés par des humains, autrement dit aux services personnalisés et ciblés de prévention et de soin.

Ces solutions de santé sont souvent minorées, calées entre les produits et dispositifs médicaux et les mesures de santé publique de type recommandations générales hygiéno-diététiques (Figure 1). Les raisons de cette sous-estimation sont multiples, sémantiques, épidémiologiques, scientifiques, économiques, historiques, juridiques, politiques et philosophiques [NIN 19 ; NOG 22].

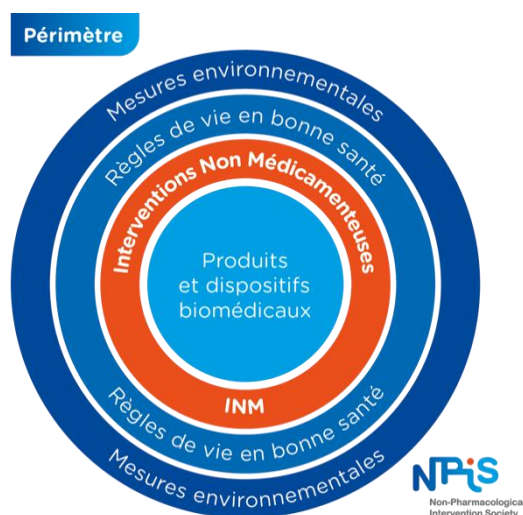


Figure 1. Périmètre des INM [NPI 24]

Une INM est une pratique fondée sur des données probantes visant à prévenir, soigner ou accompagner un problème de santé connu de la médecine conventionnelle (par opposition aux médecines dites traditionnelles ou alternatives). Ce problème peut être une maladie aiguë (entorse, vertige bénin paroxystique...), une maladie chronique (arthrose, cancer, dépression, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde...), un symptôme expliqué par un diagnostic médical (douleur, fatigue...), un facteur de risque (signe de fragilité d'une personne âgée, tabagisme...), une situation de handicap (paraplégie, achondroplasie...) ou une fin de vie.

2.4. Définition

La NPIS définit une INM comme suit :

« Protocole de prévention santé ou de soin efficace, personnalisé, non invasif, référencé et encadré par un professionnel qualifié » (NPIS, *Interventions non médicamenteuses : Protocoles universels et efficaces de prévention et de soin pour la médecine personnalisée et la santé durable*, 2024)

Le terme « *protocole* » signifie une méthode décrite, reproductible et explicable. Son contenu est décrit. Sa mise en œuvre se fait sur un temps limité. Ce programme peut avoir un effet starter modifiant le mode de vie et les comportements de santé. En clair, approche et intervention non médicamenteuse sont deux termes à ne plus confondre dans le domaine de la santé.

Les termes « prévention santé ou soin » traduisent une action ciblée sur un objectif principal de santé. Ce problème peut être un signe ou facteur de risque et donc être traité en prévention ou une maladie et donc être soignée pour atténuer ses répercussions biopsychosociales, voire être guérie. Des bénéfices supplémentaires sur la santé, l'autonomie, la qualité de vie et la longévité peuvent être identifiés par des études.

Le terme « efficace » signifie une pratique ayant fait ses preuves sur la santé en vie réelle. L'INM est donc plus bénéfique que dangereuse pour la santé. Les risques sont connus.

Le terme « personnalisé » signifie un programme ajusté à un individu ou un groupe d'individus. Une INM est un cahier des charges d'une solution de santé qu'il convient d'adapter à chaque individu, son état de santé du moment, ses habitudes, sa culture, son éducation et ses préférences. Comme toute pratique de santé fondée sur la science et relevant de l'approche globale en santé, dite aussi « bio-psycho-sociale » ou « centrée sur le patient », la mise en œuvre d'une INM prend en compte le vécu du patient et ses préférences (dimensions physiques, psychologiques et socio-professionnelles). Elle s'appuie sur une décision médicale partagée [MIN 24]. Une INM n'est pas une recette à appliquer coûte que coûte, mais un cadre de bonnes pratiques.

Le terme « non invasif » traduit une intervention ne relevant pas du domaine de la chirurgie, du dispositif médical, de la radiothérapie et de tout autre produit de santé jusqu'à un organe à transplanter.

Le terme « référencé » signifie une pratique codifiée dans le référentiel des INM (voir partie 4).

Le terme « encadré » signifie une intervention intégrée dans un parcours tracé de santé, et donc conventionné et contractuel (usager/professionnel, usager/institution).

Le terme « *professionnel* qualifié » signifie un protocole encadré par une personne diplômée d'un métier en lien avec la santé et disposant d'une formation spécifique certifiée à l'INM et un socle éthique de pratique en santé.

2.5. Périmètre et exemples d'INM

Une INM est une intervention qui présente une dominante corporelle, nutritionnelle ou psychosociale d'action (Figure 2). Le domaine corporel regroupe des protocoles de kinésithérapie, des thérapies manuelles, des programmes d'activités physiques adaptées, des programmes d'hortithérapie, des méthodes d'ergothérapie, des méthodes de psychomotricité, des protocoles de sage-femme, des protocoles de soin infirmier, des méthodes orthophoniques, des protocoles de zoothérapies, des cures thermales... Le domaine psychosocial regroupe des psychothérapies, des programmes de prévention santé (aussi appelés programme d'éducation thérapeutique du patient), des protocoles d'art thérapie, des pratiques psychocorporelles. Le domaine nutritionnel rassemble des programmes diététiques ciblés, par exemple des régimes et des jeûnes intermittents.

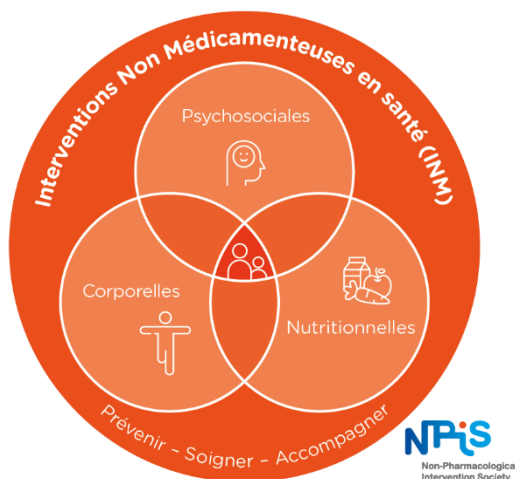


Figure 2. Domaines des INM [NPI 24]

Les caractéristiques d'une INM sont détaillées dans la figure 3. Chacune est justifiée par des études publiées dans des revues scientifiques à comité de lecture respectant les attendus de la recherche internationale en santé de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).



Figure 3. Spécification d'une INM [NPI 24]

Concrètement, un geste de massage, une technique corporelle, un exercice de rééducation, une posture d'étirement, un appareil de mesure, un dispositif médical, un complément alimentaire, un aliment, un logiciel peuvent être des composants d'une INM et non une INM. Ainsi, un massage détente et un protocole de masso-kinésithérapie diffèrent. Le premier est une pratique occupationnelle (art de vivre), le second un protocole ciblé combinant des gestes précis et dosés avec des attendus sur la santé. Le second est un acte de soin qui garantit un effet reproductible sur la santé et qui respecte les précautions exigées dans un exercice professionnel conventionné. Il se décompose en gestes et techniques déclinés en séances programmées dans un lieu précis et avec un matériel défini. Ce protocole a été évalué cliniquement et donne toutes les garanties de reproductibilité à contexte équivalent. Il dispose d'une théorie explicative scientifiquement étayée.

Par exemple, le drainage lymphatique est une approche médicamenteuse, au sens où elle s'appuie sur plusieurs théories pouvant légitimer diverses manœuvres et de multiples séances laissées à l'appréciation du masseur-kinésithérapeute. La manœuvre de pompage avec les pouces est une technique. La méthode Földi, protocole de drainage lymphatique précis, est une INM. Elle dispose d'indications précises étayées par des études cliniques rigoureuses : lymphœdèmes primaires ou secondaires, lipœdèmes, phlébœdèmes lymphostatiques, œdèmes post-traumatiques ou post-opératoires.

Autre exemple : une huile essentielle est un médicament si elle est présentée au patient comme ayant des propriétés de soigner ou de prévenir une maladie ou lorsqu'elle a une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. Elle doit donc être évaluée comme un médicament à base de plantes pour son action pharmacologique. Règlementairement, cette huile essentielle n'est pas une INM mais un médicament devant respecter les processus de fabrication, de distribution et de vente dans une pharmacie en vigueur afin de traiter un problème de santé précis. Cette huile devrait être prescrite par un professionnel de santé selon ses indications. Elle devrait être remboursée comme tout médicament par l'Assurance Maladie ou une mutuelle selon son service médical rendu. Si l'huile essentielle est utilisée en olfaction dans un protocole visant à améliorer la qualité du sommeil, elle est un ingrédient d'une INM psychosociale. Si l'huile essentielle est utilisée dans un protocole de masso-kinésithérapie à visée de décontraction musculaire, alors elle est un ingrédient d'une INM corporelle. Ces protocoles de prévention et de soin devraient être évalués selon le cadre scientifique des INM puis être intégrés au

référentiel des INM en cas de données probantes suffisantes. Ils devraient être prescrits par un professionnel de la santé au regard du bénéfice santé apporté et du contrôle des risques, et tracés dans les parcours individuels de santé. Ils devraient être remboursés par l'Assurance Maladie et/ou une mutuelle. Si l'huile essentielle est utilisée dans un diffuseur de parfum d'ambiance, dans un savon, un produit hygiénique ou un produit cosmétique, alors elle est un produit de consommation courante répondant à la réglementation des biens de consommation courante. Elle est en vente libre pour un usage libre. Elle est à la charge du patient.

Autre exemple : un casque de réalité virtuelle est un produit de consommation courante. Il peut être utilisé pour travailler, regarder un film ou jouer. Un casque de réalité virtuelle peut être utilisé dans une INM contre l'acrophobie, version la plus sévère de l'intolérance visuelle à la hauteur. Ce phénomène qui touche 28 % des adultes se manifeste par un contrôle anxieux de la stabilité posturale qui entraîne un raidissement de tout le corps. Une psychothérapie utilise un casque de réalité virtuelle associé à un application appelée *Now I Can Do Heights*. La thérapie destinée aux plus de dix-huit ans est administrée durant six séances de trente minutes sur une période de deux semaines. Le psychologue encourage le patient avec empathie et calme. Si un casque connecté au cerveau permet par exemple à un mal voyant de mieux voir, alors il s'agit d'un dispositif médical, non plus d'une INM.

2.6. Faux-amis, faux-semblants

Bouger, marcher, manger, dormir, parler, lire, écrire, peindre, écouter de la musique, regarder un film, danser, rire, chanter, méditer, jardiner, fréquenter des amis, etc., sont des activités de la vie quotidienne. Libre à chacun dans un pays démocratique de les interpréter et les vivre à sa manière. Ces pratiques ne sont pas des INM selon la définition de la *NPIS*, même si elles contribuent au bien-être, et ponctuellement et/ou aléatoirement, à la santé. Les activités suivantes ne sont pas non plus des INM :

- Produit ou service culturel (livre, podcast, pratique artistique, visite de musée, théâtre, écriture...),
- Produit ou service de consommation courante (aliment, coiffure, soin esthétique...)
- Produit de santé (médicament, matériel biologique, complément alimentaire, plante médicinale...)
- Dispositif médical (organe artificiel, prothèse, orthèse, application digitale, système de monitoring...)
- Action de promotion de la santé publique (message de communication, affiche, vidéo...)
- Mesure de santé publique (confinement, obligation du port du masque...)
- Aide sociale (arrêt maladie, allocation chômage...)
- Organisation de santé (cabinet, maison de santé, établissement, plateforme, réseau...)
- Aménagement architectural
- Mesure environnementale (dépollution d'une rivière...)
- Approche de développement personnel
- Mesure réglementaire (augmentation du prix du tabac pour diminuer sa consommation...)
- Approche disciplinaire (médecine, kinésithérapie, ergothérapie, psychologie, nutrition...)
- Philosophie (mode de vie, art de vivre...)
- Pratique ésotérique (art divinatoire, pratique paranormale, sorcellerie...)
- Culte spirituel ou pratique religieuse

Le terme d'INM est assimilé par erreur à des pratiques non conventionnelles de soin, des médecines alternatives ou des médecines traditionnelles. Ces pratiques se réfèrent à des systèmes de pensée hors du cadre de la médecine fondée sur la science ou médecine factuelle. Elles ont leur propre logique tant pour les diagnostics que pour les traitements. Par exemple, un diagnostic non reconnu de la médecine occidentale peut être en médecine chinoise la « stagnation du chi du foie ». Ce trouble peut être traité

par acupuncture. Il s'agit là d'une base diagnostique et thérapeutique alternative à la pratique médicale conventionnelle.

Une INM, par définition, est un protocole visant à traiter un diagnostic de la médecine occidentale, autrement dit appartenant au code nosographique de la médecine moderne. Une INM est une solution de santé. Certaines émergent par la recherche de pratiques anciennes. Par exemple, le Mindfulness Based-Stress Reduction (MBSR) développé par Jon Kabat-Zinn aux Etats-Unis et désormais connu en Europe, est inspiré de pratique laïque de méditation. Elle est étayée par des études en neurosciences, des essais cliniques rigoureux démontrant son efficacité dans le traitement des troubles anxieux et des études d'implémentation en France [NIN 22].

2.7. Pluri-professionnalité en santé et métiers

Une approche biopsychosociale en santé nécessite une réflexion globale sur une personne vulnérable (fragile, à risque) ou malade afin de prendre les bonnes décisions en matière de stratégie personnalisée de parcours. Des INM peuvent ainsi faire partie de la solution préventive, thérapeutique et d'accompagnement social. Des INM peuvent être combinées. Des INM peuvent être priorisées, d'autres repoussées dans temps. Mais, avant tout, elles doivent être pensée de manière globale. Elle doit dépasser les déontologies propres à chaque métier sans les remettre en question. Chaque métier a ses spécificités et répond à des logiques particulières. Des professions paramédicales n'existent pas de la même manière d'un pays à l'autre. C'est le cas pour la kinésithérapie, tantôt appelé « physiothérapeute », tantôt « kinesiologist ». En revanche, une INM labellisée peut facilement dépasser les frontières en étant codifiée et expliquée de la même manière.

S'occuper d'un corps, sans agir sur la tête n'aurait pas de sens pour prévenir et soigner les maladies du siècle, complexes, plurifactorielles, à l'évolution imprédictibles [NIN 19]. Renforcer les complémentarités des professions agissant sur la santé est la mission que s'est fixée la NPIS. Ces métiers doivent utiliser des pratiques efficaces qui les distinguent des activités pratiques socio-culturelles aussi appelées occupationnelles, tout aussi respectables mais d'un autre registre. Pour y répondre concrètement, un glossaire en accès libre à tous les acteurs des domaines de la prévention, de l'éducation, du soin et du social est disponible sur le site Internet de la NPIS. Un socle éthique de bonnes pratiques pluriprofessionnelles en santé est en développement.

3. La société savante NPIS

3.1. Rôles d'une société savante

Plus de 4000 sociétés savantes existent, rien qu'en France. Disciplinaires, interdisciplinaires ou transdisciplinaires, elles promeuvent la recherche en facilitant les échanges entre les scientifiques et en diffusant une information scientifique fiable sur un territoire donné. Elles sont des catalyseurs de l'activité scientifique. Elles stimulent les échanges théoriques, méthodologiques, métrologiques, organisationnels et pratiques. Elles stimulent la créativité et l'innovation par l'intermédiaire de congrès, de rencontres et de plateformes d'échange. Les chercheurs y présentent leurs travaux, discutent, débattent. Ces événements permettent de partager les découvertes et de confronter les idées, créant ainsi un terreau fertile pour l'émergence de nouvelles idées, de nouvelles études, de nouveaux projets et de nouvelles collaborations. Les liens entre les membres d'une communauté scientifique contribuent à la création de partenariats fructueux et au développement de projets d'études d'envergure. Des sociétés savantes organisent des sessions de formation continue. Certaines éditent des revues, des ouvrages, des livres blancs, des recommandations, des référentiels pour partager les résultats de la recherche avec la communauté scientifique, les professionnels, les décideurs et le grand public. Certaines distribuent des crédits formations et des qualifications aux professionnels assistant à leur formation continue. Certaines attribuent des prix et des bourses d'étude qui contribuent à la reconnaissance et l'avancement de chercheurs et de professionnels dans leur domaine respectif.

Une société savante n'est pas un syndicat ou un ordre professionnel chargé de défendre un métier (réglementation, organisation du métier, harmonisation des formations, négociation avec les autorités, contrôle qualité, action pour exercice illégal). Une société savante ne mène pas d'étude, sans quoi elle serait juge et parti, autrement dit, en conflit d'intérêt. Une société savante s'occupe strictement de science [DEG 16]. Elle ne donne pas de caution à une corporation, une profession, une organisation ou un établissement. Un membre ne peut pas profiter de son appartenance pour obtenir des droits particuliers, publicitaires notamment. Une société savante peut être sollicitée par une autorité gouvernementale ou institutionnelle pour donner un avis sur une question précise relevant de son champ d'exercice. Des règles internationales garantissent la qualité des avis sur une question scientifique précise, des recommandations de bonnes pratiques et des expertises.

« L'expertise n'est plus le fait d'un expert seul mais d'un groupe, d'une commission, souvent l'émanation d'une société savante dictant un consensus. » (Degos, Les Tribunes de la santé, 2016, p.21)

Elle permet une diffusion de connaissances fiables, concordantes et impersonnelles. Ces activités favorisent l'enrichissement de la communauté scientifique dans son ensemble et une avancée collective du savoir scientifique. Ce dernier peut être utilisé par un décideur, un expert, une agence ou une autorité. Il améliore les pratiques médicales, paramédicales et médico-sociales et la prise en charge des patients.

Une société savante fonctionne le plus souvent sur un mode coopératif auto-organisé et basé sur le principe du volontariat et du partenariat. Cette souplesse et cette agilité, sans relation hiérarchique, soutiennent l'innovation et la gouvernance polycentrique des biens communs, concept élaboré par la lauréate du prix Nobel d'économie Elinor Ostrom [OST 09]. Ce concept repose sur l'idée que la gestion des ressources partagées peut être optimale lorsque plusieurs autorités ou institutions coopèrent à différents niveaux. Plutôt que de centraliser la prise de décision, ce modèle favorise la décentralisation et l'implication de multiples acteurs, chacun contribuant à la préservation et à la durabilité des biens communs. Il s'agit d'une approche qui reconnaît la complexité des problèmes liés aux biens communs et cherche à exploiter la diversité des solutions possibles. Cette approche polycentrique encourage la collaboration, la participation communautaire et la flexibilité dans la gestion des biens communs, ce qui peut contribuer à prévenir la surexploitation et à garantir la durabilité à long terme.

3.2. Justification d'une société savante interdisciplinaire et intersectorielle dans les INM

Le siècle dernier a permis d'identifier des mécanismes physiopathologiques ciblés et de trouver des traitements biomédicaux de masse pour guérir certaines maladies organiques. Si cette logique a donné l'espoir de découvrir une biothérapie curative pour chaque pathologie, force est de constater que de nombreuses maladies dites chroniques, évolutives et d'origine multifactorielle (épigénétique, comportementale, sociale, économique, environnementale) y échappent : diabète de type 2, obésité, cancer, maladie cardio-vasculaire, maladie respiratoire, maladie articulaire, maladie neurodégénérative, trouble anxieux, dépression, fibromyalgie... Ces maladies se cumulent et s'aggravent avec l'avancée en âge, les précarités (économiques, éducatives, sociales, territoriales) et les expositions environnementales à risque. Ces maladies complexes ne répondent pas au modèle pensé par Claude Bernard :

« Une maladie, un mécanisme physiopathologique, un traitement biologique ciblé » (NPIS, *Interventions non médicamenteuses : Protocoles universels et efficaces de prévention et de soin pour la médecine personnalisée et la santé durable*, 2024)

Ces maladies touchent 1 français sur 2, puis 3 sur 4 à partir de 60 ans [GRI 17]. Ces proportions augmentent avec le vieillissement de la population et les progrès des dépistages précoces et des stratégies d'identification des facteurs de fragilité comme iCOPE, un programme pour prévenir la dépendance chez les personnes âgées [VEL 13].

Les maladies complexes imposent des solutions multiples, à la fois préventives et thérapeutiques, personnalisées, partagées et ajustées au fil du temps. Cette évolution inexorable pointée par l'OMS

depuis 2006 rend caduques l'approche strictement curative (négligeant notamment les relations humaines, la prévention et les soins de proximité) et la démarche paternaliste niant liberté et participation active de l'utilisateur (engagement, *empowerment*). Elle impose d'inventer des solutions répondant à ces nouveaux besoins de santé intégrative, personnalisée et partagée, aussi appelé santé globale ou *One Health*. Toutes et tous le réclament, patients confrontés à l'incertitude, citoyens inquiets, familles démunies, professionnels de santé aussi épuisés que désemparés [NIN 19]. La mutation disruptive de notre système de santé est nécessaire, irrémédiable, indispensable, vitale, c'est selon.

3.3. Histoire de la NPIS

La société savante internationale NPIS est une organisation à but non lucratif et d'intérêt général créée en 2021 et située à Paris. Elle poursuit les travaux épistémologiques sur les INM lancés en 2011 par la Plateforme universitaire collaborative CEPS à Montpellier qui ont été soutenus par l'Europe, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, la Région Occitanie, la Métropole de Montpellier, l'Institut National du Cancer et la CARSAT Languedoc-Roussillon [NIN 04a]. Les « *success stories* » dans les INM se multiplient en France, comme partout dans le monde [NIN 22]. La COVID19 n'a fait que souligner les besoins en la matière. Aussi, la société savante interdisciplinaire, interprofessionnelle et intersectorielle NPIS fédère les acteurs de l'écosystème, développe la recherche et l'innovation, construit un chaîne de valeur à vocation internationale et facilite l'intégration des INM dans les systèmes de santé.

3.4. Vision et valeurs de la NPIS

La NPIS œuvre à un accès équitable aux INM pour une santé humaine active et durable. Elle considère les INM comme un patrimoine universel de protocoles immatériels de prévention et de soin fondés sur des données probantes. Elle contribue à faire de ces méthodes corporelles, nutritionnelles et psychosociales des pratiques conventionnelles de santé pour résoudre ou contribuer à résoudre un problème de santé connu de la médecine conventionnelle. Elle promeut un modèle standardisé de validation scientifique des INM répondant aux attendus éthiques et méthodologiques de la recherche internationale dans le domaine de la santé, le *NPIS Model*. Ce paradigme d'évaluation permet de référencer les INM ayant fait leur preuve et d'identifier les bonnes pratiques pluriprofessionnelles d'implémentation.

Cinq valeurs cardinales animent la NPIS, l'intégrité, la rigueur, la transdisciplinarité, le pragmatisme et l'humanisme. Elle est indépendante, pluridisciplinaire, intersectorielle, trans-partisane et centrée sur l'amélioration des INM pour une meilleure santé humaine. Elle pense la santé de manière biopsychosociale et éthique. Elle fait preuve d'innovation, d'ingéniosité et d'ouverture au changement. Elle fait le pari de l'intelligence collective et de l'esprit d'initiative. Aussi, elle adhère aux principes de la diversité et estime que l'inclusion favorise la créativité, l'innovation et l'excellence nécessaires à la réalisation de sa mission, qui est de faire progresser la santé active et durable dans le monde entier. Elle s'est dotée d'une charte éthique individuelle et collective que chaque adhérent et chaque partenaire s'engagent à respecter.

3.5. Objectifs et missions

La NPIS présente quatre objectifs déclinés en missions spécifiques :

Accélérer la recherche et l'innovation dans les INM par :

- Un paradigme standardisé d'évaluation des INM, le *NPIS Model*
- L'élaboration de bonnes pratiques pluriprofessionnelles et intersectorielles d'évaluation et d'implémentation des INM (ateliers interdisciplinaires)
- Le développement de ressources partagées (annuaire, glossaire, Intranet)
- Des analyses socioéconomiques (stratégies de développement, modèles micro et macro-économiques, chaîne de valeur, règlementation)

- Des soutiens à la recherche et l’innovation (prix, bourses)

Partager les connaissances scientifiques sur les INM par :

- Des publications (revue scientifique indexée, ouvrage, newsletter, rapport, brochure)
- Des événements rassemblant la filière (NPIS Summit, colloques satellites thématiques, forums multipartites, webinaires)
- Un référencement international des INM, le référentiel des INM

Former à la recherche, l’innovation et la pratique pluriprofessionnelle dans les INM par :

- Des formations continues sur la recherche, l’innovation et l’état de la science (chercheurs, praticiens, étudiants, usagers, promoteurs)
- Des formations continues sur l’implémentation des INM et les bonnes pratiques pluriprofessionnelles (professionnels, opérateurs)

Contribuer à la reconnaissance des INM par :

- Des recommandations (expertises scientifiques et pluriprofessionnelles sur les INM)
- Des démarches de promotion (actions de sensibilisation sur les INM)
- Des stratégies de valorisation (collaboration avec les autorités, agences et sociétés savantes internationales, européennes et nationales en faveur de filière INM)
- Contribuer aux débats nationaux, européens et internationaux sur la médecine personnalisées, l’approche biopsychosociale en santé et la santé globale

3.6. Organisation

La *NPIS*, en tant qu’organisation non gouvernementale, n’a aucun but lucratif. Elle rassemble des chercheurs, des ingénieurs, des praticiens, des techniciens, des étudiants, des usagers, des opérateurs de santé, des financiers, des décideurs, des bénévoles, des représentants d’organismes liés à la santé du monde entier. Elle est organisée par un bureau, un comité de pilotage et un conseil d’administration dont les comptes rendus sont systématiquement consignés et accessibles. Un rapport annuel est établi à la suite de chaque l’Assemblée Générale. Trois pôles accueillent des membres dans des ateliers interdisciplinaires répondant aux objectifs de la *NPIS*, le Pôle Science, le Pôle Formation et le Pôle Prospective. Des délégués pilotent des missions particulières, par exemple, le congrès international annuel *NPIS Summit*, le référentiel des INM, la revue scientifique en cours de création *NPIS Journal*, le développement international, les jeunes chercheurs et bien d’autres. Elle dispose de contacts dans la plupart des pays du monde. Des échanges sont en cours avec l’OMS et l’UNESCO sur la place des INM dans les systèmes de santé, leur évaluation et leur référencement. Les fonds issus des adhérents, de ses événements, de ses formations, de ses dons et de ses conventions de partenariat servent strictement la réalisation des objectifs et des missions inscrites dans sa stratégie 2021-2030.

3.7. Impacts

La *NPIS* améliore un espace flou entre les actions de promotion de la santé et produits de santé (Figure 1). Elle connecte une communauté dispersée pour développer une meilleure compréhension, une meilleure décision, une meilleure pratique et une meilleure prise en charge des INM. Elle développe ainsi un cercle vertueux de ces solutions de santé et consolide une chaîne de valeurs entre recherche et pratique. La société savante mobilise des centaines de professionnels et d’usagers à travers le monde pour réduire le fardeau des problèmes de santé publique du 21^{ème} siècle en pointant les bonnes INM pour les bonnes personnes. Concrètement, ses activités permettent :

- aux acteurs de la recherche de développer, d’évaluer et de valoriser les INM

- aux professionnels du soin, de la prévention et de l’accompagnement social de renforcer leurs compétences et de disposer d’avis et d’outils de mise en œuvre des INM
- aux opérateurs de santé de choisir, de tracer, de consolider, de sécuriser et de pérenniser les investissements dans les INM
- aux agences nationales et supranationales de santé d’améliorer leur connaissance pour concevoir des politiques efficaces en matière d’INM
- aux gouvernements, organisations non gouvernementales, organisations d’usagers et acteurs de la santé de collaborer sur un thème précis de santé avec un langage commun

4. Du modèle d’évaluation standardisé au référentiel des INM

4.1. L’absence de modèle consensuel d’évaluation des INM

Jusqu’en 2023, il n’existait pas de modèle consensuel d’évaluation des INM à un niveau national ou supranational comme c’est le cas pour les médicaments et les dispositifs médicaux. Le registre *Enhancing the quality and transparency of health research* (Equator) ne disposait pas de paradigme spécifique aux INM. Des recommandations étaient proposées pour la constitution de groupe contrôle dans un essai clinique ou une étude mécanistique sur les thérapies physiques, psychologiques et d’autogestion [HOH 23] ou pour la réalisation d’un essai randomisé contrôlé [BOU 17] mais sans être intégrées dans un cadre scientifique global. Une revue systématique avait identifié 46 propositions de paradigme en avril 2019 [CAR 19]. Elles avaient été construites par des chercheurs pour des chercheurs, le plus souvent dans une approche mono-disciplinaire. Certains s’inspiraient du modèle des médicaments comme ORBIT [CZA 15] et CONSORT [Bou 08]. Ces modèles priorisaient la validité interne (comparabilité absolue des groupes) alors que la validité externe reste un enjeu majeur dans les INM (capacité de rendre valides les résultats trouvés pour la population cible). D’autres modèles s’appuyaient sur les théories du changement de comportement. D’autres s’inspiraient de l’ingénierie qui se fonde sur un processus itératif et séquentiel d’amélioration de la qualité des interventions. D’autres proposaient des hybridations comme le MOST ou le *Complex Interventions model* [CRA 08]. Cette diversité croissante freinait l’adoption d’un seul paradigme et générait des divergences d’avis et de recommandations [NIN 23].

L’absence de paradigme consensuel nuisait à la justification, la conception, la réalisation, la valorisation et le séquençage des études évaluant les INM. S’en suivaient des doutes sur leur efficacité (efficacité, innocuité, pertinence, utilité, coût-efficacité...), leur approbation (comités d’éthique, comité d’appel d’offre recherche...), leur diffusion (refus de publication à cause de *reviewers* non spécialistes), leur enseignement et leur reconnaissance (autorisation, remboursement). Ce manque de modèle commun de validation scientifique des INM limitait le financement des études, l’apport de connaissances consolidées, la transférabilité des pratiques et la reconnaissance des professionnels. Ainsi, les conclusions de la plupart des revues systématiques étaient réservées en raison de limites méthodologiques et éthiques : biais de conception (effet spécifique vs. non spécifique, effets de contexte, échantillon insuffisant), biais de sélection, biais de mesure (outils non validés, délais d’inclusion, données manquantes nombreuses, mesure insuffisante des effets indésirables), biais de comparaison (hétérogénéité du type de groupe contrôle), description insuffisante de l’intervention, biais d’analyses (biais d’attrition, analyses statistiques erronées), biais de suivi (prise en compte de pratiques concomitantes, perdus de vue, taux d’abandon, taux de non observance, taux de non adhésion) et conflits d’intérêt. Ces biais avaient des effets délétères sur les résultats publiés au point qu’un auteur estimait que 85% des ressources de la recherche dans le domaine de la santé étaient gaspillées [IOA 14]. Ces manques provoquaient des contradictions dans les recommandations proposées par les autorités, les agences et les sociétés savantes nationales et supranationales [NIN 20].

Les institutions académiques déploraient l’absence de modèle standardisé. Une phrase de la HAS [HAU 11, p. 40] résumait la position dominante :

« au regard des critères habituellement considérés pour l'évaluation de l'efficacité des traitements médicamenteux, les études évaluant l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses présentent pour la plupart des insuffisances méthodologiques. » (Haute Autorité de Santé, Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, 2011)

Autrement dit, en l'absence de paradigme consensuel et spécifique d'évaluation, seul le modèle d'évaluation des médicaments était appliqué. L'absence de modèle spécifique aux INM freinait l'apport de connaissances pertinentes et la diffusion de bonnes pratiques. L'absence de cadre scientifique consensuel laissait penser que chaque professionnel de santé devait réinventer sa pratique à chaque nouveau patient et que seule l'alliance thérapeutique comptait finalement dans les effets induits sur la santé [NIN 19]. Elle laissait aussi la voie libre aux médecines traditionnelles et ésotériques, et plus largement, aux offres parallèles de santé et de bien-être avec toutes les dérives que l'on connaît [ERN 18]. Cette idée faisait d'ailleurs son chemin aux États-Unis dans le domaine de l'oncologie avec deux offres médicales juxtaposées, l'une EBM et l'autre dite « intégrative » fondée sur l'expérience, les opinions et les traditions [MAO 22].

En pratique, chaque organisation professionnelle, chaque société savante, chaque agence, chaque autorité, chaque ministère proposait sa bibliothèque de pratiques à forte hétérogénéité et à grand délais de mise à jour vis-à-vis des avancées de la science. Cette hétérogénéité nuisait à l'opérationnalisation des pratiques efficaces et sûres par les professionnels, autrement dit des pertes de chance pour les personnes et des pertes financières pour les institutions. Des recommandations se contredisaient, d'autres paraissaient inapplicables sur le terrain. D'autres laissaient une grande liberté dans la mise en œuvre du programme au prétexte de la personnalisation des techniques. Les praticiens décontenancés et livrés à eux-mêmes, préféraient construire leur protocole et ainsi « réinventer la poudre » avec une faible efficience, des doses inappropriées et une exposition à des risques plus ou moins connus. Cette approximation entre approche, méthode et technique associée à une absence de qualification juridique desservait le remboursement des patients, empêchaient la traçabilité des pratiques et entretenaient la méfiance des autorités et des organismes assurantiels ou d'aide à l'autonomie.

4.2. Méthode de co-construction d'un modèle d'évaluation des INM

La NPIS a mis en œuvre une étude participative, transdisciplinaire, trans-partisane, intersectorielle, indépendante, intègre et rigoureuse de consensus scientifique sur un modèle d'évaluation des INM avec pour finalité la santé de la population [NIN 23 ; NIN 24]. La démarche de consensus a respecté la procédure *Equator* à l'attention des concepteurs de recommandations pour la recherche dans le domaine de la santé [MOH 10]. Elle s'est aussi appuyée sur le guide pratique d'exhaustivité et de transparence nommé *Checklist Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation II* [AGR 17]. Elle a consisté à pointer les invariants méthodologiques et éthiques connus de la littérature en les adaptant aux spécificités des INM. Sa conception a impliqué toutes les parties prenantes, acteurs académiques et non-académiques, chercheurs, usagers, praticiens et opérateurs de santé. Les recommandations ont été co-construites par des échanges itératifs, ouverts et tracés dans la perspective d'une application au territoire français avec d'emblée un regard européen et international. L'étude a été coordonnée par 22 experts (20 de toute discipline scientifique liée à la santé et 2 représentants des usagers). Le travail a reçu le soutien de l'INSERM à travers le fond d'amorçage de recherche participative.

Les autorités de santé ont été informées du projet fin 2021. Ce travail a été scindé en quatre étapes successives entre 2022 et 2023 [NPI 24]. L'étape 1 a consisté à élaborer les invariants méthodologiques et éthiques préliminaires à partir d'un appel ouvert aux membres de la société savante NPIS (70 contributeurs, 7 réunions, 1 an). L'étape 2 a consisté à améliorer les recommandations préliminaires par des réunions de consensus avec des recommandations issues des collèges de chercheurs, de praticiens, d'usagers et d'opérateurs (300 contributeurs, 9 réunions, 4 mois). L'étape 3 a consisté en un vote sécurisé en ligne avec inscription individuelle des votants par collège, chercheurs, usagers, praticiens ou opérateurs de santé (503 contributeurs, 2 mois). L'étape 4 a consisté à recueillir les avis d'autorités et de

sociétés savantes françaises du secteur de la santé (4 mois). Deux mois ont ensuite été enfin consacrés à la présentation aux ministères, aux agences, aux assurances et aux mutuelles et à la diffusion sur une page Internet de la *NPIS*.

4.3. Le *NPIS Model*, cadre scientifique standardisé d'évaluation des INM

L'expertise collective a permis d'établir un modèle consensuel et cohérent pour l'évaluation des INM nommé le *NPIS Model* [NIN 23 ; NIN 24c]. Ce cadre scientifique présenté dans la Figure 4 comporte 77 recommandations, 14 éthiques et 63 méthodologiques selon le type d'étude :

- mécanistique dans le but de mettre en évidence les mécanismes biologiques et les processus psychosociaux actifs d'une INM
- observationnelle dans le but de suivre l'évolution de pratiques apparentées aux INM
- prototypique dans le but de décrire toutes les caractéristiques d'une INM
- interventionnelle dans le but de déterminer l'efficacité d'une INM sur des marqueurs de santé d'une population cible
- d'implémentation dans le but de vérifier les conditions de déploiement d'une INM sur un territoire et ses modalités d'ajustement en fonction des contextes

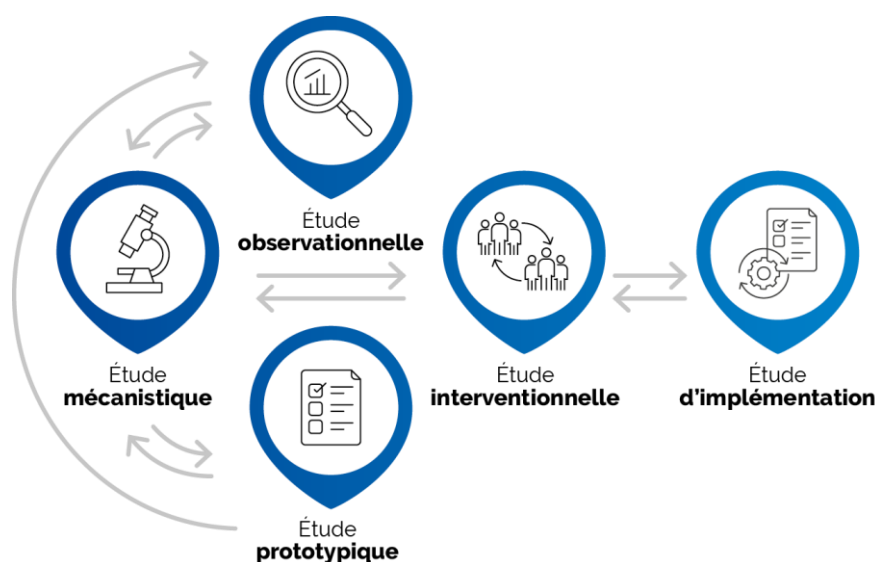


Figure 4. *NPIS Model*, cadre scientifique standardisé d'évaluation des INM [NPI 24]

Ce modèle hybride repose sur des choix rigoureux, pragmatiques et intersectoriels dont tous les détails sont accessibles sur le site de la *NPIS*. Ce paradigme standardisé diffère de ceux du médicament et du dispositif médical. Le *NPIS Model* recommande notamment des études mécanistiques mesurant plusieurs processus simultanément, la réalisation d'études prototypiques permettant de décrire précisément un protocole d'intervention [HOF 14] par des méthodologies mixtes au lieu de se limiter à l'évaluation d'une approche, trop globale et floue (par exemple l'activité physique au sens large) ou d'une technique trop restrictive (par exemple un geste de massage ou une posture d'étirement musculaire). Il recommande la réalisation d'un essai clinique pragmatique [SCH 09] mesurant des marqueurs d'efficacité en vie réelle (effectiveness) à la fois biologique et auto-rapportés par les participants et les effets indésirables [DUN 21] et examinant les données par des analyses en intention de traiter. Il recommande la réalisation d'une étude d'implémentation dans le pays visé afin d'optimiser la mise en œuvre de l'INM dans des contextes socioculturels adéquats. Il recommande enfin une éthique et une intégrité irréprochable de la part des chercheurs et des promoteurs des études.

Le *NPIS Model* a reçu la caution de trois autorités de santé françaises dont l'Institut National du Cancer (INCa) et 31 sociétés savantes (allergologie, cardiologie, endocrinologie, médecine générale,

neurologie, néphrologie, pédiatrie, rhumatologie, santé publique, etc.). Il a été présenté fin 2023 au Sénat, au Ministère de la Santé, à la HAS, à l'Agence d'Innovation en Santé, à l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de la Santé, à Santé Publique France, à l'Assurance Maladie à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, à différentes mutuelles et à des organismes de protection sociale [NPI 24].

4.4. Impacts

D'un point de vue scientifique, le *NPIS Model* rend les attendus épistémologiques, méthodologiques et éthiques plus lisibles pour les chercheurs, les résultats des études plus transférables pour les praticiens et les formateurs, les études plus pertinentes pour les promoteurs et la participation aux études plus évidentes pour les sujets volontaires.

D'un point de vue social, le *NPIS Model* améliore les connaissances des usagers vis-à-vis des pratiques de santé et les capacités des professionnels à la même en œuvre avec le meilleur service rendu possible. L'aide humaine à d'autres humains à travers un service de santé est ainsi mieux reconnue [MIN 24].

D'un point de vue économique, le *NPIS Model* facilite les retours sur investissement de la recherche, la création d'emplois de proximité, la garantie de financement de pratiques efficaces pour les systèmes assuranciers et de solidarité sociale et la réduction des dépenses évitables de soin et d'hospitalisation.

Du point de vue sociétal, le *NPIS Model* améliore l'information des citoyens (littératie en santé), l'engagement durable des usagers dans des pratiques plus sûres, la traçabilité d'INM dans les parcours personnalisés des opérateurs de santé, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et la normalisation des pratiques et des praticiens les mettant en œuvre.

En pratique, le paradigme consensuel co-construit sous le pilotage de la société savante *NPIS* avec plus de 1000 français en deux années va permettre aux chercheurs d'identifier les interventions ayant un effet probant sur la santé, l'autonomie, la qualité de vie et la longévité de publics cibles. Le *NPIS Model* va améliorer l'implémentation, l'efficacité et la traçabilité des INM dans les parcours individuels de soin et de santé, la formation des professionnels et la reconnaissance des pratiques. Il va permettre de distinguer les protocoles de prévention et de soin fondés sur la science respectant les diagnostics de la médecine factuelle des « approches occupationnelles » au sens anglo-saxon du terme. Ces dernières peuvent être des activités sociales, des animations culturelles, des pratiques esthétiques ou des activités spirituelles. Elles sont laissées à la liberté de chacun en fonction de son mode de vie, de ses préférences et de sa culture.

4.5. Le Référentiel des INM

Le *NPIS Model* permet de créer un « catalogue » standardisé d'INM utilisables, identifiables, traçables et monétisables, nommé le Référentiel des INM en français, *NPIS Registry* en anglais. Ce référentiel est accessible en Europe sous la forme d'un site Internet dont la base de données est ouverte par la *NPIS* à tout opérateur de santé, tout organisme assurantiel et toute autorité. Un problème de santé connu de la médecine conventionnelle (symptôme, maladie, facteur de risques, signe de fragilité) peut ainsi être traité par une INM, isolément ou en association avec d'autres traitements biomédicaux (Figure 5).

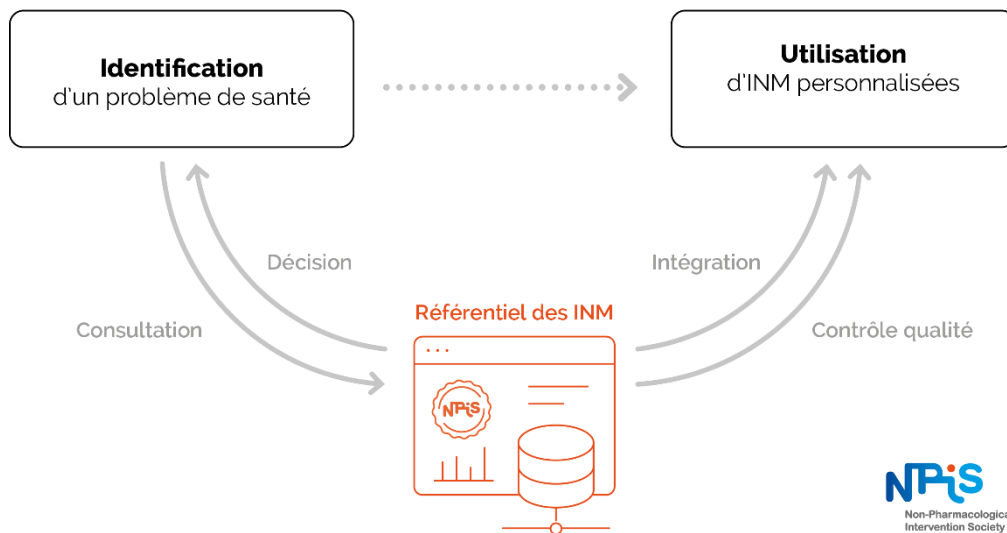


Figure 5. Mise en œuvre du Référentiel des INM [NPI 24]

Ce référentiel concentre un « patrimoine universel de protocoles immatériels de prévention et de soin fondés sur des données probantes ». Chaque protocole est labellisé INM. Il dispose d'une fiche validée par un processus standardisé, intégrée et rigoureuse d'expertise coordonnée par la NPIS. Les sociétés savantes et les autorités de santé concernées sont invitées à participer au processus d'expertise et à leur mise à jour. Chaque fiche dispose d'un code unique. Elle se présente sous la forme de trois onglets, une notice usager (mode d'emploi simplifié), un protocole de mise en œuvre accessible à tout professionnel et opérateur de santé concerné et une zone d'indices (scientificité, risque, difficulté, impact, prise en charge financière par pays). Une zone spécifique « suggestion » sert aux usagers et aux professionnels à proposer des améliorations pratiques. La NPIS partagera ces retours d'expérience aux concepteurs, aux experts et aux équipes de recherche.

La base de données du Référentiel des INM labellisées est interopérable avec les nomenclatures des acteurs du soin, de la prévention et de l'accompagnement social (Figure 3). Chaque professionnel est libre de l'utiliser selon le contexte, l'état et la préférence du patient.

5. Conclusion

L'article explicite la définition des INM proposée par la société savante internationale spécialisée, la NPIS. Il précise le périmètre de ces pratiques de prévention et de soin labellisées à partir d'un cadre éthique et scientifique d'évaluation standardisé appelé *NPIS Model*. Un patrimoine universel de protocoles immatériels de prévention et de soin fondés sur des données probantes, complémentaires d'autres pratiques conventionnelles de santé est en construction depuis 2024 [NPI 24]. Ces pratiques sont mises à la disposition des usagers et des professionnels de la santé au sein d'un référentiel standardisé. Une filière pluri-professionnelle et une chaîne de valeurs s'appuyant sur la recherche sont ainsi en plein développement au service de la prévention, du soin et de l'accompagnement social pour une santé humaine plus active et durable dans le cadre d'une médecine de plus en plus préventive, prédictive, participative et personnalisée.

Bibliographie

[AGR 17] AGREE, « Next Steps Consortium », *The AGREE II Instrument*, <http://www.agreetrust.org>, 2017.

[BOU 08] BOUTRON I., MOHER D., ALTMAN D.G., SCHULZ K.F., & RAVAUD P., « Extending the CONSORT Statement to Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatment: Explanation and Elaboration », *Ann Intern Med*, n°4, p. 295-309, 2008.

- [BOU 17] BOUTRON I., ALTMAN D.G., MOHER D., SCHULZ K.F., & RAVAUD P., « CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts », *Ann Int Med*, n°1, p. 40-47, 2017.
- [CAM 44] Camus A., « Sur une philosophie de l'expression », *Poésie* 44, 1944.
- [CAR 19] CARBONNEL F., NINOT G., « Identifying Frameworks for Validation and Monitoring of Consensual Behavioral Intervention Technologies: Narrative Review », *J Med Internet Res*, n°10, e13606, 2019.
- [COM 22] Commission Européenne, EU Global Health Strategy, Bruxelles : EU, 2022.
- [CRA 08] CRAIG P., DIEPPE P., MACINTYRE S., Michie S., Nazareth I., & Petticrew M., « Developing and Evaluating Complex Interventions: the New MRC Guidance », *British Medical Journal*, a1655, 2008.
- [CZA 15] CZAJKOWSKI S.M., POWELL L.H., ADLER N., NAAR-KING S., REYNOLDS K.D., HUNTER C.M., LARAIA B., OLSTER D.H., PERNA F.M., PETERSON J.C., EPEL E., BOYINGTON J.E., & CHARLSON M.E., « From Ideas to Efficacy: the ORBIT Model for Developing Behavioral Treatments for Chronic Diseases », *Health Psychol*, n°10, p. 971-82, 2015.
- [DEG 16] DEGOS L., « Le pouvoir des sociétés savantes », *Les Tribunes de la santé*, p. 21-27, 2016.
- [DUN 21] DUNLEAVY L., COLLINGRIDGE M.D., KORFAGE I., PAYNE S., WALSHE C., & PRESTON N., « What Should We Report? Lessons Learnt from the Development and Implementation of Serious Adverse Event Reporting Procedures in Non-Pharmacological Trials in Palliative Care », *BMC Palliat Care*, n°19, 2021.
- [ERN 18] ERNST E., SMITH K., *More Harm than Good? The Moral Maze of Complementary and Alternative Medicine*, Cham : Springer Nature Springer, 2018.
- [EUR 23] EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, *Consolidated Annual Activity Report 2022*, Stockholm : ECDC, 2023.
- [GRI 17] GRIMALDI A., CAILLE Y., PIERRU F., TABUTEAU D., *Les maladies chroniques : Vers la 3^{ème} médecine*, Paris : Odile Jacob, 2017.
- [HAU 11] HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées*, Paris : HAS, 2011.
- [HAU 19] HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune*. Paris : HAS, 2019.
- [HOF 14] HOFFMANN T., GLASZIOU P., BOUTRON I., MILNE R., PERERA R., MOHER D., ALTMAN D.G., BARBOUR V., MACDONALD H., JOHNSTON M., LAMB S.E., DIXON-WOODS M., MCCULLOCH P., WYATT J.C., CHAN A.W., & MICHIE S., « Better Reporting of Interventions: Template for Intervention Description and Replication (Tidier) Checklist and Guide », *British Medical Journal*, g1687, 2014.
- [HOH 23] HOHENSCHURZ-SCHMIDT D., VASE L., SCOTT W., « Recommendations for the Development, Implementation, and Reporting of Control Interventions in Efficacy and Mechanistic Trials of Physical, Psychological, and Self-Management Therapies: the Copps Statement », *British Medical Journal*, e072108, 2023.
- [IOA 14] IOANNIDIS J.P., « How to Make More Published Research True », *PLoS Med*, n°10, e1001747, 2014.
- [MAO 22] MAO J.J., PILLAI G.G., ANDRADE C.J., « Integrative Oncology: Addressing the Global Challenges of Cancer Prevention and Treatment. *CA Cancer J Clin*, n°2, p. 144-64, 2022.
- [MIN 24] MINET M., NINOT G., VIALLA F., « Responsabilité d'usage des interventions non médicamenteuses », *Kinésithérapie, la Revue*, n°270, p. 37-40, 2024.
- [MOH 10] MOHER D., SCHULZ K.F., SIMERA I., ALTMAN D.G., « Guidance for Developers of Health Research Reporting Guidelines ». *PLoS Med*, n°2, e1000217, 2010.
- [NAT 23] NATURE EDITORIAL, « Treat Pain as a Priority, not an Afterthought », *Nature*, 765p., 2023.
- [NIN 19] NINOT G., *Guide professionnel des interventions non médicamenteuses*, Paris : Dunod, 2019.
- [NIN 20] NINOT G., *Non-Pharmacological Interventions: an Essential Answer to Current Demographic, Health, and Environmental Transitions*, Cham : Springer Nature, 2020.
- [NIN 22] NINOT G., *100 médecines douces validées par la science*, Paris : Belin, 2022.
- [NIN 23] NINOT G., DESCAMPS E., ACHALID G., ABAD S., BERNA F., « NPI Model: Standardised Framework for Evaluating Non-Pharmacological Interventions in The French Health Context », *HAL*, hal-04360550, 2023.

- [NIN 24a] NINOT G., BARDIE Y., BERNARD P.L., FRANCO G., LAMBERT-CORDILLAC K., STUBBE L., TABUENCA C., WEBER A., NOGUES M., « NPIS, la société savante internationale dédiée à la recherche sur les interventions non médicamenteuses », *Kinésithérapie, la Revue*, n°270, p. 3-8, 2024.
- [NIN 24b] NINOT G., ABAD S., MINET M., NOGUES M., « Définition du terme intervention non médicamenteuse (INM) », *Kinésithérapie, la Revue*, n°270, p. 9-14, 2024.
- [NIN 24c] NINOT G., ACHALID G., DESCAMPS E., POISBEAU P., FALISSARD B., « Cadre standardisé d'évaluation des interventions non médicamenteuses : intérêts pour la masso-kinésithérapie », *Kinésithérapie, la Revue*, n°270, p. 15-19, 2024.
- [NIN 24d] NINOT G., ACHALID G., NOGUES M., « Référentiel des interventions non médicamenteuses : clé de sécurisation, de traçabilité et d'efficacité des protocoles de masso-kinésithérapie », *Kinésithérapie, la Revue*, n°270, p. 20-23, 2024.
- [NPI 24] NPIS. « Interventions non médicamenteuses : Protocoles universels et efficaces de prévention et de soin pour la médecine personnalisée et la santé durable », Nice : Ovidia, 2024.
- [NOG 22a] NOGUES G, *Préserver son capital santé avec des interventions non médicamenteuses*, Nice, Ovidia, 2022.
- [NOG 22b] NOGUES G., *Les enjeux économiques, sociaux et environnementaux du marché des INM en santé* », Nice : Ovidia, 2022.
- [OMS 21a] OMS, *Health and well-being and the 2030 Agenda for Sustainable Development in the WHO European Region: An analysis of policy development and implementation*, Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé – Europe, 2021.
- [OMS 21b] OMS, *Feuille de route pour la mise en œuvre du plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles de 2023 à 2030*, Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2021.
- [OMS 22] OMS, *A Health Perspective On The Role Of The Environment In One Health*, Genève : Organisation Mondiale de la Santé – Europe, 2022.
- [OMS 22a] OMS, *Lignes directrices de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge pour la santé et le bien-être. Révision 2022. Résumé d'orientation*, Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2022.
- [OMS 22b] OMS, *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030*, Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2022.
- [ONU 23] ONU, *The Sustainable Development Goals Report 2023*, New York : Organisation des Nations Unies, 2023.
- [OST 09] OSTROM E., « A General Framework for Analyzing Sustainability of Social-Ecological Systems », *Science*, n°5939, p. 419-422, 2009.
- [SCH 09] SCHWARTZ D., LELLOUCH J., « Explanatory and Pragmatic Attitudes in Therapeutical Trials », *J Clin Epidemiol*, n°5, p. 499-505, 2009.
- [UNE 17] UNESCO, *Stratégie de l'UNESCO sur l'éducation pour la santé et bien-être : Contribution aux objectifs de développement durable*, Paris : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2017.
- [UNI 18] UNICEF, *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*, Genève : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2018
- [VEL 13] VELLAS B., « Fragilité des personnes âgées et prévention de la dépendance », *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n°4-5, p. 1009-1019, 2013.
- [WOR 24] World Economic Forum, *Longevity Economy Principles: The Foundation for a Financially Resilient Future. Insight Report*, Davos : World Economic Forum, 2024.