

# Prescription des interventions non médicamenteuses

## Prescription of non-pharmacological interventions

**Mathilde Minet<sup>a,b</sup>**  
**Remy Boussageon<sup>c</sup>**  
**Emmanuel Coudeyre<sup>d,e</sup>**  
**Thierry Schaevebeke<sup>f,g</sup>**  
**François Tison<sup>g,h</sup>**  
**Grégory Ninot<sup>a,b</sup>**

<sup>a</sup>Non-Pharmacological Intervention Society (NPIS), 5, rue des Reculettes, 75013 Paris, France

<sup>b</sup>Institut Desbrest d'épidémiologie et de santé publique, UMR 1318 Inserm, université de Montpellier, INRIA, 641, avenue Giraud, 34093 Montpellier, France

<sup>c</sup>UMR 5558, CNRS, LBBE, EMET, université Claude-Bernard Lyon 1, 43, boulevard du 11 novembre 1918, 69622 Villeurbanne cedex, France

<sup>d</sup>Service de médecine physique et de réadaptation, CHU de Clermont-Ferrand, hôpital Louise-Michel, route de Chateaugay, 63118 Cébazat, France

<sup>e</sup>Département des formations aux techniques de réadaptation, faculté de médecine et des professions paramédicales, équipe ASMS, INRAE, université Clermont-Auvergne, Clermont-Auvergne, France

<sup>f</sup>Service de rhumatologie, CHU de Bordeaux, Pl. Amélie Raba-Léon, 33000 Bordeaux, France

<sup>g</sup>Université de Bordeaux, 146, rue Léo-Saignat, 33000 Bordeaux, France

<sup>h</sup>Institut des maladies neurodégénératives (IMNC) et institut de médecine intégrative et complémentaire (IMIC), CHU de Bordeaux, 3 bâtiment neurocampus université de Bordeaux, 146, rue Léo-Saignat, 33000 Bordeaux, France

Reçu le 27 février 2024 ; accepté le 16 mars 2024

### RÉSUMÉ

Les interventions non médicamenteuses (INM) sont des protocoles normalisés de prévention et de soin fondés sur des données probantes. Une fois ces INM intégrées dans un Référentiel de fiches standardisées selon un processus rigoureux et indépendant, restent à définir leurs conditions de prescription, de mise en œuvre et de suivi. L'article présente ces conditions puis détaille les implications pratiques et les manques actuels.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Summary

The non-pharmacological interventions (NPIs) are evidence-based prevention and care protocols. Once these NPIs have been integrated into a shared registered system through a rigorous and independent process, the conditions for prescribing, implementing and monitoring them need to be defined. This article presents these conditions, then details the practical implications and current shortcomings.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### MOTS CLÉS

Intervention non médicamenteuse  
Interventions normalisées centrées sur le patient  
Médecine personnalisée  
Parcours de soin  
Prescription

### KEYWORDS

Non-pharmacological interventions  
Normalized patient-centered interventions  
Personalized medicine  
Care pathway  
Prescription

### Auteur correspondant :

**Mathilde Minet**,  
Institut Desbrest d'épidémiologie et de santé publique, UMR 1318 Inserm, université de Montpellier, INRIA, 641, avenue Giraud, 34093 Montpellier, France.  
Adresse e-mail :  
[mathilde.minet@umontpellier.fr](mailto:mathilde.minet@umontpellier.fr)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2024.03.014>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2024.03.010>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2024.03.011>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2024.03.001>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2024.03.008>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2024.03.015>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2024.03.009>

## Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Interventions non médicamenteuses (INM) » coordonné par Michel Gedda, composé des articles suivants :

- Gedda M. Reconnaître enfin l'intérêt des approches médicales naturelles. Parce que la santé n'est pas qu'une question de molécule ni d'industrie. *Kinesither Rev* 2024 ; 24 (270).
- Ninot G, Bardie Y, Bernard PL, 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. *Kinesither Rev* 2024 ; 24 (270).
- Ninot G, Abad S, Minet M, Nogues M. Définition du terme « intervention non médicamenteuse » (INM). *Kinesither Rev* 2024 ; 24 (270).
- Ninot G, Descamps É, Achalid G, Poisbeau P, Falissard B. Cadre standardisé d'évaluation des interventions non médicamenteuses : Intérêts pour la masso-kinésithérapie. *Kinesither Rev* 2024 ; 24 (270).
- Ninot G, Achalid G, Nogues M. Référentiel des interventions non médicamenteuses : Clé de sécurisation, de traçabilité et d'efficacité des protocoles de masso-kinésithérapie. *Kinesither Rev* 2024 ; 24 (270).
- Minet M, Boussageon R, Coudeyre E, Schaevebeke T, Tison F, Ninot G. Prescription des interventions non médicamenteuses. *Kinesither Rev* 2024 ; 24 (270).
- Delorme M, Faravel K, Ninot G, Beaumont M. Kinésithérapie et interventions non médicamenteuses : Des exemples en réadaptation respiratoire et soins oncologiques aux perspectives. *Kinesither Rev* 2024 ; 24 (270).
- Minet M, Ninot G, Vialla F. Responsabilité d'usage des interventions non médicamenteuses. *Kinesither Rev* 2024 ; 24 (270).

## INTRODUCTION

Le virage préventif du système de santé consécutif, en particulier, au vieillissement de la population et à la multiplication des personnes touchées par une ou plusieurs maladies chroniques accélère le recours aux interventions non médicamenteuses (INM) [1]. Comme toute pratique de prévention et de soin fondée sur la science, les INM comportent des bénéfices sur la santé mais exposent également à des risques. Leur utilisation nécessite d'être encadrée, notamment par une prescription en fonction du niveau de risque. Étant, au sens juridique du terme, des services et non des produits de santé ou des dispositifs médicaux, cette prescription interroge. L'article détaille les conditions de cette prescription, les implications pratiques et les manques actuels.

## DIAGNOSTIC MÉDICAL

Poser une indication seulement sur des signes, des opinions ou des intuitions et non l'identification de symptômes, de situations à risque et/ou de maladie connus de la médecine conventionnelle, autrement dit sans diagnostic médical, expose aux risques de retard et d'erreur de diagnostic et de ne pas proposer le ou les traitements les plus pertinents au bon moment. *In fine*, une perte de chance peut être manifeste pour des patients.

Le diagnostic médical est le processus par lequel un médecin identifie une maladie, un trouble ou une condition médicale chez un patient en accord avec un cadre reconnu et une classification nosologique officielle (ex. : CIM11, DSM5). Selon l'article R.4127-33 du Code de Santé Publique (version en vigueur depuis le 8 août 2004), « *le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés* ». Il repose sur l'évaluation des symptômes, des antécédents médicaux, des résultats d'examen médicaux et, le cas échéant, des tests de laboratoire ou d'imagerie médicale. Le but du diagnostic médical est de déterminer la ou les causes sous-jacentes des symptômes présentés par le patient et d'identifier une pathologie le plus tôt possible dans le cadre d'un dépistage. Selon l'article R.4127-34, « *le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution* ». Ce processus varie en fonction de la nature des symptômes et de la spécialité médicale concernée. Les médecins utilisent leur expertise clinique, des technologies médicales avancées et des informations provenant d'examen approfondis pour parvenir à un diagnostic précis. Le diagnostic médical est une étape cruciale dans la prise en charge d'un problème de santé car il guide vers le traitement approprié et établit un plan d'actes de prévention et de soin adaptés et proportionnés à l'état spécifique du patient.

Plusieurs professions paramédicales et psychosociales peuvent être impliquées dans le processus de diagnostic médical en fonction de la nature du problème de santé, que ce soit dans l'identification d'un facteur de risque (ex. : tabagisme, sédentarité) ou d'une maladie. Un infirmier peut repérer certains symptômes et certains signes de fragilité, recueillir des informations auprès du patient, évaluer l'évolution de l'état du patient. Un aide-soignant peut collecter des informations sur certains signes. Un technicien de laboratoire peut effectuer des analyses de sang, d'urine, et d'autres biomarqueurs fournissant des informations cruciales au processus de diagnostic. Un pharmacien peut fournir des informations sur les médicaments, les effets secondaires et les risques d'interaction et poser un diagnostic dans le cadre de protocoles de coopération. Un masseur-kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un psychomotricien peut évaluer des problèmes physiques et fonctionnels. Un psychologue peut être impliqué dans le diagnostic d'un trouble neuro-évolutif par la passation de tests. Un orthophoniste peut évaluer des problèmes liés au langage et à l'oralité. Un assistant social peut apprécier le niveau de précarité d'une personne. La collaboration pluridisciplinaire est souvent essentielle pour assurer un diagnostic complet et précis, en particulier pour des situations médicales complexes. Si différentes professions

Référentiel des interventions non médicamenteuses :  
clé de sécurisation, de traçabilité et d'efficacité des protocoles  
de masso-kinésithérapie

## Dossier / « Interventions non-médicamenteuses »

peuvent contribuer au processus de diagnostic, la responsabilité de l'établissement du diagnostic médical final global revient au médecin [voir article 7 : Responsabilité dans ce dossier]. Ce diagnostic fonde la pertinence du choix d'INM au sein d'une stratégie personnalisée de prévention et de soin [2].

### DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE (DK)

Un bilan amont et aval d'une intervention du masseur-kinésithérapeute est obligatoire depuis 1996 [3]. L'Assurance Maladie précise : « *obligatoire pour tout traitement thérapeutique, le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) permet d'établir un plan de soins complet et individualisé, d'échanger avec son patient et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur* » [4]. Dans le cadre de la prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est tenu d'établir un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique, les objectifs thérapeutiques et la justification des actes et des techniques choisis. Le BDK est un document qui permet au masseur-kinésithérapeute de rassembler l'ensemble des éléments relatifs à la description du protocole thérapeutique et donc de se protéger des contestations. Le BDK est le seul document officiel permettant de prouver la prise en charge effectuée par le masseur-kinésithérapeute. Le BDK peut se combiner à d'autres bilans professionnels. Il permet de définir le plan de prévention et de soin adapté au patient. Du fait de sa formation, de la portée de sa pratique et de son approche ciblée, le kinésithérapeute établit un bilan structurel et fonctionnel précis guidant la prise en charge et l'identification de l'INM ou des INM adaptées à la situation.

### PRESCRIPTION MÉDICALE D'INM

Selon la Haute Autorité de santé, les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses peuvent prendre diverses formes. Elles peuvent « être inscrites sur l'ordonnance », « énoncées seulement oralement », « donner lieu à la distribution de brochures d'information », ou « donner lieu à la mise à disposition par le médecin de coordonnées de professionnels spécialisés » [2]. Prescrire une INM nécessite un diagnostic médical au risque d'exposer le patient à une perte de chance et/ou à engendrer des dépenses inutiles pour le système de santé [5]. Le diagnostic médical guide la prescription d'une ou plusieurs INM au bon moment du parcours personnalisé de prévention et de soin [6].

La connaissance globale du patient est nécessaire pour cette prescription. Elle implique l'évaluation le cas échéant des comorbidités et des contre-indications à certaines INM. Les traitements médicamenteux, les facteurs de risque et la situation socioéconomique et géographique du patient sont des éléments interférents à prendre en compte dans la prescription d'INM. La prescription d'INM s'inscrit dans un écosystème de prescriptions. Il est nécessaire de réfléchir au préalable de la prescription d'une INM à la coexistence d'autres traitements. Il est pertinent de réfléchir aux relations entre les différents traitements : effet synergique, interaction délétère entre deux traitements, effet placebo. Le médecin évaluera et pèsera les bénéfices et les risques à court et moyen termes pour chaque patient. Le médecin

saura aussi prioriser les traitements médicamenteux et non médicamenteux en fonction de leur faisabilité, de leur accessibilité et du reste à charge.

La prescription d'INM devra être expliquée au patient avec un langage approprié pour parvenir à une décision partagée sur les conduites à tenir [7]. La participation du patient à cette décision est une condition essentielle de son engagement à suivre la ou les INM prescrites.

La nécessité d'un référentiel des INM connu des médecins, des professionnels de la santé et des patients devient chaque jour plus évidente. Il conditionne non seulement leur prescription, mais aussi leur mise en œuvre et leur rétrocontrôle (Fig. 1).

### PRESCRIPTION D'INM PAR UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

En établissement de santé, en centre médico-social, en résidence médicalisée et en structure de soins palliatifs, la prescription des INM peut être réalisée par une équipe pluriprofessionnelle sous la responsabilité du chef de service. Sa composition est fixée par le projet d'établissement.

Dans une structure coordonnée de prévention ou de soin (ex : maison de santé pluriprofessionnelle, maison sport santé, équipe de soins primaires, équipe de soins spécialisés, etc.), la prescription d'INM peut être réalisée par une équipe pluriprofessionnelle. Sa composition est fixée par la structure.

### PRESCRIPTION PARAMÉDICALE D'INM

Un bilan paramédical comme le BDK permet une évaluation fonctionnelle pouvant affiner le choix entre INM similaires. Ce bilan permet une orientation mieux adaptée au contexte local (ex. : délais d'attente, accessibilité, disponibilité du matériel) et aux ressources du patient (ex. : prise en charge par l'Assurance Maladie ou une mutuelle, reste à charge). Un kinésithérapeute connaisseur du terrain et de l'offre locale sera d'autant plus armé à choisir l'INM accessible et pouvant être mise en œuvre dans un délai raisonnable par un professionnel qualifié.

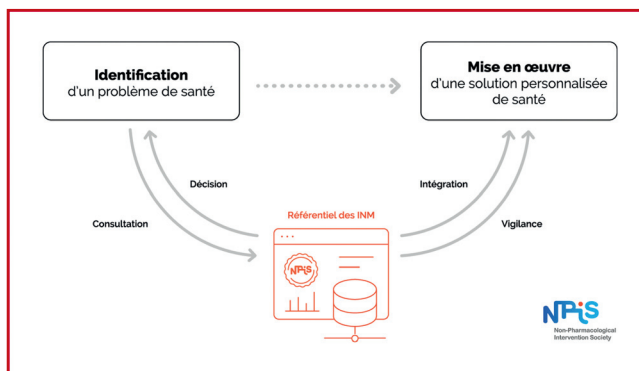


Figure 1. Prescription et mise en œuvre d'une INM à partir du référentiel.



## DÉCISION PARTAGÉE

La prescription d'INM est, comme toute prescription, partagée avec le patient. La décision partagée est « le processus au cours duquel, lorsqu'une décision relative à la santé individuelle d'un patient doit être prise, praticien(s) et patient partagent une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique, et où le patient reçoit le soutien nécessaire pour exprimer ses préférences et envisager les différentes options possibles relatives aux soins, afin de choisir d'un commun accord entre elles de manière éclairée » [7]. Le professionnel de santé explore les freins et les leviers de participation à une INM prescrite. Le patient a le droit de demander des informations complémentaires sur une INM, de la refuser, d'en préférer une plus compatible avec sa vie quotidienne. L'implication d'un parent et/ou d'un pair-aidant est recommandée en l'espèce.

## COORDINATION

L'avis du médecin traitant est nécessaire pour que les choix d'INM ne soient pas biaisés par les préférences ou les facilités, et pour garantir une meilleure efficacité et un engagement durable. Cette réflexion sur la hiérarchisation, la coordination et/ou la combinaison d'INM peut s'appuyer sur l'aide d'un médecin d'établissement et d'infirmiers de pratique avancée pour les cas complexes. Le kinésithérapeute a une valeur ajoutée dans cette chaîne dans la faisabilité et la combinaison des séances d'INM à dominante corporelle. Par ailleurs, ce praticien aura un rôle dans la détection de signes précoces de nouveaux problèmes de santé. Une INM corporelle sollicite des efforts physiques susceptibles de révéler des signes peu visibles en cabinet médical, au repos. Le kinésithérapeute formé à la détection de ces signes précurseurs pourra les signaler au médecin traitant qui jugera de l'utilité d'une exploration approfondie, comme une épreuve d'effort par exemple. Les personnes les plus vulnérables ne sont pas toujours les plus à risque, les signes les plus bruyants ne sont pas toujours les plus graves [8].

## PROPOSITIONS

Comme toute innovation paradigmatique en santé, l'intégration des INM dans les parcours personnalisés de prévention-soin-santé implique des évolutions organisationnelles et réglementaires.

### Adressage par le prescripteur

Le prescripteur devrait avoir accès au référentiel des INM afin de les choisir, de les expliquer et de sécuriser leur mise en œuvre. Une ordonnance de médicament permet au patient de connaître la posologie, au pharmacien de délivrer le produit pertinent ou son générique équivalent, à l'administration de contrôler l'usage, à l'assureur de rembourser et au prescripteur de suivre l'usage et les effets sur la santé. Une ordonnance d'INM ne permet pas à ce jour de disposer de toutes ces informations. Le patient n'a pas la connaissance de l'offre sur

son territoire. Chaque INM devrait être connue du patient et réalisée par un effecteur qualifié. Ces protocoles devraient être accessibles dans un référentiel accessible à tous et interopérables avec toutes les plateformes d'opérateurs de prévention et de soin [voir article 4 : Référentiel des INM dans ce dossier]. Ces solutions de santé codifiées selon un processus standardisé seraient, par convention des services, payable par un acte, un forfait individuel ou un forfait d'établissement. Si l'adressage dans un établissement de santé est facilité, il reste à créer pour l'offre ambulatoire. Un recensement des effecteurs qualifiés d'INM est nécessaire. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les plateformes métiers de *case management* et les solutions numériques de parcours individuels seront en mesure de créer et de mettre à jour des annuaires de professionnels de proximité. Les associations expertes d'une maladie chronique et de patients pourront également contribuer à cette orientation.

### Choix de l'effecteur

Une formation qualifiante et labélisée par INM devrait être conçue. Elle reste à ce jour hétérogène et inégale sur le territoire. Cette certification permettrait de garantir la bonne exécution de l'INM. La traçabilité d'une INM par l'utilisation d'un code unique est indispensable. Un contrôle qualité de l'activité par un organisme certifié devrait émerger. Le financement de l'INM par l'Assurance Maladie, une mutuelle et/ou un organisme tiers pourrait être mis en place.

### Fardeau des polytraitements

Un risque de non-adhésion et/ou de non-observance à une INM prescrite existe notamment en cas de traitements multiples (ex. : patients polyopathologiques). Quel professionnel doit gérer la multiplication des traitements ? La coordination pourrait être assurée par le médecin traitant avec l'appui de téléconsultations. Si les INM prescrites ne sont pas réalisables dans des conditions et des délais raisonnables pour un patient, le médecin traitant est le mieux placé pour faire le tri et prioriser les INM essentielles et différer les autres. Il devra savoir annuler les prescriptions non prioritaires pour éviter la suractivité (ex. : fardeau, surmenage, épuisement, contrainte pour la vie quotidienne). Dans le médicament, il est plus facile de prescrire que de déprescrire [9]. Le faire accepter au patient n'est pas simple non plus [10]. Comment expliquer qu'un médicament indispensable ne l'est plus ? Le risque de non-observance et de non-adhésion à une INM est plus important que la prise d'un médicament oral car une INM exige plus d'engagement personnel et de temps accordé (ex. : participation à des séances supervisées chez le kinésithérapeute et des séances non supervisées aux exercices imposés). Le médecin traitant peut aussi envisager de planifier des INM en décalé pour améliorer la prise en charge. Des concertations pluridisciplinaires devraient être encouragées pour les cas complexes. L'intelligence artificielle (IA) sera d'un atout majeur dans cette mission à l'avenir.

### Prise en compte de faisabilité de l'INM dans la prescription

Tout prescripteur d'une INM doit se poser la question de sa faisabilité pour un patient. Le profil global de ce dernier devra

Référentiel des interventions non médicamenteuses :  
clé de sécurisation, de traçabilité et d'efficacité des protocoles  
de masso-kinésithérapie

## Dossier / « Interventions non-médicamenteuses »

être pris en compte, son état de santé, ses connaissances (ou littératie en santé), sa motivation, sa situation familiale et ses difficultés sociales. Un frein à la pratique d'INM peut être sous-estimé lors de la consultation, par exemple une panne de voiture ou un blocage psychologique à l'utilisation d'un outil informatique. Le non-remboursement d'INM est évidemment un obstacle majeur. Une fois l'INM prescrite, les premières séances sont déterminantes. Elles révèlent les possibles risques d'abandon. Les outils numériques de suivi et les nouveaux métiers de *case management* auront un rôle décisif à ce titre.

### Accès et substitution

Le risque d'inaccessibilité d'INM sur un territoire à la suite d'une prescription n'est pas à négliger. L'annuaire territorial des professionnels des INM à travers différentes plateformes numériques permettra de prendre conscience de l'offre territoriale d'INM. Le prescripteur doit réfléchir aux contraintes de réalisation d'une INM. À quelle distance du domicile ? Quel moyen de transport ? Quelle fatigue induite ? Quelle offre distancielle équivalente ? Il faudra prévoir des possibilités de substitution. Le référentiel pourra y aider. La responsabilité de cette substitution est un élément à penser [voir article 7 : Responsabilité dans ce dossier].

### Prescripteur vs effecteur

Le professionnel « bilanteur » et « prescripteur » ne devrait pas être l'« effecteur » de l'INM afin que chacun maximise son savoir-faire et se prémunisse d'un lien d'intérêt. Il faudra peser la fluidité, la sécurité et l'accomplissement de l'INM jusqu'à son terme. Les nouveaux métiers de la coordination de parcours et de la prévention auront un rôle important, sollicités en fonction des risques estimés par le prescripteur.

### Bonus vs malus

Si l'état de santé d'un patient ne lui permet pas d'assurer sa profession, s'il s'expose à des risques majorés dans l'exercice de son métier, s'il retarde ou compromet sa guérison, un arrêt de travail est prescrit par un médecin traitant. Mais, cet arrêt de travail ne préconise pas nécessairement du repos, notamment chez les personnes atteintes d'une maladie chronique [5]. Cette période d'arrêt peut être un temps accordé à la mise en place de mesures bénéfiques pour la santé et la guérison à travers des INM (ex. : programme d'éducation thérapeutique). L'arrêt de travail peut devenir un « contrat patient-prescripteur » sur lequel le patient s'engage à participer aux séances de l'INM pour favoriser son prompt rétablissement et son retour au travail. Son assiduité témoignerait de son engagement (ex. : participation aux séances bi-hebdomadaires d'un programme de kinésithérapie contre une lombalgie chronique commune d'un mois). Dans une logique « bonus », une récupération plus précoce que celle attendue pourrait octroyer un gain pour le patient et le professionnel (ex. : récompense en contrepartie de la réduction de l'arrêt maladie). Dans une logique « malus », une participation insuffisante aux séances programmées sans raison valable pourraient induire des « pénalités » (ex. : remboursement minoré de l'arrêt maladie,

impossibilité de prescription d'INM sur une période). La compliance à l'INM témoignerait finalement de l'engagement du patient à se soigner activement en contrepartie d'un arrêt maladie et des professionnels prescripteurs et effecteur à suivre les bonnes pratiques. Chacun en serait récompensé. Les nouvelles technologies seront d'un appui capital de cette démarche gagnant-gagnant.

### Reconnaissance des INM

Pour l'instant, l'acte soignant est insuffisamment valorisé en France par rapport aux médicaments et aux dispositifs médicaux [6]. Le statut encore ambigu des INM, en tant que services de prévention et de soins fondés sur des données probantes, les discréditent tant au niveau des prescripteurs que celui des patients [voir article 2 : Définition des INM dans ce dossier]. « *La prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, en particulier en monothérapie, contrarie le schéma traditionnel du déroulé de la consultation qui est centré autour de la prescription médicamenteuse. Au-delà de son action pharmacologique, la prescription médicamenteuse est en effet considérée comme le symbole le plus ancien et le plus visible de la connaissance et de l'expérience du médecin. Elle dispose d'une valeur symbolique complexe autour de laquelle se construit la relation médecin/patient. Bien que leur efficacité puisse être reconnue, le fait que les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses ne bénéficient pas de la même valeur symbolique que les prescriptions médicamenteuses représentent un frein pour leur développement* » (HAS, 2011). Un effort de communication et de formation à une culture commune sur les INM est indispensable. C'est en effet d'un véritable changement d'habitudes profondément ancrées qu'il est question, comme celle de la consultation tardive d'un médecin chez de nombreux patients, lorsque la maladie est déjà profondément installée et grave. Au fur et à mesure de la consolidation de cette culture, les effecteurs devront donner le change en offrant des garanties supérieures d'efficacité et se prémunir des risques par des assurances professionnelles.

### Suivi de la prescription d'INM

La prescription d'une INM est un contrat de confiance exigeant un engagement tripartite : celui du patient à suivre le protocole, celui de l'effecteur à respecter les bonnes pratiques spécifiques et celui du prescripteur à rendre compte des bénéfices obtenus par rapport à ceux attendus et de la suite à donner. Le patient devrait rendre compte de sa satisfaction, ne serait-ce que par une évaluation sommaire. L'effecteur devrait déposer son compte rendu dans le dossier partagé du patient, par courrier ou par messagerie sécurisée. Ce document devrait être accessible au prescripteur et au médecin traitant. Le système Mon Espace Santé est pensé à cette fin. Chaque INM est validée selon un protocole au nombre de séances fixé au préalable [voir article 4 : Référentiel des INM dans ce dossier].

L'autonomisation du patient est anticipée par des conseils destinés à prolonger les bénéfices induits par l'INM. Autrement dit, l'INM a un effet *starter*. Elle n'est pas un traitement à vie. Elle donne les bonnes habitudes à suivre

### Points à retenir

- La prescription d'INM s'inscrit dans un écosystème de prescriptions dont le médecin doit savoir apprécier les complémentarités, les bénéfices, les risques, les contraintes, l'accessibilité et la faisabilité chez tout patient.
- La prescription d'une INM est un contrat de confiance exigeant un engagement tripartite : celui du patient à suivre le protocole, celui de l'effecteur à respecter les bonnes pratiques spécifiques et celui du prescripteur à rendre compte des bénéfices obtenus par rapport à ceux attendus et de la suite donnée.
- La prescription d'une INM doit être formalisée sur une ordonnance médicale ou un formulaire paramédical, et expliquée oralement ; elle doit permettre l'orientation vers un professionnel formé spécifiquement, et peut-être un jour certifié.
- L'engagement d'une personne à suivre un protocole INM de prévention ou de soin témoigne d'une volonté d'améliorer activement sa santé qui pourrait être récompensée par un « bonus ».
- La prescription des INM exige une adaptation organisationnelle et réglementaire des systèmes d'information, de suivi et de remboursement.

au quotidien. On peut imaginer un financement relais par des mutuelles si, suite à l'avis circonstancié du prescripteur, le patient nécessite des séances supplémentaires de soutien. Une traçabilité sera possible à partir d'une codification unique attribuée des INM au sein d'un référentiel rendu interopérable avec les nomenclatures métiers (ex. : Nomenclature générale des actes professionnels de l'Assurance Maladie).

### Financements

Le remboursement des patients et le financement des professionnels restent à construire dans les INM. L'hétérogénéité actuelle entre services, établissements, territoires et populations est criante. L'absence de coordination entre les systèmes d'aide à l'innovation (ex : article 51, fonds d'aide au développement entrepreneurial), l'Assurance Maladie, les mutuelles, les organismes de prévoyance, les organismes d'aide sociale, les organisations de santé au travail, les aides régionales (ex : ARS), les soutiens à l'autonomie (ex : CNSA, CNAV), les collectivités territoriales, les fonds européens et les initiatives privées (ex : actions soutenues par des fondations ou des organismes caritatifs comme la Ligue Nationale contre le Cancer) est patente. Le financement des INM devra être à la hauteur des investissements, pour les patients comme pour les professionnels. Le risque serait que des praticiens préfèrent continuer à proposer des médecines parallèles financées

par les patients plutôt que des INM. Une discussion entre tous ces organismes devra aboutir avec la construction d'un référentiel partagé.

### Question des Affections de longue durée (ALD)

Le médecin traitant déclare des maladies en affection de longue durée (ALD) ouvrant à des droits [11]. Cette reconnaissance permet le remboursement à 100 % par l'Assurance Maladie d'actes validés en lien avec la pathologie. Remplir une demande d'ALD est une manière pour le médecin traitant de faire reconnaître officiellement le diagnostic de maladie chronique d'une personne. Il pourrait exister une concordance entre le numéro de l'ALD et une liste d'INM compatibles avec les nomenclatures existantes des actes. Le patient justifiant d'une ALD pourrait profiter d'une INM en s'inscrivant en son nom ou *via* un pair-aidant, un parent, un tuteur ou une personne de confiance. L'inscription pourrait se faire auprès d'une structure (EHPAD, centre de rééducation, hôpital, etc.), d'une association (spécialisée dans la pathologie chronique concernée) ou d'un dispositif d'appui à la coordination. Les modalités d'inscription et d'accès aux INM pourraient varier en fonction de l'organisation et des ressources de chaque territoire. En cas de choix d'INM ciblée à risque ou de besoin de priorisation entre les INM ou de risque d'interaction entre traitement médicamenteux et INM, un avis médical pourrait être demandé. Le médecin traitant ou le médecin de l'organisation dans laquelle l'inscription a été faite devrait alors être sollicité.

### CONCLUSION

Avec l'ouverture du système de santé à la prévention et à la médecine personnalisée, les INM vont réellement s'inscrire dans les parcours de soin et de santé. Leur utilisation devra être encadrée médicalement en étroite collaboration avec les professionnels paramédicaux et de la prévention. Leur prescription va engager de nouvelles responsabilités pour leurs auteurs comme pour leurs effecteurs, leurs financeurs et les patients. Les outils numériques permettront de consolider ces engagements pour une meilleure prise en charge et une meilleure reconnaissance.

### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### RÉFÉRENCES

- [1] Castellano-Tejedor C. Non-pharmacological interventions for the management of chronic health conditions and non-communicable diseases. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:8536.
- [2] Haute Autorité de Santé (HAS). *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. Paris, HAS, 2011.
- [3] République Française. Article 2 du décret n° 96-879 du 8 octobre 1996, codifié par décret en 2004 à l'article R.4321-2 du Code de la santé publique.

Référentiel des interventions non médicamenteuses :  
clé de sécurisation, de traçabilité et d'efficacité des protocoles  
de masso-kinésithérapie

## Dossier / « Interventions non-médicamenteuses »

- [4] Assurance Maladie (2020). *Le bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) au service de la pratique du masseur-kinésithérapeute*. <https://www.ameli.fr/herault/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/bilan-diagnostic-kinesitherapique>
- [5] Ninot G. *Guide professionnel des interventions non médicamenteuses*. Paris, Dunod, 2019.
- [6] Couzigou P. Santé : L'avenir est à la médecine des comportements et à la relation soignante. *Le Monde. Tribune*, 2019. [https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/11/28/sante-l-avenir-est-a-la-medecine-des-comportements-et-a-la-relation-soignante\\_6020876\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/11/28/sante-l-avenir-est-a-la-medecine-des-comportements-et-a-la-relation-soignante_6020876_3232.html)
- [7] Haute Autorité de Santé (HAS). *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée »*. Paris, HAS, 2013.
- [8] Minet M, Ninot G, Duclos M, Carré F. *MINDUCA*. Paris, Édition Télémaques, 2023.
- [9] Keller MS, Qureshi N, Mays AM, Sarkisian CA, Pevnick JM. Cumulative update of a systematic overview evaluating interventions addressing polypharmacy. *JAMA* 2024;7:e2350963.
- [10] Merlin L, Cunin M. Comment faire accepter la déprescription aux patients lors d'une réévaluation d'ordonnance en médecine générale ? *Exercer* 2022;185:292-8.
- [11] Assurance Maladie (2024). *ALD* <https://www.ameli.fr/herault/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald>