

Les stratégies non-médicamenteuses, essor d'une logique de prévention au service d'un système de santé français en mutation

Non-drug strategies, the rise of a prevention approach serving a changing French health system

Estelle Guerry¹

¹ Laboratoire LARA-SEPPIA (UR 4154), Université de Toulouse, France, estelle.guerry@univ-tlse2.fr

RÉSUMÉ. Aujourd'hui le système de santé français est confronté à un double défi : le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, qui mettent en tension un modèle historiquement centré sur l'hôpital et le curatif. Les stratégies non-médicamenteuses (SNM) apparaissent comme une réponse innovante et nécessaire, en renforçant la prévention, en améliorant la qualité de vie et en réduisant la consommation de médicaments. Issues du modèle biopsychosocial, elles englobent des actions variées qui requièrent une participation active du patient et une coordination interprofessionnelle. Leur intégration dans les politiques publiques récentes illustre une volonté de promouvoir une santé plus intégrative et personnalisée. Toutefois, leur essor doit s'accompagner de garde-fous éthiques et scientifiques afin d'éviter les dérives. Les SNM s'imposent ainsi comme des leviers essentiels d'une médecine préventive et durable, capable de répondre aux grands enjeux sanitaires et sociétaux actuels.

ABSTRACT. Today, the French healthcare system faces a dual challenge: an aging population and an increase in chronic diseases, which are putting pressure on a model historically centred on hospitals and curative care. Non-pharmacological strategies (NPS) are emerging as an innovative and necessary response, strengthening prevention, improving quality of life, and reducing medication consumption. Based on the biopsychosocial model, they encompass a variety of actions that require active patient participation and interprofessional coordination. Their integration into recent public policies illustrates a desire to promote more integrative and personalized healthcare. However, their growth must be accompanied by ethical and scientific safeguards to avoid abuses. NMSs are thus establishing themselves as essential levers of preventive and sustainable medicine, capable of addressing today's major health and societal challenges.

MOTS-CLÉS. Alliance thérapeutique, Care, Médecine intégrative, Mieux-être, Protocole de soin.

KEYWORDS. Care protocol, Integrative medicine, Self-Care, Therapeutic alliance, Well-being,

1. Introduction

Au cours des deux dernières décennies, le système de santé français a été confronté à une transformation profonde. Le vieillissement démographique, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et la progression de la dépendance ont entraîné une pression croissante sur l'organisation des soins, les finances publiques et la qualité de vie des patients [BRU 13]. Dans ce contexte, les limites d'une approche essentiellement biomédicale, centrée sur la pharmacopée et les traitements curatifs, apparaissent de plus en plus évidentes au profit d'approches non-médicamenteuses.

Les médecines alternatives et complémentaires, les stratégies non-médicamenteuses ainsi que les interventions non-médicamenteuses connaissent donc aujourd'hui un essor considérable [NIN 24]. Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) regroupent un large éventail de pratiques thérapeutiques situées en dehors de la médecine conventionnelle, mais parfois utilisées en complément de celle-ci [ERN 02]. Parmi elles, on trouve l'acupuncture, la naturopathie, l'ayurveda ou la médecine traditionnelle chinoise. Les stratégies non-médicamenteuses reposent quant à elle sur un plan d'action global qui mobilise divers moyens non-médicamenteux pour répondre à un objectif de santé ou de qualité de vie, en incluant des approches comportementales, psychologiques, physiques, éducatives et sociales, majoritairement basées sur la modification des habitudes de vie. Enfin, les Interventions Non-

Médicamenteuses désignent des protocoles de soins fondés sur des données probantes et reconnues scientifiquement, prescrites sous contrôle médical et présentant une dominante corporelle, nutritionnelle ou psychosociale.

Leur déploiement s'inscrit dans une logique de prévention et d'empowerment du patient, visant à réduire la consommation médicamenteuse, limiter les hospitalisations évitables et améliorer la qualité de vie [NOG 22]. Cette dynamique s'inscrit également dans une transformation sociale plus large, marquée par une demande accrue des patients pour une médecine plus intégrative et personnalisée [BIL 15]. La crise sanitaire liée à la COVID-19 a encore renforcé cette tendance, en mettant en lumière la nécessité d'approches globales de santé publique, centrées non seulement sur le traitement des maladies mais aussi sur la prévention [MOR 20]. L'objectif de cet article est d'examiner l'essor des Stratégies Non-Médicamenteuses (SNM) en France à travers le prisme de la prévention et de leur intégration dans un système de santé en mutation afin de comprendre comment elles contribuent à réorienter le modèle de soins vers une approche plus durable, intégrative et centrée patient.

2. Un système de santé français en mutation

2.1. Évolution épidémiologique

La France connaît un vieillissement accéléré de sa population. En 2021, près de 20 % des Français avaient plus de 65 ans, une proportion qui devrait atteindre 26% en 2040 [INS 19]. Le vieillissement s'accompagne d'une complexification des besoins de soin, les personnes âgées présentant souvent plusieurs pathologies simultanées ou chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, affections respiratoires chroniques, cancers, troubles neuro-cognitifs). La prise en charge devient multidisciplinaire, continue et personnalisée, bien au-delà d'un épisode aigu isolé [RAC 22]. De plus, la fragilisation fonctionnelle (perte d'autonomie, chutes, déclin cognitif) requiert des interventions préventives, de réadaptation et d'accompagnement social quand en parallèle on observe une polymédication conduisant à une iatrogénie, résultant de la multiplicité des prescriptions et augmentant le risque d'effets indésirables et d'hospitalisations évitables. Les analyses économiques et sanitaires le confirment. L'augmentation du nombre de personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques, qui sont des prises en charge longues et répétées [INS 20][CAP 13], explique une part importante de l'augmentation globale des remboursements et de la pression financière sur l'assurance maladie. Ces remboursements représentent aujourd'hui plus de 60 % des dépenses de l'Assurance Maladie [HAU 11][RAC 22].

2.2. Transition biomédicamenteuse

Cette évolution modifie en profondeur le rôle du système de santé et explique pourquoi un modèle centré sur la prise en charge aiguë hospitalière — performant pour les urgences et les interventions ponctuelles — est moins adapté à une population dont les besoins sont chroniques, coordonnés dans le temps et souvent situés hors de l'hôpital [OEC 23]. D'un modèle historiquement centré sur l'hôpital et le traitement curatif, il s'oriente aujourd'hui vers un modèle intégrant davantage la prévention, la coordination des parcours et la continuité des soins, le suivi en ambulatoire et le soutien aux services et au maintien à domicile [ORG 06]. Pour cause, la prise en charge curative par traitements médicamenteux présente notamment des limites. La polymédication, définie comme l'utilisation concomitante de cinq médicaments ou plus, est très fréquente chez les personnes âgées atteintes de pathologies chroniques. Elle expose à des risques accrus d'interactions et de iatrogénie médicamenteuse [MAH 14] conduisant à des effets indésirables. Ils sont aujourd'hui reconnus comme une cause majeure d'hospitalisations évitables comme précédemment évoqué [GUT 15]. Une autre limite de ces traitements réside dans leur efficacité relative dans le cadre des pathologies complexes et multifactorielles. Les maladies chroniques comme la BPCO, l'insuffisance cardiaque ou les troubles cognitifs ne peuvent être réduites à un mécanisme biologique isolé. Leur évolution est influencée par des facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux, ce qui rend les traitements médicamenteux seuls insuffisants [BER 10][TIN 12].

Par ailleurs, la méfiance sociale croissante à l'égard des médicaments s'est renforcée à la suite de scandales sanitaires (*Médiator*, *Dépakine*) et de controverses sur la balance bénéfices-risques de certaines molécules. Cette défiance, documentée par plusieurs enquêtes sociologiques, traduit une perte de confiance envers l'industrie pharmaceutique et le système de régulation. Ce phénomène incite les patients à rechercher des alternatives non-médicamenteuses ou des médecines dites complémentaires [AND14][KLE 23] en faveur de soins plus globalisés et personnalisés [ENG 80][BOR 24]. Enfin, les études attestent d'une volonté d'autonomie de la part des patients dans la gestion de leur santé, ce qui alimente l'intérêt pour des prises en charge non-pharmacologiques centrées sur la prévention et la qualité de vie.

2.3. Engagement des politiques publiques

Face au vieillissement démographique, à la hausse des maladies chroniques et aux limites d'un modèle centré sur l'hôpital et le curatif, les politiques publiques françaises ont progressivement réorienté le système de santé vers une logique de prévention et d'intégration des Interventions Non-Médicamenteuses (INM). Un jalon important a été posé par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2011, lorsqu'elle a proposé le concept d'INM pour désigner des pratiques de prévention et de soins reposant sur des preuves scientifiques [HAS 11]. Cette définition visait à distinguer les approches validées (activité physique adaptée, éducation thérapeutique, psychothérapies, etc.) des médecines dites « alternatives » peu ou pas évaluées. À travers ce cadrage, la HAS a introduit une exigence de rigueur méthodologique et une perspective d'intégration progressive de ces pratiques dans les parcours de soins. Ces orientations se sont traduites par des expérimentations et des recommandations dans plusieurs champs cliniques. En cancérologie, par exemple, l'activité physique adaptée et la sophrologie sont désormais reconnues pour améliorer la qualité de vie et réduire certains effets secondaires des traitements [BER 08]. En gériatrie, les approches de stimulation cognitive, d'adaptation du logement et d'accompagnement psychosocial visent à prévenir la perte d'autonomie [FER 91]. En santé mentale, les psychothérapies cognitivo-comportementales ou la méditation de pleine conscience s'intègrent de plus en plus dans les recommandations cliniques [COU 17]. La réforme « Ma Santé 2022 » [MIN 18] a marqué un tournant en plaçant explicitement la prévention et la coordination des parcours au cœur de la stratégie nationale. Ce plan promeut une organisation territoriale des soins à travers les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), encourage la télémédecine et soutient l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Dans ce cadre, le lancement de la plateforme « Mon espace santé » a constitué une étape supplémentaire en offrant aux citoyens un outil numérique favorisant le suivi, la continuité et la personnalisation des parcours [OEC 23]. Ces initiatives témoignent de la volonté des pouvoirs publics de dépasser le modèle hospitalo-centré au profit d'une approche intégrée, continue et participative de la santé.

2.4. Transformation de la relation soignant-soigné

Parallèlement aux réformes structurelles, un autre changement majeur s'observe : la transformation de la relation entre soignants et soignés. Historiquement, la médecine occidentale s'est construite sur un modèle paternaliste, où le médecin, détenteur du savoir, prescrivait et le patient obéissait [ROS 07]. Ce modèle correspondait à une organisation hospitalo-centrée et centrée sur le diagnostic et le traitement curatif. Or, la montée en puissance des maladies chroniques, la diversification des sources d'information (internet, associations de patients, etc.) et la demande sociale d'autonomie ont progressivement remis en question cette posture verticale [LEV 13]. Désormais, la relation tend à devenir plus partenariale, fondée sur le partage d'informations, la négociation des choix thérapeutiques et l'implication active du patient dans ses décisions de santé [VIN 98].

Ce changement s'inscrit dans le modèle biopsychosocial proposé par le psychiatre américain George Libman Engel qui met en évidence l'interaction des dimensions biologiques, psychologiques et sociales [GEO 77]. Contrairement au paradigme strictement biomédical, il valorise l'écoute des expériences subjectives et l'intégration de l'environnement de vie dans la prise en charge. La diffusion de ce modèle a ouvert la voie à une médecine plus centrée sur la personne, où l'alliance thérapeutique repose sur la co-construction. Les Interventions Non-Médicamenteuses, par leur nature même, reposent

sur la participation du patient : l'efficacité d'un programme d'activité physique, d'éducation thérapeutique ou de modification de l'environnement dépend largement de l'engagement actif de la personne concernée [NIN 24].

La transformation de la relation soignant-soigné se manifeste particulièrement à travers le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'ETP vise à permettre aux patients de mieux comprendre leur maladie, d'acquérir des compétences d'autogestion et de renforcer leur autonomie décisionnelle [CAR 05]. Elle incarne l'idée que le patient n'est pas un objet de soins, mais un acteur de santé capable de participer à la gestion de sa pathologie. Les politiques publiques françaises ont reconnu ce rôle en intégrant l'ETP dans la réglementation [LOI 09] puis en faisant un axe prioritaire des réformes récentes [MIN 18]. Les INM, telles que l'activité physique adaptée, les ateliers de nutrition ou la méditation, trouvent leur pertinence dans ce contexte puisqu'elles mobilisent directement le patient dans l'acquisition de nouvelles habitudes de vie. Cette logique rejoint la notion de prévention participative [SET 00], où la promotion de la santé implique un partenariat actif entre institutions, professionnels et patients. Elle suppose de dépasser une prévention prescriptive (« il faut faire du sport », « il faut arrêter de fumer ») pour privilégier une co-construction des objectifs et des solutions, adaptée aux contextes de vie et aux ressources des individus.

Cette transformation de la relation entraîne aussi des conséquences sur l'identité et les pratiques des soignants. Le médecin, autrefois figure centrale, devient un coordinateur au sein d'un collectif de soins multidisciplinaire (médecins généralistes, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, éducateurs en santé). Cette évolution exige des compétences nouvelles : écoute active, pédagogie, accompagnement motivationnel, travail en réseau [JAB 08]. Toutefois, ce changement n'est pas exempt de tensions. D'une part, certains professionnels peinent à abandonner une posture d'autorité médicale. D'autre part, tous les patients ne souhaitent pas ou ne sont pas en mesure de s'impliquer activement dans leur prise en charge, en raison d'inégalités sociales, de vulnérabilités cognitives ou de préférences culturelles [LAZ 07]. Cela pose la question de l'équilibre entre autonomie et protection, et de la nécessité d'adapter les démarches à la diversité des situations.

3. Stratégies non-médicamenteuses

La dynamique induite par les politiques de prévention et l'essor d'une prise en charge nouvelle donnent une place inédite aux Stratégies Non-Médicamenteuses, qu'elles soient d'ordre comportementales, corporelles ou environnementales. Elles tendent ainsi à devenir vecteurs de changement en mobilisant le patient dans la gestion de sa santé, traduisant une volonté d'agir en faveur d'un système de santé plus durable, intégratif et participatif. En somme, un système de santé plus adapté à l'évolution des besoins des patients.

3.1. Typologies de stratégies

3.1.1. Actions comportementales et cognitives

Une part importante des SNM repose sur la modification des comportements à risque et le renforcement des habitudes favorables à la santé. Ces actions se fondent sur des modèles psychologiques tels que le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente qui décrit les étapes par lesquelles un individu évolue vers l'adoption de comportements plus sains [CSI 12]. Les campagnes de prévention du tabagisme, de promotion de l'activité physique ou d'amélioration des habitudes alimentaires constituent des exemples emblématiques d'actions comportementales à large échelle. Elles ont démontré leur efficacité pour réduire la mortalité liées aux maladies chroniques [GIB 15]. Ces stratégies incluent également des approches cognitives, visant à modifier la perception que les individus ont de leur santé, de leur corps ou de leur environnement. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient, par exemple, permettent d'améliorer l'autonomie des malades chroniques en les aidant à mieux comprendre et gérer leur maladie [JAB 08].

3.1.2. Approches psychocorporelles

Les approches psychocorporelles, telles que la méditation de pleine conscience, l'hypnothérapie, le yoga ou le tai-chi, connaissent un essor considérable dans le champ de la santé. Elles visent à renforcer la connexion entre le corps et l'esprit et à mobiliser les ressources internes de l'individu pour améliorer son bien-être global [BER 08]. La méditation de pleine conscience, par exemple, a montré son efficacité dans la gestion du stress, des troubles anxieux et de la douleur chronique. Plusieurs études randomisées contrôlées ont confirmé son rôle dans la réduction de l'anxiété et de la dépression, notamment en cancérologie et en soins palliatifs [COU 17][BER 08]. L'hypnose médicale est également de plus en plus intégrée dans les hôpitaux, notamment pour la gestion de la douleur ou la préparation aux interventions chirurgicales. Elle constitue un exemple d'intégration réussie d'une pratique longtemps considérée comme marginale dans le cadre conventionnel [LAZ 07].

3.1.3. Stratégies environnementales

Les stratégies environnementales s'appuient quant à elles sur l'adaptation de l'espace de vie ou de soin afin d'améliorer le bien-être, la sécurité et l'autonomie des personnes. Elles sont particulièrement développées dans le champ de la gériatrie et des troubles cognitifs [GUE 25]. La Reality Orientation Therapy (ROT), par exemple, utilise des repères visuels et temporels (horloges, calendriers, signalétique) pour améliorer l'orientation et réduire l'anxiété des personnes atteintes de démence [FER 91]. De même, la modification de l'éclairage, des couleurs et de l'ergonomie du mobilier peut réduire les risques de chute et améliorer la perception de l'espace chez les personnes âgées [GUE 25] en s'appuyant sur l'évaluation du domicile et l'analyse des risques liés à l'aménagement, proposant ainsi des plans d'actions personnalisés.

3.1.4. Dispositifs corporels et technologiques

Les SNM incluent également l'usage de dispositifs corporels tels que les prothèses, orthèses et exosquelettes robotiques. Ces technologies permettent de restaurer des fonctions altérées, prévenir les complications liées à l'immobilité et favoriser l'autonomie [DAL 22]. Les prothèses ne répondent pas uniquement à une fonction biomédicale : elles participent aussi à la reconstruction identitaire et à la réintégration sociale des patients [DAL 22]. Les orthèses, quant à elles, jouent un rôle essentiel dans la rééducation fonctionnelle et la prévention des complications musculo-squelettiques. Les exosquelettes, encore expérimentaux dans de nombreux contextes, ouvrent la voie à de nouvelles formes de réhabilitation, en permettant à des patients atteints de lésions médullaires de retrouver une mobilité partielle, réduisant ainsi les complications liées à l'immobilité prolongée [DAL 22].

3.2. Les SNM au service de la prévention

Les stratégies non-médicamenteuses (SNM) ne doivent pas être considérées uniquement comme des outils palliatifs ou de soutien complémentaire aux traitements pharmacologiques. Elles représentent, au contraire, des leviers puissants pour agir en amont de la maladie, éviter son aggravation et limiter ses complications. Dans ce sens, elles s'inscrivent pleinement dans la définition de la prévention, entendue comme « l'ensemble des actions visant à éviter l'apparition, l'aggravation ou la récidive des maladies » [SET 00]. En adoptant une approche systémique, les SNM participent à la réorganisation des soins autour d'une logique de prévention durable. Cette orientation correspond aux grandes priorités définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et reprises dans les stratégies françaises, qui insistent sur la nécessité de réduire la dépendance aux soins hospitaliers et médicamenteux en renforçant les actions de prévention tout au long de la vie [ORG 06][MIN 18]. Au-delà de trois niveaux majeurs de prévention, les SNM répondent à une logique de prévention orientée vers l'allègement du système de santé. En intégrant la prévention à tous les niveaux, elles participent à la construction d'un système plus résilient, centré sur la personne et soutenable sur le long terme.

3.2.1. Prévention primaire : agir en amont de la maladie

La prévention primaire vise à éviter l'apparition des maladies en agissant sur leurs causes et leurs facteurs de risque. Dans ce champ, les SNM occupent une place essentielle en intervenant sur les comportements de santé et les environnements de vie. Les campagnes de prévention centrées sur l'activité physique, la nutrition, la lutte contre le tabagisme ou la consommation d'alcool reposent en grande partie sur des stratégies non-médicamenteuses. Des programmes communautaires tels que « Manger bouger » en France s'appuient directement sur des SNM pour prévenir l'apparition de maladies liées au mode de vie. Les SNM permettent également de cibler les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Par exemple, l'adaptation de l'environnement urbain (espaces verts, pistes cyclables) favorise l'activité physique et diminue la sédentarité, facteur reconnu de surmortalité [SAL 16]. De même, les actions visant à renforcer les liens sociaux et à lutter contre l'isolement constituent des approches non-médicamenteuses qui contribuent à réduire les risques de dépression, de déclin cognitif et de mortalité prématuée [COH 09]. Un aspect fondamental de la prévention primaire via les SNM réside dans le renforcement des capacités d'agir des individus. L'empowerment, entendu comme le processus par lequel une personne développe les compétences, la confiance et les ressources nécessaires pour prendre en charge sa santé, est au cœur de l'efficacité préventive [CAR 05]. Les programmes d'éducation thérapeutique, mais aussi les initiatives de santé communautaire, contribuent à responsabiliser les patients et à inscrire la prévention dans la vie quotidienne.

3.2.2. Prévention secondaire : dépister et agir précocement

La prévention secondaire consiste à détecter la maladie à un stade précoce afin de retarder son évolution et d'éviter les complications. Les SNM y contribuent par des solutions de dépistage, de suivi et d'aménagement de l'environnement de vie. Elles s'appuient sur des outils de dépistage adaptés, comme les questionnaires de fragilité en gériatrie ou les programmes de détection précoce du diabète. Ces démarches permettent d'identifier les personnes à risque et de mettre en place rapidement des mesures préventives. Par exemple, le programme ICOPE (Integrated Care for Older People) de l'OMS [WHO 17][WHO 24] propose un dépistage des capacités intrinsèques (mobilité, cognition, nutrition, vision, audition, humeur) pour prévenir la perte d'autonomie. L'adaptation du logement constitue une SNM emblématique de la prévention secondaire. Les chutes représentent en effet l'une des principales causes d'hospitalisation et de perte d'autonomie chez les personnes âgées. Des études ont montré que les actions visant à réduire les obstacles domestiques (barres d'appui, éclairage, ergonomie des espaces) réduisent significativement le risque de chute et de réadmission hospitalière [GIL 12]. Ils permettent d'éviter les complications (fractures, commotion cérébrales, etc.) et de retarder le recours à des traitements plus lourds ou des hospitalisations [NOR 02].

3.2.3. Prévention tertiaire : limiter les complications et préserver l'autonomie

La prévention tertiaire s'applique aux patients déjà atteints d'une maladie afin d'éviter les rechutes, les agravations et la perte d'autonomie. Les SNM, couplées aux INM, jouent ici un rôle clé dans le maintien de la qualité de vie et la réduction des coûts de santé. La kinésithérapie, l'ergothérapie, la psychomotricité ou encore la rééducation cognitive sont autant d'interventions non-médicamenteuses qui visent à maintenir ou à restaurer les capacités fonctionnelles. Chez les patients post-AVC, la rééducation motrice et cognitive diminue le risque de dépendance à long terme [LAN 11]. Les interventions psychocorporelles (relaxation, méditation de pleine conscience, thérapies de groupe) réduisent le risque de rechute dépressive et améliorent la qualité de vie dans les maladies chroniques [HOF 10]. Le soutien social et communautaire, par le biais de réseaux d'entraide, constitue également une SNM efficace pour prévenir l'isolement et ses conséquences délétères [CAR 05]. L'adaptation du cadre de vie et l'usage de technologies (domotique, télésurveillance, objets connectés) participent à la prévention tertiaire en permettant un suivi continu, en détectant précocement les complications et en favorisant le maintien à domicile [DAL 22]. Ces dispositifs réduisent les hospitalisations répétées et soutiennent l'autonomie des personnes dépendantes.

3.3. Enjeux scientifiques, réglementaires et sociaux

3.3.1. Validation scientifique et certification

Le développement des stratégies non-médicamenteuses dans le système de santé français s'accompagne de nombreux enjeux. Si elles offrent un potentiel considérable en matière de prévention et d'amélioration de la qualité de vie, leur intégration soulève des questions de validation scientifique, de cadre réglementaire, d'éthique et d'évaluation économique. L'un des principaux défis des SNM réside dans leur validation scientifique. Contrairement aux médicaments, qui font l'objet d'essais cliniques rigoureux avant d'obtenir une autorisation de mise sur le marché, de nombreuses SNM reposent sur des données empiriques ou sur l'expérience clinique des praticiens. Or, l'evidence-based medicine (EBM) impose des standards élevés en matière de preuve, notamment via des essais randomisés contrôlés [NIN 24]. Certaines pratiques, notamment issues des médecines alternatives, peinent à s'inscrire dans ce cadre méthodologique en raison de leur complexité, de la variabilité interindividuelle et de la difficulté à isoler les mécanismes biologiques sous-jacents [SUI 20]. La nécessité de renforcer les recherches cliniques, de développer des indicateurs adaptés et de mettre en place des registres nationaux apparaît donc comme une condition essentielle à leur intégration durable dans le système de santé [NOG 22].

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) a proposé l'usage du terme « interventions non-médicamenteuses » (INM) pour désigner des pratiques de prévention et de soin fondées sur des preuves [HAU 11]. Depuis, plusieurs initiatives institutionnelles visent à structurer et encadrer ce champ. La création de la Non-Pharmacological Interventions Society (NPIS) a permis d'œuvrer à la standardisation des protocoles et à la définition des critères de scientificité [NIN 24]. Cependant, le périmètre reste flou pour le grand public et même pour certains professionnels, qui incluent parfois dans les SNM des disciplines paramédicales (kinésithérapie, ergothérapie) ou des pratiques de santé publique (hospitalisation, arrêt maladie) relavant des INM. Cette ambiguïté souligne la nécessité de clarifier les définitions et d'instaurer des dispositifs de certification et d'évaluation qualité.

3.3.2. Risques de dérives et nécessité d'un cadre éthique

L'essor des SNM s'accompagne également de risques de dérives, en particulier lorsque des pratiques non validées scientifiquement sont promues comme alternatives aux traitements conventionnels. L'absence de cadre réglementaire uniforme et la grande hétérogénéité des pratiques créent un terreau propice à des dérives, particulièrement dans le champ des médecines alternatives et complémentaires (MAC). Certaines pratiques non validées scientifiquement sont parfois présentées comme des alternatives aux traitements conventionnels, ce qui peut mettre en danger la santé des patients. Par exemple, l'abandon de traitements éprouvés contre le cancer au profit de thérapies non prouvées (régimes extrêmes, cures énergétiques) peut entraîner une perte de chance vitale [HOR 12]. L'attrait pour ces pratiques s'appuie souvent sur un discours de méfiance vis-à-vis de la médecine conventionnelle et sur la promesse d'une approche « naturelle » ou « holistique », mais il peut aussi cacher des logiques mercantiles, voire sectaires [ERN 02]. En France, la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires a régulièrement alerté sur le risque de manipulation dans le domaine de la santé, en particulier autour des « pseudo-thérapies » présentées comme alternatives aux soins classiques. Le marché de la santé intégrative attire en effet des acteurs dont les motivations ne relèvent pas toujours du soin, mais parfois de l'exploitation économique ou idéologique de la vulnérabilité des malades [ROS 07].

Un autre défi réside dans la difficulté à objectiver certains paradigmes qui sous-tendent les médecines alternatives. Par exemple, les concepts de flux énergétiques ou de forces vitales échappent aux outils classiques de validation scientifique, rendant leur évaluation complexe et alimentant les controverses [BOD 02]. Or, sans méthodologie rigoureuse, il devient difficile de distinguer les actions réellement efficaces de celles qui relèvent du placebo ou de l'effet contextuel. Cette situation crée une zone grise, où la frontière entre innovation légitime et pratique potentiellement dangereuse devient

floue. Les patients peuvent alors être exposés à des actions inefficaces, coûteuses, voire nocives s'il y a retard de diagnostic ou de traitement. Face à ces risques, il apparaît crucial d'instaurer un cadre éthique clair, fondé sur trois piliers [IOA 16][CHA 14] :

– La preuve scientifique : toute action doit être évaluée par des protocoles rigoureux, avec des publications transparentes et reproductibles.

– La transparence : les résultats, qu'ils soient positifs ou négatifs, doivent être rendus accessibles afin d'éviter les biais de publication qui favorisent indûment certaines pratiques.

– La traçabilité : les actions proposées aux patients doivent être documentées et suivies afin de garantir leur sécurité et de permettre une évaluation continue.

Cette exigence ne doit pas reposer uniquement sur les chercheurs ou les cliniciens. Une réflexion pluridisciplinaire, associant professionnels de santé, chercheurs en sciences humaines et sociales, juristes, associations de patients et autorités publiques, est indispensable pour assurer la légitimité des SNM et protéger les individus des dérives sectaires ou mercantiles associées à certaines médecines dites alternatives et complémentaires [DIO 08].

3.3.3. *Impact économique et acceptabilité sociale*

Les stratégies non-médicamenteuses ne sont pas seulement bénéfiques sur le plan clinique ; elles présentent aussi un fort potentiel économique et organisationnel pour les systèmes de santé contemporains. En favorisant la prévention, en réduisant le recours aux hospitalisations et en limitant la polymédication, elles contribuent à alléger la charge financière qui pèse sur l'Assurance Maladie et sur l'ensemble des dispositifs publics de protection sociale. Chez les personnes âgées, l'adaptation du logement constitue un exemple concret. Les chutes sont une cause majeure d'hospitalisation et de perte d'autonomie. Gillespie *et al.* montrent que les actions d'aménagement (barres d'appui, éclairage, suppression des obstacles) réduisent significativement le risque de chutes et donc les coûts liés aux séjours hospitaliers, aux interventions chirurgicales et à l'entrée en institution [GIL 12]. Cette dynamique rejoint la logique de la silver économie, qui valorise les innovations et les services destinés à accompagner le vieillissement et à prévenir la perte d'autonomie. Les SNM s'y intègrent pleinement, en combinant objectifs sanitaires et retombées économiques positives.

Cependant, le déploiement des SNM ne dépend pas uniquement de leur efficacité clinique et économique : il repose aussi sur leur acceptabilité sociale et professionnelle. Si de plus en plus de patients expriment un intérêt pour des soins intégratifs associant traitements conventionnels et approches complémentaires, certains praticiens restent réticents. Cette réticence s'explique par le manque de formation, la crainte de l'inefficacité scientifique ou encore la perception que certaines pratiques relèvent de la médecine alternative plutôt que du soin validé [LAZ 07]. La confiance des patients dans les SNM repose en grande partie sur la qualité de la relation soignant-soigné et sur la perception d'une légitimité scientifique. Pour cette raison, un effort de pédagogie et d'éducation à la santé est nécessaire, tant auprès du public que des professionnels [CAR 05]. Les campagnes d'information, les formations universitaires et l'intégration progressive des SNM dans les recommandations officielles constituent des leviers essentiels pour favoriser leur appropriation.

4. Vers une médecine intégrative et préventive

4.1. Complémentarité avec la médecine conventionnelle

L'essor des stratégies non-médicamenteuses s'inscrit donc dans la transformation vers une médecine intégrative, personnalisée et préventive où les approches fondées sur les preuves s'articulent avec les thérapeutiques conventionnelles pour améliorer les résultats cliniques, l'expérience patient et l'efficience des soins [BIL 15][ENG 77]. L'objectif n'est pas de substituer les SNM aux traitements médicamenteux ou procéduraux, mais de les combiner de façon raisonnée selon l'état des connaissances, les préférences des patients et le contexte clinique. Cette complémentarité répond à une

demande croissante de prise en charge globale, tenant compte des dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la santé [ENG 77]. L’articulation entre SNM et soins conventionnels débute par le repérage des besoins (fatigue, douleur, anxiété, déconditionnement) du patient à l’aide d’outils validés, pour être par la suite orienté vers des programmes standardisés. Ces protocoles interprofessionnels, entre oncologue, généraliste, infirmière, kinésithérapeute, psychologue, etc., permettent ainsi d’établir des objectifs mesurables comme par exemple l’amélioration de 2 points sur l’échelle de fatigue ou 150 min d’activité modérée/semaine. Mais la réussite de ces protocoles repose avant tout sur la formation et l’acculturation des équipes à l’« intégrative care » pour permettre leur traçabilité et leur évaluation (inscription dans le dossier, mesure d’issues patient-centrées (PROMs), ajustement périodique).

De plus, pour préserver la complémentarité, sans confusion avec des pratiques non validées, il s’agit d’observer trois garde-fous majeurs. Le premier principe consiste à fonder l’intégration des SNM sur des preuves scientifiques robustes. Cela suppose des essais contrôlés randomisés (ECR), afin d’établir l’efficacité et la sécurité de l’action ; des revues systématiques et méta-analyses, permettant de consolider les résultats et de limiter les biais individuels [IOA 16] ; des lignes directrices internationales, telles que celles de la Society for Integrative Oncology [MAO 22], qui formulent des recommandations précises sur l’usage des SNM en complément des traitements conventionnels. Ce fondement probatoire permet de distinguer les SNM à intégrer dans les parcours de soins de celles qui relèvent encore d’une évaluation expérimentale ou d’un manque de preuves. Le deuxième garde-fou repose sur la compétence et la régulation des intervenants. La qualité et la sécurité des SNM dépendent fortement de la qualification des praticiens, avec une formation initiale et continue validée par des organismes reconnus ; de l’inscription dans un cadre légal ou institutionnel, qui définit les conditions d’exercice et les responsabilités ; de la supervision médicale lorsque l’action concerne des patients fragiles (oncologie, gériatrie, psychiatrie), afin de prévenir tout retard de diagnostic ou toute interaction indésirable avec les traitements conventionnels. Cette exigence protège les patients contre les risques de dérives sectaires ou commerciales [ERN 02] et valorise le professionnalisme des acteurs du champ des SNM. Le troisième garde-fou est la mise en place d’une information loyale, claire et équilibrée, condition indispensable au respect de l’autonomie du patient. L’information doit présenter les bénéfices attendus, les limites des connaissances actuelles et les éventuels risques ou contraintes liés à l’intervention. Cette transparence s’inscrit dans la logique de la décision partagée, où le patient est acteur de son parcours de soins et participe, avec son soignant, au choix des actions les plus adaptées à sa situation [ENG 77]. La décision partagée est particulièrement importante dans le domaine des SNM, car leur efficacité dépend souvent de l’adhésion, de la motivation et de l’implication active du patient. De plus, une information loyale contribue à éviter la confusion entre SNM validées et pratiques non fondées scientifiquement, en réaffirmant les repères de la médecine basée sur les preuves [MAO 22].

4.2. Le modèle biopsychosocial et la médecine personnalisée

Le développement des stratégies non-médicamenteuses s’inscrit pleinement dans le cadre du modèle biopsychosocial, proposé par Engel comme alternative au paradigme biomédical dominant [ENG 77]. Selon ce modèle, la santé et la maladie ne sont pas uniquement déterminées par des facteurs biologiques, mais résultent d’interactions complexes entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales [BER 10]. Ainsi, une approche strictement biomédicale ne saurait rendre compte de la complexité des pathologies chroniques ou des situations de fragilité. Les SNM, comme modèle favorisant une prise en charge centrée sur la personne, considère le patient dans sa singularité, ses ressources propres et son environnement de vie. Ce type d’approche nécessite la participation active du patient, en cohérence avec la logique d’« empowerment », qui constitue l’un des socles de l’efficacité des SNM [CAR 05]. La médecine personnalisée, soutenue par les progrès en génomique, bio-informatique et intelligence artificielle, vise à adapter les traitements aux caractéristiques biologiques et génétiques de chaque individu [PIC 14]. Cette médecine de précision tend à transformer la prévention et le traitement, en permettant une identification fine des risques et une adaptation des actions

thérapeutiques. Les SNM et la médecine personnalisée apparaissent complémentaires : là où la médecine personnalisée individualise les traitements pharmacologiques et les protocoles médicaux, les SNM adaptent les parcours de soins en tenant compte du mode de vie, du contexte social et psychologique du patient. Ensemble, elles contribuent à un modèle de soins intégratif, où la personnalisation ne repose pas seulement sur des données biologiques, mais aussi sur la compréhension des réalités vécues par chaque individu. Toutefois, cette convergence soulève plusieurs enjeux, à nouveaux éthiques, car la médecine personnalisée repose sur l'exploitation de données massives (big data, données génétiques, historiques médicaux), qui posent des questions de confidentialité, de consentement éclairé et de protection de la vie privée [DIO 08]. Les enjeux sont également d'ordre économiques, car les technologies associées (séquençage, biobanques, plateformes numériques) sont coûteuses et risquent d'accentuer les inégalités d'accès aux soins si elles ne sont pas intégrées dans une logique de solidarité. Enfin, les enjeux sociétaux demeurent majeurs car la mise en avant de la génétique et des données biologiques pourrait marginaliser l'importance des déterminants sociaux et environnementaux de la santé, pourtant centraux dans l'efficacité des SNM [BOR 04]. L'enjeu consiste donc à articuler médecine personnalisée et modèle biopsychosocial, en évitant que l'une supplante l'autre. Les SNM jouent ici un rôle de médiation, en rappelant que la personnalisation des soins ne peut se réduire à une lecture génétique du patient, mais doit inclure sa subjectivité, son environnement et ses ressources sociales. Dans ce cadre, elles deviennent un vecteur de mise en pratique du paradigme intégratif, en conjuguant technologies de pointe et accompagnement centré sur la personne.

4.3. Intégration dans les parcours de soins

L'intégration des stratégies non-médicamenteuses dans les parcours de soins représente un enjeu central pour transformer le système de santé français, encore largement structuré autour d'une logique hospitalo-centrée et curative. Cette évolution suppose une coordination accrue entre les différents acteurs du champ sanitaire, social et médico-social : médecins, paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux, associations de patients, collectivités locales et structures de proximité [VIN 98]. Les SNM, par leur nature transversale et pluridimensionnelle, nécessitent de dépasser les cloisonnements institutionnels afin d'être intégrées efficacement dans les parcours des patients. Historiquement, l'organisation des soins en France repose sur une logique d'actes médicaux centrés sur la pathologie. Cela implique d'inclure la prévention, l'éducation thérapeutique et les interventions psychocorporelles dès la prise en charge initiale, et non comme des ajouts périphériques. Plusieurs initiatives témoignent déjà du potentiel de cette intégration :

- Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), qui regroupent médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens et parfois psychologues, favorisent la mise en place de programmes collectifs de prévention (nutrition, activité physique, sevrage tabagique) en complément de la médecine conventionnelle.
- Les plateformes de coordination gérontologique, souvent rattachées aux services départementaux ou aux hôpitaux locaux, facilitent l'adaptation du logement, le maintien à domicile et la prévention des chutes, mobilisant ainsi des SNM de manière coordonnée.
- Les réseaux de santé thématiques (oncologie, diabète, insuffisance cardiaque) expérimentent l'intégration d'interventions validées comme l'activité physique adaptée ou la sophrologie, en lien avec l'éducation thérapeutique du patient.

L'intégration des SNM dépasse le champ strictement médical, elle engage également les collectivités locales, qui peuvent mettre en place des politiques de prévention populationnelle (parcours santé en ville, aménagements urbains favorisant l'activité physique, dispositifs de lutte contre l'isolement social). Le secteur associatif, souvent pionnier dans la mise en œuvre de programmes d'accompagnement, joue aussi un rôle clé dans la diffusion et l'accessibilité des SNM, en particulier pour des publics éloignés du système de soins traditionnel [SET 00]. Pour être pleinement intégrées dans les parcours de soins, les SNM doivent répondre à plusieurs conditions [HAS 11][LAZ 07] :

- Reconnaissance institutionnelle via leur inscription dans les recommandations officielles.
- Financement adapté, permettant de rémunérer les professionnels impliqués au-delà du seul paiement à l'acte.
- Formation des soignants, afin de réduire les réticences et de garantir la qualité des actions.
- Évaluation continue, avec des indicateurs cliniques et de qualité de vie, pour démontrer l'impact des SNM sur la santé et l'efficience du système.

L'intégration des SNM illustre la nécessité de développer une médecine collaborative et interdisciplinaire. Elle redéfinit le rôle du soignant, qui devient non plus seulement prescripteur, mais coordinateur et accompagnateur de parcours, en lien étroit avec le patient et son environnement. Cette dynamique rejoue la logique de la médecine intégrative et celle des politiques de santé publique visant à décloisonner soins, prévention et accompagnement social.

4.4. Perspectives : santé intégrative, One Health et approche du care

Enfin, les stratégies non-médicamenteuses s'inscrivent dans une dynamique plus large de santé intégrative, où la prévention, le soin et l'accompagnement ne sont plus envisagés comme des sphères distinctes mais comme des dimensions interconnectées d'un même processus de santé. Cette évolution traduit une transition d'un modèle biomédical curatif vers une approche systémique et centrée sur la personne, intégrant également les déterminants sociaux et environnementaux. Trois perspectives structurantes viennent enrichir cette vision : la santé intégrative, le paradigme One Health, et les approches du care. La santé intégrative propose de combiner les pratiques médicales conventionnelles et les approches complémentaires validées scientifiquement, dans une logique centrée sur la personne et fondée sur les preuves [SAP 16]. Dans ce cadre, les SNM apparaissent comme un outil privilégié pour répondre aux besoins multidimensionnels des patients : réduction des symptômes, amélioration de la qualité de vie, empowerment et prévention durable. Cette approche ne vise pas à opposer médecine conventionnelle et stratégies non médicamenteuses, mais à favoriser leur articulation au service d'un continuum de soins [MAO 22]. Le concept de One Health met en évidence l'interdépendance entre la santé humaine, la santé animale et l'état des écosystèmes [MOR 20]. Initialement développé dans le champ des maladies infectieuses et des zoonoses, ce paradigme s'étend aujourd'hui aux problématiques de santé publique globale : pollution, changement climatique, alimentation durable, bien-être animal. Les SNM rejoignent cette perspective en soulignant l'importance de l'environnement social et physique dans la prévention : aménagement du logement, urbanisme favorable à l'activité physique, alimentation saine et locale. L'intégration des SNM dans une approche One Health permet ainsi de renforcer la résilience des systèmes de santé face aux crises sanitaires et environnementales. Enfin, les approches du care apportent une dimension éthique et relationnelle essentielle à la transformation des pratiques de soin. Issues des travaux de la philosophe et psychologue américaine Carol Gilligan et de la politologue américaine Joan Tronto, elles mettent l'accent sur l'attention portée aux autres, la responsabilité partagée et la reconnaissance des situations de vulnérabilité [GIL 82][TRO 93]. Appliquées aux SNM, elles conduisent à privilégier la relation soignant-soigné, la continuité de l'accompagnement et la prise en compte des besoins concrets du patient dans son environnement quotidien [DEL 22]. Dans cette perspective, la prévention ne se limite pas à l'évitement de la maladie mais s'élargit à la préservation de la dignité, de l'autonomie et du lien social. Articuler santé intégrative, One Health et care permet d'imaginer un système de santé où les SNM deviennent des leviers pour dépasser les frontières entre médecine, prévention et accompagnement social. Elles contribuent ainsi à une médecine durable, attentive aux individus et à leurs environnements, capable de relever les défis du vieillissement, des maladies chroniques et des crises globales (climatiques, sanitaires, sociales).

5. Conclusion

L'essor des stratégies non-médicamenteuses (SNM) traduit une évolution profonde du système de santé français, confronté au vieillissement de la population, à la prévalence croissante des maladies chroniques et aux limites d'un modèle exclusivement biomédical. Leur développement ouvre la voie à une médecine plus intégrative, où la prévention, l'accompagnement et le soin s'articulent autour de la singularité des individus et de leur environnement. En s'appuyant sur des preuves scientifiques, sur la compétence des professionnels et sur une information loyale et partagée, les SNM constituent non seulement un levier de qualité de vie pour les patients, mais aussi une réponse durable aux défis organisationnels et économiques des politiques de santé. Elles incarnent la mise en pratique du modèle biopsychosocial, trouvent leur place dans la médecine personnalisée, et s'intègrent progressivement dans les parcours de soins grâce aux initiatives territoriales et aux expérimentations institutionnelles. Au-delà de leur dimension clinique, les SNM invitent à repenser la santé comme un processus global, reliant les individus à leurs milieux de vie, aux autres et aux écosystèmes. Dans cette perspective, l'articulation avec les paradigmes de la santé intégrative, de One Health et du care esquisse une transformation plus large : celle d'un système de santé attentif aux vulnérabilités, soucieux de durabilité et ouvert à la co-construction avec les patients. Ainsi, les SNM ne constituent pas seulement une alternative ou un complément aux traitements médicamenteux, mais bien un moteur de transition vers une médecine plus humaine, préventive et responsable, capable de répondre aux grands enjeux sanitaires et sociétaux du XXI^e siècle.

Bibliographie

- [AND 14] ANDREANI J.-C., MOULINS J.-L., CONCHON F., FONS C., BOEUF B., « Une approche protéiforme de la confiance du consommateur. Le cas des médicaments », *Décisions Marketing*, vol. 3, p. 79-94, 2014
- [BER 08] BERGHMANS, C., STRUB, L., TARQUINIO, C., « Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesure et pistes de recherche », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, vol. 2, p. 62-71, 2008.
- [BER 10] BERQUIN, A., « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », *Revue Médicale Suisse*, p. 1511-1513, 2010.
- [BIL 15] BILLAUD, M., GUCHET, X., « L'invention de la médecine personnalisée, entre mutations technologiques et utopie », *Médecine Sciences*, vol. 31, n° 8-9, p. 797-803, 2015.
- [BOD 02] BODEKER, G., KRONENBERG, F., « A Public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 10, p. 1582–1591, 2002.
- [BOR 24] BORRELL-CARRIÓN, F., SUCHMAN, A. L., EPSTEIN, R. M., « The BioPsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry », *Annals of Family Medicine*, p. 576-582, 2024.
- [BRU 13] BRUNN, M., CHEVREUL, K., « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », *Santé Publique*, vol. 1, p. 87-94, 2013.
- [CAP 13] CAPOBIANCO, E., LIO, P., « Comorbidity: a Multidimensional Approach », *Trends in Molecular Medicine*, vol. 19, n° 9, p. 515-521, 2013.
- [CAR 05] CARON, J., GUAY, S., « Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens », *Santé mentale au Québec*, vol. 2, p. 15–41, 2005.
- [CHA 14] CHAN, A.W., SONG, F., VICKERS, A., JEFFERSON, T., DICKERSIN, K., GOTZSCHE, P. C., KRUMHOLZ H. M., GHERSI, D., VAN DER WORP, H.B., « Increasing Value and Reducing Waste: Addressing Inaccessible Research », *The Lancet*, vol. 383, n° 9913, p. 257–266, 2014.
- [COH 09] COHEN, S., JANICKI-DEVERTS, D., « Can We Improve Our Physical Health by Altering Our Social Networks? », *Perspectives on Psychological Science*, vol. 4, n° 4, p. 375–378, 2009.
- [COU 17] COUTAUX, A., « Traitements physiques de la douleur (TENS et acupuncture) », *Revue du Rhumatisme Monographies*, vol. 84, n° 1, p. 81-85, 2017.

[CSI 12] CSILLIK, A. S., PETOT, J.-M., « L'évaluation des stades de changement dans les addictions », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 77, n° 3, 331-341, 2012.

[DAL 22] DALIBERT, L., GOURINAT, V., GROUD, P.-F., « Soin des corps et des vécus des personnes amputées : la prothèse comme technologie de soin singulière », *Anthropologie & Santé*, 2022, [En ligne], consulté le 24 mai 2025. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/12029>

[DEL 22] DELEURY, L., *Prendre soin des lieux de soin*, Les trois colonnes, 2022.

[DIO 08] DION-LABRIE, M., FORTIN, M. C., HEBERT, M. J., DOUCET, H., « Réflexions éthiques sur la médecine personnalisée : l'alliance de la science et de la médecine enfin réalisée ? », *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 3, n° 2, p. 33-56, 2008.

[ENG 77] ENGEL, G. L., « The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine », *Science*, vol. 196, n° 4286, p. 129-136, 1977.

[ENG 80] ENGEL, G. L., « The Clinical Application of The Biopsychosocial Model », *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, n° 5, p. 535-544, 1980.

[ERN 02] ERNST, E., FUGH-BERMAN, A., « Complementary and Alternative Medicine: What Is It All About? », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 59, n° 2, p. 144-184, 2002.

[FER 91] FERRARIO, E., CAPPA, G., MOLASCHI, M., ROCCO, M., « Reality Orientation Therapy in Institutionalized Elderly Patients: Preliminary Results », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, suppl. 2, p. 139-142, 1991.

[GIB 15] GIBBS, B. B., HERGENROEDER, A. L., KATZMARZYK, P. T., LEE, I.-M., JAKICIC, J. M., « Definition, Measurement, and Health Risks Associated with Sedentary Behavior », *Medicine & Science in Sports & Exercise*, vol. 47, n° 6, p. 1295–1300, 2015.

[GIL 12] GILLESPIE, L. D., ROBERTSON, M. C., GILLESPIE, W. J., SHERRINGTON, C., GATES, S., CLEMSON, L. M., LAMB, S. E., « Interventions for Preventing Falls in Older People Living in the Community », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 9, CD007146, 2012.

[GIL 82] GILLIGAN, C., *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Harvard University Press, 1982.

[GUE 25] GUERRY, E., « Modèle interdisciplinaire de conception d'environnements adaptés : cas de l'usager âgé », *Technologie et innovation*, n°10, p. 1-14, 2025.

[GUT 15] GUTHRIE, B., MAKUBATE, B., HERNANDEZ-SANTIAGO, V., DREISCHULTE, T., « The Rising Tide of Polypharmacy And Drug–Drug Interactions: Population Database Analysis 1995–2010 », *BMC Medicine*, vol. 13, n° 74, 2025.

[HAU 11] HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation*, HAS, 2011.

[HOF 10] HOFMANN, S. G., SAWYER, A. T., WITT, A. A., OH, D., « The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 78, n° 2, p. 169-183, 2010.

[HOR 12] HORNEBER, M., BUESCHEL, G., DENNERT, G., LESS, D., RITTER, E., ZWAHLEN, M., « How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: a Systematic Review and Metaanalysis », *Integrative Cancer Therapies*, vol. 11, n° 3, p. 187–203, 2012.

[INS 19] INSEE, *Population active – Tableaux de l'économie française*, Institut national de la statistique et des études économiques, 2019.

[INS 20] INSEE, *Population par âge*, Institut National des Statistiques et des Études Économiques, 2020.

[IOA 16] IOANNIDIS, J. P. A., « Why Most Clinical Research Is Not Useful », *PLoS Medicine*, vol. 13, n° 6, e1002049, 2016.

[JAB 08] JABOT, F., CHAMBAUD, L., GERHART, C., BOURDAGES, J., BRUNELLE, Y., MORISSET, J., JOUBERT, P., « Prévention et promotion dans les systèmes de santé : analyses croisées et besoins de recherche », *Promotion & Education*, vol. 15, suppl. 1, p. 45-48, 2008.

[KLE 23] KLEIN, O. YZERBYT, V., « Chapitre 4. Vaccination et pensée sociale » dans O. KLEIN, V. YZERBYT (dir.), *Psychologie de la vaccination*, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2023.

[LAN 11] LANGHORNE, P., BERNHARDT, J., KWAKKEL, G., « Stroke Rehabilitation », *The Lancet*, vol. 377, n° 9778, p. 1693–1702, 2011.

[LAZ 07] LAZARUS, A., DELAHAYE, G., « Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 15, p. 79-94, 2007.

[LEV 13] LEVESQUE, J.F, HARRIS, M.F, RUSSELL, G., « Patient-Centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations », *Int J Equity Health*, n° 11, p. 12-18, 2013.

[LOI 09] LOI HPST, *Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, Nos. 2009-879, 2009.

[MAH 14] MAHER, R. L., HANLON, J., HAJJAR, E. R., « Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly », *Expert Opinion on Drug Safety*, vol. 13, n° 1, p. 57–65, 2014.

[MAO 22] MAO, J. J., ISMAILA, N., BAO, T., BARTON, D., ... BRUERA, E., « Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology–ASCO Guideline », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 40, n° 34, p. 3998–4024, 2022.

[MIN 18] MINISTÈRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Ma Santé 2022*, Paris, MSS, 2018.

[MOR 20] MORAND, S., GUEGAN, J.-F., LAURANS, Y., « De One Health à Ecohealth, cartographie du chantier inachevé de l'intégration des santé humaine, animale et environnementale », *IDDRI, Sciences Po*, n° 4, p. 220-224, 2020.

[NIN 24] NINOT, G., ABAD, S., MINET, M., NOGUES, M., « Définition du terme « intervention non médicamenteuse » (INM) », *Kinésithérapie, la Revue*, vol. 24, n° 270, p. 9-14, 2024.

[NOG 22] NOGUES, M., *Les enjeux économiques, sociaux et environnementaux du marché des Interventions non médicamenteuses (INM) en santé*, Ovadia Eds, 2022.

[NOR 02] NORRIS, S. L., LAU, J., SMITH, S. J., SCHMID, C. H., ENGELGAU, M. M., « Self-Management Education for Adults With Type 2 Diabetes: a Meta-Analysis of the Effect on Glycemic Control », *Diabetes Care*, vol. 25, n° 7, p. 1159–1171, 2022.

[OEC 23] OECD, *France: Country Health Profile 2023*, OECD Publishing, 2023.

[ORG 06] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vies*, Bureau régional de l'Europe, OMS, 2006.

[PIC 14] PICARD, R., « Médecine personnalisée : de quoi parle-t-on ? Une vision prospective », *Annales des Mines - Réalités industrielles*, p. 99-106, 2014.

[RAC 22] RACHAS, A., GASTALDI-MENAGER, C., DENIS, P., BARTHELEMY, P., CONSTANTINOU, P., DROUIN, J., ... FAGOT-CAMPAGNA, A., « The Economic Burden of Disease in France From the National Health Insurance Perspective: the Healthcare Expenditures and Conditions Mapping Used to Prepare the French Social Security Funding Act and the Public Health Act », *Med Care*, vol. 60, n° 9, p. 655–664, 2022.

[ROS 07] ROSMAN, S., « Sylvie Fainzang, La Relation médecins/malades : information et mensonge », *L'Homme*, vol. 184, p. 246-248, 2007.

[SAL 16] SALLIS, J.F., CERIN, E., CONWAY, T.L., ADAMS, M.A., FRANK L.D., ... OWEN, N., « Physical Activity in Relation to Urban Environments in 14 Cities Worldwide: A Cross-Sectional Study », *The Lancet*, vol. 387, n° 10034, p. 2207-2217, 2016.

[SAP 16] SAPER, R., « Integrative Medicine and Health Disparities », *Global Advances in Health and Medicine*, vol. 5, n° 1, p. 5-8, 2016.

[SET 00] SETBON, M., « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? » *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 1, p. 51-68, 2000.

[SUI 20] SUISSA, V., GUERIN, S., DENORMANDIE, P., CASTILLO, M., BIOY, A., « Médecines Complémentaires et Alternatives (MCA) : proposition d'une définition et d'une catégorisation de références », *Hegel*, n°2, p. 131-142, 2020.

[TIN 12] TINETTI, M. E., FRIED, T. R., BOYD, C. M., « Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition—Multimorbidity », *JAMA*, vol. 307, n° 23, p. 2493-2494, 2012.

- [TRO 93] TRONTO, J. C., *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*, New York : Routledge, 1993.
- [VIN 98] VINĀS, J.-M., LARCHER, P., DURIEZ, M., « Réseaux de santé et filières de soins. ADSP, actualité et dossier en santé publique », n° 24, p. 12-52, 1998.
- [WHO 17] WHO, *Integrated Care for Older People: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*, World Health Organization, 2017.
- [WHO 24] WHO, *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*, World Health Organization, 2024.