

Interventions non médicamenteuses

INM

FAQ & Vade-mecum



npisociety.org

15 octobre 2024

Paris

Contexte des INM	3
Définition des INM	3
Périmètre des INM	4
Description des INM	5
Référentiel des INM	5
Cadre d'évaluation des INM	6
Impacts des INM	7
Questions fréquentes sur les INM (FAQ)	8
<i>Pourquoi une société savante internationale des INM ?</i>	8
<i>Toutes les pratiques de bien-être sont-elles des INM ?</i>	9
<i>Pourquoi avoir choisi l'appellation INM, terme négatif semblant s'opposer au médicament ?</i>	10
<i>Pourquoi le terme d'INM est-il si méconnu ?</i>	10
<i>Pourquoi établir un modèle unique d'évaluation des INM ?</i>	12
<i>Pourquoi un modèle transdisciplinaire d'évaluation des INM ?</i>	12
<i>Qu'est-ce qu'une donnée probante pour une INM ?</i>	13
<i>Pourquoi un lien si direct entre étude mécanistique, clinique et d'implémentation dans le NPIS Model ?</i> ..	13
<i>Pourquoi cette innovation a démarré en France ?</i>	13
<i>Pourquoi ne pas avoir imposé l'essai randomisé en triple aveugle comme dans le médicament ?</i>	14
<i>Pourquoi avoir choisi le terme professionnel et non praticien dans la définition des INM ?</i>	14
<i>Pourquoi exiger la réalisation d'une étude d'implémentation dans les INM ?</i>	14
<i>Qu'est-ce qu'une étude prototypique ?</i>	14
<i>Pourquoi attribuer un code unique à chaque INM listée dans le Référentiel ?</i>	14
<i>Comment utiliser le Référentiel des INM en pratique ?</i>	15
<i>Quelles sont les spécifications d'une INM ?</i>	15
<i>Pouvez-vous donner quelques exemples d'INM ?</i>	17
<i>Les INM sont-elles de simples recettes à appliquer ?</i>	18
<i>Quelle est la valeur ajoutée du Référentiel des INM pour un professionnel de la santé ?</i>	18
<i>Le Référentiel des INM impose-t-il le choix et la mise en œuvre d'une INM ?</i>	19
<i>Le Référentiel des INM est-il un outil de lutte contre la désinformation dans le domaine de la santé ?</i>	19
<i>Quelle est la feuille de route de la NPIS jusqu'en 2030 ?</i>	20
<i>Est-ce que la NPIS plaide pour la prescription ou de remboursement d'une INM plus qu'une autre ?</i>	21
<i>La NPIS est-elle en train de créer une nouvelle chaîne de valeurs ?</i>	22
<i>La création d'une communauté internationale sur les INM a-t-elle un sens ?</i>	23
Glossaire	24
Soutiens du NPIS Model	24
Experts ayant coordonné l'élaboration du NPIS Model pour la France	25
Groupe d'extension européenne et internationale du NPIS Model	25
La société savante NPIS	26
Bibliographie	27

Contexte des INM

L'Organisation Mondiale de la Santé depuis 2003, la Haute Autorité de Santé depuis 2011, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie depuis 2014, le Ministère de la Santé depuis 2018, le Haut Conseil de la Santé Publique depuis 2019, le Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies depuis 2020, l'OMS Europe depuis 2021, la Commission Européenne depuis 2022, l'Inspection Générale des Affaires Sociales depuis 2022, le Conseil Économique, Social et Environnemental depuis 2023, la Cour des Comptes depuis 2024 et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie depuis 2024 qualifient d'**interventions non médicamenteuses (INM)** des services personnalisés par des professionnels et ciblés sur un problème de santé connu de la médecine occidentale. Ces pratiques constituent un important secteur d'innovations complémentaires des produits, dispositifs et gestes biomédicaux et des actions de promotion de la santé publique. Elles favorisent la réduction de dépenses de soins non programmés et la création d'emplois de proximité dans une santé élargie aujourd'hui à la prévention, à l'aide à l'autonomie et au soutien social. Et pourtant...

La notion d'INM semblait se confondre selon les milieux, les disciplines et les professions avec les termes « soins de support », « soins de réhabilitation psychosociale », « méthodes de rééducation », « interventions probantes en prévention et promotion de la santé », « interventions précoces », « interventions en santé des populations », « interventions efficaces en prévention », « programmes d'actions et d'ateliers collectifs de prévention », « actions individuelles à destination des retraités les plus fragiles », « interventions complexes », « pratiques salutogènes », « traitements occupationnels », « dispositifs de santé », « interventions de non médecin, soins de première intention - à savoir des aides psychothérapeutiques, éducatives et sociales (aussi appelés soins primaires ou de premier recours) », « prises en charge non médicamenteuses (Cour des Comptes, 2024) », « thérapies complémentaires », « médecines traditionnelles », « médecines intégratives », « remèdes naturels », « techniques naturopathiques », « pratiques de soin non conventionnelles », « approches holistiques ». Il est vrai qu'en médecine, la notion d'intervention semblait aussi vaste qu'ambigüe. Selon le glossaire du *National Institute for Health and Care Excellence* anglais ([NICE](#), 2024), « en terme médical, il peut s'agir d'un traitement médicamenteux, d'une intervention chirurgicale, d'un test diagnostique ou d'une thérapie psychologique. Les interventions de santé publique peuvent consister à aider une personne à être physiquement active ou à adopter un régime alimentaire plus sain. Les interventions en matière d'aide sociale peuvent inclure la protection ou l'aide aux personnes qui s'occupent d'un proche ». Finalement, une INM était-elle une décision réglementaire, une stratégie, une approche, une organisation, une prise en charge, une méthode, une technique, une composante ou une mesure non médicamenteuse ? Une INM était-elle un produit ou un service ? Une INM était-elle une méthode contribuant à un diagnostic ou une solution préventive et/ou thérapeutique ?

Devant cette difficulté et après 10 ans de travaux préliminaires au sein d'une plateforme universitaire à Montpellier, une **société savante internationale** a été créée en 2021 à Paris, la *Non-Pharmacological Intervention Society* ([NPIS](#)). Elle s'est donnée pour ambition de **clarifier et d'opérationnaliser le concept d'INM** en collaboration avec tous les acteurs.

Définition des INM

Une INM est un « **protocole de prévention santé ou de soin efficace, personnalisé, non invasif, référencé et encadré par un professionnel qualifié** » (NPIS, 2023).

Selon la NPIS (cf. livre blanc des INM, 2024), une INM vise à prévenir, soigner ou accompagner un problème de santé connu de la médecine factuelle, dite aussi occidentale. Le problème peut être une maladie aiguë (ex., entorse, vertige bénin paroxystique), une maladie rare (ex., myopathie de Duchenne), une maladie chronique (ex., arthrose, cancer, dépression, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, maladie d'Alzheimer), un symptôme expliqué par un diagnostic médical (ex., douleur, fatigue), un facteur de risque (ex., signe de fragilité d'une personne âgée, tabagisme, sédentarité, travail de nuit, troubles musculosquelettiques de personnes travaillant dans le bâtiment et les travaux publics), une situation de handicap (ex., paraplégie) ou une période de fin de vie.

Une INM est un protocole standardisé à personnaliser en fonction de l’usager et du groupe d’usagers. Elle correspond à un cahier des charges dont sa mise en œuvre par un professionnel tient compte des préférences et de l’état de santé de l’usager ainsi que de la réglementation en vigueur. Cette solution de santé est ainsi « manualisée ». Elle est proposée sur une durée limitée, mais peut avoir un effet levier modifiant durablement un comportement de santé (ex., arrêt du tabac), voire un mode de vie (ex., utilisation du vélo pour les déplacements quotidiens). Les INM complètent d’autres solutions de santé (Figure 1).

Une INM ainsi définie peut être **codifiée, appliquée, tracée et financée**. La définition améliore ainsi l’offre de prévention et de soins existante en sécurisant l’Assurance Maladie, les organismes de protection sociale et d’action sociale, les institutions de prévoyance, les mutuelles, les assurances, les organismes de retraite, les collectivités territoriales, les fondations, les associations (...) pour leur financement intégral ou partiel.

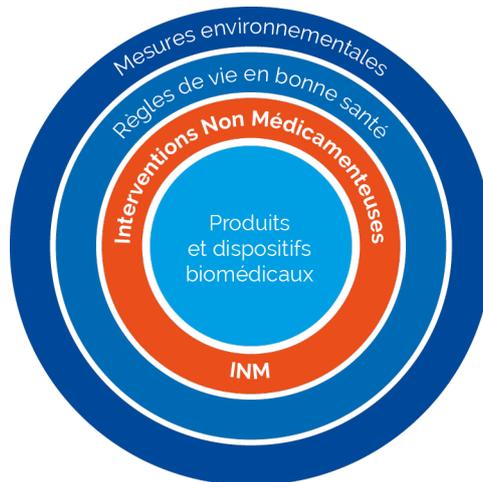


Figure 1 : Les INM, des pratiques de prévention et de soin manualisées, ciblées, personnalisées, efficaces et traçables

Périmètre des INM

Une INM est un protocole de prévention ou de soin qui présente une **dominante corporelle, nutritionnelle ou psychosociale** (Figure 2). Le domaine corporel regroupe par exemple des protocoles de kinésithérapie, des thérapies manuelles, des programmes d’activité physique adaptée, des méthodes d’ergothérapie, des programmes de psychomotricité, des protocoles de sage-femme, des protocoles de soin infirmier, des méthodes orthophoniques, des méthodes d’hortithérapie ou des programmes de zoothérapie. Le domaine psychosocial regroupe par exemple des psychothérapies, des programmes de prévention santé, des programmes d’éducation thérapeutique pour le patient, des protocoles d’art-thérapie, des programmes de musicothérapie, des méthodes psychosomatiques et des thérapies assistées par l’animal. Le domaine nutritionnel rassemble par exemple des régimes spécifiques et des jeûnes intermittents.

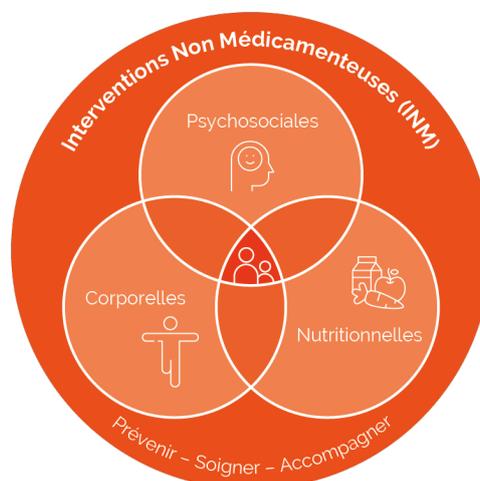


Figure 2 : Périmètre des INM

Description des INM

La **NPIS** a formalisé la description des INM dans une perspective théorique et pratique. Ainsi, chaque INM validée par un processus intègre, rigoureux et normalisé d'expertise est opérationnalisée par une fiche descriptive étayée scientifiquement selon 4 rubriques standardisées :

- Une **notice informative** accessible à tout usager (mode d'emploi simplifié),
- Un **protocole professionnel de mise en œuvre** accessible à tout praticien et opérateur de santé (cahier des charges standardisé décrit dans la Figure 2),
- Des **indices standardisés** (difficulté, prise en charge financière...),
- Un **module de suggestion d'amélioration**.



Figure 3 : Protocole standardisé d'INM à destination des professionnels

Référentiel des INM

Des études publiées fournissent des données probantes permettant aux sociétés savantes, aux agences et aux autorités de santé d'identifier des pratiques humaines de santé explicables, efficaces, sûres et reproductibles. Après un processus d'expertise indépendant et intègre coordonné par la société savante **NPIS**, ces pratiques deviennent des **protocoles labélisés NPIS®**. Ils sont intégrés dans une plateforme numérique de bonnes pratiques universelles de santé, le **référentiel des INM**. Ce registre de modus operandi codifiés, applicables, traçables et finançables est ouvert au grand public et aux professionnels de la santé (Figure 4).

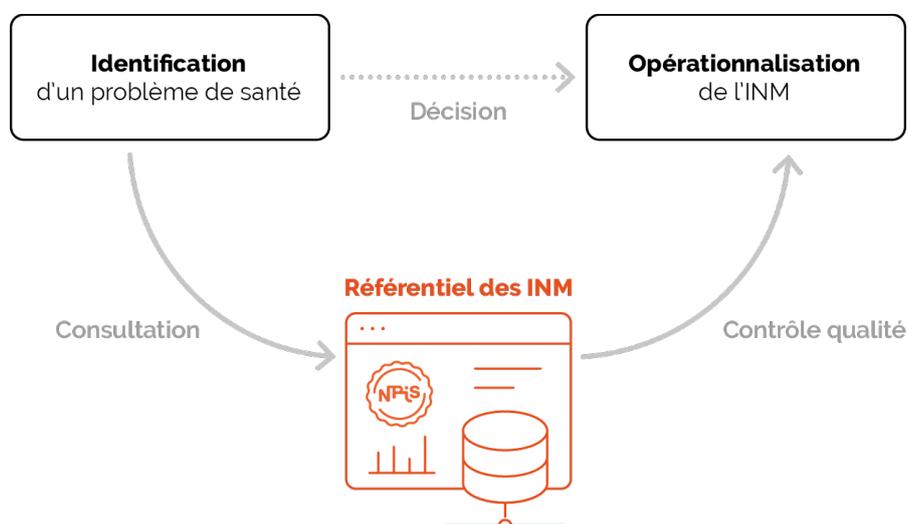


Figure 4 : Utilité du référentiel des INM sur un territoire de santé, de l'évaluation du besoin à sa mise en œuvre

Le processus de normalisation contrôlable par toute autorité de santé établi par la [NPIS](#) offre un cahier des charges standardisé d'INM à mettre en œuvre par des recommandations pratiques et des aides à la personnalisation. La société savante [NPIS](#) a appelé ce « **catalogue centralisé, multilingue et partagé d'INM** », le [référentiel des INM](#) (*NPIS Registry* en anglais). Il constitue un patrimoine de services de santé ciblés, personnalisés, essentiels, immatériels et universels de prévention, de soin et d'aide à l'autonomie. Le référentiel est la partie visible d'une démarche scientifique permettant de mieux exploiter les données de la recherche au service des citoyens (Figure 5). Le système permet en amont de rendre la recherche plus efficiente et en aval les retours d'usage plus exploitables.

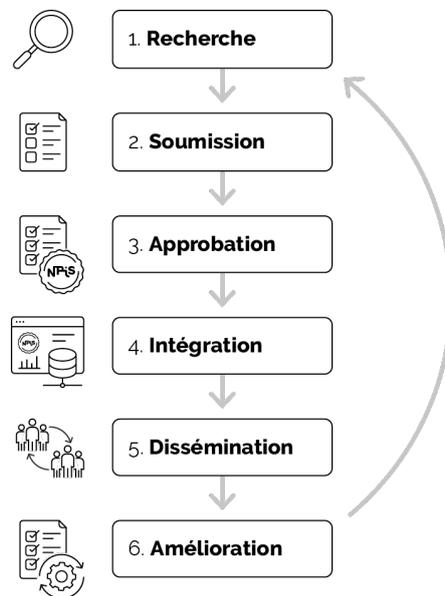


Figure 5 : Processus de validation d'une INM, d'intégration dans le référentiel des INM et de mise à jour

Cadre d'évaluation des INM

Si un consensus scientifique pour l'évaluation des médicaments a été établi dans les années 1960 et est reconnu de tous, une hétérogénéité de modèles d'évaluation existait pour les INM avant 2023. Une revue de la littérature avait pointé 46 modèles scientifiques différents en avril 2019. Évaluer un service était devenu moins consensuel qu'un produit de santé. Inspiré par un rapport de la HAS et le travail de la plateforme universitaire collaborative CEPS à Montpellier depuis 2011, la [NPIS](#) a co-construit en 2 ans un cadre scientifique d'évaluation spécifique aux INM avec toutes les parties prenantes selon les attendus de la recherche internationale en santé et l'approche centrée-patient, le [NPIS Model](#) (Figure 6). Ce cadre consensuel a suivi une démarche transdisciplinaire, intersectorielle et transpartisane.

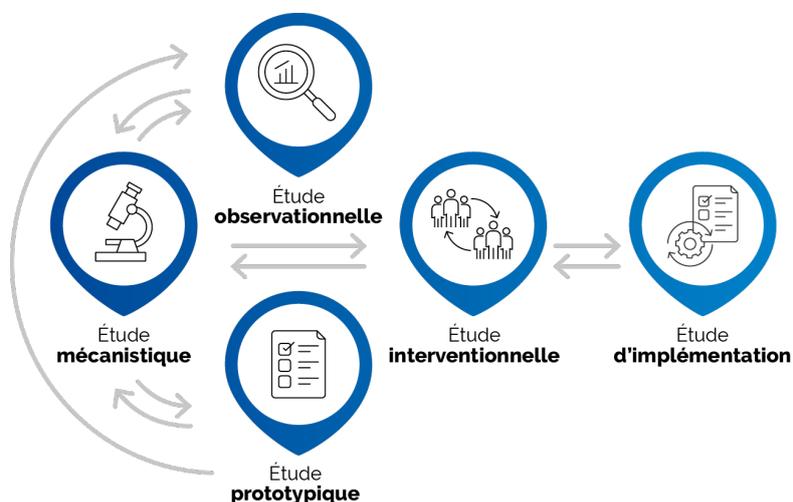


Figure 6 : NPIS Model, cadre d'évaluation des INM aux 77 recommandations méthodologiques et éthiques

Le [NPIS Model](#) propose 77 invariants dont 14 éthiques et 63 méthodologiques repartis selon 5 types d'études, mécanistique, observationnelle, prototypique, interventionnelle et d'implémentation. Le modèle facilite la justification, la conception, la promotion, la réalisation, la comparaison, la valorisation et la transférabilité des études sur les INM. Il améliore la pertinence, la qualité et la fiabilité des études sur les INM.

Le [NPIS Model](#) est soutenu par 30 sociétés savantes et 3 autorités de santé françaises.

Le [NPIS Model](#) a été présenté à toutes les autorités françaises en lien avec la santé : Sénat, Ministère de la Santé, Haute Autorité de Santé, Santé Publique France, Académie Nationale de Médecine, Inspection Générale des Affaires Sociales, Agence de l'Innovation en Santé, Caisse nationale de l'Assurance Maladie, Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse.

Une extension européenne est en cours avec la collaboration de l'Association Européenne de Santé Publique.

Impacts des INM

Le [NPIS Model](#) et le *Référentiel des INM* constituent un cadre opérationnel aux **impacts environnementaux, sanitaires, sociaux et économiques** (Figure 7).



Figure 7 : Impacts des INM

Impacts environnementaux

- Engagement plus durable dans des comportements favorables à la santé et respectueux de l'environnement
- Sensibilisation aux questions environnementales en lien avec la santé
- Offre de services de proximité réduisant l'usage de produits à fort impact environnemental et le nombre de déplacements pour des soins
- Utilisation des systèmes numériques sécurisés de communication diminuant de fait l'empreinte carbone des professionnels et des usagers
- Sensibilisation des professionnels aux déterminants environnementaux des problèmes de santé

Impacts sanitaires

- Amélioration de la longévité en meilleure santé, de l'autonomie et de la qualité de vie
- Meilleure qualité des études et de la comparabilité de leurs résultats
- Meilleure consolidation des connaissances et des insuffisances de connaissance
- Meilleure transférabilité de la recherche à la pratique
- Harmonisation intra- et interdisciplinaire des concepts de la recherche en INM et santé
- Facilitation des expertises des comités d'éthique et organismes chargés d'appels d'offre
- Rapprochement des métiers en silo du soin, de la prévention, du social et de l'éducation

Impacts sociaux

- Levée des incertitudes et des doutes sur la prescription des INM et les politiques publiques
- Création de valeurs et d'emplois de proximité
- Amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé (acteurs du care)
- Amélioration de l'information citoyenne (limitation de propagation de rumeurs, infox, amalgames...)
- Meilleur recueil de l'expérience usager et professionnelle
- Amélioration de la crédibilité des chercheurs, des promoteurs et des acteurs de la filière des INM
- Diminution des inégalités sociales car pour l'instant, seuls les plus privilégiés profitent des INM
- Amélioration du travail de la presse pour la diffusion d'informations étayés scientifiquement

Impacts économiques

- Consolidation des investissements de recherche
- Amélioration du remboursement public et privé des INM
- Traçabilité des pratiques par des systèmes interopérables (éditeurs de logiciel...)
- Réduction de la fréquence ou de la durée des arrêts maladies et des aides sociales
- Développement des réponses de proximité en santé et des organisations territoriales
- Meilleur fléchage des appels d'offre recherche/innovation des financeurs publics et privés
- Amélioration de la qualité et de la sécurité des pratiques par l'analyse des retours d'usage
- Meilleure utilisation des ressources humaines, matérielles et financières dans la recherche
- Codification uniformisée provenant d'un référentiel partagé (nomenclature, classification...)
- Amélioration des formations professionnelles sur les contenus et l'implémentation des INM
- Meilleure reconnaissance du travail des chercheurs et praticiens-chercheurs (droits, publication...)
- Réduction des dépenses évitables de soins souvent très coûteuses (hospitalisation, soin d'urgence)
- Réduction du nombre d'études biaisées, inutiles (ex., revue prédatrice) et non éthiques (ex., fardeau)

Questions fréquentes sur les INM (FAQ)

Pourquoi une société savante internationale des INM ?

Les INM sont un domaine dans lequel circulent de nombreux amalgames entre connaissance scientifique et opinion du fait de leur objectif, la santé humaine, et du fait de leur mode opératoire, des protocoles immatériels. Il faut pourtant apprendre à distinguer la science de la recherche devant la démultiplication des outils et des vecteurs d'information, en particulier sur les questions de santé (Klein, 2020). Les mêmes canaux de communication véhiculent des connaissances scientifiques et des croyances, opinions, commentaires... Des informations aux statuts différents se contaminent. Une connaissance peut devenir la croyance d'une communauté particulière, et vice-versa.

La science correspond à des connaissances établies, un corpus de connaissances sur des questions bien posées et précises. Ces connaissances jusqu'à preuve du contraire n'ont pas à être remises en cause. Un chercheur ne se repose pas la question de la forme de la Terre. C'est acquis, elle est ronde. La question est tranchée. La science approche de la vérité. Les sociétés savantes jouent un rôle majeur dans l'établissement de ces consensus scientifiques de qui est connu et reste à connaître.

La recherche correspond à des questions dont nous ne connaissons pas les réponses. Ces questions bien posées n'ont pas encore de réponse. Un chercheur travaille sur le sujet par différentes méthodes et stratégies. La recherche cultive le doute. Les sociétés savantes œuvrent au développement de la recherche sur un territoire et un thème précis.

Compte tenu que les INM sont des protocoles universels de santé centrés sur la personne et administrés par des humains, une société savante multidisciplinaire internationale devait être créée, c'est chose faite depuis 2021. Cette société s'intitule la Non-Pharmacological Intervention Society ([NPIS](#)).

Toutes les pratiques de bien-être sont-elles des INM ?

Bouger, manger, boire, dormir, parler, lire, écrire, peindre, écouter de la musique, regarder un film, danser, rire, marcher, chanter, méditer, jardiner, fréquenter des amis (...) sont des activités de la vie quotidienne, certaines pouvant générer de la joie, du plaisir, de l'épanouissement, du bien-être... Libre à chacun dans un pays démocratique de les interpréter et les vivre à sa manière. On parle de philosophie de vie, de mode de vie, d'art de vivre, de développement personnel (Figure 8).

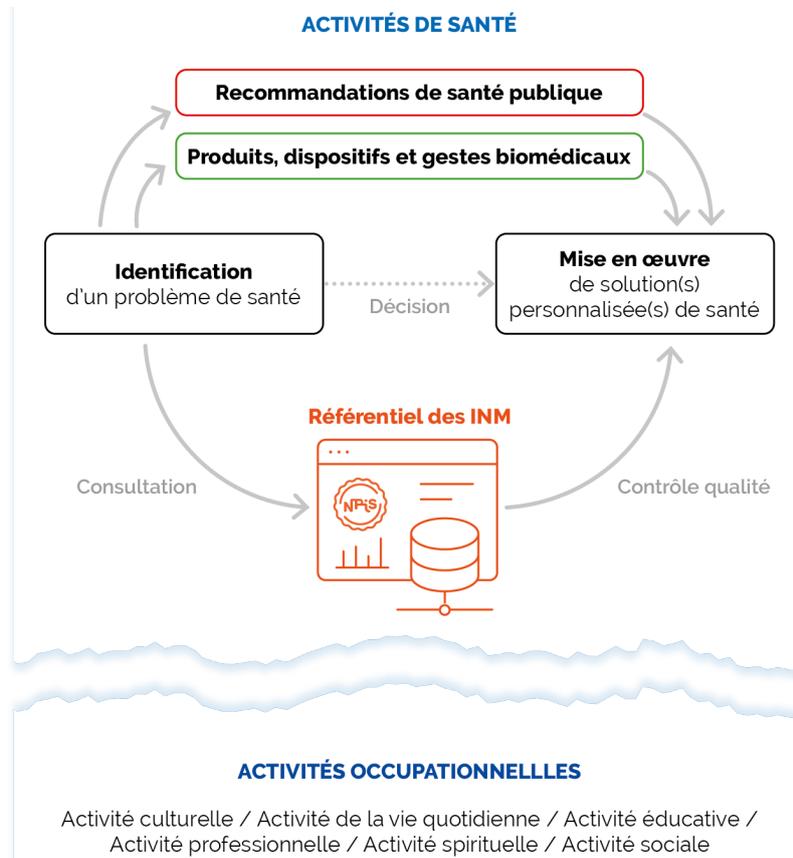


Figure 8 : Différences entre pratiques de santé et occupationnelles

Autrement dit, une activité de la vie quotidienne n'est pas une INM, même si elle peut contribuer aléatoirement et ponctuellement à la santé de certaines personnes. Activité occupationnelle ou traitement d'un problème de santé identifié par la médecine diffèrent.

Les produits suivants ne sont pas des INM :

- Produit d'hygiène et de beauté (shampoing, dentifrice, brosse, crème pour le corps...),
- Produit naturel (plante, aliment, champignon huile essentielle...),
- Produit de santé (médicament, matériel biologique implantable, complément alimentaire...),
- Dispositif médical (organe artificiel, prothèse, orthèse, application digitale, système de monitoring...).

Les biens et services suivants ne sont pas des INM :

- Produit ou service culturel (jeu vidéo, livre, podcast, pratique artistique, visite de musée, théâtre, écriture...),
- Produit ou service de consommation courante (coiffure, soin esthétique, restauration...).

Les actions suivantes ne sont pas des INM :

- Action de promotion de la santé publique (campagne de communication, vidéo, affiche, livret, site, post...),
- Aménagement architectural (création d'une rampe d'accès...),
- Aménagement environnemental (reboisement d'un parc, création d'un atelier sportif...).

Les approches suivantes ne sont pas des INM :

- Discipline professionnelle (kinésithérapie, psychologie, diététique, santé publique...),
- Approche éducative (développement personnel...),
- Pratique ésotérique (pratique spirituelle, culte religieux, art divinatoire, sorcellerie...).

Les organisations suivantes ne sont pas des INM :

- Organisation de santé (réseau, plateforme, cabinet, maison de santé, établissement de santé...),
- Dispositif de santé (plateforme numérique...).

Les mesures publiques suivantes ne sont pas des INM :

- Politique de santé (stratégie, plan, programme...),
- Réglementation (loi, décret, arrêt ...),
- Décision de justice (mise en garde, condamnation...).

Pourquoi avoir choisi l'appellation INM, terme négatif semblant s'opposer au médicament ?

Le terme INM n'a pas été choisi par la société savante [NPIS](#) mais s'impose. Il est utilisé par les scientifiques du domaine de la santé depuis 1975 (Figure 8). Des autorités et des agences l'emploient, l'OMS depuis 2003, la HAS depuis 2011, la CNSA depuis 2014, le Ministère de la Santé depuis 2018, le Haut Conseil de la Santé Publique depuis 2019, le Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies depuis 2020, l'IGAS depuis 2022, le Conseil Économique, Social et Environnemental depuis 2023, l'Assurance Maladie depuis 2024. De nombreuses sociétés savantes nationales et supranationales utilisent le terme INM dans leurs recommandations. Ces solutions de santé sont « engoncées » entre les produits de santé et les mesures de santé publique malgré les efforts de professionnels pour les faire connaître et reconnaître (Figure 1). Elles constituent un domaine sous-estimé de services immatériels situés entre les biens (ex., médicament, dispositif médical) et les recommandations générales de santé publique (ex : règles diététiques, mesures d'hygiène, actions environnementales). Elles peuvent être noyées dans des compilations de solutions de santé mélangeant des actions de promotion de la santé et des programmes ciblés ou confondant des méthodes d'identification d'un problème de santé et des méthodes de résolution d'un problème de santé (Encadré 1). L'enjeu est une meilleure traçabilité des pratiques pour une amélioration continue de leur qualité, de leur sécurité, de leur implémentation et de la formation. Ces pratiques peuvent être facilement partagée d'un pays à l'autre. Le terme INM ne signifie pas « anti-médicament » ou « médecine alternative » (médecine parallèle). Il s'inspire de la rigueur du processus standardisé au niveau mondial de validation du médicament pour établir les bonnes pratiques scientifiques et cliniques. A terme, nous pensons que l'abréviation INM prendra le pas sur son intitulé complet comme OMS, IBM, SEAT et tant d'autres.

Encadré 1 : Des registres de pratiques non médicamenteuses aux critères et contours imprécis

Des catalogues compilent toute sorte de pratiques de santé parmi lesquels les INM semblent noyées. Certaines s'adressent à la population générale, certaines sont ciblées. Les critères de sélection sont hétérogènes. Les objectifs diffèrent. Les modalités pratiques diffèrent. Trois exemples parmi tant d'autres, deux aux Etats-Unis [EBCCP](#) ou [Mindtools](#), et un en France [Capitalisation Santé](#).

Pourquoi le terme d'INM est-il si méconnu ?

Le terme INM est utilisé par les scientifiques travaillant dans le domaine de la santé depuis 1975. Mais, il n'est pas le seul. D'autres termes similaires sont utilisés comme synonymes notamment dans Pubmed, 10 en anglais pour qualifier le processus non médicamenteux (voir colonne 1, tableau 1) et 28 en anglais pour qualifier le mode opératoire (voir colonne 2, tableau 1). L'inventaire exhaustif des INM sur un moteur de recherche d'articles scientifiques est impossible à ce jour, tellement les chercheurs et les chercheuses utilisent des mots variés à la signification distincte :

rehabilitation intervention, psychosocial intervention, psychosocial intervention, mental intervention, cognitive intervention, psychological intervention, behavioral intervention, psychosomatic intervention, nutrition intervention, nutritional intervention, diet intervention, food intervention, physical intervention, body intervention, exercise intervention, manual intervention, salutogenic intervention, natural intervention, self-help intervention, nursing intervention, therapy intervention, care intervention, disease management intervention, multimodal intervention...

non-pharmacological OU non-drug non-medication non-pharmaceutical non-pharmacologic nondrug nonmedication nonpharmaceutical nonpharmacologic nonpharmacological	non-pharmacological intervention OU non-pharmacological actions non-pharmacological activities non-pharmacological advice non-pharmacological alternative non-pharmacological approach non-pharmacological care non-pharmacological complementary non-pharmacological management non-pharmacological measure non-pharmacological method non-pharmacological modality non-pharmacological modus operandi non-pharmacological option non-pharmacological prevention non-pharmacological preventive measures non-pharmacological procedure non-pharmacological programs non-pharmacological protocol non-pharmacological rehabilitation non-pharmacological remedies non-pharmacological solution non-pharmacological strategy non-pharmacological support non-pharmacological technique non-pharmacological therapeutics non-pharmacological therapy non-pharmacological treatment
---	---

Tableau 1 : Synonymes en anglais d'INM trouvés avec Pubmed

Une requête sur Pubmed du 15 août 2024 indique 55 689 articles citant le terme "non médicamenteux" ou équivalent jusqu'en 2023 (Figure 7). Si ces chiffres ne remettent pas en question la tendance, ils sont sous-estimés à cause d'une base de données centrée sur des produits de santé plus que des services, les traitements biologiques plus que psychosociaux, les études sur des populations nord-américaines et les revues éditées par les organismes nord-américains. Cette logique répond à un site officiel du gouvernement des Etats-Unis d'Amérique géré par le Centre National d'information Biotechnologique et est hébergé par la Bibliothèque Nationale de Médecine appartenant aux *National Institutes of Health* (NIH).

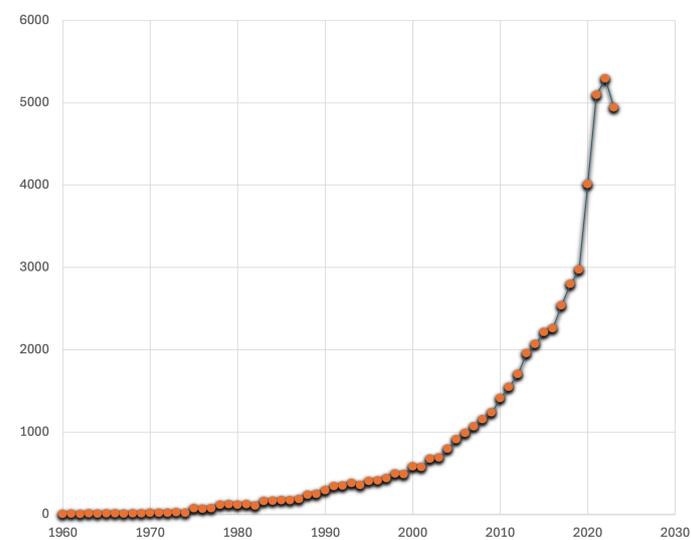


Figure 7 : Articles publiés jusqu'en décembre 2023 recensés sur Pubmed citant le terme "non médicamenteux" ou équivalent (requête du 15 août 2024)

Une requête sur Pubmed du 15 août 2024 indique 11 642 articles citant le terme « intervention non médicamenteuse » ou équivalent jusqu'en 2023 (Figure 8). Les deux courbes témoignent d'une augmentation depuis 2000, et d'une nette accélération depuis 2010.

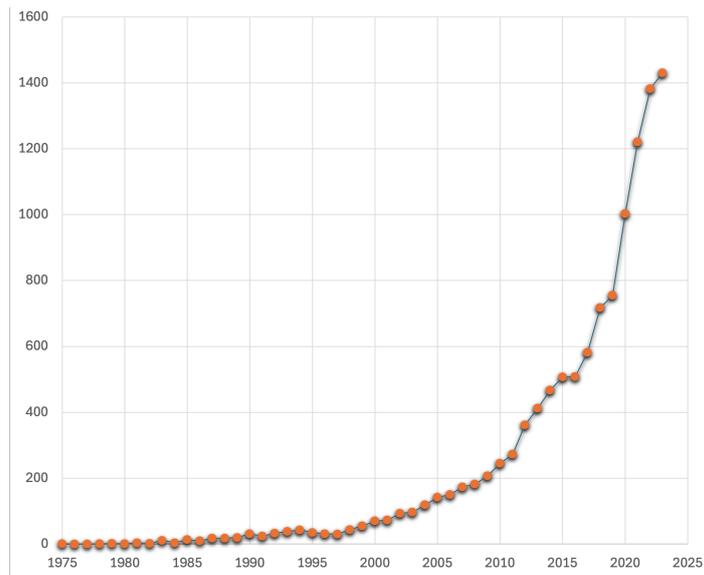


Figure 8 : Articles citant le terme "intervention non médicamenteuse" ou équivalent jusqu'en 2023 sur Pubmed (requête du 15 août 2024)

La HAS française encourage l'utilisation du terme INM dans la santé depuis son rapport de 2011.

Pourquoi établir un modèle unique d'évaluation des INM ?

Un modèle de validation scientifique des médicaments existe depuis les années 1960 et dispose d'une réglementation spécifique reconnue dans le monde entier (ex., FDA, EMA, ANSM). Une procédure similaire existe depuis peu pour les dispositifs médicaux en Europe. En revanche, aucun modèle consensuel n'existait pour les services nutritionnels, corporels et psychosociaux de santé à cause notamment de confusions entre approche, protocole et technique/ingrédient. Un travail participatif, pragmatique et multidisciplinaire de consensus a suivi les recommandations scientifiques internationales en santé à cette fin pour les INM (Ninot *et al.*, 2023). Il a tenu compte des spécificités des INM, des risques pour la santé, de l'équilibre entre validité interne et externe, de la justification de mécanismes explicatifs et d'éthique en santé et du respect des contextes d'utilisation. Le *NPIS Model* accélère la recherche par une harmonisation des attendus méthodologiques et éthiques dans les INM. Il accélère aussi l'identification, le référencement, la transférabilité et la mise en œuvre des INM au profit de la santé et de la sécurité des usagers. Il améliore la qualité des formations. En définitive, le *NPIS Model* permet de distinguer les services individualisés fondés sur la science visant à traiter un problème de santé connu de la médecine occidentale des pratiques occupationnelles (mode de vie, art de vivre, travail, activité socioculturelle, développement personnel, recherche du bonheur, pratique spirituelle...). En ce sens, le modèle n'entrave pas la liberté des personnes à choisir un mode de vie particulier. Il vise à agir à un moment donné sur un problème de santé d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un temps limité et un cadre réglementé par le secteur de la santé. Le *NPIS Model* encourage les innovations dans tous les autres secteurs de la santé, et notamment dans le domaine des organisations de santé et dans les actions de repérage précoces des problèmes de santé.

Pourquoi un modèle transdisciplinaire d'évaluation des INM ?

Il existait 46 modèles d'évaluation des INM dans la littérature scientifique en avril 2019 (Carbonnel et Ninot, 2019). Ils avaient été construits par des chercheurs pour des chercheurs, le plus souvent dans une logique mono-disciplinaire et rarement dans une approche centrée-patient. Ils engendraient une forte hétérogénéité des protocoles d'étude et de la manière de concevoir une INM (approche, méthode, technique ou matériel). Les résultats étaient épars, discutables, peu transférables, rarement reproductibles. Par conséquent, les pratiques étaient peu reconnues en dehors du contexte de l'étude (établissement et/ou praticien

dépendance). S'en suivaient des doutes sur leur efficacité (ex., efficacité, innocuité, pertinence, utilité, coût-efficacité), leur contenu (ex., hétérogénéité des doses, procédures, ingrédients, techniques, contextes, populations cibles), leur approbation (ex., comités d'éthique), leur diffusion (ex., avis contradictoires de *reviewers*), leur enseignement (ex., protocoles, bonnes pratiques) et leur reconnaissance (ex., autorisation, intégration dans les nomenclatures officielles, remboursement). S'en suivaient aussi des freins à l'investissement dans la recherche et dans l'innovation, à l'apport de connaissances consolidées, à la transférabilité des pratiques et à la reconnaissance des professionnels. L'absence de modèle consensuel d'évaluation des INM laissait penser que chaque professionnel devait réinventer son programme à chaque nouveau patient devant tant de recommandations d'autorités, d'agences et de sociétés savantes trop larges ou trop contradictoires. Elle laissait aussi penser que seule la relation au patient comptait dans les effets induits sur la santé (Ninot, 2020). Elle laissait aussi la voie libre aux pratiques pseudoscientifiques, et plus largement, aux médecines parallèles avec toutes les dérives obscurantistes, sanitaires, sectaires, politiques et judiciaires que l'on connaît en France (Miviludes, 2022 ; CNOI, 2023 ; CNOM, 2023) et dans le monde (Ernst et Smith, 2018). Cette idée faisait d'ailleurs son chemin aux États-Unis dans le domaine de l'oncologie avec l'ambition de juxtaposer deux offres médicales, l'une fondée sur la science expérimentale quasi-exclusivement centrée sur la chirurgie, le médicament, la radiothérapie et le dispositif médical, et l'autre dite « complémentaire, intégrative ou traditionnelle » fondée sur l'expérience individuelle, les opinions et les traditions (Mao *et al.*, 2022). Cette deuxième offre s'octroyant l'exclusivité des domaines de la prévention et du soin, le *care* de la personne face au *cure* de la maladie. Aussi, le *NPIS Model* a été co-construit avec l'idée que la science expérimentale pouvait prouver l'existence de protocoles de prévention et de soins efficaces, sûrs et reproductibles. Ce travail a été soutenu par un fond d'amorçage à la recherche participative de l'INSERM. Il a réuni plus de 1000 personnes sous la direction d'un comité de 22 experts multidisciplinaires dont 2 représentants des usagers. Cette innovation transdisciplinaire est à ce jour soutenue par 30 sociétés savantes françaises, le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie, l'INCa et la Plateforme Française des Réseaux de Recherche Clinique.

Qu'est-ce qu'une donnée probante pour une INM ?

Une donnée probante est une connaissance théorique ou pratique acquise par une méthode et un raisonnement scientifique rigoureux et intègre. Le *NPIS Model* suit cette logique dans le domaine de la santé (voir Figure 3). Il donne des recommandations méthodologiques et éthiques spécifiques aux INM pour des études s'intéressant à leur mécanismes et processus explicatifs (étude mécanistique), à leur contenu (étude prototypique), à leur évolution dans le temps (étude observationnelle), à leurs bénéfices et risques (étude interventionnelle) et à leurs modalités d'application et de personnalisation (étude d'implémentation).

Pourquoi un lien si direct entre étude mécanistique, clinique et d'implémentation dans le NPIS Model ?

L'enchaînement entre études mécanistique, interventionnelle et d'implémentation constitue la colonne vertébrale du positionnement épistémologique du *NPIS Model* sur l'évaluation des INM. Cela ne signifie pas qu'une étude interventionnelle par exemple ne peut pas questionner des mécanismes biologiques ou des processus psychosociaux. Cette colonne vertébrale donne de la cohérence aux études et structure le processus de validation des INM pour une intégration dans un référentiel de pratiques normalisées.

Pourquoi cette innovation a démarré en France ?

Le *NPIS Model* s'inscrit dans la stratégie française 2023-2027 de recherche et d'innovation en santé mondiale. Cette stratégie compte répondre aux impératifs d'équité et de solidarité, s'engager davantage pour la prévention des maladies et la promotion de la santé et mieux prendre en compte les interdépendances entre changement climatique, protection des écosystèmes et santé (France Gouvernement, 2023). La France s'est d'ailleurs dotée d'une Agence de l'Innovation en Santé et d'un plan d'investissement de 7,5 Mds € jusqu'en 2030 (Agence de l'Innovation en Santé, 2021). L'Agence souhaite anticiper les impacts des innovations sur le système de prévention et de soins, créer des coopérations entre acteurs publics et privés et identifier les priorités de recherche (Agence d'Innovation en Santé, 2021). Ce développement s'appuie sur une institution centrale en France sur les questions de recherche et de santé, l'INSERM (2024). Le *NPIS Model* dont la création a été soutenue par un fond d'amorçage de recherche participative de l'INSERM facilite la mise à disposition effective et rapide des innovations en INM de la recherche fondamentale à la pratique. La stratégie décennale

sur les soins d'accompagnement publiée en 2024 a amplifié encore la nécessité du modèle d'évaluation standardisé des INM (France Gouvernement, 2024).

Pourquoi ne pas avoir imposé l'essai randomisé en triple aveugle comme dans le médicament ?

Ce critère a été établi pour la validation scientifique des médicaments. Penser qu'une psychothérapie dirigée par un psychologue ou un régime encadré par un diététicien peut être caché à un participant d'étude est impossible. Tout a été fait pour établir le meilleur lien de causalité entre la proposition d'une pratique et ses effets sur la santé en tenant compte de la spécificité des INM sans dévoyer les attendus de rigueur et d'éthique de la recherche dans le domaine de la santé. Nos recommandations limitent au maximum les biais et favorisent la validité et la reproductibilité. Cela n'empêchera jamais certains individus ou promoteurs de frauder. Compte tenu des risques moindres pour la santé des INM par rapport produits de santé à action rapide (chirurgie, médicament à action rapide, dispositif médical implantable) et de leur intérêt potentiel dans la prévention, l'essai pragmatique en vie réelle ou d'*effectiveness* en anglais répondait le mieux à la prise en compte des risques. Par contre, l'évaluation d'une INM a justifié la réalisation d'une étude implémentation dans le pays donné afin de ne pas extrapoler des résultats d'un contexte culturel à un autre.

Pourquoi avoir choisi le terme professionnel et non praticien dans la définition des INM ?

En France, le terme professionnel est plus large que le terme français praticien limité aux 24 professionnels de santé définis dans le Code de la Santé Publique. Un psychologue clinicien et un enseignant en activité physique adaptée (APA), par exemple, sont des professionnels qui œuvrent pour la santé des personnes en proposant des INM à visée préventive ou thérapeutique mais ne font pas partie des « professionnels de santé » au sens strict du Code de la Santé Publique français. Certains métiers relèvent du Code de l'Action Sociale et des Familles (par ex., éducateur spécialisé) ou du Code du Sport. En Europe et dans le monde, la question devient plus complexe car tous les métiers liés à la santé n'ont pas la même appellation, par exemple « masseur-kinésithérapeute » en France et « physiothérapeute » dans la plupart des pays du monde. Les INM peuvent être des dénominateurs communs entre pays, car elles auront un code et une fiche de spécification uniques.

Pourquoi exiger la réalisation d'une étude d'implémentation dans les INM ?

Si un essai clinique démontre l'efficacité d'une INM dans un pays, cela ne dit pas que le protocole de prévention santé ou de soin est aussi pertinent, faisable et/ou acceptable dans un autre. Aussi, le *NPIS Model* recommande de mener une étude d'implémentation afin d'identifier les conditions de mise en œuvre de l'INM sur un territoire de santé ou un pays donné (bonnes pratiques respectant la culture, les habitudes, les coutumes et les préférences individuelles).

Qu'est-ce qu'une étude prototypique ?

Avant d'évaluer une INM, il faut la décrire. Parfois, des pratiques de santé peuvent être une combinaison de méthodes de diagnostic et de traitements, par exemple en ostéopathie. Une INM ne vise pas à identifier un problème de santé ou le diagnostiquer, elle est une solution à visée préventive ou thérapeutique pour le résoudre, parfois en association avec d'autres traitements. Une autre confusion courante est la distinction entre une INM et une approche ou une technique. Une approche est trop vague, elle ne décrit en rien précisément le contenu de l'INM. Une technique est par contre trop précise, elle n'est qu'un ingrédient d'une INM. Une étude prototypique permet de décrire toutes les caractéristiques d'une INM, son objectif pour la santé, sa population cible, ses mécanismes d'action, son contenu, son contexte de mise en œuvre et les prérequis du professionnel.

Pourquoi attribuer un code unique à chaque INM listée dans le Référentiel ?

L'interopérabilité entre les systèmes d'information des opérateurs de santé et des financeurs est la condition cardinale de l'efficacité des INM. L'attribution d'un code unique à une INM améliore l'information, la prise de décision, la qualité de la mise en œuvre, la traçabilité, la monétisation et les analyses d'impact. Une INM devient ainsi un acte identifié dans une nomenclature institutionnelle. Les caractéristiques d'une INM sont décrites et justifiées par des études publiées dans des revues scientifiques à comité de lecture respectant les attendus de la recherche internationale en santé. Elles doivent être conformes au *NPIS Model*. Les pratiques

innovantes deviennent par un processus de normalisation et d'expertise indépendante, des INM labélisées NPIS®. Elles peuvent être intégrées dans les parcours personnalisés de santé par un professionnel, une équipe pluridisciplinaire, un centre de santé, un établissement de soins, une structure médico-sociale, un réseau de santé, une plateforme digitale ou tout autre organisation habilitée à délivrer des solutions de santé. Avec une codification unique pour chaque INM et interopérable avec les nomenclatures assurancielles/métiers, les autorités d'un pays et les systèmes assurantiels peuvent mettre en œuvre des procédures de contrôle et de rétrocontrôle d'usage des INM selon leur niveau de gestion du risque. Les données provenant des usages et des expériences des utilisateurs, des professionnels, des opérateurs de santé et des institutions nourrissent de nouvelles questions de recherche. La recherche permet des innovations par exemple en isolant des INM plus spécifiques, plus efficaces, plus implémentables et plus efficaces au sein de plateformes et d'organisations territoriales.

Comment utiliser le Référentiel des INM en pratique ?

Un professionnel de la santé indépendant ou une équipe multidisciplinaire d'une maison de santé pluriprofessionnelle, d'un réseau de soins, d'un hôpital, d'un établissement médico-social, d'un établissement médicoéducatif, d'un établissement pour personnes âgées, d'une résidence, d'un centre de prévention, d'un service de médecine du travail, d'un établissement scolaire/universitaire, d'un service de soins palliatifs (...) choisit une ou plusieurs INM à intégrer dans le parcours individualisé de santé d'une personne, qu'elle soit en perte d'autonomie (ex. : personne fragile âgée de plus de 90 ans), exposée à un risque majoré de maladie (ex. : tabagisme d'un salarié), en situation de handicap (ex. : perte d'autonomie due à un paraplégié) ou malade (ex. : maladie neuro-évolutive par exemple). Les problèmes de santé étant aujourd'hui plurifactoriels et complexes, les solutions trouvées pour améliorer la santé de chaque personne sont multiples et fonction de la disponibilité locale. Plusieurs INM peuvent être proposées en prévention, soin et soutien par un médecin, tout autre professionnel de santé autorisé (ex. : pharmacien, infirmier, sage-femme, kinésithérapeute) ou une équipe. Elles sont cataloguées dans une plateforme numérique centralisée, le Référentiel des INM. Elles complètent les autres solutions de santé proposées à un moment du parcours de vie d'une personne (médicament, dispositif médical, hospitalisation, aide sociale). Elles évoluent avec le temps en fonction de l'état de santé de la personne, de sa fragilité et de sa demande (Figure 4).

Quelles sont les spécifications d'une INM ?

Chaque fiche INM du Référentiel des INM a été soumise par un praticien ou un chercheur sur la plateforme dédiée hébergée par la NPIS. Chaque fiche a été expertisée par un comité scientifique indépendant et intègre. Cette expertise invite les sociétés savantes compétentes et les autorités de santé à valider les fiches INM et/ou à contrôler les décisions prises (Figure 9).

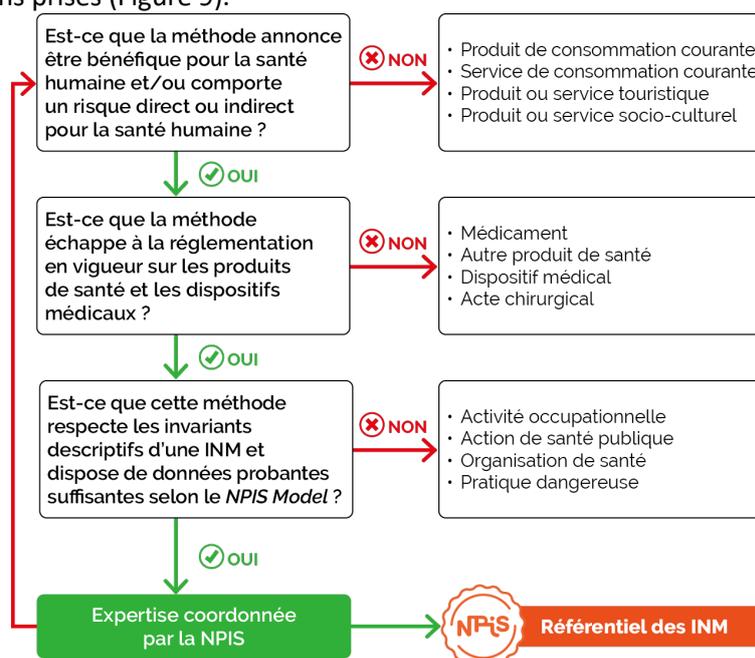


Figure 9 : Procédure d'intégration d'une INM dans le Référentiel

Chaque fiche validée est relue par un comité d'usagers et professionnels. Une fois labélisée NPIS[®], la fiche est traduite au moins en anglais et en français et intégrée dans le Référentiel des INM. La fiche dispose d'un contenu standardisé argumenté par des études scientifiques conformes à la définition des INM de la [NPIS](#), aux spécifications attendues (Tableau 2) et au cadre consensuel d'évaluation des INM, le *NPIS Model*. Elle contient un mode d'emploi pour le professionnel, une notice d'information pour l'utilisateur, un espace d'indices notamment de prise en charge financière et une zone de retour anonymisé d'expérience. La fiche est ainsi évolutive. Elle s'inscrit dans un cercle vertueux d'amélioration continue de l'INM.

Désignation	Appellation (abréviation le cas échéant)	3, 4
Bénéfice principal de santé	Problème de santé prévenu, soigné ou guéri	4
Bénéfices secondaires	Bénéfices sur d'autres marqueurs de santé (biologiques et/ou psychosociaux)	4, 5
Risques	Effet(s) secondaire(s), interaction(s) à risque	1, 2, 4, 5
Mécanismes	Mécanisme(s) biologique(s) d'action et/ou processus psychosocial(aux) actif(s) expliquant les bénéfices sur les marqueurs de santé d'intérêt	2
Population cible	Public(s) répondeur(s), contre-indication(s)	1, 3, 4, 5
Protocole	Composants (ingrédients, techniques, gestes), procédure (durée, nombre et fréquence des séances, dose), matériel (physique, numérique) requis garantissant la reproductibilité des effets sur la santé	3, 4
Professionnel	Qualifications requises	3, 4, 5
Contexte d'utilisation	Lieux de pratique, condition d'utilisation, bonnes pratiques d'implémentation, précautions, bonnes pratiques de pérennisation, caractéristiques réglementaires, initiateurs	3, 4, 5

1. Référence d'étude observationnelle publiée dans une revue scientifique à comité de lecture.
2. Référence d'étude mécanistique publiée dans une revue scientifique à comité de lecture.
3. Référence d'étude prototypique publiée dans une revue scientifique à comité de lecture.
4. Référence d'étude interventionnelle/clinique publiée dans une revue scientifique à comité de lecture.
5. Référence d'étude d'implémentation publiée dans une revue scientifique à comité de lecture.

Tableau 2 : Caractéristiques descriptives d'une INM

Un minimum de 1 étude prototypique, 1 étude mécanistique, 2 études interventionnelles et 1 étude d'implémentation publiées dans une revue à comité de lecture conformes au NPIS Model est attendue pour qu'une proposition d'INM soit recevable par le comité d'experts indépendants et sans liens d'intérêt chargé par la [NPIS](#) de la validation d'une fiche INM et de la labélisation NPIS[®]. Précisément, les experts doivent disposer des données probantes suffisantes pour statuer par un vote anonyme sur chacun des critères de la fiche INM proposée à la [NPIS](#) par un soumissionnaire :

- **Décrite** (≥ 1 étude prototypique),
- **Explicable** (≥ 1 étude mécanistique),
- **Efficace** (≥ 2 études interventionnelles),
- **Sûre** (≥ 2 études interventionnelles),
- **Implémentable** (≥ 1 étude d'implémentation dans le pays).

La fiche INM est validée et labélisée NPIS[®] si chaque critère obtient au moins 80 % d'accord des experts. Une fois publiée sur le portail du Référentiel, tout professionnel connaît toutes les spécificités de l'INM, ses critères d'utilisation, ses conditions de mise œuvre, ses astuces, le matériel requis et les formations requises. Tout usager dispose d'une notice expliquant simplement le pourquoi, le comment et à qui s'adresser. Toutes les décisions sont tracées et vérifiables par une autorité de santé nationale ou supranationale.

Pouvez-vous donner quelques exemples d'INM ?

A dominante psychosociale

Des psychothérapies

- Thérapie par stimulation cognitive pour les stratégies de mémorisation dans la maladie d'Alzheimer en 14 séances par un psychologue dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.
- Programme de *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR-BC) contre l'anxiété durant les traitements du cancer en 8 séances de groupe par un psychologue clinicien, un psychiatre ou un médecin dans un service d'oncologie, une association de patients, un cabinet, une maison de santé ou un établissement de santé.
- Thérapie *Acceptance and Commitment Therapy* contre la douleur chronique en 9 séances de groupe par un psychologue clinicien ou un psychiatre dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.
- Thérapie Cognitivo-Comportementale contre l'insomnie (TTC-I) en 6-8 séances individuelles distancielles ou présentes par un neuropsychologue, un psychologue clinicien, un psychiatre ou un neurologue dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.
- Programme *Now I Can Do Heights* utilisant un programme utilisant un casque de réalité virtuelle contre l'acrophobie (peur du vide) par un psychologue clinicien ou un psychiatre dans un cabinet, un hôpital ou une maison de santé.

Des programmes de prévention santé

- Programme d'éducation thérapeutique du patient *Living well with COPD* contre les symptômes et les exacerbations de la BPCO en 2 mois et 4 sessions en présentiel ou distanciel par un infirmier, un médecin ou un pharmacien dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.
- Méthode CHESS (*Chronic Headache Education and Self-management*) d'autogestion des migraines par un infirmier ou un médecin dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.
- Programme *MyFriend Youth* en prévention des troubles de l'anxiété et de la dépression chez les élèves de 12 à 15 ans, 10 séances, psychologue scolaire ou infirmier scolaire, établissement scolaire.
- Méthode d'hypnothérapie Spiegel spécialisée dans l'arrêt du tabac en 3 séances par un psychologue, un infirmier, un médecin ou un hypnothérapeute dans un cabinet, un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.
- Thérapie cognitivo-comportementale contre la dépression (TCC-d) par un psychologue clinicien ou un psychiatre dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.

A dominante corporelle

Protocoles de physiothérapie

- Méthode McKenzie contre le mal de dos par un kinésithérapeute dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.
- Programme d'entraînement des muscles du plancher pelvien (PFMT) par une sage-femme ou un kinésithérapeute dans une maison de santé ou un cabinet.
- Programme de rééducation suite à la pose d'une prothèse de hanche en 6 à 10 séances par un kinésithérapeute dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.

Programmes d'activités physiques adaptées

- Programme *Dance therapy for Parkinson Disease* contre les symptômes psychologiques de la maladie de Parkinson par un enseignant en APA dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.
- Programme de réentraînement à l'effort au seuil ventilatoire contre la dyspnée provoquée par la BPCO par un enseignant en APA ou un kinésithérapeute dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.
- Programme d'APA anti-fatigue durant les traitements d'un cancer du sein, de la prostate ou du colon par un enseignant en APA dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.

A dominante nutritionnelle

- Régime sans gluten contre la maladie cœliaque par un diététicien dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.
- Régime FODMAP contre les troubles gastro-intestinaux par un diététicien dans un établissement de santé, une maison de santé ou un cabinet.

Les INM sont-elles de simples recettes à appliquer ?

Les INM sont des protocoles à mettre en œuvre auprès d'une population cible, mais elles ne sont que des cahiers des charges. Elles doivent être contextualisées et personnalisées. Le Référentiel des INM propose des bonnes pratiques et des astuces pour les mettre en œuvre de manière optimale. Par ailleurs, la [NPIS](#) recommande une formation pluriprofessionnelle d'éthique en santé pour les mettre en œuvre. La société savante œuvre avec ses partenaires à l'élaboration et la reconnaissance de cette formation socle qui pourrait être réalisée en particulier dans des établissements de l'enseignement supérieur en collaboration avec le Ministère de la Santé. Cette formation éthique comprend tous les prérequis de savoir, savoir-faire et savoir-être nécessaire à l'exercice interprofessionnel dans la santé. Des professions de santé rompues à l'exercice comme les médecins par exemple auront des équivalences.

Quelle est la valeur ajoutée du Référentiel des INM pour un professionnel de la santé ?

Des protocoles accessibles en consultation

- Renforcement de la qualité et de la sécurité des pratiques existantes (formalisation, harmonisation, sécurisation...),
- Intégration des INM codifiées aux logiciels métiers,
- Documentation informatisée disponible à partir d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un smartphone,
- Extension de la validation à l'ensemble des professionnels concernés sur le territoire,
- Accessibilité rapide et facile au moment de décision à prendre pour la prévention et le soin,
- Simplicité de suivi et du processus évolutif des bonnes pratiques d'implémentation (identification des obstacles, leadership professionnel, mise à disposition de formations et d'aides pour leur mise en œuvre...).

Des moyens de maîtrise de la qualité et des écarts aux protocoles

- Traçabilité par l'usage de protocoles à code unique,
- Renforcement du lien soin / prendre soin,
- Suivi d'indicateurs pertinents,
- Outil de formation continue,
- Marque repérable pour tout système d'aide à la décision (health data, intelligence artificielle),
- Actualisation régulière par les retours d'expériences.

Des moyens de valorisation

- Réponse à un problème pluriprofessionnel identifié par une équipe d'une structure de santé d'un territoire,
- Extension du rôle de certains professionnels, le plus souvent non-médecins,
- Abandon de protocoles peu efficaces, dangereux et/ou coûteux,
- Diminution des réunions mono ou pluriprofessionnelles à l'élaboration d'une intervention,
- Soutien à l'innovation et mise en confiance de professionnels expérimentant de nouvelles pratiques,
- Valorisation financière et optimisation des ressources à l'usage (Encadré 2).

Encadré 2 : Exemple de soutiens de la démarche en octobre 2024

Marguerite Cazeneuve

Directrice Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des soins, Caisse nationale de l'Assurance Maladie

« Nous souhaitons exprimer notre soutien et engagement en faveur de cette initiative qui rend disponible un référentiel des INM validées. Nous accompagnerons cette démarche permettant de garantir la pertinence de l'offre en matière d'INM. »

Maëlig Le Bayon

Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

« Ce projet de Plateforme numérique "Référentiel des Interventions Non Médicamenteuses" s'inscrit pleinement dans l'action de la CNSA et de son centre de ressources de preuves. Quels que soient les outils, notre objectif est d'aider les

financeurs et les porteurs d'actions de prévention de la perte d'autonomie à identifier et à mettre en œuvre des programmes de prévention qui ont fait la preuve de leur efficacité. Cette plateforme les y aidera. »

Philippe Bergerot

Président de la Ligue nationale contre le cancer

« Les soins de support permettent d'améliorer la qualité de vie des patients, de diminuer les séquelles et d'augmenter l'espérance de vie. Je prendrais comme exemple l'activité physique adaptée (APA) dont il est beaucoup question en cette année de Jeux Paralympiques. Il a été démontré que l'APA diminue la fatigue et améliore la survie, à condition de prescription dans un cadre rigoureux et sécurisé. La plateforme mise en place par la NPIS permettra de définir ces conditions et d'apporter le niveau de preuve nécessaire à sa prise en charge par les organismes financeurs de soins. Il s'agit, pour la Ligue, d'un enjeu essentiel d'égalité d'accès à tous les patients à ce type de soins de support. »

Hervé Naerhuysen

Président de l'Observatoire Santé PRO BTP et directeur général de PRO BTP

« La reconnaissance des premiers protocoles d'interventions non médicamenteuses et l'émergence d'un référentiel reconnu sont une avancée majeure pour la santé en France. En tant que groupe de protection sociale, nous sommes fiers de soutenir cette solution de prévention santé qui permet d'améliorer significativement la prise en charge offrant aux patients de l'efficacité, de la sécurité et du bien-être. Cela fait partie intégrante de notre démarche d'innovation sociale que nous menons depuis plusieurs années et dont l'objectif est d'accompagner au mieux les individus dans leur parcours de vie, particulièrement lorsqu'ils sont vulnérables. »

Jérôme Salomon

Sous Directeur Général de l'OMS, Couverture Sanitaire Universelle, Maladies infectieuses, Maladies chroniques, Santé mentale

« Je me réjouis à l'idée de futures collaborations »

Le Référentiel des INM impose-t-il le choix et la mise en œuvre d'une INM ?

Le choix et la mise en œuvre d'une INM à un moment du parcours de prévention et de soins d'une personne ne dépend pas du Référentiel des INM, encore moins de la vocation de la [NPIS](#). Ces décisions dépendent des situations individuelles de santé, des préférences, des disponibilités des professionnels, des qualifications des praticiens, de l'accessibilité sur un territoire et des contextes socio-culturels. L'art de la combinaison des INM entre-elles et avec d'autres solutions de santé, au bon moment relève des professionnels, de systèmes experts, d'organisations pluriprofessionnelles et du système de santé en vigueur dans un pays donné. Le Référentiel des INM met en lumière des pratiques essentielles qui ont fait leur preuve et qui progressent continuellement par la recherche et l'analyse des retours d'expériences. La [NPIS](#) n'a aucune prérogative à imposer un choix d'INM. Chaque professionnel est libre de les suivre, d'en suivre d'autres, ou d'en créer. Idem pour chaque organisation de santé.

Le Référentiel des INM est-il un outil de lutte contre la désinformation dans le domaine de la santé ?

En effet, le Référentiel des INM contribue au développement de solutions efficace et active pour la médecine de précision. Prenons un contre-exemple. Comment faire progresser cette médecine dans le traitement de la douleur et ne pas désarçonner les patients quand une faculté de médecine aussi reconnue que Stanford publie sur son site Internet cette [liste](#) si floue, incomplète et non hiérarchisée (Encadré 3) ?

Encadré 3 : Liste d'INM proposée par la faculté de médecine de Stanford dans le traitement de la douleur

« Activité physique, acupression, acupuncture, application de chaleur ou de froid, aquathérapie, art thérapie, biofeedback, coaching familial, coaching individuel, conditionnement psychologique, désensibilisation, éducation thérapeutique, ergothérapie, hortithérapie, hypnose, kinésithérapie, lotions de massage, méditation, musico-thérapie, posturologie, présence d'un compagnon, soutien psychosocial, stimulation nerveuse électrique transcutanée, thérapie de confort, thérapie par le théâtre, thérapie psychosociale, tonification et renforcement, yoga ».

Combien d'espoir déchu ? Combien de temps perdu ? Combien d'effort vain ? Combien d'argent dilapidé ? Combien de transport carboné inutile ? En tout cas, c'est une subtile manière de mettre en relief les traitements médicamenteux et les chirurgies anti-douleur aux actions ciblées et aux contenus précis. La NPIS et ses partenaires proposent une solution permettant de sortir de cette impasse en faveur avant tout des personnes affectées par un problème de santé. Il s'agit de donner une information fiable sur les INM les plus pertinentes. Il s'agit aussi de ne plus opposer thérapie médicamenteuse et non médicamenteuse, mais de les associer à bon escient et au bon moment.

Quelle est la feuille de route de la NPIS jusqu'en 2030 ?

La [NPIS](#) a dessiné une feuille de route de 2021 à 2030 alignée sur les stratégies des institutions européennes et internationales chargées de la santé (Figure 10). A ce titre, elle a entamé des discussions avec l'Association Européenne de Santé Publique (EUPHA) impliquée dans l'innovation dans les services de santé, le Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies projetant de créer un registre (ECDC, 2023), la Commission Européenne souhaitant promouvoir les « supports de santé, de nutrition, de santé mentale et psychosociaux aux communautés » (Commission Européenne, 2022) et l'OMS Europe déclarant vouloir identifier les « interventions de santé les plus efficaces » d'ici 2030 (OMS Europe, 2021). Elle a déposé plusieurs projets européens. La [NPIS](#) échange également avec l'OMS prônant les « interventions d'auto-prise en charge » depuis 2022 (OMS, 2022), les INM dans son Plan d'action global pour la santé mentale publié en 2022 (OMS, 2022), « les interventions les plus efficaces et les plus réalisables dans un contexte national » dans un rapport publié en 2021 (OMS, 2021) et les actions de santé diminuant les risques environnementaux à travers un compendium (OMS, 2024). La [NPIS](#) échange enfin avec d'autres instances internationales comme l'UNESCO prônant les « interventions spécifiques d'éducation pour la santé et le bien-être » depuis 2016 (UNESCO, 2016), l'UNICEF prônant le partage des « interventions efficaces » en santé depuis 2016 et le développement des « soins de santé primaires » depuis 2018, l'ONU prônant « l'accélération des services de santé essentiels » depuis 2023 (ONU, 2023) et la *Coalition of Partnerships for Universal Health Coverage and Global Health* prônant les « services population-centrée, compréhensifs et intégrés » depuis 2021. Ainsi, un écosystème des INM, de la recherche à la pratique en passant par la formation et la délivrance, est en construction. La [NPIS](#) y participe avec une montée en charge de son référentiel et de ses deux formations open badges Science et Practice (Encadré 4).

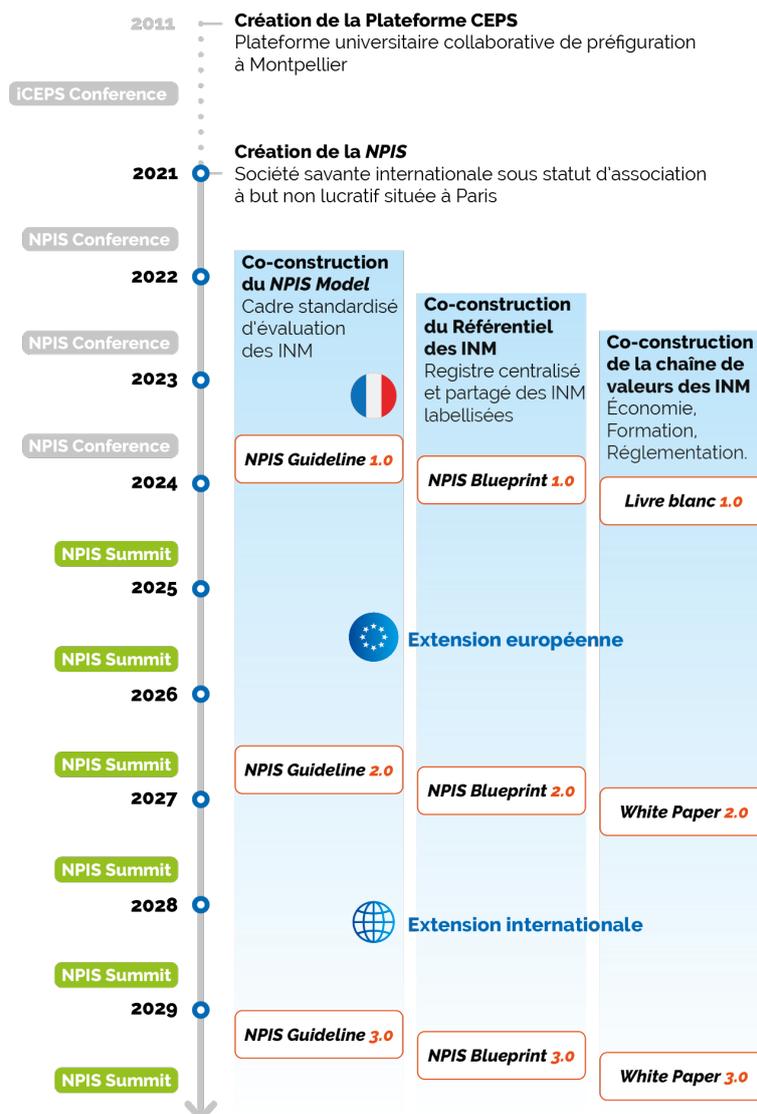


Figure 10 : Feuille de route de la société savante NPIS jusqu'en 2030

Encadré 4 : Objectifs du déploiement international présentés à chaque NPIS Summit

16 octobre 2024 : Lancement du Référentiel avec 10 fiches INM et les 2 open badges de formation pluriprofessionnelle
 15 octobre 2025 : 300 fiches INM et délivrance de 100 open badges Science et Practice
 13 octobre 2026 : 1 000 fiches INM et 500 open badges Science et Practice
 12 octobre 2027 : 2 000 fiches INM et délivrance de 1 000 open badges Science et Practice
 17 octobre 2028 : 3 000 fiches INM et délivrance de 3 000 open badges Science et Practice
 16 octobre 2029 : 5 000 fiches INM et délivrance de 5 000 open badges Science et Practice
 15 octobre 2030 : 10 000 fiches INM et délivrance de 10 000 open badges Science et Practice

La [NPIS](#) implique tous les acteurs, académiques et non académiques, pour créer une véritable chaîne de valeurs au bénéfice de la médecine personnalisée et de précision fondée sur la science, de la santé durable et de la longévité équitable. Avec plus de 2,1 milliards de personnes âgées de plus de 60 ans en 2050, les collaborations multipartites seront les fondements d'une économie de la longévité durable et équitable (World Economic Forum, 2024). C'est la raison pour laquelle des forums sur les INM sont organisés depuis 2024 en France et en Europe, appelés *NPIS Forum*. Un sommet international intitulé, [NPIS Summit](#), se tient chaque année en octobre (Encadré 4).

Encadré 5 : Calendrier des congrès scientifiques sur les INM depuis 2011

25 mars 2011 : ICEPS Conference – congrès 2011 au Corum de Montpellier
 5 avril 2013 : ICEPS Conference – congrès 2013 au Corum de Montpellier
 19-21 mars 2015 : ICEPS Conference au Corum de Montpellier
 19-21 mai 2016 : ICEPS Conference – IBTN à l'Université du Québec à Montréal
 18-21 mai 2017 : ICEPS Conference au Corum de Montpellier
 23 mars 2018 : ICEPS Conference à la Métropole de Montpellier
 28-30 mars 2019 : ICEPS Conference à la Nouvelle Faculté de Médecine de Montpellier
 24-25 novembre 2020 : ICEPS Conference en distanciel à cause du Covid19
 1 décembre 2021 : NPIS Satellite au Ministère de la Santé à Paris
 23-24 juin 2022 : NPIS Conference au Vivacity de Paris
 22-24 mars 2023 : NPIS Conference au Palais des Sports René Bougnol de Montpellier
 16-18 octobre 2024 : NPIS Summit à la Cité Universitaire Internationale de Paris
 5 décembre 2024 : NPIS Forum à la Maison Irène et Frédéric Joliot-Curie de Bruxelles
 15-17 octobre 2025 : NPIS Summit à la Cité Universitaire Internationale de Paris
 13-15 octobre 2026 : NPIS Summit à la Cité Universitaire Internationale de Paris
 12-14 octobre 2027 : NPIS Summit à Bruxelles (Commission Européenne en discussion)
 17-19 octobre 2028 : NPIS Summit à Bruxelles (Commission Européenne en discussion)
 16-18 octobre 2029 : NPIS Summit à Strasbourg (Parlement Européen en discussion)
 15-17 octobre 2030 : NPIS Summit à Genève (OMS en discussion)

Des événements régionaux appelés *NPIS Satellite* rassemblent des professionnels et des usagers sur un thème de santé précis comme par exemple à Lille sur la prévention et le traitement de l'obésité le 22 mars 2024.

Est-ce que la NPIS plaide pour la prescription ou de remboursement d'une INM plus qu'une autre ?

Absolument pas ! La [NPIS](#) œuvre à quelque chose qui la dépasse et qui rassemble par-delà les clivages pour une cause juste, une démarche scientifique au service de meilleures pratiques de prévention, de soins et d'aide à l'autonomie ciblées et personnalisées appelées par les autorités les INM. La société savante défend par la même l'humanisme et la science hérités du siècle des lumières, et quelque part, une vision francophone de la santé à l'international. Aussi, elle ne privilégie pas une INM plus qu'une autre. Elle informe d'une connaissance factuelle à un temps t à partir d'un processus d'expertise collective rigoureux, indépendant et ouvert à toute autorité de contrôle. Elle facilite la traçabilité des INM dans les systèmes de santé. Elle laisse ainsi la liberté aux prescripteurs et aux équipes médico-sociales de les choisir, parfois en complémentarité avec d'autres solutions. Il revient aux organisations nationales de prévention, de soins et d'aide à l'autonomie et aux décideurs politiques de statuer sur la nature, les modalités et le montant de leur prise en charge avec les représentants des professionnels et des usagers.

La NPIS est-elle en train de créer une nouvelle chaîne de valeurs ?

Des pratiques immatérielles de prévention et de soins existent depuis la nuit des temps. Simplement, la diversification des pratiques, la multiplication des métiers au croisement entre prévention, soin et aide sociale, et la mondialisation des systèmes d'information ont nivelé ces services et les ont obscurcis au moment où la médecine a fait des progrès considérables dans la détection et le diagnostic précoces des problèmes de santé. Les études et les rapports institutionnels se multiplient depuis le début du siècle pour attester des avantages socio-économiques des INM (Livre blanc de INM, 2024). La Figure 11 résume ce cercle vertueux.

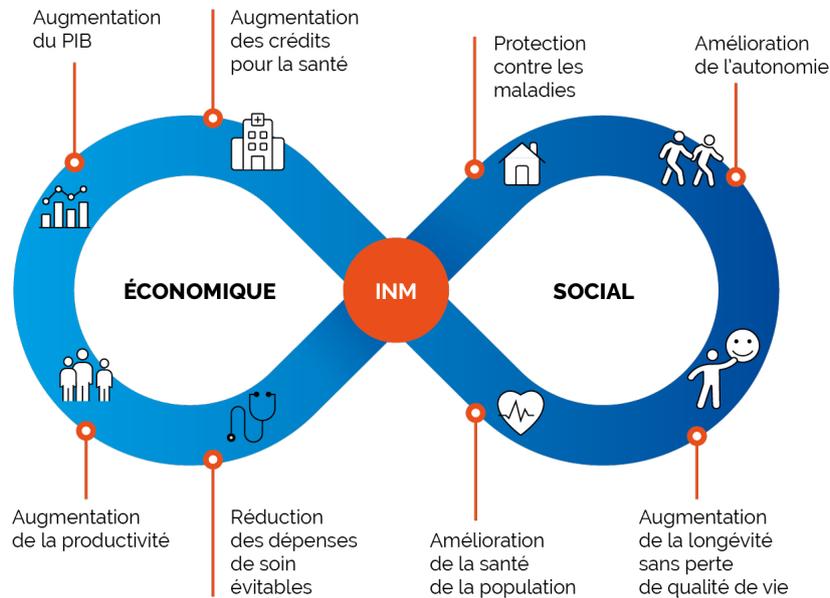


Figure 11 : Les INM au centre de bénéfices socio-économiques, pas que de dépenses

La démarche interdisciplinaire et multisectorielle de la [NPIS](#) génère une chaîne de valeurs (Figure 12), de la conception des pratiques à leur mise en œuvre, en passant par leur réglementation et leur financement. Des initiatives particulièrement innovantes de modèles économiques se lancent partout dans le monde, paiement à l'acte, paiement au forfait, prestation de l'économie sociale et solidaire, aide sociale, offre favorisant le développement durable, économie e-santé, forfait innovation humaine, économie de long terme (World Economic Forum, 2024). Le Pôle Prospective de la [NPIS](#) sous la direction de Michel Noguès retranscrit dans des livres ces initiatives à travers le monde (Noguès, 2022 ; Noguès, 2024). Les *NPIS Forum* invitent tous ceux et toutes celles qui innovent à partager leur expérience.



Figure 12 : Les INM au centre de bénéfices sociétés économiques, pas que de dépenses

La création d'une communauté internationale sur les INM a-t-elle un sens ?

Une alliance sur les INM est indispensable aujourd'hui face aux propositions en silo de disciplines (biologie, psychologie, santé publique...), de métiers (médical, paramédical, éducatif, social...), de secteurs (prévention, soins, aide à l'autonomie, social, éducation, fin de vie, handicap...), de courants (médecines traditionnelles ou scientifiques...) à l'échelle nationale comme supranationale. La [NPIS](#) rapproche ces acteurs éparpillés et parfois divisés pour développer une meilleure compréhension, une meilleure pratique et une meilleure reconnaissance des INM. La société savante contribue au développement d'un écosystème INM souvent laissé pour compte. Elle réunit des centaines de professionnels et d'utilisateurs à travers le monde pour réduire le fardeau des problèmes de santé publique du 21^{ème} siècle connus de toutes et tous. Elle pointe les INM essentielles et leurs bonnes pratiques à adresser aux bonnes personnes au bon moment de leur parcours sans critiquer d'autres solutions de santé (Figure 13).

Concrètement, La [NPIS](#) permet :

- aux acteurs de la recherche de développer, d'évaluer et de valoriser des INM,
- aux professionnels du soin, de la prévention et de l'accompagnement social de renforcer leurs compétences et de disposer de recommandations de bonnes pratiques et d'outils de mise en œuvre des INM,
- aux opérateurs de santé de choisir, d'organiser, de tracer, de consolider, de sécuriser et de pérenniser les investissements dans les INM,
- aux agences nationales et supranationales de santé d'améliorer leur connaissance pour concevoir des stratégies efficaces en matière d'INM,
- aux gouvernements, aux organisations non gouvernementales, aux associations d'utilisateurs et aux fédérations d'acteurs de la santé de disposer d'un langage commun sur un périmètre délimité afin d'élaborer des politiques justes, équitables et durables.

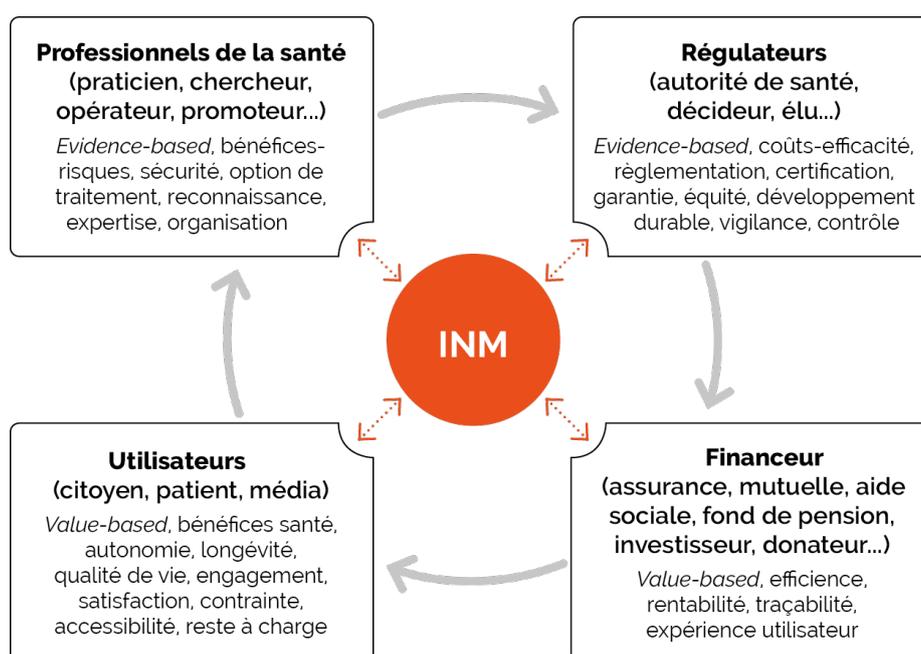


Figure 13 : Une chaîne de valeurs en construction avec toutes les parties prenantes

Après avoir établi un modèle standardisé d'évaluation, la [NPIS](#) encourage à une alliance interprofessionnelle, intersectorielle et trans-partisane en faveur des INM. A travers un sommet international, elle réunit tous les acteurs de l'écosystème la troisième semaine d'octobre chaque année, le [NPIS Summit](#). Cet événement d'envergure discute de la structuration réglementaire, économique, technologique, éducative et informationnelle de l'écosystème avec toutes les parties prenantes. Chaque édition est organisée dans un lieu hautement symbolique. Les éditions 2024, 2025 et 2026 sont organisées à la Cité Universitaire de Paris, place humaniste par excellence, ouverte au monde, à la science et à la paix, créée entre les deux guerres mondiales au siècle dernier. Chacun peut participer et contribuer à cette dynamique internationale fondée dans l'unique but de légitimer les INM dans les offres des systèmes de santé sans dénigrer les autres solutions. Cette coalition informelle s'appelle la [NPIS Alliance](#) (Figure 14).

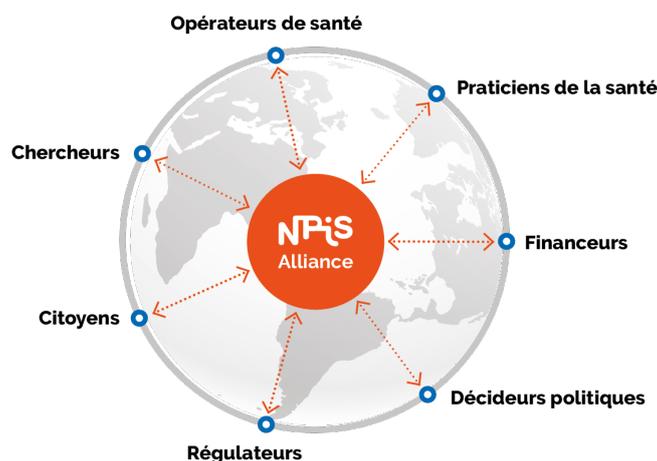


Figure 14 : Une chaîne de valeurs en construction avec toutes les parties prenantes

La [NPIS](#) œuvre à quelque chose qui la dépasse, qui fait sens et qui rassemble pour une cause utile, une démarche scientifique au service de meilleures pratiques de prévention, de soins et d'aide à l'autonomie, ciblées et personnalisées, les INM. Nous défendons par la même la science et l'humanisme hérités du siècle des lumières, et quelque part une vision francophone de la santé à l'international.

Glossaire

Compte tenu de la diversité des personnes intéressées par les INM, la [NPIS](#) a décidé de créer un [glossaire](#) des termes pertinents accessible en ligne qui s'appuient sur les définitions en particulier de l'OMS et des organismes scientifiques dédiés à la santé.

Soutiens du NPIS Model

Sociétés savantes spécialisées dans le domaine de la santé

1. Association des Chercheurs en Activités Physiques et Sportives (ACAPS)
2. Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologie (AFPBN)
3. Association Française d'Urologie (AFU)
4. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS)
5. Collège de la Médecine Générale (CMG)
6. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)
7. Collège National des Sages-femmes de France (CNSF)
8. Société d'Éducation Thérapeutique Européenne (SETE)
9. Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP)
10. Société Française d'Alcoologie (SFA)
11. Société Française d'Allergologie (SFA)
12. Société Française d'Étude et Traitement de la Douleur (SFETD)
13. Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)
14. Société Française de Cardiologie (SFC)
15. Société Française d'Endocrinologie (SFE)
16. Société Française de Neurologie (SFN)
17. Société Française de Nutrition (SFN)
18. Société Française de Pédiatrie (SFP)
19. Société Française de Physiothérapie (SFP)
20. Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA)
21. Société Française de Psychologie (SFP)
22. Société Française de Rhumatologie (SFR)

23. Société Française et Francophone d'Éthique Médicale (SFFEM)
24. Société Francophone d'Étude et de Recherche en Orthoptie (SFERO)
25. Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation (SFNDT)
26. Société Francophone de Santé et Environnement (SFSE)
27. Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNCM)
28. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE)
29. Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)
30. Société Française de Tabacologie (SFT)

Autorités

1. Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie
2. Institut National du Cancer (INCa)
3. Plateforme Française des Réseaux de Recherche Clinique (F-CRIN)

Experts ayant coordonné l'élaboration du NPIS Model pour la France

Dr. Sébastien Abad, UMR 1318 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique Montpellier, CHU Rouen
 Ghislaine Achalid, Ligue contre le cancer
 Pr. Fabrice Berna, Université de Strasbourg, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
 Christine Belhomme, Allié Santé
 Dr. Pierrick Bernard, Laboratoire Euromov, Université de Montpellier
 Pr. François Carbonnel, UMR 1318 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique, Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes, Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire Avicenne
 Dr. Patrizia Carrieri, UMR 1252 SESSTIM (INSERM - Université Aix Marseille), Marseille
 Dr. Patricia Dargent-Molina, Centre de Recherche en Épidémiologie et Statistiques (INSERM), Paris
 Dr. Émeline Descamps, UMR 1214 Unité ToNIC (INSERM - Université Toulouse 3), CHU Purpan
 Pr. Bruno Falissard, Université Paris Saclay, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CNRS, INSERM, Institut Gustave Roussy, UVSQ, Université Paris Saclay), Académie Nationale de Médecine
 Dr. Frédéric Fiteni, UMR 1318 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique Montpellier, CHU de Nîmes
 Dr. Alice Guyon, UMR 7291 Laboratoire de Neurosciences Cognitives (CNRS), Aix-Marseille Université
 Dr. Aude-Marie Foucaut, Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé, Université Sorbonne Paris Nord
 Dr. Arnaud Legout, Centre INRIA de l'Université Côte d'Azur
 Pr. Béatrice Lognos, UMR 1318 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique, Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes, Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire Pauline Lautaud
 Pr. Nicolas Molinari, UMR 1318 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique, CHU Montpellier
 Pr. Grégory Ninot, UMR 1318 Institut Desbrest d'Épidémiologie et de Santé Publique, Institut du Cancer de Montpellier
 Pr. Julien Nizard, UMRS 1229 Regenerative Medicine & Skeleton, Université de Nantes, CHU Nantes
 Dr. Michel Noguès, Non-Pharmacological Intervention Society, Paris
 Pr. François Paille, Université de Nancy, CHU de Nancy
 Pr. Pierrick Poisbeau, Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, CNRS, Université de Strasbourg
 Pr. Lise Rochemaix, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Hospinomics

Groupe d'extension européenne et internationale du NPIS Model

Dr. Gerard Alvarez Bustins, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain
 Prof. Simon Bacon, Department of Health, Kinesiology, and Applied Physiology, Concordia University, lead of the IBTN, Canadian Behavioural Interventions and Trials Network, co-Chair in Artificial Intelligence and Digital Health for Health Behaviour Change, Montréal Behavioural Medicine Centre, Canada
 Prof. Corinne Caillaud, University of Sydney Mosaic Network, Faculty of Medicine and Health Charles Perkins Centre, University of Sydney, Australia
 Dr. Patrizia Carrieri, UMR 1252 SESSTIM (INSERM, University Aix Marseille), France
 Dr. Aude-Marie Foucaut, Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé, Université Sorbonne Paris Nord, France
 Dr. Gianni Franco, NPIS, Namur, Belgique
 Prof. Kim L. Lavoie, CRC in Behavioural Medicine, University of Quebec at Montreal, Montreal Behavioural Medicine Centre, Chronic Disease Division, Hôpital du Sacré-Coeur de Montreal Chair, Canadian Network for Health Behaviour Change, IBTN, Canadian Behavioural Interventions and Trials Network, College of the Royal Society of Canada, Canada
 Prof. Jeffrey V. Lazarus, Health Systems Research Group, Barcelona Institute for Global Health, CUNY Graduate School of Public Health and Health Policy, Spain

Dr. Jean Bernard Mabire, University of Tours, France
Prof. Johana Monthuy-Blanc, Education Science Department, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada
Prof. Iveta Nagyova, European Public Health Association, Department of Social and Behavioural Medicine (SBM), Faculty of Medicine, PJ Safarik University in Kosice, Slovakia
Prof. Grégory Ninot, UMR 1318 Desbrest Institut of Epidemiology and Public Health, Montpellier Cancer Institute, Institut Universitaire de France, France
Dr. Michel Noguès, Non-Pharmacological Intervention Society
Pr. Pierrick Poisbeau, Institute of Cellular and Integrative Neurosciences, France
Pr. Lynda Powell, Rush University, Chicago, USA
Prof. Eleonor Riesco, University of Sherbrooke, Canada
Pr. Lise Rochaix, University of Paris Pantheon-Sorbonne, Hospinnomics
Pr. David Simar, Faculty of Medicine and Health, University of New South Wales, Australia
Pr. Marion Trousselard, Institut de Recherches Biomédicales des Armées, France
Pr. Gerard Urrútia Cuchí, San Pau Hospital, Spain

La société savante NPIS



La société savante internationale

La [NPIS](#) est une **organisation non gouvernementale à but non lucratif et d'intérêt général** sous statut d'association loi 1901 en France. Elle poursuit les travaux épistémologiques sur les INM lancés en 2011 par la plateforme universitaire collaborative CEPS à Montpellier et soutenus par l'Europe, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, la Région Occitanie, la Métropole de Montpellier, l'INCa et la CARSAT Languedoc-Roussillon. La [NPIS](#) accueille des membres et des organisations de tout horizon. Elle est habilitée à recevoir des soutiens sous forme de don et de partenariat. La [NPIS](#) œuvre au développement international de la recherche et de l'innovation dans les INM. Elle contribue à une recherche rigoureuse, intègre, transdisciplinaire et intersectorielle pour une santé humaine active, équitable et durable. Concrètement, la [NPIS](#) émet des avis et des recommandations de bonnes pratiques scientifiques et pluriprofessionnelles sur les INM. Elle partage ces connaissances à l'échelle internationale à travers des outils globaux et ouverts. Elle élabore en particulier un Référentiel des INM, un glossaire et des formations pluriprofessionnelles certifiantes. Elle organise un sommet annuel en octobre, le *NPIS Summit*, et des colloques thématiques ciblés, les *NPIS Satellites*.

Les membres du bureau

Président : **Pr. Grégory Ninot**
Vice-Président : **Dr. Michel Noguès**
Trésorière : **Christine Tabuenca**
Secrétaire Général : **Laurent Stubbe**

Les membres d'honneur

Président d'honneur : **Pr. Bruno Falissard**, membre de l'Académie Nationale de Médecine
Membre d'honneur : **Pr. Iveta Nagyova**, présidente de l'Association Européenne de Santé Publique

Les attachés de direction, les responsables de pôles et les chargés de mission à contacter

Ghislaine Achalid

Chargée du Référentiel des INM

ghislaine.achalid@npisociety.org

Yannick Bardie

Chargé du projet de Registre des protocoles d'études INM

yannick.bardie@npisociety.org

Claire Boursier Chargée des relations institutionnelles internationales	claire.boursier@npisociety.org
Mathis Brier Chargé des actions en faveur des jeunes chercheurs	mathis.brier@npisociety.org
Antoine Courivaud Chargé du congrès annuel <i>NPIS Summit</i>	antoine.courivaud@npisociety.org
Eva De Stefano Attachée de direction	eva.destefano@npisociety.org
Gianni Franco Chargé du développement international	gianni.franco@npisociety.org
Karen Lambert Cordillac Responsable du Pôle Science	karen.lambert-cordillac@npisociety.org
Robert Meslé Chargé du projet de revue scientifique	journal@npisociety.org
Grégory Ninot Président-fondateur	gregory.ninot@npisociety.org
Michel Noguès Vice-Président, responsable du Pôle Prospective	michel.nogues@npisociety.org
Baptiste Trichet Attaché de direction	baptiste.trichet@npisociety.org
Aline Herbinet Weber Responsable du Pôle Formation	aline.weber@npisociety.org

Bibliographie

- Académie Nationale de Médecine. *Thérapies complémentaires en France*. Paris, Académie Nationale de Médecine, 2021.
- Agence de l'Innovation en Santé. [Présentation de l'Agence de l'Innovation en Santé](#). Paris, AIS, 2021.
- Assurance Maladie. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Les propositions de l'Assurance Maladie pour 2025*. Paris, Assurance Maladie, 2024.
- Boutron I, Altman DG, Moher D, et al. CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: A 2017 Update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Annals of Internal Medicine*, 2017, 167(1), 40-47.
- Bouvenot G, Vray M. *Essais cliniques : Théorie, pratique et critique*. Paris, Lavoisier, 2006.
- Butcher NJ, Monsour A, Mew EJ, et al. Guidelines for reporting outcomes in trial protocols : The SPIRIT-outcomes 2022 Extension. *Journal of the American Medical Association*, 2022, 328(23), 2345-2356.
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. *Plan Maladie Neuro-Dégénératives (2014-2019)*. Paris, CNSA, 2014.
- Carbonnel F, Ninot G. Identifying frameworks for validation and monitoring of consensual behavioral intervention technologies : Narrative review. *Journal of Medical Internet Research*, 2019, 21(10), e13606.
- Chan AW, Tetzlaff JM, Altman DG, et al. SPIRIT 2013 Statement : Defining standard protocol items for clinical trials. *Annals of Internal Medicine*, 2013, 158(3), 200-7.
- Chauvin F. *Vers un modèle français des soins d'accompagnement*. Paris, Ministère de la Santé, 2023.
- Chen S, Kuhn M, Prettner K, et al. The global economic burden of chronic obstructive pulmonary disease for 204 countries and territories in 2020-50 : A health-augmented macroeconomic modelling study. *The Lancet Global Health*, 2023, 11(8), e1183-e1193.
- Coalition of Partnerships for Universal Health Coverage and Global Health. *Global Health Commitments 2015-2030*. New York, Coalition Universal Health Coverage and Global Health, 2021.

- Collins LM, Murphy SA, Nair VN, *et al.* A strategy for optimizing and evaluating behavioral interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 2005, 30(1), 65-73.
- Commission Européenne. *EU Global Health Strategy*. Bruxelles, EU, 2022.
- Conseil Économique, Social et Environnemental. *La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement*. Paris, CESE, 2023.
- Cour des Comptes. *L'organisation territoriale des soins de premier recours*. Paris, Cour des Comptes, 2024.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, *et al.* Developing and evaluating complex interventions : The new MRC guidance. *British Medical Journal*, 2008, 337, a1655.
- Czajkowski SM, Powell LH, Adler N, *et al.* From ideas to efficacy : The ORBIT model for developing behavioral treatments for chronic diseases. *Health Psychology*, 2015, 34(10), 971-982.
- Delorme M, Faravel K, Ninot G, Beaumont M. Kinésithérapie et interventions non médicamenteuses : des exemples en réadaptation respiratoire et soins oncologiques aux perspectives. *Kinésithérapie, la Revue*, 2024, 24(270), 31-36.
- Dunleavy L, Collingridge Moore D, Korfage I, *et al.* What should we report ? Lessons learnt from the development and implementation of serious adverse event reporting procedures in non-pharmacological trials in palliative care. *BMC Palliative Care*, 2021, 20(1), 19.
- Ernst E, Smith K. *More Harm than Good ? The Moral Maze of Complementary and Alternative Medicine*. Cham, Springer, 2018.
- European Centre for Disease Prevention and Control. *Consolidated Annual Activity Report 2022*. Stockholm, ECDC, 2023.
- European Centre for Disease Prevention and Control. *Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV*. Stockholm, ECDC, 2020.
- Falissard B. How should we evaluate non-pharmacological treatments in child and adolescent psychiatry ? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2015, 24(9), 1011-1013.
- Ferreira RJO, Henriques A, Moe RH, *et al.* Presentation of the first international research network to foster high-quality clinical trials testing non-pharmacological interventions (TRACTION network). *British Medical Journal Open*, 2024, 14(7), e081864.
- France Gouvernement. [Innovation santé : faire de la France la première nation européenne innovante et souveraine en santé](#). Paris, Gouvernement, 2021.
- France Gouvernement. [La stratégie de la France en santé mondiale 2023-2027](#). Paris, Gouvernement, 2023.
- France Gouvernement. [Stratégie décennale sur les soins d'accompagnement](#). Paris, Gouvernement, 2024
- Glasziou P, Meats E, Heneghan C, *et al.* What is missing from descriptions of treatment in trials and reviews ? *British Medical Journal*, 2008, 336(7659), 1472-1474.
- Haut Conseil de la Santé Publique. *Indication des interventions non pharmaceutiques pour limiter la diffusion des maladies transmissibles*. Paris, HCSP, 2019.
- Haute Autorité de Santé. *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. La Plaine, HAS, 2011.
- Haute Autorité de Santé. *Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ?* La Plaine, HAS, 2015.
- Haute Autorité de Santé. *Programme pluriannuel - Psychiatrie et Santé Mentale 2018-2023*. La Plaine, HAS, 2020.
- Hoffmann T, Glasziou P, Boutron I, *et al.* Better reporting of interventions : Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *British Medical Journal*, 2014, 348, g1687.
- Hoffmann TC, Erueti C, Glasziou PP. Poor description of non-pharmacological interventions : analysis of consecutive sample of randomised trials. *British Medical Journal*, 2013, 347, f3755.
- Hohenschurz-Schmidt D, Vase L, Scott W, *et al.* Recommendations for the development, implementation, and reporting of control interventions in efficacy and mechanistic trials of physical, psychological, and self-management therapies : the CoPPS Statement. *British Medical Journal*, 2023, 381, e072108.
- INSERM. [L'Inserm et le plan France 2030](#). Paris, INSERM, 2024.
- Inspection Générale des Affaires Sociales. *Rapport sur l'évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives*. Paris, IGAS, 2022.
- Ioannidis JP. How to make more published research true. *PLoS Med*, 2014, 11(10), e1001747.
- Isaac-Sibille C, Chauvin F, Iacovelli X. *Deuxième journée parlementaire « prévention en santé » : Feuille de route 2023-2027. Restitution des contributions des coalisés*. Paris, 12 avril 2023.
- Klein E. *Le goût du vrai*. Paris, Gallimard, 2020.
- Lamboy B. Interventions fondées sur les données probantes en prévention et promotion de la santé : définitions et enjeux. *La Santé en Action*, 2021, 456, 6-8.
- Mao JJ, Pillai GG, Andrade CJ, *et al.* Integrative oncology : Addressing the global challenges of cancer prevention and treatment. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 2022, 72(2), 144-64.
- McKee M, de Ruijter A. The path to a European Health Union. *The Lancet Regional Health Europe*, 2023, 36, 100794.
- Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel : A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 2011, 6, 42.
- Minet M, Bousageon R, Coudeyre E, Schaeffer T, Tison F, Ninot G. Prescription des interventions non médicamenteuses. *Kinésithérapie, la Revue*, 2024, 24(270), 37-40.

- Minet M, Ninot G, Vialla F. Responsabilité d'usage des interventions non médicamenteuses. *Kinésithérapie, la Revue*, 2024, 24(270), 37-40.
- Ministère de la Santé. *Stratégie Nationale de Santé 2018-2022*. Paris, Ministère de la Santé, 2018.
- Ministère de la Santé. *La santé publique en action : Projet stratégique 2024-2026*. Paris, Ministère de la Santé, 2024.
- Miviludes. *Rapport d'activité 2021*. Paris, Miviludes, 2022.
- Moher D, Schulz KF, Simera I, Altman DG. Guidance for developers of health research reporting guidelines. *PLoS Medicine*, 2010, 7(2), e1000217.
- National Institute for Health and Care Excellence. *Definition of intervention, NICE Glossary*. London, NICE, 2024.
- Ninot G, Descamps E, Achalid G, et al. NPI Model : Standardised framework for evaluating non-pharmacological interventions in the French health context. *HAL*, 2023, hal-04360550, version 1 (21-12-2023).
- Ninot G. *Démontrer l'efficacité des INM : Question de points de vue*. Montpellier, PULM, 2013.
- Ninot G. *Guide professionnel des interventions non médicamenteuses*. Paris, Dunod, 2019.
- Ninot G. *Non-pharmacological interventions : An essential answer to current demographic, health, and environmental transitions*. Cham, Springer Nature, 2020.
- Ninot G. *Interventions non médicamenteuses : Protocoles universels et efficaces de prévention et de soin pour la médecine personnalisée et la santé durable*. Nice, Ovadia, 2024.
- Ninot G, Abad S, Minet M, et al. Définition du terme « intervention non médicamenteuse » (INM). *Kinésithérapie, la Revue*, 2024, 24(270), 9-14.
- Ninot G, Achalid G, Descamps E., et al. Cadre standardisé d'évaluation des interventions non médicamenteuses : Intérêts pour la masso-kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue*, 2024, 24(270), 15-19.
- Ninot G, Achalid G, Noguès M. Référentiel des interventions non médicamenteuses : clé de sécurisation, de traçabilité et d'efficacité des protocoles de masso-kinésithérapie. *Kinésithérapie, la Revue*, 2024, 24(270), 20-23.
- Ninot G, Bardie Y, Bernard PL, et al. NPIS, la société savante internationale dédiée à la recherche sur les interventions non médicamenteuses. *Kinésithérapie, la Revue*, 2024, 24(270), 3-8.
- Ninot G, Minet K, Lambert-Cordillac K. Les INM, solutions nutritionnelles efficaces de la médecine personnalisée et de la santé durable. *Nutrition et Endocrinologie*, 2024, 1-4.
- Noguès M. *Les enjeux économiques, sociaux et environnementaux du marché des INM en santé*. Nice, Ovadia, 2022.
- Noguès M. *Préserver son capital santé avec des interventions non médicamenteuses*. Nice, Ovadia, 2024.
- OCDE. *Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, Éditions OCDE, 2023.
- OMS. *Feuille de route pour la mise en œuvre du plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles de 2023 à 2030*. OMS, Genève, 2021.
- OMS. *Health and well-being and the 2030 agenda for sustainable development in the WHO European region : An analysis of policy development and implementation*. Copenhagen, WHO, 2021.
- OMS. *Lignes directrices de l'OMS sur les interventions d'auto-prise en charge pour la santé et le bien-être. Révision 2022. Résumé d'orientation*. Geneva, WHO, 2022.
- OMS. *Non-adherence to long term therapies*. Geneva, WHO, 2003.
- OMS. *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030*. Geneva, WHO, 2022.
- OMS. *Compendium of WHO and other UN guidance in health and environment, 2024 update*. Geneva, WHO, 2024.
- ONU. *The sustainable development goals report 2023*. New York, ONU, 2023.
- Ordre des infirmiers. *Position du Conseil national de l'Ordre des infirmiers sur les pratiques non conventionnelles de santé*. Paris, CNOI, 2023.
- Ordre National des Médecins. *Pratiques de soin non conventionnelles et leurs dérivés : État des lieux et proposition d'action*. Paris, CNOM, 2023.
- Peters DH, Tran NT, Adam T. *Implementation research in health : A practical guide*. Alliance for Health Policy and Systems Research. WHO, 2013.
- Pinnock H, Barwick M, Carpenter CR, et al. Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI) Statement. *British Medical Journal*, 2017, 356, i6795.
- Schwartz D, Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2009, 62(5), 499-505.
- UNESCO. *Stratégie de l'UNESCO sur l'éducation pour la santé et bien-être : Contribution aux objectifs de développement durable*. Paris, UNESCO, 2017.
- UNICEF. *A vision for primary health care in the 21st century : Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva, UNICEF, 2018.
- UNICEF. *Strategy for Health 2016-2030*. New York, UNICEF, 2016.
- Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*, 2007, 370(9596), 1453-7.
- World Economic Forum. *Longevity Economy Principles : The Foundation for a Financially Resilient Future. Insight Report*. Davos, WEF, 2024.



npisociety.org

NPIS, 5 rue des reculettes, 75013 Paris

Paris, 15 octobre 2024