



Approche centrée patient et interventions non médicamenteuses (INM) en médecine générale

Patient-centered approach and non-pharmaceutical interventions (NPIs) in general practice

Agnès Oude Engberink^{1,2,3}, Gérard Bourrel^{1,2,3}, François Carbonnel^{1,2,3}, Sylvain Pavageau^{1,2}, Lucie Clotet^{1,2}, Béatrice Lognos^{1,2}

1. Plateforme CEPS - Plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support, Universités de Montpellier, Montpellier (France)

2. Département de Médecine Générale, Université de Montpellier, Montpellier (France)

3. Maison de Santé Pluriprofessionnelle, Cabestany (France)

g.bourrel@wanadoo.fr

Résumé

L'essor des interventions non médicamenteuses (INM) a du sens et interpelle sur les besoins et les attentes des médecins et des usagers. Ces solutions de santé, nées de bouleversements sociétaux et économiques, doivent être « repensées » pour être intégrées dans des parcours de soins coordonnés. L'approche centrée patient est au cœur de cette démarche. La communauté médicale territoriale, en particulier les acteurs des soins primaires, doit se mobiliser pour élaborer des modalités d'enseignement et d'évaluation de ces INM par une recherche appropriée.

Mots clés

Intervention non médicamenteuse ; INM ; Approche centrée patient

Abstract

The rise of non-pharmacological interventions (NPIs) makes sense and challenges the needs and expectations of physicians and users. These health solutions, born of societal and economic upheavals, must be "redesigned" to be integrated into coordinated care pathways. The patient centered approach is at the heart of this approach. The territorial medical community, especially primary care stakeholders, must mobilize to develop methods for teaching and evaluating these NPIs through appropriate research.

Keywords

Non-pharmacological intervention; NPIs; Patient-centered approach

Introduction

L'appellation de ces approches et techniques intervenant dans la prise en charge de la santé des patients a varié au cours des dernières années. Ces variations sont liées aux spécificités des différents systèmes de santé et à leurs pratiques, aux fluctuations des modes et les cultures. Aujourd'hui, le regard que l'on porte sur elles a changé sous l'influence d'événements souvent extérieurs à ces pratiques mêmes, comme la démographie médicale ou l'accroissement de l'espérance de vie. Dans leur visée thérapeutique, les Interventions Non Médicamenteuses (INM) ne visent pas à remplacer les thérapies conventionnelles (traitements biologiques, radiothérapiques et chirurgicaux, solutions technologiques implantables) mais à compléter ces traitements prescrits par les médecins. Elles ne sont que très rarement des thérapies alternatives. Dans leur visée préventive, les INM retardent l'apparition de maladies, voire les évitent, et dans certaines situations, elles sont des « supports » permettant de « mieux vivre » une maladie



chronique ou lourde. Dans le suivi des maladies, elles diminuent leurs symptômes, améliorent la qualité de vie et participent à l'optimisation des ressources de la personne dans une action relevant du concept « *d'empowerment* ». Enfin, les INM impliquent la participation active et éclairée des patients, relevant des choix personnels possibles dont disposent les patients dans la gestion et la maîtrise de leur santé. Elles peuvent déterminer l'adoption d'un nouveau comportement de santé. Dans cette perspective, elles représentent une composante de la « démocratie sanitaire ». Au total, elles s'adressent à la fois aux personnes désireuses de vieillir en bonne santé et aux malades chroniques et leur permettent de le faire en toute autonomie.

Le contexte et enjeux

Limites des thérapeutiques médicamenteuses

D'une manière générale, les taux de mauvaises ou de non-réponses aux médicaments sont très élevés : environ 40 % pour le diabète, la dépression, l'asthme, environ 70 % pour Alzheimer, et jusqu'à 75 % pour certains cancers [1]. On estime que ces taux de non ou de mauvaises réponses à des médicaments sont dus, dans environ 50 % des cas, à des mutations génétiques [1]. Dans certaines maladies chroniques comme le cancer, certaines maladies inflammatoires ou dégénératives, les interventions médicamenteuses ont montré des limites malgré tous leurs bénéfices.

A ces limites s'ajoutent une défiance liée à des « affaires » de plus en plus nombreuses comme celles du Mediator ou de la Depakine. Ce contexte de défiance touche toutes les institutions concernées : politiques dans leurs décisions éloignées du terrain, médicales à partir des conflits d'intérêt et de controverses médiatisées orchestrées par des personnalités médicales, enfin, suspicions de plus en plus fortes sur l'industrie du médicament et son corollaire, le marketing des laboratoires.

Enfin, les industries pharmaceutiques peinent de plus en plus à introduire de nouvelles molécules sur le marché. Globalement, c'est même la fiabilité de la science et sa validité qui en est entachée. Cependant, les patients gardent la confiance en leur médecin de proximité, celui qui les connaît (91% d'opinions favorables d'après le Baromètre Groupe Pasteur Mutualité. 2010).

Iatrogénie et enjeu médico-économique

Le nombre important des effets indésirables des médicaments est un fait à prendre en compte dans l'émergence des INM. Les hospitalisations dues à ce phénomène représentent environ 5 % du nombre total des hospitalisations aux États-Unis et en Europe. De plus, on constate globalement une iatrogénie ayant des conséquences de plus en plus évidentes avec un coût humain et financier notable. En France, la pharmacovigilance enregistre 20 000 décès par an et l'iatrogénie génère 128 000 hospitalisations par an.

Si l'on considère la mortalité attribuable aux 19 principaux facteurs de risque selon l'OMS [2], on se rend compte que les troubles psycho-socio-comportementaux (tabagisme, alcoolisme, inactivité physique, malnutrition) sont responsables des plus hauts risques de morbi-mortalité. 7,5 milliards d'euros investis par l'Europe d'ici 2020 sur la prévention et le traitement des maladies chroniques. Compte tenu du rapport bénéfice-risque et du coût important du développement de médicaments, les décideurs encouragent les investissements sur d'autres voies. 2,2 milliards de dollars investis par les *National Institutes of Health* (NIH) entre 2010 et 2014 pour le développement des médecines complémentaires. 7,5 milliards d'euros ont été investis par l'Europe d'ici 2020 sur la prévention et le traitement des maladies chroniques. Des études constatent aujourd'hui des économies directes et indirectes des INM.

Nécessité d'améliorer la qualité de vie

Dans le domaine des maladies chroniques, il y a une réflexion à mener sur la prise en charge globale des patients avec l'objectif d'améliorer la qualité de vie. Dans le suivi du cancer est née la notion de « soins de support ». Traduit de l'anglais « *supportive care* », les « soins de support » sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie [3]. Globalement, on retrouve sous ce vocable l'ensemble des INM. Ces soins peuvent se faire en association avec les traitements spécifiques contre le cancer, ou être éventuellement mis en place ou administrés seuls. Ils devraient être réfléchis et anticipés dès l'annonce du diagnostic [4]. L'ensemble des INM



constitue un corpus interventionnel du « prendre soin ». L'accompagnement des patients dans une logique du *care* pourrait réduire les coûts de santé des maladies chroniques et ceux du cancer en évitant les traitements de trop, notamment des chimiothérapies.

Médiatisation du courant sociétal « se soigner autrement »

Un nombre incalculable de livres ou de magazines sont consacrés à la proposition de « se soigner autrement ». Certaines mutuelles ou assurances proposent même un forfait « se soigner autrement ». Des blogs existent (par exemple www.blogensante.fr). C'est donc un phénomène que l'on pourrait superficiellement qualifier de phénomène de « mode », mais qui en arrière-plan relève d'un phénomène sociétal collectif et individuel renvoyant aux limites de la médecine traditionnelle et à une défiance à son égard.

Définition

Choisir la bonne appellation

Les Américains du *National Institute of Health* [5] les regroupent sous l'intitulé « *Complementary and Alternative Medicine (CAM)* » ou Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) en français. L'Académie Nationale de Médecine française parle de « thérapies complémentaires » [6]. La Haute Autorité de Santé (HAS) en 2011 parle de « thérapeutiques non médicamenteuses validées » [7]. En fait, des appellations « anciennes » multiples, dont les plus courantes en France sont classées dans les médecines « douces » ou « naturelles », introduisent une dichotomie polémique qui n'a plus cours aujourd'hui. Deux termes méritent d'être discutés : celui de « médecine alternative » faisant référence à un choix entre deux types de prise en charge, mais pourrait laisser entendre que les INM sont utilisables par défaut, devant la limite d'effets médicamenteux ; celui de « médecine complémentaire » s'inscrit dans un algorithme de prises en charge possibles « en complément » des médecines médicamenteuses qui seraient le choix premier. En fait, les deux peuvent se justifier dans un bon nombre de cas. Cependant, il nous semble que le terme « INM » (*non pharmacological intervention* en anglais) situe mieux ce dont il s'agit : c'est une « intervention », thérapeutique et/ou de support, visant l'amélioration de la santé, et ne faisant pas appel à un mécanisme pharmacologique.

Ce qui nous amène à la définition complète édictée par la Plateforme universitaire CEPS : « une INM est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socio-économiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques » [8].

Vers une classification des INM

La Haute Autorité de Santé française [7] considère que les INM relèvent de trois domaines, les « thérapeutiques physiques » qui se subdivisent en deux catégories, les gestes thérapeutiques apposés sur le corps (méthodes de massage, de kinésithérapie, d'ostéopathie, de chiropractie, d'acupuncture, d'ostéopathie, de thalasso-thérapie...) et les programmes d'activités physiques individuelles ou collectives (programmes de yoga, de tai-chi-chuan, de marche nordique, de jeu vidéo mobilisant le corps, d'équithérapie, d'activités physiques adaptées...) ; les « règles hygiéno-diététiques » se subdivisent en deux catégories, les régimes (types de régime) et les compléments alimentaires (antioxydants, vitamines...) ; enfin, les « traitements psychologiques » qui se subdivisent en deux catégories, ceux qui débouchent sur l'éducation thérapeutique (programme d'éducation thérapeutique, gestionnaire de parcours, *serious game*, stratégie de prévention d'un risque professionnel...) et les psychothérapies (méthodes de thérapies cognitivo-comportementales, de *mindfulness*, de méditation, de groupes de parole, d'hypnose, de psychanalyse, de musicothérapie, d'art thérapie...). La classification des INM produite par la Plateforme CEPS [8] retrouve ces trois grandes interventions (activités physiques, psychologiques et nutritionnelles) auxquelles s'ajoutent les objets connectés et les autres INM.



Les questions posées par les INM

En quoi les INM peuvent-elles être considérées comme une innovation dans la prise en charge des patients ? Quelles transformations du système de soin impliquent-elles ? Quelles compétences requièrent-elles pour être acceptées et reconnues comme des outils au service de la santé des patients ? De quelles évaluations font-elles l'objet pour avoir une caution scientifique ?

Changement de paradigme et nouveau regard : s'intéresser aux préférences du patient

Si l'on regarde la classification des INM [8], on se rend compte que la plupart existent depuis longtemps. Elles sont effectuées soit par des médecins qui ont choisi d'en faire une spécificité de leur exercice, soit par des professionnels dits « paramédicaux » ou encore par des individus sans appartenance professionnelle revendiquant une compétence. Jusqu'à maintenant, beaucoup d'entre elles étaient utilisées comme des médecines « alternatives », conseillées ou prescrites par les médecins eux-mêmes quand « tout avait été fait » dans le domaine médicamenteux, soit les patients avaient recours à ces pratiques « en parallèle » des prises en charge médicales, le plus souvent à l'insu du médecin. Il est nécessaire que le regard que les médecins portent sur ces interventions et la place qu'ils leur accordent changent : cette transformation n'est pas facile car la médecine est ancrée dans le paradigme technoscientifique avec ses schémas de pensée. Néanmoins, les INM connaissent un essor sans précédent depuis une dizaine d'années comme le montre l'augmentation exponentielle des publications scientifiques et médicales sur le sujet.

La limite thérapeutique des médicaments, leur coût, leur iatrogénie, le changement de mentalités des usagers doivent pousser les milieux médicaux à évaluer les bénéfices et les risques des INM. Les concepteurs de l'Evidence Based Medicine ont décrit la décision médicale comme étant à l'intersection de trois cercles, l'état de la science, l'expérience clinique des médecins et les préférences du patient [8]. Les médecins ont fait le choix de l'état de la science (et notamment de l'essai randomisé contrôlé comme principe d'évaluation scientifique) négligeant les deux autres cercles. A contrario, l'argument des médecines dites « parallèles » était que le soignant « s'intéressait » au patient dans toutes ses dimensions et dans son contexte et non pas qu'à la maladie seule. Il prenait son temps pour le faire. Cette dichotomie entre une prise en charge centrée sur la maladie et une autre centrée sur le patient n'est pas nouvelle, les anglo-saxons distinguent *disease* (processus pathologique, maladie) et *illness* (affection, sentiment d'être malade).

Deux paradigmes émergent, un globalement centré sur la maladie et le médicament avec une perspective de guérison (*cure*) et un autre centré sur la personne qu'est le patient dans une approche globale (*care* ou « prendre soin »). Ce dernier fait référence à l'éthique du *care*, telle que l'a conçue Carol Gilligan qui mettait en avant les capacités naturelles de prendre soin de l'Autre quand on appartenait au genre féminin [9]. Dans ces courants déjà anciens s'inscrivent des approches « nouvelles » jetant un regard nouveau sur les « préférences du patient » dans une approche personnalisée centrée sur la personne et *la manière dont elle vit sa maladie*. Cette dernière approche explorant le vécu de la maladie renvoie à l'approche phénoménologique qui est à la fois une attitude et une méthode.

La médecine personnalisée en soins primaires implique la participation des patients

Le californien Leroy Hood [9] est le concepteur de la médecine personnalisée appelée aussi « Médecine P4 ». Elle intègre quatre composantes, elle est personnalisée, prédictive, préventive et participative. Or, comme on l'a vu pour l'EBM, le choix a été fait de se centrer sur la « personnalisation moléculaire » (centrée sur la carte génétique) plutôt que sur la « personnalisation subjective » (centrée sur le sujet, la personne humaine) [10]. Les politiques, les industriels et les médecins ont trouvé une justification commune à la personnalisation moléculaire. Il est incontestable que « le bon médicament, administré au bon patient (celui qui a le plus de chance d'en bénéficier), au bon moment » évitera des échecs, une iatrogénie et des dépenses évitables. Cette approche est là pour lutter contre la prescription « identique pour tout le monde » (*one-size-fits-all*). Cette approche est de plus en plus mal vécue par les patients qui ont conscience de « l'inégalité de l'individu devant la maladie et le traitement ». Dans une étude qualitative explorant « ce que pensent les parents de la vaccination de leurs enfants » [11], ils répondent que leur choix est influencé par la conscience de la singularité de leur enfant face à la maladie et le vaccin. Une autre étude non publiée sur la « diversification alimentaire » montre que les mères préfèrent se fier à leur intuition de mère qu'à des protocoles médicaux. Une médecine participative relève de la



prise en compte des préférences du patient et de sa participation active et maîtrisée aux choix pour sa santé (*empowerment*). Ainsi, les patients qui allaient chercher « ailleurs » ce que les médecins ne pouvaient leur apporter, pourront désormais se voir offrir un « choix raisonné » et accompagné d'INM et négocier avec eux leur pertinence selon un nouveau principe qui pourrait se formuler ainsi : « la bonne intervention, à la bonne personne, au bon moment, dans un contexte approprié ». La bonne « cible thérapeutique », but de la médecine personnalisée, n'est pas que moléculaire, elle doit tenir compte des données psychosociales (les « préférences du patient ») comme l'avait conçu Sackett, et dans une perspective phénoménologique, de son expérience vécue. La médecine de soins primaires doit développer cette dimension du concept avec les usagers-patients.

L'approche centrée patient, une démarche déterminant le choix d'INM

Le concept d'approche centrée-patient (*patient-centeredness* en anglais) a été formalisé par Stewart [12]. Il fait suite au modèle biopsychosocial de Engel qui se démarquait d'une approche strictement biomédicale. L'auteur décline ce modèle en six composantes : explorer l'expérience vécue de la maladie du patient, comprendre la personne dans sa globalité, s'entendre avec le patient, mettre en valeur l'alliance thérapeutique, valoriser la prévention et la promotion de la santé, faire preuve de réalisme et de réflexivité. Les trois premières relèvent d'une approche phénoménologique, car centrée sur l'expérience vécue et les préférences du patient dans son contexte de vie. Le médecin généraliste utilisant l'approche centrée patient, conscient des capacités du patient qu'il connaît et de son environnement, est bien placé pour choisir ces INM, pour choisir « ce qui est bon pour lui ». La bonne « cible thérapeutique », but de la médecine personnalisée, n'est pas que moléculaire, elle doit tenir compte des préférences du patient. L'approche centrée patient légitime trois conditions de la relation d'aide centrée sur la personne : l'empathie, la congruence et l'attitude positive inconditionnelle [13].

On le voit, les attitudes qui président à la prescription des INM relèvent d'une question que doit se poser le médecin au sujet de son patient : « qu'est-ce qu'il pense de ce qui est bon pour lui, de ce qui est important pour lui ? ». Le médecin doit accompagner la réponse.

Les INM dans un système de soin en pleine mutation

L'évolution démographique, la désertification médicale et l'augmentation de l'espérance de vie ont permis l'émergence rapide des nouvelles structures de soin, comme les maisons de santé pluriprofessionnelles et les pôles de santé. Le règlement arbitral des maisons de santé pluriprofessionnelles stipule qu'elles doivent se construire sur un projet de soin dont le fondement est l'interprofessionnalité et l'*approche centrée patient* sur le modèle américain du *Patient-Centered Medical Home* [14]. Ce modèle s'est construit sur la base de la concertation avec les usagers. La gestion des ressources humaines de ces structures se fait en fonction des besoins des professionnels de la structure et de la population. De fait, les professionnels qui proposent des INM diversifient l'offre de soin de la structure en y apportant des compétences nouvelles (activités physiques adaptées, thérapies manuelles, psychothérapie, diététique, éducation thérapeutique, e-santé). Le large éventail des INM correspond à la diversité des besoins et des personnes, et participe de la personnalisation des soins. L'innovation de ces structures est que le recours à des INM est inclus dans un système coordonné. Des évaluations restent à faire pour évaluer leur intérêt.

Intégration des INM au parcours de soin, une légitimité nouvelle.

Dans un système coordonné, les INM n'auront pas à souffrir de leurs maux habituels : un manque de crédibilité lié à un manque de preuves, un défaut de supervision, pour ne pas dire une tentation de « clandestinité » par des effecteurs à la compétence incertaine. En étant clairement inclus dans le parcours de soin / de santé, dans une décision concertée et raisonnée entre le médecin et son patient, les INM vont gagner en légitimité. Elles trouveront leur place à côté des autres traitements. De surcroît, lorsque les professionnels de l'INM travailleront au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, l'échange interprofessionnel renforcera la crédibilité et la place de l'intervention dans le système de soin. Des protocolorisations pour l'action entre ces différents professionnels permettront une « reconnaissance des compétences et des rôles de chacun » dans le système.



Conclusion

Aujourd'hui, l'essor des INM a du sens et nous interpelle sur les besoins et les attentes à la fois des médecins et des usagers. Ce phénomène, né de bouleversements sociétaux et économiques doit être « repensé » pour être intégré dans un parcours de soin coordonné. L'approche centrée patient est au cœur de cette démarche. La communauté médicale territoriale, en particulier les acteurs des soins primaires, doit se mobiliser pour élaborer ensemble des modalités d'enseignement et d'évaluation de ces interventions par une recherche appropriée.

Références

1. Rapport de la Personal Medicine Coalition. The Case for Personalized Medicine. Rapport en ligne, 2011. www.personalizedmedicinecoalition.org/sites/default/files/files/Case_for_PM_3rd_edition.pdf
2. OMS. Risques sanitaires et défis. Genève : OMS, 2009. www.who.int/bulletin/volumes/87/9/09-070565/fr/
3. Hui D. Definition of supportive care: does the semantic matter? *Curr Opin Oncol* 2014; 26(4):372-379.
4. Temel J, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early Palliative Care for patients with metastatic non-small-cell-lung. *N Eng J Med* 2010; 363:733-742.
5. National Institute Health. Thinking about complementary and alternative medicine. 2015. www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam
6. Académie Nationale de Médecine. Thérapies complémentaires : Leur place parmi les ressources de soins. Paris : Académie Nationale de Médecine, 2013.
7. Haute Autorité de Santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Paris : HAS, 2011.
8. Plateforme CEPS. Définition des INM. Montpellier : Plateforme CEPS, 2017.
9. Hood L. Systems biology and P4 Medicine: past, present, future. *Ramdam Maimonides Med J* 2013;4(2):e0012.
10. Billaud M, Guchet X. L'invention de la médecine personnalisée. *Entre mutations technologiques et utopie. Médecine/sciences* 2015;3:797-803.
11. Oude Engberink A, Lognos B, Badin M, et al. Primary care pain management in the elderly population: The opening to non-pharmacological interventions. Qualitative study focused on GP experiences. *Presse Medicale* 2016;45(12):e377-e387.
12. Stewart M. Towards A. A global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322: 444-45.
13. Rogers CR. Le développement de la personne. Paris, Dunod, 1968.
14. Nutting NA Miller WL, Crabtree BF et al. Initial lessons from the first national demonstration project on practice transformation to a patient-centered medical home. *Ann Fam Med* 2009;7(3):254-260.

Lien d'intérêt : aucun