



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT D'ORIENTATION

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées

Avril 2011

Ce rapport d'orientation est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en avril 2011.

© Haute Autorité de Santé – 2011

Sommaire

Introduction	5
1. Nature de la demande.....	5
2. Définition des notions de « prescription de thérapeutiques non médicamenteuses ».....	5
3. Objectif de l'évaluation	7
4. Périmètre de l'évaluation.....	8
5. Méthode d'évaluation	9
5.1. Plan de réalisation de l'évaluation	10
5.2. Méthode d'élaboration du rapport d'orientation	11
Etat des lieux sur la place de ces thérapeutiques non médicamenteuses dans les recommandations et dans les pratiques de prescription : ex. risques cardio-vasculaires et insomnie	14
1. Les thérapeutiques non médicamenteuses dans les recommandations : risques cardio-vasculaires et insomnie.....	15
1.1. Risques cardio-vasculaires.....	15
1.2. Insomnie	22
2. Ecart entre les recommandations et les pratiques de terrain	25
2.1. Prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge de la dyslipidémie	25
2.2. Prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge du diabète de type 2	26
2.3. Prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge de l'insomnie	27
Freins à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.....	29
1. Résultat de la revue de la littérature	29
1.1. Sources documentaires retenues.....	29
1.2. Présentation des résultats de l'analyse de la littérature	30
2. Un contexte culturel et organisationnel peu favorable à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses	30
2.1. Rôle symbolique de la prescription médicamenteuse dans la relation médecin/patient.....	31
2.2. Impact des représentations symboliques sur les décisions de prescription.....	32
2.3. Une organisation du système de soins de ville en France peu incitative à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.....	34
3. Des freins spécifiques à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.....	38
3.1. Limites de l'information et de l'adhésion des professionnels de santé sur les thérapeutiques non médicamenteuses.....	38
3.2. Inégalités d'accès à l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses.....	42
Voies d'amélioration pour le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses	52
1. Améliorer le cadre économique	53
2. Améliorer l'information des médecins et des patients sur les thérapeutiques non médicamenteuses	54

3. Améliorer l'adhésion des médecins aux recommandations sur les thérapeutiques non médicamenteuses	56
4. Améliorer l'accès à l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses	57
Annexes	60
Annexe 1 : Méthode et résultats de la recherche documentaire sur les recommandations de prescription de thérapeutiques non médicamenteuses	60
Annexe 2 : Description des méthodes employées dans les enquêtes de terrain sur les déterminants extra médicaux de prescription	66
Annexe 3 : Présentation des résultats de la recherche documentaire complémentaire sur les freins à la prescription des thérapeutiques recommandées dans la prise en charge des risques cardio-vasculaire et de l'insomnie	76
Annexe 4 : Questionnaire utilisé dans les enquêtes sur le respect des recommandations dans la prise en charge de la dyslipidémie.....	78
Annexe 5 : Données sur les inégalités de répartition des médecins, des professionnels de santé et professionnels spécialisés et projections démographiques	79
Annexe 6 : Liste de contrôle des items à inclure lors du report d'une étude sur les traitements non médicamenteux	80
Bibliographie.....	83
Participants	90
Fiche descriptive	93

Introduction

1. Nature de la demande

La Direction de la sécurité sociale (DSS) a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) pour produire une recommandation sur le « Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses (conseils hygiéno-diététiques, éducation thérapeutique, recours alternatifs à d'autres professionnels spécialisés...) ». Cette demande s'appuie sur l'hypothèse d'un faible recours aux thérapeutiques non médicamenteuses bien qu'elles puissent être recommandées par les agences sanitaires, les autorités scientifiques et les sociétés savantes.

Dans la saisine, la DSS s'interroge sur l'impact de certains ressentis sur la décision de prescription du médecin, tels que :

- l'utilisation de la prescription comme symbole de la fin de la consultation ;
- l'impression que les patients sont eux-mêmes fortement demandeurs de prescription ;
- le développement d'un phénomène de médicalisation de la société qui conduit de nouveaux besoins à investir la sphère sanitaire (situations réactionnelles à un stress aigu ou chronique, physique et/ou psychique ou à une situation sociale difficile qui se manifeste par des plaintes somatiques).

Elle a donc saisi la HAS pour :

- analyser le « modèle français de prescription » afin d'évaluer l'impact de facteurs organisationnels, économiques, socioculturels et symboliques sur les prescriptions ;
- indiquer les améliorations en termes d'organisation des soins, de formation ou d'outils qui pourraient être apportées ;
- identifier des thèmes susceptibles de faire l'objet d'une communication croisée (corps médical d'une part et grand public d'autre part) sur le modèle des actions conduites pour les antibiotiques et construire avec d'autres partenaires institutionnels le contenu de ces messages et le plan de diffusion le plus adapté.

2. Définition des notions de « prescription de thérapeutiques non médicamenteuses »

Dans le cadre de ce rapport, l'analyse menée par la HAS portait exclusivement sur le développement de la prescription de thérapeutiques nécessitant une participation active du patient en interaction ou non avec un professionnel spécialisé¹ et faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques dont la validité est reconnue en France. Dans cette perspective, on distingue notamment :

- les règles hygiéno-diététiques :
 - régimes diététiques,
 - activités physiques et sportives,
 - modifications des comportements alimentaires,
 - règles d'hygiène ;

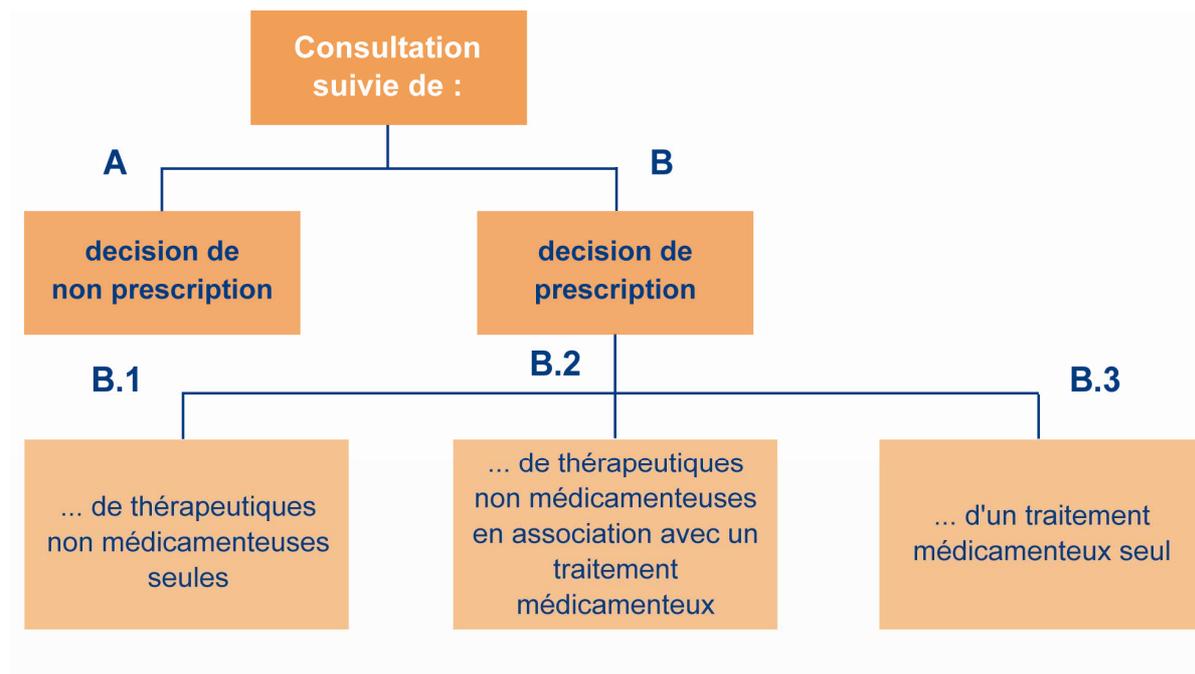
¹ Il existe d'autres types de thérapeutiques non médicamenteuses, tels que les dispositifs médicaux et les interventions chirurgicales. Celles-ci ne font cependant pas l'objet de l'analyse présentée dans ce rapport. Le développement de leur prescription renvoie en effet à des problématiques différentes faisant l'objet d'évaluations spécifiques par les commissions de la HAS.

- les traitements psychologiques :
 - thérapies d'inspiration analytique,
 - thérapies cognitivo-comportementales ;
- les thérapeutiques physiques :
 - techniques de rééducation :
 - kinésithérapie,
 - ergothérapie, etc.

La notion d'« alternatives à la prescription médicamenteuse » était initialement employée dans la saisine adressée à la HAS. Cependant une discussion a été menée au sein de la commission évaluation économique santé publique de la HAS, puis au sein du groupe de travail, et il a semblé que cette notion pouvait être source d'ambiguïtés dans la mesure où elle suggère que le traitement non médicamenteux et le traitement médicamenteux sont chacun exclusif. La majorité des membres de la commission évaluation économique et santé publique et du groupe de travail ont en effet estimé que la notion d'« alternative » était trop fermée et qu'elle suggérait une mise en concurrence des traitements non médicamenteux par rapport aux traitements médicamenteux. Or il est nécessaire d'éviter ce sous-entendu dans la mesure où les interventions non médicamenteuses doivent la plupart du temps continuer d'être prescrites et observées après l'instauration d'un traitement médicamenteux. Il existe en effet une complémentarité entre ces différentes catégories de traitements. Les experts se sont donc accordés pour remplacer la notion d'« alternatives à la prescription médicamenteuse » par celle de « prescription de thérapeutiques non médicamenteuses ».

Il convient de souligner que cette requalification du sujet de l'évaluation implique d'envisager les situations dans lesquelles une thérapeutique non médicamenteuse est prescrite seule et celles dans lesquelles elle est prescrite en association avec un traitement médicamenteux (B.1 et B.2 sur le graphique ci-dessous), tandis que le sujet initial concernait uniquement le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses seules (B.1 sur le graphique ci-dessous).

Différentes catégories d'issues de la consultation médicale :



Par ailleurs, il a été décidé d'utiliser la notion de « thérapeutique non médicamenteuse » plutôt que celle de « thérapeutique non pharmacologique ». Une discussion sur le sujet a déjà été entamée dans le Service Bonnes pratiques professionnelles de la HAS². À ce jour elles sont encore considérées comme équivalentes.

Le terme « thérapeutique » (du grec *therapeutikos* qui signifie « qui prend soin de ») a, quant à lui, été privilégié dans la mesure où il renvoie à une prise en charge plus globale du patient que le terme « traitement ».

Enfin, la notion de « prescription » employée dans le rapport est utilisée sur la base d'une acception plus large que son acception classique dans le champ de la médecine. Elle ne se limite pas aux préconisations inscrites sur l'ordonnance, elle peut également comprendre l'« orientation » du patient par le médecin vers certaines thérapeutiques et vers certains professionnels spécialisés aptes à l'accompagner dans le suivi de la thérapeutique (ex. diététiciens, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, etc.).

Ces prescriptions peuvent donc prendre diverses formes :

- elles peuvent être inscrites sur l'ordonnance ;
- elles peuvent être énoncées seulement oralement ;
- elles peuvent donner lieu à la distribution de brochures d'information ;
- elles peuvent donner lieu à la mise à disposition par le médecin de coordonnées de professionnels spécialisés.

Il existe des problématiques communes entre la décision de non-prescription (A sur le graphique ci-dessus) et la décision de prescription de thérapeutiques non médicamenteuses seules (B.1).

D'une part, la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses peut être plus ou moins formelle selon qu'elle s'accompagne d'un document écrit (ordonnance, brochure d'information, coordonnées de professionnels spécialisés, etc.) ou qu'il s'agisse uniquement de conseils exprimés oralement. À ce titre, cette décision de prescription de thérapeutiques non médicamenteuses peut être perçue par les acteurs (médecins et patients) comme une décision de non prescription. En outre les représentations collectives sont centrées sur la notion de prescription médicamenteuse ce qui favorise cette confusion entre prescription de thérapeutiques non médicamenteuses et décision de non-prescription.

D'autre part, la notion de thérapeutique non médicamenteuse est suffisamment large pour intégrer ce que l'on qualifie d'« effet médecin ». La consultation d'un médecin généraliste ou spécialiste peut apporter en elle-même une réponse thérapeutique au patient sans qu'elle aboutisse à une prescription médicamenteuse ou non médicamenteuse. L'élaboration d'un diagnostic, son explicitation par le médecin et la discussion qui s'ensuit avec le patient permettent à ce dernier d'acquérir une meilleure connaissance de sa maladie pouvant avoir un impact sur son ressenti psychologique mais également somatique.

3. Objectif de l'évaluation

Les recommandations de bonnes pratiques sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »³. Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Par conséquent, la recherche d'une amélioration du respect des recommandations dans les pratiques de prescription est une nécessité dès lors que leur validité est reconnue

² Dans le cadre de la recommandation « Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels » (1).

³ Institute of Medicine, Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines. Directions of a new program. Washington: National Academy Press ; 1990. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1626

scientifiquement en France. L'objectif de ce rapport est de favoriser le respect des recommandations concernant la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Ce travail repose sur l'hypothèse que les écarts qui existent actuellement entre les pratiques de prescription et les recommandations de bonnes pratiques s'expliquent par l'existence de freins organisationnels, économiques, socioculturels et symboliques. La levée des freins doit alors créer les conditions propices à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses si bien que des voies d'amélioration du système de santé sont proposées dans ce sens.

Une attention particulière a été portée aux freins qui relèvent d'inégalités socio-économiques au sein de la population. Le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses implique en effet que les patients aient accès, non seulement géographiquement, mais également financièrement, à l'offre de soins. En effet, si certaines thérapeutiques non médicamenteuses peuvent être mises en œuvre de façon autonome par le patient (ex. régime alimentaire et certains types d'activité physique), le suivi du patient par un professionnel spécialisé favorise l'acceptabilité de ces prescriptions et leur observance. En outre, certaines thérapeutiques, telles que les psychothérapies, nécessitent impérativement une interaction entre le patient et un professionnel spécialisé. Les recours à ces professionnels peuvent donc soulever des enjeux financiers importants puisqu'ils sont principalement à la charge des patients.

Il n'est pas question ici de favoriser, par principe, la substitution des prescriptions médicamenteuses par celles de thérapeutiques non médicamenteuses. Le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, que vise la HAS à travers ce rapport d'orientation, est toujours conditionné par la démonstration de leur pertinence dans les contextes spécifiques de prise en charge des patients. En revanche, il s'agit dans ce rapport d'étudier dans quelle mesure les caractéristiques du système de santé français actuel incitent les médecins à recourir aux prescriptions médicamenteuses et, parallèlement, rendent plus difficile la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Il est probable que la conjonction de ces deux phénomènes conduise les médecins à privilégier la prescription de médicaments par rapport à celle de thérapeutiques non médicamenteuses malgré le fait qu'elles puissent être recommandées par les agences sanitaires et les autorités scientifiques.

4. Périmètre de l'évaluation

La demande qui a été adressée à la HAS se limite à l'évaluation du développement de la prescription par les médecins de thérapeutiques non médicamenteuses adressées à leurs patients dans le cadre d'une démarche curative. Dans un objectif de faisabilité, il était nécessaire de limiter le périmètre de l'évaluation et de laisser de côté plusieurs questions d'évaluation malgré les enjeux importants qu'elles soulèvent.

D'une part, conformément à la demande de la DSS, l'analyse menée dans ce rapport se limite à la question des modalités de développement de ces prescriptions sur le terrain, compte tenu des freins qu'elles sont susceptibles de rencontrer. Par conséquent, le rapport ne propose pas d'évaluation des thérapeutiques non médicamenteuses en termes de résultats de santé et de rapport coût-efficacité, en substitution ou de façon complémentaire à la prescription médicamenteuse. L'intérêt de ces thérapeutiques est donc présumé par la HAS dans la limite des données actuellement disponibles. Pour cette raison, le rapport d'orientation se limite à l'examen des conditions de développement de la prescription de thérapeutiques faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques dont la validité est reconnue en France. Il apparaît en effet que certaines thérapeutiques non médicamenteuses sont actuellement recommandées dans le cadre de prises en charge spécifiques. À titre d'exemple, un examen systématique de la place des thérapeutiques non médicamenteuses

dans les recommandations de prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie a été effectué. Il est présenté dans la suite de ce rapport afin de fournir des éléments de contexte.

Il est justifié de distinguer, d'une part, l'évaluation de la pertinence des thérapeutiques non médicamenteuses en termes de résultats de santé et de rapport coût-efficacité et, d'autre part, l'évaluation des modalités de développement de leur prescription, dès lors que leur pertinence est établie. En effet, l'évaluation de la pertinence du recours aux thérapeutiques non médicamenteuses doit être réalisée sur un schéma comparable à l'évaluation de toutes les autres stratégies de santé, *i.e.* pathologie par pathologie. Elle est conditionnée par l'obtention de preuves sur leur efficacité comparative grâce à l'utilisation de méthodes d'évaluation adaptées aux caractéristiques spécifiques de ces thérapeutiques. L'évaluation des modalités de développement des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses peut en revanche être menée en grande partie de façon transversale. Il existe en effet des caractéristiques communes à la plupart des thérapeutiques non médicamenteuses qui transcendent la nature de chaque thérapeutique et qui génèrent des freins similaires concernant leur prescription : manque d'adhésion des médecins au sujet de l'efficacité de la thérapeutique, absence de couverture par l'assurance maladie obligatoire, coûts financiers et non financiers pour le suivi de la thérapeutique qui tendent à limiter l'acceptabilité du point de vue des patients, etc.

D'autre part, l'analyse menée dans ce rapport ne conduit pas à identifier les moyens permettant de favoriser l'acceptabilité par les patients des prescriptions qui leur sont adressées et leur observance. Les freins individuels que rencontrent les patients dans le suivi de ces thérapeutiques sont identifiés dans la mesure où ils sont perçus par les médecins et constituent un facteur de renoncement à la prescription. Néanmoins l'analyse des obstacles psychologiques, cognitifs et culturels au suivi par les patients des thérapeutiques non médicamenteuses doit faire l'objet d'une évaluation à part entière compte tenu de son étendue, de sa complexité et des enjeux importants qu'elle soulève⁴. La HAS ne se prononce donc pas, dans le cadre de ce rapport, sur l'efficacité et l'efficience des interventions et des structures permettant de favoriser l'observance des patients dans le suivi de ces thérapeutiques (coaching, entretien motivationnel, structures d'éducation thérapeutique et de *disease management*, etc.). L'analyse qui est proposée ici ne vise pas à déterminer quelles sont les modalités optimales d'organisation entre les professionnels de santé pour favoriser l'adhésion et l'observance des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses par les patients.

Enfin, les questions soulevées par le recours de la population générale aux thérapeutiques non médicamenteuses dans une démarche de maintien de la santé et de prévention primaire, c'est-à-dire en amont de la déclaration de perturbations physiologiques et somatiques, ne sont pas abordées dans le rapport. Elles doivent relever d'une analyse générale sur les modifications des modes de vie et des environnements au-delà des actions strictement sanitaires.

5. Méthode d'évaluation

Il n'existe pas de littérature permettant de répondre directement à la question posée à la HAS. Aucune étude portant spécifiquement sur les freins à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses n'a été identifiée par la recherche documentaire dans les publications françaises et internationales. Certains travaux permettent toutefois d'apporter des éléments de réponse. Il existe notamment une littérature importante sur les facteurs non médicaux de prescription médicamenteuse. Nous verrons que l'examen de ces facteurs permet dans une

⁴ Ce dont témoigne le rapport réalisé en 2005 par Rob Horne *et al.* à la demande du NHS en Grande-Bretagne sur « *Concordance, adherence and compliance in medicine taking* ».

certaine mesure d'identifier indirectement un certain nombre de freins à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. De plus des éléments de réponse sont également contenus dans les travaux sur la prévention des maladies chroniques et sur l'éducation thérapeutique ainsi que dans les études focalisées sur les enjeux soulevés par des thérapeutiques non médicamenteuses spécifiques⁵.

Le manque d'études sur les conditions de développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses constitue une difficulté et révèle, dans le même temps, la nécessité qu'il y a à amorcer une réflexion sur le sujet. Par conséquent, l'objectif de l'évaluation n'est pas d'émettre des recommandations d'un fort niveau de preuve. Il s'agit de rassembler de façon liminaire l'ensemble des arguments permettant d'envisager les voies d'amélioration en vue du développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.

5.1. Plan de réalisation de l'évaluation

La méthode de travail habituellement utilisée à la HAS dans le cadre des évaluations économiques et de santé publique se fonde sur la revue systématique et critique de la littérature et sur l'avis de groupes de professionnels spécialistes sur la question traitée. Un groupe de travail se réunit pour discuter du document élaboré par la HAS à partir de la revue de la littérature. Une fois finalisé, le document est soumis à un groupe de lecture comprenant environ 40 personnes ; il est chargé de donner son avis sur le fond et la forme du rapport.

Les commentaires et suggestions du groupe de lecture sont ensuite discutés avec le groupe de travail et ceux retenus sont intégrés dans la version finale du rapport. Celui-ci est enfin soumis à la validation de la commission évaluation économique et santé publique et du Collège de la Haute Autorité de Santé avant sa publication.

L'objectif du rapport d'orientation est d'analyser de façon liminaire et transversale les freins au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses en général et les voies d'amélioration pertinentes. Ce document a été réalisé à partir des pistes contenues dans la littérature et discutées au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels.

Par conséquent deux groupes d'experts ont été constitués :

- un groupe de travail qui s'est réuni à la HAS durant deux journées de travail en 2009 ;
- un groupe de lecture chargé de donner son avis sur le fond et la forme du rapport en répondant à un questionnaire comprenant 77 questions.

Les modifications du document de travail effectuées à l'issue de la consultation du groupe de lecture ont été soumises pour avis au groupe de travail.

Ces groupes d'experts étaient pluridisciplinaires et pluriprofessionnels et regroupaient :

- des représentants des médecins, des professionnels de santé et des professionnels spécialisés dans la prise en charge des risques cardiovasculaires et des troubles du sommeil : médecins généralistes, cardiologues, psychiatres, neurologues, infirmiers, psychologues, diététiciens, pharmaciens, etc ;
- des experts en sciences sociales : économistes, sociologues et anthropologues ;
- des représentants des patients et des usagers du système de santé.

⁵ Comme par exemple le rapport de l'Inserm « Activité physique, contextes et effets sur la santé », 2008 (2).

5.2. Méthode d'élaboration du rapport d'orientation

- **Réalisation d'un état des lieux sur la place des thérapeutiques non médicamenteuses dans les recommandations de bonnes pratiques et dans les pratiques de prescription, en prenant pour exemple la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie.**

Une revue de la littérature a été réalisée pour vérifier l'hypothèse posée par la DSS, dans la demande adressée à la HAS, d'un faible recours aux thérapeutiques non médicamenteuses recommandées par les agences sanitaires, les autorités scientifiques et les sociétés savantes. Dans la mesure où il n'était pas envisageable d'effectuer ce travail sur l'ensemble des champs thérapeutiques, il a été décidé de le délimiter en prenant deux exemples de champs thérapeutiques : la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie.

Les deux pathologies ont été sélectionnées par la commission évaluation économique et santé publique de la HAS, sur le fondement des enjeux de santé publique que représente l'amélioration de leur prise en charge :

- d'après le Centre d'épidémiologie sur les causes de décès de l'Inserm, les pathologies cardio-vasculaires représentaient en 2005 la deuxième cause de mortalité en France (29 % des décès)⁶ ;
- d'après trois études françaises⁷, environ 1/3 de la population générale manifeste des symptômes d'insomnie ; deux d'entre elles indiquent cependant que 9 % à 13 % des personnes interrogées déclarent souffrir de troubles du sommeil avec des séquelles diurnes. Or l'insomnie a des conséquences importantes sur la qualité de vie des individus, qui nécessitent d'être prises en compte (3).

En outre, il apparaît que les thérapeutiques non médicamenteuses occupent une place centrale dans la prise en charge de ces deux pathologies. Le respect des recommandations en la matière constitue donc un enjeu en termes d'amélioration de l'état de santé de la population⁸.

Dans un premier temps, une revue de la littérature a été réalisée pour identifier les thérapeutiques non médicamenteuses dans les recommandations de bonnes pratiques émises par des agences sanitaires, des autorités indépendantes et des sociétés savantes depuis 10 ans⁹ concernant les risques cardio-vasculaires et l'insomnie. Les recommandations identifiées par la recherche documentaire ont été sélectionnées avec l'aide de la « Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique » rédigée en 2002 par *The AGREE Collaboration* (5). La méthode utilisée est décrite plus précisément dans l'annexe 1 du document.

Dans un deuxième temps, une revue de la littérature a été réalisée pour rassembler les arguments qui permettent d'affirmer qu'il existe sur le terrain un écart entre les recommandations de bonnes pratiques et la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.

La principale difficulté réside dans l'absence de traçabilité des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses dans les bases de l'Assurance maladie. Les systèmes

⁶ <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>

⁷ Trois études postérieures à 1990 estiment la prévalence de l'insomnie ou de troubles du sommeil en France : l'étude d'Ohayon *et al.* 1996, l'étude de Léger *et al.* 2000 et l'étude de Cugy *et al.* 2004. Elles sont présentées et discutées dans l'argumentaire de la recommandation de la HAS et de la SFTG « Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale ».

⁸ D'autres contextes thérapeutiques auraient pu faire l'objet d'un examen approfondi, tels que les thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge de patients souffrant d'Alzheimer. Des travaux sont actuellement en cours à la HAS sur ce sujet. Cf. Programme AMI (alerte maîtrise iatrogénie) Alzheimer (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891528/programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer)

⁹ Cet horizon temporel est proposé sur le fondement du « Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations » de l'Anaes (4).

d'information des organismes d'assurance maladie n'ont en effet pas vocation à faire état de ces prescriptions, qui, pour la plupart, ne font pas l'objet d'un remboursement. Contrairement aux prescriptions médicamenteuses, il n'est donc pas possible d'observer ces pratiques de prescription au niveau national.

Plusieurs études spécifiques ont cependant pu être identifiées. Elles proposent de mesurer les écarts entre les pratiques de prescription et les recommandations de bonnes pratiques au moyen de requêtes réalisées auprès des bases de données de l'Assurance maladie, complétées par des enquêtes de terrain.

► **Identification des freins au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses**

Une revue de la littérature a été réalisée sur les logiques extra-médicales qui sous-tendent la décision de prescription et qui sont susceptibles de faire obstacle à la décision de prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Elle s'appuie sur une recherche documentaire par sous-thèmes effectuée à partir d'une méthode bibliographique incrémentale partant des références les plus pertinentes identifiées grâce à Medline et de l'exploitation des revues de littérature et méta-analyses du *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC)*. Les sous-thèmes ont été identifiés lors de la note de cadrage au moyen d'une approche théorique des enjeux¹⁰.

Les sources documentaires retenues sont de natures diverses : rapports d'information sur les pratiques de prescription en France, sur l'impact de l'organisation des soins sur ces pratiques et sur les enjeux de santé publique associés à leurs évolutions, sur la place de la prescription de thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses dans la relation médecin/patient.

Plusieurs enquêtes de terrain ont également été identifiées. Elles proposaient d'examiner les déterminants non médicaux de prescription en ayant recours à des méthodes quantitatives et qualitatives qui divergent des méthodes traditionnelles d'évaluation des stratégies de santé (de type essai contrôlé et randomisé). Leur méthodologie est présentée plus précisément dans l'annexe 2 du rapport. Les enquêtes dont la méthodologie n'était pas clairement décrite ou celles reposant sur un échantillon d'individus jugé trop faible ($n < 10$) ont été exclues de cette revue de la littérature.

La littérature sur laquelle s'appuie cette analyse est en grande partie internationale, par conséquent une mise en perspective des conclusions de cette littérature avec les caractéristiques du système de santé français a été systématiquement réalisée.

► **Méthode d'identification des voies favorables au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses**

Les résultats de la revue de la littérature ont été discutés et validés lors de la première réunion du groupe de travail. Des voies d'amélioration ont été identifiées à cette occasion. Elles ont fait l'objet d'une recherche documentaire et d'une revue de la littérature qui a été présentée au groupe de travail lors d'une deuxième réunion.

Le document finalisé a ensuite été transmis par courrier à l'ensemble des experts du groupe de travail pour validation, avant d'être soumis par courrier à un groupe de lecture également

¹⁰ Une recherche documentaire complémentaire a été réalisée avec pour objectif de vérifier que la démarche adoptée dans le cadre du rapport d'orientation a permis de documenter de la façon la plus complète possible les freins à la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques. Les résultats de cette recherche documentaire sont présentés en annexe 3 de ce rapport.

pluridisciplinaire. Les amendements proposés par le groupe de lecture ont été examinés par le groupe de travail par courrier.

Le rapport d'orientation a enfin été soumis à la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP), puis au Collège de la HAS pour validation avant d'être transmis au demandeur et diffusé publiquement.

Etat des lieux sur la place de ces thérapeutiques non médicamenteuses dans les recommandations et dans les pratiques de prescription : ex. risques cardio-vasculaires et insomnie

La plupart des autorités scientifiques soulignent les enjeux de santé publique que représente le suivi de certaines thérapeutiques non médicamenteuses, en particulier dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.

L'Académie de médecine rappelle dans un rapport publié en 2009 que les effets bénéfiques de la pratique d'activités physiques et sportives sont reconnus scientifiquement dans un grand nombre de maladies, telles que les maladies cardio-vasculaires, l'obésité, le diabète de type 2, etc. Elle recommande donc de favoriser leur recours à tous les âges et pour toutes les populations (6).

L'ensemble des autorités scientifiques et institutionnelles participant au programme national Nutrition et Santé¹¹ appuient la mise en place d'une politique nutritionnelle jugée comme une priorité de santé publique. Elles ont émis en 2008 des recommandations sur la place des règles hygiéno-diététiques dans la prise en charge de l'hypertension artérielle et dans la prévention des cancers¹².

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a effectué une revue de la littérature sur les bénéfices cliniques de l'activité physique (2). Le rapport conclut que la pratique d'activités physiques doit être développée en population générale, et plus spécifiquement chez les patients souffrant de pathologies chroniques (insuffisance respiratoire chronique par broncho-pneumopathie chronique obstructive [BPCO], maladies cardio-vasculaires ischémiques et pathologies métaboliques comme le diabète de type 2) pour lesquelles elle doit être considérée comme une thérapeutique à part entière. « *Le développement d'une activité physique régulière dans les populations de patients apparaît comme une priorité de santé publique. Les programmes d'intervention doivent être ambitieux, visant au long terme, ne négligeant aucun des points d'action possibles et mobilisant un grand nombre de professionnels et d'acteurs du champ sanitaire, social et sportif.* » (2)

Enfin un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques émises par des autorités scientifiques et des agences sanitaires, dont la Haute Autorité de Santé, préconisent la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses dans des contextes thérapeutiques spécifiques.

Un examen plus systématique des recommandations de bonnes pratiques, émises par des autorités scientifiques et des agences sanitaires, a été réalisé à titre illustratif concernant la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie. Le but était de justifier l'hypothèse posée par la HAS concernant les enjeux de santé publique associés au développement du recours à ces thérapeutiques.

¹¹ Inserm, Institut national du cancer (INCa), Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), Institut de veille sanitaire (InVS), Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes), et plusieurs sociétés savantes dont la Société française de cardiologie, la Société française d'hypertension, l'Association française des diabétiques.

¹² <http://www.mangerbouger.fr/pro/#>

1. Les thérapeutiques non médicamenteuses dans les recommandations : risques cardio-vasculaires et insomnie

1.1. Risques cardio-vasculaires

La revue de la littérature a permis d'identifier six recommandations sur la prise en charge des risques cardio-vasculaires (7-12). Quatre d'entre elles ont été émises par des agences sanitaires ou par des autorités indépendantes (HAS et Afssaps), tandis que les deux autres ont été émises par des sociétés savantes (Société française de cardiologie, Société française de gériatrie et de gérontologie et Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques). Chacune de ces recommandations indique que la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est considérée comme le traitement de fond de ces pathologies, qu'elles soient ou non accompagnées d'une prescription médicamenteuse.

La prescription de ces thérapeutiques non médicamenteuses varie selon la gravité des facteurs de risque et selon le profil du patient (âge, contexte familial et environnemental, etc.). On distingue les thérapeutiques en fonction des différents types d'intervention et en fonction de leur intensité. Il est systématiquement recommandé d'adapter leur prescription de telle sorte que les objectifs à atteindre soient réalistes.

Catégories de thérapeutiques non médicamenteuses faisant l'objet de recommandations ¹³	Gradation de l'intensité de la prescription
Régulation du comportement alimentaire	<p>- Réduction des lipides, surtout saturés, et adaptation des apports glucidiques</p> <p>- Réduction des apports sodés</p> <p>- Diminution de la consommation d'alcool</p> <p>- Augmentation de la consommation de fibres et de micronutriments naturellement présents dans les fruits, légumes et produits céréaliers</p> <p>- Augmentation de la consommation d'acides gras poly-insaturés oméga 3 (poissons) et ou réduction des apports de cholestérol alimentaire</p> <p>- Réduction des apports énergétiques</p>
Activité physique	<p>Intensité variable : de la diminution de la sédentarité (activités de loisir, marche, etc.) → à la pratique régulière d'une activité sportive</p>
Contrôle du poids	<p>Intensité variable : de la réduction de la surcharge pondérale → au traitement de l'obésité par un professionnel de santé spécialisé (diététicien nutritionniste)</p>
Sevrage tabagique	<p>Le suivi du patient dans l'arrêt du tabac varie en fonction du degré de dépendance à la nicotine et de l'existence de troubles anxio-dépressifs ou de codépendances (alcool, cannabis...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conseil individuel des médecins et des professionnels de santé ; - traitements psychologiques.

Ces thérapeutiques doivent être prescrites dès que le diagnostic a été effectué :

- en monothérapie : pour les patients présentant 0 ou 1 facteur de risque cardio-vasculaire sur un délai prédéterminé ;
- en association avec un traitement médicamenteux :
 - pour les patients présentant 0 ou 1 facteur de risque cardio-vasculaire et dont le respect de mesures hygiéno-diététiques n'a pas permis d'atteindre l'objectif thérapeutique fixé au terme du délai accordé,
 - pour les patients qui présentent plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire et qui par conséquent nécessitent une prise en charge médicamenteuse immédiate.

¹³ L'intervention de professionnels de santé et de professionnels spécialisés dans le suivi de la thérapeutique peut être préconisée dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques. Elle est systématiquement mentionnée dans les guides ALD de la HAS.

La décision de prescrire ces thérapeutiques non médicamenteuses en monothérapie ou en association avec une prise en charge médicamenteuse repose sur la fixation de seuils d'intervention thérapeutique¹⁴. Dans le tableau 1 ci-dessous sont résumés les seuils d'intervention thérapeutique qui caractérisent les situations cliniques pour lesquelles les thérapeutiques non médicamenteuses permettent de retarder l'instauration de traitements médicamenteux dans la prévention des risques cardio-vasculaires.

¹⁴ Les méthodes de détermination de ces seuils d'intervention thérapeutique sont présentées par la Haute Autorité de Santé dans le rapport « Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global » (13).

Tableau 1. Place des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des patients disposant de 0 à 1 risque cardio-vasculaire

Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, HAS, 2005 (7)

Population	Délai accordé pour atteindre l'objectif thérapeutique, avant l'instauration d'un traitement médicamenteux	Objectif thérapeutique	Thérapeutiques non médicamenteuses (le niveau de preuve est indiqué lorsqu'il est renseigné dans les recommandations)
Patients hypertendus (PA entre 140-159/90-99 mmHg) : absence d'autre facteur de risque cardio-vasculaire	6 mois	Pression artérielle équivalente à 140 mmHg pour la PAS et 90 mmHg pour la PAD	<p><u>Modification du comportement alimentaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitation de la consommation en sel jusqu'à 6 g/j (cf. table de composition des aliments éditée par l'Afssa) - Régime alimentaire riche en légumes, en fruits et pauvre en graisses saturées (graisses d'origine animale) <p><u>Réduction de la surcharge pondérale :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduction du poids en cas de surcharge pondérale, afin de maintenir l'IMC (indice de masse corporelle) en dessous de 25 kg/m², ou, à défaut, afin d'obtenir une baisse de 10 % du poids initial <p><u>Activité physique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pratique d'une activité physique régulière, adaptée à l'état clinique du patient, d'au moins 30 min environ, 3 fois par semaine <p><u>Arrêt du tabac</u></p>
Patients hypertendus (PA entre 140-159/90-99 mmHg) : 1 à 2 facteurs de risque cardio-vasculaire			
Patients hypertendus (PA entre 160-179/100-109 mmHg) : absence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire	3 mois		
Patients hypertendus (PA entre 160-179/100-109 mmHg) : 1 ou 2 facteurs de risque cardio-vasculaire			

Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique, Afssaps, 2005 (8)

Population	Délai accordé pour atteindre l'objectif thérapeutique, avant l'instauration d'un traitement médicamenteux	Objectif thérapeutique	Thérapeutiques non médicamenteuses (le niveau de preuve est indiqué lorsqu'il est renseigné dans les recommandations)
Prise en charge du patient dyslipidémique en prévention primaire (avec 0 ou 1 facteur de risque cardio-vasculaire associé)	3 mois	Concentrations de LDL-cholestérol inférieures à 2,20 g/l (5,7 mmol/l)	<p><u>Modification du comportement alimentaire</u> (accord professionnel)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitation de l'apport en acides gras saturés (graisses d'origine animale), au profit des acides gras mono ou poly-insaturés - Augmentation de la consommation en acides gras poly-insaturés oméga 3 (poissons) - Augmentation de la consommation de fibres et de micronutriments naturellement présents dans les fruits, légumes et produits céréaliers - limitation du cholestérol alimentaire, voire utilisation d'aliments enrichis en stérols végétaux - Limiter la consommation d'alcool <p><u>Activité physique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Corriger une sédentarité excessive <p><u>Réduction de la surcharge pondérale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôler le poids

Traitement médicamenteux du diabète de type 2, Afssaps et HAS, 2006 (9) ¹⁵			
Population	Délai accordé pour atteindre l'objectif thérapeutique, avant l'instauration d'un traitement médicamenteux	Objectif thérapeutique	Thérapeutiques non médicamenteuses (le niveau de preuve est indiqué lorsqu'il est renseigné dans les recommandations)
Patients dont le HbA1c > 6 % (avec 0 ou 1 facteur de risque cardio-vasculaire associé)	3 à 6 mois	HbA1c < 6,5 % <i>Nota bene</i> : si l'HbA1C reste > 6 % malgré 6 mois de prise en charge hygiéno-diététique bien conduite et suivie de façon satisfaisante, le groupe de travail recommande la prescription de metformine, ainsi donc avant même la valeur seuil de 6,5 %	<p><u>Modification du comportement alimentaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduction des graisses alimentaires, des sucres raffinés et de l'alcool - Intervention d'un diététicien et éducation thérapeutique si nécessaire <p><u>Activité physique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Activité physique : 3 h par semaine au moins <p><u>Réduction de la surcharge pondérale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte d'environ 5 % du poids corporel pour les sujets en surpoids ou obèses (IMC* > 25 ou 30 kg/m²) <p><u>Arrêt du tabac (grade C)</u></p>

¹⁵ Prenant acte de la décision du Conseil d'Etat dans un arrêt rendu le 27 avril 2011, la Haute Autorité de Santé a retiré la recommandation sur le diabète de type 2. La référence qui est faite à cette recommandation, dans le cadre de ce rapport d'orientation, est ici conservée à titre illustratif, dans l'attente des nouvelles recommandations que la HAS est actuellement en train d'élaborer sur le sujet.

Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac, Afssaps, 2003 (10)

Population	Délai accordé pour atteindre l'objectif thérapeutique, avant l'instauration d'un traitement médicamenteux	Objectif thérapeutique	Thérapeutiques non médicamenteuses (le niveau de preuve est indiqué lorsqu'il est renseigné dans les recommandations)
Patients fumeurs ne souhaitant pas faire une tentative d'arrêt		Sevrage	<u>Conseil médical</u> : - Conseil médical d'arrêt au cours d'une consultation de routine, pouvant s'accompagner de la distribution d'un document d'information
Patients fortement ou moyennement dépendants du tabac souhaitant arrêter de fumer (score de dépendance au test de Fagerström, grade A)	En complément des traitements nicotiques de substitution lors de la préparation, du sevrage et en prévention de la rechute	Sevrage	<u>Psychothérapie</u> - Thérapies cognitivo-comportementales (grade A) - Approches psychologiques privilégiant le conseil individuel des différents professionnels (grade C)

1.2. Insomnie

La revue de la littérature a permis d'identifier une recommandation de bonne qualité méthodologique sur le traitement de l'insomnie chez l'adulte en médecine générale. Elle est intitulée « Place des stratégies thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des patients souffrants de troubles du sommeil ». Elle a été réalisée par la Société de formation thérapeutique du généraliste en partenariat avec la HAS et publiée en décembre 2006 (3).

Les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées constituent le traitement de fond de la prise en charge des patients, il est préconisé de les prescrire systématiquement. De même que pour la prévention des risques cardio-vasculaires, les thérapeutiques non médicamenteuses permettent de retarder, voir d'éviter l'instauration d'un traitement médicamenteux. Ces thérapeutiques non médicamenteuses sont également susceptibles de favoriser le sevrage de psychotropes dont l'usage n'est pas recommandé au-delà de quatre semaines.

Catégorie de thérapeutiques non médicamenteuses recommandées	
Mesures hygiéno-diététiques	Régulation du comportement alimentaire : <ul style="list-style-type: none">- éviter les repas trop copieux le soir- éviter les consommations de caféine, d'alcool et de nicotine Activité physique
Modifications de comportements	Régulation du cycle éveil-sommeil <ul style="list-style-type: none">- Adopter des horaires réguliers et adaptés- Recourir aux facteurs synchroniseurs (lumière et activité physique) Modification de son environnement (ex. limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher)
Gestion du stress	Programmes spécialisés organisés par des médecins, professionnels de santé et professionnels spécialisés
Traitements psychologiques (pour les patients souffrant d'insomnie primaire chronique)	On distingue différentes catégories de traitement psychologique ¹⁶ : <ul style="list-style-type: none">- psychothérapies d'inspiration analytique : les symptômes sont considérés comme des manifestations de l'inconscient qu'il s'agit de résoudre grâce à leur analyse ;- psychothérapies cognitivo-comportementales : elles se réfèrent au modèle behavioriste en privilégiant la disparition des symptômes en misant sur leur déconditionnement.

En plus des recommandations des autorités scientifiques, l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) souligne la pertinence des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du sommeil en l'absence de trouble

¹⁶ Concernant la distinction entre les différentes catégories de traitements psychologique, il est renvoyé au rapport de l'Académie de médecine de 2003 sur « La pratique de la psychothérapie » qui propose de distinguer la psychothérapie d'inspiration analytique, le courant comportementaliste et cognitiviste, le courant systémique, le courant humaniste, le courant éclectique et intégratif ainsi que d'autres pratiques (14).

psychiatrique avéré (15). Selon les experts, les mesures hygiéno-diététiques simples (réduction de la consommation d'excitants et d'alcool, régularité des rythmes veille-sommeil, etc.) devraient être systématiquement considérées avant de prescrire un hypnotique. L'OPEPS effectue d'ailleurs un rapprochement entre la place des règles hygiéno-diététiques dans la prise en charge des risques cardio-vasculaires et dans celle de l'insomnie.

Tableau 2. Place des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge de l'insomnie primaire

Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale, SFTG et HAS, 2006 (3)

Population	Traitements de fond	Traitements complémentaires facultatifs
Patients souffrant d'insomnie primaire d'ajustement ou chronique	<p><u>Mesures hygiéno-diététiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes longues (> 1 h) ou trop tardives (après 16 h) ▪ Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher ▪ Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher ▪ Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine ▪ Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17 h ▪ Éviter les repas trop copieux le soir <p><u>Modification des modes de vie :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En cas de difficultés d'endormissement : <ul style="list-style-type: none"> ✓ bien marquer le moment du réveil (douche, exercice physique, ambiance lumineuse forte) ✓ éviter la lumière forte et l'activité physique le soir. ▪ En cas de réveil matinal trop précoce : <ul style="list-style-type: none"> ✓ ne pas traîner au lit quand on est réveillé ✓ le soir, favoriser l'activité physique et utiliser une ambiance lumineuse forte. 	<p><u>Traitements médicamenteux :</u></p> <p>La prescription médicamenteuse d'un traitement symptomatique n'est recommandée que de façon ponctuelle (maximum 4 semaines) et de façon prudente. Il peut s'agir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soit d'un sédatif léger ; ▪ soit d'un hypnotique (sur 4 semaines maximum) ; ▪ soit d'un anxiolytique, si la composante anxieuse est prépondérante. <p><u>Soutien psychologique</u> (en particulier pour les patients souffrants d'insomnie primaire chronique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thérapie cognitivo-comportementale : <ul style="list-style-type: none"> ✓ contrôle du stimulus ✓ restriction de sommeil ✓ relaxation musculaire progressive ✓ <i>biofeedback</i> ✓ thérapie cognitivo-comportementale combinée ▪ Psychothérapies d'inspiration psychanalytique

2. Ecart entre les recommandations et les pratiques de terrain

2.1. Prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge de la dyslipidémie

L'Assurance maladie a réalisé en 2002 une enquête sur les pratiques d'instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants afin d'évaluer leur conformité avec les recommandations de bonnes pratiques émises par l'Anaes et l'Afssaps¹⁷ (16). Il s'agit d'une étude transversale descriptive sur un échantillon national représentatif comprenant 4 083 personnes ayant débuté un traitement hypolipémiant en mars 2002¹⁸. L'échantillon a été constitué à partir des bases de remboursement des trois principaux régimes d'assurance maladie. Dans 98,4 % des cas, l'information a été recueillie par les médecins-conseils de l'Assurance maladie auprès des patients (67,8 % au cours d'un examen et 30,6 % au cours d'un entretien téléphonique). L'instauration du traitement médicamenteux avait eu lieu pour 89,2 % des patients dans le cadre d'une prévention primaire et 60,7 % d'entre eux avaient un score de risque cardio-vasculaire inférieur ou égal à un.

Les principaux résultats de l'étude sont les suivants :

- un tiers des patients (33,1%) n'avaient pas eu de détermination préalable du LDL-cholestérol ;
- un tiers des patients (33,1 %) ayant eu une détermination du LDL-cholestérol avaient une valeur inférieure au seuil défini par l'Afssaps pour instaurer un traitement médicamenteux ;
- pour 53,4 % des patients, le régime hypolipémiant observé avant l'instauration du traitement médicamenteux n'avait pas été conforme aux préconisations des experts ;
- enfin, parmi les 21,8 % de fumeurs quotidiens à la date du diagnostic de dyslipidémie, 31,2 % ont déclaré ne pas avoir eu d'incitation à l'arrêt de leur tabagisme et 84,5 % continuaient de fumer au jour de l'entretien avec le médecin-conseil.

Les auteurs de l'enquête soulignent que les mesures hygiéno-diététiques restent les « parents pauvres » de la prise en charge des dyslipidémies, puisque seuls 27,4 % des patients ont bénéficié d'une prescription d'un régime hypolipémiant accompagnée par la remise d'un document écrit. Étant donné la nature du questionnaire utilisé, il est peu probable que la fréquence d'un régime correctement suivi ait été sous-estimée. Le questionnaire est présenté dans l'annexe 4 du document.

Les résultats qu'avaient obtenus précédemment Chevalier *et al.* étaient plus favorables au respect des recommandations en matière de prescription et de suivi des mesures hygiéno-

¹⁷ Ces recommandations datent de 2002. Elles sont antérieures à celles émises par l'Afssaps en 2005 et présentées précédemment à titre illustratif. Les règles d'instauration du traitement médicamenteux sont toutefois relativement proches de celles en vigueur à l'heure actuelle. Elles préconisaient en effet de décider de l'instauration du traitement en fonction du taux de LDL-cholestérol et du score de risque cardio-vasculaire, correspondant au nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire. Ainsi un traitement médicamenteux doit être instauré en prévention primaire, si :

- LDL-cholestérol (g/l) > 2,20 pour un sujet sans autre facteur de risque ;
- LDL-cholestérol (g/l) > 1,90 pour un sujet ayant un autre facteur de risque ;
- LDL-cholestérol (g/l) > 1,60 pour un sujet ayant deux autres facteurs de risque ;
- LDL-cholestérol (g/l) > 1,30 pour un sujet ayant plus de deux autres facteurs de risque.

En prévention secondaire, un traitement médicamenteux doit être instauré, pour les sujets ayant une maladie coronaire, si le LDL-cholestérol (g/l) est > 1,30.

¹⁸ Des études avaient été précédemment réalisées dans cinq régions de France : en Haute-Normandie, en Franche-Comté, en Île-de-France, en Corse et dans le Finistère. Elles visaient à comparer les pratiques observées et les référentiels en vigueur au moment de l'étude (à l'époque il s'agissait de celui réalisé par l'Andem en 1996 et par l'Afssaps en 2000).

diététiques (17)¹⁹. L'étude portait sur des consommateurs de statines affiliés au régime général ou à l'assurance maladie des professions indépendantes. Deux sous-populations étaient incluses dans l'étude : les patients ayant eu une délivrance de statines pour la première fois en mars 2000 et les anciens consommateurs ayant eu au moins deux délivrances de statines, une en mars 1999 et une en mars 2000, soit au moins un an de consommation. D'après les déclarations des patients, les principes diététiques sont relativement connus et les conseils des médecins sont suivis d'effet chez 63 % des nouveaux consommateurs en prévention primaire et chez 84 % des anciens consommateurs quel que soit le type de prévention. En revanche, le taux global de non-conformité aux recommandations était de 72,4 % pour les nouveaux consommateurs d'hypolipémiants (soit 460 patients, dont 87 % en prévention primaire). Cette non-conformité était due principalement à l'absence de détermination du LDL-cholestérol (32%) et/ou de traitement diététique préalable (37 %) et/ou d'une valeur de LDL-cholestérol inférieure au seuil (15,6 %).

La limite de ces études réside dans le caractère déclaratif des données sur la prescription de mesures hygiéno-diététiques. En l'absence de traçabilité de ces prescriptions, les deux enquêtes s'appuient sur les réponses des patients à un questionnaire, élaboré à partir des indications de l'Afssaps, sur leurs habitudes alimentaires. Le questionnaire utilisé dans l'étude de Chevalier *et al.* est identique à celui utilisé dans l'enquête de Saba *et al.* Il est présenté dans l'annexe 4 du document.

2.2. Prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge du diabète de type 2

L'étude réalisée par Cogneau *et al.* s'appuie sur les données de l'Assurance maladie et sur des méthodes d'investigation (analyse qualitative des entretiens menés auprès d'un échantillon de médecins et de patients diabétiques) (18). La méthode d'échantillonnage repose sur une typologie du service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) de la région Centre constituée à partir des analyses, examens et consultations spécialisées imputables au suivi d'un diabète de type 2 et présentés au remboursement entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2000. Les médecins généralistes qui suivaient régulièrement au moins 1 patient diabétique de type 2 ont été inclus.

L'étude met en évidence les difficultés que rencontrent les praticiens dans l'application des recommandations, en particulier celles concernant les mesures hygiéno-diététiques. Du point de vue des praticiens, ces difficultés s'expliquent par la médiocre observance des prescriptions en la matière, elle-même causée par le manque de responsabilisation des patients et par un investissement insuffisant dans la prise en charge de leur maladie. Les médecins évoquent également des problèmes de communication avec leurs patients.

Les auteurs de cette étude concluent qu'il existe une interaction complexe entre l'appréciation par le médecin des possibilités de son patient et l'acceptation par le patient des contraintes liées aux prescriptions. Le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge du diabète se heurterait à des facteurs dont le praticien n'a pas la maîtrise ce qui induirait un report sur le médicament, car « *c'est là qu'il est mieux compris, que ses prescriptions sont observées et qu'il est assuré aussi d'une certaine efficacité, au moins pour un certain temps* » (18).

¹⁹ Le questionnaire utilisé pour évaluer le suivi des règles diététique est identique à celui utilisé dans l'enquête de Saba *et al.* Il est présenté en annexe du document.

2.3. Prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge de l'insomnie

La recherche documentaire qui a été réalisée n'a pas permis d'identifier de données sur les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge de l'insomnie.

Les seules données disponibles portent sur la consommation médicamenteuse pouvant être jugée excessive au regard des indications mentionnées dans l'autorisation de mise sur le marché et des recommandations de bonnes pratiques (19,20). Des données sont également disponibles dans le rapport scientifique de l'OPEPS sur le bon usage des psychotropes concernant le recours aux psychothérapies (15). En revanche, le motif pour lequel les individus ont eu recours aux psychothérapies n'est pas connu. Il n'est donc pas possible d'estimer le nombre de recours motivés par des troubles du sommeil.

Le rapport de l'OPEPS fait état de trois enquêtes :

- une enquête nationale réalisée par l'institut BVA pour *Psychologies Magazine* et la Fédération française de psychothérapie ;
- une enquête conduite entre 1999 et 2000 auprès des adhérents de la MGEN (Mutuelle générale de l'Éducation nationale) ;
- une enquête « Santé mentale » réalisée sous l'égide de l'OMS et de la DREES.

Selon l'enquête réalisée par l'institut BVA pour *Psychologies Magazine* et la Fédération française de psychothérapie, 5 % des personnes déclarent avoir suivi une psychothérapie au cours de leur vie et 1,7 % en suivent toujours une²⁰. Les approches le plus fréquemment citées sont les psychanalyses (30 %), les approches cognitivo-comportementales (20 %) et les thérapies familiales (10 %). La moitié des psychothérapies ont duré moins d'un an. Le psychothérapeute serait un psychiatre dans 47 % des cas.

Selon l'enquête menée auprès des adhérents de la MGEN, plus d'un mutualiste sur dix déclarent avoir suivi une psychothérapie au cours de leur vie (11,5 % dont 14,4 % des femmes et 7,4 % des hommes)²¹. 54,4 % des psychothérapies ont duré plus d'un an tandis que 14,8 % d'entre elles ont duré plus de 6 mois.

Enfin selon l'enquête « Santé mentale » (OMS et DREES), le taux de réponses affirmatives à la question « avez-vous suivi une psychothérapie ? » est de 10,3 %. Le nombre de sujets rapportant avoir suivi une psychothérapie est plus élevé chez les sujets présentant un trouble psychiatrique identifié : 31 % ont un diagnostic de syndrome psychotique, 25 % ont un diagnostic de trouble de l'humeur, 20 % ont un diagnostic de trouble anxieux²². Parmi les personnes ayant suivi une psychothérapie, trois quarts d'entre elles rapportent avoir déjà pris un traitement psychotrope.

Les auteurs du rapport de l'OPEPS soulignent que les résultats de ces enquêtes doivent être interprétés avec prudence. Concernant l'enquête réalisée par l'institut BVA pour *Psychologies Magazine* et la Fédération française de psychothérapie, il est probable que la notion de psychothérapie ait été interprétée différemment selon les répondants. Par ailleurs, la représentativité de l'enquête MGEN pose question dans la mesure où les adhérents de la MGEN ne sont pas représentatifs de la population générale. Il s'agit en effet majoritairement de femmes, mariées, disposant d'un niveau d'éducation plus élevé que la moyenne. Enfin, le type de psychothérapie suivie n'est pas renseigné dans le cadre de l'enquête « Santé mentale » de l'OMS et de la DREES.

²⁰ L'enquête a été menée par téléphone sur un échantillon de 8 061 personnes âgées d'au moins 15 ans représentatives de la population française et sélectionnées par la méthode des quotas.

²¹ Le questionnaire a été adressé à 10 000 sujets âgés de 20 à 60 ans parmi les adhérents de la MGEN. Ils ont été tirés au sort et le taux de réponse global au questionnaire est de 66,5 %.

²² L'enquête a porté sur 39 617 personnes de plus de 18 ans en France. Les données ont été recueillies lors d'entretiens d'une quarantaine de minutes par 1 700 étudiants infirmiers formés à la méthode de recueil.

Conclusion

Une revue de la littérature sur la place des thérapeutiques non médicamenteuses dans les recommandations de prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie a été effectuée à titre illustratif. Ces thérapeutiques constituent, d'après les recommandations, le traitement de fond de la prise en charge des patients. Pour autant, ces recommandations s'appuient sur un faible niveau de preuve puisqu'elles reposent principalement sur des accords d'experts.

Une revue de la littérature a été réalisée pour examiner l'écart qui existe entre les recommandations de bonnes pratiques et les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses sur le terrain. Malgré un manque de données sur les pratiques de prescription des thérapeutiques non médicamenteuses au niveau national, plusieurs enquêtes de terrain ont pu être identifiées. Celles-ci suggèrent, même si elles ne permettent pas de l'affirmer, que le recours sur le terrain à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est insuffisant par rapport à ce que préconisent les autorités scientifiques et les agences sanitaires.

Freins à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses

L'objectif de ce chapitre est d'étudier le modèle français de prescription. Il s'agit d'examiner dans quelle mesure certaines caractéristiques de ce modèle constituent des freins à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, tandis qu'elles facilitent au contraire la prescription médicamenteuse. On est donc amené à s'interroger sur la corrélation qui existe entre les facteurs non médicaux de prescription médicamenteuse et les freins à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.

Une difficulté de la démarche entreprise réside dans le fait que les freins au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses relèvent des structures du système de santé. Le problème que pose leur développement est multifactoriel et ces facteurs (organisationnels, économiques, symboliques, etc.) sont connectés les uns aux autres. Il était donc nécessaire d'appréhender de façon transversale l'ensemble des dimensions du problème.

1. Résultat de la revue de la littérature

1.1. Sources documentaires retenues

Les sources documentaires retenues sont de natures diverses. Il s'agit :

- de rapports d'information sur la consommation médicamenteuse ;
- d'analyses socio-économiques sur la place de la prescription médicamenteuse et non médicamenteuse dans la relation médecin/patient ;
- d'enquêtes de terrain sur les déterminants non médicaux de prescription.

► Rapports d'information et documentation générale

Sept rapports d'information sont inclus dans la revue de la littérature dont :

- 5 rapports produits par des institutions françaises entre 2006 et 2008 ;
- 1 rapport publié en 2005 par une équipe de recherche canadienne à destination du Conseil de la santé et du bien-être du Québec ;
- 1 revue du Haut Conseil de la santé publique datant de 1999.

Ils contiennent des renseignements sur les pratiques de prescription et leurs déterminants, ainsi que sur les voies d'amélioration des systèmes de santé.

► Réflexions théoriques sur la place des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses dans la relation médecin/patient

Quinze articles comprenant des réflexions théoriques sur les comportements de prescription sont inclus dans la revue de la littérature. Ils ont été publiés entre 1961 et 2003 et relèvent de différentes approches disciplinaires (économique, sociologique, anthropologique, ethnologique, psychologique, philosophique, pharmacologie sociale, etc.). Ces réflexions peuvent être étayées par des éléments empiriques.

► Des enquêtes de pratiques sur les déterminants non médicaux de prescription

Vingt-cinq articles sur des enquêtes de terrain et 7 revues de la littérature ont été retenus et ont servi de support à la rédaction des chapitres suivants. Leur méthodologie est décrite dans un tableau situé dans l'annexe 2 du document.

Plusieurs limites doivent être relevées. D'une part, 2 études seulement ont été réalisées en France. Les autres ont été réalisées en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, en Belgique, en

Espagne, en Suède, aux États-Unis, au Canada et en Australie. Les 6 revues de la littérature sélectionnées sont internationales. On constate toutefois que les conclusions de ces études sont convergentes quel que soit le contexte national. D'autre part, la majorité de ces études concernent la prescription d'antibiotiques.

1.2. Présentation des résultats de l'analyse de la littérature

Cette revue de la littérature a permis d'identifier les logiques extra-médicales qui sous-tendent les pratiques cliniques et qui constituent des freins au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.

On distingue :

- d'une part, les freins structurels liés :
 - au rôle socioculturel de la prescription médicamenteuse dans la relation médecin/patient,
 - à l'organisation des soins et aux modalités de financement du système de santé ;
- d'autre part, les freins plus spécifiques liés :
 - aux limites d'information et d'adhésion des médecins et du grand public sur les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées,
 - aux défauts de l'offre de soins en termes de disponibilité et d'accessibilité des professionnels de santé et des professionnels spécialisés chargés d'accompagner les patients dans le suivi de ces thérapeutiques.

Comme indiqué ci-dessus, la revue de la littérature repose à la fois sur des enquêtes de pratiques fondées sur des méthodes d'évaluation quantitatives et qualitatives et sur des analyses plus théoriques sur la place des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses dans la relation médecin patient. Les éléments d'information contenus dans ces études constituent des arguments sur les freins au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses et non des données d'évidence scientifique.

Les freins identifiés dans le cadre de ce chapitre concernent à la fois les situations dans lesquelles une thérapeutique non médicamenteuse est prescrite seule et celles dans lesquelles elle est prescrite en association avec un traitement médicamenteux. Pour autant, l'impact des freins identifiés varie selon que l'on se situe dans l'une ou l'autre de ces situations. Par exemple, il peut exister une confusion entre la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses et la décision de non-prescription. Cette confusion s'expliquerait en partie par la place centrale qu'occupe la notion de prescription médicamenteuse dans les relations médecin/patient. Par conséquent, l'impact du rôle symbolique de la prescription médicamenteuse dans la relation médecin/patient serait particulièrement important lorsque la thérapeutique non médicamenteuse est prescrite seule.

2. Un contexte culturel et organisationnel peu favorable à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses

L'objectif de ce chapitre est d'identifier les déterminants symboliques, psychologiques ainsi que les déterminants économiques et organisationnels qui participent à la constitution d'un contexte peu favorable au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses²³.

²³ On note à ce propos l'existence d'une nouvelle branche de la pharmacologie clinique intitulée « pharmacologie sociale ». Cette discipline étudie à la fois les conséquences sociales de l'exposition des populations aux médicaments et les facteurs sociaux qui dirigent l'usage des substances médicamenteuses indépendamment de raisons purement cliniques ou rationnelles. Dans le cadre de ces réflexions, est apparue la notion de « médication », parallèlement à celle plus connue de « médicalisation ». Elle désigne l'accroissement du

2.1. Rôle symbolique de la prescription médicamenteuse dans la relation médecin/patient

La prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, en particulier en monothérapie, contrarie le schéma traditionnel du déroulé de la consultation qui est centré autour de la prescription médicamenteuse (21-26). Au-delà de son action pharmacologique, la prescription médicamenteuse est en effet considérée comme le symbole le plus ancien et le plus visible de la connaissance et de l'expérience du médecin (27,28). Elle dispose d'une valeur symbolique complexe autour de laquelle se construit la relation médecin/patient. Bien que leur efficacité puisse être reconnue, le fait que les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses ne bénéficient pas de la même valeur symbolique que les prescriptions médicamenteuses représente un frein pour leur développement.

► La prescription médicamenteuse comme certification de l'état pathologique

Symboliquement, la prescription médicamenteuse semble légitimer l'état pathologique du patient. Elle confirme son statut de « malade » et témoigne de sa vulnérabilité et du bien-fondé de la plainte. Par conséquent, la décision de ne pas prescrire de médicament, au bénéfice, dans certains cas, de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, pourrait être perçue comme une remise en question de l'authenticité de la plainte (25,29) (23,30-32) « *L'ordonnance, et plus précisément sa longueur, sa valeur en francs, le nom compliqué des produits, leur nouveauté pour le malade, etc. signifient pour ce dernier qu'il a bien fait de venir chez le médecin, que son état relève bien de la pratique médicale et qu'il n'aurait pas pu se tirer d'affaire tout seul.* » (33)

Cette dimension symbolique prend racine dans l'idée que le patient n'est pas jugé responsable de son incapacité dès lors qu'il a besoin d'une aide médicamenteuse pour guérir (25). Elle est d'ailleurs prise en compte dans les récentes campagnes publicitaires sur le bon usage des antibiotiques. Celles-ci s'attachent en effet à réfuter le préjugé selon lequel seule la prescription médicamenteuse justifie que le patient soit exempté de ses obligations professionnelles et/ou domestiques.

La relation entre la prescription médicamenteuse et la certification de la maladie est encore plus complexe concernant la prise en charge des troubles mentaux. Le rapport de l'OPEPS souligne à ce propos que l'usage des psychotropes est jugé d'autant plus nécessaire qu'il conforte aussi bien le symptôme dont les patients se plaignent que les explications qu'ils cherchent à lui donner (15).

► La prescription médicamenteuse comme concrétisation de l'acte médical

La rédaction d'une ordonnance représente également symboliquement la concrétisation de l'acte médical (34). À plusieurs reprises on retrouve dans la littérature l'argument selon lequel rédiger une ordonnance semble « *résumer la consultation* ». D'une part, elle permettrait de rassurer les patients pour qui elle témoigne du fait que le médecin a fait un diagnostic, que le traitement est possible et que le problème est « pris en main ». D'autre part, elle témoignerait d'une transmission d'un pouvoir de guérir du médecin vers le patient (24,31,35,36). À ce titre, le médicament occupe dans la relation médecin/patient une « *fonction métaphorique* », dans la mesure où il incarne un objet concret de soulagement ; voire il détient une « *fonction métonymique* » lorsqu'il est perçu comme « *incorporant en lui-même l'expertise du médecin et sa capacité à soigner* » (22)²⁴.

recours aux médicaments pour faire face à des situations auparavant considérées comme ne relevant pas du champ du pathologique (21).

²⁴ Plusieurs auteurs rappellent à ce propos le commentaire de sir Williams Osler, considéré comme étant à l'origine de la pharmacologie sociale lorsqu'il écrit en 1981 : « *A desire to take medicines is perhaps, the great feature which distinguishes man from other animals.* » (21,31)

► **La prescription médicamenteuse comme lieu d'un investissement psychologique et affectif**

Bien que voulue aussi rationnelle que possible, la décision de prescription peut également faire l'objet d'investissements psychiques croisés entre le médecin et le patient, en particulier dans le cadre de la prise en charge des troubles mentaux. « *Il est habituel de prendre en compte le fait que tel ou tel patient est "attaché" à tel médicament, et il est courant d'observer des renouvellements d'ordonnance dont le bien-fondé reste obscur. Une routine s'installe, faite de reconduction à l'identique. Les médecins expérimentés sentent qu'un investissement se matérialise là, et s'économisent souvent la peine de chercher à en savoir plus en adoptant une attitude expectante.* » (26)

► **La valeur symbolique associée à la rédaction d'une ordonnance**

La valeur symbolique associée à la prescription médicamenteuse réside à la fois dans les représentations qui accompagnent l'objet « médicament » et dans celles qui accompagnent le geste de « rédaction d'une ordonnance ». Le fait que les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses ne fassent pas l'objet de la rédaction d'une ordonnance au même titre que les prescriptions médicamenteuses peut donc à ce titre avoir des conséquences sur la perception qui en est faite à la fois par les médecins et par les patients. De même, il est probable que la distribution d'une brochure d'information en accompagnement d'une prescription de thérapeutiques non médicamenteuses exprimée oralement ne dispose pas de la même force prescriptive que la rédaction sur l'ordonnance des préconisations du médecin.

2.2. Impact des représentations symboliques sur les décisions de prescription

► **Impact des attentes des patients réelles ou perçues**

Le rôle symbolique de la prescription médicamenteuse est susceptible d'exercer une influence sur les attentes des patients et sur les décisions de prescription des médecins. Reste qu'il est difficile de mesurer l'écart entre les attentes réelles et les attentes perçues par les médecins et leur impact respectif sur les décisions de prescription. Schwartz *et al.* illustrent l'influence mutuelle de ces représentations en rapportant les propos d'un praticien : « *Si je ne leur fais pas de prescription médicamenteuse, les patients risquent de penser que je ne prends pas au sérieux leur souffrance.* » (30)

Plusieurs enquêtes évaluent quantitativement et qualitativement l'influence qu'exercent les attentes des patients sur les décisions de prescription. Les conclusions de cette revue de littérature sont ambivalentes. Trois études montrent que les patients qui déclarent avoir des attentes en matière de prescription médicamenteuse ont plus de chance de se voir prescrire un traitement que les patients qui déclarent ne pas en avoir (37-39). En revanche, d'autres études soulignent qu'il est possible que les médecins surestiment les attentes réelles des patients. Sur le fondement de ces études, il apparaît que la perception qu'ont les médecins des attentes des patients détermine plus significativement la décision de prescription que les attentes réelles exprimées par les patients (38,40-42). Plusieurs auteurs évoquent à ce sujet la possibilité d'un malentendu entre les médecins et les patients (37-41,43-45). Quoi qu'il en soit, l'influence des attentes réelles ou perçues des patients sur les décisions de prescription varie en fonction d'autres facteurs liés à l'organisation du système de santé et aux modalités de financement.

► **Un impact qui croît avec la crainte du nomadisme médical**

Dans le cadre d'enquêtes de terrain, certains médecins déclarent effectuer des prescriptions médicamenteuses qu'ils jugent inutiles dans le but de privilégier la relation de confiance

qu'ils entretiennent avec leurs patients (29,30,40,46-49). Ce point de vue peut être accentué par la crainte de voir fuir leurs patients vers des confrères plus complaisants en matière de prescription, en particulier dans le cadre d'un financement par paiement à l'acte (29,40,47,50,51).

Ce point de vue n'est toutefois pas unanimement partagé et quelques praticiens interrogés estiment au contraire que les discussions suscitées par la décision de non-prescription médicamenteuse sont préférables pour établir avec le patient une relation de confiance. « *En un mot j'ai l'habitude d'exercer de la façon suivante... J'essaye d'écouter très attentivement au début car je pense que les patients aiment justifier pourquoi ils viennent me voir jusqu'à dépeindre parfois une situation vraiment dramatique. Je donne au patient qui consulte pour des maux de gorge 10 minutes d'écoute attentive avant d'avancer mes arguments. Cette technique me permet de moins prescrire d'antibiotiques.* » (46) À travers ce témoignage, on observe que la gestion du temps consacré à la consultation est au cœur des problèmes soulevés par le développement d'habitudes de non-prescription de médicaments, qu'elles s'exercent ou non au bénéfice de thérapeutiques non médicamenteuses.

► Un impact qui croît avec la perception d'une pression du temps

Plusieurs enquêtes de terrain suggèrent effectivement que la perception par les médecins d'une pression du temps influence les décisions de prescription (27,29,47,49). C'est aussi ce qu'évoque l'enquête de l'Inpes sur les comportements et les attitudes des médecins et des pharmaciens dans la prévention et l'éducation pour la santé, publiée en 2005. Enfin, l'étude menée par Watkins *et al.* en Grande-Bretagne montre un lien entre les volumes de prescriptions par les médecins et le fait qu'ils aient le sentiment de manquer de temps. Les médecins qui prescrivent le plus de médicaments sont également ceux pour qui le manque de temps cause le plus grand sentiment de frustration (52).

Les enquêtes qualitatives incluses dans la revue de la littérature fournissent des éléments qui permettraient d'éclairer cette corrélation entre l'impression d'une pression du temps par le médecin et les volumes de prescriptions médicamenteuses. D'une part, la rédaction d'une ordonnance permettrait de clore symboliquement la consultation. Elle signifierait au patient qu'il doit prendre congé du médecin, elle est dans ce cas un moyen d'écourter la consultation (31,45,52). D'autre part, il serait plus rapide de rédiger une ordonnance que d'expliquer au malade pourquoi il n'est pas nécessaire de lui prescrire un médicament ou de lui refuser le renouvellement d'un médicament (46,51). Enfin, il paraît plus fastidieux pour les médecins de convaincre le patient de faire évoluer son mode de vie et de suivre des thérapeutiques de longue durée (ex. : conseils hygiéno-diététiques ou traitement psychologique) que de prescrire un traitement médicamenteux. Dans l'étude de Schwartz *et al.*, l'un des médecins interrogés rapporte qu'il préfère parfois effectuer une prescription jugée inutile car « *ils n'ont pas le temps de faire évoluer véritablement les mentalités* » (30).

► Un impact qui croît avec l'incertitude du diagnostic

Il apparaît enfin que l'incertitude du diagnostic influence la décision de prescription du médecin (29,30,53). À mesure que le degré d'incertitude augmente, la probabilité d'une prescription médicamenteuse inadéquate avec les recommandations de bonnes pratiques croît, en particulier concernant les diagnostics de troubles mentaux en médecine générale. « *La prescription est susceptible d'atténuer le sentiment d'incertitude et d'impuissance qu'il (le médecin) éprouve face à la manifestation de pathologies floues ou complexes et mal codifiées, telles l'anxiété, l'insomnie et la dépression.* » (36) Ils opèrent ainsi « *une simplification heuristique dans leurs prises de décision, les conduisant à opter pour l'alternative la plus sûre et la plus confortable* » (54).

Compte tenu de leur formation (cf. § 3.1.1) et du contexte social, économique et organisationnel dans lequel ils exercent, les médecins sont spontanément incités à recourir aux prescriptions médicamenteuses qu'ils connaissent le mieux, auxquelles ils adhèrent plus facilement et qu'ils ont le sentiment de « maîtriser » davantage.

Conclusion et mise en perspective dans le contexte français

La prescription médicamenteuse dispose d'un rôle symbolique autour duquel s'organise traditionnellement la consultation au détriment du développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses qui ne dispose pas du même statut. Cette différence de statut peut influencer à la fois les patients et les médecins, en particulier lorsque ces derniers déclarent ressentir une pression du temps et lorsqu'ils craignent de perdre une partie de leur patientèle. On observe alors que le cadre économique et organisationnel peut favoriser l'émergence de ces ressentis, en particulier en France où l'organisation des soins de ville est fondée sur un modèle libéral financé à l'acte.

2.3. Une organisation du système de soins de ville en France peu incitative à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses

Les enquêtes de terrain incluses dans la revue de la littérature ont permis de constater que des phénomènes, tels que la perception d'une pression du temps ou la crainte du nomadisme médical, favorisaient le recours à la prescription médicamenteuse et constituaient au contraire un frein au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Or les caractéristiques de l'organisation des soins de ville en France semblent encourager l'émergence de ces phénomènes.

La prescription de thérapeutiques non médicamenteuses suppose en effet que le médecin fournisse un effort supplémentaire par rapport à la prescription de traitements médicamenteux. Par principe, il est difficile de convaincre un patient de s'engager activement dans un processus thérapeutique qui met en jeu son mode de vie, voire ses schémas de pensées. D'une part, il est nécessaire que le médecin procure un certain nombre de précisions pour accompagner le patient dans le suivi de la thérapeutique (ex. précisions sur le régime hypocalorique) ou *a minima* qu'il l'oriente vers un professionnel spécialisé. D'autre part, les thérapeutiques non médicamenteuses sont relativement coûteuses pour le patient, d'un point de vue financier et non financier²⁵, et leur efficacité est observable sur le long terme. Le médecin doit donc prendre du temps pour convaincre le patient de l'intérêt de cette prescription. Dans quelle mesure le financement et l'organisation actuelle des soins de ville n'incitent-ils pas les médecins à fournir cet effort et tendent au contraire à encourager le déploiement de stratégies de compensation qui favorisent le recours à la prescription médicamenteuse ?

► Influence du paiement à l'acte sur les pratiques de prescription

L'analyse économique permet de montrer l'impact qu'ont les différents systèmes de rémunération des médecins sur leurs pratiques. Ainsi il est démontré dans la littérature que l'utilisation qui est faite du paiement à l'acte, dans le cadre actuel du système de santé, encourage le médecin à consacrer le moins de temps possible par patient (55-58)²⁶. Le médecin est en effet incité à multiplier le nombre de consultations pour augmenter son revenu car l'acte marginal supplémentaire accroît toujours son profit monétaire. Ce mode de rémunération, lorsqu'il est utilisé sans que le temps consacré à la consultation soit pris en

²⁵ Comme cela sera examiné plus précisément dans la suite du rapport (cf. § 3.2.3).

²⁶ Références non exhaustives

compte²⁷, est préjudiciable à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses qui tend à rallonger la durée de la consultation pour les raisons précédemment évoquées.

En faveur de cet argument théorique, on observe en effet, dans un contexte de paiement à l'acte, une corrélation entre le niveau d'activité des médecins et les pratiques de prescription. Le nombre de médicaments prescrits par acte s'accroît parallèlement à l'augmentation du nombre de consultations effectuées par jour et parallèlement à celle du nombre de visites réalisées au domicile des patients (59). Cette corrélation est valide alors même que les déterminants liés à la structure de la clientèle en termes d'âge et de sexe ont été contrôlés²⁸. Enfin, le récent rapport de l'OPEPS sur le bon usage de psychotropes suggère que l'accélération de la prescription est souvent consécutive à la croissance de la clientèle.

Plusieurs économistes justifient cette corrélation entre niveaux d'activité et pratiques de prescription, dans un contexte de paiement à l'acte, en émettant l'hypothèse selon laquelle il existerait un phénomène de substitution entre la prescription médicamenteuse et la durée de la consultation (57,60). Le médecin doit arbitrer entre son revenu et ses loisirs pour obtenir une allocation temporelle optimale compte tenu de sa contrainte de temps. Il serait ainsi incité à diminuer la durée de l'acte en utilisant la prescription comme une substitution au temps de consultation. Ce comportement traduirait une attitude de « compensation » du médecin par rapport à son patient.

L'impact du paiement à l'acte sur la gestion du temps consacré par le médecin à chaque consultation d'une part, et sur les décisions de prescription d'autre part, est également suggéré par l'étude de Masiero *et al.* sur la consommation d'antibiotiques. On constate en effet dans cette étude que la consommation moyenne d'antibiotiques par habitant est plus élevée dans les systèmes de santé au sein desquels les médecins sont salariés ou rémunérés au moyen d'un paiement à l'acte que dans ceux qui proposent un financement par capitation (60,61).

► Impact des autres modalités de rémunération sur les pratiques de prescription

Dès lors, doit-on considérer que le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses passe par une évolution des modalités de rémunération, du paiement à l'acte vers d'autres types d'incitatifs financiers tels que la capitation (paiement forfaitaire par patient pris en charge pendant une période de temps donnée) ou le salariat ?

Il est vrai que le médecin rémunéré par le biais d'un système par capitation ou par salariat n'est pas pénalisé lorsqu'il consacre davantage de temps par patient. En revanche il n'y est pas incité économiquement ce qui conduit de la même façon que le paiement à l'acte à une diminution de la durée de la consultation et une augmentation éventuelle des prescriptions médicamenteuses. C'est ce que rapporte l'étude de Sandier en 1990 qui compare la durée moyenne de consultation entre les médecins français payés à l'acte et les médecins anglais payés par capitation (57).

Le système par capitation, de la même façon que le système par paiement à l'acte, incite le médecin à accroître sa patientèle, ce qui peut avoir comme conséquence une diminution du temps consacré à chaque patient afin d'augmenter le nombre de consultations. Ainsi seul le salariat favorise l'augmentation du temps que le médecin consacre à chaque patient lors de ses consultations.

En revanche, le système par capitation et le paiement à l'acte incitent plus fortement les médecins à améliorer la qualité des soins de sorte que les patients soient satisfaits et fidèles à leur médecin (62). Reste à savoir si le temps consacré à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est perçu par les patients comme un critère de qualité. Le cas échéant, les médecins seront incités à améliorer leurs pratiques en ce sens pour conserver, voire augmenter la taille de leur patientèle. Dans le cas contraire, ils n'y seront pas incités.

²⁷ Dans certains pays et dans le cadre d'un système de santé financé par paiement à l'acte, le tarif de la consultation est modulé en fonction de la durée de la consultation (ex. Suisse, Australie) (50).

²⁸ La structure d'âge de la clientèle détermine en revanche davantage le coût des prescriptions.

Enfin, indépendamment de la qualité des soins telle qu'elle est perçue par le patient, le médecin rémunéré par capitation peut être davantage incité à prescrire des thérapeutiques efficaces, même lorsque leurs effets s'observent à long terme. Le temps consacré par le médecin à convaincre le patient de l'intérêt de la thérapeutique et à lui donner des consignes précises pourra en effet être compensé, à terme, par une amélioration de l'état de santé du patient. Or dans un système par capitation, le médecin est particulièrement incité à améliorer l'état de santé de ses patients dans la mesure où il est rémunéré de façon *ex ante*, sans que soit prise en compte la quantité des soins qu'il fournit à chacun d'entre eux²⁹.

En définitive, chacun des modes de rémunération (paiement à l'acte, capitation et salariat) présente des avantages et des inconvénients spécifiques, si bien qu'il semble aujourd'hui plus pertinent de s'orienter vers des systèmes de financement mixtes permettant de combiner ces trois modes de rémunération. Cette recherche de mixité est visible dans les réformes récentes des modes de rémunération des médecins dans les systèmes de santé des pays industrialisés (55).

En Grande-Bretagne, par exemple, le *National Health Service* a mis en place un contrôle du budget des prescriptions des médecins traitants pour éviter que la capitation n'augmente les coûts de soins prescrits. Le *National Health Service* a également introduit partiellement en 2004 des modalités de rémunération innovantes intégrant des éléments d'intéressement aux résultats. Il s'agit de combiner deux catégories de rémunération : l'une repose sur la ressource nécessaire à la production (en l'occurrence le temps nécessaire à l'amélioration des pratiques de prescription) et l'autre sur le résultat de la production (55). Ce mode de rémunération est plus connu sous le nom de « paiement à la performance ». L'efficacité du paiement à la performance nécessite qu'un montant suffisamment conséquent soit proposé au médecin (par rapport à son niveau de revenu initial) pour compenser l'effort qui est recherché. L'incitation peut être individuelle ou collective. Dans le dernier cas, il semble que plus la taille du groupe est restreinte, plus l'incitation est forte. Il reste toutefois possible de combiner les deux catégories de rémunération. Dans ce cas, une partie du financement est fixe et indépendante du résultat et une partie est indexée sur les résultats sanitaires. L'évaluation de son impact sur l'amélioration des pratiques fait aujourd'hui l'objet de nombreuses controverses (63-65).

De nombreux travaux internationaux et de nombreuses expérimentations sont actuellement en cours pour tester empiriquement les effets de ces modalités mixtes de rémunération sur les pratiques médicales, en particulier sur les pratiques de prescription et sur la diffusion de pratiques de prévention (66). Concernant les pratiques de prescription, il est apparu que ces modalités mixtes de rémunération ont permis de réduire les volumes de prescriptions de médicaments (57,67). En revanche aucune expérimentation de modalités mixtes de rémunération, visant à développer les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses, n'a pu être identifiée.

► Influence des standards locaux sur les pratiques de prescription

Les études économiques réalisées sur les comportements de prescription indiquent toutefois que l'impact des modes de rémunération et des niveaux d'activité est pondéré par l'influence de standards locaux. On entend par « standards locaux » des normes plus ou moins formelles partagées entre praticiens. Ces standards peuvent être établis par une communauté scientifique³⁰ ou bien relever de stratégies d'alignement dans un contexte de pratiques concurrentielles.

²⁹ Le paiement par capitation peut toutefois s'adapter au profil des patients. Dans ce cas, la rémunération du médecin pour le suivi d'un patient âgé sera, par exemple, plus élevée que pour celui d'un patient jeune dans la mesure où la probabilité que le patient âgé ait recours fréquemment au médecin est plus élevée (58).

³⁰ Influence exercée par des leaders d'opinion locaux (chefs de service dans les hôpitaux publics, éminents professeurs, experts assurant les séances de « développement professionnel continu »). Cette influence de la

Les volumes de prescriptions des médecins semblent en effet s'aligner sur ceux des autres praticiens exerçant à proximité ; et ce d'autant plus que la concurrence est forte. Le contexte d'activité lié à l'environnement et aux structures d'offre de soins sur la zone d'installation (ex. proximité d'un hôpital), la densité médicale, ainsi que les caractéristiques économiques de la zone d'installation (taux de chômage, revenu moyen, etc.) influencent les styles de pratiques (59,61,71-73). Il existerait des pratiques de prescriptions standardisées déterminées par la contrainte qu'exerce l'environnement professionnel sur chaque praticien et par la concurrence qui en découle. « *Les décisions d'activité des médecins ne sont pas des décisions d'individus atomisés mais celles d'individus enserrés dans des relations professionnelles porteuses de règles qui influencent leur comportement.* » (71)³¹

► Influence des modalités d'exercice sur les pratiques de prescription

Enfin, comme le suggèrent les expériences européennes et internationales, le regroupement des médecins en cabinets de groupe pluridisciplinaires et pluriprofessionnels encourage le développement de coopérations entre professionnels et la multiplication d'activités nouvelles, telles que des programmes d'éducation thérapeutique (suivi diététique des patients diabétiques, hypertendus, asthmatiques, etc.) (74,75). L'organisation des soins de ville en cabinets de groupe peut être encouragée par le biais d'incitations financières (modes de rémunération ou dispositifs de contractualisation). Différents acteurs sont susceptibles de recevoir l'incitation financière distribuée en vue de promouvoir le regroupement des professionnels : médecins, professionnels spécialisés, structures collectives, etc. Les règles de répartition des incitations financières entre les professionnels impliqués dans ces regroupements sont variables.

Ce type d'organisation semble favorable au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. En effet, il permet de faciliter l'orientation des patients par le médecin vers des professionnels spécialisés dans le suivi de la thérapeutique et de favoriser la continuité de la prise en charge. *A fortiori* le fait que l'offre de soins de ville reste en France majoritairement organisée sur le schéma d'un exercice médical individuel monodisciplinaire et monoprofessionnel devrait constituer à terme un frein au développement de ces prescriptions.

Conclusion et mise en perspective dans le contexte français

La revue de la littérature concernant l'impact des modes de financement sur les pratiques de prescription fournit des arguments pour conclure que le modèle dominant d'organisation des soins de ville en France, dans le cadre du cabinet individuel monodisciplinaire et mono-professionnel, financé au moyen d'un paiement à l'acte ne prenant pas en compte le temps consacré à la consultation, est peu propice au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Par le biais des contraintes et des incitations économiques qu'il suscite, il n'encourage pas les médecins à prescrire ces thérapeutiques. Parallèlement, ce système rend plus aisée la prescription médicamenteuse et il tend à accroître l'influence de représentations symboliques qui placent cette dernière au cœur de la relation médecin/patient.

communauté scientifique sur les pratiques de prescription est particulièrement accentuée dans le cadre des réseaux de santé (68-70).

³¹ Pour distinguer empiriquement l'influence des pairs sur les pratiques de prescription de celle de facteurs structurels, l'étude de Béjan *et al.* s'appuie sur une analyse « *cluster* » destinée à identifier des groupes homogènes de pratiques. L'impact de certains déterminants sur les groupes homogènes de pratiques (nombre moyen d'actes par médecin, nombre moyen d'actes par patient et par médecin, nombre de visites à domicile, coût moyen des prescriptions de médicaments par médecin) est contrôlé par une régression statistique.

3. Des freins spécifiques à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses

Si les freins au développement de la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses relèvent partiellement du contexte culturel et organisationnel du système de santé, la revue de la littérature a permis d'identifier les difficultés que posent plus spécifiquement ces thérapeutiques. Celles-ci tendent à limiter l'acceptabilité par les patients de ces prescriptions et génèrent un phénomène de renoncement à la prescription de la part des médecins. On distingue d'une part le manque d'information et d'adhésion des médecins et du public sur l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses et d'autre part les inégalités d'accès à l'offre en matière de suivi de ces thérapeutiques.

3.1. Limites de l'information et de l'adhésion des professionnels de santé sur les thérapeutiques non médicamenteuses

► Une information déséquilibrée

À plusieurs égards, le système actuel de formation semble insuffisant pour préparer les médecins aux difficultés que soulèvent les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses. Les enseignements proposés ne suffisent pas à offrir aux étudiants des connaissances solides :

- sur l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses dans les différents domaines thérapeutiques ;
- sur les compétences propres des professionnels de santé et des professionnels spécialisés vers lesquels il est pertinent d'orienter les patients ;
- sur les différences qui existent entre les thérapeutiques au sein d'une même catégorie (ex. entre les différents types de traitements psychologiques).

De plus, la revue de la littérature a permis de constater que l'information à laquelle ont accès les médecins, dans le cadre de leur exercice, était déséquilibrée : elle est surabondante concernant les médicaments et insuffisante concernant les thérapeutiques non médicamenteuses. Ce déséquilibre s'explique en partie par le fait que les médecins privilégient les canaux d'information émanant de l'industrie pharmaceutique au motif qu'ils les jugent plus accessibles et davantage conformes à leurs besoins. Ils leur offriraient des informations claires, synthétiques et adaptées aux exigences de leur exercice quotidien (76)³². Or, par principe, l'industrie pharmaceutique consacre des moyens financiers pour diffuser l'information médicale dans un objectif lucratif. Elle n'est donc pas spontanément incitée à garantir que les médecins aient accès à une information médicale de qualité sur les bénéfices associés à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.

D'après l'enquête réalisée pour le compte de la DGS, les moyens d'information le plus fréquemment utilisés sont en effet : 1° le dictionnaire Vidal et les visiteurs médicaux, 2° la presse médicale 3° les réunions de formation continue. En revanche dans l'enquête HAS-IGAS, la visite médicale n'est citée qu'après le Vidal, l'Affsaps, la formation continue, la HAS et la presse médicale. Le lien de causalité entre les sources de l'information médicale et les comportements de prescription est toutefois difficile à évaluer. Si des relations ont pu être

³² - Étude de la société IMAGO pour le compte de la DGS : enquête téléphonique réalisée en janvier 2002 auprès de 800 médecins généralistes.

- Étude du département santé de Taylor Nelson SOFRES pour le compte de la DSS en 2002 : enquête téléphonique quantitative auprès de 602 médecins généralistes, étude de la société Kaliope pour le compte du FOPIM en 2002 : exploration sous forme de 12 entretiens individuels et de 2 tables rondes de 16 participants au total.

- Étude de la société IPSOS Santé pour le compte de la HAS et de l'IGAS en 2007 : enquête quantitative et qualitative auprès de 602 médecins généralistes libéraux.

établies entre le montant des investissements promotionnels et le montant des prescriptions au niveau du marché global ou au niveau des praticiens considérés individuellement (52,76), aucune étude ne prouve que ces prescriptions s'effectuent au détriment du développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.

Des dispositifs ont été mis en place pour inciter l'industrie pharmaceutique à diffuser une information médicale plus complète sur le bon usage du médicament et sur sa place dans la stratégie globale de prise en charge. Une charte de la visite médicale a été signée en décembre 2004 entre Les Entreprises du médicament (LEEM) et le Comité économique des produits de santé (CEPS) et une procédure de certification de la visite médicale des entreprises pharmaceutiques a été élaborée par la HAS en juillet 2009. Les visiteurs médicaux s'engagent désormais à présenter au médecin « *la place du médicament dans la pathologie visée et la stratégie thérapeutique recommandée, validée par la commission de la transparence et conforme aux recommandations issues de la Haute Autorité de Santé, de l'Afssaps et de l'Institut national du cancer ainsi qu'aux conférences de consensus validées par la Haute Autorité de Santé* ».

Enfin, les experts du groupe de travail et du groupe de lecture ont souligné le manque d'information des médecins sur la disponibilité de professionnels exerçant à proximité de leur cabinet et vers lesquels adresser leurs patients dans le cadre du suivi de ces thérapeutiques. Au-delà de l'information sur ces ressources humaines, les experts soulignent le manque de réseaux locaux, plus ou moins formels, permettant de favoriser les rapprochements entre médecins, professionnels de santé et professionnels spécialisés. De la même façon que lorsqu'un médecin adresse un patient à un confrère, le médecin engage sa crédibilité quand il donne à son patient les coordonnées d'un professionnel spécialisé. Il est donc nécessaire que des relations de confiance s'installent entre ces différents acteurs. À l'heure actuelle, à l'exception des réseaux de santé, il existe peu d'incitations à développer ces relations inter-professionnelles.

► **Manque d'adhésion aux recommandations sur les thérapeutiques non médicamenteuses**

Plusieurs enquêtes de terrain incluses dans la revue de littérature ont relevé que malgré le fait que les médecins soient informés des recommandations de prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, leur adhésion fait défaut (18,29,30,46,70,77-80). Ce manque d'adhésion constitue un frein important au développement de ces prescriptions.

- Inadéquation des recommandations avec les réalités perçues de l'exercice de terrain

Plusieurs études font le constat des difficultés rencontrées par les médecins dans l'application des recommandations en matière de prescription des thérapeutiques non médicamenteuses. C'est ce qu'indique par exemple l'étude réalisée par Cogneau *et al.* (18). Si les médecins connaissent les recommandations de bonnes pratiques sur le diabète de type 2, ils estiment qu'il est difficile de les respecter en matière de prescription de suivi diététique et d'activité physique. Ces difficultés sont également soulignées par la DREES dans une étude qui cherche à évaluer l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques dans les pratiques en médecine générale (81).

Dans le cadre d'enquêtes de terrain, plusieurs médecins vont jusqu'à estimer que les recommandations en la matière sont inadéquates avec les contraintes de terrain auxquelles ils sont confrontés au quotidien. Ces derniers leur reprochent de faire preuve de naïveté et de manquer de crédibilité³³ : les études sur lesquelles s'appuient ces recommandations auraient été conduites dans des conditions et sur des populations non comparables à celles rencontrées dans la pratique réelle. Ces arguments les conduiraient à préférer fonder leur

³³ Un médecin de l'Arkansas s'exclame de la façon suivante au sujet des traitements non médicamenteux en alternative à la prescription de vasodilatateurs : « *Vous, essayez donc de leur dire de faire de l'exercice !* » (30)

décision sur la base de leur expérience clinique de terrain plutôt que sur les données d'évidence scientifique qu'ils jugent trop académiques³⁴ (30,46,77,78).

Cabana *et al.* ont effectué une revue de littérature sur les freins généraux au respect des recommandations de bonnes pratiques (80). Ils proposent de classer ces freins en sept catégories :

1. méconnaissance des recommandations ;
2. connaissance approximative des recommandations ;
3. manque d'adhésion à l'égard des recommandations ;
4. manque de confiance des médecins dans leur capacité à mettre en œuvre efficacement les recommandations ;
5. manque de confiance des médecins concernant les bénéfices pour leurs patients des interventions préconisées ;
6. refus de modifier leurs pratiques ;
7. barrières extérieures (freins liés au patient, freins environnementaux).

Ce constat est connu des autorités scientifiques et sanitaires. Dans un rapport sur les recommandations de bonnes pratiques réalisé sous la direction d'Étienne Caniard en avril 2002, il était souligné que l'inadéquation des pratiques avec les référentiels « *mérite une attention particulière car elle est l'expression d'une absence d'appropriation évidemment préjudiciable à sa diffusion* ». Une réponse aux limites soulevées par les médecins doit être apportée : des outils doivent être conçus pour aider les médecins à s'approprier les recommandations et les appliquer sur le terrain en particulier dans les situations cliniques mal définies. Les auteurs de ce rapport indiquent qu'il convient également de soutenir le praticien dans la décision de non-prescription médicamenteuse : « *Le fait de ne pas prescrire (de médicament) est un acte symbolique très fort qu'il faut assortir d'outils concrets permettant au praticien d'échapper aux pressions, conscientes ou inconscientes, qui le poussent à prescrire (des médicaments).* » (82)

- Manque de données d'évidence sur les thérapeutiques non médicamenteuses

Aux difficultés pratiques que rencontrent les médecins sur le terrain et qui les amènent à remettre en question les recommandations en la matière, s'ajoute le manque de données sur l'efficacité de ces thérapeutiques. La revue de la littérature effectuée et la consultation du groupe de travail ont en effet permis de constater que le faible degré de force des recommandations en matière de thérapeutiques non médicamenteuses a des conséquences sur l'adhésion des médecins ainsi que sur celle des publics en général. Ce faible degré de force s'explique, d'une part, par la difficulté d'évaluer les thérapeutiques non médicamenteuses qui s'intègrent dans une prise en charge globale du patient dont l'efficacité est multifactorielle et, d'autre part, par le manque de financements nécessaires à la conduite de ces études.

Difficultés méthodologiques de l'évaluation des thérapeutiques non médicamenteuses

Au regard des critères habituellement considérés pour l'évaluation de l'efficacité des traitements médicamenteux, les études évaluant l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses présentent pour la plupart des insuffisances méthodologiques. Les revues Cochrane sur ces thérapeutiques et la revue de l'Affsaps réalisée en 2005 sur l'efficacité des mesures nutritionnelles dans la prise en charge du patient dyslipidémique (8) ont en effet permis d'observer que les études disponibles comprenaient :

- un nombre de sujets inclus insuffisant au regard de l'efficacité attendue du traitement évalué (83,84) ;
- une durée de suivi insuffisante (85) ;

³⁴ « *Je pense que la recherche sur l'efficacité des prescriptions peut être utile, mais j'ai beaucoup appris des centaines de patients que j'ai rencontrés en consultations pour des maux de gorge. Les gens réels ne sont pas toujours semblables à ceux que les chercheurs imaginent.* » (46)

- une évaluation réalisée sur des critères d'efficacité intermédiaires (la morbi-mortalité et la qualité de vie étant rarement observées) (83,85-87) ;
- un nombre important de perdus de vue (8) ;
- une absence de double aveugle (les thérapeutiques non médicamenteuses étant essentiellement participatives) (8,85) ;
- une absence de réel groupe contrôle (des modifications de régime alimentaire et d'autres facteurs de risque ayant été observées dans les groupes contrôles) (8,83).

Certaines de ces insuffisances méthodologiques, comme l'absence de double aveugle, voire celle de réel groupe contrôle, peuvent être expliquées par la nature même des thérapeutiques non médicamenteuses.

Par ailleurs, il est difficile d'obtenir un traitement standardisé et comparable pour tous les patients traités, étant donné :

- le caractère personnalisé des thérapeutiques non médicamenteuses, qui pour la plupart doivent être adaptées aux caractéristiques individuelles de chaque patient ;
- la diversité des professionnels intervenant dans la prescription et dans le suivi de ces thérapeutiques, impliquant une diversité de compétences et d'expériences à l'origine d'une variabilité des thérapeutiques ;
- le déroulement du traitement dans différents lieux médicaux ainsi que dans la sphère privée du patient, qui est à l'origine d'une variabilité des thérapeutiques.

Par ailleurs, l'évaluation de l'efficacité de ces thérapeutiques doit être réalisée en prenant en compte l'interaction entre les différents éléments du traitement, qui rendent difficile toute discrimination de l'efficacité de ces différents éléments, et la diversité des intervenants, dont les impacts respectifs en termes d'efficacité sont difficiles à établir (88).

Enfin, l'observance au traitement des patients se révèle ardue en raison de l'ancrage fort de ces thérapeutiques dans le quotidien du patient et de leur interpénétration avec son mode de vie. Ainsi, le contrôle de l'observance est presque impossible, et l'auto-évaluation se révèle peu fiable (89).

Ces difficultés méthodologiques rencontrées dans l'évaluation comparative des thérapeutiques non médicamenteuses a comme conséquence le fait que les recommandations en la matière sont associées à un faible niveau de preuve. Comme l'indique la revue de la littérature sur les recommandations dans la prise en charge des risques cardio-vasculaires et des troubles du sommeil, elles reposent majoritairement sur des accords d'experts.

Une structure de financement de la recherche médicale peu propice à la production de données d'évidence sur ces thérapeutiques

Le manque de données d'évidence sur les thérapeutiques non médicamenteuses s'explique également par le fait que la majorité des études scientifiques sont financées par l'industrie pharmaceutique en vue de l'autorisation de mise sur le marché et du remboursement éventuel par l'Assurance maladie. Cette structure de financement a un impact sur les traitements qui font l'objet d'évaluations comparatives. L'évaluation des thérapeutiques non médicamenteuses est par conséquent freinée par l'absence de financements nécessaires à la conduite de ces études.

Difficultés méthodologiques de l'évaluation de l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses

Compte tenu des coûts induits par le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses³⁵, il est légitime de s'interroger sur leur efficacité³⁶. Dès lors, on constate que l'évaluation économique des thérapeutiques non pharmacologiques est en grande partie freinée par l'absence de données comparatives sur leur efficacité. Tant qu'il ne sera pas possible de déterminer de façon robuste quel est le différentiel d'efficacité entre chacune des

³⁵ Ils sont présentés dans la suite du rapport (cf. § 3.2.3).

³⁶ Capacité d'une intervention à engendrer les meilleurs résultats possibles à partir des ressources à mobiliser. Cf. « L'évaluation économique à la Haute Autorité de Santé », 2010.

thérapeutiques non médicamenteuses et leurs comparateurs, il est inenvisageable de mesurer les ratios coût/efficacité qui leur sont associés. Par conséquent, l'ensemble des difficultés méthodologiques qui ont été identifiées pour l'évaluation de l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses représente également des difficultés pour leur évaluation économique.

En outre, l'hétérogénéité de l'offre de soins en matière de thérapeutiques non médicamenteuses³⁷ constitue également une difficulté : les tarifs associés à l'intervention des professionnels spécialisés sont très variables selon le type de professionnel impliqué, selon l'environnement dans lequel a lieu la prise en charge et selon les zones géographiques, si bien qu'il est difficile de définir le coût standard induit par ces thérapeutiques.

Enfin, l'évaluation économique de ces thérapeutiques non médicamenteuses pourrait devoir prendre en compte les coûts non monétaires qu'elles impliquent pour les patients. En particulier il serait pertinent de valoriser le temps consacré par les patients au suivi de ces thérapeutiques. Dans ce cas, le choix des coûts unitaires doit être soigneusement argumenté³⁸.

L'impact du manque de données d'évidence sur l'adhésion des publics

Le manque de données d'évidence scientifique est susceptible d'avoir un impact sur l'adhésion des publics. Or comme l'indique l'enquête de Wilson *et al.*, il est plus facile de prescrire une thérapeutique à un patient s'il est au préalable convaincu de son efficacité théorique (90). C'est sur ce constat que reposent les diverses campagnes de sensibilisations croisées qui ont été menées auprès des médecins et professionnels de santé et des publics sur le bon usage des antibiotiques³⁹. La sensibilisation des publics sur les bénéfices des thérapeutiques non médicamenteuses au moyen de campagnes d'information ou d'interventions plus ciblées pourrait favoriser le développement de leur prescription.

3.2. Inégalités d'accès à l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses

► Caractéristiques de l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses

Certaines thérapeutiques non médicamenteuses peuvent être suivies par le patient de façon autonome sans qu'intervienne qui que ce soit d'autre. C'est le cas des régimes alimentaires et de certains types d'activité physique. Néanmoins, le suivi du patient par des professionnels de santé spécialisés (ex. diététiciens, infirmières formées à l'éducation thérapeutique, éducateurs sportifs) et l'accès à des structures spécialisées (ex. gymnase et salle de sport) favorisent l'acceptabilité de la prescription et son observance. En outre, certaines thérapeutiques, telles que les techniques de rééducation ou encore les psychothérapies, nécessitent obligatoirement une interaction entre le patient et un professionnel de santé spécialisé (ex. kinésithérapeute, psychologue). À ce titre, le suivi par le patient d'une thérapeutique non médicamenteuse nécessite qu'il ait accès à cette offre de soins.

Les caractéristiques de cette offre corroborent les arguments selon lesquels les recommandations sur les thérapeutiques non médicamenteuses sont inadéquates avec les contraintes de terrain ; et ce de façon plus ou moins aiguë selon les régions et selon les groupes de patients. D'une part, la revue de la littérature a permis de constater qu'il existe

³⁷ Cf. § 3.2.1.

³⁸ Cf. Recommandations méthodologiques de la HAS (*ibid*)

³⁹ Ex. campagne menée par le GEPIE (Groupe d'étude et de prévention des infections de l'enfant) pour une utilisation prudente des antibiotiques chez les enfants. Alpes-Maritimes, 1999-2005 (91)

Plusieurs campagnes nationales sur les antibiotiques « Les antibiotiques, c'est pas automatique » <http://www.antibiotiquespasautomatiques.com/>

Evaluation of the Impact of a Public Campaign for a More Rational Use of Antibiotics in Belgium, (92)

des inégalités de répartition des professionnels spécialisés sur le territoire et que celles-ci sont susceptibles de freiner la décision de prescription des médecins, gênés par l'absence de professionnels spécialisés vers lesquels orienter leurs patients. D'autre part, le suivi de ces thérapeutiques implique une consommation de services potentiellement coûteux, qui, pour la plupart, ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

La structure de l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses est particulièrement hétérogène. Elle est constituée de différentes catégories de professionnels (médecins, professionnels paramédicaux, professionnels spécialisés) dans le cadre d'environnements multiples (milieu hospitalier, milieu libéral en secteur 1 ou en secteur 2, etc.). Le coût et les restes à charge des patients induits par le suivi d'une thérapeutique non médicamenteuse varient selon les professionnels impliqués et selon l'environnement dans lequel a lieu le recours.

L'objectif du tableau 3 est de présenter de façon synthétique les caractéristiques de cette offre de soins en prenant pour exemple les différentes formes de suivi des patients pour les thérapeutiques recommandées dans la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie : traitements psychologiques et suivi des règles hygiéno-diététiques.

Tableau 3. Organisation de l'offre en matière de traitements psychologiques et de suivi des règles hygiéno-diététiques⁴⁰

Traitements psychologiques

Professionnels impliqués	Environnement de la prise en charge	Tarifs et structures de financement ⁴¹	Reste à charge des patients
Psychiatres (n ≈ 8 000) ⁴² (93)	Secteur hospitalier	Variable selon le statut de la consultation : <ul style="list-style-type: none"> • dans le cadre du séjour hospitalier (budget propre de l'établissement) • dans le cadre d'une consultation externe (remboursement partiel AMO) 	Nul (dans le cadre d'un séjour hospitalier) ou partiel (dans le cadre d'une consultation externe)
	Cabinet libéral	Secteur 1 : tarifs conventionnés ⁴³	30 % du tarif de convention
		Secteur 2 : tarifs conventionnés avec dépassement d'honoraires	30 % du tarif de convention + dépassement d'honoraires <i>Possibilité d'un remboursement total ou partiel par certaines AMC pour un nombre limité de séances</i>
	Autres structures : réseaux de santé, centres d'exams de santé...	Exercice hors convention : tarifs libres	Total (sauf remboursement par l'AMO du montant forfaitaire de 1,46 euro)
		Diverses sources de financement : FIQS, conventions avec les collectivités territoriales, dons...	Nul ou partiel

⁴⁰ La présentation des coûts directs à charge des patients ne prend pas en compte l'éventualité d'une couverture ALD, qui permet de couvrir à 100 % certains soins et de permettre dans certains cas une avance de frais.

⁴¹ Précisons que les coûts monétaires sont ici évalués sur le fondement des tarifs et non de coûts réels.

⁴² D'après les données du CNOM, on compterait 11 631 psychiatres au total en 2009. 29 % d'entre eux exerceraient exclusivement dans le secteur libéral et 44,2 % exclusivement dans le secteur hospitalier. 17,8 % exercent simultanément dans les deux secteurs (CNOM, Atlas national). D'après les données du SNIRAM, on compterait au total 6 444 psychiatres exerçant dans le secteur libéral en 2008. 4 538 exerceraient dans le secteur 1 (source Eco-santé).

D'après les données ADELI, on compterait au total 13 663 psychiatres (source Eco-santé).

⁴³ Les séances de psychothérapie ne sont pas prises en charge par l'AMO. La prise en charge par l'AMO s'effectue uniquement sur la base de la « consultation de psychiatrie ». Il est cependant envisageable que certaines consultations, dans le cadre de psychothérapies, fassent l'objet d'une prise en charge par l'AMO, si le psychiatre rédige une feuille de soins à son patient. Ces pratiques ne sont dans ce cas pas conformes à la nomenclature des actes médicaux.

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
- Rapport d'orientation -

Professionnels impliqués	Environnement de la prise en charge	Tarifs et structures de financement ⁴⁴	Reste à charge des patients
Psychologues (n ≈ 40 000) ⁴⁵	Secteur hospitalier	Variable selon le statut de la consultation : <ul style="list-style-type: none"> • dans le cadre du séjour hospitalier (budget propre de l'établissement) • dans le cadre d'une consultation externe (remboursement partiel AMO) 	Nul (dans le cadre d'un séjour hospitalier) ou partiel (dans le cadre d'une consultation externe)
	Cabinet libéral	Tarifs libres non remboursés par l'AMO ⁴⁶	Total ou partiel <i>Possibilité de remboursement partiel par certaines AMC pour un nombre limité de séances</i>
	Autres structures (réseaux de santé, associations municipales, centres d'exams de santé, etc.)	Diverses sources de financement : FAQS, FIQS ; conventions avec les collectivités territoriales ; donateurs...	Nul ou partiel
Psychanalystes (n ≈ 6 000) ⁴⁷	Cabinet libéral	Tarifs libres non remboursés par l'AMO	Total

⁴⁴ Précisons que les coûts monétaires sont ici évalués sur le fondement des tarifs et non de coûts réels.

⁴⁵ Source : Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (<http://www.ff2p.fr/>) (15). Il est très probable que ces données soient fortement surestimées. La DREES évalue quant à elle le nombre de psychologues exerçant dans le secteur hospitalier et libéral à 36 000 (93). Le rapport sur les « 'Métier : psychologue ou métier ' ou 'Métier de la psychologie' ? » issu de l'atelier du congrès de 2005 de la SFP en 2005 propose une présentation des différents métiers de la psychologie, des conditions générales d'exercice, de la formation, des compétences techniques de base ainsi que les lieux d'exercice. Dans ce rapport, il est indiqué que les organisations professionnelles estiment à 35 000 le nombre de psychologues en France : 45 % sont fonctionnaires, 30 % appartiennent au secteur associatif conventionné et 5 à 10 % relèvent du secteur privé.

⁴⁶ Des discussions sont actuellement en cours sur la tarification de la prise en charge psychologique.

⁴⁷ Selon la Fédération française de psychothérapie et psychanalyse (<http://www.ff2p.fr/>) (15).

Suivi des règles hygiéno-diététiques : régulation du comportement alimentaire et contrôle du poids			
Professionnels impliqués⁴⁸	Environnement de la prise en charge	Tarifs et structures de financement	Reste à charge des patients
Nutritionniste : médecin généraliste ou spécialiste diplômé en nutrition	Exercice hospitalier	Variable selon le statut de la consultation : <ul style="list-style-type: none"> • dans le cadre du séjour hospitalier (budget propre de l'établissement) • dans le cadre d'une consultation externe (remboursement partiel AMO) 	Nul (dans le cadre d'un séjour hospitalier) ou partiel (dans le cadre d'une consultation externe)
	Cabinet libéral	Secteur 1 : tarifs conventionnés	30 % du tarif de convention
		Secteur 2 : tarifs conventionnés avec dépassement d'honoraires	30 % du tarif de convention + dépassement d'honoraires <i>Possibilité d'un remboursement total ou partiel par certaines AMC pour un nombre limité de séances</i>
	Autres structures (réseaux de santé, associations municipales, centres d'examens de santé, etc.)	Exercice hors convention : tarifs libres	Total (sauf remboursement par l'AMO du montant forfaitaire de 1,46 euro)
		Divers sources de financement : FIQS ; conventions avec les collectivités territoriales ; donateurs...	Nul ou partiel

⁴⁸ Il est également possible de recourir à un psychiatre ou un psychologue ayant suivi une formation en nutrition et s'occupant des problèmes nutritionnels liés au comportement.

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
- Rapport d'orientation -

Diététiciens (n ≈ entre 4 000 et 4 500, selon l'AFDN) ⁴⁹	Exercice hospitalier (environ 70 à 76 % des diététiciens en activité selon l'AFDN)	Variable selon le statut de la consultation : <ul style="list-style-type: none"> • dans le cadre du séjour hospitalier (budget propre de l'établissement) • dans le cadre d'une consultation externe (remboursement partiel AMO) 	Nul (dans le cadre d'un séjour hospitalier) ou partiel (dans le cadre d'une consultation externe)
	Cabinet libéral (13 % des diététiciens en activité selon l'AFDN)	Tarifs libres non remboursés par l'Assurance maladie	Total ou partiel <i>Possibilité d'un remboursement total ou partiel par certaines AMC pour un nombre limité de séances sur la base de forfaits variant entre 10 et 30 euros</i>
	Autres structures (réseaux de santé, associations municipales, centres d'examens pour la santé, etc.)	Diverses sources de financement : FIQS ; conventions avec les collectivités territoriales ; dons...	Nul ou partiel
Autres professionnels impliqués dans la prise en charge diététique : <ul style="list-style-type: none"> • médecins généralistes ; • infirmiers ; • éducateurs pour la santé. 	Structures diverses : secteur hospitalier, secteur ambulatoire et autres structures (réseaux de santé, associations municipales, centres d'examens pour la santé, etc.)		

⁴⁹ Le nombre total de diététiciens serait de 6 100 selon le répertoire ADELI et de 4 000 selon le « Rapport sur l'évolution du métier de diététicien : programme national Nutrition Santé (PNNS) » (94).

L'ADLF regroupe quant à elle 2 200 diététiciens, dont 60 % exerce en établissement de santé, 20 % en exercice libéral.

Activités sportives	
Des environnements très divers	Reste à charge des patients
Entraînement physique proposé dans le cadre de centres de réadaptation cardiaque ⁵⁰ <i>Sous surveillance médicale</i> <ul style="list-style-type: none">● Secteur hospitalier● Centre de rééducation● Gymnase, centre	Nul, partiel ou total (variable selon l'environnement + statut d'ALD)
Centres de loisirs : club et associations sportives <i>Sous surveillance d'éducateurs sportifs</i>	Nul, partiel ou total (multiples formes de subventions : collectivités territoriales, Éducation nationale, entreprises, etc.)

⁵⁰ Précis de réadaptation cardiaque (Groupe Gers, M. Fishbach)

► **Inégalités de répartition de l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses**

Le tableau 3 a permis d'identifier les professionnels spécialisés dans le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses recommandées dans la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie. Leur implication est l'une des conditions du développement de la prescription de ces thérapeutiques. Le manque de disponibilité de ces professionnels, en partie causé par des inégalités de répartition sur le territoire, constituerait un frein au développement de ces prescriptions. Les inégalités d'accès à cette offre de soins pourraient donc conduire à ce que la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses se développe de façon inéquitable ; crainte renforcée par les différentes projections démographiques qui prévoient leur accroissement dans les prochaines années au détriment des zones rurales ou péri-urbaines (cf. annexe 5)⁵¹.

► **Coûts monétaires et non monétaires des thérapeutiques non médicamenteuses : pour le patient et la société**

Enfin, les coûts monétaires et non monétaires induits par le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses ont un impact sur l'acceptabilité par les patients de ces prescriptions et sur leur observance. Par là même, ils pourraient participer au phénomène de renoncement à la prescription de la part des médecins. Certaines études ont en effet montré que les pratiques de prescription varient en fonction du statut socio-économique du patient (58,70).

- Coûts monétaires

Coûts monétaires médicaux

Dans la plupart des cas, le recours à des professionnels spécialisés n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ou bien il ne l'est que partiellement. Certains organismes d'assurance maladie complémentaire peuvent participer au financement de ces soins, par le biais d'une prise en charge relative du ticket modérateur (dans le cas où les soins sont en partie remboursés par l'assurance maladie) ou par le biais de forfaits.

Comme l'indique le tableau 3, les tarifs associés à l'intervention des professionnels spécialisés et leur remboursement par l'Assurance maladie varient selon le type de professionnel impliqué et selon l'environnement dans lequel a lieu la prise en charge. Dans le cadre d'une psychothérapie, la consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue dans un cabinet de ville n'est pas remboursée et le tarif de la séance, qui est fixé librement, est entièrement supporté par le patient⁵². Par conséquent, les coûts induits par une psychothérapie dans le secteur libéral varient :

- selon la périodicité des séances (nombre de séances par semaine ou par mois) et la durée de la thérapie (en fonction de l'objectif et des progrès réalisés par le patient) ;
- selon le prix des séances (entre 30 et 100 euros environ).

L'organisation de l'offre en matière de suivi diététique est relativement similaire. Les consultations des médecins nutritionnistes conventionnés sont les seules à être remboursées partiellement par l'Assurance maladie à hauteur de 70 % du tarif de consultation. Les dépassements des honoraires des médecins en secteur 2 et les consultations de diététiciens sont parfois remboursés partiellement par certaines assurances maladie complémentaires pour un nombre limité de séances. Le coût du suivi diététique est donc également très variable selon les mêmes paramètres que le coût d'une psychothérapie.

⁵¹ L'impact de ces inégalités de répartition sur le développement des nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé avait déjà été constaté par la HAS dans le cadre de sa recommandation sur les « Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé » paru en 2007. (95)

⁵² Comme l'indique le tableau 3, certaines assurances complémentaires proposent de rembourser une partie de ces consultations pour un nombre limité de séances.

Coûts monétaires non médicaux

Par ailleurs, des logiques économiques sont susceptibles d'intervenir dans le suivi d'une thérapeutique non médicamenteuse au-delà de la sphère sanitaire. La modification des habitudes alimentaires, par exemple, est susceptible d'induire une augmentation des dépenses consacrées à l'alimentation du patient et de son entourage (96). D'autre part, en fonction de leur revenu, les individus ont plus ou moins facilement accès à un environnement favorable à la pratique régulière d'activités physiques (parcs, voies cyclables, etc.) et à des structures institutionnelles (clubs, salles de sport, etc.) (2). L'absence de parcs, d'espaces verts et d'installations sportives publiques à proximité du domicile ou du lieu de travail semble en effet freiner la pratique d'une activité physique.

- Coûts non monétaires

Le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses implique que les patients soient prêts à accepter certains coûts en termes de temps consacré et en termes d'efforts personnels à fournir. Leur disposition est susceptible de varier en fonction de leur situation professionnelle et familiale. Par exemple, la fréquence des consultations hebdomadaires ou pluri-hebdomadaires dans le cadre d'une psychothérapie pourrait s'avérer problématique pour les patients qui exercent une activité professionnelle à plein temps, ayant des enfants à charge, etc. De même, la pratique d'une activité physique ou sportive pourrait être freinée par une contrainte de temps⁵³ (2). Le suivi par les patients d'une thérapeutique non médicamenteuse représente donc pour eux un coût d'opportunité qu'il serait pertinent d'évaluer.

Enfin, la modification des comportements qui est préconisée dans le suivi de thérapeutiques non médicamenteuses implique également des coûts non monétaires. Il est notamment nécessaire que les patients produisent des efforts susceptibles de représenter un « coût psychologique » important. On pense par exemple au sacrifice qu'implique pour certains patients le fait d'arrêter de fumer ou de modifier leurs habitudes alimentaires. De même l'entreprise d'une psychothérapie peut générer un déséquilibre chez le patient par rapport à ses habitudes de vie et dans ses relations avec autrui. Si ce déséquilibre est jugé bénéfique par le thérapeute, il peut susciter, au moins à court terme, une souffrance psychologique. Les patients sont donc amenés à effectuer un arbitrage entre le « coût psychologique » qui leur est demandé dans le suivi de ces thérapeutiques et les bénéfices présumés des thérapeutiques non médicamenteuses.

Les coûts monétaires et non monétaires associés au suivi des thérapeutiques non médicamenteuses sont supportés en grande partie par les patients. Ils conduisent à s'interroger sur l'acceptabilité de ces thérapeutiques par les patients et ils accroissent les risques de non-observance des prescriptions qui leur sont adressées. Ces thérapeutiques nécessitent en effet un investissement pour les patients, qu'ils ne sont pas toujours en mesure d'effectuer et qui peut faire l'objet d'inégalités socio-économiques. L'analyse de la littérature a permis de montrer que les médecins étaient conscients des risques de refus de leur prescription par les patients et de non-observance et que ce constat constitue parfois un facteur de renoncement à la prescription de ces thérapeutiques. Un tel phénomène contribuerait à faire que les médecins privilégient le recours aux prescriptions médicamenteuses dont l'acceptabilité et l'observance semblent plus faciles à garantir.

⁵³ « Avoir des enfants en bas âge, travailler dans une petite entreprise ou être à son compte sont des situations qui réduisent la probabilité d'un exercice physique régulier. » (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2008) (2).

Conclusion et mise en perspective dans le contexte français

Il existe en France des inégalités d'accès à l'offre en matière de suivi des thérapeutiques non médicamenteuses. Elles découlent, d'une part, des disparités de répartition des médecins, des professionnels de santé et des professionnels spécialisés sur le territoire et, d'autre part, des coûts monétaires et non monétaires, associés à ces stratégies, qui, pour la plupart, restent à la charge des patients. Les défauts de cette offre de soins multiplient les risques de refus et de non-observance par les patients des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses ce qui induit un phénomène de renoncement à la prescription de la part des médecins pour qui l'absence de structures adéquates pour le suivi de ces thérapeutiques rend leurs préconisations inefficaces.

Voies d'amélioration pour le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses

Après l'identification des freins au développement de la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses dans la première partie de ce rapport, il s'agit, dans cette troisième partie, d'identifier les voies d'amélioration susceptibles de lever ces freins en s'appuyant, d'une part, sur les rapports des institutions et des structures de recherche et, d'autre part, sur les expérimentations nationales et internationales qui ont été menées pour tester l'impact des évolutions de l'organisation du système de santé.

Ces voies d'amélioration ont fait l'objet de discussions avec le groupe de travail, à l'issue desquelles elles ont été rédigées, hiérarchisées et soumises à l'appréciation d'un groupe de lecture, puis validées par la commission évaluation économique et santé publique et par le Collège de la Haute Autorité de Santé.

Le fait que les freins au développement des thérapeutiques non médicamenteuses soient en partie liés à la structure du système de santé représente une difficulté puisque cela conduit à envisager des leviers d'action visant une évolution profonde de celui-ci. Par conséquent, les voies d'amélioration identifiées s'inscrivent dans un horizon temporel de long terme.

La revue de la littérature et la discussion qui a été menée au sein du groupe de travail ont permis de conclure que la principale condition du développement de la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses était l'évolution de la façon dont la collectivité (professionnels et patients) se représente la notion de « traitement ». Les représentations collectives sont à l'heure actuelle principalement centrées sur l'action médicamenteuse dans une perspective curative. Il importe de promouvoir une conception plus globale de la notion de « traitement » dans la perspective de laquelle les prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses sont perçues comme complémentaires dans un objectif à la fois curatif et préventif.

Pour favoriser une telle évolution du système de santé, des voies d'amélioration ont été identifiées. Elles s'organisent autour de quatre axes :

1. améliorer le cadre économique et organisationnel ;
2. améliorer l'information des professionnels de santé et des patients sur les thérapeutiques non médicamenteuses ;
3. améliorer l'adhésion des professionnels de santé aux recommandations sur les thérapeutiques non médicamenteuses ;
4. améliorer l'accès à l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses.

1. Améliorer le cadre économique

La prescription médicamenteuse dispose d'un rôle symbolique autour duquel s'organise traditionnellement la consultation au détriment du développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses qui ne dispose pas du même statut. Cette différence de statut peut influencer à la fois les patients et les médecins, en particulier lorsque ces derniers déclarent ressentir une pression du temps et lorsqu'ils craignent de perdre une partie de leur patientèle. On observe alors que le cadre économique et organisationnel peut favoriser l'émergence de ces ressentis, en particulier en France où l'organisation des soins de ville est fondée sur un modèle libéral financé à l'acte.

La revue de la littérature concernant l'impact des modes de financement sur les pratiques de prescription fournit des arguments pour conclure que le modèle dominant d'organisation des soins de ville en France, dans le cadre du cabinet individuel monodisciplinaire et mono-professionnel, financé au moyen d'un paiement à l'acte ne prenant pas en compte le temps consacré à la consultation, est peu propice au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Par le biais des contraintes et des incitations économiques qu'il suscite, il n'encourage pas les médecins à prescrire ces thérapeutiques. Parallèlement, ce système rend plus aisée la prescription médicamenteuse et il tend à accroître l'influence de représentations symboliques qui placent cette dernière au cœur de la relation médecin/patient.

I. Le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est conditionné par l'évolution des modalités de rémunération de telle sorte qu'elles incitent les médecins à consacrer le temps nécessaire aux étapes clés de la consultation dont le déroulé détermine la décision de prescription (écoute active, diagnostic, explicitation de la décision de prescription).

Les modalités de rémunération doivent encourager financièrement les médecins à consacrer le temps nécessaire à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Plusieurs systèmes de financement sont envisageables. Ils font actuellement l'objet de recherches et d'expérimentations en France et au niveau international. Des formes mixtes de rémunération, permettant de modifier l'impact de la contrainte temporelle sur les pratiques médicales, sont actuellement explorées.

Actions et réflexions en cours

- Des expérimentations sont actuellement menées pour tester l'impact des modes de rémunération mixtes sur l'offre de soins de premier recours dans les centres de santé. Elles sont prévues par l'article 44 de la loi de financement 2008 de la sécurité sociale sur une période de 5 ans (2008-2012) et elles sont pilotées par les ARS au niveau régional⁵⁴.
Quatre axes sont retenus dans le cadre de ces expérimentations : améliorer l'accès aux soins des populations précaires (pratique du tiers payant, secteur 1), développer de nouveaux services pour les patients (prévention et éducation à la santé), favoriser les coopérations entre professionnels et obtenir les gains de productivité nécessaires pour la viabilité de ces structures. Selon leurs résultats, ces expérimentations pourront orienter les choix futurs en matière d'évolution du système de santé.
- Des études ont été menées dans le cadre du projet Compaqh pour définir des indicateurs de qualité des soins pour les établissements de santé et établir des

⁵⁴ Cf. rapport au Parlement sur l'application du I de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, Présentation de l'avancée au 1^{er} septembre 2009, Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.

modes d'utilisation efficace de ces indicateurs. Ces indicateurs ont été réalisés pour être utilisés dans le pilotage des établissements, les classements interétablissements et comme incitations économiques à la qualité dans le cadre du paiement à la performance (97,98)⁵⁵.

- Le rapport « Mission de concertation sur la médecine de proximité » propose de combiner un socle de rémunération fondé sur le paiement à l'acte et d'autres rémunérations forfaitaires. Il s'agirait en particulier de rémunérer les activités de prévention et d'éducation thérapeutique. Selon cette mission de concertation, le système tarifaire actuel serait obsolète⁵⁶. Il conviendrait notamment de valoriser le suivi des maladies chroniques, par exemple, en accordant une fois par an au patient en ALD une consultation longue (99).

2. Améliorer l'information des médecins et des patients sur les thérapeutiques non médicamenteuses

Il existe en France un déséquilibre entre l'information sur le médicament et l'information sur les thérapeutiques non médicamenteuses, au détriment de cette dernière. Ce déséquilibre s'explique en partie par la place importante de l'industrie pharmaceutique dans la diffusion de l'information ; l'industrie pharmaceutique n'étant pas spontanément incitée à fournir de l'information sur les bénéfices associés à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses.

II. Le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est conditionné par une amélioration de l'information médicale sur les modalités de prescription de ces thérapeutiques. Il convient de favoriser la délivrance d'une information sur ces thérapeutiques à l'initiative et sous le contrôle des institutions publiques. Il est également nécessaire de faire évoluer le contenu de la formation initiale et des dispositifs de développement professionnel continu afin d'améliorer les connaissances des médecins :

- sur les différentes catégories de thérapeutiques non médicamenteuses ;
- sur les recommandations concernant les thérapeutiques non médicamenteuses ;
- sur les compétences des professionnels de santé et des professionnels spécialisés dans le suivi de ces thérapeutiques ;
- sur les techniques de communication permettant d'améliorer l'efficacité des prescriptions (ex. formation aux techniques de l'entretien motivationnel).

III. Il est nécessaire d'inscrire sur l'ordonnance les prescriptions en matière de thérapeutiques non médicamenteuses au même titre que les autres interventions de santé. Différents dispositifs sont envisageables pour aider le médecin à rédiger ces ordonnances. Il est possible d'aider le médecin en lui fournissant des brochures d'information sur le suivi des différentes thérapeutiques, qu'il pourrait distribuer à ses patients conjointement à ses prescriptions. Il est également possible de promouvoir des logiciels d'aide à la prescription permettant d'éditionner des ordonnances complètes sur le suivi des thérapeutiques.

⁵⁵ Reconduit jusqu'en 2012, le projet a vu sa dénomination évoluer en Compaq-Hpst (Hôpital-Patient-Sécurité-Territoire). L'Assurance maladie, la conférence des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation, les différentes fédérations hospitalières et le Collectif inter-associatif sur la santé participent à son pilotage. Le Centre de recherches médecine, sciences, santé, santé mentale et société Cermes 3, unité mixte Inserm/CNRS, est le principal maître d'œuvre du projet Compaq-Hpst.

Cf. <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/>

⁵⁶ « La référence de tarification ne doit plus être une grille de chiffres mais une grille simple de situations de complexités variables, le critère de valorisation étant la difficulté à établir un diagnostic et à instituer une démarche thérapeutiques » (Hubert, 2010) (99).

IV. Il est utile d'améliorer les connaissances qu'ont les médecins des professionnels spécialisés dans le suivi de ces thérapeutiques, exerçant à proximité de leur lieu d'exercice, par le biais de rencontres interprofessionnelles et d'outils de coordination, tels que des annuaires pluridisciplinaires. Il serait utile que ces annuaires mentionnent le tarif de référence des professionnels spécialisés de telle sorte que le médecin puisse en informer le patient au moment où s'effectue cette orientation. Il pourrait s'agir de tarifs moyens observés ou de tarifs individualisés et déclaratifs pour chaque professionnel inclus dans l'annuaire.

V. Le public devrait être informé sur les enjeux associés à l'acceptation et à l'observance des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses. L'utilisation des médias pour la diffusion de campagnes d'information (messages publicitaires à caractère prescriptif, programmes télévisés pédagogiques, etc.) pourra être développée.

Actions et réflexions en cours

- La loi du 13 août 2004 a confié à la HAS une mission d'adaptation de la charte de la visite médicale signée entre Les Entreprises du médicament (LEEM) et le Comité économique des produits de santé (CEPS) pour en faire une procédure de certification. La certification de la visite médicale est opérationnelle depuis novembre 2006. La HAS met à jour régulièrement le référentiel de certification de la visite médicale (en 2007, 2008 et 2009). Elle met également en ligne chaque trimestre la liste mise à jour des entreprises certifiées ainsi que les études réalisées sur le fonctionnement de la procédure de certification⁵⁷.
- Des outils sont actuellement déployés pour favoriser l'appropriation par les médecins des recommandations de bonnes pratiques (82) : certification des logiciels d'aide à la prescription⁵⁸, dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles⁵⁹, élaboration des guides patient pour les affections de longue durée⁶⁰.
- Le rapport « Mission de concertation sur la médecine de proximité » met en évidence des lacunes dans le système actuel de formation des médecins généralistes et propose certaines évolutions. Par exemple, la mission de concertation souligne qu'il serait utile que les médecins connaissent le contenu de l'exercice de leurs futurs partenaires afin de « *faire évoluer profondément la relation prescripteur/prescrit, souvent perçue comme hiérarchique* ». Elle propose donc que les étudiants en médecine effectuent un stage de quelques semaines chez un professionnel paramédical et qu'ils organisent, dans le cadre de stages hospitaliers, des travaux communs avec des élèves infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou de toute autre profession paramédicale. La finalité de ces évolutions dans le système actuel de formation des médecins est de « *modifier le regard porté par les médecins sur les autres professions de santé et modifier la pratique médicale* » (99).
- L'intérêt du développement d'un annuaire pluridisciplinaire pour améliorer la coordination des professionnels de santé et des professionnels spécialisés autour

⁵⁷ L'ensemble des documents ayant servi à l'élaboration du référentiel et l'ensemble des études sur le fonctionnement de la procédure de certification sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_334453/visite-medicale

⁵⁸ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_576417/referentiel-de-certification-par-essai-de-type-des-logiciels-daide-a-la-prescription-en-medecine-ambulatoire

⁵⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5232/evaluation-des-pratiques-professionnelles?cid=c_5232

⁶⁰ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5081/affections-de-longue-duree?cid=c_5081

du patient est souligné dans le plan cancer 2009-2011. Il est en effet proposé de réaliser « *un annuaire départemental de tous les professionnels du secteur social concerné auxquels le patient pourra recourir pendant et après le cancer* ». Il est prévu que ce guide soit régulièrement actualisé et qu'il soit remis par le médecin traitant qui rédige la demande d'ALD (mesure 26.4)⁶¹.

3. Améliorer l'adhésion des médecins à l'égard des recommandations en matière de thérapeutiques non médicamenteuses

À ces limites s'ajoute un manque d'adhésion des médecins à l'égard des recommandations sur la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Celui-ci serait lié au fait que, d'une part, les données d'efficacité sur lesquelles elles s'appuient ne sont pas suffisamment robustes et que, d'autre part, ces recommandations sont difficilement applicables en raison des contraintes auxquelles est soumis l'exercice médical sur le terrain. Ce manque de données d'efficacité s'explique à la fois par les difficultés méthodologiques que pose l'évaluation de ces thérapeutiques et par la structure de financement de la recherche médicale, en France et au niveau international, peu propice à la conduite d'études sur les thérapeutiques non médicamenteuses.

VI. Le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est conditionné par la production de données scientifiques sur l'efficacité comparative des stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses par le biais de financements publics dans le cadre d'essais cliniques et en population réelle, au sein de laboratoires de recherche et de structures d'observation des pratiques.

VII. Des travaux méthodologiques doivent être entrepris pour définir les standards de l'évaluation comparative des thérapeutiques non médicamenteuses. L'objectif est d'adapter les méthodes en fonction de la pluralité des approches et des options théoriques.

VIII. Les études sur les thérapeutiques non médicamenteuses doivent être réalisées sur un horizon temporel permettant d'observer leur efficacité à long terme, en particulier concernant les traitements psychologiques (approches psychanalytiques, approches cognitivo-comportementales).

IX. Les rapports d'études et les grilles de lecture de ces rapports d'études doivent être adaptés aux contraintes de l'évaluation des thérapeutiques non médicamenteuses.

X. Lorsque les preuves scientifiques sont insuffisantes et que les recommandations sur les thérapeutiques non médicamenteuses reposent sur des accords d'experts, il est proposé de qualifier plus précisément le degré de consensus du groupe de travail. L'objectif est de valoriser la notion d'« accord d'experts » au moyen d'une plus grande transparence dans la rédaction de la recommandation et favoriser ainsi l'adhésion des médecins.

XI. Le manque d'études actuellement disponibles permettant d'évaluer précisément le respect des recommandations en matière de prescription de thérapeutiques non médicamenteuses sur le terrain a été constaté dans le cadre de ce rapport. La réalisation d'études doit être encouragée de façon à évaluer l'impact des dispositifs

⁶¹ <http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>

qui seront mis en place pour améliorer ces pratiques. Ces études nécessitent que des outils soient développés pour suivre la fréquence des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques ainsi que l'observance de ces prescriptions par les patients.

Actions et réflexions en cours

- Le groupe Consort a publié une « *liste de contrôle des items à inclure lors du rapport d'une étude sur une intervention non médicamenteuse* » dans l'objectif de valoriser les données d'efficacité pour ces thérapeutiques (100). Il s'agit d'une extension de la check-list Consort visant à prendre en considération les difficultés spécifiques qui sont rencontrées dans l'évaluation des traitements non médicamenteux, telles que l'impossibilité de réaliser une étude en simple ou double aveugle, le fait qu'il s'agisse d'interventions complexes, la variabilité des pratiques liée à l'expérience du soignant, etc⁶². Cette liste est présentée plus précisément dans l'annexe 6 de ce document.
- Le groupe Cochrane réalise de nombreuses revues exhaustives sur l'efficacité de ces thérapeutiques non médicamenteuses. Des recherches méthodologiques sont également entreprises pour favoriser la synthèse de données qualitatives. Ces données peuvent aider à identifier certaines dimensions des interventions de santé qui restent souvent insuffisamment explorées⁶³.

4. Améliorer l'accès à l'offre en matière de thérapeutiques non médicamenteuses

Il existe en France des inégalités d'accès à l'offre en matière de suivi des thérapeutiques non médicamenteuses. Elles découlent, d'une part, des disparités de répartition des médecins, des professionnels de santé et des professionnels spécialisés sur le territoire et, d'autre part, des coûts médicaux et non médicaux, associés à ces stratégies, qui, pour la plupart, restent à la charge des patients. Les défauts de cette offre de soins multiplient les risques de refus et de non-observance par les patients des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses, ce qui induit un phénomène de renoncement à la prescription de la part des médecins pour qui l'absence de structures adéquates pour le suivi de ces thérapeutiques rend leurs préconisations inefficaces.

XII. Le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est conditionné par une plus grande accessibilité de l'offre en matière de suivi de ces thérapeutiques. L'objectif est de rendre possible l'orientation par les médecins de leurs patients vers des professionnels spécialisés dans ces suivis et d'améliorer la continuité de la prise en charge du patient. Une répartition équilibrée de ces professionnels sur le territoire serait donc souhaitable.

XIII. Le regroupement des médecins, des professionnels de santé et des professionnels spécialisés dans des cabinets de groupes pluriprofessionnels et pluridisciplinaires et le développement de nouveaux modes d'exercice dans le secteur ambulatoire contribuent au développement de pratiques collaboratives, qui facilite l'orientation par les médecins de leurs patients vers des professionnels spécialisés dans le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses grâce à une plus grande proximité géographique et grâce à une meilleure connaissance des compétences propres de chaque profession.

⁶²<http://www.consort-statement.org/extensions/interventions/non-pharmacologic-treatment-interventions/>

⁶³ <http://www.lancs.ac.uk/shm/dhr/research/public/cochrane.htm>

XIV. Le développement de nouvelles formes de coopération entre médecins, professionnels de santé et professionnels spécialisés, vise à faire évoluer la répartition de tâches existantes et à favoriser l'émergence de nouvelles modalités de prise en charge. Ces évolutions pourront contribuer à diversifier les prises en charge permettant d'y intégrer la prescription et le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses.

XV. Le développement de programmes d'éducation thérapeutique favorise une évolution de la structuration du système de production des soins qui est favorable au développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. L'éducation thérapeutique a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Les programmes d'éducation thérapeutique peuvent permettre de renforcer la coordination des différents professionnels autour du patient et en interaction directe avec le patient. Ils contribuent à faire évoluer les relations entre les acteurs du soin et les relations médecin/patient en promouvant une représentation originale de la notion de « traitement » et du rôle imparti aux différents acteurs dans le processus de guérison.

XVI. Les expérimentations en matière de programmes d'encadrement des patients dans le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses doivent être encouragées (disease management, coaching, entretien motivationnel, etc.). L'impact de ces programmes sur l'acceptabilité et l'observance des prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses doit être évalué en termes d'efficacité et d'efficience.

XVII. Si l'objectif est de faciliter la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses par les médecins, alors il convient de garantir l'accessibilité financière des patients à l'égard de ces thérapeutiques. L'évolution du périmètre des biens et services de santé remboursables peut à ce titre être envisagée. Cette évolution doit toutefois répondre à un impératif d'efficience qui garantit une allocation optimale des dépenses publiques. Elle est donc conditionnée par l'obtention de données comparatives :

- sur l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses ;
- sur le coût et l'efficacité des stratégies de suivi des patients pour la mise en œuvre de ces thérapeutiques ;
- sur le coût et l'efficacité de dispositifs d'incitations financières visant à favoriser le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses (forfaits, dispositifs déployés par les assurances maladie complémentaires, etc.).

Actions et réflexions en cours

Sur le développement de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé :

- Les conditions d'émergence des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ont fait l'objet de recommandations par la HAS (95). Ces recommandations ont été réalisées en collaboration avec l'ONDPS.
- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), dans son article 51, étend le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental et en supprimant la notion de durée. L'article 51 de la loi HPST est conçu pour permettre aux professionnels de santé de déployer des protocoles de coopération, sur tout ou partie du territoire national, tout en garantissant la qualité

et la sécurité des soins dues aux patients. La HAS est chargée de veiller à ce que les protocoles de coopération garantissent :

- ▶ un niveau d'efficacité clinique au moins équivalent à la prise en charge habituelle ;
- ▶ un accès à des soins de qualité ;
- ▶ une maîtrise des risques inhérents à la nouvelle prise en charge des patients.

Plusieurs guides méthodologiques ont été réalisés par la HAS pour aider les professionnels de santé à élaborer leur projet et pour les aider à rédiger des protocoles de coopération⁶⁴.

- Le développement de nouvelles formes de rémunération est encouragé dans le cadre des expérimentations menées pour tester l'impact des modes de rémunération mixtes prévus par l'article 44 de la loi de financement 2008 de la sécurité sociale⁶⁵.

Sur le développement des programmes d'éducation thérapeutique :

- Les conditions organisationnelles et financières du développement de l'éducation thérapeutique en France ont fait l'objet de recommandations par la HAS en 2007⁶⁶.
- Dans un objectif d'opérationnalisation, un cahier des charges a été élaboré par la HAS pour la réalisation de consultations d'éducation thérapeutique pour accompagner les acteurs dans l'élaboration de leurs projets. Ce travail a été centré sur la définition, la description des étapes, le contenu d'un programme d'éducation thérapeutique du patient et son évaluation⁶⁷.
- Les programmes d'éducation thérapeutique ont été autorisés par la loi du 21 juillet 2009⁶⁸ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ces programmes sont soumis à l'ARS qui est chargée de les autoriser, sur le fondement de l'évaluation qui est réalisée par la HAS. En 2010, la HAS a publié la grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS⁶⁹.
- Le développement de programmes d'éducation est encouragé dans le cadre des expérimentations menées pour tester l'impact des modes de rémunération mixtes prévus par l'article 44 de la loi de financement 2008 de la sécurité sociale⁷⁰.

⁶⁴ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome1_21072010_2010-09-03_14-07-15_44.pdf

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_980069/cooperation-entre-professionnels-de-sante-elaboration-dun-protocole-de-cooperation-article-51-de-la-loi-hpst

⁶⁵ Cf. Module 3 des expérimentations « Coopérations entre professionnels de santé ».

Deux cas de figures sont envisagés :

- la consultation par une IDE clinicienne (ex. accueil du patient par un infirmier et réalisation des premières étapes de la consultation médicale ou d'un prédiagnostic) ;

- les séquences de soins : indemnisation de l'intervention d'un professionnel de santé quel qu'il soit dans une séquence de soins (ex. relai héparine-AVK, prise en charge de la cystite non compliquée).

⁶⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_602715/leducation-therapeutique-dans-la-prise-en-charge-des-maladies-chroniques-analyse-economique-et-organisationnelle

⁶⁷ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

⁶⁸ Évolutions des conditions de développement des programmes d'éducation thérapeutique. Cf. le décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

⁶⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_981885/programme-deducation-therapeutique-du-patient-grille-daide-a-levaluation-de-la-demande-dautorisation-par-lagence-regionale-de-sante-ars

⁷⁰ Cf. Module 2 « Éducation thérapeutique ». Les pathologies prioritaires dans le cadre duquel les programmes d'éducation thérapeutique doivent être encouragés sont : diabète de type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ou HTA et obésité.

Annexes

Annexe 1. Méthode et résultats de la recherche documentaire sur les recommandations en matière de prescription de thérapeutiques non médicamenteuses

Une recherche documentaire a été réalisée sur les recommandations de bonnes pratiques émises par des agences sanitaires, des autorités indépendantes et des sociétés savantes depuis 10 ans, portant sur les risques cardio-vasculaires ainsi que sur l'insomnie, afin d'identifier à titre illustratif la place des thérapeutiques non médicamenteuses dans les stratégies de prise en charge pour ces deux pathologies.

Les recommandations de bonnes pratiques identifiées par la recherche documentaire ont été sélectionnées avec l'aide de la « Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique » rédigée en 2002 par *The AGREE Collaboration* (5).

L'objectif de ce travail était d'identifier et de classer les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées dans les stratégies de prise en charge de risques cardio-vasculaires et de l'insomnie en fonction des différents types d'intervention auxquels elles renvoient et en fonction de leur intensité (ex. régulation du comportement alimentaire, activité physique, contrôle du poids, etc.).

► Définition de la notion de « risque cardio-vasculaire »

Le risque cardio-vasculaire global est défini comme une probabilité de survenue d'un événement cardio-vasculaire (exemple : probabilité de survenue d'un infarctus du myocarde). Selon les recommandations de la HAS et de l'Afssaps, les facteurs de risque cardio-vasculaire sont les suivants :

- l'âge (50 ans et plus chez l'homme, 60 ans et plus chez la femme) ;
- les antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce ;
- un tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans ;
- une hypertension artérielle permanente traitée ou non ;
- un diabète de type 2 traité ou non ;
- un HDL-c inférieur ou égal à 0,4 g/L (1 mmol/L) quel que soit le sexe ;
- dyslipidémie. associée à d'autres facteurs de risques.

Les niveaux de risque cardio-vasculaire peuvent être définis ainsi :

- risque faible : aucun facteur de risque hormis la dyslipidémie ;
- risque intermédiaire : au moins un facteur de risque en plus de la dyslipidémie ;
- haut risque : antécédent de maladie coronarienne ou vasculaire avérée ou de risques équivalents. Plusieurs catégories de patients sont concernées par cette définition : les patients ayant des antécédents de maladie coronarienne et/ou de maladie vasculaire avérées ;
- patients diabétiques de type 2 sans antécédent vasculaire mais avec un haut risque cardio-vasculaire défini par une atteinte rénale ou au moins deux facteurs de risque : âge (50 ans pour les hommes, 60 pour les femmes) ; antécédents familiaux de risque coronarien précoce, tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans, HTA traitée ou non, HDL-c < 0,4 g/l (1 mmol/l) quel que soit l'âge, microalbuminurie (>30 mg/24h).

Si le sevrage tabagique apparaît dans certaines recommandations au titre d'une mesure hygiéno-diététique, le tabagisme sera traité dans ce rapport comme un facteur de risque à

part entière, dans la mesure où il peut être pris en charge au moyen de thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses.

Par ailleurs, on souligne que l'obésité et la sédentarité sont également considérées comme des facteurs de risque prédisposants devant être pris en compte dans une démarche de prévention de l'hypertension artérielle, du diabète et des dyslipidémies. Ils font l'objet des interventions recommandées dans la prise en charge de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies, du diabète.

► Définition de la notion d'« insomnie »

Le sommeil est une fonction physiologique, vitale, rythmique, adaptative, indispensable à l'individu, tant sur le plan physique que psychique.

Les troubles du sommeil sont multiples. Il est possible de les classer selon leur forme, leur durée ou leur cause et selon l'étiologie présumée, sur le fondement de la Classification internationale des troubles du sommeil⁷¹.

Ces troubles sont classés selon le caractère chronique ou non, et selon qu'ils s'accompagnent d'une comorbidité. Ils sont répartis de la façon suivante :

- Les troubles du sommeil transitoires (dits « troubles du sommeil d'ajustement » ou de « court terme ») : ils sont le plus souvent liés à un événement ponctuel ou une situation nouvelle, déclenchant un stress et nécessitant une adaptation⁷².
- Les troubles du sommeil chroniques primaires, pour lesquels aucune cause n'est identifiée.
- Les troubles du sommeil secondaires, causés par une pathologie psychiatrique (états dépressifs, troubles anxieux et névrotiques, accès maniaque, états délirants et confusionnels, voire troubles de la personnalité) et/ou par une pathologie organique.
- Les troubles du sommeil causés par la consommation de substances : substances stimulantes (café, tabac, amphétamines, cocaïne, psychotropes), alcool et certains médicaments.

Le périmètre de l'évaluation est limité aux thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des insomnies primaires, transitoires ou chroniques. En revanche, la place des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge de l'insomnie causée par une pathologie psychiatrique n'a pas été abordée. À ce propos, il est nécessaire de souligner que des formes d'anxiété non sévères existent indépendamment de troubles anxieux pathologiques. Ces anxiétés non sévères peuvent être liées à des troubles du sommeil primaires. Elles peuvent susciter des ruminations qui participent aux difficultés d'endormissement.

On distingue donc :

- les troubles mentaux qui relèvent des troubles psychiatriques nécessitant une réponse médico-psychologique ;
- les difficultés psychologiques pouvant justifier une approche psychologique ou psychanalytique (101).

⁷¹ Classification proposée par *The American Academy of Sleep Medicine* (<http://www.aasmnet.org/>)

⁷² Les causes sont multiples :

- causes psychologiques : événements de vie, deuil, difficultés familiales, professionnelles, facteurs de stress ;
- mauvaise hygiène de vie : longues siestes, abus d'excitants, lever ou coucher irrégulier, hyperactivité physique le soir, suractivité professionnelle...
- trouble somatique : douleur aiguë, toux, prurit, fièvre...
- environnement : nuisances sonores, altitude, mauvaises conditions de coucher ;
- hospitalisation...

► **Stratégie de recherche documentaire**

Dans un premier temps, la recherche documentaire a porté sur l'identification des recommandations de pratiques cliniques françaises depuis 2000 dont les sujets étaient :

1/ les facteurs de risque cardio-vasculaire suivants :

- hypertension artérielle ;
- dyslipidémie,
- diabète,
- tabagisme,
- obésité,
- sédentarité ;

2/ l'insomnie.

Pour cela les sites Internet suivants ont été consultés :

- HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil
- Afssaps <http://www.afssaps.fr/>
- Cismef <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>
- Bibliothèque Lemanissier http://www.bmlweb.org/consensus_lien.html#Chirurgie

► **Résultats de la recherche documentaire**

- Sources documentaires retenues

Au total, la recherche documentaire a permis d'identifier 7 recommandations de bonnes pratiques incluses dans le périmètre de l'évaluation et jugées comme étant de bonne qualité méthodologique :

- Six recommandations portent sur la prise en charge des risques cardio-vasculaires, *i.e.* tabac, dyslipidémie, hypertension artérielle et diabète. Quatre d'entre elles sont émises par des agences sanitaires ou par des autorités indépendantes (HAS et Afssaps), tandis que les deux autres ont été produites par des sociétés savantes (Société française de cardiologie, Société française de gériatrie et de gérontologie et Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques).
Toutes ces recommandations reposent sur des revues systématiques de la littérature sur des périodes allant de 5 à 10 ans, discutées au sein de groupes de travail et validées au moyen de groupes de lecture.
- Une seule recommandation portant sur l'insomnie a été sélectionnée. Elle est produite par la Société de formation thérapeutique du généraliste, en partenariat avec la HAS.

Tableau 4. Sources documentaires identifiées au moyen de la recherche documentaire sur la place des thérapeutiques non médicamenteuses dans les recommandations de bonnes pratiques : exemple de la prise en charge des risques cardio-vasculaires et des troubles du sommeil

Date de publication	Intitulé	Auteurs
Mai 2003	Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac	Afssaps (10)
Mars 2004	Recommandations SFC/ALFEDIAM sur la prise en charge du patient diabétique vu par le cardiologue	Société française de cardiologie/Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (11)
Juillet 2004	Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé	Société française de cardiologie et la Société française de gériatrie et de gérontologie (12)
Mars 2005	Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique	Afssaps (8)
Juillet 2005	Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle	HAS (7)
Novembre 2006	Traitement médicamenteux du diabète de type 2	Afssaps, HAS (9) ⁷³
Décembre 2006	Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale	Société de formation thérapeutique du généraliste et HAS (3)

⁷³ Comme cela est précisé p.20, la référence qui est faite à cette recommandation, dans le cadre de ce rapport d'orientation, est ici conservée à titre illustratif, dans l'attente des nouvelles recommandations que la HAS est actuellement en train d'élaborer sur le sujet.

- Sources documentaires écartées

Six recommandations ont été écartées de la revue de la littérature. Elles ont toutes été produites par des sociétés savantes et sont centrées sur les modalités de prescription des thérapeutiques non médicamenteuses et non sur la prise en charge globale de la pathologie. De surcroît, la place de ces thérapeutiques dans la prise en charge des patients n'est pas indiquée et leur niveau de preuve n'est pas explicité.

Deux conférences de consensus ont également été identifiées. Elles portent sur la prise en charge de la consommation de tabac périopératoire et dans le cadre de la grossesse 102, 103. Elles sont considérées comme étant hors-sujet dans la perspective de la prise en charge du tabagisme, en tant que facteur de risque cardio-vasculaire.

La recherche documentaire a identifié une recommandation sur « La consultation diététique réalisée par un diététicien » réalisée et publiée en janvier 2006 par l'Association des diététiciens de langue française, en partenariat avec la HAS (104). Elle est de bonne qualité méthodologique et présente un intérêt pour l'analyse des conditions de développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. Cependant, elle adopte une perspective particulière. Le caractère « transpathologique » de cette recommandation a conduit à l'exclure de la revue de la littérature réalisée pour illustrer la place des thérapeutiques non médicamenteuses dans les recommandations de bonnes pratiques se rapportant à la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie. Elle peut néanmoins être considérée comme relevant d'une démarche exemplaire pour le développement des thérapeutiques non médicamenteuses.

Dans un second temps, une recherche sur la *Cochrane Library* a été faite sur les traitements non pharmacologiques des pathologies concernées ; les recommandations européennes ont également été recherchées sur les sites des sociétés savantes pertinentes.

Vingt revues Cochrane sur la comparaison de différents types de thérapeutiques non médicamenteuses sur les deux pathologies étudiées ont été identifiées (83-89,105-117). Neuf d'entre elles concluent à l'absence d'évidence sur l'efficacité des thérapeutiques évaluées (84,105,107,108,110,111,114,116,117). Les 11 autres concluent au contraire à l'existence de données scientifiques malgré les limites méthodologiques des études sur lesquelles elles reposent (83,85-89,106,109,112,113,115). Ces études seront référencées pour illustrer les difficultés que pose l'évaluation des thérapeutiques non médicamenteuses.

Enfin 3 recommandations émises par la Société européenne de cardiologie sur la prise en charge des risques cardio-vasculaires sont ressorties de la recherche documentaire :

- *Guidelines for the management of arterial hypertension, European society of Hypertension et European Society of Cardiology, 2007 (118) ;*
- *Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases, European Society of Cardiology et European Association for the Study of Diabetes, 2007 (119) ;*
- *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention, 2007 (120).*

Celles-ci ne feront pas l'objet d'une analyse critique à part entière dans le rapport d'orientation, comme cela était convenu dans la délimitation du périmètre de l'évaluation. Elles pourront toutefois être examinées plus attentivement à l'occasion des monographies.

On relève cependant que les recommandations en matière de thérapeutiques non médicamenteuses sont convergentes avec les recommandations françaises⁷⁴.

- Rappel sur les méthodes de gradation des recommandations

Les méthodes validées de production des recommandations de bonnes pratiques, décrites dans le « Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations » publié par l'Anaes (4), prévoient en effet la gradation des recommandations selon le niveau de preuve scientifique de la littérature sur lesquelles elles se fondent.

Niveau de preuve scientifique des études	Force des recommandations (grade)
<p>Niveau I :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Essais comparatifs randomisés de forte puissance ● Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ● Analyse de décision fondée sur des études bien menées 	<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau II :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Essais comparatifs randomisés de faible puissance ● Études comparatives non randomisées bien menées ● Études de cohorte 	<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>
<p>Niveau III :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Études cas-témoins 	
<p>Niveau IV :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Études comparatives comportant des biais importants ● Études rétrospectives ● Séries de cas ● Études épidémiologiques descriptives (transversales, longitudinales) 	<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>
<p>En l'absence de preuves scientifiques tirées de la littérature, les recommandations ont été fondées sur un accord professionnel fort.</p>	

⁷⁴ Cf. *Guideline for the management of arterial hypertension, ESC and ESH guidelines, 2007: Figure 2 "Initiation of hypertensive treatment"* p.25, et §6.1 "Lifestyle changes (Box 9)" p.29-31 (118)
Cf. *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, HAS, 2005 : § IV.3. « Mesures hygiéno-diététiques », p. 49 et tableau 7 « Mesures hygiéno-diététiques : recommandations internationales », p.51 (7)*
Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text, ESC and EASD guidelines, 2007: "Life style and comprehensive management" p.24 (119)
European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary, ESC guidelines, 2007: "Principle of behaviour change and management of behavioural risk factor", E14 (120).

Annexe 2. Description des méthodes employées dans les enquêtes de terrain sur les déterminants extra-médicaux de prescription

Enquêtes de terrain sur les déterminants extra-médicaux de prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses					
1 ^{er} auteur Année Pays Réf.	Schéma d'étude	Environnement de l'étude	Population cible	Méthode de recueil	Question(s) d'évaluation
Altiner A 2004 Allemagne (42)	Étude qualitative	Cabinets de médecine générale Enquête sur 2 semaines en novembre 2002	8 médecins sélectionnés sur un groupe de 16 médecins (les 4 plus gros prescripteurs et les 4 plus petits prescripteurs) 42 patients souffrant de maux de gorge depuis 2 semaines et ayant consulté l'un des 8 médecins inclus dans l'enquête (> 16 ans et ne souffrant pas de maladie respiratoire chronique)	Enregistrement de toutes les consultations motivées par des maux de gorge sur 2 semaines Codage du contenu des échanges au moyen de catégories prédéfinies Chacun de ces échanges a été analysé indépendamment par 3 enquêteurs	Quelles sont les attentes implicites et explicites des patients et leur impact sur la décision de prescription ?

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
- Rapport d'orientation -

Anthierens S 2007 Belgique (121)	Étude qualitative	Cabinets de médecine générale	15 patients appartenant à la patientèle de 17 médecins ayant accepté de participer à l'enquête et ayant reçu une prescription de benzodiazépines pour la 1 ^{ère} fois (> 18 ans, non traités pour une pathologie psychiatrique) Taux de réponse des médecins : 17/180 Patients sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié sur le sexe, l'âge et le niveau d'éducation	Entrevues semi- structurées à domicile Enregistrement des discussions et retranscription Analyse de chaque entretien de façon indépendante par 2 enquêteurs, en fonction du thème, à l'aide d'une méthodologie phénoménologique	Quelles attentes les patients ont-ils exprimées auprès de leur médecin ?
Andersson SJ 2005 Suède (77)	Étude quantitative	Cabinets de médecine générale Période du printemps 2001	617 médecins généralistes sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié de médecins exerçant dans une zone géographique dans laquelle des antidépresseurs ont été consommés Taux de réponse : 59,4 % (enquête complémentaire sur les non-répondants)	Enquête par questionnaires envoyés par courrier	Quelles sont les représentations des médecins généralistes sur les traitements antidépresseurs et quels facteurs influencent, selon eux, leur décision de prescription ?
Bradley C. 1992 Grande- Bretagne (48)	Étude qualitative	Un comité de médecins généralistes dans le nord de la Grande- Bretagne Un an à partir de mars 1987	74 praticiens	Entretiens dirigés et analysés au moyen de la technique de l'incident critique	Analyser le processus de décision de prescription médicamenteuse

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
- Rapport d'orientation -

Britten N 1997 Grande- Bretagne (122)	Étude quantitative	Cabinets de médecine générale Septembre à décembre 1994	15 médecins généralistes 544 patients appartenant à leur patientèle (tous les patients présents dans les salles d'attente sur certaines tranches horaires étaient inclus dans l'étude) Taux de réponse de 64,8 % (enquête complémentaire sur les non-répondants)	Enquête par questionnaires soumis aux médecins et aux patients	Quelles sont les attentes des patients en matière de prescription et la perception qu'en ont les médecins ?
Britten N 2000 Grande- Bretagne (123)	Étude qualitative	20 cabinets de médecine générale	20 praticiens sélectionnés sur un groupe de 101 praticiens ayant répondu à l'appel à candidature envoyé par courrier auprès de 645 praticiens 20 praticiens sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié sur l'âge, le genre, le lieu et les modalités d'exercice 35 patients appartenant à leur patientèle : <ul style="list-style-type: none"> ● ayant pris un rendez-vous pour un problème de santé survenu récemment ● ou s'étant présentés sans rendez-vous 	Enregistrement des consultations Enregistrement des entretiens semi-dirigés avec les patients avant et après la consultation Enregistrement des entretiens semi-dirigés avec les médecins au sujet de chaque patient Notes des enquêteurs	Quelles sont les attentes des patients en matière de prescription et la perception qu'ont les médecins de ces attentes ? Est-il possible d'identifier des catégories de malentendus ?
Butler CC 1998 Grande- Bretagne (40)	Étude qualitative	Cabinets de médecine générale	21 médecins généralistes sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié sur les modalités d'exercice et le volume de la patientèle Taux de répondants : 21/31 17 de leurs patients, souffrant de maux de gorge, sélectionnés de façon aléatoire à partir de listes fournies par les praticiens (n = 160)	Enregistrement des entretiens semi-structurés avec les patients à domicile pendant 10 à 15 minutes Double analyse de ces entretiens par des enquêteurs spécialisés sur les méthodes qualitatives	Évaluer : <ul style="list-style-type: none"> ● les expériences subjectives des patients concernant le vécu de leur maladie ; ● les attentes des patients et croyances sur les antibiotiques ; ● les opinions des praticiens sur les moyens de diminution des prescriptions d'antibiotiques.

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
- Rapport d'orientation -

Carthy P 2000 Grande-Bretagne (124)	Étude qualitative	Cabinets de médecine générale dans 5 régions de Grande-Bretagne	17 médecins généralistes sélectionnés de façon aléatoire à partir d'un échantillon de 30 médecins	Enregistrement des entretiens semi-structurés avec les médecins et retranscription Codage du contenu des entretiens et identification des thèmes récurrents par une équipe d'enquêteurs spécialisés dans l'analyse qualitative	Quels sont les facteurs qui influencent les décisions de prescription ?
Coenen S 2000 Belgique (47)	Étude qualitative	4 groupes de praticiens réunis dans le cadre d'entretiens collectifs Mars 1998	24 médecins généralistes sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié sur le genre, de modalités d'exercice et d'université de formation, à partir d'un échantillon de 60 médecins	Entretiens collectifs dirigés et exploratoires (6 groupes), pendant 90 minutes, sous le contrôle d'un modérateur La conversation a été retranscrite par écrit par un psychologue, en tant qu'observateur extérieur.	Quels sont les facteurs qui interviennent dans la décision de traitement des patients adultes souffrant de toux ?

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
- Rapport d'orientation -

Cogneau J 2006 France (18)	Étude qualitative et quantitative	Cabinets de médecine générale dans la région Centre	178 médecins généralistes sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié sur une typologie réalisée par la Cnamts sur les volumes de prescriptions 301 patients diabétiques	Analyse qualitative d'entretiens au préalable pour identifier les problématiques pertinentes Soumission de questionnaires : ● auprès des médecins ; ● auprès des patients.	Quels sont les freins sur le terrain à l'application des référentiels sur la prise en charge du diabète de type 2 en matière de prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses ?
Damoiseaux RA 1999 Pays-Bas (125)	Étude quantitative et qualitative	Cabinets de médecine générale Octobre 1994 et août 1995	22 médecins généralistes, sélectionnés à partir d'un échantillon de patients inclus dans une étude observationnelle plus large Taux de répondants : 100 %	70 prescriptions d'antibiotiques effectuées par 22 médecins généralistes néerlandais ont été analysées pour évaluer leur adéquation avec les guides de bonnes pratiques Entretiens semi- structurés avec les médecins ayant effectué des prescriptions inappropriées pour identifier les déterminants de leurs choix	Quelles sont les raisons qui sous-tendent les prescriptions inappropriées par rapport aux recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des otites aiguës ?

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
- Rapport d'orientation -

Klein D 2006 Canada (126)	Étude qualitative	Secteur des soins primaires Entre juillet et décembre 2004	19 médecins sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié sur les caractéristiques démographiques et géographiques.	Entretiens semi-dirigés analysés au moyen d'une approche inductive analytique	Quels sont les facteurs qui influencent la décision de prescription de COXIB, dans la prise en charge des troubles musculo-squelettiques ?
Kumar S 2003 Grande-Bretagne (46)	Étude qualitative	Cabinets de médecine générale	40 médecins généralistes sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié sur le genre, l'âge, les lieux et les modalités d'exercice, la formation	Enregistrement des entretiens libres et retranscription Analyse indépendante par plusieurs chercheurs de chaque entretien Identification des principaux thèmes et comparaison avec la littérature	Quels sont les facteurs qui influencent la prescription d'antibiotiques ?
Lado E 2008 Espagne (41)	Étude quantitative	Nord-est de l'Espagne 12 mois	127 patients ayant eu recours à un centre de santé et sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié sur l'âge et le sexe à partir d'un échantillon de 937 patients Taux de réponse : 69,3 %. Groupe contrôle de 127 patients	Entretiens au domicile des patients, puis suivi au moyen d'entretiens par téléphone pendant un an	Quelles sont les attentes des patients en matière de prescription ? Dans quelle mesure influencent-elles les décisions de prescription ?
Little P 2004 Grande – Bretagne (38)	Étude observationnelle en parallèle d'une étude contrôlée randomisée Enquête quantitative	5 cabinets de groupe de médecine générale	847 patients âgés entre 16 et 80 ans 30 médecins généralistes	Soumission de questionnaires avant et après la consultation Interrogation des médecins sur les besoins de soins de chaque patient	Quelles sont les attentes des patients en matière de prescription ? Dans quelle mesure influencent-elles les décisions de prescription ?

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
- Rapport d'orientation -

Macfarlane J 1997 Grande- Bretagne (39)	Étude quantitative	Cabinets de médecine générale en zone urbaine, péri- urbaine et rurale	1 014 patients ayant consulté un médecin pour une infection respiratoire Taux de réponse : 78 % 76 médecins	Distribution d'un questionnaire à l'issue de la consultation, devant être renvoyé par le patient	Quelles sont les attentes des patients en matière de prescription ? Dans quelle mesure influencent-elles les décisions de prescription ?
Mainous AG 1997 Etats-Unis (44)	Étude quantitative	Salles d'attente de cabinets de médecins généralistes dans 4 centres de santé	961 patients (> 18 ans) ayant consulté un médecin dans l'un des quatre centres de santé inclus dans l'étude et souffrant d'une infection respiratoire depuis au moins 5 jours	Distribution d'un questionnaire	Quels facteurs influencent les croyances des patients en matière d'usage des antibiotiques ?
Saillour- Glénisson F 2008 France (70)	Étude qualitative complétée par une étude quantitative	Structure acquitaine (CCECQA) regroupant 80 établissements de santé	Échantillon pour l'analyse qualitative : médecins et soignants (infirmiers, cadres) des services de médecine polyvalente de 5 établissements sélectionnés au sein des 12 établissements s'étant portés volontaires Échantillon pour l'analyse quantitative : médecins des services de médecine polyvalente des 12 établissements s'étant portés volontaires	Analyse qualitative : <ul style="list-style-type: none">• envoi des RBP par courrier au préalable des entretiens (RBP sur la prescription d'examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne et RBP sur la prise en charge des infections respiratoires basses)• étape ethnographique (immersion de 3 semaines dans chaque service participant) et entretiens semi- directifs sur la base d'un questionnaire élaboré à partir de l'analyse ethnographique. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits	Quels sont les facteurs locaux freinant ou favorisant l'application des recommandations professionnelles et quels sont les facteurs locaux le plus fortement associés à l'application des recommandations ?

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
- Rapport d'orientation -

				<p>puis analysés par thème.</p> <p>Analyse qualitative :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● questionnaire élaboré à partir d'une revue de littérature et à partir des résultats de l'analyse qualitative 	
	<p>Schwartz RK 1989 Etats-Unis (30)</p>	<p>Étude qualitative en parallèle avec une étude contrôlée randomisée</p>	<p>Cabinets de médecine générale</p>	<p>141 médecins sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié sur les volumes de prescriptions à partir des données Medicaid</p>	<p>Entretiens informels avec les médecins, par des pharmaciens cliniciens, sur leur lieu d'exercice</p> <p>Les pharmaciens étaient formés préalablement à la conduite de ces entretiens</p> <p>Le contenu de ces conversations était retranscrit à l'issue de l'entretien, puis codé à partir de catégories prédéfinies</p>
				<p>Les informations collectées portaient sur l'état de santé ressenti, la consommation de soins (consultations, médicaments, etc.), le mode de vie, le statut socio-économique (métier, éducation, revenu, contrat privé d'assurance maladie)</p>	<p>Quel est l'impact du statut socio-économique des patients sur les décisions de prescription des médecins ?</p>
	<p>Scott A 1996 Grande Bretagne (58)</p>	<p>Étude quantitative</p>	<p>Population générale en Grande-Bretagne</p>	<p>Données recueillies à partir d'une enquête réalisée par le NHS sur un échantillon de 59 000 personnes</p>	

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
- Rapport d'orientation -

Watkins C 2003 Grande- Bretagne (52)	Étude quantitative	Cabinets de médecine générale Février 1997	1 714 médecins généralistes sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire stratifié sur les coûts moyens de leurs prescriptions et sur la répartition géographique Taux de réponse : 64 %	Questionnaires envoyés par courrier	Existe-t-il un lien entre les comportements déclarés des médecins généralistes en matière de prescription et le coût moyen de leurs prescriptions ?
Wilson A. 1999 États-Unis (127)	Étude quantitative	<i>Health Management Organisation</i> dans la région de Denver Octobre et novembre 1997	386 patients (> 18 ans) sélectionnés de façon randomisée à partir des listes de numéros téléphoniques	Soumission de questionnaires par téléphone	Quels sont les liens entre les croyances des patients et l'utilisation d'antibiotiques chez les patients souffrant d'infections respiratoires ?
Wutzke SE 2007 Australie (49)	Enquête quantitative	1 mois d'enquête par an sur 5 ans	Entre 1 000 et 1 350 médecins et pharmaciens interrogés par an sur 4 ans Le taux de réponse varie entre 41 et 58 % pour les médecins et entre 46 et 53 % pour les pharmaciens	Enquêtes réalisées par courrier auprès de médecins Enquêtes similaires auprès des pharmaciens Analyses statistiques à partir des bases de données sur la consommation médicamenteuse	Quel est l'impact d'une campagne d'information sur le bon usage médicamenteux, lancée au niveau national ?

Revue de la littérature sur les enquêtes de terrain sur les déterminants extra-médicaux de prescription

1 ^{er} auteur, Date, Références	Titre	Objectif et méthode
Avorn J 2000 (31)	<i>Cultural and economic factors that (mis)shape antibiotic use: the nonpharmacologic basis of therapeutics</i>	Revue de la littérature non exhaustive sur les évaluations de méthodes d'amélioration des prescriptions d'antibiotiques.
Bradley CP 1991 (29)	<i>Decision making and prescribing patterns : a literature review</i>	Revue de la littérature non exhaustive sur des enquêtes sur les processus de décision de prescription (entre 1966 et 1991).
Cabana MD 1999 (80)	<i>Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement</i>	Revue de la littérature exhaustive sur les enquêtes permettant d'identifier les freins au respect des recommandations de bonnes pratiques. La recherche documentaire a été réalisée sur Medline, <i>Educational Resources Information Center</i> et <i>Health STAR database</i> (entre janvier 1966 et janvier 1998). 76 articles ont été retenus. Au total, ces articles portent sur 120 études.
Guimon J 1996 (128)	<i>Médicaments psychotropes et population générale : consommation, attitudes et représentations. Revue de la littérature</i>	Revue de la littérature non exhaustive sur les travaux sur la consommation de psychotropes dans la population générale jusqu'en 1996.
Grol R 2001 (78)	<i>Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice</i>	Revue de la littérature non exhaustive sur plusieurs enquêtes réalisées aux Pays-Bas pour évaluer les conditions de la diffusion des guides de bonnes pratiques et identifier les freins éventuels.
Gross PA 2001 (79)	<i>Implementing practice guidelines for appropriate antimicrobial usage : a systematic review</i>	Revue systématique de la littérature à partir d'une recherche sur Medline. L'objectif était d'identifier les études comparatives sur les méthodes d'implantation des recommandations de bonnes pratiques sur la prescription d'antibiotiques dans les infections les plus communes entre 1996 et 2000. Sur 409 articles identifiés, 40 ont été sélectionnés.
O'Hagan JJ 1984 (45)	<i>What influences our prescribing ? Some non-pharmacological issues</i>	Revue de la littérature non exhaustive sur des enquêtes sur les processus de décision de prescription parues entre 1975 et 1983.

Annexe 3. Présentation des résultats de la recherche documentaire complémentaire sur les freins à la prescription des thérapeutiques recommandées dans la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie

► Objectif

Une recherche documentaire complémentaire a été réalisée avec pour objectif de vérifier que la démarche adoptée dans le cadre du rapport d'orientation a permis de documenter de la façon la plus complète possible les freins à la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques.

Cette initiative reposait sur le constat des difficultés rencontrées dans le cadre du rapport d'orientation liées à l'absence de terme consacré, en France et au niveau international, pour parler des « thérapeutiques non médicamenteuses ». Par conséquent il n'était pas possible d'effectuer une recherche documentaire traditionnelle au moyen de mots clés.

Pour résoudre cette difficulté, il avait été décidé d'effectuer, dans le cadre du rapport d'orientation, une recherche documentaire par sous-thèmes. Les sous-thèmes ont été identifiés lors de la note de cadrage au moyen d'une approche théorique des enjeux.

Compte tenu du fait qu'il existait un risque que des freins au développement de la prescription de ces thérapeutiques n'aient pas été identifiés au moyen de cette grille d'analyse théorique, il a été proposé de réaliser une recherche documentaire visant à identifier l'ensemble des articles sur les freins à la prescription de thérapeutiques recommandées dans la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie⁷⁵. Le fait de cibler cette analyse sur les freins à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses recommandées dans la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie (régulation du comportement alimentaire, activité physique, contrôle du poids, traitements psychologiques, sevrage tabagique et modifications de comportements) devait permettre d'effectuer une recherche documentaire par mots clés.

► Résultats de l'analyse complémentaire

La base de données Medline a été interrogée sur la période 01/2000-12/2010 en anglais et en français à partir de l'équation de recherche suivante

("Motivation"[Majr] OR (motiv? Or incentive OR barrier? Or encourage? Or discourage? Or compliance OR adherence Or facilitator)[title]) AND [("Sports"[Majr] OR "Smoking Cessation"[Majr] OR "Food Habits"[Mesh] OR "Psychotherapy"[Mesh] OR (Eating behaviour Or physical activity OR weight control Or change behaviour OR change behaviour)[title]) AND (Cardiovascular Or diabetes OR hypertension or obesity or insomnia or dyslipidemia)[title,abstract]

159 références ont été obtenues.

Celle-ci n'a permis d'identifier aucune étude portant spécifiquement sur les freins à la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses recommandées dans ces deux contextes thérapeutiques particuliers. Par conséquent, aucun frein supplémentaire à ceux déjà identifiés dans le cadre du rapport d'orientation n'a été distingué.

⁷⁵ Les deux pathologies ont été sélectionnées par la commission d'évaluation économique et de santé publique de la HAS, sur le fondement des enjeux de santé publique que représente l'amélioration de leur prise en charge.

Les résultats de cette recherche documentaire complémentaire permettent de conclure que les freins à la prescription des thérapeutiques non médicamenteuses faisant l'objet de recommandations de bonnes pratiques ont été renseignés de la façon la plus complète possible compte tenu de la littérature disponible. Il est donc considéré que le processus d'évaluation sur le « Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses » s'achève avec la validation par le Collège du rapport d'orientation et sa publication.

Par ailleurs, la recherche documentaire a identifié des articles sur les freins psychologiques, cognitifs et culturels au suivi des prescriptions d'activité physique du côté des patients dans la prise en charge des risques cardio-vasculaires, ainsi que des articles centrés sur l'évaluation des méthodes utilisées dans le cadre des entretiens motivationnels. Après discussion, la commission évaluation économique et de santé publique de la HAS a conclu que l'examen de ces freins et des méthodes utilisées dans le cadre des entretiens motivationnels se situait en dehors du périmètre de la présente évaluation qui était centrée sur le développement de la prescription de ces thérapeutiques. Leur analyse doit faire l'objet d'une évaluation à part entière compte tenu de l'étendue et de la complexité des enjeux qu'elle soulève.

Annexe 4. Questionnaire utilisé dans les enquêtes sur le respect des recommandations dans la prise en charge de la dyslipidémie

Questionnaire utilisé pour évaluer le respect des règles hygiéno-diététiques par le patient (16,17)

La mesure de la conformité des pratiques aux recommandations concernant les mesures hygiéno-diététiques reposait sur les données recueillies par le médecin-conseil au cours de l'interrogatoire du patient, grâce au questionnaire suivant, élaboré à partir des indications de l'Afssaps. Le régime était considéré comme qualitativement correct à partir de trois réponses exactes sur les six questions posées.

Questions posées au patient	Régime bien suivi
<i>Quel repas est pour vous le plus important ?</i>	<i>Petit déjeuner ou déjeuner</i>
<i>Combien de fois consommez-vous du poisson par semaine ?</i>	$\geq 2/\text{semaine}$
<i>Utilisez-vous du beurre pour faire la cuisine ?</i>	<i>Non, j'utilise de la margarine ou des huiles végétales.</i>
<i>Combien de fois consommez-vous de la charcuterie ou de la viande grasse (mouton, porc...) par semaine ?</i>	$\leq 1/\text{semaine}$
<i>Combien d'œufs consommez-vous par semaine ?</i>	$\leq 2/\text{semaine}$
<i>Combien de fois consommez-vous du fromage ?</i>	$\leq 1/\text{jour}$

Annexe 5. Données sur les inégalités de répartition des médecins, des professionnels de santé et professionnels spécialisés et projections démographiques

Les données disponibles ne permettent pas de dresser un état des lieux complet sur la répartition démographique des médecins, des professionnels de santé et des professionnels spécialisés dans le suivi des thérapeutiques non médicamenteuses. Les éléments d'information disponibles sont parcellaires. Ils sont décrits ci-dessous à titre illustratif.

Le constat général d'une répartition inégale de l'offre de soins sur le territoire s'applique à la fois aux professionnels médicaux et paramédicaux. Il doit être souligné dans la mesure où elle pourrait freiner le développement du recours aux thérapeutiques non médicamenteuses dans certaines zones. À l'heure actuelle, la répartition géographique des professionnels paramédicaux est caractérisée par des tendances proches de celle des médecins généralistes et spécialistes :

- d'une part, il existe d'importants écarts au niveau régional avec un héliotropisme assez prononcé, déterminé par de fortes densités médicales et paramédicales dans les régions ensoleillées (ex. PACA, Languedoc-Roussillon) ;
- d'autre part, la répartition démographique au niveau départemental est assez hétérogène (ex. écart entre les densités médicales et paramédicales à Paris et en Île-de-France).

La densité d'infirmières, par exemple, varie du simple au double selon les régions, sans commune mesure avec le différentiel de population (soit une densité de 477 dans le Centre contre 915 en Provence-Alpes-Côte d'Azur). Ces écarts sont apparemment supérieurs à ceux constatés pour les médecins et les inégalités sont encore plus marquées pour les médecins et les professionnels de santé exerçant dans le secteur libéral (ONDPS, 2004).

Par ailleurs, on compte en moyenne 20 psychiatres (libéraux et salariés) pour 100 000 habitants. Des écarts entre les départements sont importants et fluctuent sur une échelle allant de 1 à 4, hors Paris. La densité de psychiatres par habitant est extrême à Paris, *i.e.* 80 psychiatres pour 100 000 habitants (93).

D'après les projections démographiques réalisées par la DREES, une forte baisse des effectifs de médecins et de la densité médicale est attendue à l'horizon 2025, mais il n'en va pas de même pour les professions paramédicales, puisque, à quotas inchangés et à comportements inchangés⁷⁶, les effectifs devraient continuer de croître à un rythme soutenu sur l'ensemble de la période (129-131). Ceci s'explique par la plus courte durée de leur formation, qui favorise la réactivité des politiques d'incitation⁷⁷. S'il existe des leviers d'action pour influencer la démographie médicale, les effets apparaissent à plus long terme que pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, etc.

⁷⁶ Un relèvement marqué des quotas de formations a été effectué dans les années 1990.

⁷⁷ Les projections démographiques doivent être utilisées avec prudence dans la mesure où elles reposent sur des hypothèses simplificatrices et ne constituent en aucune manière des prévisions.

Annexe 6. Liste de contrôle des items à inclure lors du report d'une étude sur les traitements non médicamenteux

Le groupe Consort a comme objectif d'émettre des recommandations méthodologiques pour l'amélioration de la qualité des rapports d'études à groupe parallèle randomisées et contrôlées. Il est constitué d'experts internationaux (spécialistes en épidémiologie clinique, experts en statistiques et experts cliniciens). Il fait également intervenir des responsables de revues scientifiques. Ces recommandations sont respectées par les principaux groupes éditoriaux (*Council of Science Editors, International Committees of Medical Journal Editors, World Association of Medical Editors*) et par 339 revues scientifiques (dont le *New England Journal of Medicine*, le *Lancet* et le *JAMA*).

Le groupe Consort a récemment proposé une adaptation de la liste de contrôle des items à inclure lors du reportage d'une étude pour l'évaluation des traitements non médicamenteux (dispositifs médicaux, interventions chirurgicales, interventions de rééducation, thérapies comportementales, psychothérapie, etc.)⁷⁸ (100). Plusieurs items de la liste de contrôle classique ont été modifiés :

- concernant la description des critères d'éligibilité des centres et des thérapeutes ;
- concernant la description des différentes composantes de l'intervention ;
- concernant la description des détails de la standardisation des interventions ;
- concernant les détails sur les modalités d'évaluation de l'adhésion des thérapeutes avec le protocole ;
- concernant les détails sur les participants, les thérapeutes administrant l'intervention, ceux administrant les co-interventions, etc. ;
- concernant la description des thérapeutes (qualification, expertise, volume) et des centres (volumes).

Plus spécifiquement sur les interventions de rééducation, les thérapies comportementales, de psychothérapie et d'éducation à la santé, le groupe Consort précise que les auteurs des études doivent fournir des données à la fois qualitatives et quantitatives :

- données qualitatives sur le contenu de chaque session, leurs modalités d'organisation (individuelle ou en groupe), le contenu de l'information échangée entre les participants et les instruments utilisés pour diffuser l'information ;
- données quantitatives sur le nombre de sessions, la durée de chaque session, la durée entre chaque session, la durée des principales composantes de la session et enfin la durée totale de l'intervention.

⁷⁸ Une conférence de consensus a réuni 30 experts à Paris en février 2006 : 7 chirurgiens, 1 médecin impliqué dans la rééducation, 1 médecin impliqué dans l'éducation, 2 psychothérapeutes, 14 épidémiologistes et biostatisticiens, 5 éditeurs de revues scientifiques.

Liste de contrôle des items à inclure dans le report des études sur les traitements non médicamenteux, groupe Consort (100)

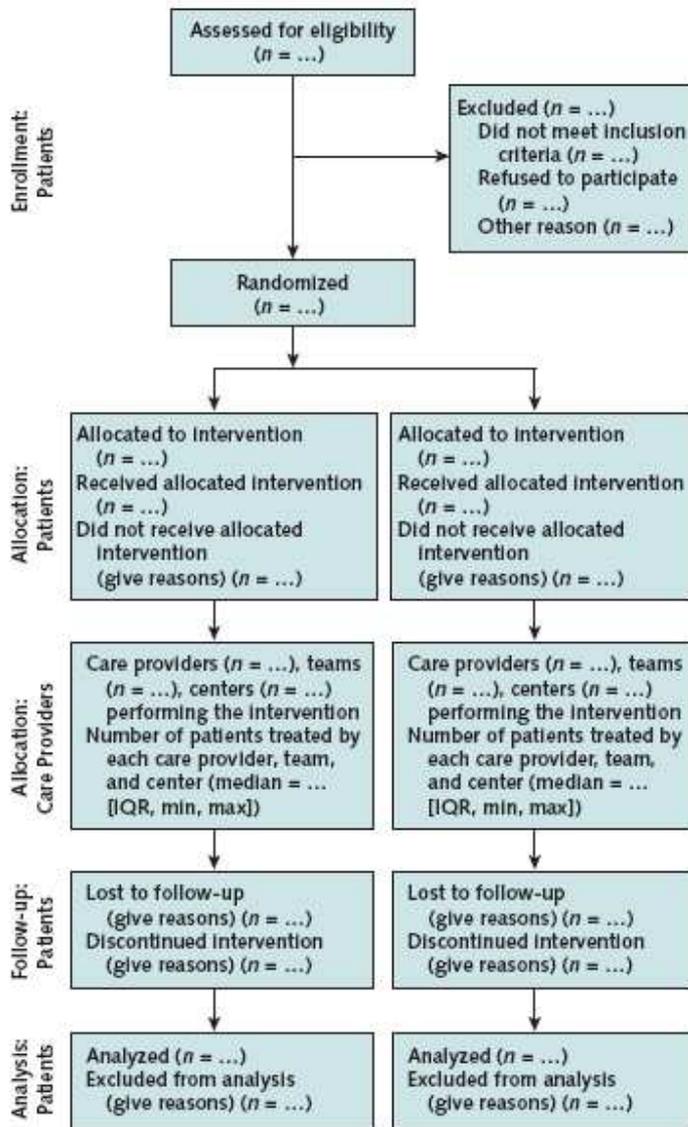
<i>Table 1. Checklist of Items for Reporting Trials of Nonpharmacologic Treatments*</i>			
Section	Item	Standard CONSORT Description	Extension for Nonpharmacologic Trials
Title and abstract	1	How participants were allocated to interventions (e.g., "random allocation," "randomized," or "randomly assigned")	In the abstract, description of the experimental treatment, comparator, care providers, centers, and blinding status
Introduction			
Background	2	Scientific background and explanation of rationale	
Methods			
Participants	3	Eligibility criteria for participants and the settings and locations where the data were collected	When applicable, eligibility criteria for centers and those performing the interventions
Interventions	4	Precise details of the interventions intended for each group and how and when they were actually administered	Precise details of both the experimental treatment and comparator
	4A		Description of the different components of the interventions and, when applicable, descriptions of the procedure for tailoring the interventions to individual participants
	4B		Details of how the interventions were standardized
	4C		Details of how adherence of care providers with the protocol was assessed or enhanced
Objectives	5	Specific objectives and hypotheses	
Outcomes	6	Clearly defined primary and secondary outcome measures and, when applicable, any methods used to enhance the quality of measurements (e.g., multiple observations, training of assessors)	
Sample size	7	How sample size was determined and, when applicable, explanation of any interim analyses and stopping rules	When applicable, details of whether and how the clustering by care providers or centers was addressed
Randomization-sequence generation	8	Method used to generate the random allocation sequence, including details of any restriction (e.g., blocking, stratification)	When applicable, how care providers were allocated to each trial group
Allocation concealment	9	Method used to implement the random allocation sequence (e.g., numbered containers or central telephone), clarifying whether the sequence was concealed until interventions were assigned	
Implementation	10	Who generated the allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to their groups	
Blinding (masking)	11A	Whether or not participants, those administering the interventions, and those assessing the outcomes were blinded to group assignment	Whether or not those administering co-interventions were blinded to group assignment
	11B†		If blinded, method of blinding and description of the similarity of interventions†
Statistical methods	12	Statistical methods used to compare groups for primary outcome(s); methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	When applicable, details of whether and how the clustering by care providers or centers was addressed
Results			
Participant flow	13	Flow of participants through each stage (a diagram is strongly recommended)—specifically, for each group, report the numbers of participants randomly assigned, receiving intended treatment, completing the study protocol, and analyzed for the primary outcome; describe protocol deviations from study as planned, together with reasons	The number of care providers or centers performing the intervention in each group and the number of patients treated by each care provider or in each center
Implementation of intervention	New item		Details of the experimental treatment and comparator as they were implemented
Recruitment	14	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	
Baseline data	15	Baseline demographic and clinical characteristics of each group	When applicable, a description of care providers (case volume, qualification, expertise, etc.) and centers (volume) in each group
Numbers analyzed	16	Number of participants (denominator) in each group included in each analysis and whether analysis was by "intention-to-treat"; state the results in absolute numbers when feasible (e.g., 10/20, not 50%)	
Outcomes and estimation	17	For each primary and secondary outcome, a summary of results for each group and the estimated effect size and its precision (e.g., 95% confidence interval)	
Ancillary analyses	18	Address multiplicity by reporting any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, indicating those prespecified and those exploratory	
Adverse events	19	All important adverse events or side effects in each intervention group	
Discussion			
Interpretation	20	Interpretation of the results, taking into account study hypotheses, sources of potential bias or imprecision, and the dangers associated with multiplicity of analyses and outcomes	In addition, take into account the choice of the comparator, lack of or partial blinding, and unequal expertise of care providers or centers in each group
Generalizability	21	Generalizability (external validity) of the trial findings	Generalizability (external validity) of the trial findings according to the intervention, comparators, patients, and care providers and centers involved in the trial
Overall evidence	22	General interpretation of the results in the context of current evidence	

* Additions or modifications to the CONSORT checklist. CONSORT = Consolidated Standards of Reporting Trials.

† This item anticipates a planned revision in the next version of the standard CONSORT checklist.

Ordinogramme révisé pour l'évaluation des traitements non médicamenteux, groupe Consort (100)

Figure 1. Modified CONSORT flow diagram for individual randomized, controlled trials of nonpharmacologic treatment.



An extra box per intervention group relating to care providers has been added. For cluster randomized, controlled trials, authors should refer to the appropriate extension. IQR = interquartile range; max = maximum; min = minimum.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie, aspects médico-sociaux et organisationnels. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recos_pr_non_med_071018.pdf
2. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique, contextes et effets sur la santé. 2008. <[http://www.inserm.fr/content/download/7296/56185/version/1/file/Texte+integral+activite+physique+\(2008\).pdf](http://www.inserm.fr/content/download/7296/56185/version/1/file/Texte+integral+activite+physique+(2008).pdf)>
3. Société de formation thérapeutique du généraliste, Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_522641/rpc-sftg-insomnie-recommandations
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris: Anaes; 2000. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, SOR, Fédération des médecins suisses. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique. The AGREE Collaboration. Lyon: FNCLCC; 2002. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/grille.pdf>
6. Pène P, Toutou Y. Rapport Sport et Santé 2009. <http://www.academie-medicine.fr/UserFiles/File/pene_toutou_rapp_17fevr_2009.doc>
7. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_269118/hta-2005-recommandationspdf
8. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Saint-Denis: Afssaps; 2005. http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/da2c055ce7845afe44d7aac7c3f4de8.pdf
9. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Haute Autorité de Santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis: Afssaps; 2006. <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations-de-bonne-pratique/Strategies-therapeutiques-medicamenteuses-et-non-medicamenteuses-de-l-aide-a-l-arret-du-tabac-recommandations-de-bonne-pratique>
10. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis: Afssaps; 2003. <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations-de-bonne-pratique/Strategies-therapeutiques-medicamenteuses-et-non-medicamenteuses-de-l-aide-a-l-arret-du-tabac-recommandations-de-bonne-pratique>
11. Charbonnel B, Bouhanick B, Le Feuvre C. Recommandations SFC/ALFEDIAM sur la prise en charge du patient diabétique vu par le cardiologue. Archives des maladies du coeur et des vaisseaux 2004;97(3):229-49.
12. Société française de cardiologie, Société française de gériatrie et de gérontologie. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé. Archives des maladies du coeur et des vaisseaux 2004;97(7/8):803-22.
13. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Risque_cardio_vasculaire_rap.pdf
14. Pichot P, Allilaire J-P. Sur la pratique de la psychothérapie. Bull Acad Natle Méd 2003;187(6).

15. Briot M, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris: Assemblée nationale ; Sénat; 2006. <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp>
16. Saba G, Weill A, Paita M, Ricordeau P, Bourrel R, Nouailher-Lagarde M, *et al.* Instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002. *Rev Med Ass Mal* 2003;34(4):221-31.
17. Chevalier C, Giral P, Chinaud F, Carzon M, Gartenlaub D, Blanchon B, *et al.* L'application des recommandations médicales lors de la prescription de statines. *Rev Épidémiol Santé Pub* 2002;50(5):463-73.
18. Cogneau J, Lehr-Drylewicz AM, Bachimont J, Letoumy A. Ecart entre le référentiel et la pratique dans le diabète de type 2. Les préjugés des médecins et des patients sont un obstacle à une éducation efficace des patients. *Presse Med* 2007;36(5 Pt 1):764-70.
19. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, direction déléguée aux risques. Bon usage du médicament. Enjeux de santé publique liés à une surconsommation de trois benzodiazépines : Tranxène 50 mg, Nordaz 15 mg, Rohypnol 1 mg. Paris: Cnamts; 2001.
20. Union régionale des caisses d'assurance maladie Lorraine-Champagne-Ardenne. Changeons notre regard sur la dépression. Dépression en Lorraine et Champagne-Ardenne : 4 traitements sur 10 conformes aux recommandations scientifiques. Dossier de presse 2006. <http://www.lorraine.assurance-maladie.fr/fileadmin/LORRAINE/actualites/DP_d_pression.pdf>
21. Montastruc JL. La pharmacologie sociale : une nouvelle branche de la pharmacologie clinique. 2008. <http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/representation_Pharmacologie_Sociale.pdf>
22. Conseil de la santé et du bien-être. Le médicament comme objet social et culturel. Recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser. Québec: CSB; 2005. http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Arc_hives/ConseilSanteBienEtre/Rapports/200503_rapp_crf.pdf
23. Fainzang S. Médicaments et société. Paris: PUF; 2001.
24. Beaune J. La philosophie du remède. Seyssel: Champ Vallon; 1993.
25. Bloor MJ, Horobon GW. Conflict and conflict resolution in doctor/patient interactions. In: Cox C, Mead A, ed. *A sociology of medical practice* London. London: Collier-MacMillan; 1975. p. 271-84.
26. Odier B. Psychopathie de la prescription quotidienne de psychotropes. *Rev Fr Psychanal* 2002;66(2):541-7.
27. Parish PA. Drug prescribing: the concern of all. *R Soc Health J* 1973;93(4):213-7.
28. Chast F. Histoire contemporaine du médicament. Paris: La Découverte; 1995.
29. Bradley CP. Decision making and prescribing patterns: a literature review. *Fam Pract* 1991;8(3):276-87.
30. Schwartz RK, Soumerai SB, Avorn J. Physician motivations for nonscientific drug prescribing. *Soc Sci Med* 1989;28(6):577-82.
31. Avorn J, Solomon DH. Cultural and economic factors that (mis)shape antibiotic use: the nonpharmacologic basis of therapeutics. *Ann Intern Med* 2000;133(2):128-35.
32. Le Pen C. Une politique pour les tranquillisants ? In: Ehrenberg A, ed. *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris: Esprit; 1991.
33. Dupuy JP, Karseny S. L'invasion pharmaceutique. Paris: Points; 1977.
34. Dagognet F. La raison et les remèdes. Paris: PUF; 1984.
35. Hall D. Prescribing as social exchange. In: Mapes REA, ed. *Prescribing practice and drug usage*. London: Croom Helm; 1980. p. 39-57.
36. Collin J, Damestoy N, Lalande R. La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes. *Sc Soc Santé* 1999;17:31-50.
37. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations-a questionnaire study. *BMJ* 1997;315(7107):520-

3. general practice: a qualitative decision analysis. *Fam Pract* 2000;17(5):380-5.
38. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004;328(7437):444.
39. Macfarlane J, Holmes W, Macfarlane R, Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study. *BMJ* 1997;315(7117):1211-4.
40. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998;317(7159):637-42.
41. Lado E, Vacariza M, Fernandez-Gonzalez C, Gestal-Otero JJ, Figueiras A. Influence exerted on drug prescribing by patients' attitudes and expectations and by doctors' perception of such expectations: a cohort and nested case-control study. *J Eval Clin Pract* 2008.
42. Altiner A, Knauf A, Moebes J, Sielk M, Wilm S. Acute cough: a qualitative analysis of how GPs manage the consultation when patients explicitly or implicitly expect antibiotic prescriptions. *Fam Pract* 2004;21(5):500-6.
43. van de Kar A, Knottnerus A, Meertens R, Dubois V, Kok G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract* 1992;42(361):313-6.
44. Mainous AG, Zoorob RJ, Oler MJ, Haynes DM. Patient knowledge of upper respiratory infections: implications for antibiotic expectations and unnecessary utilization. *J Fam Pract* 1997;45(1):75-83.
45. O'Hagan JJ. What influences our prescribing? Some non-pharmacological issues. *N Z Med J* 1984;97(756):331-2.
46. Kumar S, Little P, Britten N. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. *BMJ* 2003;326(7381):138.
47. Coenen S, Van RP, Vermeire E, Hermann I, Denekens J. Antibiotics for coughing in
48. Bradley CP. Uncomfortable prescribing decisions: a critical incident study. *BMJ* 1992;304(6822):294-6.
49. Wutzke SE, Artist MA, Kehoe LA, Fletcher M, Mackson JM, Weekes LM. Evaluation of a national programme to reduce inappropriate use of antibiotics for upper respiratory tract infections: effects on consumer awareness, beliefs, attitudes and behaviour in Australia. *Health Prom Int* 2006;22(1):53-64.
50. Scott A, Shiell A. Do fee descriptors influence treatment choices in general practice? A multilevel discrete choice model. *J Health Econ* 1997;16(3):323-42.
51. Levine MA, Pradhan A. Can the health care system buy better antibiotic prescribing behaviour? *CMAJ* 1999;160(7):1023-4.
52. Watkins C, Harvey I, Carthy P, Moore L, Robinson E, Brawn R. Attitudes and behaviour of general practitioners and their prescribing costs: a national cross sectional survey. *Qual Saf Health Care* 2003;12(1):29-34.
53. Young J, De Sutter A, Merenstein D, van Essen GA, Kaiser L, Varonen H, *et al.* Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2008;371(9616):908-14.
54. Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc Sci Med* 1982;16(7):811-24.
55. Rochaix L. Les modes de rémunération des médecins. *Revue d'Economie Financière* 2004;76:223-40.
56. Franc C, Lesur R. Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention. *Revue Economique* 2004;55(5):901-22.
57. Grignon M, Paris V, Polton D, Couffinal A, Pierrard B. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins. Ottawa: CASSC; 2002. <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/CP32-79-35-2002F.pdf>

58. Scott A, Shiell A, King M. Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status. *Soc Sci Med* 1996;42(1):35-46.
59. Lancry PJ. Âge, temps et normes : une analyse de la prescription pharmaceutique. *Economie et prévision* 1997;129-30:173-87.
60. Masiero G, Filippini M, Ferech M, Goossens H. Socioeconomic determinants of outpatient antibiotic use in Europe. *Int J Public Health* 2010;55(5):469-78.
61. Filippini M, Masiero G, Moschetti K. Socioeconomic determinants of regional differences in outpatient antibiotic consumption: evidence from Switzerland. *Health Policy* 2006;78(1):77-92.
62. Gravelle H, Masiero G. Quality incentives in a regulated market with imperfect information and switching costs: capitation in general practice. *J Health Econ* 2000;19(6):1067-88.
63. Timmins N. Do GPs deserve their recent pay rise? *BMJ* 2005;331(7520):800.
64. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007;357(2):181-90.
65. Sutton M, Elder R, Guthrie B, Watt G. Record rewards: the effects of targeted quality incentives on the recording of risk factors by primary care providers. *Health Econ* 2010;19(1):1-13.
66. Ammi M, Béjean S. Les incitations « explicites » à la prévention peuvent-elles être efficaces en médecine libérale ? Communication aux XXIX^{es} Journées des économistes de la santé français. 2007. <http://www.ces-asso.org/docs/JESF_2007/ammi.pdf> .
67. Bras PL, Duhamel G. Rapport sur Rémunérer les médecins selon leur performance: les enseignements des expériences étrangères. Paris: IGAS; 2008. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000596/0000.pdf>
68. Ray-Coquard I, Philip T, de Laroche G, Froger X, Suchaud JP, Voloch A, *et al.* A controlled "before-after" study: impact of a clinical guidelines programme and regional cancer network organization on medical practice. *Br J Cancer* 2002;86(3):313-21.
69. Ray-Coquard I, Philip T, de Laroche G, Froger X, Suchaud JP, Voloch A, *et al.* Persistence of medical change at implementation of clinical guidelines on medical practice: a controlled study in a cancer network. *J Clin Oncol* 2005;23(19):4414-23.
70. Saillour-Glénisson F, Domecq S, Pouchadon ML, Jacques B, Sibe M. Analyse qualitative et quantitative des déterminants à l'application de recommandations professionnelles (RP) par les médecins. *Rev Épidémiol Santé Publique* 2008;56(Suppl 3):S207-S219.
71. Béjean S, Peyron C, Urbinelli R. Comportement et activité des médecins libéraux : une approche conventionnaliste : analyse théorique et empirique. *Cahiers de Recherches de la Mire* 2002;15:3-8.
72. Filippini M, Masiero G, Moschetti K. Small area variations and welfare loss in the use of outpatient antibiotics. *Health Econ Policy Law* 2009;4(Pt 1):55-77.
73. Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Is the "practice style" hypothesis relevant for general practitioners? An analysis of antibiotics prescription for acute rhinopharyngitis. *Soc Sci Med* 2010;70(8):1176-84.
74. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J, Falcoff H, Chevreul K. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. Paris: IRDES; 2007. <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2007/rap1675.pdf>
75. Mousquès J, Bourgueil Y, Le Fur P, Yilmaz E. Effect of a French experiment of team work between general practitioners and nurses on efficacy and cost of type 2 diabetes patients care. *Health Policy* 2010;98(2-3):131-43.
76. Bras PL, Ricordeau P, Rousille B, Saintoyant V. L'information des médecins généralistes sur le médicament. Paris: IGAS; 2007.
77. Andersson SJ, Troein M, Lindberg G. General practitioners' conceptions about treatment of depression and factors that may influence their practice in this area. A postal survey. *BMC Fam Pract* 2005;6(1):21.

78. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001;39(8 Suppl 2):46-54.
79. Gross PA, Pujat D. Implementing practice guidelines for appropriate antimicrobial usage: a systematic review. *Med Care* 2001;39(8 Suppl 2):55-69.
80. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, *et al.* Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282(15):1458-65.
81. Guerville M-A, Paraponaris A, Régi J-C, Vaissade L, Ventelou B, Verger P. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. *Etudes et Résultats* 2009;(708):1-8.
82. Caniard E. Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation 2002.
<<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000207/0000.pdf>>
83. Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH, Lau J. Long term non pharmacological weight loss interventions for adults with prediabetes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;(2):CD005270.
84. Montgomery P, Dennis J. Bright light therapy for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD003403.
85. Welschen LM, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WA, *et al.* Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD005060.
86. Orozco LJ, Buchleitner AM, Gimenez-Perez G, Roque IF, Richter B, Mauricio D. Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD003054.
87. Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD005268.
88. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(1):CD001481.
89. Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD002128.
90. Wilson RP, Hatcher J, Barton S, Walley T. Therapeutic substitution and therapeutic conservatism as cost-containment strategies in primary care: a study of fundholders and non-fundholders. *Br J Gen Pract* 1999;49(443):431-5.
91. Groupe d'étude et de prévention des infections de l'enfant, Carbon C, Guillemot D, Paicheler G, Feroni I, Lamar L, *et al.* Rapport d'évaluation 2002 de la campagne menée par le GEPIE (Groupe d'étude et de prévention des infections de l'enfant) pour une utilisation prudente des antibiotiques chez l'enfant. Alpes-Maritimes, 1999-2005. Saint-Maurice: INVS; 2002.
92. Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee. Evaluation of the impact of a public campaign for a more rational use of antibiotics in Belgium. 2001.
<<http://www.bapcoc.be/ICAAC-Late-breaker-version-10-12-01.pdf>>
93. Guilmin A, Boisguérin B, Parayre C. L'offre de soins en psychiatrie : des « modèles » différents selon les départements ? *Études et Résultats* 2000;(48):1-8.
94. Krempf M. Rapport sur l'évolution du métier de diététicien. Paris: AFDN; 2002.
http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nutrition/actions311_2.pdf
95. Haute Autorité de Santé, Observatoire national de la démographie des professions de santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.
96. Darmon N, Ferguson EL, Briand A. Impact of a cost constraint on nutritionally adequate food choices for French women: an analysis by linear programming. *J Nutr Educ Behav* 2006;38(2):82-90.

97. Bahrami S, Grenier-Sennelier C, Minvielle E. Conception et rôle des indicateurs de qualité dans l'évaluation des pratiques professionnelles : L'expérience COMPAQH. Paris: Inserm; 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/conception_et_role_des_indicateurs_de_qualite_dans_levaulation_des_pratiques_professionnelles_guide_2005.pdf
98. COMPAQH Inserm, Haute Autorité de Santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Assurance Maladie. Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : état des lieux et perspectives. Paris: Inserm; 2008. <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/data/04utilisations/Rapportp4pcompagh.pdf>
99. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris: Présidence de la République; 2010.
100. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P, Consort Group. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Ann Intern Med* 2008;148(4):295-309.
101. Rouillon F, Leguay D. Psychothérapies et politique de santé mentale : de quelques problèmes et recommandations : Psychothérapie : le débat. *Information psychiatrique* 2004;80(7):523-9.
102. Alliance contre le tabac, Association périnatalité prévention recherche information, Ligue nationale contre le cancer, Réseau européen hôpital sans tabac, Réseau hôpital sans tabac, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Conférence de consensus : Grossesse et tabac. 7 et 8 octobre 2004, Lille (Grand Palais). Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_court.pdf
103. Conférence d'experts sur le tabagisme périopératoire. Les journées de la SFAR 2005. 2005. <<http://www.sfar.org/docs/articles/151-Tabagisme%20p%C3%A9riop%C3%A9ratoire-recommandations.pdf>>
104. Association des diététiciens de langue française, Haute Autorité de Santé. La consultation diététique réalisée par un diététicien. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_270001/consultation-dietetique-recommandationspdf
105. Beletate V, El Dib RP, Atallah AN. Zinc supplementation for the prevention of type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD005525.
106. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD003417.
107. Dickinson HO, Campbell F, Beyer FR, Nicolson DJ, Cook JV, Ford GA, *et al.* Relaxation therapies for the management of primary hypertension in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD004935.
108. Ebrahim S, Beswick A, Burke M, Davey SG. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD001561.
109. Farmer AP, Legare F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan JL, *et al.* Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD004398.
110. Hooper L, Bartlett C, Davey SG, Ebrahim S. Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003656.
111. Kelly SA, Summerbell CD, Brynes A, Whittaker V, Frost G. Wholegrain cereals for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD005051.
112. Montgomery P, Dennis J. Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(4):CD003404.
113. Montgomery P, Dennis J. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD003161.
114. Nield L, Summerbell CD, Hooper L, Whittaker V, Moore H. Dietary advice for the prevention of type 2 diabetes mellitus in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD005102.

115. Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Brown TJ, Schmid CH, *et al.* Long-term non-pharmacologic weight loss interventions for adults with type 2 diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD004095.
116. Priebe MG, van Binsbergen JJ, de Vos R, Vonk RJ. Whole grain foods for the prevention of type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD006061.
117. Rees K, Bennett P, West R, Davey SG, Ebrahim S. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD002902.
118. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, *et al.* 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2007;28(12):1462-536.
119. Rydén L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, de Boer MJ, *et al.* Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: full text. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2007;28(1):88-136.
120. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, *et al.* European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(Suppl 2):E1-40.
121. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, De Maeseneer J, Christiaens T. First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients' perspectives. *Can Fam Physician* 2007;53(7):1200-1.
122. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ* 1997;315(7121):1506-10.
123. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000;320(7233):484-8.
124. Carthy P, Harvey I, Brawn R, Watkins C. A study of factors associated with cost and variation in prescribing among general practitioners. *Fam Pract* 2000;17(1):36-41.
125. Damoiseaux RA, de Melker RA, Ausems MJ, van Balen FA. Reasons for non-guideline-based antibiotic prescriptions for acute otitis media in The Netherlands. *Fam Pract* 1999;16(1):50-3.
126. Klein D, MacDonald A, Drummond N, Cave A. A qualitative study to identify factors influencing COXIB prescribed by family physicians for musculoskeletal disorders. *Fam Pract* 2006;23(6):659-65.
127. Wilson AA, Crane LA, Barrett PH, Gonzales R. Public beliefs and use of antibiotics for acute respiratory illness. *J Gen Intern Med* 1999;14(11):658-62.
128. Guimon J, Fischer W, Goerg D, Zbinden E. Médicaments psychotropes et population générale : Consommation, attitudes et représentations. *Revue de la littérature. Cah Psy* 1996;21:229-50.
129. Bessière S, Breuil-Génier P, Darriné S. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. *Etudes et Résultats* 2004;(352):1-12.
130. Billaut A, Breuil-Genier P, Collet M, Sicart D. Les évolutions démographiques des professions de santé. *Données sociales* 2006;555-66.
131. Darriné S. Les masseurs kinésithérapeutes en France. Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020. *Études et résultats* 2003;(438):1-8.

Participants

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont participé à l'élaboration de ce rapport d'orientation :

- Association française des diététiciens-nutritionnistes
- Association de recherche en soins infirmiers
- Collège des économistes de la santé
- Collège national des cardiologues professionnels
- Collège national des médecins généralistes enseignants
- Fédération française de cardiologie
- Fédération française des psychologues et de psychologie
- Regroupement des sociétés savantes de médecine générale
- Société française de cardiologie
- Société française de recherche et médecine du sommeil
- Société française de médecine générale
- Société française de santé publique

Les associations de patients et d'usagers suivantes ont participé à l'élaboration de ce rapport d'orientation :

- AFP-RIC, Association française polyarthritiques
- Association France Parkinson
- Association des insuffisants rénaux
- Comité inter-associatif sur la santé
- Union fédérale des consommateurs-Que Choisir
- Union nationale des associations familiales

Groupe de travail

Dr Patrick ASSYAG, cardiologue, Paris
Pr Claude ATTALI, médecin généraliste,
CHU Paris-Créteil
Dr Jérôme BEAUJARD, médecin
généraliste, La Fare-des-Oliviers
Daniel BENAMOUZIG, sociologue, chargé
de recherche au CNRS
Philippe BORDIEU, infirmier, Toulouse
Dr Richard BRION, cardiologue, Hospices
civils de Lyon

Dr Bernard CONAN, médecin généraliste,
Douarnenez
Pr Guy DELANDE, économiste, faculté de
sciences économiques, Montpellier
Dr Odile DEMONSANT, médecin
généraliste, Sevrans
Brigitte GUINOT-NADAL, psychologue,
Fédération française des psychologues et
de psychologie
Dr Jean-Pierre HOUPE, cardiologue,
Thionville

Dr Jean-Marie LARRIEU, médecin généraliste, Saint-Médard-en-Jalles
Marie-Hélène LASSALETTE, infirmière, Toulouse
Dr Julien LEBRETON, médecin généraliste, Saint-Maur-des-Fossés
Dr Dany Michel MARCADET, Clinique Turin, Paris
René MAZARS, représentant de patients et d'usagers, AFP-RIC
Jacques MOPIN, représentant de patients et d'usagers, UFC-Que Choisir

Julien MOUSQUES, économiste, IRDES
Dr Pierre PHILIP, psychiatre, CHU de Bordeaux
Dr Maria-Antonia QUERA-SALVA, neurologue, hôpital Raymond-Poincaré, Garches
Nathalie TELLIER, représentant de patients et d'usagers, UNAF
Dr Stéphane TESSIER, médecin de santé publique, Paris
Pierre VAN CUYCK, diététicien, centre hospitalier Pasteur, Langon

Groupe de lecture

Dr Benoît ALLENET, MCU-PH, UJF-Grenoble 1, CNRS (Pôle pharmacie, CHU de Grenoble), TIMC-IMAG UMR 5525, Themas, Grenoble
Pr Jacques BEAUNE, cardiologue, Fédération française de cardiologie
Dr Alain BERTHIER, médecin généraliste, Languidic
Dr Serge BISMUTH, médecin généraliste, Toulouse
Dr Serge BOUHANA, médecin généraliste, Aigueblan
Patrick CASTEL, sociologue, Sciences Po, centre de sociologie des organisations, Paris
Dr Dominique CHOLLEY, médecin-conseil, Cnamts
Sylvie DAURIAC, psychologue
Paul DOURGNON, économiste, IRDES
Sylvie FAINZANG, anthropologue, Directrice de recherche, Inserm (Cermes 3, Villejuif/Paris).
Michel GRIGNON, économiste, université McMaster (Ontario Canada)
Dr Jean-Marc HARLIN, médecin conseil, Caisse centrale de mutualité sociale agricole

Dr Brigitte HEULS, médecin-conseil national adjoint, RSI
Marie-France JOLY, représentant de patients et d'usagers, Association des insuffisants rénaux, Pays de Loire
Dr Patrick JOULAIN, psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Paris
Dr Patricia LEFEBURE, médecin généraliste, La Celle-Saint-Cloud
Dr Serge MARQUET, médecin généraliste, Saint-Varent
Pr Guiliano MASIERO, économiste, université de Lugano, Suisse
Dr André MISTIAEN, médecin généraliste, Romans-sur-Isère
Pr Jean-Louis MONTASTRUC, pharmacologue, CHU de Toulouse, pharmacologie clinique
Magali NELLO, cadre supérieur de santé et diététicienne, Argenteuil
Dr Sophie PEPIN, pharmacien-conseil, Cnamts
Dr Sylvie ROYANT-PAROLA, psychiatre
Pr Daniel THOMAS, Cardiologue, CHU Pitié-Salpêtrière, département cardiologie médicale

Delphine TRUJILLO, diététicienne, Paris
Dr Marie-Françoise VECCHIERINI,
neurologue, CHU Hôtel-Dieu, unité
fonctionnelle exploration et prise en
charge des troubles du sommeil
Danièle VILCHIEN, représentant de
patients et d'usagers, Association France
Parkinson

Michaël VILLAMAUX, psychologue,
Boulogne-Billancourt
Christiane VUONG, diététicienne, Le
Vésinet
Pr Benoît SCHNEIDER, psychologue,
université Nancy II
Pr Jérôme WITTWER, économiste,
université Paris-Dauphine

L'équipe

Ce travail a été coordonné dans le service évaluation économique et santé publique par M^{me} Clémence THEBAUT, sous la direction de M^{me} Catherine RUMEAU-PICHON (adjoint du Directeur de l'évaluation médicale, économique et de santé publique et chef du service évaluation économique et santé publique, HAS) et du Dr Olivier SCEMAMA (adjoint du chef du service évaluation économique et santé publique, HAS).

Nous remercions M^{me} Héloïse PHAM-ORSETTI (interne en santé publique, HAS) pour sa contribution à ce travail.

Le suivi documentaire a été effectué par M^{me} Emmanuelle BLONDET, avec l'aide de M^{me} Yasmine LOMBRY, sous la direction de M^{me} Frédérique PAGÈS.

Le secrétariat a été réalisé par M^{me} Samantha FERNANDES.

Fiche descriptive

TITRE	Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
Méthode de travail	Rapport d'orientation
Date de mise en ligne	Juin 2011
Date d'édition	Juin 2011
Objectif(s)	Elle vise à identifier les freins organisationnels, économiques, socioculturels et symboliques qui existent sur le terrain. La levée des freins doit alors créer les conditions propices à la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses ; des voies d'amélioration du système de santé sont proposées dans ce sens.
Professionnel(s) concerné(s)	Tout professionnel de santé prenant en charge des patients pour lesquels une ou plusieurs thérapeutiques non médicamenteuses, validées scientifiquement, peuvent être prescrites.
Demandeur	Direction de la sécurité sociale
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS) – service évaluation économique et de santé publique
Pilotage du projet	Coordination : Mme Clémence Thébaut, chef de projet au service évaluation économique et de santé publique (chef de service : Mme Catherine Rumeau-Pichon) Secrétariat : Samantha Fernandes Recherche documentaire : Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Yasmine Lombry (chef de service : Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes Collèges nationaux professionnels Représentants de patients et d'usagers Groupe de travail Groupe de lecture
Recherche documentaire	La recherche documentaire a porté sur la période de janvier 2000 à décembre 2010
Validation	Validées par le Collège de la HAS le 13 avril 2011
Autres formats	Fiche de synthèse Synthèse Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

N° ISBN 9 78-2-11-128489-0