



Rapport d'activité 2024

Commission
recommandations,
pertinence, parcours
et indicateurs

CRPPI

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

20 ANS
D'ÉCLAIRAGE
SCIENTIFIQUE

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

Sommaire

Édito	4
1. La commission	6
2. Activité	7
2.1. Chiffres clés	8
2.2. Recommandations de bonne pratique	9
2.3. Parcours de soins et indicateurs de qualité des parcours	20
2.4. Pertinence des soins	22
2.5. Amélioration des pratiques	24
2.6. Évaluation des actes professionnels	25
3. Perspectives	26

Édito

La commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI) a poursuivi en 2024 son travail de validation de recommandations de bonne pratique, de stratégies de prise en charge en termes de parcours de santé et des indicateurs de pertinence correspondants pour permettre de mieux accompagner les professionnels, les usagers et éclairer les pouvoirs publics sur de nombreux thèmes médicaux, sociaux et médico-sociaux.

Cette année 2024 a été marquée par plusieurs événements qui ont eu un impact fort pour les travaux de la CRPPI

Le Collège de la HAS a souhaité faire de la santé mentale un axe prioritaire de son projet stratégique 2025-2030. La santé mentale et la psychiatrie constituent un enjeu majeur de santé publique, traversé actuellement par une crise de grande ampleur (postes vacants, inégalités territoriales, coût majeur pour la collectivité et fardeau pour les personnes et leurs familles, etc.).

Dès 2013, la HAS s'était engagée dans des programmes pluriannuels « psychiatrie et santé mentale ». Le précédent pour la période 2018-2023 s'articulait autour de quatre thèmes importants : • Droits des patients et sécurité en psychiatrie • Troubles mentaux sévères et persistants et handicap psychique • Pédopsychiatrie • Psychiatrie, santé mentale et addictions.

Pourtant, les besoins de soins et d'un accompagnement de qualité des personnes sont de plus en plus prégnants, en particulier chez les jeunes depuis la crise Covid. Conscients de tous ces enjeux, la HAS a mobilisé l'ensemble de ses services, et en particulier la CRPPI, pour réfléchir en 2024 aux priorités que la HAS devait se donner pour contribuer à l'amélioration de la santé mentale de la population.

Un nouveau programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » pour la période 2025-2030 a été adopté en novembre 2024 par le Collège : il sera mis en œuvre à compter de 2025.

—

Sur le plan de son fonctionnement, la CRPPI s'est dotée de nouveaux membres

Afin d'accompagner et d'anticiper le travail important sur ces sujets de santé mentale et psychiatrie, la CRPPI a recruté deux nouveaux médecins psychiatres qui siègent désormais dans cette instance et contribuent ainsi à une meilleure prise en compte de ces problématiques. Dans cette même perspective, la composition de la CRPPI a évolué au cours de cette année avec le recrutement d'un médecin méthodologiste, le remplacement d'un médecin généraliste, d'un médecin radiologue et le renforcement de l'apport des usagers aux travaux avec l'arrivée de deux nouveaux usagers du système de santé (qui s'ajoutent aux deux membres déjà présents) et qui viennent ainsi renforcer la prise en compte de leur expertise au sein de cette commission. Il importe à la fois de tenir compte de l'avis de l'utilisateur du système de santé, mais aussi de réfléchir à la façon de construire les recommandations et les parcours de soins pour répondre aux attentes des personnes malades si l'on veut qu'au-delà de leur bonne application par les professionnels de santé, les recommandations soient connues et « revendiquées » par les patients pour une amélioration durable de la qualité de notre système de santé.

Pour conclure, lors du précédent rapport d'activité, qui marquait ma première année de fonctionnement comme présidente de la CRPPI, j'avais exprimé le souhait de produire davantage de recommandations et de parcours dans des domaines où l'évolution des pratiques est rapide, mais surtout dans des champs où les pratiques professionnelles restent parfois très en deçà des attendus. Une augmentation des moyens est bien évidemment une réponse à ce besoin mais je préconisais également de développer la labellisation de productions effectuées par les sociétés savantes.

Les résultats de 2024 confirment cette intuition : nous avons fait plus et dans plus de domaines en collaborant étroitement avec les sociétés savantes. Ce sont 17 notes de cadrage dont 4 labels et 27 recommandations de bonne pratique dont 14 labels qui ont été élaborées, validées par le Collège de la HAS puis ensuite publiées au cours de l'année 2024.

Cette évolution doit nous permettre d'une part de recentrer les travaux de la commission sur les sujets complexes, source de controverse ou bénéficiant d'une faible littérature scientifique, et d'autre part à rendre les recommandations plus opérationnelles, concrètes et faciles d'utilisation. C'est en tous les cas le travail que la CRPPI entend poursuivre en 2025 avec la mobilisation de tous ses membres et des services de la HAS, que je remercie très sincèrement pour leur travail dans un état d'esprit collaboratif où la parole libre et respectueuse permet à chacun, usager et professionnel, de faire état de son point de vue et de se savoir entendu.



Claire Compagnon

Présidente de la commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI), membre du Collège de la HAS

1. La commission

La commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs (CRPPI) a été créée en février 2019 pour répondre aux nombreux défis du système de santé.

Elle est composée d'experts, de professionnels de santé de différentes disciplines et différents métiers, de représentants d'associations d'usagers et d'usagers du système de santé.

Pour réaliser l'ensemble de ses missions, la CRPPI collabore avec les autres commissions de la HAS. Elle s'appuie également sur les travaux des services et de groupes de travail ; elle procède à des auditions d'experts ou de parties prenantes. Elle se réunit chaque mois en formation plénière.

Missions

Préparer les délibérations du Collège de la HAS portant notamment sur :

- les recommandations proposées aux professionnels de santé ou aux pouvoirs publics en termes de bonne pratique, de pertinence ou d'organisation des soins ;
- l'élaboration de stratégies de prise en charge en termes de parcours de santé et des indicateurs de pertinence correspondants.

Donner un avis sur :

- la pertinence d'un acte en vue de son maintien ou non sur la liste des actes et prestations remboursables prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale ;
- la faisabilité scientifique, les notes de cadrage et la méthode d'élaboration des recommandations ;
- les travaux complémentaires pouvant être proposés au Collège.

Réaliser, à la demande du Collège de la HAS, des travaux, études ou consultations que celui-ci juge utiles à la préparation de ses délibérations.

[En savoir plus](#)

2. Activité

En 2024, la CRPPI a poursuivi son activité marquée par une forte augmentation, la désignation en cours d'année de nouveaux membres de la commission et son élargissement à plus de représentants des usagers du système de santé, qui passent de deux à quatre, et de médecins psychiatres, qui passent d'un seul représentant de cette profession à deux.

2.1. Chiffres clés

Chiffres clés

2

publications
sur les évaluations des
technologies de santé

2

publications sur les indicateurs de qualité des parcours

- IQSS Parcours obésité
- Guide d'aide à l'utilisation de questionnaire PROMS

1

publication à destination des usagers

- Dépistage, prise en charge et suivi des personnes potentiellement surexposées au cadmium du fait de leur lieu de résidence

4

informations
à la CRPPI

5

publications
sur la pertinence
des soins

1

programme « Santé
mentale et psychiatrie »
2025-2030

44

publications sur les recommandations de bonne pratique

- 17 notes de cadrage dont 4 labels
- 27 recommandations dont 14 labels

En plus de cette activité habituelle de la commission, l'année 2024 a été très largement consacrée à la préparation du programme santé mentale et psychiatrie pour 2025-2030 avec une implication forte des membres de la commission tant dans les thématiques retenues que dans leur priorisation en fonction des urgences de santé publique.

2.2. Recommandations de bonne pratique

Synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, les recommandations de bonne pratique (RBP) visent à améliorer, éclairer et coordonner les pratiques des acteurs du système de santé.

En 2024, 19 recommandations ont été présentées à la commission, dont 13 labellisations de recommandations de sociétés savantes.

Le choix a été fait d'en présenter quelques-unes qui illustrent la diversité de notre travail.

Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 (DT2)

La prise en charge du patient vivant avec un DT2 a connu ces dernières années des évolutions importantes.

En premier lieu, l'implication des mesures non médicamenteuses est fortement établie dans la littérature : programme nutritionnel, lutte contre la sédentarité, activité physique régulière, activité physique adaptée, éducation à la maladie. D'autre part, l'intégration de nouvelles classes médicamenteuses ou l'extension à de nouvelles indications de molécules hypoglycémiantes ont démontré des propriétés cardioprotectrices et rénales, et présentent donc un progrès dans la stratégie thérapeutique proposée aux patients. Cette actualisation 2024 intègre ces deux volets de la stratégie, non médicamenteuse et médicamenteuse, dans une prise en charge globale du patient.

L'actualisation porte sur la population générale et propose également des recommandations spécifiques sur certains publics : femme enceinte ou envisageant de l'être, personne âgée de plus de 75 ans, personne présentant une obésité avec un IMC > 30 kg/m², une maladie rénale chronique, une insuffisance cardiaque.

Ces recommandations s'adressent à l'ensemble des professionnels de santé, médecins spécialistes de médecine générale, médecins spécialistes endocrinologues, diabétologues, nutritionnistes et tout professionnel qui prend en charge les patients vivant avec un DT2 en ville ou dans le cadre des établissements de soins publics ou privés : pharmaciens, infirmiers, infirmiers de pratique avancée, professionnels d'activité physique adaptée (enseignants APA), masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, nutritionnistes, podologues, etc.

Les messages clés

L'objectif de la prise en charge du patient vivant avec un DT2 est de réduire la morbi-mortalité, notamment par un contrôle glycémique correct ainsi que par la prévention, le dépistage et le traitement de ses complications cardiovasculaires et rénales et l'amélioration de la qualité de vie du patient.

La prise en charge du patient vivant avec un DT2 est globale et plurielle dans ses composantes non médicamenteuses ou les traitements innovants. L'objectif thérapeutique est individualisé en fonction du profil des patients et est évolutif au cours du temps.

En première intention, proposer une prise en charge non médicamenteuse axée sur les modifications des habitudes de vie est un préalable indispensable à toute démarche thérapeutique médicamenteuse.

En deuxième intention, si la prise en charge non médicamenteuse n'a pas permis d'atteindre les objectifs définis initialement avec le patient, un traitement médicamenteux tenant compte du statut cardiovasculaire et rénal du malade doit être envisagé.

Lors du choix d'une classe thérapeutique déterminée, prendre en compte le profil du patient (besoins, situation, préférences, acceptabilité) et les caractéristiques de l'antidiabétique envisagé (indications et contre-indications, efficacité sur le taux d'HbA1c, impacts protecteurs sur les complications cardiovas-

culaires et rénales, risque d'hypoglycémie, effet sur le poids, effets secondaires, modalités d'administration, etc.). En présence d'une maladie cardiovasculaire clinique avérée, les traitements iSGLT2 et GLP-1 sont recommandés pour leurs effets protecteurs cardiovasculaires et rénaux et/ou impacts sur le poids. À chaque changement de traitement, il est nécessaire de reconsidérer le maintien ou l'arrêt de la stratégie médicamenteuse (selon l'efficacité, la tolérance, les préférences du patient) et d'assurer l'accompagnement thérapeutique du patient, sa connaissance et son adhésion (en particulier lors du passage à un traitement injectable).

Les mesures non médicamenteuses doivent être maintenues tout le long de la prise en charge.

[Consultez la recommandation et les outils dédiés](#)

Dépistage, prise en charge et suivi des personnes potentiellement surexposées au cadmium du fait de leur lieu de résidence

En France, plus de 7 000 sites et sols pollués ou potentiellement pollués du fait d'activités industrielles anciennes ou actuelles appellent une action des pouvoirs publics à titre préventif ou curatif. Il est démontré que le cadmium et ses dérivés ont une toxicité élevée et l'exposition répétée à de faibles doses peut être à l'origine de multiples effets sanitaires.

La recommandation a pour objectif de définir l'intérêt et les modalités de dépistage des contaminations par le cadmium parmi les populations résidant sur des sites pollués par cet élément et de proposer aux professionnels de santé des modalités de prise en charge des personnes surimprégnées, pour le diagnostic, le traitement et le suivi de leur intoxication. Il est également important d'informer les populations concernées.

On retrouve le cadmium dans l'air et dans l'eau avec des taux faibles, dans les sols de façon plus conséquente et dans les végétaux. Depuis plusieurs années, l'Anses tout comme la SCA (Surveillance de la chaîne alimentaire) suivent les données en population générale et calculent les concentrations de cadmium dans les végétaux et dans les protéines animales.

Un grand nombre d'acteurs, professionnels de santé, ont été associés à ce travail d'élaboration de cette recommandation. Il y est démontré l'intérêt et les modalités de dépistage sur les populations cibles et la nécessité, lors du diagnostic, d'une prise en charge et d'une surveillance médicales des personnes présentant une intoxication par le cadmium.

Une fiche à destination des usagers est associée à cette recommandation : elle rappelle les gestes qui permettent de se protéger de la contamination ainsi qu'une explication autour de la prise en charge, si le diagnostic de contamination par le cadmium est posé.

[Consultez la recommandation et les outils dédiés](#)

Trouble du neurodéveloppement/TDAH : diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et des adolescents

Le trouble déficit de l'attention (TDAH) fait partie des troubles du neurodéveloppement et il partage avec ces troubles un déficit ou un retard des compétences attendues et acquises au cours du développement. La demande du ministère de la Santé et de l'association HyperSupers-TDAH France était d'élaborer des recommandations relatives au diagnostic et au traitement du TDAH avec ou sans hyperactivité pour les enfants et les adolescents.

La recommandation, en préambule, insiste et rappelle les conditions pour lesquelles les professionnels de santé qui prennent en charge les enfants et les adolescents atteints de TDAH sont invités à se former en s'appuyant sur un socle de connaissances de l'ensemble des données présentées.

Comme pour l'ensemble des troubles du neurodéveloppement, l'étiologie du TDAH n'est que partiellement connue. La recommandation propose des outils d'évaluation tels que des questionnaires ou des entretiens diagnostiques structurés ou semi-structurés, afin de favoriser l'entretien clinique, prenant en compte toutes les sources d'information, permettant de recueillir des informations précises auprès des différents intervenants autour de l'enfant et d'avoir une évaluation initiale de référence.

À la suite du diagnostic, des interventions thérapeutiques vont être nécessaires et la recommandation indique les modalités de la prise en charge non médicamenteuse qui s'appuie sur une co-construction avec l'enfant et sa famille et toute personne interagissant avec l'enfant. Dans cet objectif, il est rappelé la nécessité des interventions en psychoéducation avec l'enfant et les parents, qui permettront d'aider les parents à mettre en place des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP), favorisant les échanges entre les familles et le soutien social. En complément, des ateliers d'éducation thérapeutique du patient (ETP) vont favoriser l'acquisition de compétences permettant de mieux composer avec les défis associés au TDAH.

Le retentissement du TDAH dans le milieu scolaire est important et il convient que l'établissement scolaire et ses personnels soient accompagnés et formés à la connaissance et la compréhension du TDAH et plus généralement des troubles du neurodéveloppement (TND). Une vigilance particulière est demandée concernant la possible problématique de harcèlement scolaire des enfants vulnérables. Il est par ailleurs rappelé les trois types d'aménagements scolaires possibles : le programme personnalisé de réussite éducative (PPRE), le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) et le plan personnalisé de scolarisation (PPS). Enfin, les thérapies comportementales cognitives et émotionnelles (TCCE) sont recommandées dans certains cas, en association avec d'autres interventions et pour une durée encadrée.

Un point est accordé aux habitudes de vie comme l'activité physique, dont la pratique est conseillée au moins 30 minutes trois fois par semaine, le sommeil, pour lequel il convient d'améliorer la phase d'endormissement (usage des écrans), l'alimentation, pour laquelle les évictions alimentaires ou les régimes spécifiques ne sont pas recommandés.

En sus de toute cette démarche psychoéducative, il peut être nécessaire d'associer des traitements médicamenteux, de préférence par méthylphénidate (MHP) à libération prolongée. S'il y a une mauvaise tolérance ou une inefficacité, il est possible de proposer de l'atomoxétine (sous autorisation d'accès compassionnel – AAC) et en troisième ligne, de la clonidine. Un bilan préthérapeutique standard est recommandé. À la suite des traitements médicamenteux, une surveillance doit avoir lieu, en tenant compte de l'évolution staturale et pondérale de l'enfant.

Toute cette prise en charge doit reposer sur l'information et le consentement de l'enfant et de sa famille. La bonne compréhension de l'enfant et de sa famille, sur la maladie et les possibilités thérapeutiques proposées, permettra d'obtenir une meilleure observance, d'éviter une dissension intrafamiliale sur le traitement et d'améliorer l'efficacité du processus thérapeutique. Enfin, il convient d'anticiper la période de transition de l'adolescence à l'âge adulte.

Par ailleurs, de nouveaux outils numériques se développent et peuvent permettre une organisation du parcours et du traitement des personnes avec un TDAH de meilleure qualité, tant par la téléconsultation que par la téléexpertise.

[Consultez la recommandation et les outils dédiés](#)

Choix et durées d'antibiothérapie

La HAS met à disposition des professionnels de santé une série de fiches synthétiques préconisant le choix et les durées d'antibiothérapie les plus courtes possibles pour les infections bactériennes courantes rencontrées en médecine de ville. Ces fiches synthétiques ont été élaborées en partenariat avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et le Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) et relues par le Collège de la médecine générale (CMG) et les sociétés savantes concernées.

Une part encore considérable de la consommation d'antibiotiques est attribuée à des traitements inutilement prescrits, par exemple pour des infections virales, ou inappropriés, notamment du fait d'une antibiothérapie à spectre trop large ou d'une durée excessive. L'exposition excessive des populations humaines et animales aux antibiotiques participe directement à l'émergence de la résistance et représente un coût inutile pour le système de santé. Les mesures préventives permettant de limiter cette exposition restent insuffisamment adoptées.

Les durées de traitement antibiotique ne reposent pas sur un rationnel scientifique fort, peu d'études de méthodologie satisfaisante spécifiques aux durées de traitement sont disponibles. Les durées de traitement sont souvent mentionnées dans les référentiels sous forme d'intervalles étendus. Réduire la pression de sélection par la réduction de la durée d'exposition aux antibiotiques au minimum nécessaire dans la population permettra de limiter l'émergence des résistances bactériennes.

L'objectif, dans le cadre du plan national antibiorésistance, consiste à mettre à disposition des professionnels de santé des fiches synthétiques, mises à jour régulièrement, reprenant les durées d'antibiothérapie les plus courtes possibles recommandées pour les infections bactériennes les plus courantes. Ces durées ne devront plus mentionner d'intervalle de durée de traitement, et préférer la borne basse le cas échéant pour permettre de contribuer à la réduction de la consommation d'antibiotiques par la réduction des durées de traitement au strict nécessaire. De plus, cela permettra de promouvoir l'utilisation des antibiothérapies de première intention et d'éviter les antibiotiques critiques.

Les professionnels concernés sont, en priorité, les professionnels de santé de premier recours : médecins généralistes, pédiatres de ville et gériatres. Sont aussi impliqués les médecins spécialistes prescripteurs, sages-femmes, pharmaciens et chirurgiens-dentistes.

Des fiches synthétiques sont développées en cohérence sur la forme, pour permettre une utilisation par Antibioclic :

- 21 fiches distinctes par infection bactérienne, élaborées en 2021 ; plusieurs d'entre elles ont été mises à jour en 2024, dont « Infections urinaires basses de la femme et de la femme enceinte » et « Infections respiratoires hautes de l'enfant et de l'adulte ».
- 5 nouvelles fiches « Choix et durées d'antibiothérapies » produites en 2024 :
 - Coqueluche chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte
 - Exacerbations aiguës de bronchopneumopathie chronique obstructive
 - Pneumonie aiguë communautaire de l'adulte en ambulatoire
 - Pneumonie aiguë communautaire chez l'enfant
 - Infections génitales hautes non compliquées

Deux rapports d'élaboration sont disponibles ainsi qu'une fiche synthèse qui regroupe le choix de l'antibiothérapie de première intention.

[Consultez les recommandations et les outils dédiés](#)

Recommandations pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

À la demande du ministère chargé de la Santé, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) et l'Agence nationale de recherches sur le sida | Maladies infectieuses émergentes (ANRS | MIE) ont sollicité la Haute Autorité de santé (HAS) pour l'élaboration d'une actualisation de 7 recommandations françaises de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

L'accompagnement de la HAS s'est inscrit dans le cadre de la labellisation par la HAS d'une recommandation élaborée par un organisme professionnel.

Initiation d'un premier traitement antirétroviral chez l'adulte vivant avec le VIH

Au-delà de l'actualisation, cette recommandation a pour objectifs d'améliorer et d'assurer une homogénéité de la prise en charge sur le territoire. Elle ne concerne pas les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants/adolescents. Tous les professionnels du soin primaire en situation d'initier un traitement antirétroviral (ARV) et tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge des PVVIH adultes avec une infection à VIH-1 ou VIH-2 sont concernés.

L'initiation rapide d'un traitement ARV a pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité associées au VIH, de prévenir la transmission du VIH et d'améliorer ou de maintenir la qualité de vie liée à la santé des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Les buts sont d'obtenir et de maintenir durablement le contrôle de la réplication virale, et de restaurer et préserver les défenses immunitaires.

Le traitement ARV est un outil clé pour l'objectif d'élimination de la transmission du VIH d'ici 2030. Il doit être débuté rapidement et maintenu chez toutes les PVVIH sauf dans certaines situations particulières où le traitement doit être différé (tuberculose ou cryptococcose neuroméningées) ou peut-être différé (infection à VIH-2, personnes « contrôleurs naturels » du VIH-1, personnes requérant un délai pour être prêtes à débiter le traitement).

En règle générale, et en dehors de situations nécessitant un traitement immédiat ou différé, le traitement est débuté après l'obtention des premiers résultats du bilan initial, dans les 14 jours suivant l'annonce du diagnostic de l'infection à VIH. Le choix d'un premier traitement ARV doit être individualisé et la PVVIH concernée doit pouvoir participer à ce choix, l'objectif étant d'atteindre un niveau maximal d'observance.

Le traitement ARV doit être débuté sans délai dès la première consultation spécialisée dans certaines situations : primo-infection, grossesse au-delà de 24 semaines d'aménorrhée. Le traitement peut être débuté lors de la première consultation spécialisée en cas de demande de la personne concernée ou de pratiques à risque élevé de transmission à ses partenaires sexuels.

Un bilan initial est réalisé lors de tout nouveau diagnostic d'infection. L'obtention des résultats ne doit pas retarder l'initiation du traitement ARV, en outre, le résultat d'un test de résistance génotypique n'est pas indispensable. Le risque de prise de poids associé à certains traitements ARV est bien établi et doit être pris en compte avant l'initiation d'un premier traitement et lors du suivi.

Le traitement initial est une combinaison de deux ou trois ARV (bithérapie ou trithérapie) pour VIH-1, trois ARV pour VIH-2. Le choix d'une association fixe à comprimé unique quotidien est privilégié. Chez une PVVIH avec une infection VIH-1 chronique et asymptomatique, les schémas préférentiels sont les

associations de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) avec 1 inhibiteur de l'intégrase (INI), ou 1 INTI avec 1 INI, ou de 2 INTI avec 1 inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) (cf. tableau des associations recommandées pour l'initiation d'un premier traitement ARV).

Classiquement, le suivi clinique et biologique est proposé à M1, M3 et M6 puis tous les 6 mois.

L'infection à VIH-2 peut poser des problèmes diagnostiques et thérapeutiques du fait des différences de pathogénicité avec le VIH-1, de la résistance naturelle du VIH-2 à plusieurs classes d'ARV, de la nécessité d'utiliser des techniques spécifiques pour la quantification de l'ARN VIH-2 et de critères multiples permettant de juger de l'efficacité du traitement (charge virale souvent spontanément indétectable). Un avis d'expert est recommandé, en particulier pour la gestion des situations d'échec thérapeutique.

[Consultez la recommandation et les outils dédiés](#)

Traitement préventif préexposition de l'infection par le VIH – RBP – Labellisation CNS-ANRS-MIE

Les objectifs sont de permettre aux professionnels de santé concernés d'accompagner les personnes exposées à un risque avéré d'infection par le VIH : poser les indications de la PrEP, prescrire et surveiller le traitement, donner la capacité d'informer la population sur les avantages et les limites de la PrEP. Ceci doit aussi permettre aux acteurs associatifs d'informer la population dans les mêmes conditions.

Sont impliqués tous les professionnels du soin primaire : spécialistes en médecine générale, en gynécologie, sages-femmes, professionnels exerçant en centre de santé sexuelle (CSS), en espaces vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), pharmaciens et biologistes ; tout professionnel de santé amené à proposer un accompagnement et une prise en charge en cas d'infection sexuellement transmissible, notamment en sus des professions déjà citées, infectiologues et dermatologues ; les acteurs associatifs qui facilitent l'accès à l'information et au traitement pré-exposition.

Le traitement préventif pré-exposition (PrEP) du VIH est un outil à part entière de la stratégie de prévention de l'infection par le VIH, dont l'efficacité a été démontrée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et chez les femmes transgenres, chez les hommes et chez les femmes dans les couples hétérosexuels sérodifférents pour le VIH, et en population générale fortement exposée, chez les personnes utilisatrices de drogues par voie intraveineuse (avec un moindre niveau de preuve).

La PrEP orale par ténofovir disoproxil fumarate/emtricitabine (TDF/FTC) est le traitement de première intention. Elle est habituellement très bien tolérée.

Il y a peu de contre-indications à la PrEP par TDF/FTC en dehors de la présence d'une infection VIH ou d'une insuffisance rénale avec DFG < 50 mL/min/1,73 m². La PrEP orale par TDF/FTC peut être prescrite pendant l'allaitement ou la grossesse. Elle peut être prescrite sous forme continue, en débutant avec deux comprimés lors de la 1^{re} prise puis un comprimé par jour, ou sous forme discontinue, uniquement chez les hommes cisgenres ou les personnes transgenres ayant des relations anales exclusives (et hors infection chronique par le VHB) : deux comprimés au moins 2 h avant l'exposition potentielle, puis un comprimé par jour jusqu'à 48 h après la dernière exposition.

La PrEP par cabotégavir d'action prolongée (CAB-LP) par voie injectable est une alternative en 2^e intention et nécessite une dose de charge avec 2 injections IM à 1 mois d'intervalle suivies d'administrations tous les 2 mois.

Un bilan biologique initial doit être prescrit pour écarter une infection VIH déjà présente ou une insuffisance rénale contre-indiquant la prescription de TDF/FTC. La recherche d'autres IST est également recommandée, de même que l'évaluation du statut immunitaire vis-à-vis des hépatites virales.

Une consultation de suivi doit être réalisée à 1 mois, puis tous les 3 à 6 mois selon la fréquence des rapports sexuels à risque.

La survenue d'une infection VIH sous PrEP est rare, et majoritairement liée à des défauts d'observance du traitement préventif ; elle nécessite un avis spécialisé rapide.

[Consultez la recommandation et les outils dédiés](#)

Traitement préventif post-exposition au VIH – RBP – Labellisation CNS-ANRS-MIE

Les objectifs sont de permettre aux professionnels de santé concernés d'accompagner les personnes ayant eu un risque significatif d'exposition au VIH, dans les 48 h suivant cette exposition, et de poser les indications d'un traitement post-exposition, d'en effectuer la prescription ou de leur délivrer un kit de démarrage dans l'attente de l'avis d'un service de référence. Ces professionnels ont ainsi la capacité d'informer la population sur les avantages et les limites du traitement post-exposition. La démarche est identique pour les acteurs associatifs engagés.

Sont impliqués tous les professionnels du soin primaire : spécialistes en médecine générale, en gynécologie, sages-femmes, professionnels exerçant en centre de santé sexuelle (CSS, ex-centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF)), en espaces vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immuno-déficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), en unité sanitaire en médecine pénitentiaire et en haltes soins addictions ; tout professionnel de santé amené à proposer un accompagnement et/ou une prise en charge après une exposition sexuelle ou sanguine au virus, notamment les médecins urgentistes et les infirmières d'accueil et d'orientation des services d'urgence, les médecins légistes, les pharmaciens, les infirmières scolaires, les personnels des services de santé universitaires ; les acteurs associatifs qui facilitent l'accès à l'information et au traitement post-exposition sont également concernés.

Après une exposition sexuelle ou sanguine à risque, un traitement post-exposition (TPE) peut réduire le risque de transmission du VIH. Les traitements post-exposition peuvent être prescrits en milieu hospitalier, au sein d'un CeGIDD ou en centre de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC). En dehors des heures d'ouverture des services concernés, les structures d'urgence sont habilitées à prescrire et délivrer le TPE.

Le TPE doit être instauré le plus tôt possible, idéalement dans les 4 h, et peut être débuté avant la réalisation du bilan initial. Il n'est efficace que s'il est débuté dans les 48 h suivant l'exposition. Il n'est pas indiqué quand le partenaire vivant avec le VIH a un traitement antirétroviral depuis plus de 6 mois et une dernière charge virale indétectable (< 50 copies/mL) dans les 6 derniers mois.

Il est essentiel de documenter le statut sérologique VIH, VHB et VHC de la personne source quand cela est possible. En cas de statut inconnu pour le VIH de la personne source, l'indication du TPE dépend de la prévalence de l'infection VIH non diagnostiquée dans la population à laquelle appartient la personne source, ainsi que du niveau de transmission lié au type d'exposition.

Le TPE, quand il est indiqué, associe trois molécules antirétrovirales pendant une durée de 30 jours. Dans l'attente de la validation de l'indication du TPE, un kit d'urgence comportant 3 à 5 jours de traitement doit pouvoir être remis au patient 24 h/24 et 7 j/7 par les structures habilitées à prescrire les antirétroviraux, afin de ne pas retarder la mise sous traitement. Dans les services d'urgences, le démarrage du TPE ne doit pas être conditionné à un entretien médical préalable.

La doxycycline en prévention des IST bactériennes n'est pas recommandée après un accident d'exposition sexuelle. Un dépistage des IST sera prescrit lors du bilan de suivi.

La surveillance biologique nécessite un bilan initial comportant des sérologies pour le VIH, le VHB, le VHC et une recherche des IST en cas d'exposition sexuelle, ainsi qu'une évaluation de la fonction rénale en cas de prescription d'un TPE, et un seul bilan de contrôle ultérieur dont la date dépend du risque (VIH et/ou hépatites).

Toute prescription de TPE (hors contexte d'exposition parentérale professionnelle) doit faire discuter un relais ultérieur par une PrEP du VIH, qui pourra idéalement être débutée dès l'issue du TPE.

[Consultez la recommandation et les outils dédiés](#)

Adaptation du traitement antirétroviral en situation de succès virologique chez l'adulte vivant avec le VIH – RBP – Labellisation CNS-ANRS-MIE

Le document a pour objectifs d'actualiser les données médicales, d'améliorer et d'assurer une homogénéité de la prise en charge des PVVIH sur le territoire. Ces recommandations ne concernent pas les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants/adolescents.

Elles concernent tous les médecins et professionnels de santé en situation de suivre une personne adulte traitée par un traitement ARV, en situation de succès virologique.

Le contrôle de la réplication virale ou contrôle virologique est défini par un ARN VIH-1 ≤ 50 copies/mL (ou un ARN-VIH-2 ≤ 40 copies/mL) dans le plasma. Le succès virologique est défini par un contrôle de la réplication virale maintenu depuis au moins 6 mois sous traitement antirétroviral. Pour VIH-2, le contrôle virologique n'est souvent pas un critère d'efficacité suffisant, compte tenu de la fréquence élevée de PVVIH-2 ayant une charge virale spontanément indétectable. Le succès thérapeutique est au mieux défini par un critère composite associant réponse immunologique, contrôle virologique (et absence de progression clinique ou de décès).

Une fois le succès virologique obtenu, une modification du traitement ARV peut s'avérer utile. Le plus souvent, il s'agit d'individualiser le traitement pour gagner en tolérance ou en simplicité d'administration tout en maintenant l'efficacité immuno-virologique, sans compromettre l'efficacité d'un éventuel traitement ultérieur : simplification (diminution du nombre de prises quotidiennes d'ARV, du nombre de comprimés par prise, ou suppression de contraintes alimentaires, administration de traitement injectable à libération prolongée tous les deux mois) ou allègement (diminution du nombre d'ARV actifs, diminution du nombre de prises par semaine).

Le traitement ARV en cours doit faire l'objet d'une réévaluation annuelle, dans une démarche de conciliation médicamenteuse, idéalement au cours d'une RCP : le choix de la stratégie se fera conjointement entre la PVVIH et son médecin.

Avant de modifier un traitement ARV en succès thérapeutique, des principes et des règles doivent être respectés pour maintenir l'efficacité virologique et la tolérance du futur traitement : recherche et prise en compte d'une infection chronique par le VHB ou d'un contact antérieur avec le VHB, histoire clinique de la personne, histoire thérapeutique et caractéristiques immuno-virologiques (lymphocytes T CD4

actuels et nadir, tests de résistance génotypique cumulés sur ARN VIH plasmatique ou sur ADN VIH cellulaire, sous-type viral, antécédents de blips).

Le changement d'une molécule par une autre appartenant à la même classe thérapeutique ou à une autre classe peut être proposé pour corriger un effet indésirable, ou lors de la disponibilité d'une nouvelle molécule présentant des caractéristiques plus avantageuses : meilleur profil de résistance, barrière génétique à la résistance du VIH plus élevée pour cette molécule, caractéristiques pharmacologiques plus favorables ou réduction du nombre de prises ou d'unités de traitement. Lorsque le changement se fait pour des molécules pour lesquelles la barrière génétique à la résistance du VIH est plus basse, il est indispensable de vérifier l'absence de résistance aux molécules associées.

Les bithérapies orales 3TC/DTG et DTG/RPV, les bithérapies injectables à libération prolongée CAB-LP + RPV-LP et les trithérapies intermittentes 4 ou 5 jours/7 constituent les principales options d'allègement de traitement de l'infection VIH-1 ; elles sont détaillées pour chacune des options, y compris pour les procédures d'allègement, en tenant compte du risque d'échec virologique.

Un contrôle systématique de la charge virale ARN VIH plasmatique doit être réalisé à M1 et M3 après une modification thérapeutique pour s'assurer du maintien du succès virologique. Après passage à un traitement intermittent, un suivi clinico-biologique rapproché devra être proposé : à 1 mois, 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois puis tous les 6 mois.

Aucune étude n'a évalué les stratégies thérapeutiques d'allègement thérapeutique dans l'infection à VIH-2, en particulier l'association DTG/3TC. L'association CAB-LP + RPV-LP ne peut être utilisée dans l'infection VIH-2 en raison de sa résistance naturelle aux INNTI.

Lors de la réflexion en vue du remplacement d'un traitement, il convient de favoriser la prescription des associations ARV les moins coûteuses, lorsqu'à l'issue d'un choix basé sur les critères d'efficacité, de tolérance et de facilité de prise, plusieurs options restent possibles.

[Consultez la recommandation et les outils dédiés](#)

Adaptation du traitement antirétroviral en situation d'échec virologique chez l'adulte vivant avec le VIH – RBP – Labellisation CNS-ANRS-MIE

Le document a pour objectifs d'actualiser les données concernant l'adaptation d'un traitement antirétroviral (ARV) en échec virologique chez les personnes adultes vivant avec le VIH, d'améliorer et d'assurer une homogénéité de la prise en charge sur le territoire. Ces recommandations ne concernent pas les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants/adolescents.

Elles concernent tous les médecins et professionnels de santé impliqués dans le suivi de personnes adultes PVVIH-1 et/ou -2 adultes traitées par ARV en situation d'échec virologique.

L'adaptation du traitement ARV en échec virologique permet d'obtenir de nouveau le succès virologique avec des bénéfices individuels (réduction de la morbidité et de la mortalité associées au VIH) et collectifs (prévention de la transmission du VIH).

Les situations d'échec virologique sont devenues plus rares à l'ère des multithérapies antirétrovirales (ARV) mais leur dépistage nécessite une surveillance virologique régulière.

L'échec virologique est défini comme un défaut de contrôle de la réplication virale sous traitement ARV, avec un ARN VIH-1 plasmatique > 50 copies/mL, confirmé sur deux prélèvements consécutifs.

On peut différencier l'échec virologique initial ou réponse virologique incomplète (absence de contrôle de la réplication virale 6 mois après l'instauration du traitement ARV) et l'échec virologique secondaire

ou rebond virologique (perte confirmée du contrôle virologique après une période de succès virologique).

On peut également distinguer les situations de réplication virale faible (ARN VIH < 200 copies/mL) et les échecs virologiques avec réplication plus élevée (ARN VIH ≥ 200 copies/mL), dont les conséquences et la prise en charge sont distinctes.

Une surveillance de l'ARN VIH plasmatique est recommandée à 1, 3 et 6 mois après l'initiation du traitement ARV pour dépister un éventuel échec virologique initial.

Une surveillance de l'ARN VIH plasmatique est ensuite recommandée de façon semestrielle quand le traitement ARV est efficace et stable.

L'échec virologique sous traitement ARV expose les PVVIH aux mêmes risques que si elles n'étaient pas traitées (complications infectieuses et non infectieuses de l'infection à VIH, risque de transmission du VIH) et, de plus, au risque de sélection de virus résistants qui peut compromettre l'efficacité ultérieure du traitement ARV.

Les causes de l'échec virologique doivent être identifiées et corrigées précocement pour rétablir le succès virologique et prévenir l'accumulation de mutations de résistance : aide et soutien pour une prise optimale du traitement, correction d'interactions médicamenteuses, modification du traitement ARV.

[Consultez la recommandation et les outils dédiés](#)

Grossesse et VIH : désir d'enfant, soins de la femme enceinte et prévention de la transmission mère-enfant – RBP – Labellisation ANRS-MIE-CNS

La question du désir d'enfant fait partie intégrante de la santé sexuelle et reproductive et doit être abordée avec toute personne vivant avec le VIH (PVVIH), femme ou homme.

Le document a pour objectifs de définir, dans le contexte français actuel, l'attitude optimale pour les PVVIH, femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse. Sont abordés les soins préconceptionnels, la contraception, l'aide médicale à la procréation. Sont aussi décrits les choix des traitements de première ligne pendant et en vue d'une grossesse, le parcours de soins pendant la grossesse associant les aspects obstétricaux, la prophylaxie néonatale, les soins des nouveau-nés et nourrissons et l'allaitement.

Ces recommandations ne concernent que la prise en charge thérapeutique médicamenteuse (curative et préventive) des personnes vivant avec le VIH.

Sont concernés les gynécologues-obstétriciens, pédiatres, infectiologues, internistes, virologues, médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, puéricultrices, pharmaciens, psychologues, centres de protection maternelle et infantile, travailleurs sociaux.

Le traitement antirétroviral (ARV) permet de réaliser trois objectifs dans le contexte d'un désir d'enfant : préserver la santé de la PVVIH, supprimer le risque de transmission sexuelle et supprimer le risque de transmission mère-enfant (TME). Il faut débuter le traitement le plus précocement, pendant et si possible avant la grossesse.

Le choix de traitement ARV est individualisé en tenant compte des spécificités de la grossesse et de l'exposition de l'enfant à naître. Il fait l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Si la femme est déjà traitée, dans l'attente de l'avis spécialisé, il ne faut jamais interrompre le traitement. La patiente doit recevoir une information claire et être impliquée dans les décisions.

Il s'agit de grossesses à risque nécessitant une surveillance obstétricale et médicale mensuelle par des équipes entraînées, en particulier concernant le risque de prématurité, l'efficacité et la tolérance du traitement ARV.

Le risque de transmission par l'allaitement maternel est élevé en l'absence de contrôle virologique chez la mère. En situation de suppression virale prolongée, le risque de transmission par l'allaitement est très faible, permettant d'envisager l'allaitement sans pour autant pouvoir affirmer à ce jour la notion « indétectable = intransmissible » dans ce cadre.

[Consultez la recommandation et les outils dédiés](#)

Prise en charge des complications infectieuses associées à l'infection par le VIH – RBP – Label CNS-ANRS-MIE

Il s'agit d'actualiser la prise en charge des complications infectieuses associées à l'infection par le VIH en proposant dans le contexte français actuel une prise en charge thérapeutique optimale de toute personne vivant avec le VIH, en particulier les patients immunodéprimés.

Elles concernent les infectiologues, urgentistes, réanimateurs, pneumologues, neurologues, gastro-entérologues, internistes, dermatologues, généralistes, microbiologistes, radiologues et anatomopathologistes.

Malgré une diminution importante de l'incidence des infections opportunistes associées à l'infection par le VIH (infections dites « classant SIDA ») depuis l'avènement des traitements antirétroviraux combinés, les complications infectieuses restent encore une problématique importante chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

La survenue d'une infection opportuniste est encore souvent le mode de révélation d'une infection par le VIH, près d'un tiers des diagnostics en France sont encore faits à un stade tardif de la maladie. Les infections opportunistes surviennent également à l'occasion de perte de suivi et d'interruption du traitement antirétroviral.

Les complications infectieuses de l'infection VIH les plus fréquentes en France sont la pneumocystose, les pneumopathies bactériennes (notamment à pneumocoque), la tuberculose, les infections à *Candida*, les infections à *Herpesviridae* (CMV, HSV, VZV) et la toxoplasmose. D'autres infections opportunistes sont plus rares et surviennent souvent à un stade avancé d'immunodépression : cryptococcose, infections mycobactériennes non tuberculeuses, leuco-encéphalopathie multifocale progressive, cryptosporidiose, microsporidiose. Certaines infections opportunistes ont une épidémiologie particulière, notamment l'histoplasmosis, fréquente dans les départements français d'Amérique.

Le risque de survenue des infections opportunistes dépend du taux sanguin de lymphocytes T CD4, avec un risque important lorsque le taux est < 200 CD4/μL.

Une prophylaxie, primaire ou secondaire, est proposée pour certaines infections, en fonction du taux sanguin de lymphocytes T CD4. Ces prophylaxies peuvent être interrompues quand la reconstitution immunitaire sous traitement antirétroviral est suffisante. En cas d'infection opportuniste inaugurale, le traitement antirétroviral est généralement instauré précocement, dans les deux semaines suivant le début du traitement de l'infection opportuniste, à l'exception de la tuberculose neuroméningée et de la cryptococcose neuroméningée où un délai de 4 à 6 semaines est généralement recommandé pour limiter le risque de survenue d'un syndrome inflammatoire de restauration immunitaire.

[Consultez la recommandation et les outils dédiés](#)

Notes de cadrage

Une note de cadrage est un document fondateur qui marque le début de l'élaboration des travaux : recommandations, parcours de soins, fiches pertinence, etc.

Élaborée en concertation avec l'ensemble des parties prenantes dont les associations d'usagers, la note de cadrage a pour objectifs de rappeler le contexte du thème travaillé, les données épidémiologiques connues, de préciser les destinataires concernés (professionnels de santé, usagers, pouvoirs publics, etc.), les questions auxquelles la production devra apporter des réponses, la méthode d'élaboration utilisée, les types de productions attendues, la composition qualitative des groupes de travail et de lecture, ainsi que de présenter un calendrier prévisionnel.

L'une des notes de cadrage examinées en 2024 porte sur « [La pair-aidance dans les organisations sanitaires, sociales et médico-sociales](#) ».

Dans un contexte de recours accru à la pair-aidance dans le champ sanitaire, médico-social et social, la HAS s'est auto-saisie afin de proposer des recommandations de bonnes pratiques sur cette modalité d'intervention qui s'insère dans les parcours de soins et d'accompagnement des personnes. Cette initiative vise à offrir des repères généraux permettant de structurer et harmoniser les pratiques liées à la pair-aidance. Ces travaux, au périmètre large, représenteront une activité transversale au sein de la HAS avec un co-portage au niveau sanitaire et au niveau social et médico-social.

2.3. Parcours de soins et indicateurs de qualité des parcours

L'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins pour les patients passe par une meilleure coordination de leur prise en charge tout au long de leur parcours. La HAS développe ainsi des outils pour faciliter la mise en œuvre et l'organisation des parcours de soins associés aux principales maladies chroniques.

Quatre types de travaux, complémentaires les uns des autres, sont menés par la HAS pour chaque pathologie :

1. l'élaboration du guide parcours, ou sa mise à jour s'il existe ;
2. l'identification, avec les professionnels et les usagers, des points critiques de pratique ;
3. l'identification, avec les professionnels et les usagers, des messages de pertinence des soins, pouvant éventuellement être implémentés dans des logiciels adaptés ;
4. la définition des indicateurs de qualité jalonnant le parcours, à visée d'amélioration des pratiques et du résultat pour le patient à partir des points critiques identifiés dans le guide.

Ces parcours de soins ont pour objectif de permettre aux personnes malades d'accéder à des soins de qualité, conformes aux recommandations de bonne pratique de la HAS. Compte tenu de la tension actuelle du système de santé, notamment au niveau de la démographie des professionnels de santé, ces parcours de soins intègrent le partage des tâches entre ces professionnels et le développement du numérique en santé.

Pour accompagner le guide parcours sur la prise en charge clinique des personnes en obésité, un guide d'aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la prise en charge clinique courante des personnes en obésité a été analysé par la commission avant validation par le Collège et publication. Tout retrouver sur les PROMs de façon dynamique ici : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501799/fr/aide-a-l-utilisation-des-proms-en-pratique-clinique-courante#toc_1_1_1

Encart sur le guide si besoin ou utile

Le guide « Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la prise en charge clinique courante des personnes en obésité » s'inscrit dans les travaux menés sur les parcours. Il s'agit du cinquième guide « Aide à l'utilisation des PROMs » produit sur un parcours « maladie chronique ».

Ce guide rassemble en un seul document des notions du guide général précédemment publié et présente des PROMs génériques ainsi que spécifiques retenus selon notre méthode.

Pour finaliser nos choix, trois associations d'usagers et un conseil de patients ont été consultés, afin d'évaluer l'adéquation des questionnaires retenus aux prises en charge actuelles.

Ainsi, le guide propose, en plus des trois questionnaires PROMs génériques les plus couramment utilisés (SF-36, SF-12, EQ-5D), un autre questionnaire générique identifié dans la littérature pour l'obésité, le WHOQOL-BREF, et deux PROMs spécifiques centrés sur l'obésité : BODY Q et IWQOL-Lite.

Point de vigilance : les associations de patients trouvent intéressants les questionnaires WHOQOL-BREF, BODY Q et IWQOL-Lite. Ces questionnaires sont utilisables en l'état, mais le vocabulaire utilisé n'est pas parfaitement en accord avec le vocabulaire attendu en 2023 et utilisé dans le guide parcours réalisé par le SBP. Pour BODY Q et IWQOL-Lite, certains termes peuvent être perçus comme « stigmatisants et dépréciatifs » par les personnes en obésité. Des encarts spécifiques ont été introduits dans le guide pour relayer cet avis.

Depuis, le consortium ICHOM a sorti pour la première fois son guide obésité en décembre 2024 (décembre 2024, [*Adult Obesity — ICHOM*](#)). Le guide HAS publié en février 2024 n'en tient donc pas compte.

FICHE : Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique

L'objectif du guide « Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique » publié en janvier 2023 est de proposer une organisation de qualité capable de répondre, dans les délais médicalement raisonnables, aux besoins de près de 20 millions de personnes souffrant de douleurs chroniques en France.

Ce parcours de santé est hiérarchisé en trois niveaux. Le niveau 1, les soins en ville, doit être en mesure de prendre en charge l'essentiel des patients ou l'essentiel de leur parcours, avec, si nécessaire, le soutien de la consultation ou du centre d'évaluation et de traitement de la douleur du territoire. Conformément aux recommandations internationales, ce parcours relève du modèle biopsychosocial et est centré sur le patient.

Les situations d'urgence (drapeaux rouges) sont éliminées, les facteurs de chronicisation (drapeaux jaunes) recherchés, un diagnostic étiologique ou physiopathologique toujours posé et une prise en charge le plus souvent multimodale proposée.

La fiche « Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique », publiée en décembre 2024, est une déclinaison de ce parcours pour quatre populations : les adultes, les enfants/adolescents, les personnes vulnérables et les patients atteints d'un cancer.

Chez un enfant ou un adolescent, une douleur persistante est toujours une urgence relative qui nécessite d'intervenir au plus tôt. Elle doit toujours être écoutée, prise en compte et évaluée selon le modèle biopsychosocial, avec un examen clinique et une évaluation du contexte et du retentissement psychologique, social, familial et scolaire.

Chez une personne en situation de handicap ou vulnérable, une douleur persistante est toujours une urgence relative qui nécessite d'intervenir au plus tôt. Les soignants doivent adopter une démarche particulièrement proactive, l'« aller vers », qui prend en compte les limitations de la personne, ses ressources et les contraintes de son environnement. Chez les personnes dyscommunicantes ou ne pouvant pas verbaliser, une douleur est toujours recherchée devant une modification de comportement.

Chez une personne atteinte d'un cancer, une douleur est une urgence relative. Elle peut être d'étiologies multiples liées à la tumeur cancéreuse, aux traitements spécifiques ou à une pathologie non cancéreuse associée. Elle doit toujours être réévaluée cliniquement pour en préciser l'étiologie. Une douleur rapidement évolutive est une urgence à traiter immédiatement. Les épisodes d'acutisation de la douleur doivent être anticipés et des protocoles antalgiques rédigés. Cette fiche parcours est accompagnée de six outils, trois pour les adultes et trois pour les enfants-adolescents : un auto-questionnaire, une grille d'évaluation médicale en soins primaires et un formulaire de demande d'un avis ou d'une consultation en structure douleur chronique.

La SFETD et le CMG, dans le cadre d'un label HAS, vont décliner ce parcours pour les principales douleurs chroniques, en commençant par les migraines, les lombalgies chroniques, les douleurs post-opératoires et les douleurs liées à un cancer.

[Consultez le parcours et les outils dédiés](#)

2.4. Pertinence des soins

La HAS élabore des travaux sur la pertinence des prescriptions, des actes, des séjours, des parcours de soins et des modalités de prise en charge.

Développés avec les professionnels de santé, ces travaux se déclinent selon plusieurs formats, en fonction des méthodes utilisées. Ils ont pour objectifs d'aider à la prise de décision dans le choix des soins, d'harmoniser les pratiques, de réduire les traitements et actes inutiles ou à risque et de promouvoir les actes pertinents.

En 2024, une fiche pertinence a été publiée.

Reflux gastro-œsophagien chez l'enfant de moins d'un an : définitions, prise en charge et pertinence des traitements pharmacologiques

Face à une consommation non négligeable et en constante augmentation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et à une augmentation du risque global d'infections bactériennes ou virales en cas d'exposition à ce traitement ont été produites une fiche pertinence, une fiche à destination des parents et une affiche pour les salles d'attente. Ces documents sont destinés principalement aux médecins généralistes, aux pédiatres de ville et aux parents, mais également plus largement à tout soignant ou personnel de la petite enfance.

Les régurgitations simples sont très fréquentes avant l'âge d'un an et ne présentent pas, dans la majorité des cas, de caractère de gravité même si elles peuvent être la source d'une anxiété parentale élevée. Chez l'enfant de moins d'un an, la distinction entre régurgitations simples et RGO pathologique est parfois délicate. Les signes d'alerte d'une autre pathologie à prendre en charge en urgence sont des vomissements violents et en jet ou des vomissements bilieux (vert fluorescent). Une irritabilité ou des pleurs excessifs, associés ou non à des régurgitations visibles, ne justifient pas à eux seuls des examens complémentaires à la recherche d'un RGO pathologique ni un traitement antisécrétoire.

La réassurance parentale et des mesures diététiques et posturales sont généralement suffisantes pour la prise en charge des régurgitations simples. Il est recommandé de ne pas recourir à un inhibiteur de

la pompe à protons pour traiter des signes isolés de reflux de type régurgitations, pleurs ou irritabilité rapportés chez un enfant dont le développement est par ailleurs normal.

Avant l'âge d'un an, le recours à un inhibiteur de la pompe à protons relève d'une prescription hors AMM. Il est réservé au traitement d'une œsophagite par reflux authentifiée par endoscopie œsogastro-duodénale ou au traitement d'un reflux gastro-œsophagien pathologique attesté par pH-métrie.

La fiche pertinence précise la définition du RGO physiologique et du RGO pathologique et comment les différencier, la prise en charge des régurgitations simples, la place des examens complémentaires et la prise en charge du RGO pathologique avec la place des inhibiteurs de la pompe à protons.

La fiche à destination des parents aborde l'absence de gravité du reflux du nourrisson, les conseils pour limiter ces reflux et les cas où un traitement pharmacologique peut être nécessaire.

[Consultez la fiche pertinence](#)

[Consultez la fiche à destination des parents](#)

[Consultez l'affiche pour les salles d'attente](#)

2.5. Amélioration des pratiques

Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement – Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social – Personnes majeures

La HAS a été saisie par le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées sur une demande de guide relatif au déploiement de la bientraitance et de gestion des signaux de maltraitance (repérage et analyse) en institutions (sanitaires, médico-sociales et sociales). Ces travaux s'inscrivent dans le cadre des états généraux de lutte contre la maltraitance, qui doivent donner lieu à une stratégie nationale de lutte contre la maltraitance.

Ce travail s'appuie sur un socle partagé à tous les secteurs, sur des repères communs, afin d'accompagner les professionnels et intervenants extérieurs à mieux appréhender les notions de bientraitance, les situations de maltraitance et leur prévention. Il vise à faciliter le repérage des situations à risque, en donnant des clés pour identifier certains signaux et permettre d'améliorer l'analyse et le traitement des situations avérées.

Toute personne peut être concernée par une situation de maltraitance. Le déploiement de la bientraitance et la prévention de la maltraitance sont l'affaire de tous. C'est un engagement partagé et solidaire entre la direction, les personnels et bénévoles, les personnes accueillies, les proches aidants et leurs représentants. La maltraitance est plurifactorielle et peut être générée par une organisation de travail (maltraitance institutionnelle), un défaut d'équipement ou d'entretien des infrastructures ou encore une posture professionnelle inadéquate.

La démarche de prévention de la maltraitance doit être impulsée par la direction et l'encadrement de l'établissement. Le repérage et la détection des signaux d'alerte et des facteurs de risques sont connus et s'adressent à tous ; des référents « bientraitance » sont identifiés et connus de tous ; au moins un référent est une personne extérieure à l'établissement (représentant des personnes/usagers, psychologue, éthicien, autres). Rien ne doit être banalisé, chaque signal ou situation fait l'objet d'une discussion collective et/ou d'un retour d'expérience à visée éducative, suivis d'une communication régulière institutionnelle et d'un bilan annuel. L'établissement promeut une culture du signalement. Un établissement qui ne remonte pas de signaux d'alerte internes et/ou externes n'est pas dans une dynamique qualité. Un plan de formation continue de l'ensemble du personnel est prévu en lien avec les besoins spécifiques de la population accueillie.

Les personnes accueillies (ou leurs représentants si nécessaire) doivent pouvoir s'exprimer librement, indiquer leurs expériences, ressentis, satisfactions ou insatisfactions, et surtout doivent pouvoir alerter. Le projet personnalisé formalisé doit être actualisé. L'information des personnes accueillies (et des proches) sur leurs droits, possibilités d'action et voies de recours est une priorité. Un support d'information est accessible pour tous.

Ce guide a été élaboré autour de valeurs communes et de constats partagés et il s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements. Il est destiné à toutes les personnes travaillant en établissement sanitaire, social ou médico-social, auprès de personnes adultes en situation de vulnérabilité accueillies en établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Quatre fiches pratiques pour les professionnels sont associées à ce guide ainsi que des documents d'information pour les usagers et leurs proches.

[Consultez le guide et les documents dédiés](#)

2.6. Évaluation des actes professionnels

La commission a examiné deux travaux concernant l'évaluation d'actes professionnels et présente ici la prise en charge implanto-prothétique en soins dentaires.

Ce travail a eu pour objectif de donner un avis à l'Assurance maladie concernant la pertinence de la prise en charge implanto-prothétique dans deux indications : édentement complet par prothèse amovible complète implanto-retendue (PACIR) et prothèse fixée unitaire supra-implantaire (PFUSI). Parallèlement, la DGOS avait demandé à la HAS la production d'un document sur la phase pré-thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge implanto-prothétique, dans l'objectif d'avoir un référentiel de bonne pratique sur les prérequis à ce traitement (évaluation clinique, radiologique, planification...) et rappeler les devoirs du praticien, notamment en matière d'information du patient, de consentement éclairé, de tenue du dossier médical et de traçabilité des dispositifs médicaux implantés. Afin de disposer d'un parcours complet de prise en charge, la HAS s'est également auto-saisie de l'évaluation de la phase post-thérapeutique, afin notamment de définir les modalités de maintenance.

L'évaluation a donc été déclinée en trois volets qui correspondent à la séquence thérapeutique en implantologie, soit la description de la phase pré-thérapeutique, thérapeutique et post-thérapeutique.

Il a été conclu que les prothèses supra-implantaires ayant fait l'objet de la demande de l'Assurance maladie représentent des modalités valides de traitement de l'édentement, en s'inscrivant dans un parcours de soins global, qui comprend :

- une phase d'évaluation pré-thérapeutique de détermination de la faisabilité du traitement implanto-prothétique (facteurs de risques généraux, locaux, étude pré-implantaire) avec des obligations à respecter (consentement éclairé, tenue d'un dossier médical, traçabilité) ;
- une phase thérapeutique, chirurgicale, de pose d'implants associée ou non à des aménagements péri-implantaires, puis prothétique, de pose des prothèses, avec éventuellement une étape de temporisation ;
- ainsi qu'une phase post-thérapeutique correspondant à la maintenance, qui comprend des séances de contrôle professionnel et la réalisation d'actes prophylactiques à une fréquence déterminée selon les facteurs de risques du patient ainsi que la réalisation quotidienne par ce dernier des mesures d'hygiène bucco-dentaire.

Il est à noter que l'évaluation permettra également à la HAS de produire des documents pédagogiques à destination des patients, des professionnels de santé du domaine bucco-dentaire ainsi que des médecins généralistes et gériatres.

3. Perspectives

La commission s'est fixée de nouveaux objectifs pour l'année 2025, avec notamment des travaux portés par le programme santé mentale et psychiatrie 2025-2030 pour intensifier l'engagement de la HAS dans ce champ, afin d'améliorer le parcours de santé des personnes, dès l'émergence de troubles de la santé mentale, et de mieux prendre en charge les troubles les plus sévères. Une feuille de route y est associée, qui définit les priorités pour 2025, notamment la production d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie, l'élaboration d'un guide sur le plan de prévention partagé, le repérage précoce et la prise en charge des psychoses émergentes, la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse des troubles schizophréniques et de l'état dépressif de la personne âgée.

Un certain nombre de productions relatives à la santé de la femme et l'approche spécifique à adopter en fonction des thématiques (surpoids et obésité, risque alcool, ménopause, maladies cardiovasculaires...) sera également initié et publié.

Enfin, le travail engagé pour l'augmentation de la production des recommandations de bonne pratique et leur actualisation va être poursuivi et amplifié avec une montée en charge du nombre de recommandations sous forme de labellisation, en collaboration étroite avec les organismes professionnels, tout en garantissant la même rigueur méthodologique, scientifique et déontologique de tous les travaux de la HAS.

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

