



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**LISTE DES ACTES ET PRESTATIONS AFFECTION DE LONGUE DURÉE**

# **FIBRILLATION AURICULAIRE**

Actualisation octobre 2008

Ce document est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://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

## Sommaire

<b>1.</b>	<b>Avertissement .....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Critères médicaux d'admission en vigueur (<i>Critères 2002</i>) .....</b>	<b>5</b>
2.1	Définition .....	5
2.2	Étiologies .....	5
2.3	Diagnostic et évaluation de la gravité .....	6
2.4	Traitement .....	7
<b>3.</b>	<b>Liste des actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement des troubles du rythme.....</b>	<b>9</b>
3.1	Professionnels médicaux et paramédicaux.....	9
3.2	Biologie.....	11
3.3	Actes techniques .....	11
3.4	Traitements.....	12
3.5	Dispositifs implantables, actes invasifs et chirurgie .....	14
<b>4.</b>	<b>Liste des actes et prestations « contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire » .....</b>	<b>15</b>
4.1	Actes médicaux et paramédicaux .....	15
4.2	Biologie.....	16
4.3	Actes techniques .....	17
4.4	Traitements pharmacologiques .....	17

### Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la liste des actes et prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site Internet de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

## 1. Avertissement

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a créé la Haute Autorité de santé et a précisé ses missions, notamment dans le domaine des affections de longue durée (article R.161-71 du Code de la Sécurité sociale).

En son article 6, elle modifie l'article L.322-3 du Code de la Sécurité sociale, qui définit les circonstances d'exonération du ticket modérateur pour l'assuré, et l'article L.324-1 du même Code, qui précise les obligations en cas d'affection de longue durée, notamment celle d'établir un protocole de soins de façon conjointe entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Conformément à ses missions, fixées par le décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004, la Haute Autorité de santé formule des recommandations sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections mentionnées à l'article L.324-1 pour lesquelles la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application du 3° de l'article L.322-3.

Ces recommandations portent le cas échéant sur les conditions dans lesquelles doivent être réalisés ces actes et prestations, notamment leur fréquence de réalisation. La liste des actes et prestations qui suit pour la fibrillation auriculaire (FA) cible ainsi l'ensemble des prestations qui peuvent apparaître justifiées pour la prise en charge d'un malade en ALD, lors d'un suivi ambulatoire. On entend sous le terme FA la fibrillation auriculaire et, par extension, le *flutter* auriculaire et la tachycardie atriale. La liste des actes et prestations doit servir de base aux protocoles de soins pour les patients en ALD, néanmoins certaines situations particulières de complications faisant l'objet d'hospitalisation peuvent être à l'origine d'actes et de soins non listés ici.

## 2. Critères médicaux d'admission en vigueur (*Critères 2002*)

### 2.1 Définition

Une altération de la fonction de pompe du cœur constitue le dénominateur commun de toutes les insuffisances cardiaques.

Une insuffisance cardiaque peut justifier l'exonération du ticket modérateur :

- Soit par la gêne fonctionnelle et l'invalidité socioprofessionnelle qu'elle entraîne ;
- Soit par sa gravité pronostique, la possibilité de mort subite restant relativement imprévisible.

### 2.2 Étiologies

Les insuffisances cardiaques comprennent :

#### 1. Les insuffisances ventriculaires gauches :

- Dues à une atteinte myocardique primitive (cardiomyopathie hypertrophique obstructive ou non, cardiomyopathie dilatée...) ;
- Secondaires à une maladie coronaire (avec ou sans séquelle d'infarctus) ;
- Secondaires à une surcharge de pression (hypertension artérielle, rétrécissement aortique...) ou de volume (insuffisance aortique ou mitrale...), à une cardiopathie congénitale.

2. Les insuffisances ventriculaires droites secondaires à une insuffisance cardiaque gauche (insuffisance cardiaque globale), à une hypertension artérielle pulmonaire qu'elle qu'en soit la cause (pulmonaire le plus souvent, postembolique, primitive...), à une pathologie valvulaire pulmonaire ou tricuspide, à une cardiopathie congénitale.

3. Les insuffisances cardiaques secondaires à un trouble du rythme rapide et prolongé ou subintrant (cardiopathies rythmiques). Les tachycardies ventriculaires sont souvent hémodynamiquement mal tolérées, d'autant que la pompe cardiaque n'est pas souvent indemne. Des troubles du rythme supraventriculaire, notamment les arythmies complètes (fibrillation auriculaire) à fréquence ventriculaire rapide, peuvent induire une « cardiomyopathie rythmique » avec régression des signes d'insuffisance cardiaque et de la dilatation ventriculaire si le rythme sinusal peut être durablement rétabli.

4. Il faut connaître la prévalence croissante des insuffisances ventriculaires à fonction systolique d'éjection normale, insuffisances cardiaques dites « diastoliques », notamment chez le sujet âgé et en cas de cardiomyopathie restrictive (hémochromatose, amylose, fibrose...).

5. *Les insuffisances cardiaques qui ne sont pas des insuffisances ventriculaires relèvent d'un traitement spécifique : obstacle intracardiaque (rétrécissement mitral ou tricuspïdien, thrombose auriculaire, myxome), adiasolies péricardiques.*

## **2.3 Diagnostic et évaluation de la gravité**

Le diagnostic et l'évaluation de la gravité se fondent sur :

### *1. Des critères fonctionnels*

Ils témoignent de la gêne fonctionnelle d'effort (essoufflement ou fatigue...) non expliqués par une anémie, une altération de la fonction respiratoire, une prise de poids ou une affection intercurrente récente.

Est généralement retenue la classification fonctionnelle de l'insuffisance cardiaque proposée par la New York Heart Association (1994 42).

Schématiquement :

- I. Activité physique habituelle asymptomatique*
- II. Limitation de l'activité physique pour les efforts de la vie courante*
- III. Limitation importante de l'activité, les symptômes apparaissent pour des efforts modérés*
- IV. Symptômes permanents, même au repos*

L'invalidité fonctionnelle doit être considérée comme gênante à partir de la classe II. Lorsque l'interrogatoire est litigieux ou situe le sujet en classe fonctionnelle I, il peut être licite de quantifier l'aptitude à l'effort par la mesure de la distance parcourue au cours d'un test de marche de 6 minutes (inférieur à 500 mètres en cas d'insuffisance cardiaque) ou une épreuve d'effort avec mesure conjointe des gaz respiratoires (la valeur maximale de la VO<sub>2</sub> obtenue à l'effort est inférieure à 75 % des valeurs théoriques rapportées au poids pour le sexe et pour l'âge).

Le diagnostic d'insuffisance cardiaque peut être difficile à affirmer, notamment chez le vieillard pour lequel la gêne fonctionnelle à l'effort est souvent d'origine multifactorielle et la part cardiaque, difficile à objectiver.

### *2. Des indices de gravité hémodynamique*

Ils confirment le diagnostic en cas de gêne fonctionnelle et suffisent à faire porter le diagnostic d'insuffisance cardiaque grave relevant d'une exonération du ticket modérateur, si la fraction d'éjection ventriculaire gauche calculée est inférieure à 45 % (mesure échocardiographique ou, mieux, isotopique) ou si la pression capillaire pulmonaire est estimée égale ou supérieure à 20 mmHg (notamment pour les insuffisances cardiaques avec fraction d'éjection conservée). Les pressions de remplissage

ventriculaire gauche peuvent être le plus souvent évaluées sur des critères indirects radiologiques et surtout échocardiographiques Doppler.

Certaines atypies des structures endocardiques affirmées par l'échocardiographie Doppler, non symptomatiques et hémodynamiquement bénignes (la plupart des prolapsus valvulaires mitraux...) ne relèvent pas d'une exonération du ticket modérateur. C'est le degré de l'insuffisance mitrale éventuellement associée et son retentissement fonctionnel, non l'aspect anatomique et échographique, qui doivent être pris en compte dans la reconnaissance comme affection de longue durée.

### 3. *Des indices de gravité rythmique :*

enregistrement de potentiels tardifs et surtout de troubles du rythme auriculaire, et plus encore ventriculaire, symptomatiques ou soutenus, objectivés lors d'épreuves d'effort ou d'enregistrements Holter.

## 2.4 Traitement

Tout malade atteint d'insuffisance cardiaque doit être prioritairement « éduqué », informé en détail :

1. *de ses contraintes alimentaires, notamment régime plus ou moins désodé, quantifié et surtout régulièrement suivi... ;*
2. *des circonstances susceptibles de déstabiliser son état cardiaque ;*
3. *des modalités de surveillance (poids, quantification de l'essoufflement...).*

Au stade III, il est démontré qu'un reconditionnement musculaire par réadaptation physique (initié sous surveillance médicale) peut accroître les possibilités fonctionnelles à l'effort et améliorer la qualité de vie.

En ce qui concerne les traitements médicamenteux, des études contrôlées récentes {ESC 2005 12} ont montré qu'outre le traitement digitalo-diurétique traditionnel, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et certains bêtabloquants à doses strictement contrôlées ont un effet favorable sur la morbi-mortalité des insuffisances ventriculaires. Du fait de la fréquence des complications thromboemboliques veineuses et artérielles de la maladie, l'indication d'un traitement anticoagulant préventif ou curatif est souvent nécessaire. Dans l'insuffisance ventriculaire à fonction systolique conservée, surtout chez le vieillard, il faut être conscient de l'efficacité limitée des traitements médicamenteux, notamment digitalo-diurétiques.

Toutes les cardiopathies valvulaires ou congénitales opérées doivent continuer à bénéficier d'une prise en charge avec exonération du ticket modérateur. De même chez tous les malades valvulaires, la surveillance et la prophylaxie des risques infectieux doivent être exonérées du ticket modérateur.

L'exonération du ticket modérateur s'applique à toute cardiopathie congénitale mal tolérée ou ayant un haut risque évolutif.

En cas de troubles du rythme, il faut le plus souvent mettre le malade à l'abri de complications thromboemboliques grâce à un traitement anticoagulant, ralentir la fréquence ventriculaire et si possible rétablir le rythme sinusal. Toutes les tachycardies ventriculaires et les troubles du rythme supraventriculaire (arythmies complètes, flutter, tachycardies atriales, maladies rythmiques auriculaires, dès lors qu'ils sont permanents ou récidivants à court terme, qu'ils exposent aux accidents thromboemboliques et qu'ils justifient l'administration continue d'un traitement anticoagulant) doivent être considérés comme troubles du rythme graves et exonérés du ticket modérateur. En revanche, les troubles du rythme paroxystiques de la conduction auriculo-ventriculaire appareillés par un stimulateur cardiaque, les troubles de la conduction intracardiaque non symptomatiques, les tachycardies jonctionnelles par rythme réciproque (traditionnelle maladie de Bouveret), les hyperexcitabilités supraventriculaires ou ventriculaires non soutenues survenant sur des cœurs normaux ne sont pas justiciables d'une exonération du ticket modérateur.

### 3. Liste des actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement des troubles du rythme

#### 3.1 Professionnels médicaux et paramédicaux

<b>Professionnels</b>	<b>Situations particulières</b>
Médecin généraliste	Toutes les situations
Cardiologue	La plupart des situations
Anesthésiste	Si cardioversion électrique
Infirmière	Injections et prélèvements sanguins Respect du schéma thérapeutique (personne âgée avec handicap)
Pneumologue	Pathologie pulmonaire sévère associée
Gériatre	Personne âgée polypathologique
Prise en charge multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"><li>- Insuffisance cardiaque</li><li>- Trouble du rythme ayant déjà occasionné des hospitalisations</li><li>- Difficulté à équilibrer le traitement anticoagulant</li></ul>

## Éducation thérapeutique

L'**éducation thérapeutique** constitue une dimension de l'activité de certains professionnels. Elle est débutée au moment du diagnostic et doit être renouvelée à chaque visite. Elle veille à l'implication du patient ayant une FA : intelligibilité de sa maladie et adaptation du mode de vie. Elle comporte :

- Une information sur les thérapeutiques prescrites et les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient.
- Une information sur la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats.
- Une information sur les traitements à interrompre dans la mesure du possible et sur les médicaments à éviter.

Lors de l'instauration d'un traitement par antivitamine K (AVK), chaque patient doit recevoir une éducation spécifique, lui expliquant le but du traitement, ses risques, les principes de l'INR et de l'adaptation des doses, les adaptations éventuelles de son mode de vie (activités professionnelles et sportives) et de son alimentation (stabilité du régime, notamment vis-à-vis des aliments riches en vitamine K), les principales interactions médicamenteuses et les risques de l'automédication, les principaux signes de surdosage et de sous-dosage, ainsi que la conduite à tenir en urgence en cas d'accident. On insistera sur les éléments de surveillance du traitement anticoagulant (notion d'INR cible), le signalement systématique à tout soignant du traitement par AVK et la tenue à jour d'un carnet de surveillance du traitement par AVK.

Le carnet de surveillance, remis par le médecin, doit être utilisé pour les adaptations ultérieures de doses.

Ces actions d'éducation requièrent le concours de différents professionnels de la santé, qui peuvent intervenir au moyen d'actes individuels auprès des malades ou par une éducation de groupe. La coordination des différents professionnels est préférable à la juxtaposition d'interventions isolées.

## 3.2 Biologie

Examens	Situations particulières
INR	Traitement par AVK
Créatininémie Natrémie, kaliémie	En cas d'événement intercurrent
TSH	Dysthyroïdie Traitement par amiodarone

## 3.3 Actes techniques

Actes	Situations particulières
ECG de repos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Après cardioversion</li> <li>- Après début du traitement antiarythmique</li> <li>- En vue de modifier le traitement antiarythmique</li> <li>- En cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique</li> </ul>
Holter ECG	Sous conditions <ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de signe d'appel à l'interrogatoire ou à l'examen clinique</li> <li>- Pour vérifier que la FC est contrôlée</li> </ul>
Échocardiographie transthoracique	Sous conditions <ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de signe d'appel</li> <li>- En cas d'insuffisance cardiaque, ou d'altération de la fonction ventriculaire gauche, ou d'atteinte valvulaire grave</li> </ul>
Épreuve d'effort	Sous conditions <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour vérifier que la FC est contrôlée</li> </ul>
Radiographie thoracique	Sous conditions <ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de signe d'appel</li> </ul>
ETO	Sous conditions <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si accident thromboembolique ou si cardioversion envisagée</li> </ul>

### 3.4 Traitements

Traitements pharmacologiques	Situations particulières
<b>PRÉVENTION DES ACCIDENTS THROMBOEMBOLIQUES</b>	
Anticoagulant : AVK	FA paroxystique récidivante, persistante récurrente ou permanente <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients avec un facteur de risque élevé d'AVC (antécédent d'AVC, d'AIT, embolie systémique, sténose mitrale)</li> <li>Adaptation individuelle à chaque patient (objectif thérapeutique : INR = 2-3)</li> <li>- Patients avec plus d'un facteur de risque modéré (âge &gt; 75 ans, HTA, IC, diabète, FE &lt; 35 % ou fraction de raccourcissement &lt; 25)</li> <li>- Patients porteurs d'une valve mécanique (INR &gt; 2,5)</li> <li>- Alternative à l'aspirine pour les patients avec un facteur de risque modéré d'AVC</li> </ul> Cardioversion <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 semaines avant la cardioversion et 4 semaines minimum après, en cas de cardioversion différée (objectif thérapeutique : INR = 2-3)</li> </ul>
Anticoagulant : héparine	Chez les patients à haut risque thromboembolique (notamment antécédent d'AVC/AIT ou d'embolie systémique) ou dont le risque n'est pas encore évalué, le traitement peut être initié par héparine
Aspirine 75-325 mg	FA paroxystique, persistante ou permanente <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients sans facteur de risque d'AVC</li> <li>- Alternative aux AVK pour les patients avec un facteur de risque modéré d'AVC</li> <li>- Contre-indication aux anticoagulants</li> </ul>
<b>TRAITEMENT DU TROUBLE DU RYTHME - CONTRÔLE DE LA FC</b>	
Bêtabloquant : métoprolol, propranolol, etc. <i>Contrôle de la FC</i>	FA permanente ou persistante à rythme ventriculaire rapide avec ou sans cardiopathie sous-jacente Adaptation à chaque patient
Inhibiteurs calciques : vérapamil, diltiazem	FA permanente ou persistante à rythme ventriculaire rapide Adaptation à chaque patient

<b>Traitements pharmacologiques</b>	<b>Situations particulières</b>
<i>Contrôle de la FC</i>	
Digitaliques <i>Contrôle de la FC</i>	FA permanente patients sédentaires à rythme ventriculaire rapide quand la monothérapie par bêtabloquant ou inhibiteur calcique est insuffisante, avec symptômes persistants
<b>TRAITEMENT DU TROUBLE DU RYTHME - CONTRÔLE DU RYTHME</b>	
Amiodarone <i>Cardioversion et maintien du RS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardioversion des patients avec FA récurrente persistante dans les 7 jours suivant l'installation de la FA</li> <li>- Maintien du rythme sinusal des patients avec FA paroxystique ou persistante justifiant d'un traitement antiarythmique, avec cardiopathie sous-jacente</li> </ul> Adaptation à chaque patient
Antiarythmique par voie intraveineuse : flécaïnide, ibutilide <i>Cardioversion</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardioversion des patients sans cardiopathie avec FA récurrente persistante</li> <li>- Adaptation à chaque patient</li> </ul>
Antiarythmique de classe 1 : flécaïnide, propafénone, voire cibenzoline, quinidiniques, disopyramide <i>Maintien du RS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintien du rythme sinusal des patients avec FA persistante et paroxystique, justifiant d'un traitement antiarythmique, sans cardiopathie sous-jacente, avec symptômes invalidants</li> </ul> Adaptation à chaque patient
Sotalol <i>Maintien du RS</i>	Maintien du rythme sinusal des patients avec FA persistante et paroxystique justifiant d'un traitement antiarythmique, avec symptômes invalidants <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients avec FA permanente</li> </ul> Adaptation à chaque patient
Bêtabloquant : métoprolol, propranolol, etc. <i>Maintien du RS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement de 2<sup>e</sup> intention : maintien du rythme sinusal des patients avec FA persistante et paroxystique justifiant d'un traitement antiarythmique, avec symptômes invalidants</li> <li>- Patients avec FA permanente</li> </ul> Adaptation à chaque patient

### 3.5 Dispositifs implantables, actes invasifs et chirurgie

Dispositifs	Situations particulières
Cardioversion électrique	Envisagée en cas de FA persistante <ul style="list-style-type: none"> <li>- cardioversion <i>retardée</i> avec anticoagulation avant et après cardioversion</li> <li>- cardioversion <i>précoce</i> avec anticoagulation courte avant (mais au minimum 4 semaines après)</li> </ul>
Ablation endocavitaire du nœud atrio-ventriculaire avec mise en place d'un stimulateur cardiaque	Réservée aux spécialistes rythmologues Envisagée en cas de FA permanente, chez les patients très symptomatiques, après échec des autres traitements disponibles Suivi spécialisé
Ablation endocavitaire des foyers arythmogènes	Réservée aux spécialistes rythmologues <ul style="list-style-type: none"> <li>- envisagée en 2<sup>e</sup> intention en cas de FA paroxystique et persistante</li> <li>- envisagée en 1<sup>e</sup> intention en cas de <i>flutter</i> isthmique-dépendant</li> </ul>
Ablation chirurgicale de foyers arythmogènes	En cas d'intervention cardiaque concomitante Suivi spécialisé

## 4. Liste des actes et prestations « contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire »

### 4.1 Actes médicaux et paramédicaux

Professionnels	Situations particulières
Médecin généraliste	Tous les patients
Cardiologue	Si hypertension artérielle
Endocrinologue	Si diabète
Centre spécialisé de tabacologie ou spécialisé dans les addictions	Aide au sevrage tabagique En cas d'échec du sevrage
Diététicien	Obésité <b>Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation</b>
Centre de réadaptation cardiaque	Entraînement physique des patients les plus sévères, au moins au début

L'**éducation thérapeutique** constitue une dimension de l'activité de certains professionnels. Elle doit veiller à l'implication du patient ayant une maladie cardio-vasculaire : intelligibilité de sa maladie et adaptation du mode de vie. Elle comporte :

- une information qui porte sur les thérapeutiques disponibles, les effets indésirables possibles du traitement reçu par le patient, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats ;
- la recommandation de l'arrêt de la consommation d'alcool ;
- la recommandation de l'arrêt de la consommation de tabac (ou sa diminution si arrêt complet non obtenu), associé si besoin à un accompagnement du sevrage ;
- en cas d'excès de poids, la recherche d'une réduction pondérale, ainsi qu'une normalisation du bilan lipidique et de la glycémie.

Ces actions d'éducation requièrent le concours de différents professionnels de la santé, qui peuvent intervenir au moyen d'actes individuels auprès des malades ou par une éducation de groupe. La coordination des différents professionnels est préférable à la juxtaposition d'interventions isolées.

## 4.2 Biologie

<b>Examens</b>	<b>Situations particulières</b>
Glycémie à jeun	Bilan initial Suivi
Microalbuminurie	Chez le diabétique
Créatininémie et calcul de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft et Gault)	Bilan initial Suivi
Exploration d'une anomalie lipidique (CT, HDL-C, LDL-C, TG)	Bilan initial Suivi
Suivi biologique des traitements pharmacologiques, en respect de l'AMM : Kaliémie Créatininémie Dosage des transaminases Dosage des CPK	Patients traités  En début de traitement par statine  En cas d'apparition de symptômes musculaires inexpliqués

### 4.3 Actes techniques

Actes	Situations particulières
ECG de repos	Traitement de l'hypertension artérielle

### 4.4 Traitements pharmacologiques

Traitements pharmacologiques <sup>1</sup>	Situations particulières
Prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire modifiables associés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement antihypertenseur</li> <li>- Traitement hypolipémiant               <ul style="list-style-type: none"> <li>• statines</li> <li>• fibrates</li> <li>• résines</li> <li>• inhibiteur de l'absorption intestinale du cholestérol</li> <li>• acide nicotinique</li> </ul> </li> <li>- Traitement antidiabétique</li> <li>- Antiagrégant plaquettaire : aspirine</li> </ul>	Se référer à la LAP de l'ALD 8 Diabète
Sevrage tabagique, dont éventuel recours aux substituts nicotiques ou aide médicamenteuse au sevrage (bupropion LP, varénicline)	Aide au sevrage tabagique chez les patients dépendants substituts nicotiques <b>Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation</b> Aide médicamenteuse au sevrage tabagique <b>Prestation dont le remboursement n'est pas prévu par la législation</b>

1. Les guides mentionnent généralement une classe thérapeutique. Le prescripteur doit s'assurer que les médicaments prescrits appartenant à cette classe disposent d'une indication validée par une autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans le cas d'une prescription hors AMM, celle-ci doit faire l'objet d'une information complémentaire spécifique pour le patient.





Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)