



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**RAPPORT
D'ÉLABORATION**


Reconstruction mammaire : de la réflexion à la décision

Aide à la prise de décision partagée

Validé par le Collège le 23 mars 2023

Descriptif de la publication

Titre	Reconstruction mammaire : de la réflexion à la décision Aide à la prise de décision partagée
Méthode de travail	La méthode retenue pour l'élaboration de cette aide à la prise de décision partagée est adaptée de la méthode Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé , HAS 2016.
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> – Aider la prise de décision des femmes en matière de reconstruction mammaire. – Soutenir les pratiques des professionnels dans cette prise de décision partagée.
Cibles concernées	<ul style="list-style-type: none"> – Femmes devant avoir ou ayant eu une mastectomie totale, dans le cadre d'une prophylaxie ou d'un traitement contre le cancer du sein. – Professionnels impliqués dans la prise en soins ou l'accompagnement des femmes dans ce contexte : chirurgiens, oncologues, infirmiers, assistants de service social, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, etc.
Demandeur	Association pour la reconstruction mammaire par DIEP (R.S. DIEP) renommée Reconstruction Seins Info.
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS), service engagement des usagers, en partenariat avec l'Institut national du cancer (INCa).
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Mme Maryse Karrer, cheffe de projet, service engagement des usagers de la HAS
Recherche documentaire	Recherche documentaire et analyse de la littérature réalisées dans le cadre du rapport « Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale – État des lieux » ; HAS, 2023.
Auteurs	<p>Outil d'aide à la prise de décision partagée « Reconstruction mammaire : de la réflexion à la décision » (dossier du site internet de la HAS) : rédaction : Mmes Caroline Dubois, Maryse Karrer (HAS, DCIEU) ; conception web : Mme Laura Druart et M. Olivier Meignen (HAS, DCIEU)</p> <p>Guide « Information des femmes sur la reconstruction mammaire – accompagner vos patientes dans une prise de décision partagée » : Mme Maryse Karrer (HAS, DCIEU)</p> <p>Brochure « Cancer du sein chez la femme, que faire en cas de mastectomie ? » : Mmes Caroline Dubois, Maryse Karrer (HAS, DCIEU)</p> <p>Infographie « Reconstruction mammaire : les techniques chirurgicales » : Mmes Caroline Dubois, Maryse Karrer (HAS, DCIEU)</p> <p>Carte de l'offre de soins : Mme Morgane Vallée (HAS, mission data), Mme Laura Druart et M. Olivier Meignen (HAS, DCIEU)</p> <p>Vidéos de témoignages : Mme Caroline Dubois (HAS, DCIEU)</p> <p>Rapport d'élaboration : Mme Maryse Karrer (HAS, DCIEU)</p>
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 23 mars 2023
Autres formats	Dossier « Reconstruction mammaire : de la réflexion à la décision »

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information

5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00

© Haute Autorité de santé – février 2023 – ISBN :

Sommaire

1. Contexte	6
1.1. Demande	6
1.2. La reconstruction mammaire	6
1.2.1. Définitions et sens donnés au terme « reconstruction »	6
1.2.2. Différentes techniques de reconstruction lors d'une mastectomie	7
1.2.3. La mastectomie controlatérale après ablation d'un sein atteint de cancer	8
1.3. La prise de décision relative à la reconstruction mammaire	8
1.3.1. Complexité de la prise de décision	8
1.3.2. Les facteurs influençant la décision	10
1.4. Un partenariat avec l'INCa	11
2. Cibles, enjeux et objectifs du projet	12
3. Périmètre de l'information	14
3.1. Recherche documentaire	14
3.2. Principes et partis pris	14
4. Méthode et étapes de travail	16
4.1. Acteurs du projet	16
4.1.1. Coordination du projet	16
4.1.2. Groupe de travail	16
4.2. Déroulement du projet	17
4.2.1. Élaboration initiale des contenus	17
4.2.1.1. Définition des messages clés	17
4.2.1.2. Nature et utilisation des livrables	18
4.2.1.3. Carte de l'offre de soins	19
4.2.1.4. Vidéos de témoignages	21
4.2.2. Mise en forme des documents	21
4.2.3. Relecture des documents par les professionnels et les femmes concernées	21
4.2.3.1. Méthode employée	21
4.2.3.2. Principaux résultats de la phase de relecture	22
4.2.4. Versions post-relecture	25
4.2.5. Phase de validation	25
4.2.6. Diffusion	25
Table des annexes	26
Participants	33

1. Contexte

1.1. Demande

La demande émane de l'association de patientes Association pour la reconstruction mammaire par DIEP (R.S. DIEP), renommée ultérieurement Reconstruction Seins Info. La technique DIEP (*Deep Inferior Epigastric Perforator flap*) est une des techniques autologues de reconstruction mammaire (RM) pratiquée après mastectomie totale à visée thérapeutique ou prophylactique d'un cancer du sein.

Le demandeur faisait le constat, en 2017, qu'après mastectomie, environ 30 % des femmes s'engageaient dans une reconstruction du sein, ce qui lui paraissait insuffisant, et il attribuait ce fait à des défauts d'information des femmes sur la reconstruction mammaire et les possibilités diverses de la réaliser.

À la suite de cette saisine, la HAS a inscrit à son programme plusieurs travaux relatifs à l'information des femmes en termes de reconstruction mammaire :

- Partie 1 : Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale – État des lieux. Rapport, HAS, 2023, composé d'une revue de littérature, d'une enquête auprès de femmes ayant eu une mastectomie totale en France entre 2014 et 2020 *via* une prestation avec la plateforme Seintinelles, une enquête auprès des organismes professionnels et une cartographie de l'activité en reconstruction mammaire en France en 2019 à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).
- Partie 2 : Reconstruction mammaire : de la réflexion à la décision – Aide à la décision partagée. Ce rapport d'élaboration a pour objectif d'explicitier la méthode d'élaboration de cette deuxième partie, l'outil d'aide à la décision partagée étant lui-même accessible depuis le site de la Haute Autorité de santé.

Ce projet s'inscrit également dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 de l'INCa, notamment dans l'axe stratégique 2 - action 5 : « assurer l'accès rapide à une offre de réhabilitation fonctionnelle et de reconstruction post-traitement » et dans l'axe 4 - action 3 : « lutter contre les inégalités par une approche pragmatique et adaptée aux différentes populations ». Aussi, l'INCa a été associé à ce projet d'aide à la prise de décision partagée à l'occasion d'une mastectomie en lien avec un cancer du sein chez la femme.

1.2. La reconstruction mammaire

1.2.1. Définitions et sens donnés au terme « reconstruction »

Dans le cadre d'une mastectomie totale à visée préventive ou curative d'un cancer du sein chez la femme, les femmes concernées par l'ablation d'un ou des deux seins ont le choix entre garder un buste plat, suivi le cas échéant de chirurgie secondaire visant à améliorer le confort ou l'aspect esthétique de leur buste ou de solliciter une reconstruction chirurgicale d'un volume mammaire (reconstruction mammaire).

Le terme « reconstruction » à plusieurs acceptions selon qu'il est utilisé par les professionnels du champ de la santé ou les femmes concernées :

- au sens commun, la reconstruction est définie soit comme une « action de reconstruire ce qui a été détruit », soit comme une « action de rétablir dans son état premier »¹ ;
- au sens technique (codage des actes chirurgicaux), la « reconstruction mammaire » s'entend comme la « reconstruction d'un volume mammaire » ;
- au sens général, le terme « reconstruction » peut englober la reconstruction du corps et la reconstruction psychique en œuvre après annonce d'un risque élevé ou d'un cancer du sein ;
- au sens public, certaines femmes parlent également de « reconstruction à fini plat » ou « reconstruction à fini plat esthétique » pour évoquer les techniques chirurgicales mises en œuvre dès la mastectomie ou dans un second temps pour obtenir une paroi thoracique la plus lisse, confortable et esthétique possible².

Dans la suite de ce texte et dans l'outil d'aide à la prise de décision partagée, le terme « reconstruction d'un volume mammaire » a été utilisé pour éviter toute ambiguïté sur le sens donné à ce terme. Le terme « buste plat » s'entend pour un buste sans volume mammaire d'un côté ou des deux, selon qu'il y a eu mastectomie unilatérale ou bilatérale.

1.2.2. Différentes techniques de reconstruction lors d'une mastectomie

Plusieurs types de reconstruction d'un volume mammaire existent et sont pris en charge par l'Assurance maladie : par pose d'implants mammaires (la plus fréquente en 2019), par utilisation de tissus autologues (lambeaux musculocutanés, fasciocutanés ou cutanéograsseux prélevés selon la morphologie de la femme et/ou les habitudes du chirurgien dans le dos, sur le ventre, la cuisse) ou par ponction de tissu adipeux dans des zones excédentaires.

Une association de deux types (par exemple, lambeau de muscle grand dorsal avec pose d'implants mammaires ou technique microchirurgicale par lambeau fasciocutané, puis autogreffes de tissu adipeux) est fréquente.

Chacune de ces techniques nécessite plusieurs interventions chirurgicales successives.

Le moment de débiter une reconstruction mammaire après une mastectomie totale est également un facteur important à prendre en compte. Dans certaines indications, la première de ces interventions peut être effectuée simultanément à la mastectomie (reconstruction mammaire immédiate). Dans les autres cas, le moment pour débiter cette reconstruction n'est pas limité dans la durée et une reconstruction mammaire ou une chirurgie secondaire pour améliorer le fini plat peuvent être réalisées après plusieurs années.

Malgré la diversité des techniques, l'enquête réalisée dans la première partie de ce projet³ a montré que, dans cet échantillon⁴, les femmes ayant débuté ou terminé une reconstruction mammaire différée n'ont pas été informées de l'existence de techniques de reconstruction au moment de leur mastectomie pour 39 % d'entre elles ; le chirurgien qui a réalisé la reconstruction mammaire a proposé une seule technique dans 35 % des cas, deux techniques dans 28 % des cas, et trois techniques dans 23 % des situations.

¹ Définition du Larousse en ligne, consulté le 11 février 2023 [<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/reconstruction/67130>]

² La terminologie adoptée en 2020 par l'Office québécois de la langue française est « mastectomie à fini plat », définie comme une « opération qui consiste, après une mastectomie totale sans reconstruction mammaire, à reconstruire de façon esthétique la paroi thoracique afin qu'elle soit lisse et plate, en retirant la peau, la graisse et les autres tissus mammaires excédentaires » https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26558216

³ Haute Autorité de Santé. Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale. Partie 1 : état des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385847/fr/professionnels-decision-partagee-sur-la-reconstruction-mammaire

⁴ Échantillon non représentatif de la population féminine opérée par mastectomie pour cancer du sein en France.

Cette enquête montre, d'une part, que le niveau de satisfaction va de pair avec l'avancée dans le processus de reconstruction mammaire pour les femmes ayant souhaité s'engager dans un processus de reconstruction avec volume et, d'autre part, que les femmes ayant choisi de ne pas faire de reconstruction sont plus fréquemment insatisfaites⁵.

1.2.3. La mastectomie controlatérale après ablation d'un sein atteint de cancer

Si certaines femmes, après une mastectomie unilatérale, souhaitent retrouver une symétrie de leur buste par une reconstruction d'un volume mammaire, d'autres souhaitent symétriser leur buste par une double mastectomie, même hors de prédisposition génétique.

Cette possibilité, dans cette indication spécifique, ne figure pas dans les recommandations de bonne pratique françaises en 2023. Cependant, ceci ne signifie pas que cela soit interdit, contrairement à l'argument parfois évoqué par certaines équipes de soins quand une femme souhaite cette option. Une analyse juridique a été effectuée par la HAS et un avis du Conseil national de l'ordre des médecins a été sollicité à ce sujet.

Aussi, il a été proposé d'informer les femmes comme suit :

Dans le cas où vous avez des prédispositions génétiques au cancer du sein, une ablation de votre deuxième sein peut vous être proposée par l'équipe médicale.

En cas d'absence de prédispositions génétiques au cancer du sein, il n'existe actuellement aucune recommandation médicale de bonne pratique concernant l'ablation de votre 2ème sein (non malade). Vous pouvez cependant en faire la demande auprès de votre chirurgien. La loi ne lui interdit pas de le faire, mais il est libre d'accepter ou de refuser de pratiquer l'intervention chirurgicale. Cette possibilité pourra être discutée au cas par cas par l'équipe qui vous suit, éventuellement en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Même en cas d'acceptation de l'équipe de soin, il est important de vous renseigner sur les conditions financières de prise en charge de cette ablation par l'assurance maladie et par votre complémentaire santé (mutuelle). Vous pouvez consulter [l'avis du comité éthique et cancer](#) publié sur ce sujet par l'association La ligue contre le cancer.

1.3. La prise de décision relative à la reconstruction mammaire

1.3.1. Complexité de la prise de décision

Tous les acteurs, professionnels de santé et patientes, s'accordent à dire que décider d'un choix concernant la suite d'une mastectomie – retrouver un volume mammaire ou avoir un buste plat – est complexe, car il interfère avec de nombreux facteurs dans le cadre de la pathologie oncologique et de ses traitements, et fait intervenir intrinsèquement de nombreux paramètres.

⁵ Haute Autorité de Santé. Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale. Partie 1 : état des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385847/fr/professionnels-decision-partagee-sur-la-reconstruction-mammaire

L'enquête réalisée dans la première partie de ce projet⁶ a montré que, dans cet échantillon⁷, parmi les femmes ayant décidé ou non de faire une reconstruction mammaire (n = 1 142), 39 % ont trouvé ce choix facile ou très facile, 35 % ni facile, ni difficile, mais 26 % d'entre elles ont trouvé ce choix difficile ou très difficile.

Chaque femme a la possibilité de choisir, selon sa préférence, entre faire une reconstruction mammaire pour retrouver un volume mammaire ou souhaiter garder un buste plat du côté de la mastectomie, voire de souhaiter une mastectomie controlatérale après ablation d'un sein atteint de cancer, même en l'absence de prédisposition génétique au cancer du sein.

Dans l'enquête réalisée dans la première partie de ce projet⁸, sur les 1 179 répondantes⁹, 16 % d'entre elles ne comptent pas faire de reconstruction mammaire et 3 % ne savent pas encore si elles en feront une, 32 % ont débuté ou terminé une reconstruction mammaire immédiate, 35 % ont débuté ou terminé une reconstruction mammaire différée et 14 % envisagent de faire une reconstruction mammaire ultérieurement.

Parmi les femmes qui ont gardé le buste plat (n = 186), 6 % déclarent ne pas avoir été informées qu'une reconstruction mammaire était possible après leur mastectomie. Parmi celles qui ont fait le choix de garder le buste plat en connaissance de la possibilité de reconstruction mammaire (n = 175), 94 % d'entre elles considèrent qu'elles ont fait le choix personnellement, 4 % qu'elles ont pris la décision avec leur chirurgien et 2 % qu'elle a été prise par le chirurgien seul. Les raisons pour lesquelles le choix a été fait de garder le buste plat viennent par ordre de fréquence : l'absence de nécessité ou besoin ressenti (39 %), la lassitude des opérations (23 %), la peur des opérations (21 %) et l'insatisfaction quant aux interventions chirurgicales proposées (9 %).

Le rapport bibliographique, réalisé par le service évaluation des actes professionnels de la HAS dans le cadre de la partie 1 « État des lieux » de ce projet, permet d'identifier l'importance de l'information des femmes et du lien avec elles et le professionnel¹⁰ :

- concernant l'**information des femmes**, l'analyse bibliographique pointe des discordances dans le ressenti des femmes entre, d'une part, la qualité et le contenu de l'information en amont, notamment de la part du chirurgien ayant pratiqué la mastectomie, et d'autre part, leur vécu de la RM. Les études menées en France, bien que souvent monocentriques, témoignent de la part des femmes d'un sentiment de manque d'information sur la reconstruction mammaire et d'insatisfaction sur certains aspects de prise en charge dans leur parcours. Les professionnels soulèvent également les difficultés relatives à l'information sur la reconstruction mammaire et s'interrogent sur les modalités à mettre en place pour diminuer les insuffisances rapportées par les patientes ;

⁶ Haute Autorité de Santé. Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale. Partie 1 : état des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385847/fr/professionnels-decision-partagee-sur-la-reconstruction-mammaire

⁷ À noter que ces données ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population féminine française, car les femmes ayant répondu n'en sont pas parfaitement représentatives : les femmes de l'enquête sont plus jeunes, ayant un niveau d'études plus élevé, plus fréquemment concernées par un geste chirurgical en lien avec une prophylaxie que la population féminine française.

⁸ Haute Autorité de Santé. Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale. Partie 1 : état des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385847/fr/professionnels-decision-partagee-sur-la-reconstruction-mammaire

⁹ Cf. ci-dessus : échantillon non représentatif de la population féminine opérée par mastectomie pour cancer du sein en France.

¹⁰ Haute Autorité de Santé. Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale. Partie 1 : état des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385847/fr/professionnels-decision-partagee-sur-la-reconstruction-mammaire

- sur **les aides à la décision médicale partagée**, l'analyse bibliographique conclut que « malgré les faiblesses méthodologiques relevées dans les études originales, ces aides permettent de diminuer le conflit et le regret décisionnel, d'augmenter la satisfaction des femmes sur l'information reçue et sur la manière dont elles se sont impliquées dans les décisions relatives à la RM ».

1.3.2. Les facteurs influençant la décision

L'enquête réalisée dans la première partie de ce projet¹¹ a permis d'identifier par analyse multivariée que, dans cet échantillon¹², cinq facteurs ont eu un impact significatif, indépendamment les uns des autres, sur la décision portant sur la réalisation (ou pas) d'une reconstruction d'un volume mammaire ou sur le choix de la technique de reconstruction.

Pour trois d'entre eux, cet impact est positif ; ainsi : i) avoir eu une proposition de RMI, ii) avoir pu poser toutes ses questions au chirurgien et iii) avoir eu suffisamment le temps de réfléchir a rendu cette décision trois fois plus facile. Pour les deux autres facteurs, cet impact est négatif ; ainsi : i) se percevoir dans une situation financière limitée et ii) avoir ressenti qu'une personne avait exercé une pression sur cette décision a rendu cette décision deux fois et demie et quatre fois (respectivement) plus difficile.

Concernant la pression perçue, l'enquête a montré que la pression perçue vient majoritairement des équipes de soins :

- 30 % des femmes ayant gardé le buste plat (n = 186) considèrent avoir perçu des pressions exercées par un tiers : les professionnels de santé à 54 %, leur entourage à 37 %, alors que le conjoint est peu fréquemment évoqué comme source de pression (5,3 %) ;
- 23 % pour les femmes comptant faire une reconstruction et ayant choisi la technique de reconstruction (n = 92) considèrent avoir perçu des pressions exercées par un tiers : les professionnels de santé à 48 % ou leur entourage.

Au total, les facteurs de succès d'un choix relatif à la RM, sous l'angle de l'information et de l'accompagnement des femmes, sont d'après les résultats de cette enquête les suivants :

- avoir pu poser toutes ses questions aux professionnels rencontrés (médicaux, paramédicaux et sociaux), aux associations et à son entourage, pour être bien renseignée et avoir bien compris les informations reçues ;
- que l'interlocuteur principal, le plus souvent le chirurgien de la MT, soit entouré d'autres professionnels de santé (oncologue, infirmière, masseur-kinésithérapeute...) ;
- avoir eu le temps de la réflexion, notamment avant de choisir une RMI, avec suffisamment d'entretiens ;
- avoir eu une proposition de RMI ;
- n'avoir subi de pression de quiconque (entourage, professionnel...) ;
- être informée des différentes techniques de RM possiblement réalisables dans son cas ;

¹¹ Haute Autorité de Santé. Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale. Partie 1 : état des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385847/fr/professionnels-decision-partagee-sur-la-reconstruction-mammaire

¹² À noter que ces données ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population féminine française, car les femmes ayant répondu n'en sont pas parfaitement représentatives : les femmes de l'enquête sont plus jeunes, ayant un niveau d'études plus élevé, plus fréquemment concernées par un geste chirurgical en lien avec une prophylaxie que la population féminine française.

- être informée des limites et effets secondaires de ces différentes techniques ;
- être informée de l'offre de soins en RM (différentes techniques) dans son aire géographique, c'est-à-dire pas uniquement l'offre de l'ES où a eu lieu la MT et de celui du suivi oncologique ;
- être informée et pouvoir bénéficier, si nécessaire, d'aides et de soutiens psychologiques, sociaux et financiers tout au long de son parcours de RM, parfois long et complexe.

1.4. Un partenariat avec l'INCa

Dans le périmètre du partenariat-cadre que la HAS a noué avec l'INCa, ces travaux ont fait l'objet d'échanges réguliers entre les deux présidences lors de réunions bilatérales HAS-INCa.

Un collaborateur de l'INCa a participé à chaque réunion du groupe de travail.

Depuis début septembre 2022, des réunions de comité de projet et de comité de pilotage se sont tenues régulièrement (toutes les deux semaines) entre les deux institutions. Pour la composition de ces comités, voir la rubrique « Participants ».

2. Cibles, enjeux et objectifs du projet

Cette aide à la prise de décision s'adresse :

- aux femmes qui vont avoir ou ont eu une mastectomie totale dans le cadre d'une prophylaxie ou d'un traitement de cancer du sein ;
- aux professionnels qui les accompagnent vers le choix entre garder un buste plat ou reconstruire un volume mammaire, reconstruction immédiate ou différée, et le cas échéant avec quelle technique chirurgicale.

Les enjeux identifiés autour de la prise de décision partagée sont les suivants.

- Développer la capacité des femmes à participer à la décision qui concerne leur corps. Il s'agit de les aider :
 - à identifier les décisions à prendre et leur degré d'urgence (notamment si une reconstruction immédiate peut être envisagée dans le même temps opératoire que la mastectomie) ;
 - réfléchir à leurs préférences : retrouver un volume mammaire ou garder un buste plat, voire décider plus tard ;
 - clarifier les options disponibles pour elles et les comparer ;
 - savoir où trouver du soutien ou des ressources complémentaires, notamment pour gagner en confiance et s'abstraire des pressions ressenties (pressions sociales ou professionnelles notamment) ;
 - identifier où les techniques souhaitées peuvent être réalisées.
- Accompagner autant les femmes qui souhaitent garder un buste plat que celles qui souhaitent une reconstruction d'un volume mammaire :
 - il s'agit de mettre sur un même plan les options : reconstruction d'un volume mammaire et possibilité de garder un buste plat et de permettre aux femmes souhaitant garder un buste plat d'être également accompagnées par les équipes dans ce processus décisionnel ;
 - un point de divergence est apparu au cours du projet concernant ce que certaines femmes nomment « reconstruction à fini plat », et que les équipes chirurgicales nomment « mastectomie à fini plat » ou « mastectomie ». Au-delà des questions de terminologie qui se rapportent soit à des représentations de ce que peut être « se reconstruire », soit à des termes techniques d'une nomenclature professionnelle, la question de pratiques chirurgicales spécifiques a été soulevée. En l'absence de recommandations nationales ou internationales sur ces pratiques, il n'a pas été possible d'aller aussi loin que certaines femmes le souhaitaient.
- Faciliter l'accès à l'information sur l'offre de soins :
 - deux freins à une décision partagée et à l'accès aux techniques chirurgicales souhaitées ont été identifiés : d'une part la méconnaissance de la possibilité de consulter dans un autre établissement que celui où le cancer est traité et d'autre part du fait de dépassements d'honoraires et restes à charge importants pour certaines femmes ;
 - il s'agit d'informer sur les lieux où sont réalisées les différentes catégories d'actes et d'alerter les femmes sur les contraintes financières liées à ces interventions.
- Être attentif à la littératie en santé :
 - il s'agit de s'assurer de la compréhension du document par le plus grand nombre (utilisation de niveau de langue et schémas simples, pas d'arbre décisionnel complexe).
- Accompagner les professionnels de santé :

- il s'agit de les aider à identifier les étapes d'un processus de prise de décision partagée et à repérer des points de vigilance concernant leurs propres représentations de ce que serait « une bonne décision » et le risque d'ambiguïté liée au terme « reconstruction » : reconstruire à l'identique (vision chirurgicale majoritaire) ou reconstruire ce qui est détruit (vision plus globale des femmes).

Concernant les femmes, l'objectif global est que chaque femme concernée par une mastectomie à visée préventive ou curative dans le cadre du cancer du sein puisse s'autodéterminer sur le choix d'entreprendre une reconstruction d'un volume mammaire ou de garder le buste plat et puisse finaliser, par prise de décision partagée avec un ou plusieurs professionnels de santé, les modalités d'une éventuelle chirurgie, immédiate ou différée.

Sur le plan opérationnel, l'objectif est de produire un outil d'aide à la prise de décision partagée, c'est-à-dire un ensemble de documents susceptibles d'apporter aux femmes concernées une information accessible et de faciliter leur prise de décision.

Selon les revues systématiques sélectionnées dans l'analyse bibliographique réalisée dans la partie 1 – volet 1 de ce projet¹³, ce type de document a montré ses effets pour :

- diminuer le conflit décisionnel ;
- augmenter les connaissances sur les techniques de reconstruction mammaire et augmenter la satisfaction sur l'information prodiguée ;
- augmenter la satisfaction sur le choix de la reconstruction mammaire ;
- augmenter la satisfaction sur le niveau d'engagement personnel dans la décision ;
- diminuer les regrets décisionnels.

Pour les professionnels, les objectifs sont de :

- faciliter les échanges au cours des consultations ;
- mieux adapter la décision aux préférences des patientes ;
- améliorer l'expérience des patientes.

¹³ Haute Autorité de Santé. Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale. Partie 1 : état des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385847/fr/professionnels-decision-partagee-sur-la-reconstruction-mammaire

3. Périmètre de l'information

3.1. Recherche documentaire

Une analyse et une synthèse de la littérature scientifique ont été réalisées par le SEAP et constituent un des 4 volets de la partie 1 de ce projet. Elles ont fait l'objet d'un rapport adopté par le Collège le (prévu le 23 mars 2023).

Cette recherche a été complétée par la collecte de brochures d'information et outils d'aide à la prise de décision partagée en langue française et anglaise. La liste des sites consultés est disponible en annexe 3.

3.2. Principes et partis pris

Les contenus de l'outil d'aide à la décision portent donc essentiellement sur des comparaisons entre différentes options qui s'offrent aux femmes (dossier sur le site de la HAS).

Des éléments d'information sont toutefois nécessaires. Il a été décidé avec le groupe de travail :

- de s'appuyer sur les contenus informatifs du site de l'INCa e-cancer pour ne pas créer des redondances¹⁴ ;
- de créer cependant des documents d'information en format papier dans le but d'apporter une information à des moments clés du parcours de soins des femmes (avant leur mastectomie, au moment de la consultation d'annonce du traitement non conservateur notamment).

Deux préoccupations majeures ont été prises en compte dans la rédaction de ces documents :

- la littératie en santé : s'assurer de la compréhension du document par le plus grand nombre ;
- l'engagement des personnes : développer la capacité des femmes à participer à la décision qui concerne leur corps.

Ainsi, les principes suivants ont été convenus avec le groupe de travail :

- privilégier des formulations simples et les graphismes clairs pour être compris du plus grand nombre ;
- proposer des schémas des techniques pour permettre un premier niveau de compréhension même sans lecture ;
- aborder l'ensemble des options qui s'offrent aux femmes, y compris celle d'être accompagnées et de recouvrir un buste à fini plat confortable et esthétique même si elles ne souhaitent pas faire de « reconstruction en volume » ;
- mettre à disposition des femmes un vocabulaire de sens commun en parallèle avec un vocabulaire technique utilisé par les professionnels, pour que les deux types d'acteurs se comprennent ;
- ne pas éluder les difficultés soulevées par les femmes dans leurs relations avec certains professionnels ou le système de soins, y compris le défaut d'information, la non-prise en compte de leur demande, la représentation paternaliste du corps des femmes, le coût financier.

¹⁴ Notamment les contenus relatifs au cancer du sein : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles> et à la reconstruction mammaire : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Reconstruction-mammaire>

Concernant les intentions graphiques, les éléments suivants ont été visés :

- représenter des femmes en entier, sans recherche du corps parfait, dans leur diversité en termes de morphologie, tant des corps que des seins, d'âge, d'ethnie ;
- illustrer sous forme de dessins, dans un style simple, filaire, épuré ;
- montrer des détails techniques, mais aussi intégrer de manière plus globale les imperfections et cicatrices des femmes ;
- adopter un ton positif et moderne : des femmes en mouvement, en action, en groupe ou seule, mais actrices de leur choix, affirmant leur pouvoir de décision pour elles-mêmes ;
- ne pas surdramatiser ce moment du parcours, même s'il est bien évidemment difficile ; ces documents seront notamment diffusés par les associations, qui ont souvent un discours positif, encourageant à destination des femmes. Dans les témoignages, les vidéos réalisées présentent quatre femmes positives ayant fait quatre choix différents, « fières » de leur sein aujourd'hui malgré des parcours difficiles, et encouragent les femmes à prendre part à la décision ;
- répondre aux contraintes identifiées : lisibilité, impression (y compris en noir et blanc, donc limiter les aplats de couleur), accessibilité.

4. Méthode et étapes de travail

4.1. Acteurs du projet

4.1.1. Coordination du projet

L'ensemble du projet a été coordonné par le service engagement des usagers (SEU) qui a également assuré la rédaction des contenus.

Le projet ainsi que sa diffusion résultent d'une collaboration étroite avec l'INCa et cinq services de la HAS :

- le service évaluation des actes professionnels (SEAP), qui a élaboré la partie 1 « État des lieux » du projet sur lequel se sont appuyés les outils d'aide à la prise de décision partagée¹⁵ ;
- le service communication et information (SCI), qui a assuré la coordination avec l'agence de communication pour la création graphique de l'ensemble du projet et sa déclinaison dans la réalisation des documents imprimés (documents d'information générale, infographie, affiche, flyer, etc.) et les vidéos de témoignages de femmes, ainsi que la création du dossier web, le conseil en rédaction web, la carte de l'offre de soins, et la stratégie de communication et diffusion ;
- la mission data pour l'identification, l'extraction et la mise à jour des données nécessaires à la carte de l'offre de soins ;
- le service documentation et veille (SDV) ;
- le service presse (SP).

Les échanges avec l'INCa se sont déroulés de manière régulière, entre les deux présidences et entre services opérationnels, pour l'INCa, le pôle santé publique et soins, la direction des recommandations et des médicaments et la direction de la communication et de l'information.

4.1.2. Groupe de travail

Le groupe de travail a été constitué par appel à candidatures rendu public du 19 au 31 octobre 2021 sur le site de la HAS et relayé par des conseils nationaux professionnels et des associations de patients (voir liste en fin de document, rubrique « Participants »).

Les déclarations d'intérêts de chaque membre du groupe ont été analysées conformément à la procédure en cours à la HAS.

Le groupe de travail était composé pour une moitié de personnes directement concernées par le choix de la reconstruction d'un sein, et pour moitié de professionnels. Les réunions ont été animées par la cheffe de projet membre du service engagement des usagers de la HAS.

Le groupe de travail a eu pour mission :

- d'identifier les messages clés à faire figurer dans les productions ;
- d'assurer la justesse des contenus sur les aspects médicaux ou professionnels (techniques chirurgicales, remboursement, parcours, etc.) ;

¹⁵ Haute Autorité de Santé. Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale. Partie 1 : état des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385847/fr/professionnels-decision-partagee-sur-la-reconstruction-mammaire

- d’assurer la prise en compte des enjeux pour les femmes, appuyée sur des savoirs construits individuellement ou collectivement au travers d’expériences vécues personnellement ou rapportées au sein d’associations ou de collectifs d’usagers ;
- de donner son avis sur le document mis en forme, en amont du prétest ;
- de proposer des modifications après la phase de relecture.

Le groupe de travail s’est réuni à sept reprises, six avant la phase de relecture et de test, et une après. À cela se sont ajoutées une réunion spécifique de validation du contenu chirurgical avec les chirurgiens du groupe de travail et une réunion d’information de l’ensemble du groupe avant la phase de relecture.

Au cours de ces réunions, les membres de ce groupe ont été amenés à :

- partager leur vécu, leur expérience, leurs savoirs, à échanger avec les autres membres pour construire une réflexion commune ;
- partager leur connaissance du parcours de soins, des contraintes des pratiques, des conditions de prise en charge financière, des évolutions des techniques, etc. ;
- prendre connaissance des informations transmises par la HAS ;
- participer à des exercices de production collective selon des techniques d’animation standards de type travail en sous-groupe, tempête d’idées, vote, etc. ;
- relire et proposer des améliorations sur les documents de travail qui leur ont été soumis.

Le groupe de travail a par ailleurs réalisé en début de projet deux auditions de personnes dont les liens d’intérêts ne permettaient pas une participation au sein du groupe de travail :

- audition de Mme Marie-Anne Durand, chercheuse à l’INSERM, ayant préalablement élaboré une aide à la décision médicale partagée dans le cadre de la reconstruction mammaire en lien avec la société EBSCO ;
- audition du Dr Sophie Rozen, responsable médicale parcours patient du laboratoire Roche, pour la présentation du site Roche mereconstruire.fr ; elle était accompagnée du Dr Clémentine Jankowski, oncologue, et de Mme Laure Guéroutt-Accolas, fondatrice de l’association Patients en réseau.

4.2. Déroulement du projet

Le cadrage du projet a fait l’objet d’un examen par le Collège de la HAS le 6 octobre 2021.

4.2.1. Élaboration initiale des contenus

4.2.1.1. Définition des messages clés

L’identification des messages clés est intervenue lors des premières réunions du groupe de travail qui ont porté sur les difficultés rencontrées aussi bien par les femmes que par les professionnels dans la prise de décision relative à la reconstruction mammaire. Ces discussions ont d’emblée permis d’élargir le périmètre des travaux aux femmes qui ne souhaitent pas réaliser de reconstruction d’un volume mammaire, mais qui ont toutefois besoin d’un accompagnement global et de gestes chirurgicaux appropriés pour obtenir un buste plat et lisse, sans excès de peau, après leur mastectomie.

La partie 1 du projet portant sur l’état des lieux a été une autre source d’information importante pour l’identification des messages clés et des enjeux auxquels il convenait de répondre.

Au total, les productions et leur contenu ont été pensés sur la base de :

- la littérature scientifique ;
- l’enquête menée auprès de femmes concernées ;

- l'enquête menée auprès des parties prenantes ;
- l'état des lieux de l'offre de soins élaboré par la HAS en lien avec l'INCa ;
- l'expertise des professionnels du groupe de travail ;
- l'expertise des femmes concernées présentes dans le groupe de travail.

Messages principaux définis pour les femmes

- La reconstruction mammaire existe. Parlez-en avec votre médecin.
- Vous pouvez aussi choisir de rester le buste plat.
- Plusieurs choix s'offrent à vous (différentes techniques).
- Une reconstruction mammaire immédiate est possible dans certains cas.
- Une reconstruction différée est toujours possible, même plusieurs années après. Vous pouvez changer d'avis.
- Vous avez des questions. Prenez le temps de préparer votre consultation médicale.
- Vous avez le droit de changer d'établissement pour effectuer votre reconstruction mammaire ou les retouches chirurgicales pour un buste à plat.
- Les bénéfices de la prise de décision partagée sont pour vous : une participation active au choix qui vous concerne, une meilleure acceptation, une diminution du regret décisionnel, etc.

Messages principaux définis pour les professionnels

- La patiente est légitime à participer à la prise de décision partagée.
- Les patientes doivent être informées de toutes les techniques existantes (et pas seulement de celles pratiquées dans l'établissement).
- Éviter les préjugés : quels que soient leur âge, leur catégorie socioprofessionnelle, leur niveau de compréhension/littératie, les femmes peuvent souhaiter participer à la décision et vouloir retrouver un volume mammaire.
- Laisser la possibilité aux femmes qui le souhaitent de se laisser porter.
- Les bénéfices de la prise de décision partagée sont : pas de perte de temps, structure la discussion avec la patiente, aide à la consultation, respect de l'éthique professionnelle et du droit des patientes.

4.2.1.2. Nature et utilisation des livrables

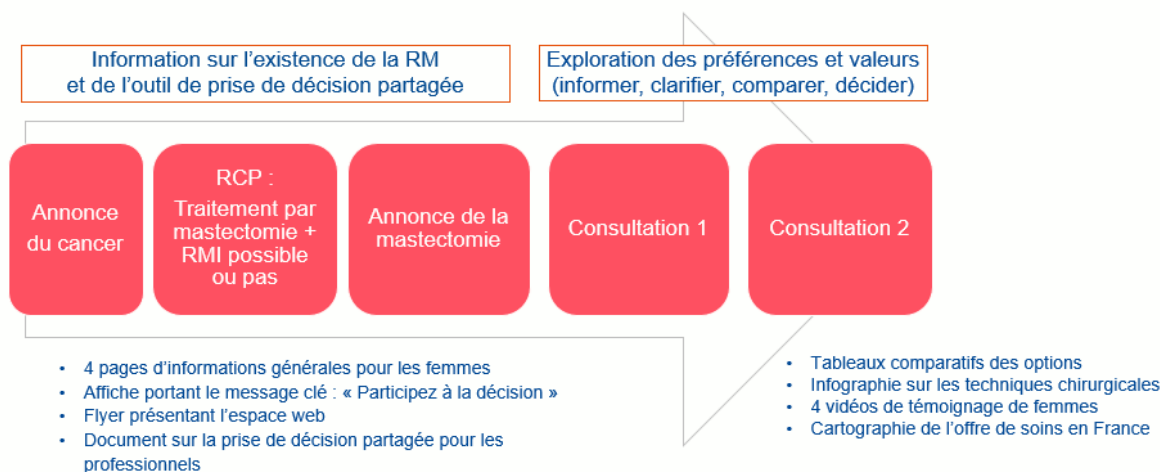
Les livrables ont été définis avec le groupe de travail pour informer et soutenir la réflexion des femmes à des moments clés de leur parcours de soins.

Les livrables sont les suivants :

- un document d'information générale de 4 pages, intitulé « Cancer du sein chez la femme : que faire en cas de mastectomie ? », à remettre aux femmes le plus en amont possible, notamment lors de l'annonce d'une mastectomie ;
- une infographie recto-verso sur les principales techniques de reconstruction d'un volume mammaire, intitulée « Reconstruction mammaire : les techniques chirurgicales » ;
- un « outil » d'aide à la prise de décision partagée « Reconstruction mammaire : de la réflexion à la décision » (dossier du site internet de la HAS) avec :
 - 5 pages destinées aux femmes comprenant notamment une clarification des décisions à prendre, des tableaux comparatifs des différentes options, un cheminement pour identifier ses préférences, une carte de l'offre de soins et des ressources pour trouver du soutien social, psychologique et auprès d'associations d'usagers,
 - 1 page destinée aux professionnels, visant à présenter les étapes d'une prise de décision partagée et des points de vigilance ;

- quatre vidéos de témoignages de femmes, présentant leur cheminement ;
- une affiche et un flyer pour informer les femmes et promouvoir l'outil d'aide à la décision partagée.

Livrables : quelle utilisation dans le parcours de soins ?



4.2.1.3. Carte de l'offre de soins

Source des données

La carte de l'offre de soins proposée est réalisée à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant les actes de reconstruction d'un volume mammaire. Il n'existe pas d'actes spécifiques aux techniques chirurgicales permettant d'améliorer l'aspect esthétique d'un buste plat.

Seize actes de reconstruction d'un volume mammaire sont répertoriés dans la classification des actes médicaux (CCAM) dont sept ont une date de création au 28/09/2021 (QEMA392, QEMA740, QEMA702, QEMA463, QEMA682, QEMA621, QEMA788) (cf. Annexe 1).

L'activité des établissements de santé en reconstruction mammaire est extraite à partir de ces seize codes, depuis la plateforme logicielle Diamant.

Regroupement des données pour faciliter leur visualisation

Pour plus de clarté, les actes de reconstruction ont été regroupés selon quatre catégories utilisées dans l'ensemble de l'outil :

- Techniques autologues sans microchirurgie = techniques par lambeau pédiculé
- Techniques autologues avec microchirurgie = techniques par lambeau libre
- Prothèses mammaires et expandeurs
- Lipomodélage = *lipofilling* = autogreffe de tissu adipeux

Voir le tableau des relations entre les codes de la classification commune des actes médicaux, leurs noms usuels et leur catégorie en Annexe 1.

Distribution des données et seuils de représentation du nombre d'actes sur la carte

Les membres du groupe de travail se sont montrés défavorables au fait d'afficher dans cette carte le nombre d'actes réalisés (quel que soit le seuil de représentation fixé). Les principaux arguments exposés sont :

- les données chiffrées sont difficilement interprétables par les patientes (à partir de quel seuil pourrait-il être considéré que tel établissement est préférable à tel autre ?) ;
- elles dépendent davantage des praticiens que des établissements ;
- elles ne reflètent pas la qualité de la chirurgie ;
- elles sont biaisées par la période de confinement due à la pandémie de Covid-19.

Un risque de tensions avec les établissements a également été pointé.

Ces arguments étant partagés par l'INCa et certains membres de la HAS, il a été décidé de n'afficher dans un premier temps que les informations de manière binaire : l'établissement pratique ou ne pratique pas la catégorie de technique envisagée.

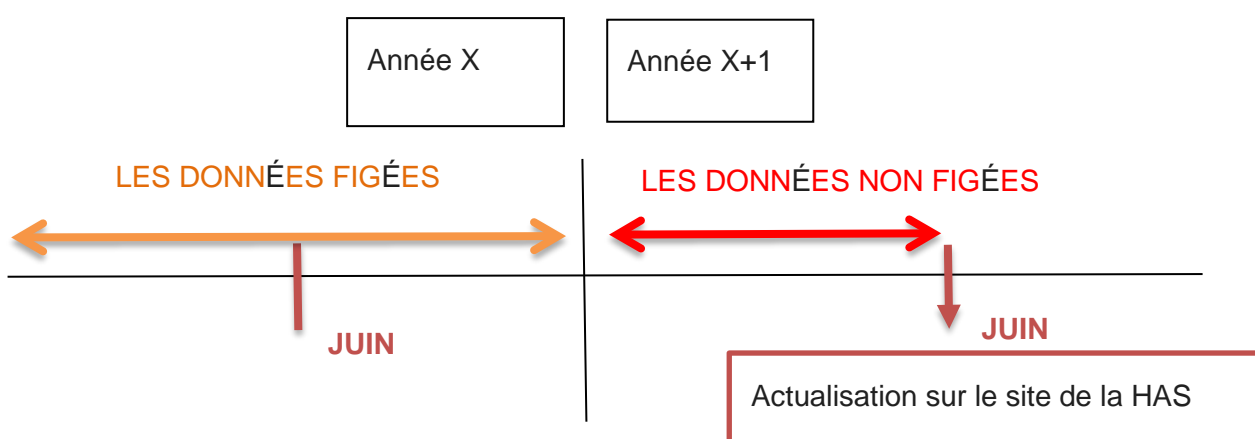
Cette décision pourra être reconsidérée ultérieurement pour apporter une plus grande information aux femmes.

Mise à jour annuelle

La base du PMSI pour une année X est figée en avril de l'année suivante X+1. La base figée du PMSI pour une année X est donc disponible dans Diamant fin mai de l'année X+1.

Les données sont présentées sur la base des chiffres consolidés de l'année X + les données recueillies de l'année X+1 jusqu'en fin avril (actualisation sur le site web en juin X+1).

L'actualisation des données chaque année sera réalisée selon le schéma suivant :



4.2.1.4. Vidéos de témoignages

Des femmes ayant été confrontées aux décisions relatives à la reconstruction mammaire ont été sollicitées *via* les réseaux des membres du groupe de travail pour un entretien préparatoire suivi d'un tournage dans les locaux de la HAS, fin 2022 et début 2023. Ont été produits ainsi quatre courts témoignages (1 minute) de femmes qui ont réalisé des choix variés (souhait de garder un buste plat, reconstructions par prothèse, par lipomodelage et par DIEP). Elles y témoignent des étapes de leur parcours, des motivations de leurs choix et de leur relation avec le corps médical.

Ces vidéos seront sur le site de la HAS et leur diffusion est prévue sur les réseaux sociaux de la Haute Autorité de santé et de l'INCa (YouTube, Facebook, Twitter, Instagram et LinkedIn).

4.2.2. Mise en forme des documents

En lien avec le service communication et information de la HAS, une agence de communication a été chargée de :

- créer une identité graphique à l'ensemble du projet et ses déclinaisons pour chaque support (vidéo, flyer, etc.) ;
- créer des illustrations (silhouettes de femmes) et des schémas plus précis pour l'infographie des techniques ;
- créer une signature de la campagne de communication :
Reconstruire mon sein
J'avance avec mon médecin
- maquetter certains documents (document d'information générale, infographie, affiche, flyer) ;
- réaliser les vidéos des témoignages (tournage, montage, habillage).

4.2.3. Relecture des documents par les professionnels et les femmes concernées

4.2.3.1. Méthode employée

Les quatre principaux livrables ont été soumis, pour avis en vue d'optimisation, à la relecture de femmes et de professionnels concernés par la prise de décision partagée relative à la reconstruction mammaire en raison d'une mastectomie totale.

Conformément à une méthode régulièrement utilisée par la HAS, un questionnaire a été élaboré pour chacun des quatre livrables dans le but de recueillir le maximum de matériau pour amélioration. Ces questionnaires contenaient ainsi :

- des questions fermées systématiquement suivies de questions ouvertes pour expliciter la réponse à la question fermée (utilité, présentation de l'information, quantité d'information, contenu, compréhension, navigation, etc.) ;
- des questions ouvertes non associées à une question fermée (raisons d'agrément et de désagrément ou suggestions d'amélioration par exemple).

L'appel à relecture pour avis a été publié sur les réseaux sociaux et la lettre externe de la HAS. Il a été adressé aux femmes et professionnels qui avaient candidaté pour le groupe de travail sans pouvoir être retenus, aux associations de patients de lutte contre le cancer, à des volontaires sollicités par des patientes partenaires en cancérologie. Il a également été relayé par les membres du groupe de travail,

usagers comme professionnels, auprès de leurs propres réseaux, ainsi qu'à deux chirurgiens proposés par l'INCa. Ouvert le 23 novembre 2022, l'appel à relecture pour avis a été clôturé le 31 décembre 2022.

Ont ainsi été recueillis, selon les outils, les points de vue de 25 à 69 personnes au total, dont :

- 13 à 45 personnes concernées ;
- 12 à 24 professionnels.

Les résultats ont été présentés le 6 janvier 2023 au groupe de travail qui a apporté aux quatre livrables des optimisations issues des enseignements tirés, en particulier de l'analyse des réponses aux questions ouvertes. Ces résultats ont également été transmis en totalité à l'INCa le 2 janvier 2023 et présentés au comité de projet HAS-INCa du 20 janvier 2023 au cours duquel les intentions d'optimisation associées ont également été présentées.

4.2.3.2. Principaux résultats de la phase de relecture

En synthèse

Les quatre outils soumis pour avis sont unanimement jugés utiles (de 92 % à 100 % des répondants selon l'outil) et bien présentés (de 84 % à 100 % des répondants selon l'outil).

Le 4 pages d'information générale et l'infographie recto-verso sur les techniques de reconstruction sont unanimement considérés comme répondant à l'objectif d'aider à une prise de décision partagée (respectivement 95 % et 98 % des répondants). Pour ces deux outils également, la quantité d'information est validée.

Les contenus internet ont quant à eux été pour partie raccourcis (jugés trop longs par 26 % des répondants pour les contenus femmes, par 43 % des répondants pour les contenus professionnels) et retravaillés en vue d'améliorer encore la navigation jugée facile pour 89 % des répondants, mais avec un pourcentage optimisable de « très facile » (de 26 % à 56 % selon les parties).

La facilité de compréhension des trois outils non destinés aux professionnels est bonne : selon les outils, de 88 % à 100 % des répondants considèrent qu'il n'y a pas de mots ou phrases trop compliqués.

L'analyse des réponses aux questions a conduit à procéder aux ajustements principaux suivants :

- abandonner la formulation « reconstruction à fini plat » au profit de « garder le buste plat » ou « faire des retouches sur un buste à plat » afin de tenir compte de la différence de sens donné au terme « reconstruction » entre les professionnels et certaines patientes ;
- modifier le titre du document d'information générale 4 pages qui est devenu « Cancer du sein chez la femme : que faire en cas de mastectomie ? » afin de tenir compte du fait que l'option « garder un buste plat » ne pouvait pas être perçue derrière l'intitulé « reconstruction mammaire » ;
- ajouter le lipomodelage comme technique de reconstruction exclusive ;
- modifier les dessins de silhouettes pour illustrer la reconstruction immédiate (préservation de l'étui cutané sur la silhouette représentant la pose d'une prothèse interne) ;
- reformuler les chapôts et paragraphes introductifs des documents à imprimer comme ceux des pages web, pour mieux préciser les contenus ;
- alléger la page web destinée aux professionnels et recentrer sur les « outils » mis à leur disposition pour faciliter le choix, l'ensemble du texte est transposé dans un PDF téléchargeable et imprimable ;

- simplifier des pages web pour les femmes et supprimer des redondances ;
- regrouper tous les contenus web sur une page d'accueil commune.

Principaux résultats quantitatifs

Résultats quantitatifs du questionnaire de recueil des avis sur le document d'information générale « Reconstruction mammaire : quel est le bon choix pour moi ? » devenu depuis « Cancer du sein chez la femme : que faire en cas de mastectomie ? ».

57 questionnaires remplis par 69 personnes, dont 45 personnes concernées, 24 professionnels de santé – Durée moyenne de réponse : 30 min

Pour 95 % des répondants, le document est adapté à l'utilisation prévue, à savoir :

- ce document a vocation à être remis à des femmes :
 - à qui on vient d'annoncer qu'elles vont avoir une mastectomie dans le cadre du traitement de leur cancer, durant la consultation d'annonce par exemple, ou peu de temps après,
 - qui ont pris la décision d'avoir une ablation de leurs seins en prévention d'un cancer du sein ;
- il peut aussi être remis dans les espaces rencontre information (ERI) situés dans les établissements, ou par des membres d'associations, dans des réunions d'information, etc. ;
- ce document peut servir aux femmes pour parler de leur projet de reconstruction à leurs proches une fois rentrées chez elles ou encore à leurs médecins de ville (gynécologue, médecin généraliste, etc.).

93 % estiment que l'information est bien présentée.

80 % considèrent que le document propose la juste quantité d'information (15 % trop court, 5 % trop long).

71 % n'ont pas de commentaire négatif sur des mots ou des phrases.

88 % des répondants considèrent qu'il n'y a pas de mots ou phrases trop compliqués.

84 % jugent le document équilibré, 7 % orienté vers le choix d'un buste plat, 9 % orienté vers le choix de la reconstruction d'un volume mammaire.

92 % jugent le document utile (56 % très utile, 36 % utile, 6 % un peu utile, 2 % inutile).

Résultats quantitatifs du questionnaire de recueil des avis sur l'infographie recto-verso « Reconstruction du sein après mastectomie : les techniques chirurgicales »

51 questionnaires remplis par 62 personnes, dont 40 personnes concernées, 22 professionnels de santé – Durée moyenne de réponse : 24 min

84 % des répondants jugent que suffisamment de techniques sont représentées.

90 % estiment que les dessins sont assez précis.

90 % considèrent que les dessins ne sont pas difficiles à comprendre.

94 % considèrent qu'il n'y a pas de mots ou phrases trop compliqués.

Pour 98 % des répondants, le document est adapté à l'utilisation prévue, à savoir :

- utilisé en consultation sur la reconstruction mammaire, avec des femmes qui envisagent une reconstruction d'un volume de sein, ou des deux seins. Il devrait être commenté et expliqué par un professionnel de santé (chirurgien, médecin, infirmier, etc.) puis remis en fin de discussion aux femmes pour qu'elles le rapportent chez elles ;
- distribué lors d'une réunion d'information ou dans un espace rencontre information dans les établissements (ERI), ou remis par des membres d'associations.

96 % jugent le document utile (65 % très utile, 31 % utile, 4 % un peu utile, 0 % inutile).

Résultats quantitatifs du questionnaire de recueil des avis sur les contenus internet destinés aux personnes concernées, « Reconstruction mammaire »

35 questionnaires remplis par 36 personnes, dont 23 personnes concernées, 13 professionnels de santé – Durée moyenne de réponse : 3 h et 25 min

À noter : les répondants ont été interrogés globalement sur la totalité des contenus (6 parties), en particulier sur les parties 1 et 2, et en particulier sur les suggestions d'amélioration pour chacune des 6 parties.

Pour 97 % des répondants, l'information est bien présentée.

68 % des répondants estiment que la quantité d'information est bonne, 26 % trop longue, 6 % trop courte.

100 % des répondants considèrent qu'il n'y a pas de mots ou phrases difficiles à comprendre (50 % non pas du tout, 50 % plutôt non).

100 % des répondants jugent ces contenus utiles (54 % très utiles, 46 % utiles, 0 % un peu utiles, 0 % inutiles).

Concernant la facilité de navigation :

- Partie 1 : 89 % jugent la navigation facile (26 % très facile, 63 % assez facile, 11 % plutôt difficile, 0 % très difficile).
- Partie 2 : 89 % jugent la navigation facile (40 % très facile, 43 % assez facile, 17 % plutôt difficile, 0 % très difficile).
- Partie 3 : 97 % jugent la navigation facile (40 % très facile, 57 % assez facile, 3 % plutôt difficile, 0 % très difficile).

Résultats quantitatifs du questionnaire de recueil des avis sur les contenus internet destinés aux professionnels « Reconstruction mammaire : accompagner votre patiente vers une prise de décision partagée » (depuis transformé en un guide intitulé « Information des femmes sur la reconstruction mammaire – accompagner vos patientes dans une prise de décision partagée »)

21 questionnaires remplis par 25 personnes, dont 13 personnes concernées, 12 professionnels – Durée moyenne de réponse : 14 min

Pour 100 % des répondants, l'information est bien présentée.

57 % des répondants estiment que la quantité d'information est bonne, 43 % trop longue.

100 % des répondants jugent ces contenus utiles (76 % très utiles, 24 % utiles, 0 % un peu utiles, 0 % inutiles).

90 % jugent la navigation facile (52 % très facile, 48 % assez facile, 10 % plutôt difficile, 0 % très difficile).

Voir aussi en Annexe 2 les résultats détaillés de la phase de lecture portant sur les aspects graphiques.

4.2.4. Versions post-lecture

Les commentaires des relecteurs ont été présentés au groupe de travail et discutés en réunion, puis amendés pour donner suite aux décisions prises lors de la dernière réunion du groupe de travail. Les versions post-lecture ont ensuite été envoyées à l'INCa et au service évaluation des actes professionnels de la HAS pour validation technique.

Au vu des commentaires de certaines relectrices, l'INCa a soulevé la question de l'acceptabilité des illustrations du document « Cancer du sein chez la femme : que faire en cas de mastectomie ? » représentant des femmes portant des seins à bout de bras (voir Annexe 2 : résultats détaillés de la phase de lecture portant sur les aspects graphiques).

La HAS a entrepris d'interroger son groupe de travail sur cet aspect précis par questionnaire en ligne. Il en est ressorti qu'une large majorité du groupe de travail était favorable à la publication des illustrations en l'état (13/15 répondants, 3 non-réponses). Toutefois, quelques ajustements ont été effectués, notamment afin de tenir compte des remarques permettant de s'approcher au mieux des situations réelles.

Les principales modifications apportées en réponse aux remarques et commentaires de l'INCa ont été les suivantes.

4.2.5. Phase de validation

Les versions post-lecture ont suivi le processus de validation suivant :

- pour avis : Collège de la HAS (séance d'information du 22 février 2023) ;
- pour validation : l'INCa (le 10 mars 2023) ;
- pour adoption : Collège de la HAS (séance du 23 mars 2023).

4.2.6. Diffusion

Les différents livrables feront l'objet d'une campagne de communication multicanale *via* différents supports :

- médias de la presse : presse professionnelle, presse féminine, presse grand public ;
- numérique : mailing/newsletter, réseaux sociaux, référencement ;
- impressions : selon besoins identifiés sur le terrain ;
- événementiel => opportunités d'intervention auprès de la cible des professionnels.

Table des annexes

Annexe 1.	Relations entre les codes de la classification commune des actes médicaux, leurs noms usuels et leur catégorie	27
Annexe 2.	Résultats de la phase de relecture – focus sur les aspects graphiques des documents à imprimer	29
Annexe 3.	Recherche documentaire	30

Annexe 1. Relations entre les codes de la classification commune des actes médicaux, leurs noms usuels et leur catégorie

Tableau 1. Relations entre la nomenclature des actes, leurs noms usuels et la catégorisation réalisée pour ce projet

Catégorie de techniques	Nom usuel de la technique	Code CCAM	Libellé de la nomenclature
Techniques autologues sans microchirurgie = techniques par lambeau pédiculé			
Technique autologue sans microchirurgie	TRAM	QEMA001	Reconstruction du sein par lambeau unipédiculé de muscle droit de l'abdomen (TRAM)
		QEMA014	Reconstruction du sein par lambeau bipédiculé de muscle droit de l'abdomen (bi-TRAM)
	Grand dorsal	QEMA392	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé du muscle grand dorsal [LD [Latissimus dorsi]] avec pose d'implant prothétique
		QEMA740	Reconstruction autologue du sein par lambeau musculocutané pédiculé du muscle grand dorsal autologue [LDA [Latissimus dorsi autologue]] sans pose d'implant prothétique
		QEMA702	Reconstruction autologue du sein par lambeau musculocutané pédiculé de la partie antérieure de grand dorsal sans pose d'implant prothétique (Technique MSLD (pour Muscle-Sparing Latissimus Dorsi))
		QEMA463	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux pédiculé perforant du pédicule thoraco-dorsal sans pose d'implant prothétique [lambeau TDAP [ThoracoDorsal Artery Perforator]]
		QEMA 008 (supprimé dans la nouvelle nomenclature de 2021)	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé autre que du muscle grand droit de l'abdomen
Prothèses mammaires et expandeurs			
Dispositif médical	Prothèse mammaire et expandeurs	QEMA006	Reconstruction du sein par pose d'implant prothétique
		QZLA001	Pose d'un dispositif d'expansion de la peau ou d'un implant sous-cutané définitif
		QZLA002	Pose de plusieurs dispositifs d'expansion de la peau ou de plusieurs implants sous-cutanés définitifs
Techniques autologues avec microchirurgie = techniques par lambeau libre			
Lambeau libre	DIEP et autres techniques par lambeau prélevé sur le ventre	QEMA020	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre à pédicule perforant de l'abdomen [lambeau DIEP [Deep Inferior Epigastric Perforator]] avec anastomoses vasculaires
		QEMA002	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané libre de muscle droit de l'abdomen, avec anastomoses vasculaires (TRAM libre)
	SIEA (3)	QEMA682	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre abdominal perforant du pédicule épigastrique inférieur superficiel [lambeau SIEA [Superficial Inferior Epigastric Artery]] avec anastomoses vasculaires

	Gracilis	QEMA621	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané libre de gracilis à palette cutanée transversale [lambeau TMG [Transverse Musculocutaneous Gracilis]], avec anastomoses vasculaires
	PAP	QEMA788	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre perforant du pédicule fémoral profond [lambeau PAP [Profunda Artery Perforator]], avec anastomoses vasculaires
Lipomodelage = <i>lipofilling</i> = autogreffe de tissu adipeux			
Lipomodelage	Lipomodelage	QEEB152	Autogreffe de tissu adipeux de 200 cm ³ et plus au niveau du sein
		QEEB317	Autogreffe de tissu adipeux de moins de 200 cm ³ au niveau du sein

En résumé, nous avons défini quatre grandes catégories de techniques :

- techniques autologues sans microchirurgie = techniques par lambeau pédiculé
- techniques autologues avec microchirurgie = techniques par lambeau libre
- prothèses mammaires et expandeurs
- lipomodelage = *lipofilling* = autogreffe de tissu adipeux

Annexe 2. Résultats de la phase de relecture – focus sur les aspects graphiques des documents à imprimer

Concernant le document de 4 pages d'information générale (intitulé lors de la phase test « Reconstruction mammaire : quel est le bon choix pour moi ? »)

56 questionnaires ont été retournés, dont 33 par des personnes concernées.

Parmi les 56 questionnaires, à la question « Qu'avez-vous aimé dans ce document ? », les choix graphiques sont les plus cités : 26 questionnaires (15 femmes concernées et 11 professionnels) suivis :

- des qualités de rédaction (clarté, simplicité, précision, organisation des paragraphes, etc.) : 22 questionnaires ;
- la neutralité du ton, l'impartialité dans les choix présentés, la mise en avant du respect du choix de la patiente : 6 questionnaires.

Parmi les 33 questionnaires de personnes concernées, les commentaires libres relatifs aux aspects graphiques sont :

- positifs : n = 17 :
 - dont 3 explicitement apprécient le côté ludique, les couleurs pop, les seins en forme de bulles/ballons,
 - dont 3 explicitement apprécient la diversité des corps,
 - dont 3 signalent toutefois la nécessité d'ajouter une illustration de double mastectomie (n = 2) ou d'un expandeur (n = 1) ;
- négatifs : n = 8 :
 - dont 3 estiment qu'associer une technique à une silhouette ne permet pas de se projeter dans toutes les situations,
 - dont 3 n'apprécient pas le parti pris ludique ou la représentation de seins sous forme de ballons,
 - dont 2 ne justifient pas leur avis ;
- sans remarques sur le graphisme : n = 8.

Concernant l'infographie relative aux techniques chirurgicales

51 questionnaires ont été retournés, dont 30 par des personnes concernées.

Parmi les 51 questionnaires, à la question « Qu'avez-vous aimé dans ce document ? », sont cités par ordre décroissant :

- les choix graphiques (couleurs, dessins, graphisme, illustrations, visuels) : 18 questionnaires (9 femmes, 9 professionnels) ;
- sont notamment appréciés par les femmes concernées : la diversité des silhouettes (n = 5), le côté moderne, ludique et non dramatisant (n = 3) ;
- les qualités rédactionnelles : simplicité du document, travail de vulgarisation, lisibilité, accessibilité : 11 questionnaires (9 femmes, 2 professionnels).

Parmi les 30 questionnaires de personnes concernées, les commentaires libres relatifs aux aspects graphiques sont :

- positifs : n = 20 dont 6 avec des réserves ou des propositions d'améliorations ;
- négatifs : n = 6 ;
- sans commentaires sur les illustrations : n = 4

Annexe 3. Recherche documentaire

Sites internet consultés pour la collecte de brochures d'informations et outils d'aide à la prise de décision partagée en langue française et anglaise.

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé - ANSM
- Assistance Publique Hôpitaux de Paris – APHP
- Association francophone des soins oncologiques de support - AFSOS
- Reconstruction Sein Infos
- Bibliothèque médicale Lemanissier
- Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMef
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français – CNGOF
- Haute Autorité de santé – HAS
- Institut Curie
- Institut national du cancer – INCA
- Ligue contre le cancer
- Ma reconstruction mammaire
- Me reconstruire
- Société française de chirurgie oncologique - SFCO
- Société française de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique - SoFCPRE
- Société française de gynécologie - SFG
- Société française de sénologie et de pathologie mammaire - SFSPM
- Société française des chirurgiens esthétiques plasticiens - SOFCEP
- Société française du cancer – SFC
- Société française et francophone de psycho-oncologie – SFFPO

- *Adelaide Health Technology Assessment - AHTA*
- Agence de la santé publique du Canada
- *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ*
- *Alberta Health Services*
- *Alberta Heritage Foundation for Medical Research - AHFMR*
- *Alberta Medical Association - AMA*
- *American Academy of Cosmetic Surgery - AACS*
- *American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery - AAFPRS*
- *American Cancer Society - ACS*
- *American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG*
- *American College of Radiology - ACR*
- *American Society of Breast Surgeons - ASBS*
- *American Society of Clinical Oncology - ASCO*
- *American Society of Plastic Surgeons - ASPS*
- *Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie - AGO*
- *Association of Breast Surgery - ABS*
- *Australian Clinical Practice Guidelines*

- *Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical*
- *Australian Society of Plastic Surgeons - ASPS*
- *BMJ Best Practice*
- *Breast cancer network Australia*
- *British Association of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons - BAPRAS*
- *British Association of Surgical Oncology - BASO*
- *British Columbia Cancer Agency - BCCA*
- *British Psychological Society - BPS*
- *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health - CADTH*
- *Canadian Society of Plastic Surgeons - CSPS*
- *Cancer Australia*
- *Cancer Care Ontario*
- *Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE*
- *Centre for Reviews and Dissemination databases*
- *Centre Hospitalier de l'Université de Montréal*
- *Clinical Practice Guidelines Portal*
- *CMA Infobase*
- *Cochrane Library*
- *Collège des médecins du Québec - CMQ*
- *College of Physicians and Surgeons of Alberta - CPSA*
- *European Society for Medical Oncology - ESMO*
- *European Society of Breast Cancer Specialists - EUSOMA*
- *European Society of Gynaecological Oncology - ESGO*
- *European Society of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery - ESPRAS*
- *European Society of Surgical Oncology - ESSO*
- *Food and Drug Administration - FDA*
- *Going flat*
- *Guidelines and Audit Implementation Network - GAIN*
- *Guidelines and Protocols Advisory Committee - GPAC*
- *Guidelines International Network - GIN*
- *Hôpitaux Universitaires Genève*
- *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – INESSS*
- *International Confederation of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery - IPRAS*
- *International Society of Aesthetic Plastic Surgery - ISAPS*
- *Kaiser Clinical guidelines*
- *Malaysian Health Technology Assessment Section – MaHTAS*
- *McGill University Health Centre - MUHC*
- *MD Anderson Cancer Center*
- *Medical Services Advisory Committee – MSAC*
- *National Cancer Institute - NCI*
- *National Comprehensive Cancer Network - NCCN*
- *National Coordinating Centre for Health Technology Assessment - NCCHTA*

- *National Health and Medical Research Council - NHMRC*
- *National Health Services - NHS*
- *National Health Services Scotland*
- *National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE*
- *National Institute for Health Research. Health Technology Assessment programme - NIHR*
- *New Zealand Association of Plastic Surgeons - NZAPS*
- *New Zealand Guidelines Group - NZGG*
- *NHS Evidence*
- *Oncoline*
- *Queensland Government Health Policy Advisory Committee on Technology*
- *Royal Australasian College of Surgeons - RACS*
- *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists - RCOG*
- *Royal College of Physicians - RCP*
- *Royal College of Surgeons - RCS*
- *Santé et Services Sociaux Québec - Pratique clinique en oncologie*
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN*
- *Singapore Ministry of Health*
- *Société des obstétriciens et gynécologues du Canada - SOGC*
- *Society of Gynecologic Oncology - SGO*
- *Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services - SBU*
- *The Breast Reconstruction Program*
- *Tripdatabase*
- *Université de Laval, CHU de Québec*
- *Veterans affairs, Dep. Of Defense Clinical practice guidelines*
- *West Midlands Health Technology Assessment Collaboration*

Cette recherche a été complétée par l'identification des outils *via* la recherche documentaire Décision partagée¹⁶.

¹⁶ Haute Autorité de Santé. Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale. Partie 1 : état des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3385847/fr/professionnels-decision-partagee-sur-la-reconstruction-mammaire

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour relayer l'appel à candidatures mis en ligne sur le site de la HAS en octobre 2021 pour la constitution du groupe de travail ou pour proposer des personnes ou professionnels souhaitant participer à la phase de lecture :

– Organisations professionnelles

- Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS)
- Collège de médecine générale
- Collège des masseurs kinésithérapeutes
- Conseil national professionnel de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique – directoire professionnel des plasticiens
- Conseil national professionnel de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale
- Conseil national professionnel des infirmiers de bloc opératoire
- Conseil national professionnel des infirmiers en pratique avancée
- Conseil national professionnel d'oncologie
- Conseil national professionnel infirmier
- Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé
- La collaboration francophone sur la prise de décision partagée FREeDOM (FRENch collaboration on shared DecisiOn Making)
- Société française et francophone de psycho-oncologie
- Société française de sénologie et de pathologie mammaire
- Société francophone de chirurgie oncologique
- Réseau des kinés du sein

– Associations d'usagers

- Collectif K
- Europa Donna
- France Assos Santé
- Femmes pour toujours
- Jeune&Rose
- La Ligue contre le cancer
- Les Essentielles
- Les Seintinelles
- Association pour la reconstruction mammaire par DIEP, devenue Reconstruction Sein Infos
- RoseUp
- Vivre comme avant

Groupe de travail

- Mme Christine ARNOU, usager du système de santé
 - Dr Marie BANNIER, gynécologie-obstétrique
 - Dr François BLOT, anesthésie-réanimation
 - Mme Angélique DUPREY, usager du système de santé
 - Dr Christelle FAURE, gynécologie-obstétrique
 - Mme Nadine FIALON, psychologue
 - Dr Dimitri GANGLOFF, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
 - Mme Anne GROSPEILLET-QUINTIN, usager du système de santé
 - Pr Barbara HERSANT, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
 - Mme Pascale JOURNET, usager du système de santé
 - Mme Maryse KARRER, coordination, cheffe de projet HAS
 - Mme Florence LAFOSSE, usager du système de santé
 - M. Kristopher LAMORE, psychologue
 - Mme Marina LEFEVRE, infirmière
 - Dr Béatrice LOGNOS, médecine générale
 - Mme Jeanne LONGET, assistante de service social
 - Pr Julien MANCINI, santé publique et médecine sociale
 - Mme Corinne PICHARD, usager du système de santé
 - Mme Carine VINCENT, usager du système de santé
- Avec la collaboration de Mmes Joëlle ANDRÉ-VERT, Véronique DAURAT et Caroline DUBOIS (HAS) et d'un représentant de l'INCa, successivement Mme Gabriella ARSONNEAU, M. Maxime PUTTON, Dr Jean-Baptiste MERIC, oncologie médicale, M. Romain ARINI

Groupe de lecture

Professionnels

- Dr Marie BANNIER, gynécologie-obstétrique, Marseille
- Mme Emmanuelle BARREAU, soins infirmiers, Toulouse
- Mme Nathalie BERA, soins infirmiers, Villeneuve-d'Ascq
- Dr Raphaëlle BILLON, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Paris
- Dr François BLOT, anesthésie-réanimation, Villejuif
- Dr Loïc BOULANGER, gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale, Lille
- Dr Pierre BURNIER, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Dijon
- Dr Benoit COUTURAUD, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Paris
- Dr Agathe CROUZET, gynécologie-obstétrique, Rouen
- Équipe de chirurgie plastique de l'hôpital Henri Mondor, APHP, Créteil
- Dr Mellie HEINEMANN, gynécologie-obstétrique, Lyon
- Dr Isabelle JAFFRÉ, gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale, Plérin
- Dr Sophie KLINGER, gynécologie-obstétrique, Lyon
- Dr Hélène PLANQUE, gynécologie-obstétrique, Caen
- Dr Claudia REGIS, gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale, Lille
- Dr Céline RENAUDEAU, gynécologie-obstétrique, Saint-Herblain

Professionnels et usagers du système de santé ayant testé les documents ensemble

- Mme Yveline DAVID, cadre de santé, Rouen
- Équipe de chirurgie plastique de l'hôpital Henri Mondor, APHP, Paris
- Mme Joëlle MANIGHETTI, usager du système de santé
- Dr Laurence OLLIVIER, gynécologie-obstétrique, Rouen
- Mme Corinne PICHARD, usager du système de santé
- Mme Laëtitia SAVARY, soins infirmiers en pratique avancée, Rouen

Usagers du système de santé

- Mme Ghislaine ACHALID
- Mme Christel AGIER
- Mme Christine ALBERT
- Mme Audrey ATTUIL
- Mme Véronique BATTEUX
- Mme Véronique BERNAD
- Mme Alexia CARMILLET
- Mme Flavie DELAUNAY
- Mme Marie-Christine DIARRA
- Mme Patricia DUPUIS
- Mme Anne FAVEUR
- Mme Ghislaine FÈVRE
- Mme Laurence FUSELIER
- Mme Claude GANTER
- Mme Lydia GARNIER
- Mme Sylvie GUÉNON
- Mme Doris HARAND
- Mme Ségolène KIFFER
- Mme Marie-Lise X.
- Mme Nathalie MICHELIN
- Mme Françoise MONNIER
- Mme Valérie PERGUET
- Mme Florine POMARER
- Mme Jessica POUSSART LOZANO
- Mme Mélanie RICHARD-GANTHEIL
- Mme Marie-Estelle ROBERTON
- Mme Laurence ROUMEGOUS
- Mme Camille SCHWARTZ

Comité de pilotage HAS-INCa

- Mme Emmanuelle BARA (HAS, directrice de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers)
- M. Emmanuel COLLIN (INCa, directeur de la communication et de l'information)
- L'ensemble des membres du comité de projet

Comité de projet HAS-INCa

- Mme Joëlle ANDRÉ-VERT (HAS, responsable du service de l'engagement des usagers)
- M. Romain ARINI (INCa, chef de projet, département organisation et parcours de soins)

- M. Denis-Jean DAVID (HAS, adjoint au chef de service évaluation des actes professionnels)
- Mme Lydia DAUZET (INCa, chargée des relations médias)
- Mme Laura DRUART (HAS, chargée de développement web, service communication et information)
- Mme Caroline DUBOIS (HAS, chargée de communication, service communication et information)
- Mme Marianne DUPERRAY (INCa, directrice des recommandations et du médicament)
- Mme Florence GAUDIN (HAS, responsable du service presse)
- Mme Maryse KARRER (HAS, cheffe de projet, service engagement des usagers, coordinatrice du projet)
- Mme Stéphanie LECOMTE (HAS, attachée de presse)
- Mme Marina MALIKITÉ (HAS, attachée de presse)
- M. Olivier MEIGNEN (HAS, chargé de développement web, service communication et information)
- Mme Laure MÉNANTEAU-BENDAVID (HAS, responsable du service communication et information)
- Dr Jean-Baptiste MERIC (INCa, directeur du pôle santé publique et soins)
- Mme Aude MONFA (INCa, responsable du service web et rédaction)
- M. Maxime PUTTON (INCa, responsable du département organisations et parcours de soins)
- Mme Morgane VALLÉE (HAS, cheffe de projet, mission data)
- Mme Aurélie VERNEAU (INCa, chargée de communication web)

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

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

