

# TRAITEMENTS LOCORÉGIONAUX DES CANCERS DU SEIN INFILTRANTS NON MÉTASTATIQUES

/ synthèse

Les 35 questions cliniques, objet de cette expertise, ont été publiées en deux parties :

- **Partie 1, octobre 2021** : bilan initial, chirurgie, radiothérapie et lymphœdème, mise à jour en 2022
- **Partie 2, octobre 2022** : en cas de chimiothérapie néoadjuvante à but de réduction tumorale, surveillance et traitement de la récurrence locales et/ou régionale

Ce document est la synthèse de l'ensemble des questions traitées.



## Présentation des recommandations (Partie 2)

Rapporteurs pour le groupe de travail :

Bruno Cutuli (Reims)

Christine Tunon de Lara (Bordeaux)

# Méthodologie

## Recommandations InCa: Organisation- fonctionnement

- Recherche bibliographique et rédaction document: **Inca**
- Réunions du groupe de travail:
  - Analyse de la bibliographie et validation
  - Rédaction des recommandations
- Relecture nationale : panel de relecteurs représentatifs des disciplines et du territoire

**L'EXPERTISE PORTANT AU TOTAL  
SUR 35 QUESTIONS CLINIQUES  
A ÉTÉ PUBLIÉE EN 2 PARTIES SYNTHÉTISÉES  
DANS LE PRÉSENT DOCUMENT.**

**PARTIE 1** (publication en octobre 2021, mise à jour en 2022) :

- **Chapitre 1** : Bilan initial
- **Chapitre 2** : Chirurgie
- **Chapitre 3** : Radiothérapie
- **Chapitre 7** : Lymphœdème

**PARTIE 2** (publication en octobre 2022) :

- **Chapitre 4** : En cas de chimiothérapie néoadjuvante à but de réduction tumorale
- **Chapitre 5** : Surveillance
- **Chapitre 6** : Traitement de la récurrence locale et/ou régionale

## CHAPITRE 4 :

# EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE À BUT DE RÉDUCTION TUMORALE

# EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE À BUT DE RÉDUCTION TUMORALE

## BILAN INITIAL

### Bilan d'extension locale

- L'indication d'une CNA ne justifie pas à elle seule l'indication d'une IRM systématique
- Mêmes recommandations que Partie 1
- Mammographie + Echo bilatérale sein et axillaire
- La tomosynthèse peut être proposée
- IRM (ou angiommammographie) **non systématique**:
  - Discordance clinique / mammo / échographie
  - Difficulté d'évaluation de la taille tumorale
  - Lésions multiples et chirurgie conservatrice
  - Atteinte axillaire isolée
- Pas de données suffisantes pour émettre des recommandations sur l'utilisation de critères prédictifs de réponse à la chimiothérapie (diffusion, perfusion, aspect en imagerie, signatures radiomiques)**

<sup>9</sup> HAS. Place de l'IRM mammaire dans le bilan d'extension locorégionale préthérapeutique du cancer du sein. Rapport d'évaluation technologique, mars 2010.

<sup>10</sup> Thésaurus - Femmes porteuses d'une mutation de BRCA1 ou BRCA2/Détection précoce du cancer du sein et des annexes et stratégies de réduction du risque, collection recommandations et référentiels, INCa, avril 2017.

<sup>11</sup> Synthèse – Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Haute Autorité de santé. Mars 2014.

# EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE À BUT DE RÉDUCTION TUMORALE

## BILAN INITIAL

### Bilan d'extension à distance

- Mêmes recommandations que partie 1**
- Bilan d'extension pré-thérapeutique seulement à partir de classification **cT2N1Mx ou cT3 quelque soit le N**
- A discuter pour TN et Her2+ pour cT1N1 et cT2N0
- Pas de bilan si cT1N0 même si CNA**

1. TEP-TDM au FDG seule
2. Si pas disponible: TAP + scinti osseuse

Pour CLI: TAP ou TEP-TDM

# EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE À BUT DE RÉDUCTION TUMORALE

## ÉVALUATION DE LA RÉPONSE À LA CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE

- Aucun examen ne peut confirmer la réponse histologique complète (ypT0/is et ypN0(i-)) qui est le meilleur indicateur pronostique à la réponse de la CNA**
- Un examen clinique régulier doit être réalisé tout au long de la CNA : **risque de non réponse et de progression**
- Pose de clip en début de CNA surtout si TC est envisagé
- Mammographie et échographie sont les examens complémentaires de base
- IRM peut être proposée en complément avec une écho de 2° look  
Si réalisée en pré-thérapeutique  
**Non recommandé si Mastectomie planifiée d'emblée**

# EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE À BUT DE RÉDUCTION TUMORALE

## ÉVALUATION DE LA RÉPONSE À LA CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE

### Évaluation de la réponse mammaire

- Pas d'IRM intermédiaire**
- En fin de traitement évaluation clinique et radiologique (mammographie et échographie) pré-chirurgicale :  
taille résiduelle, type de réponse (concentrique ou fragmentée)
- IRM post thérapeutique si IRM pré-thérapeutique et si TC envisagé, **non recommandée si indication de mastectomie**
- Chirurgie obligatoire pour évaluer la réponse au traitement**
- Si TC une radiographie de la pièce opératoire est recommandée, discutée avec les pathologistes en cas de mastectomie et réponse complète (recherche du clip)
- Pas de TEP-TDM en fin de CNA (pour M0)**

### Évaluation de la réponse axillaire

- Pas de recommandation pour évaluer la réponse axillaire

### Évaluation histologique

- Évaluation Histologique mammaire et ganglionnaire par RCB



Tableau 2 : Echelle Residual Cancer Burden (RCB) recommandée au niveau international [SYMMANS2007]

RCB : Residual Cancer Burden ; CTNA : chimiothérapie néoadjuvante ; ND : non déterminé

# RCB : Residual Cancer Burden/ MD Anderson

- Données histologiques
- Tumorales :
  - Taille de la tumeur en mm
  - % de cellules infiltrantes résiduelles
  - % de cellules in situ résiduelles
- Ganglionnaires
  - Nb de N+
  - Taille en mm de la plus grande Métastase

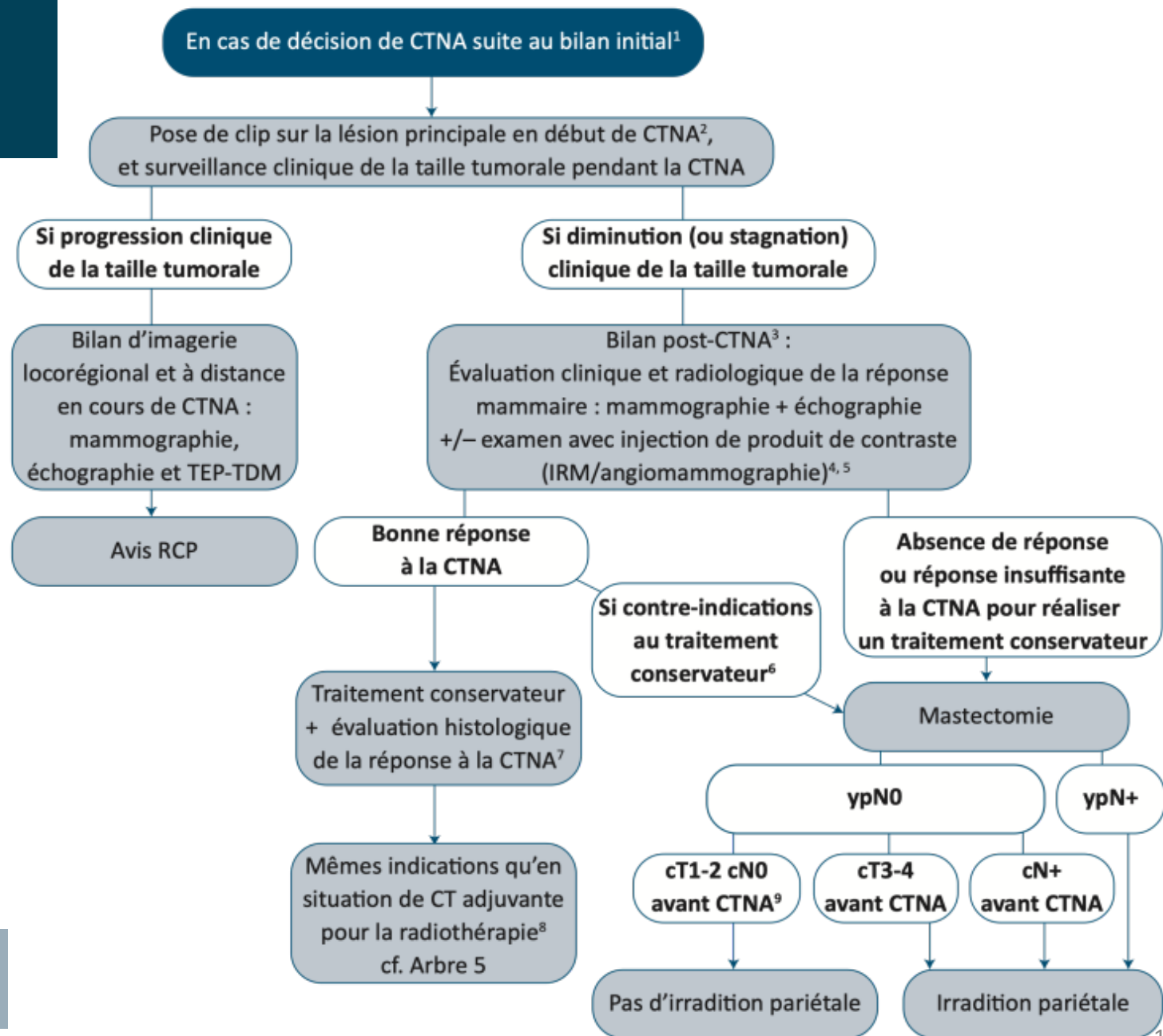
Score RCB après traitement NA	Importance de la maladie résiduelle	Réponse pathologique à la CTNA	Seuil RCB	Incidence cumulative de la récurrence à 5 ans	Pronostic à 5 ans
RCB-0	Pas de trace de maladie résiduelle	Complète	= 0	5,4%	Bon pronostic
RCB-I	Maladie résiduelle minime	Bonne	≤ 1,36	2,4%	
RCB-II	Maladie résiduelle modérée	Partielle	> 1,36	16,2%	Pronostic intermédiaire
RCB-III	Maladie résiduelle étendue	Chimiorésistance	> 3,28	53,60%	Mauvais pronostic

# EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE À BUT DE RÉDUCTION TUMORALE

## INDICATIONS DU TRAITEMENT CONSERVATEUR EN FONCTION DE LA RÉPONSE À LA CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE

- S'il est possible (cf Chap 2), le TC est recommandé après CNA **quelle que soit la taille de la tumeur initiale** (avis d'expert)
- les lésions luminales, lobulaires ou multifocales ne sont pas des CI au TC après CNA (exérèse monobloc, résultat esthétique)
- En cas de non réponse ou de réponse insuffisante à la CNA une mastectomie est recommandée

# TRAITEMENT CHIRURGICAL



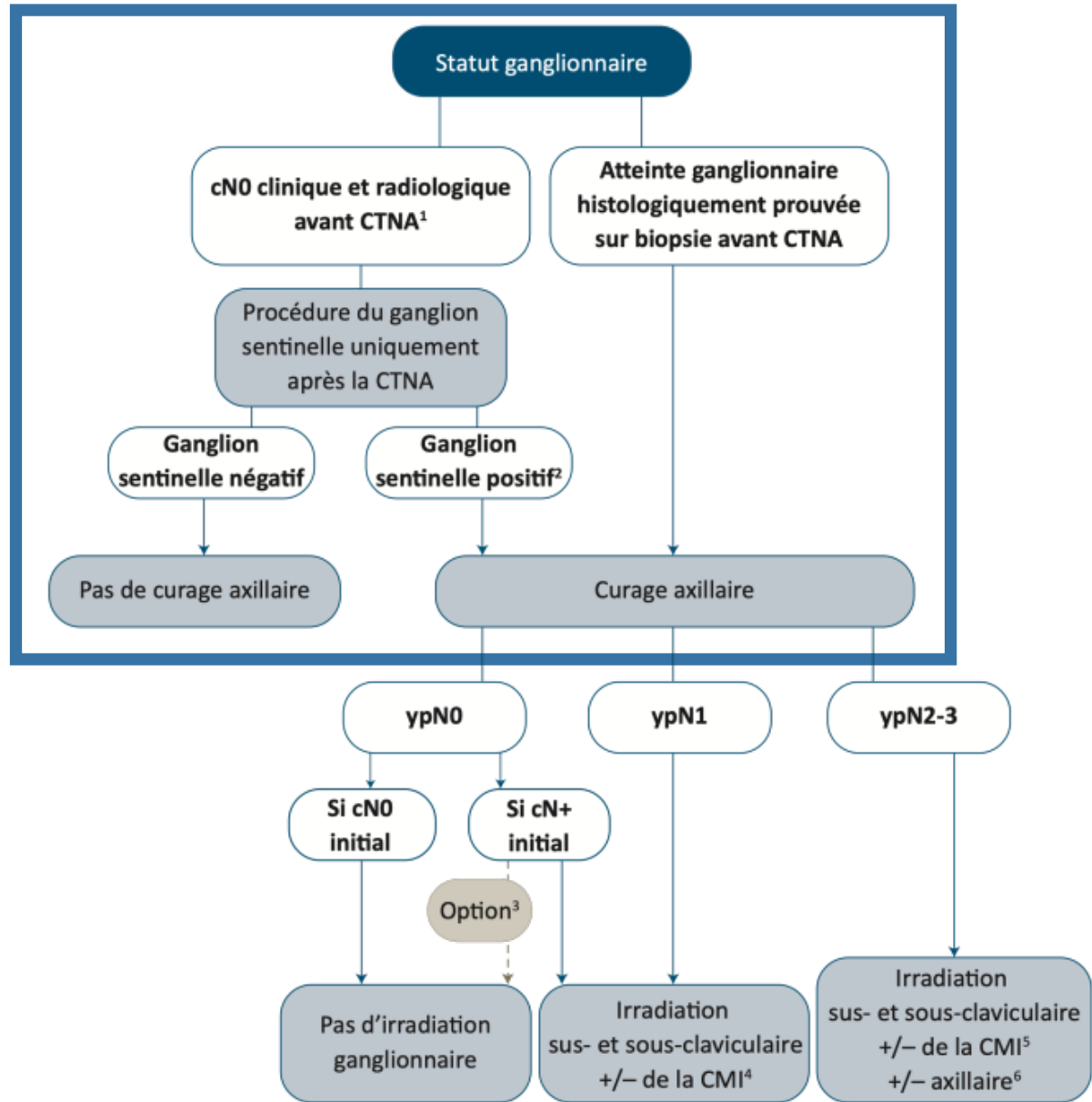
Arbre 8

# EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE À BUT DE RÉDUCTION TUMORALE

## TRAITEMENT DU CREUX AXILLAIRE EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE

- La recherche du GS n'est pas recommandé avant la CNA**
- En cas de cN0 (clinique, radiologique +/- histologique) le GS est recommandé **après** la CNA, score RCB
- En cas de GS positif micro ou macrométastatique, un curage axillaire est recommandé
- En cas d'atteinte ganglionnaire (biopsie +) avant la CNA, un curage axillaire est recommandé (hors études cliniques)

# TRAITEMENT DU CREUX AXILLAIRE EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE



Arbre 9

# EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE À BUT DE RÉDUCTION TUMORALE

## IRRADIATION MAMMAIRE APRÈS CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE CONSERVATRICE

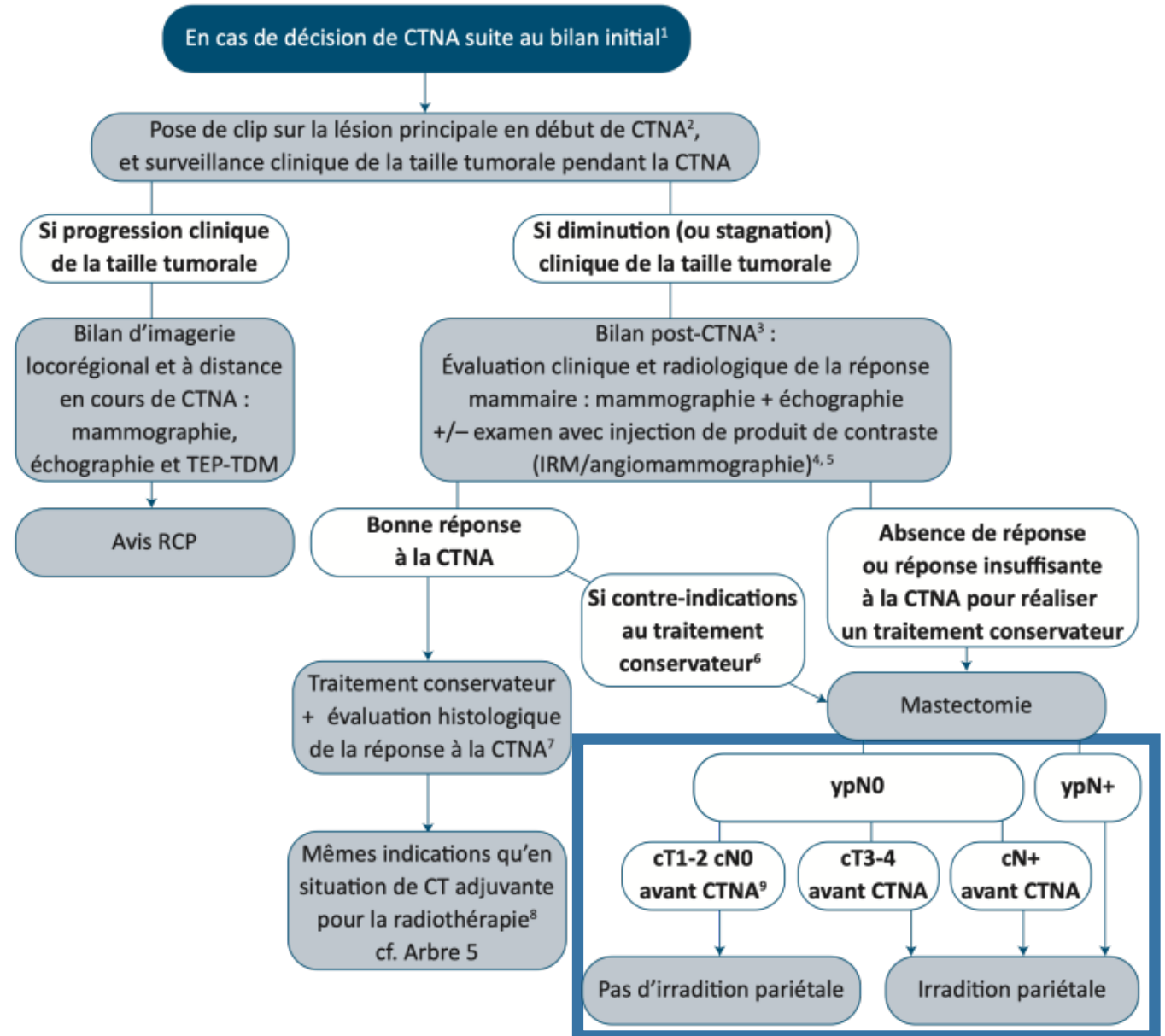
- Après chimiothérapie néoadjuvante et en cas de traitement conservateur, l'irradiation mammaire est recommandée ([Grade C](#)).
- En l'absence d'études sur le sujet, après chimiothérapie néoadjuvante, il est recommandé que la surimpression du lit tumoral respecte les mêmes indications que pour les traitements adjuvants, même en cas de réponse pathologique complète ([Avis d'experts](#)).

# EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE À BUT DE RÉDUCTION TUMORALE

## IRRADIATION PARIÉTALE APRÈS CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET MASTECTOMIE

- ❑ ypN0= Indication d'irradiation pariétale en fonction du stade pré-chimiothérapie (avis d'experts)
- ❑ **Irradiation pariétale pour les cT3T4 ou cN1**
- ❑ cT2 : discussion en RCP en fonction des facteurs de mauvais pronostic (cf Chapitre Radiothérapie)
- ❑ **cT1N0 = pas d'indication de radiothérapie pariétale**
- ❑ **ypN+ : irradiation pariétale est recommandée après CNA**

# RADIOTHÉRAPIE ASSOCIÉE



Arbre 8



# EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE À BUT DE RÉDUCTION TUMORALE

## IRRADIATION GANGLIONNAIRE APRÈS CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE

- ❑ Absence d'études de référence après CNA, **mêmes recommandations qu'en adjuvant**
- ❑ Après CNA, Chirurgie mammaire et curage axillaire
  - en cas de **cN0/ypN0**, **l'irradiation Ganglionnaire n'est pas recommandée**
  - en cas de **cN+/ypN0**, **l'abstention de RT ganglionnaire** peut être discutée en **RCP** en fonction des facteurs pronostiques (Avis d'expert)

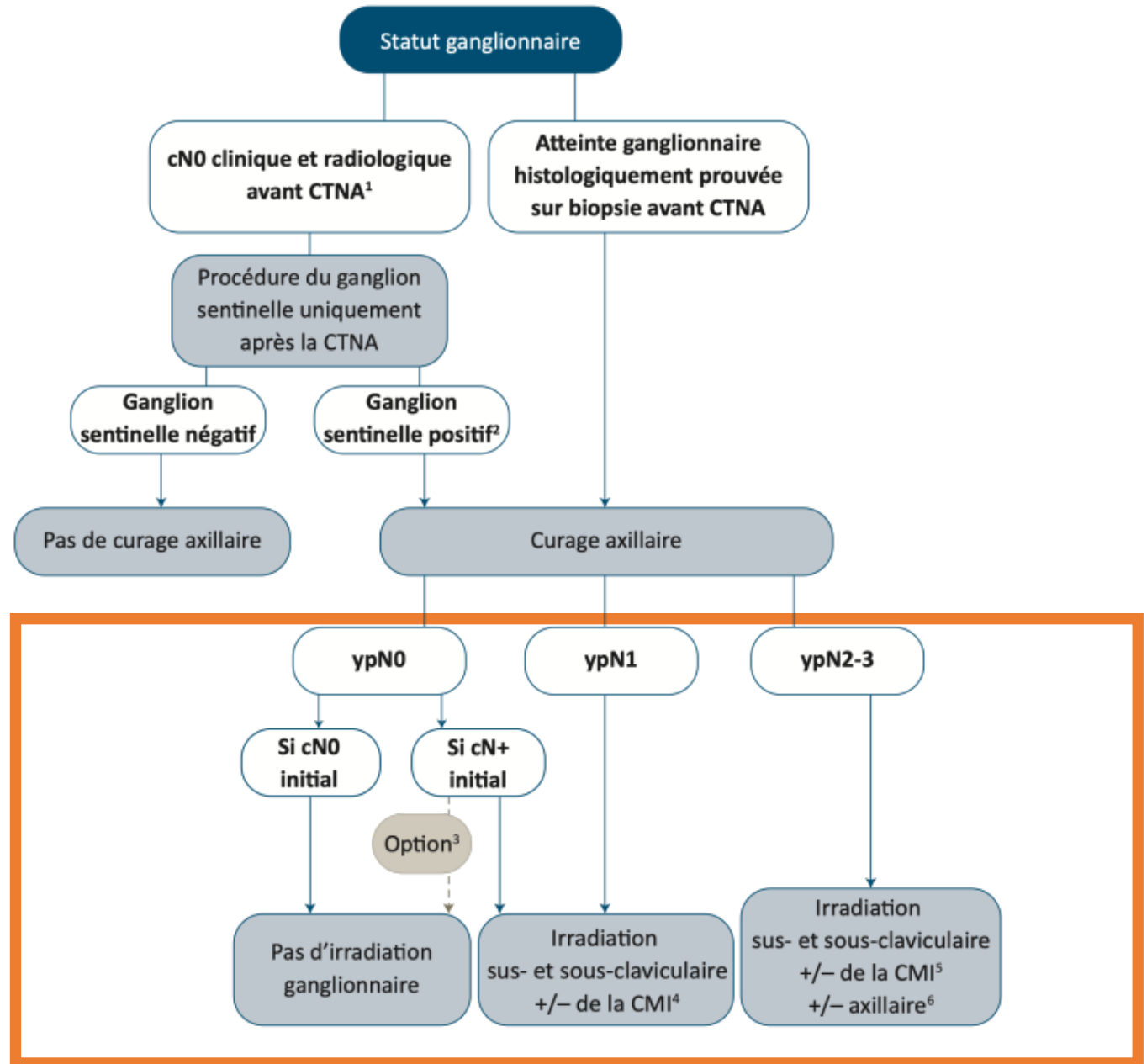
### ❑ **ypN1 :**

- Irradiation sus et sous claviculaire recommandée
- CMI ? Si tumeur centrale ou interne / atteinte CMI au TEP-TDM / bénéfice-risque (facteurs de mauvais pronostic et la toxicité cardio-pulmonaire)

### ❑ **ypN2N3**

- Irradiation sus et sous claviculaire +/- CMI (Si tumeur centrale ou interne / atteinte CMI au TEP-TDM / bénéfice-risque (facteurs de mauvais pronostic et la toxicité cardio-pulmonaire)
- Irradiation axillaire : discussion RCP si envahissement GG majeur

# IRRADIATION GANGLIONNAIRE APRÈS CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE ET CHIRURGIE



Arbre 9

# CHAPITRE 5 :

# SURVEILLANCE

## SURVEILLANCE DES COMPLICATIONS DES TRAITEMENTS LOCORÉGIONAUX

### Préventions des complications générales

- Minimiser la dose aux organes cibles et leurs volumes irradiés
- Activité Physique adaptée et règles hygiéno-diététiques
- Lutter contre la sédentarité et l'obésité

### Préventions des complications cardiovasculaires et pulmonaires

- Sevrage tabagique

### Complications thyroïdiennes

- Surveillance des signes d'hypothyroïdie pouvant survenir à distance surtout en cas de radiothérapie sus-claviculaire
- Exploration de la fonction thyroïdienne en cas de symptômes

## SURVEILLANCE DES COMPLICATIONS DES TRAITEMENTS LOCORÉGIONAUX

### Syndrome douloureux post-mastectomie

- Il est rappelé que, contrairement à ce que son nom indique, le syndrome douloureux post-mastectomie peut également toucher les patientes ayant bénéficié d'une chirurgie conservatrice.
- En prévention lors de la chirurgie, en plus de l'anesthésie générale, une analgésie locorégionale est recommandée ([Avis d'experts](#)).
- En cas de douleurs ou d'anxiété, le recours aux soins de support est recommandé le plus précocement possible en préopératoire et postopératoire ([Grade B](#)).
- Une autorééducation suite à la chirurgie et une mobilisation précoce de l'épaule et du membre supérieur sont recommandées dans l'objectif de récupérer une mobilité correcte rapidement ([Avis d'experts](#)).

## MODALITÉS DE SURVEILLANCE APRÈS UN PREMIER CANCER DU SEIN TRAITÉ (CLINIQUE, IMAGERIE)

- Surveillance = examen clinique et radiologique (mammographie +/- échographie)
- Si anomalie clinique = bilan radiologique complet (mammographie + échographie)
  
- Rythme de surveillance :
  - Examen clinique : **tous les 6 mois pendant 5 ans puis annuel à vie**
  - Mammographie : **annuelle à vie**
  
- Echographie : seins denses, anomalie clinique ou mammographique
- Le dosage de marqueurs tumoraux n'est pas recommandé**
- En cas de sein reconstruit par prothèse :
  - surveillance clinique +++
  - Echographie si suspicion de rupture
  - IRM pour confirmer le diagnostic si échographie suspecte

<sup>13</sup> Dépistage et prévention du cancer du sein - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Haute Autorité de santé. Février 2015.

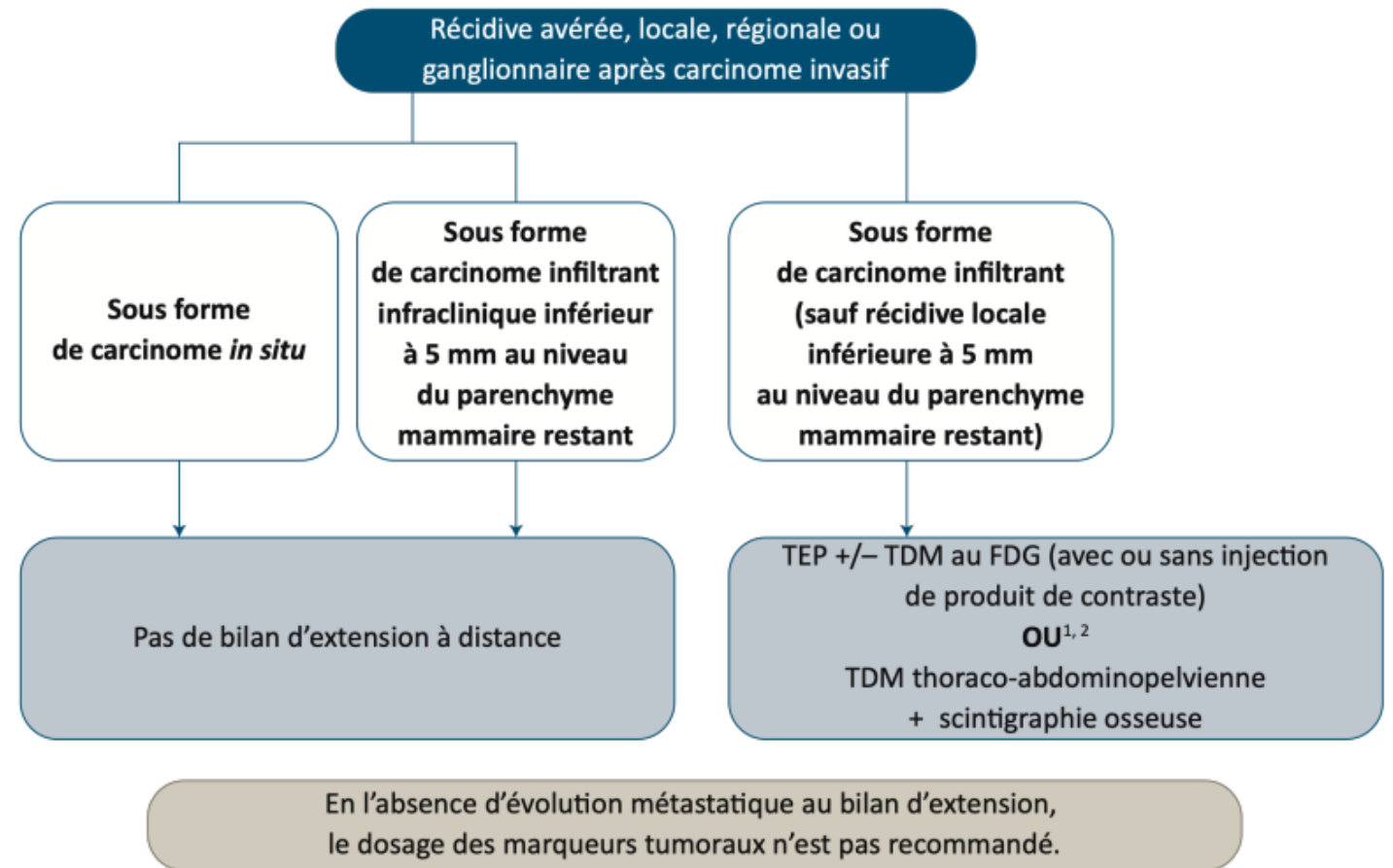
<sup>14</sup> Synthèse - Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Haute Autorité de santé. Mars 2014.

<sup>15</sup> Dépistage et prévention du cancer du sein - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Haute Autorité de santé. Février 2015.

## CHAPITRE 6 :

# TRAITEMENT DE LA RÉCIDIVE LOCALE ET/OU RÉGIONALE

BILAN D'EXTENSION DANS  
LE CAS D'UNE RÉCIDIVE  
AVÉRÉE LOCALE,  
RÉGIONALE OU  
GANGLIONNAIRE APRÈS  
CARCINOME INVASIF





# TRAITEMENT DE LA RÉCIDIVE LOCALE ET/OU REGIONALE

## GESTION DE L'AISELLE DANS LE CAS DE LA RÉCIDIVE

- Très peu de données, faible niveau de preuve
- Tous les cas de rechutes locorégionales doivent être discutés en RCP pré-thérapeutique avec l'ensemble du bilan d'extension**
  
- Si GS :
- Injection des traceurs en péri-tumoral et/ ou péri-aréolaire
- Dose de Tc augmentée >180 mBq**
- Le **même jour** que la chirurgie
- Double** marquage
- Lymphoscintigraphie** (drainage aberrant)

# TRAITEMENT DE LA RÉCIDIVE LOCALE ET/OU REGIONALE

## GESTION DE L'AISELLE DANS LE CAS DE LA RÉCIDIVE

### Après un curage axillaire

- La recherche du GS est recommandée si en cas de **GS+ une modification de la PEC est envisagée**
- Si le statut du GS ne modifie pas la PEC **aucun prélèvement ganglionnaire n'est recommandé**
  - Si atteinte ganglionnaire avérée = Adénectomie (Avis d'experts)
  - Si drainage aberrant : geste ganglionnaire laissé à l'appréciation du chirurgien (Avis d'experts)
  - Si GS+ ou échec de la technique : exploration per-opératoire et ablation de ganglions suspects (Avis d'experts)

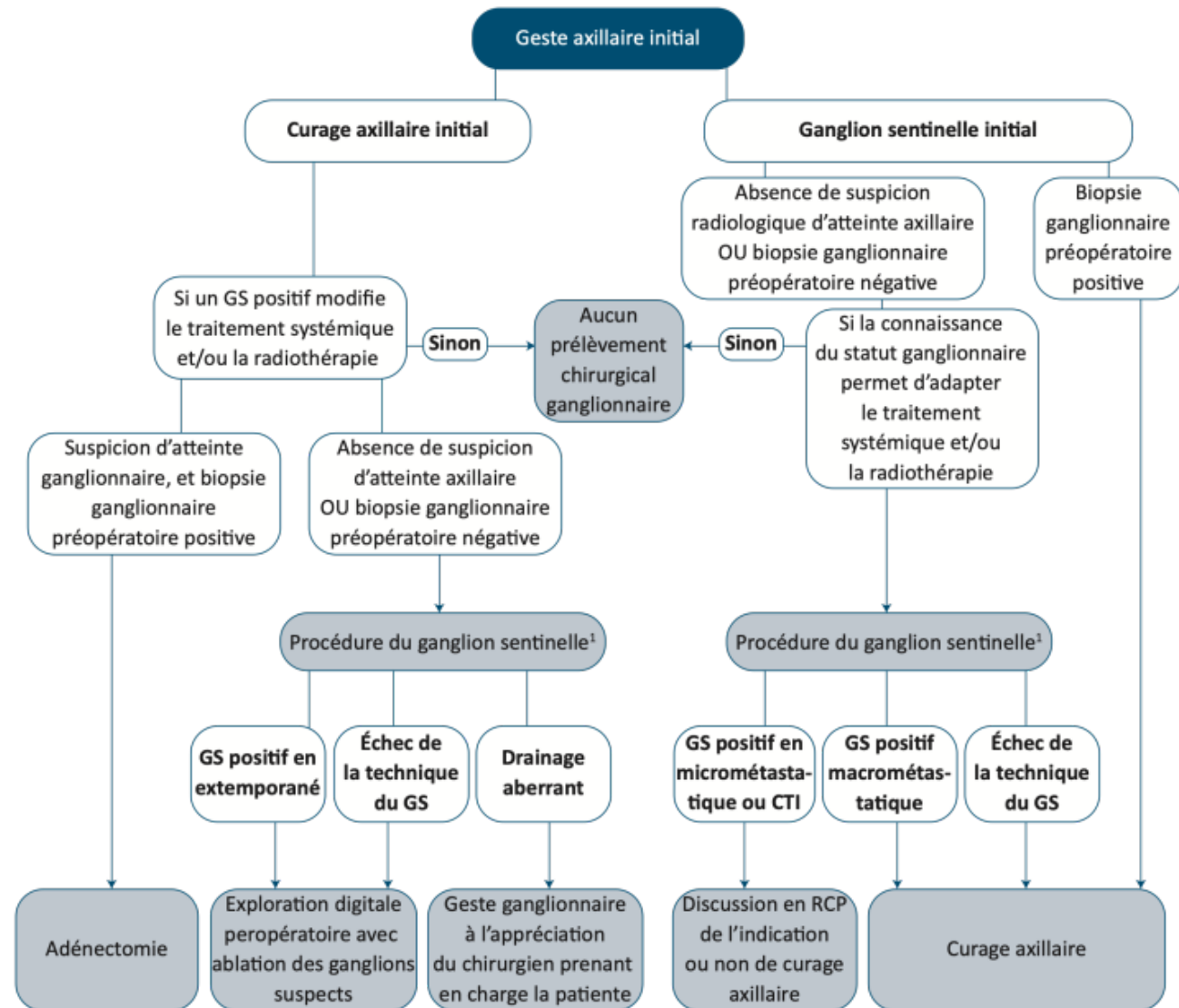
# TRAITEMENT DE LA RÉCIDIVE LOCALE ET/OU REGIONALE

## GESTION DE L'AISELLE DANS LE CAS DE LA RÉCIDIVE

### Après un ganglion sentinelle initial

- Le curage axillaire n'est pas systématique, une recherche du GS peut être proposé
- En cas de biopsie ganglionnaire pré-opératoire positive, un curage axillaire est proposé
  
- En cas de cN0 ou Biopsie GG négative
  - un GS est recommandé après discussion en RCP, si la connaissance du statut GG modifie la PEC (tt adjuvants)
  - si GS macrométastatique ou si échec de la technique un curage axillaire est recommandé
  - si GS micrométastatique ou CTI l'indication d'un curage axillaire est discuté en RCP

# GESTION DE L'AISELLE DANS LE CAS DE LA RÉCIDIVE



Tous les cas de rechutes locorégionales et de prises en charge chirurgicales doivent être discutés en RCP préthérapeutique sur la base des éléments complets du bilan d'extension.

Arbre 11

# TRAITEMENT DE LA RÉCIDIVE LOCALE ET/OU REGIONALE

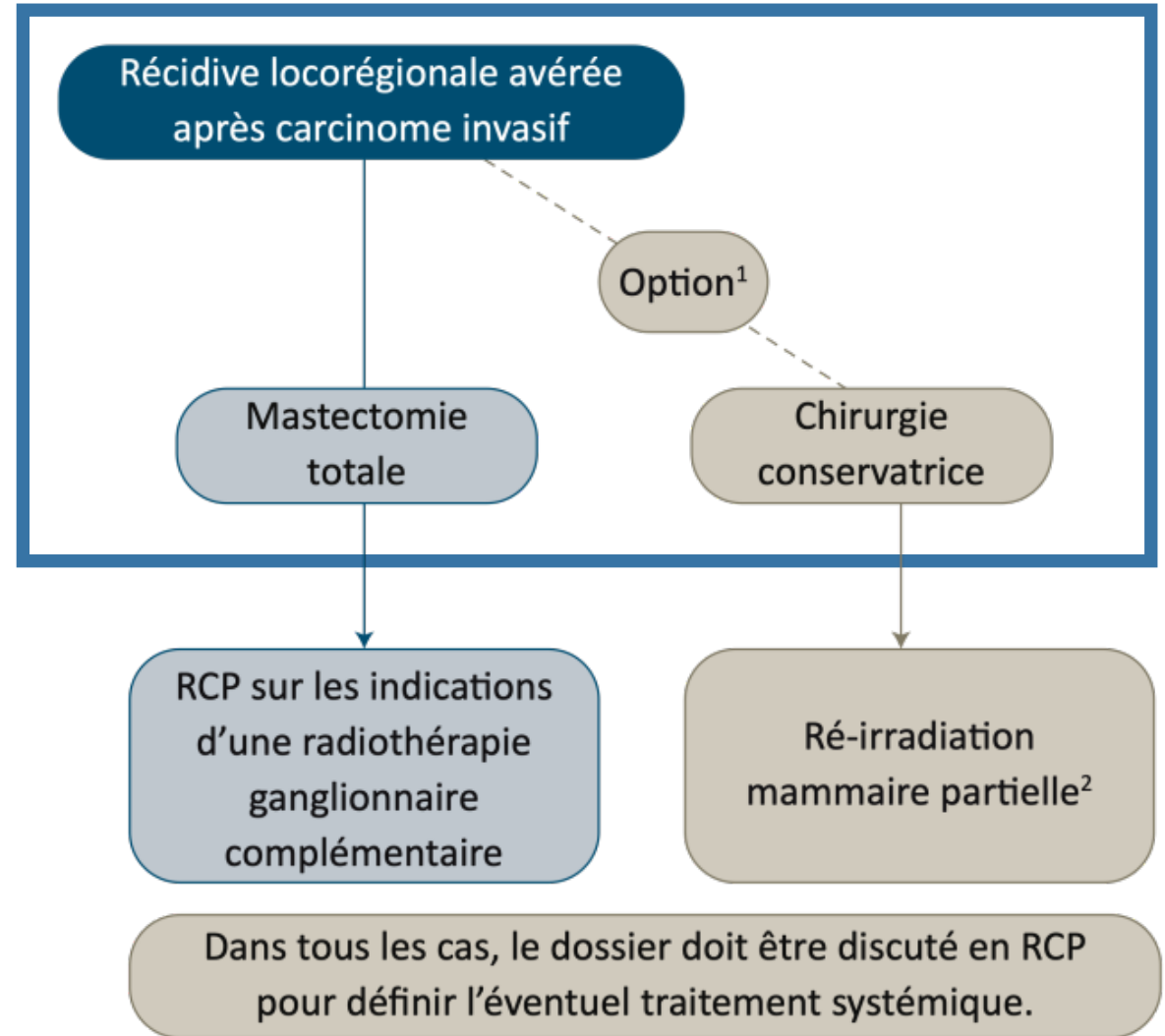
## TRAITEMENT CHIRURGICAL MAMMAIRE (MASTECTOMIE DE RATRAPAGE ET 2E TRAITEMENT CONSERVATEUR) ET PLACE DE LA RADIOTHERAPIE DANS LE CAS DE LA RÉCIDIVE

Pour l'ensemble des recommandations, les niveaux de preuve sont de bas grade.

- Il est rappelé qu'en cas de récurrence locale, la mastectomie totale est recommandée comme traitement de référence<sup>17</sup>.
- Un deuxième traitement conservateur avec radiothérapie peut être proposé après discussion en RCP, avec des résultats semblant identiques sur la survie globale et survie sans récurrence en comparaison avec la mastectomie, avec en revanche un taux de complications, notamment esthétiques, élevé (Grade C). Il est à réserver aux patientes n'ayant pas de facteur de risque de 2<sup>de</sup> récurrence/facteurs de mauvais pronostic (Grade C) :
  - délai entre la chirurgie de la tumeur primaire et le diagnostic de la récurrence supérieur à 5 ans ;
  - taille inférieure à 2 cm ;
  - type non lobulaire ;
  - unifocal ;
  - grade 1 ou 2 ;
  - excision complète ;
  - pas de CCIS étendu associé ;
  - âge supérieur à 50 ans ;
  - statut ganglionnaire N0.

<sup>17</sup> NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. Version 2.2022 – December 20, 2021.

TRAITEMENT CHIRURGICAL  
MAMMAIRE (MASTECTOMIE DE  
RATTRAPAGE ET 2E TRAITEMENT  
CONSERVATEUR) ET PLACE DE LA  
RADIOTHÉRAPIE DANS LE CAS DE LA  
RÉCIDIVE



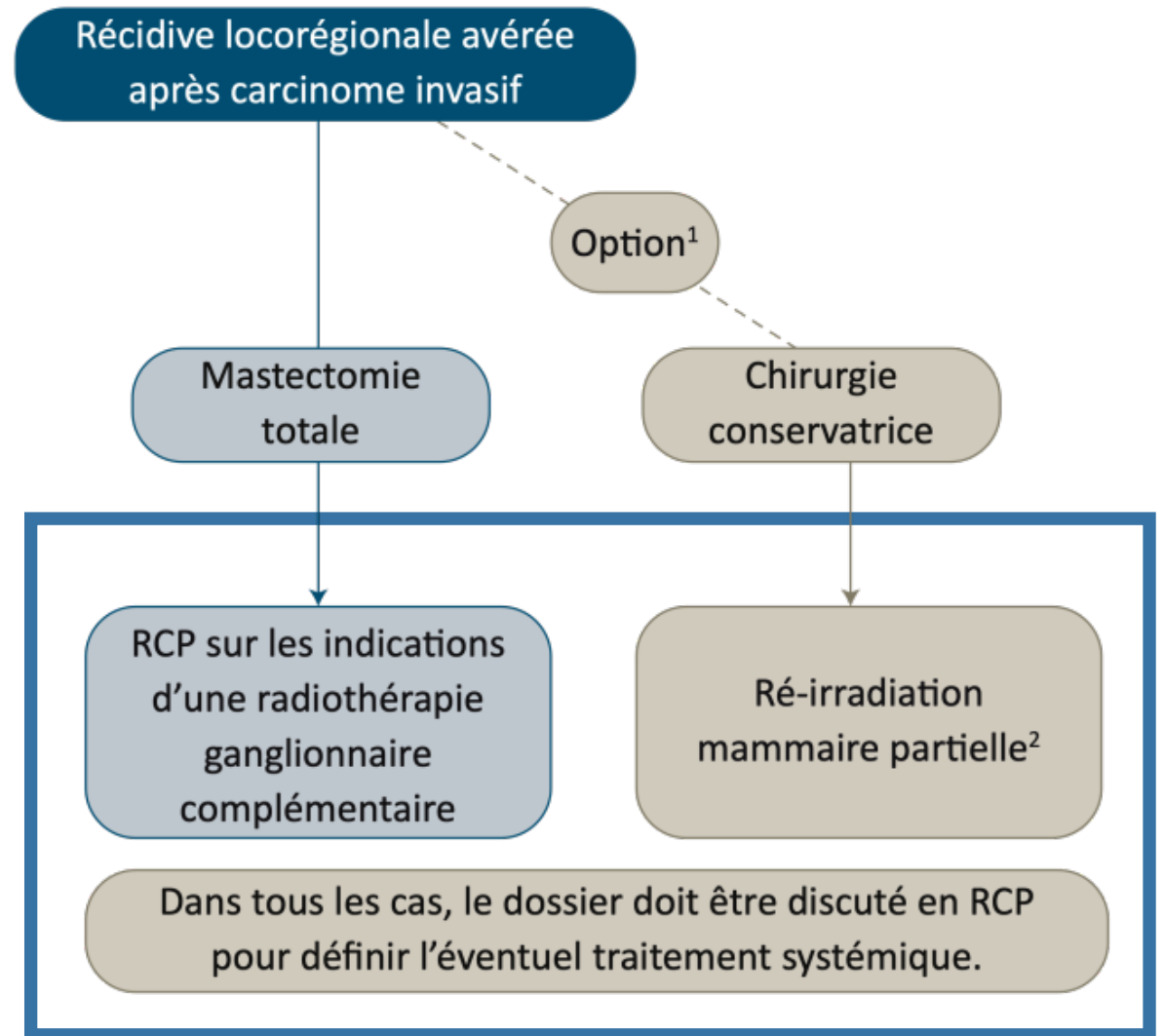
Arbre 12

# TRAITEMENT DE LA RÉCIDIVE LOCALE ET/OU REGIONALE

## TRAITEMENT CHIRURGICAL MAMMAIRE (MASTECTOMIE DE RATTRAPAGE ET 2E TRAITEMENT CONSERVATEUR) ET PLACE DE LA RADIOTHÉRAPIE DANS LE CAS DE LA RÉCIDIVE

- La réalisation d'une deuxième chirurgie conservatrice sans radiothérapie sur le sein n'est pas recommandée puisqu'elle diminue de façon significative la survie globale et spécifique par rapport à la mastectomie de rattrapage sans radiothérapie ([Grade C](#)).
- Une discussion en RCP est recommandée :
  - en cas de mastectomie, pour discuter l'indication d'une radiothérapie ganglionnaire complémentaire ([Avis d'experts](#)) ;
  - dans tous les cas, pour discuter l'éventuelle indication d'un traitement systémique ([Avis d'experts](#)).

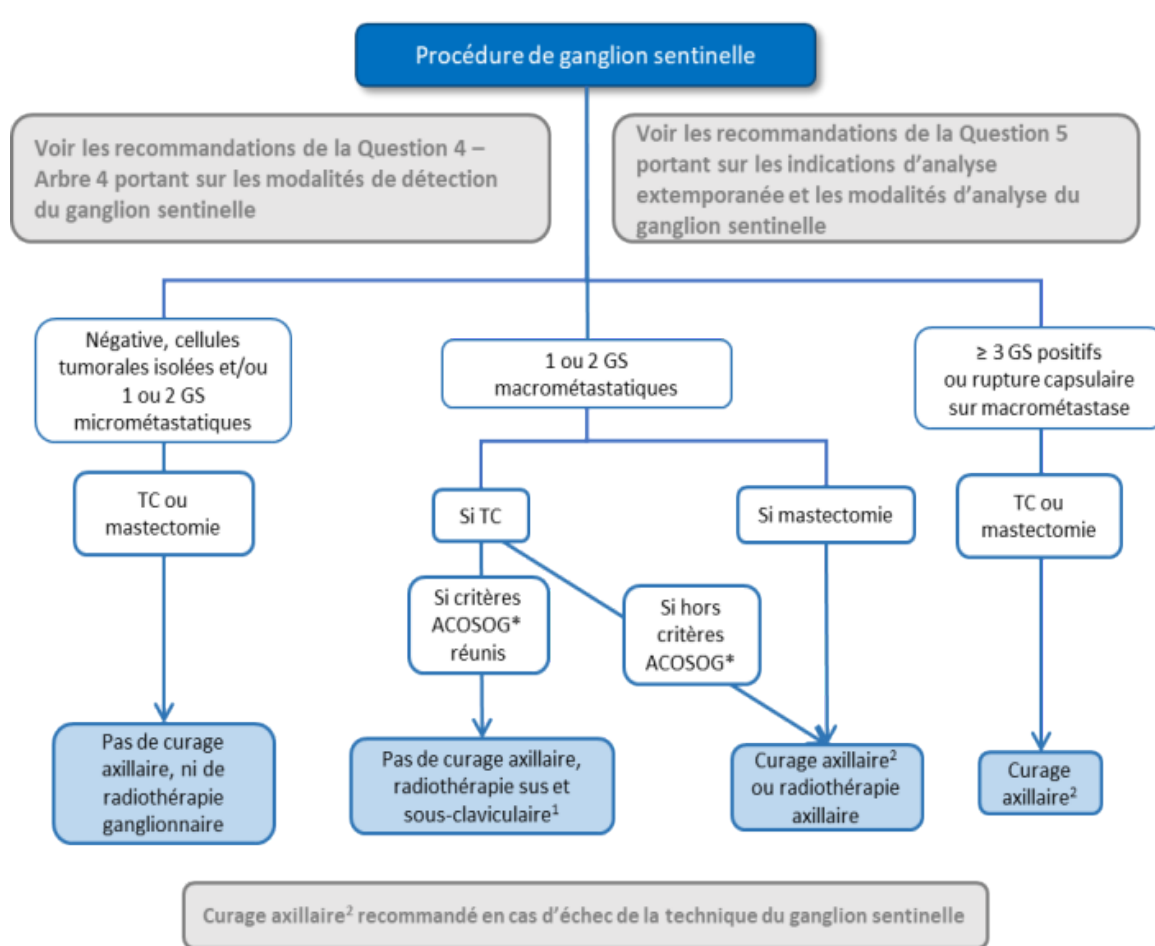
TRAITEMENT CHIRURGICAL  
MAMMAIRE (MASTECTOMIE DE  
RATTRAPAGE ET 2E TRAITEMENT  
CONSERVATEUR) ET PLACE DE LA  
RADIOTHÉRAPIE DANS LE CAS DE LA  
RÉCIDIVE



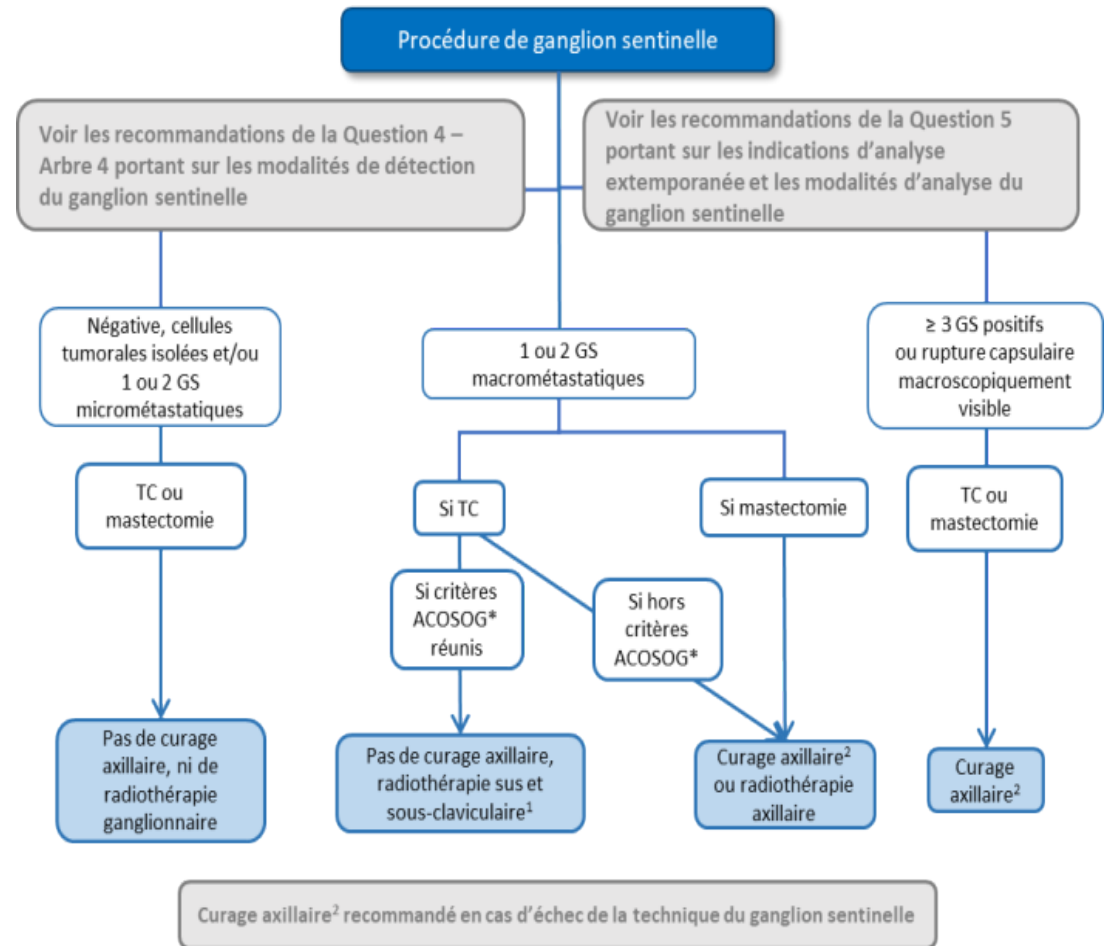
Arbre 12



# GS ET RUPTURE CAPSULAIRE : ERRATUM

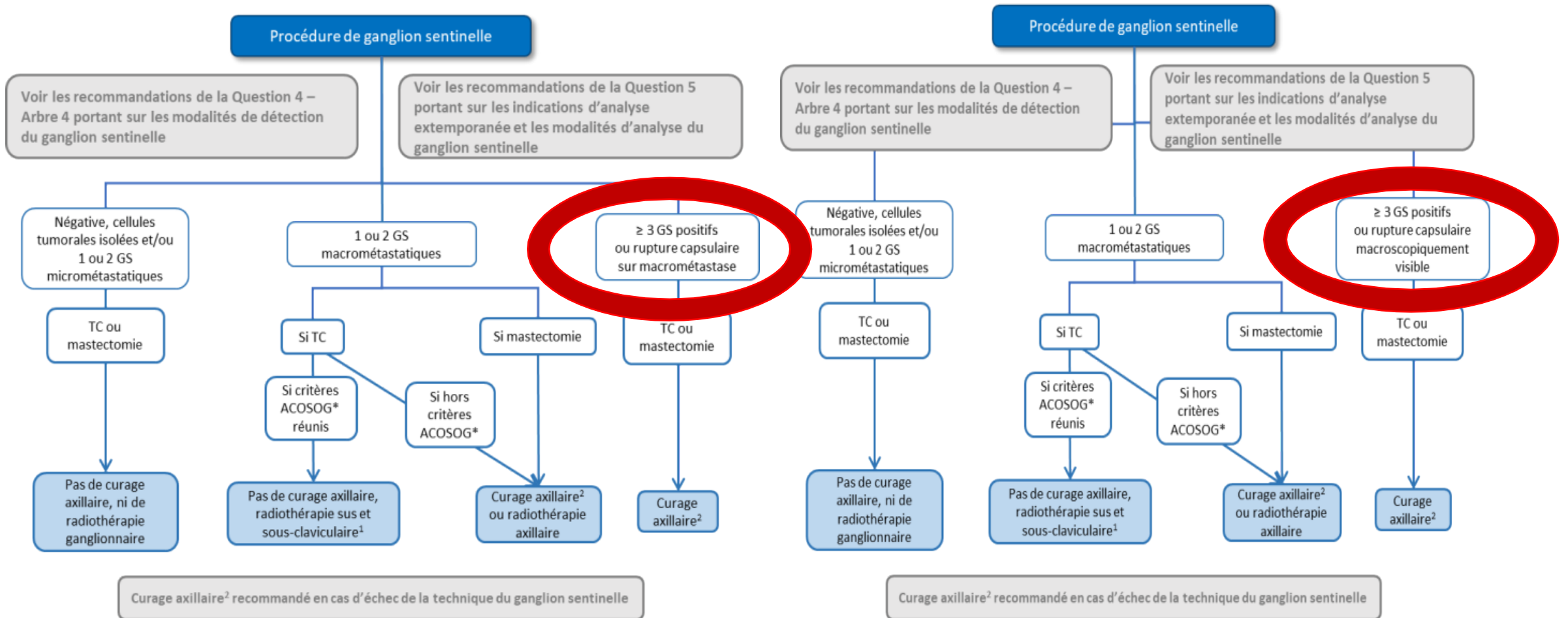


LYON 2021



NICE 2022

# GS ET RUPTURE CAPSULAIRE : ERRATUM



LYON 2021

NICE 2022

- ❑ Critères d'exclusion d'ACOSOG 0011
  - Gross extranodal disease = envahissement macroscopique GG
  - Matted Nodes : paquets de GG accolés
- ❑ Rupture ou effraction capsulaire : microscopic extra-capsular extension
- ❑ **La rupture capsulaire sur 1 ou 2 GS macrométastatiques n'est plus une indication de curage axillaire**

# Remerciements

- Dr ASAD-SYED Maryam, radiologue, Institut Bergonié et cabinet libéral, Bordeaux
- Dr BELLIERE Aurélie, oncologue radiothérapeute, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
- Dr BLOCK Véronique, pharmacienne, Réseau régional de cancérologie Grand Est, Nancy
- Dr CARRABIN Nicolas, gynécologue obstétricien, Clinique Charcot, Sainte-Foy-les-Lyon
- Dr CEUGNART Luc, radiologue, Centre Oscar Lambret, Lille
- Dr CHAUVET Marie-Pierre, gynécologue obstétricien, Centre Oscar Lambret, Lille
- Dr CHEREAU Elisabeth, gynécologue obstétricien, Hôpital Privé Beauregard, Hôpital Saint Joseph et Clinique Juge, Marseille
- Dr DE PONCHEVILLE Loïc, gynécologue obstétricien, Clinique de l'Atlantique, La Rochelle
- Dr DUQUESNE Maud, gynécologue obstétricien, Centre Antoine Lacassagne, Nice
- Dr FAURE Christelle, gynécologue obstétricien, Centre Léon Bérard, Lyon
- Dr FOURQUET Alain, oncologue radiothérapeute, Institut Curie, Paris
- Mme GALLIER Véronique, kinésithérapeute, Hôpital Cognacq Jay, Paris
- Dr GENRE Chantal, radiologue, cabinet privé et clinique, Tours
- Dr GROHEUX David, médecin nucléaire, Hôpital Saint-Louis, Paris, Centre d'imagerie radio-isotopique, La Rochelle
- Dr GUIU Séverine, oncologue médical, Institut du cancer, Montpellier

- Pr HENNEQUIN Christophe, oncologue radiothérapeute, Hôpital Saint-Louis, Paris
- Pr HINDIE Elif, médecin nucléaire, CHU, Bordeaux
- Dr JALAGUIER-COUDRAY Aurélie, radiologue, Institut Paoli Calmettes, Marseille
- Dr KLEIN Isabelle, médecin coordonnateur, Réseau régional de cancérologie Grand Est, Nancy
- Dr LE DU Fanny, oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes
- Dr LE SCODAN Romuald, oncologue radiothérapeute, Centre Hospitalier Privé Saint-Grégoire, Saint-Grégoire
- Dr MACGROGAN Gaëtan, anatomocytologiste, Institut Bergonié, Bordeaux
- Dr MATHIEU Marie-Christine, anatomocytologiste, Gustave Roussy, Villejuif
- Dr MINA William, oncologue médical, Institut du Cancer Courlancy, Reims
- Dr PASQUIER David, oncologue radiothérapeute, Centre Oscar Lambret, Lille
- Pr PETIT Thierry, oncologue médical, Centre Paul Strauss, Strasbourg
- Dr RACADOT Séverine, oncologue radiothérapeute, Centre Léon Bérard, Lyon
- Dr RIMAREIX Françoise, chirurgien plasticien et sénologue, Gustave Roussy, Villejuif
- Dr SOLER Claude, médecin nucléaire, Centre d'Imagerie Nucléaire, Saint-Etienne
- Dr STERKERS Nicolas, chirurgien général, Polyclinique Urbain V, Avignon
- Dr VIGNES Stéphane, médecin interniste, Hôpital Cognacq-Jay, Paris

## COORDINATION DU PROJET PAR L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

- GABREL Lydie, chef de projets au département Bonnes Pratiques (jusqu'en mai 2020)
- MOROIS Sophie, chef de projets au département Bonnes Pratiques (à partir de mai 2020 et jusqu'en juillet 2021)
- OUDENOT Héléna, chef de projets au département Bonnes Pratiques (à partir de septembre 2020)
- MHEDBI Nadia, chef de projets au département Bonnes Pratiques (à partir de novembre 2020)
- DUPERRAY Marianne, directrice de la Direction des Recommandations et du Médicament
- VERMEL Christine, responsable de la Mission qualité et conformité de l'expertise