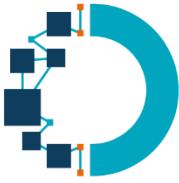


Filière des cancers de l'ovaire

27 novembre 2025

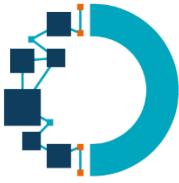
Hélène Théophile – Véronique Bousser

Réunion 3C



Ordre du jour

- Le contexte national : la réforme des autorisations
- La situation régionale
- Groupe de travail régional (GTR) cancers de l'ovaire : composition et objectifs
- La feuille de route du GTR cancers de l'ovaire
- État d'avancement
 - s/GT charte
 - s/GT RCP
- Lien priorisation actions collectives 3C

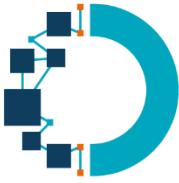


Contexte national

Cancers de l'ovaire

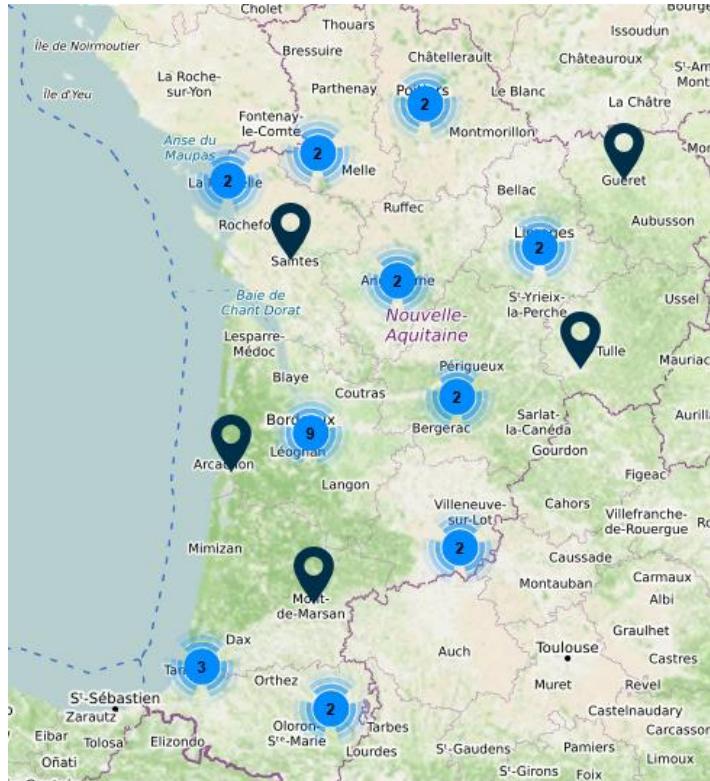
- Réforme des autorisations - Publication au JO du 27/04/2022
 - Création de la PTS Ovaire pour la chirurgie oncologique
 - Individualisation de la partie ovaire de la partie gynécologique

Etablissement de santé (ES)	Type de chirurgie autorisée
Mention A5	Chirurgie des cancers gynécologiques - hors chirurgie complexe ou de l'ovaire
Mention B5	<p>Exérèse A5 +</p> <p>Chirurgie des cancers gynécologiques complexes</p> <ul style="list-style-type: none">➢ Multiviscérale➢ Multidisciplinaire➢ Récidive des tumeurs malignes chez l'adulte➢ Chirurgie oncologique en zone irradiée
Mention B5 + PTS Ovaire	<p>Exérèse A5 +</p> <p>Exérèse B5 +</p> <p>Chirurgie des cancers de l'ovaire : cytoréduction complète + autres chirurgies de l'ovaire</p>

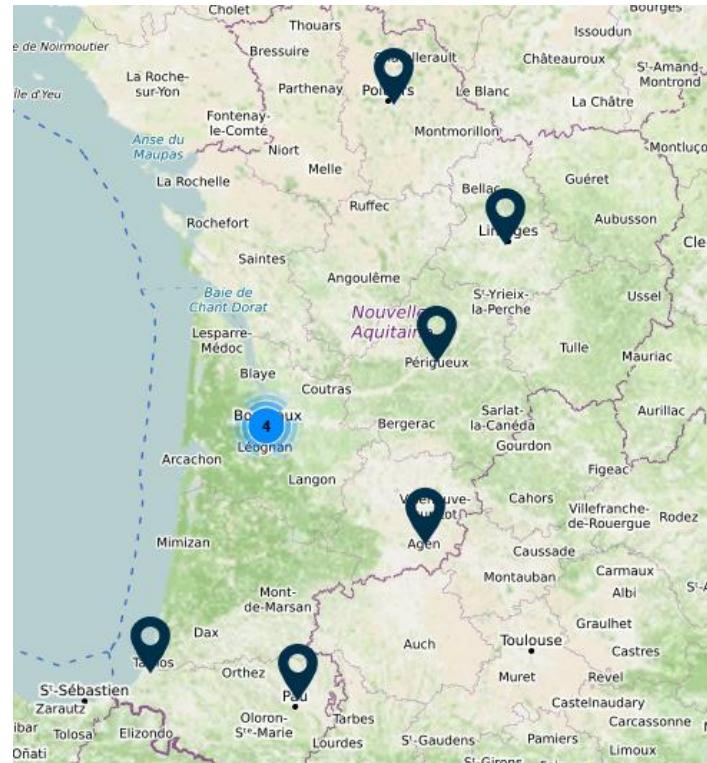


La situation régionale

Prise en charge chirurgicale des cancers de l'ovaire



33 ES autorisés en chirurgie des cancers gynécologiques (A5, B5, B5+PTS ovaire)



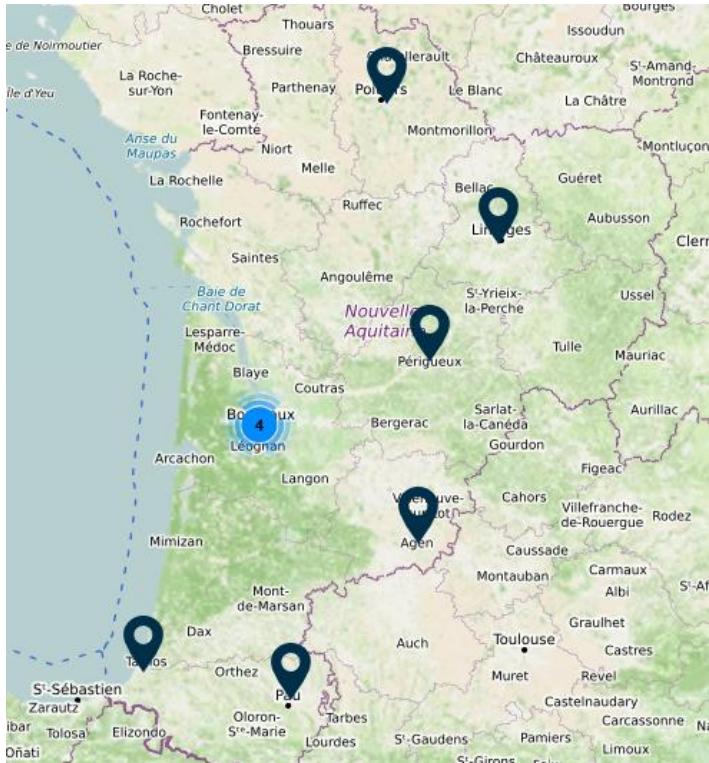
10 ES autorisés en chirurgie des cancers de l'ovaire (B5+PTS ovaire)

- Autorisations évolutives dans le temps
- Redéfinir le parcours de soins des patientes
- Besoin de coordination renforcée inter-établissements
- Volonté régionale ARS : structurer les filières des cancers de la femme en NA

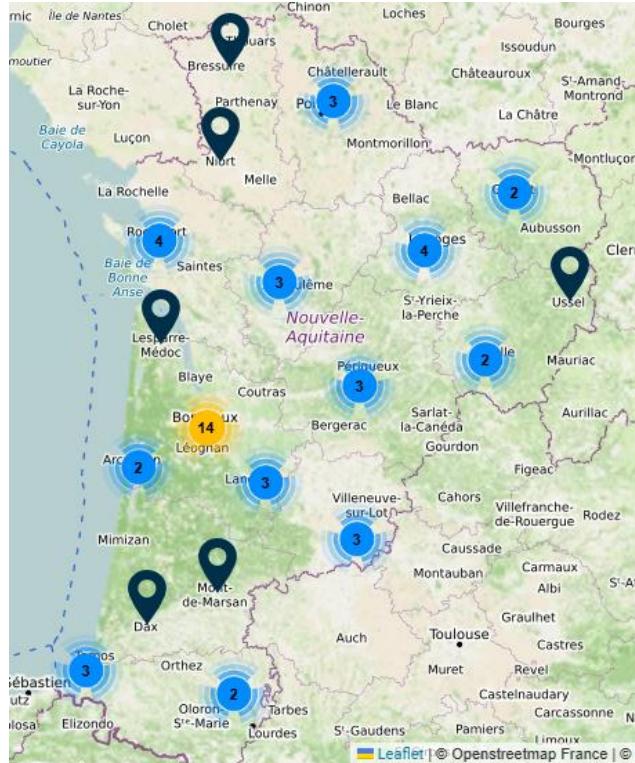


La situation régionale

Chirurgie et TMSC dans les cancers de l'ovaire

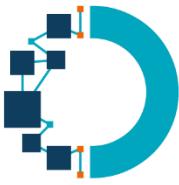


10 ES autorisés en chirurgie des
cancers de l'ovaire
(B5+PTS ovaire)



54 ES autorisés pour les traitements
médicamenteux systémiques du cancer
(mention A)

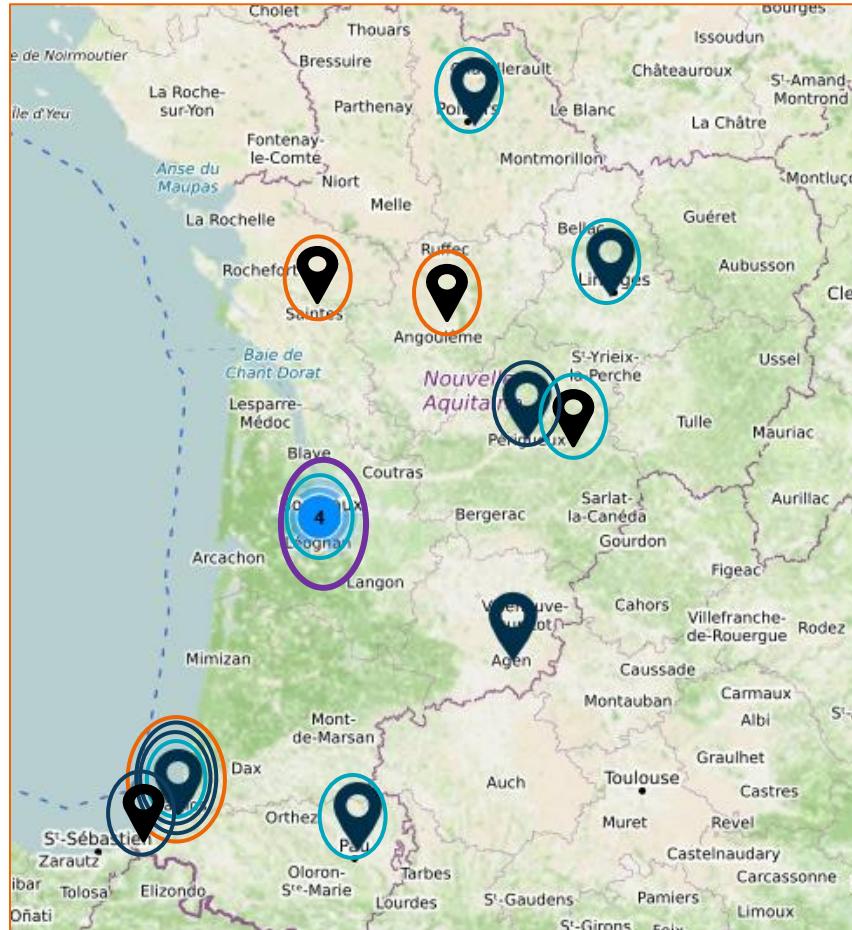
- Redéfinir le parcours de soins des patientes
- Besoin de coordination renforcée inter-établissements



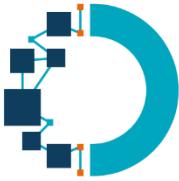
GTR filière cancers de l'ovaire

Composition

- 23 médecins
 - 15 chirurgiens gynécologiques
 - 6 oncologues médicaux
 - 1 radiologue
 - 1 médecin 3C
- + participation ARS
- 17 ES dans 7 départements de la NA
 - 8 publics
 - 1 CLCC
 - 8 Privés



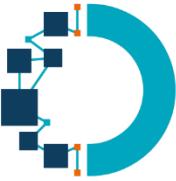
- 9 Mention B5 + PTS ovaire
- 3 Mention B5 sans PTS ovaire
- 1 Mention A5
- 4 Sans mention chirurgie gynécologique (TMSC)



GTR filière des cancers de l'ovaire

Objectifs

- Objectif global du GTR:
 - Structurer la filière afin de fluidifier le parcours de soins et d'optimiser les délais de prise en charge des patientes atteintes de cancers de l'ovaire
- Missions
 - Organiser la coordination entre les ES avec la PTS ovarie et les autres ES qui prennent en charge ces patientes, à chaque étape du parcours de soins
 - Favoriser la coopération entre les ES avec la PTS ovarie et les autres ES qui prennent en charge ces patientes

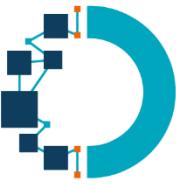


GTR filière cancers de l'ovaire

Feuille de route

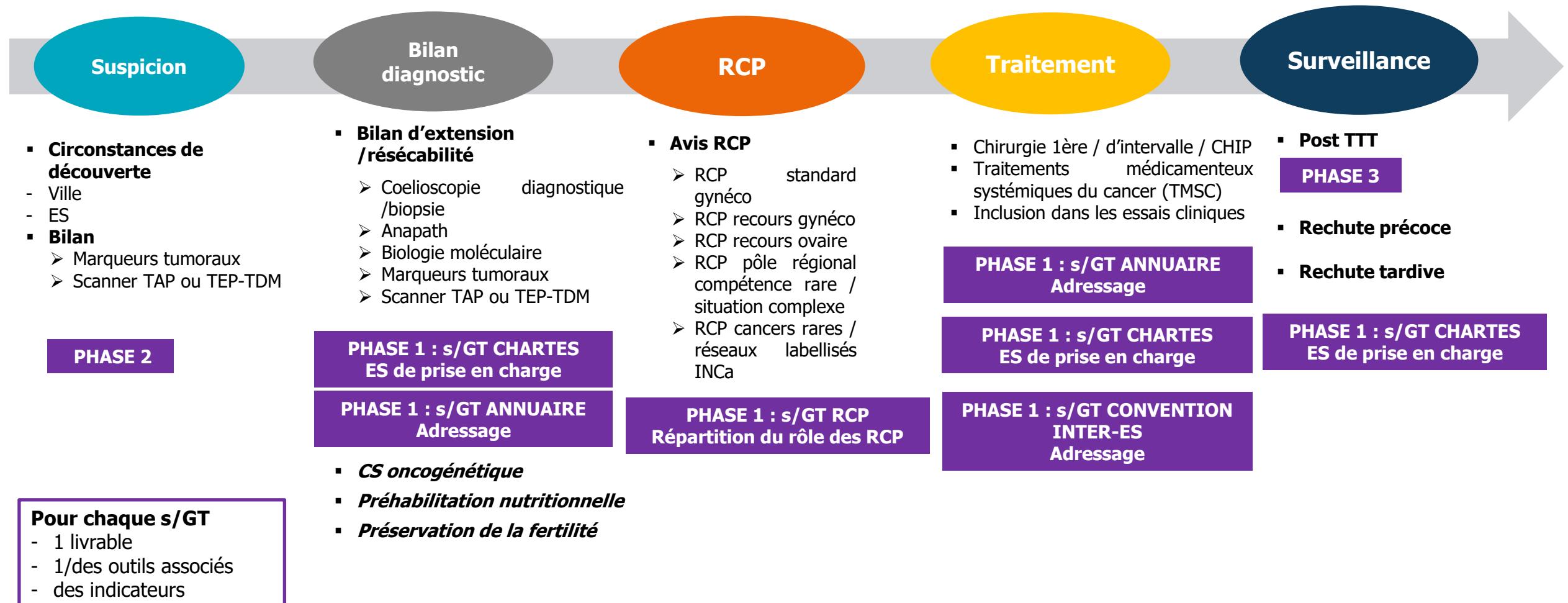
1ère réunion le 16 juin 2025 : recueil des besoins

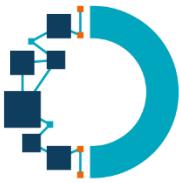
- ✓ 4 Axes de travail <=> 4 sous-groupes de travail
 - Élaboration d'une charte régionale
 - Objectif : structurer l'organisation régionale avec des règles partagées entre différents centres autorisés pour définir qui fait quoi aux différentes étapes du parcours de soins
 - Chartes Onco PACA-Corse et Occitanie pour les centres B5 avec PTS Ovaire et A5/B5 sans PTS
 - Organisation et gradation des RCP dans les cancers de l'ovaire
 - Objectif : répartir le rôle des RCP de la région permettant de rendre un avis sur la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, y compris la gestion des cas complexes à l'échelle régionale
 - Elaboration d'une trame type conventions inter-établissements
 - Objectif : formaliser les parcours inter-ES
 - Création d'un annuaire régional des référents
 - Objectif : accéder rapidement aux contacts régionaux afin de faciliter l'orientation des patientes et améliorer la coordination entre professionnels



Organisation des groupes de travail

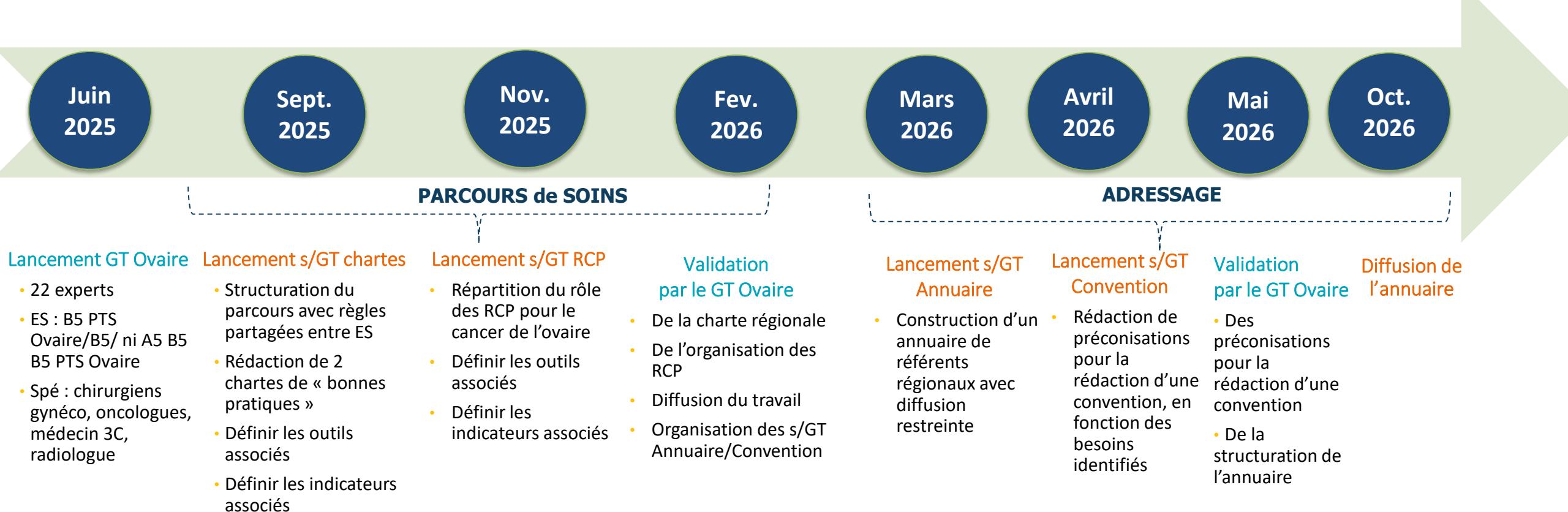
Objectif global : Structurer la filière afin de fluidifier le parcours de soins et d'optimiser les délais de prise en charge des patientes atteintes de cancers de l'ovaire en Nouvelle-Aquitaine, en favorisant la coordination inter-établissements de santé (ES)

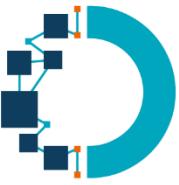




Organisation des groupes de travail

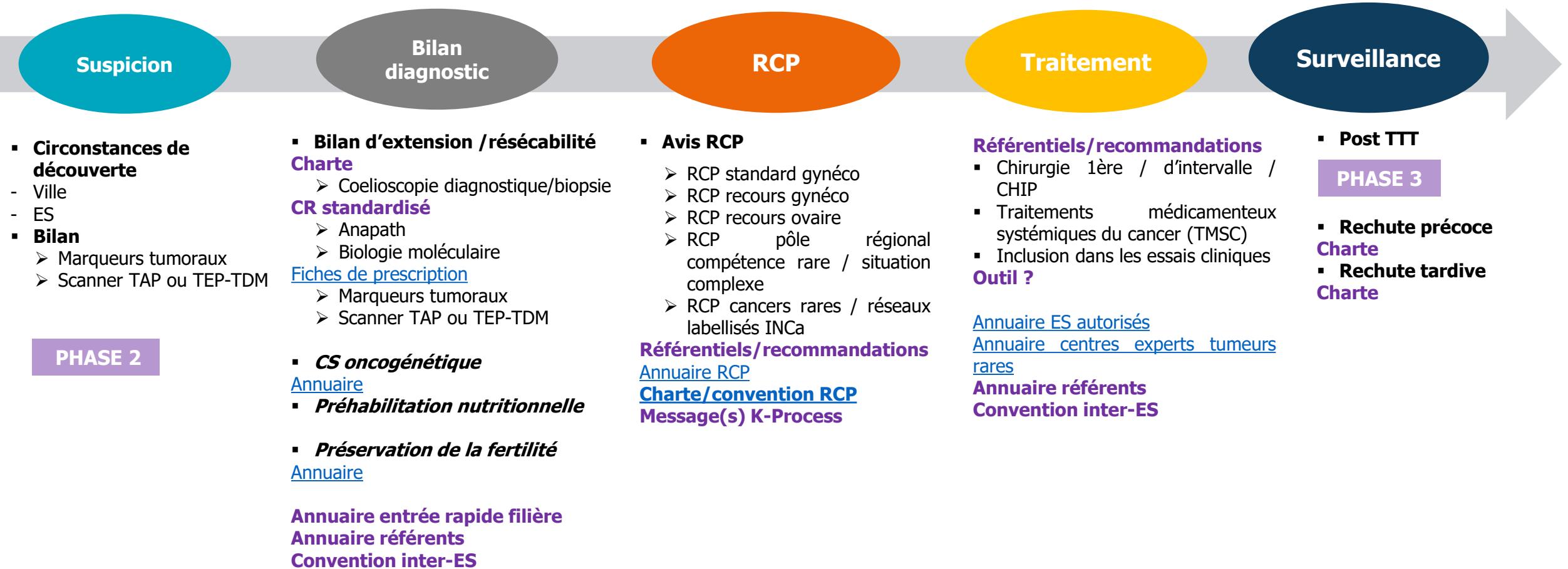
Calendrier prévisionnel

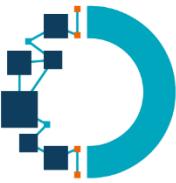




Outils disponibles ou à créer

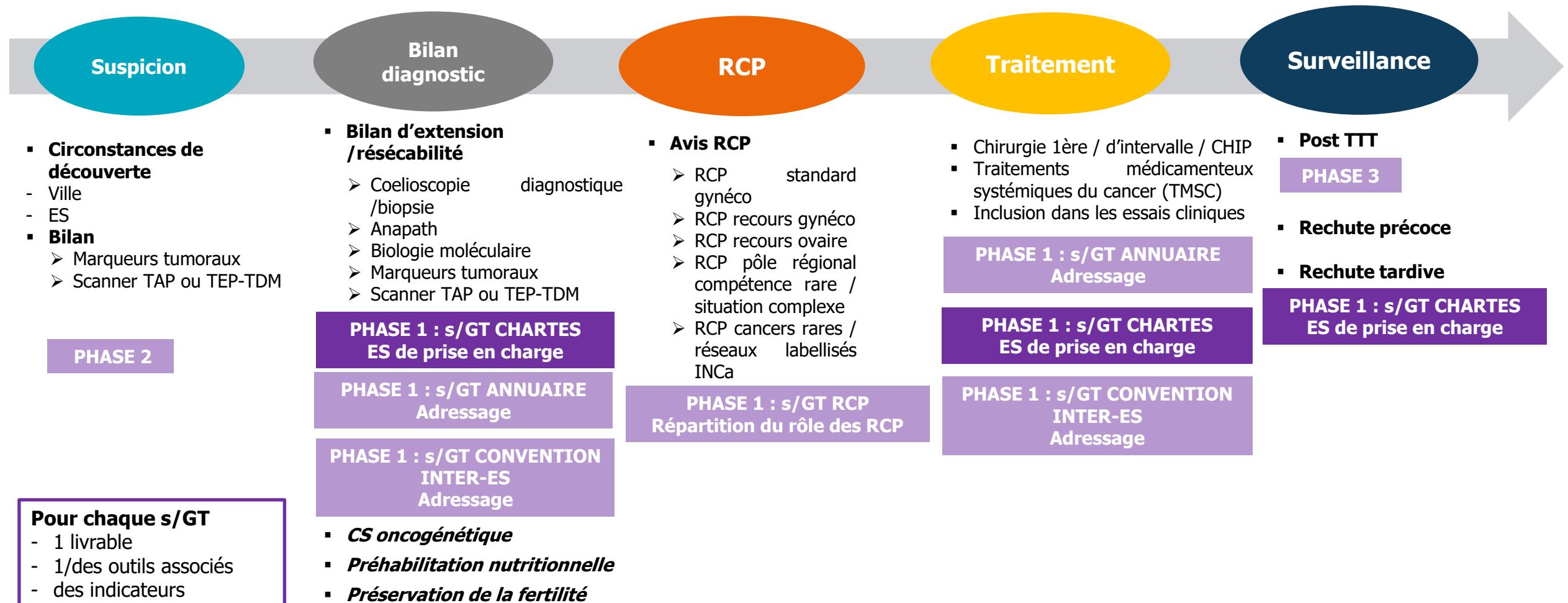
Objectif global : Structurer la filière afin de fluidifier le parcours de soins et d'optimiser les délais de prise en charge des patientes atteintes de cancers de l'ovaire en Nouvelle-Aquitaine, en favorisant la coordination inter-établissements de santé (ES)





s/GT charte

Objectif global : Structurer la filière afin de fluidifier le parcours de soins et d'optimiser les délais de prise en charge des patientes atteintes de cancers de l'ovaire en Nouvelle-Aquitaine, en favorisant la coordination inter-établissements de santé (ES)



CHARTE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES SUSPECTES DE PRÉSENTER UN CANCER DE L'OVaire



1

La prise en charge d'une patiente suspecte de présenter un cancer de l'ovaire est une urgence diagnostique et thérapeutique si une carcinose péritonéale est suspectée.

2

Le bilan diagnostique doit comporter :

- un dosage des marqueurs tumoraux (au minimum CA 125, ACE et CA 19-9) ;
- un scanner TAP avec injection (sous réserve d'une fonction rénale normale) ;
- une coelioscopie diagnostique.

3

La coelioscopie diagnostique peut être effectuée dans un centre non-autorisé, mais son compte-rendu et sa réalisation devront intégrer les éléments suivants :

- une description exhaustive de l'étendue des lésions, région par région, illustrée par un score de Fagotti et un score d'extension péritonéale de Sugarbaker (PCI) ;
- des supports iconographiques exportables (photos +/- vidéos) ;
- des prélèvements suffisamment importants pour le diagnostic et l'analyse moléculaire (mutation BRCA, HRD).
s'il n'y a pas de carcinose constatée, une annexectomie diagnostique peut être réalisée, avec extraction protégée.

Bilan diagnostic

4

Le bilan diagnostique (points 2 et 3) doit être réalisé sous 10 jours*.

5

Si un des éléments du bilan diagnostique ne peut être réalisé, la patiente sera référée au plus tôt en centre autorisé pour poursuivre la prise en charge.

*n'existant aucune recommandation concernant le délai optimal de prise en charge, il semble raisonnable dans ce contexte d'urgence diagnostique et thérapeutique, que le bilan soit réalisé sous 10 jours.

6

Lorsque le bilan diagnostique est complet, la patiente est adressée (sans attendre les résultats dans le cadre d'une carcinose) dans un centre autorisé pour décision thérapeutique et présentation de son dossier en RCP de recours (cette attitude est indiquée pour tous les stades, précoces _ I, II _ ou avancés_ III, IV).

7

L'autorisation ne portant que sur la prise en charge chirurgicale, le traitement de chimiothérapie défini par la RCP de recours pourra être envisagé dans le centre non autorisé ayant adressé la patiente, à condition qu'il soit autorisé à l'activité « traitements médicamenteux systémiques du cancer). En cas de chimiothérapie néoadjuvante, elle doit être débutée dans les 15 jours après la coelioscopie.

8

Dans le cas d'une prise en charge médico-chirurgicale « partagée », le programme personnalisé de soins sera établi dès la phase diagnostique, en concertation entre les 2 équipes, afin d'optimiser l'enchaînement des différentes phases thérapeutiques.

9

Si la chirurgie de cytoréduction n'est pas réalisée en initial (carcinose jugée non résécable d'emblée), son indication sera systématiquement discutée en RCP de recours après 3 cycles de chimiothérapie néo-adjuvante.

10

Dans le cas d'une suspicion de récidive de cancer de l'ovaire, la patiente est adressée à un centre autorisé afin de réaliser la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Récidive

Date et signature de l'établissement :

Logo de l'établissement :



CHARTE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES SUSPECTES DE PRÉSENTER UN CANCER DE L'OVaire POUR LES ÉTABLISSEMENTS A5 OU B5 SANS PTS OVAIRE

1

La prise en charge d'une patiente suspecte de présenter un cancer de l'ovaire est une urgence diagnostique et thérapeutique si une carcinose péritonéale est suspectée.

2

Le bilan diagnostique doit comporter :

- Un dosage des marqueurs tumoraux (au minimum CA 125, ACE et CA 19-9).
- Un scanner TAP ou TEP-TDM avec injection (sous réserve d'une fonction rénale normale).
- Une coelioscopie diagnostique.

3

La coelioscopie diagnostique peut être effectuée dans un centre non-autorisé, mais son compte-rendu et sa réalisation devront intégrer les éléments suivants :

- Mettre en place des trocarts sur la ligne médiane.
- Décrire de façon exhaustive l'étendue des lésions, région par région, illustrée par un score de Fagotti et un score d'extension péritonéale de Sugarbaker (PCI).
- Réaliser des supports iconographiques exportables (photos +/- vidéos).
- Faire des prélèvements suffisamment importants pour le diagnostic et l'analyse moléculaire (mutation BRCA, HRD).
- L'annexectomie diagnostique ne doit pas être réalisée, sauf en l'absence documentée de carcinose : dans ce cas une annexectomie avec extraction protégée pourra être envisagée.

4

La bilan diagnostique (points 2 et 3) devra être réalisé dans les 15^e jours suivant le premier examen suggérant la présence d'une carcinose péritonéale.

5

Si un des éléments du bilan diagnostique ne peut être réalisé, la patiente sera référée au plus tôt en centre autorisé pour poursuivre la prise en charge.

* Il n'existe aucune recommandation concernant le délai optimal de prise en charge, il semble raisonnable dans ce contexte d'urgence diagnostique et thérapeutique, que le bilan soit réalisé sous 15 jours.

RCP

PEC
partagée
Chir-
TMSC

RCP

6

Lorsque le bilan diagnostique est complet, le dossier doit être présenté par le praticien référent dans une RCP de recours « ovaire première Ligne » d'un centre B5 avec PTS Ovaire pour décision thérapeutique : cette attitude est indiquée pour tous les stades précoces une fois le diagnostic histologique fait, ainsi que pour les stades avancés

7

L'autorisation ne portant que sur la prise en charge chirurgicale, le traitement de chimiothérapie défini par la RCP de recours « ovaire première ligne » pourra être envisagé dans le centre d'origine ayant adressé la patiente, à condition qu'il soit autorisé à l'activité « traitements médicamenteux systémiques du cancer). En cas de chimiothérapie néoadjuvante, elle doit être débutée dans les 15 jours après la coelioscopie.

8

Dans le cas d'une prise en charge médico-chirurgicale « partagée », le programme personnalisé de soins est établi dès la phase diagnostique, en concertation entre les 2 équipes, afin d'optimiser l'enchaînement des différentes phases thérapeutiques. En cas de chirurgie première, la patiente doit être adressée à un centre autorisé « ovaire » sous 10 jours.

9

Si la chirurgie de cytoréduction n'est pas réalisée en initial (carcinose jugée non résécable d'emblée), son indication sera systématiquement discutée en RCP de recours « ovaire première ligne » après 3 cycles de chimiothérapie néo-adjuvante. La patiente sera vue dans le centre autorisé « ovaire » dans un délai de 4 à 6 semaines, avec une anticipation de la date opératoire à J30 du C3.

Date et signature de l'établissement :



CHARTE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES SUSPECTES DE PRÉSENTER UN CANCER DE L'OVaire



CHARTE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTES SUSPECTES DE PRÉSENTER UN CANCER DE L'OVaire



1 Tous les établissements autorisés respectent les critères ayant permis la délivrance de cette autorisation par l'ARS, conformément à l'arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

2 Tous les centres autorisés s'engagent également à respecter la loi n°2019-180 du 8 mars 2019 adoptant la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, et à la suivre en tous points.

3 La prise en charge d'une patiente suspecte de présenter un stade avancé de cancer de l'ovaire (carcinose péritonale) est une urgence diagnostique et thérapeutique.

4 Le bilan diagnostique doit comporter :

- un dosage des marqueurs tumoraux (au minimum CA 125, ACE et CA 19-9);
- un scanner TAP avec injection (sous réserve d'une fonction rénale normale);
- une coelioscopie diagnostique.

5 La coelioscopie diagnostique peut être effectuée dans un centre non-autorisé, mais son compte-rendu et sa réalisation devront intégrer les éléments suivants :

- une description exhaustive de l'étendue des lésions, région par région, illustrée par un score de Fagotti et un score d'extension péritonale de Sugabaker (PCI);
- des supports iconographiques exportables (photos +/- vidéos);
- des prélèvements suffisamment importants pour le diagnostic et l'analyse moléculaire (mutation BRCA, HRD).

6 Le bilan diagnostique (points 4 et 5) doit être réalisé sous 10 jours*.

7 La prise en charge thérapeutique sera validée en RCP de recours. Le centre autorisé, présentera lors de cette RCP les dossiers des patientes adressées par les centres non-autorisés ainsi que ses propres dossiers.

8 Toutes les phases de la prise en charge (diagnostique, chirurgie première, chirurgie d'intervalle, chirurgie différée, récidive) sont concernées par la RCP de recours.

9 Si la chirurgie de cytoréduction n'est pas réalisée en initial, son indication sera systématiquement discutée en RCP de recours après 3 cycles de chimiothérapie néo adjuvante.

10 Dans le cas d'une prise en charge médico-chirurgicale "partagée" avec un centre non-autorisé, le programme personnalisé de soins sera établi dès la phase de diagnostic, en concertation entre les 2 équipes, afin d'optimiser l'enchaînement des différentes phases thérapeutiques.

*n'existe aucune recommandation concernant le délai optimal de prise en charge, il semble raisonnable dans ce contexte d'urgence diagnostique et thérapeutique, que le bilan soit réalisé sous 10 jours.

Date et signature de l'établissement :

Logo de l'établissement :



RCP

1 Tous les centres autorisés respectent les critères ayant permis la délivrance de cette autorisation B5 avec PTS Ovaire par l'ARS, conformément à l'arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

2 Tous les centres autorisés s'engagent également à respecter la loi n°2019-180 du 8 mars 2019 adoptant la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, et à la suivre en tous points.

3 La prise en charge d'une patiente suspecte de présenter un stade avancé de cancer de l'ovaire (carcinose péritonale) est une urgence diagnostique et thérapeutique.

4 Le bilan diagnostique doit comporter :

- Un dosage des marqueurs tumoraux (au minimum CA 125, ACE et CA 19-9).
- Un scanner TAP ou TEP-TDM avec injection (sous réserve d'une fonction rénale normale).
- Une coelioscopie diagnostique.

5 La coelioscopie diagnostique peut être effectuée dans un centre non-autorisé, mais son compte-rendu et sa réalisation devront intégrer les éléments suivants :

- Mettre en place des trocarts sur la ligne médiane.
- Décrire de façon exhaustive l'étendue des lésions, région par région, illustrée par un score de Fagotti et un score d'extension péritonale de Sugabaker (PCI).
- Réaliser des supports iconographiques exportables (photos +/- vidéos).
- Faire des prélèvements suffisamment importants pour le diagnostic et l'analyse moléculaire (mutation BRCA, HRD).

Bilan diagnostic

6 Le bilan diagnostique (points 2 et 3) devra être réalisé dans les 15 jours*

7 La prise en charge thérapeutique sera validée en RCP de recours « ovaire première ligne ». Le centre autorisé organise cette RCP hebdomadaire avec la présentation par les médecins référents des dossiers des patientes issues des centres non-autorisés ainsi que ses propres dossiers.

8 Toutes les phases de la prise en charge (diagnostique, chirurgie première, chirurgie d'intervalle, chirurgie différée) sont concernées par la RCP de recours « ovaire première ligne »

9 Si la chirurgie de cytoréduction n'est pas réalisée en initial, son indication sera systématiquement discutée en RCP de recours après 3 cycles de chimiothérapie néo adjuvante, avec anticipation de la chirurgie à J30 du C3.

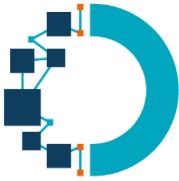
10 Dans le cas d'une prise en charge médico-chirurgicale « partagée » avec un centre non-autorisé, le programme personnalisé de soins sera établi dès la phase de diagnostic, en concertation entre les 2 équipes, afin d'optimiser l'enchaînement des différentes phases thérapeutiques.

RCP

* Il n'existe aucune recommandation concernant le délai optimal de prise en charge, il semble raisonnable dans ce contexte d'urgence diagnostique et thérapeutique, que le bilan soit réalisé sous 15 jours.

Date et signature de l'établissement :

PEC partagée

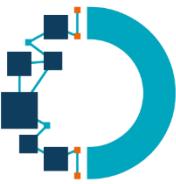


s/GT charte

Indicateurs de suivi

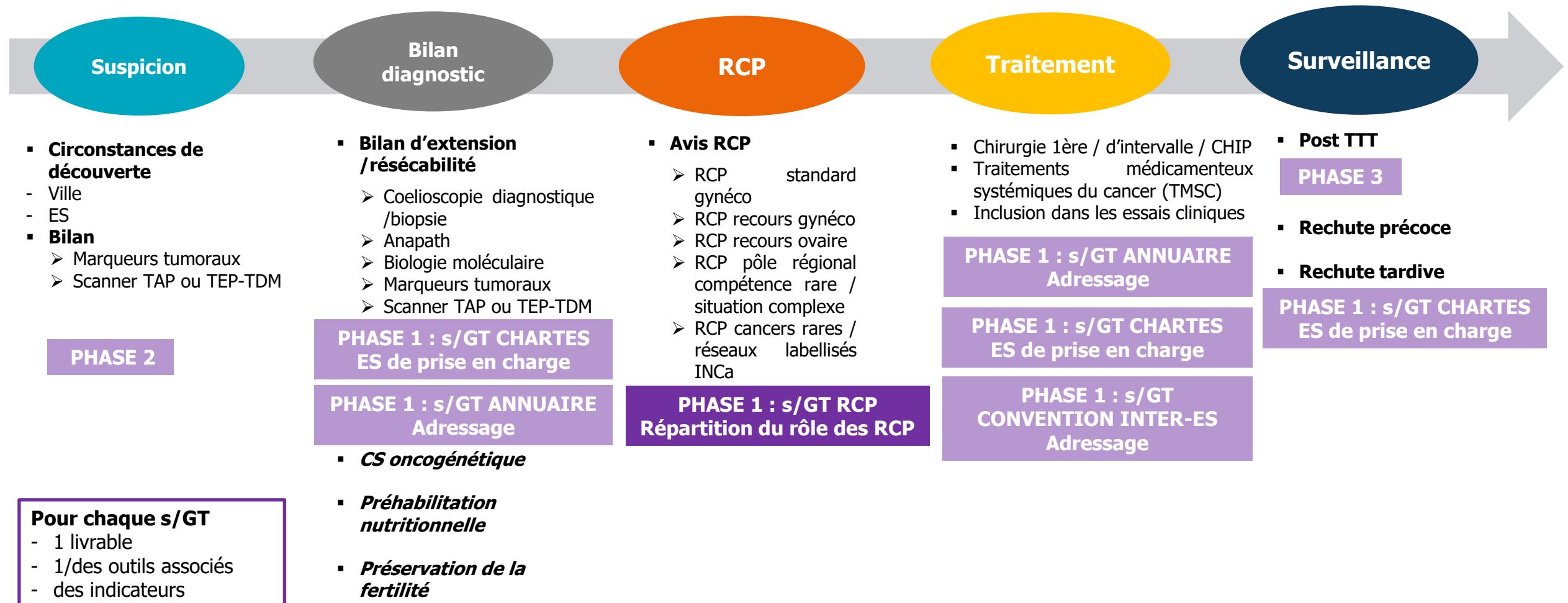
- À partir des IQSS

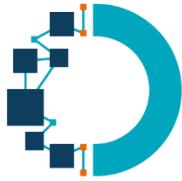
Thématique	Intitulé de l'indicateur	Remarque
Orientation des patientes dans la filière	Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose dans un établissement autorisé réalisant un minimum de 20 omentectomies par laparotomie pour un cancer de l'ovaire par an en NA	IQSS <u>Dénominateur</u> : Nombre de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose (omentectomie par laparotomie ou par coelioscopie si associée à une autre résection locorégionale) quel que soit le type d'établissement en NA <u>A faire par l'ARS</u> : voir s'il est possible d'obtenir cet indicateur
Délai diagnostic /1^{er} traitement	Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu le premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans un délai de moins de 4 semaines à compter de la date de la coelioscopie ou de la biopsie	IQSS <u>A faire par l'ARS</u> : vérifier la disponibilité de cet indicateur
A compléter si besoin		



s/GT RCP

Objectif global : Structurer la filière afin de fluidifier le parcours de soins et d'optimiser les délais de prise en charge des patientes atteintes de cancers de l'ovaire en Nouvelle-Aquitaine, en favorisant la coordination inter-établissements de santé (ES)



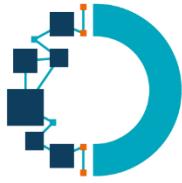


s/GT RCP

Type de dossiers discutés dans chaque RCP

RCP recours ovaire (B5+PTS ovaire)	RCP recours gynéco (hors ovaire) (B5) RCP standard gynéco (A5) RCP oncologie médicale	RCP cancers rares TMRG
Situations cliniques ?	Situations cliniques ?	Situations cliniques ?

En cours avec le s/GT



s/GT RCP

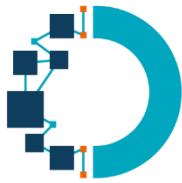
RCP régionale ovaire complexe

RCP régionale ovaire complexe
Laquelle ?

Situations cliniques ?

**Éléments minimaux nécessaires
pour adressage ?**

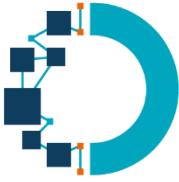
En cours avec le s/GT



s/GT RCP

RCP régionale ovaire complexe

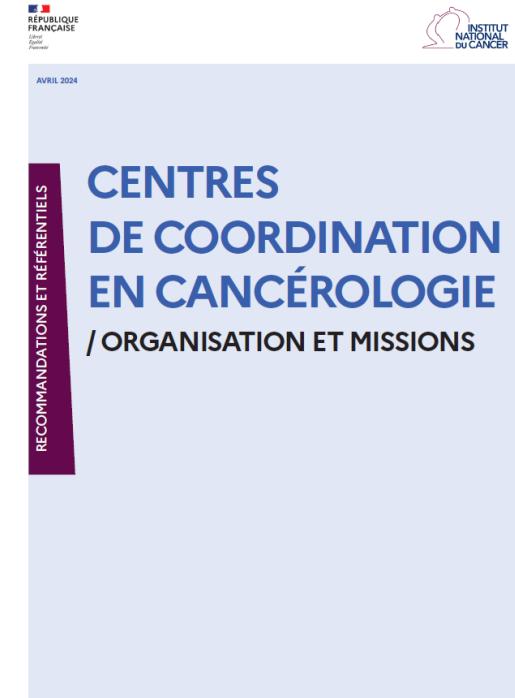
- Prochaines étapes
 - Définition d'indicateurs de suivi RCP
 - Transmission des éléments RCP aux 3C une fois validés par le Groupe Ovaire

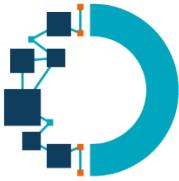


Discussion indicateurs qualité parcours de soins

Rappel priorisation actions collectives 3C

- Objectifs
 - Accompagner les 3C de Nouvelle-Aquitaine dans la mise en œuvre de ce nouveau référentiel, tout en maintenant les bonnes pratiques
 - Déterminer des axes de travail régionaux prioritaires en lien avec les missions 3C
- Méthode
 - Envoi du référentiel + réflexion individuelle 3C – Juin 2024
 - Brainstorming – Réunion 3C – Septembre 2024
 - Priorisation par mail des actions collectives – Novembre 2024
 - Lancement des 5 premières actions collectives – 2025





Discussion indicateurs qualité parcours de soins

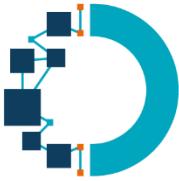
Rappel priorisation actions collectives 3C

Actions lancées en 2024

- Modèles de convention RCP et charte organisationnelle RCP
- Aide à la restructuration de certains 3C

Lancement en 2025

Actions	Moy	Méd	Min	Max	Ecart-type
Amélioration de l'accès à l'imagerie en RCP (DRIM box, Krypton, etc.)	3,7	3	1	11	2,49
Amélioration DCC K-Process (INS, harmonisation utilisation, révision modèle, ...) à soumettre au Copil DCC	4,5	4	1	12	3,29
Construction d'indicateurs qualité de parcours de soins	5,1	4	1	11	3,08
Trame/modèle convention 3C	5,8	4	1	12	4,48
Rationalisation des RCP de recours du pôle régional de NA	5,8	5	1	12	3,17
Echanges entre 3C pour partage d'expérience et mise en place d'actions sur les missions 3C (recherche clinique, préservation de la fertilité, oncogériatrie, ...)	6,2	6	1	11	2,57
Evaluation / audit traçabilité de certains dispositifs transversaux qualité : DA, PPS, ...	6,8	7	2	12	3,86
Construction d'indicateurs évaluant les missions relevant de la MIG 3C et de la MIG AQTC	6,9	7	2	12	3,40
Réunion 3C/UCOG pour réflexion autour de l'articulation	7,3	7	2	11	2,26
Accès à la préservation de la fertilité : annuaire de l'offre / sensibilisation des professionnels	8,1	9	3	12	2,66
Charte déontologique pour la chirurgie reconstructrice (dépassements honoraires raisonnés) - Quelles compétences médicales ? Quelles localisations (sein, peau, maxillofacial, gynéco) ?	8,5	9	1	12	3,14
Actions autour de la fiche de poste nationale IDEC à venir en 2025 – projet EPOCK	9,4	11	1	12	2,97



Discussion indicateurs qualité parcours de soins

Rappel priorisation actions collectives 3C

→ Travaux à positionner dans le cadre des travaux sur les filières de soins en lien avec l'ARS

- Filière ovaire en cours depuis mai 2025
- Filière PTS digestives à venir
- Besoins à préciser lors de la prochaine réunion 3C novembre 2025

Acté avec les 3C le
27/11/2025

→ Quels besoins autour de cette thématique de travail ?

- Besoin d'indicateurs sur les dispositifs transversaux qualité mentionnés dans le référentiel 3C et dans les autorisations des ES
- Non nécessaire de le faire au travers des filières de soins

Actions	Moy	Méd	Min	Max	Ecart-type
Amélioration de l'accès à l'imagerie en RCP (DRIM box, Krypton, etc.)	3,7	3	1	11	2,49
Amélioration DCC K-Process (INS, harmonisation utilisation, révision modèle, ...) à soumettre au Copil DCC	4,5	4	1	12	3,29
Construction d'indicateurs qualité de parcours de soins	5,1	4	1	11	3,08
Trame/modèle convention 3C	5,8	4	1	12	4,48
Rationalisation des RCP de recours du pôle régional de NA	5,8	5	1	12	3,17
Echanges entre 3C pour partage d'expérience et mise en place d'actions sur les missions 3C (recherche clinique, préservation de la fertilité, oncogériatrie, ...)	6,2	6	1	11	2,57
Evaluation / audit traçabilité de certains dispositifs transversaux qualité : DA, PPS, ...	6,8	7	2	12	3,86
Construction d'indicateurs évaluant les missions relevant de la MIG 3C et de la MIG AQTC	6,9	7	2	12	3,40
Réunion 3C/UCOG pour réflexion autour de l'articulation	7,3	7	2	11	2,26
Accès à la préservation de la fertilité : annuaire de l'offre / sensibilisation des professionnels	8,1	9	3	12	2,66
Charte déontologique pour la chirurgie reconstructrice (dépassements honoraires raisonnés) - Quelles compétences médicales ? Quelles localisations (sein, peau, maxillofacial, gynéco) ?	8,5	9	1	12	3,14
Actions autour de la fiche de poste nationale IDEC à venir en 2025 – projet EPOCK	9,4	11	1	12	2,97

