



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

EVALUATION DES IMPLANTS MAMMAIRES, PROTHÈSES D'EXPANSION TISSULAIRE ET PROTHÈSES EXTERNES DE SEIN

**RÉVISION DES CATÉGORIES INSCRITES SUR LA LISTE DES PRODUITS
ET PRESTATIONS REMBOURSABLES :
« PROTHÈSE EXTERNE DE SEIN, IMPLANT MAMMAIRE, IMPLANT D'EXPANSION CUTANÉE GONFLABLE »**

MAI 2009

Service évaluation des dispositifs

Ce dossier est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2, avenue du Stade- de- France – 93218 Saint-Denis-la- La Plaine CEDEX
Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

TABLE DES MATIERES

L'ÉQUIPE.....	4
LE GROUPE DE TRAVAIL.....	5
SYNTHÈSE.....	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS	12

L'ÉQUIPE

Ce dossier a été réalisé par Estelle PIOTTO, chef de projet, docteur en pharmacie, service évaluation des dispositifs, tél. : 01 55 93 37 72, e-mail : e.piotto@has-sante.fr.

La recherche documentaire a été effectuée par Gaëlle FANELLI et Virginie HENRY, documentalistes et Maud LEFEVRE, assistante documentaliste.

L'analyse de la littérature médicale a été réalisée par le Dr Catherine AZOULAY, gynécologue médicale, endocrinologue, chargée de projet.

La détermination de la population cible a été réalisée par le Dr Françoise HAMERS, chef de projet, unité méthodologie et étude post-inscription.

A également participé à ce travail :

Valérie THIEUZARD, chef de projet, docteur en pharmacie, service évaluation des dispositifs.

L'organisation des réunions et le travail de secrétariat ont été réalisés par Sandrine PRUNIER (tél. : 01 55 93 37 54 ; fax : 01 55 93 37 59, e-mail : s.prunier@has-sante.fr).

.....
Chef du service évaluation des dispositifs : Dr Catherine DENIS (tél. : : 01 55 93 37 40, e-mail : c.denis@has-sante.fr).

Adjointe au chef de service : Anne JOSSERAN.

Chef du service documentation et information des publics : Frédérique PAGES.

LE GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail était composé des professionnels suivants :

- Dr Didier Lambert, président du groupe de travail, chirurgie urologique, Pau
- Pr Pascal Auquier, méthodologie, santé publique, Marseille
- Dr Catherine Bouteille, chirurgie en gynéco-oncologie, Saint-Etienne
- Dr Nathalie Bricout, chirurgie plastique, Paris
- Pr Jean-Pierre Chavoïn, chirurgie plastique, Toulouse
- Dr Thomas Delaporte, chirurgie plastique, Lyon
- Dr Sylvia Giard, chirurgie oncologique, Lille
- Dr Rémy Salmon, chirurgie générale à orientation sénologique, Paris
- Dr Eric Sitbon, chirurgie plastique, Paris
- Dr Christine Tunon de Lara, chirurgie en gynéco-oncologie, Bordeaux

A également participé aux réflexions du groupe de travail :

- M. Gwénaél Fraslin, surveillance du marché DEDIM, AFSSAPS

Avec nos remerciements aux professionnels suivants, pour leur relecture attentive du rapport :

- Dr Marie-Chantal Landeau, gynécologue, Paris
- Dr Pia De Reilhac, gynécologue, Nantes
- Dr Geneviève Feuillebois, médecin généraliste, Paris
- Dr Christiane Quinio, médecin généraliste, Créteil

Conformément au décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 (art. R. 161-84 à R. 161-86 du Code de la sécurité sociale), tous les membres du groupe de travail ont rempli une déclaration publique d'intérêts, dont l'objet est de renseigner la HAS sur les éventuels conflits d'intérêts que certains des membres du groupe pourraient présenter avec un fabricant. Les membres du groupe de travail ont déclaré leurs éventuels conflits d'intérêt en début et en fin de projet. Selon les critères du *Guide des déclarations d'intérêts et de prévention des conflits* de la HAS, aucun membre du groupe de travail n'a de conflit d'intérêt.

Le groupe de travail a été constitué sur proposition des sociétés savantes des spécialités concernées.

L'avis du groupe de travail présenté dans ce dossier a été validé par chacun de ses membres.

SYNTHÈSE

Contexte

La prise en charge par l'assurance maladie des dispositifs médicaux nécessite une inscription sur une liste appelée la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Les produits sont inscrits, soit sous un libellé commun regroupant une classe de produits ayant les mêmes indications et des caractéristiques techniques communes (description générique), soit sous forme d'une inscription individuelle avec le nom commercial (nom de marque). La Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP) de la HAS est chargée de l'évaluation médicale de ces produits. Elle est engagée actuellement dans un processus de réévaluation de l'ensemble des catégories de produits inscrits à la LPPR (sous description générique ou nom de marque).

La révision des catégories « Prothèse externe de sein, implant mammaire, implant d'expansion cutanée gonflable » constitue l'objet de ce travail.

En 2009, les prothèses externes de sein en silicone non solidaires et les prothèses liquides, sans précision de l'indication, sont prises en charge par l'assurance maladie. Une seule prothèse en silicone solidaire du corps est remboursée après mastectomie (AMONEA CONTACT, société Amonéa France).

Les implants mammaires remboursés sont les implants texturés, quelle que soit leur forme. L'indication de prise en charge est la reconstruction mammaire, à l'exception des interventions à visée exclusivement esthétique.

Les implants d'expansion cutanée gonflables pris en charge par l'assurance maladie sont les implants lisses, texturés avec valve intégrée ou texturés avec valve auto-obturante. Les indications sont précisées pour chaque classe d'implants : en cas de reconstruction mammaire après exérèse pour les implants texturés et lisses, lors d'une chirurgie plastique et reconstructrice dans des conditions définies pour les implants lisses [pertes de substances importantes (brûlures, traumatismes ou après exérèse large de nævi ou de tumeurs) en alternative à une greffe de peau ; malformations congénitales de la face notamment chez l'enfant].

Méthode de travail

La HAS a procédé à l'évaluation du service rendu de ces dispositifs médicaux. La méthode utilisée dans ce travail est fondée sur l'analyse des données de la littérature scientifique, les données des fabricants et prestataires et l'avis de professionnels de santé réunis dans un groupe de travail multidisciplinaire. Les membres du groupe ont déclaré leurs éventuels conflits d'intérêt en début et en fin de projet.

Une recherche documentaire a été effectuée par interrogation des principales bases de données bibliographiques médicales (Medline, la *Cochrane Library*, *National guideline clearinghouse* et HTA database) de 2000 à octobre 2008.

Le groupe de travail s'est prononcé sur l'intérêt des produits, les modalités de prescription et d'utilisation ainsi que les indications et les modalités d'inscription sur la LPPR, à partir de l'analyse critique de la littérature et des dossiers déposés par les fabricants.

Les propositions du groupe ainsi que le projet de nomenclature qui en émanaient ont été transmises, d'une part aux industriels, prestataires et associations de patients, d'autre part aux représentants des caisses d'assurance maladie, direction générale de la santé, direction de la sécurité sociale et de l'institut national du cancer.

Ensuite, la CEPP a examiné les propositions du groupe et a fait ses recommandations au ministre.

Prothèses externes de sein

Analyse critique des données

La recherche bibliographique sur l'utilisation des prothèses externes a montré une littérature limitée. Parmi 49 références identifiées, 3 études ont été retenues. Les critères de jugements analysés étaient la satisfaction, la qualité de vie des patientes et les complications.

Les résultats de ces études montraient une satisfaction générale des patientes de l'ordre de 65 %, et un score de qualité de vie d'environ 60 sur une échelle cotée de 1 à 100, quelle que soit la prothèse utilisée. Les complications, relevées dans une étude, étaient des rashes cutanés, observés chez 2 % des patientes utilisatrices de prothèses adhésives par Velcro.

Les données comparatives, issues d'une étude comparant les prothèses adhésives aux prothèses non adhésives, n'ont pas montré de différence en termes de satisfaction générale.

Position du groupe de travail

Le groupe de travail recommande le maintien de la prise en charge des prothèses externes en silicone qu'elles soient adhésives ou non adhésives, une prise en charge spécifique pour les prothèses en textile actuellement non prises en charge par l'assurance maladie, et ne recommande plus le remboursement des prothèses liquides compte tenu des autres prothèses existantes. Les modalités de distribution de l'ensemble des prothèses externes ont également été détaillées. Le groupe souligne la nécessité que l'ensemble de ces prothèses soit disponible.

- **Prothèses en silicone**

Le groupe a souhaité séparer les prothèses en silicone en deux classes, les prothèses non adhésives et les prothèses adhésives. Les prothèses sont adhésives avec ou sans coussinet adhésif. Les coussinets adhésifs sont destinés à remplacer les supports agrippants (type Velcro), qui n'ont plus d'intérêt compte tenu de l'existence de ces nouveaux supports, plus adaptés. Ils permettent l'adhésion de la prothèse pendant une durée moyenne de 6 mois.

Les indications sont les suivantes : mastectomie totale, asymétrie congénitale ou acquise, hypoplasie majeure ou aplasie.

Les spécifications techniques des prothèses externes en silicone ont été actualisées, sans modification majeure par rapport aux spécifications préalablement indiquées.

La description générique des prothèses en silicone adhésives permettra d'inclure la prothèse adhésive inscrite sous nom de marque. Cette description générique permettra également d'inclure les prothèses en silicone qui sont associées à des éléments adhésifs permettant l'adhésion de la prothèse à la peau pendant une durée d'un an. Leur conditionnement comprendra deux coussinets adhésifs par prothèse.

- **Prothèses en textile**

L'intérêt est de fournir aux femmes qui ne bénéficient pas d'une reconstruction mammaire immédiate, une prothèse légère en textile pouvant être placée directement sur la cicatrice après l'opération. Cette prothèse est utilisée, en général, de façon temporaire.

Actuellement, il n'y a pas de prise en charge de ces prothèses et toutes les femmes ne bénéficient pas de ce type de prothèse après l'opération, principalement par manque d'information.

Les indications sont les suivantes : mastectomie totale, asymétrie congénitale ou acquise, hypoplasie majeure ou aplasie.

Le groupe propose une prise en charge par patiente des prothèses en textile. La prise en charge de la prothèse en silicone doit pouvoir être également réalisée dans la même année.

- **Prothèses liquides**

Ces prothèses ne sont plus utilisées en France. Le groupe ne recommande pas le maintien de leur remboursement.

Les modalités de distribution des prothèses externes ont été précisées, en intégrant la nécessité d'une formation spécifique du distributeur, de la mise à disposition d'un échantillonnage de chaque type de prothèse externe, d'un essayage obligatoire avant délivrance du produit, d'un équipement des locaux préservant l'intimité de la patiente. Il est souligné l'importance de l'information de la patiente sur les différents types de prothèses et sur les modalités d'utilisation de la prothèse choisie, par les prescripteurs et les distributeurs notamment.

Prothèses d'expansion tissulaire

Analyse critique des données

La recherche bibliographique sur l'utilisation des prothèses d'expansion tissulaire a montré une littérature limitée et de faible niveau méthodologique (aucune étude comparative randomisée). Les résultats ont été séparés selon l'indication, mammaire ou non mammaire.

Parmi 138 références identifiées dans le cadre des indications mammaires avec expansion tissulaire préalable, 16 études ont été retenues. Les résultats ont montré une satisfaction de l'ordre de 82 % à 95 % et une qualité de vie de 65 à 88 sur 100, quel que soit le type de prothèse analysé dans les études. Les principales complications étaient la rétraction capsulaire, de l'ordre de 4 % à 2 ans et 21 % à 5 ans, les séromes ou hématomes et les infections. L'étude rétrospective évaluant les récurrences de cancer locorégionales ou à distance chez 618 patientes à 5 ans n'a pas montré de différence entre les femmes porteuses et non porteuses d'implants, après expansion tissulaire.

Dans les études analysées, la prothèse provisoire n'a pas été évaluée indépendamment de l'implant mammaire. Les patientes incluses ont bénéficié d'une prothèse d'expansion tissulaire puis d'un implant mammaire et les critères de jugement ont été évalués lorsque la patiente avait déjà l'implant mammaire. Les résultats indiquaient que la prothèse d'expansion tissulaire n'entrave pas la qualité de vie, la satisfaction des patientes et les complications. Les données comparatives, issues d'une étude non randomisée, n'ont pas montré de différence sur l'apparition de plis prothétiques entre les implants au sérum physiologique et les implants en gel de silicone, après expansion tissulaire. Ces données sont issues d'une étude ayant des biais méthodologiques.

Dans le cadre des indications non mammaires (notamment brûlures, anomalies congénitales et traumatisme), parmi 13 références identifiées, 8 études ont été retenues. Seules les complications ont été analysées. Le taux de complications des prothèses d'expansion tissulaire variait de 10 % à 25 %, quel que soit le type de prothèse utilisé. Les données comparatives, issues d'une étude ayant des biais méthodologiques, n'ont pas montré de différence entre la forme des prothèses d'expansion et le taux d'échec de la technique.

Position du groupe de travail

Le groupe a retenu le terme « prothèse d'expansion tissulaire » pour remplacer le terme « implant d'expansion cutanée gonflable » actuellement utilisé sur la LPPR. Il regroupe l'ensemble des termes utilisés pour détailler ce type de prothèse : expanseur, expandeur, implant d'expansion cutanée gonflable.

Trois catégories de prothèses existent : les prothèses d'expansion tissulaire lisses, texturées, et permanentes. Ces prothèses ont le même intérêt et le groupe de travail recommande que les chirurgiens puissent disposer de ces trois catégories de prothèses. Les indications et les spécifications techniques ont été actualisées, sans modification majeure par rapport à celles préalablement indiquées. Dans le cadre des indications non mammaires, seules les prothèses lisses d'expansion tissulaire sont utilisées. Les indications sont les pertes de substances cutanées ne permettant pas une fermeture sans tension excessive, et le traitement des malformations congénitales ou acquises. En ce qui concerne les indications mammaires, les

trois catégories de prothèses sont utilisées. Les indications sont les reconstructions mammaires et le traitement des malformations mammaires congénitales ou acquises.

Les conditions d'utilisation et de prescription ont été précisées afin que la prise en charge des prothèses soit assurée dans les mêmes conditions que celles précisées dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Implants mammaires

Analyse critique des données

La recherche documentaire a permis de recenser 396 références parmi lesquelles 48 articles ont été retenus : 4 dans l'indication reconstruction mammaire sans expansion tissulaire préalable, 9 dans les indications de reconstruction et augmentation mammaire et 35 études réalisées uniquement dans le cadre d'une augmentation mammaire, indication à visée esthétique.

La qualité méthodologique des études retenues était la suivante : 2 méta-analyses, 1 revue systématique, 3 études prospectives comparatives randomisées, 16 études prospectives comparatives non randomisées, 6 études prospectives non comparatives, 12 études rétrospectives comparatives, 8 études rétrospectives non comparatives.

Dans le cadre des indications en reconstruction après cancer du sein sans expansion tissulaire préalable, la satisfaction des patientes, évaluée dans une seule étude, était estimée bonne ou très bonne dans 51 % des cas. Aucune étude n'a évalué la qualité de vie des patientes. Au moins un effet indésirable post-opératoire a été observé chez 60 % des patientes à 44 mois. L'effet indésirable le plus fréquent était la rétraction capsulaire grade III-IV à des taux de 4 % à 20 % des cas, et menant à une ré-intervention 1 fois sur 5. Le déplacement, l'asymétrie et le dégonflement étaient à des taux respectifs de 11 %, 11 % et 7 %. Concernant les récurrences de cancer et la mortalité, une étude rétrospective a réalisé des analyses en sous-groupe non prévues au protocole et a montré une mortalité à long terme et une mortalité par cancer du sein et du poumon inférieure chez 817 femmes porteuses d'implants par rapport aux 3568 femmes sans implant. Cette étude n'a pas montré de différence entre la survenue de cancer et le type d'implant utilisé. Toutefois, cette étude comprend des biais méthodologiques, ce qui rend les résultats difficilement interprétables.

Dans le cadre des deux indications (reconstruction après cancer du sein sans expansion tissulaire préalable et chirurgie esthétique), la satisfaction des patientes était estimée bonne dans 90 % à 98 % des cas. Dans une étude, des analyses en sous-groupe montraient un score de satisfaction pour les implants lisses significativement supérieur à celui des implants texturés. Toutefois, cette étude comporte des biais méthodologiques. Aucune étude n'a évalué la qualité de vie des patientes. La complication la plus fréquente était la rétraction capsulaire grade III/IV, avec un taux de 0,8 % à 20,5 %. Les données comparatives entre les implants lisses et texturés, observées dans une étude non randomisée, n'ont pas indiqué de différence significative en termes de rétraction capsulaire (grade III/IV) et de taux de rupture. Toutefois, cette étude indiquait un taux de dégonflement et de formation de vagues supérieurs pour les implants texturés par rapport aux implants lisses. D'autre part, les résultats concernant les implants en hydrogel indiquaient un nombre important de complications, notamment 32 % de rétraction capsulaire et des taux de dégonflement élevés (40 %), par rapport aux taux observés avec des implants au sérum physiologique. L'ensemble des données comparatives était issu d'études qui ont des biais méthodologiques importants (absence de randomisation, analyses en sous-groupe non prévue au protocole, etc.). Aucune étude n'a évalué la récurrence des cancers et la mortalité.

Dans le cadre de la chirurgie esthétique, le pourcentage de femmes satisfaites variait dans les études de 89 % à 99 %. Aucune différence statistique n'a pu être mise en évidence entre les implants lisses et texturés et entre les implants ronds et anatomiques. Les résultats des études

relatives à la qualité de vie des femmes porteuses d'implants mammaires, qu'ils soient au sérum physiologique ou en gel de silicone, étaient satisfaisants (score moyen de 9 sur une échelle de 1 à 10 et absence de différence en termes de score de qualité de vie entre les femmes porteuses d'implant et la population générale). Aucune étude n'a comparé la qualité de vie des patientes selon les implants utilisés. Les résultats en termes de complications indiquaient un taux de 4 % à 6 ans et de l'ordre de 27 % à 36 % après un recul de 11 à 13 ans. Le taux de complications variait en fonction de la génération de l'implant utilisé et de la durée de suivi. La complication la plus fréquemment retrouvée était la rétraction capsulaire, variant de 0,5 % à 20 % selon les études. Les données comparatives entre les implants étaient pour la plupart issues d'études ayant des biais méthodologiques, notamment groupes non comparables et comparaisons multiples.

Concernant la survenue de cancer, parmi les 8 articles analysés, il n'y avait pas d'augmentation du risque de cancer (tous cancers confondus) chez les femmes porteuses d'implant mammaire, après un recul moyen de 8 à 18 ans chez 1600 à 30 000 patientes environ. Aucune augmentation du risque de cancer du sein n'a été identifiée parmi les sept articles analysés, après un recul moyen de 8 à 18 ans chez 1600 à 30 000 patientes environ. Deux études montraient une augmentation du risque de cancer du poumon, après un recul de 15 et 18 ans, sur 3000 patientes environ. Toutefois, une plus haute prévalence du tabagisme était relevée dans le groupe de patientes porteuses d'implant par rapport à la population générale dans une étude, et non évalué dans l'autre étude. Les groupes de patientes évaluées n'étaient pas comparables, ce qui limite la validité de ces résultats.

Enfin, concernant la mortalité (toutes causes confondues), les résultats étaient discordants (trois études indiquaient une différence et trois études ne montraient pas de différence entre les groupes de patientes porteuses et non porteuses d'implants). Aucune augmentation de la mortalité par cancer du sein n'a été constatée dans les cinq études analysant ce critère, sur un total de 3500 à 40 000 femmes après un recul moyen de 9 à 18 ans. Les résultats étaient issus d'études de faible niveau méthodologique, ce qui limite leur interprétation : facteurs de confusion, biais de sélection des patientes, analyse multivariée, etc.

En conclusion, peu d'études ont été réalisées dans le cadre d'une reconstruction après cancer du sein. Le plus grand nombre d'études ont été réalisées dans le cadre d'une chirurgie esthétique. La majorité des études comportaient des biais méthodologiques, notamment l'absence de randomisation entre les groupes (biais de confusion et de sélection des patientes) et comparaisons multiples non prévues au protocole. Les résultats de ces études sont difficilement interprétables. D'autre part, la majorité des études ont inclus des implants de génération antérieure à ceux actuellement commercialisés.

Position du groupe de travail

L'intérêt des implants mammaires dans le cadre d'une reconstruction mammaire ou augmentation mammaire prises en charge par l'assurance maladie, est confirmé. Le groupe propose de distinguer les implants mammaires en fonction de leur forme (ronde ou anatomique). Ces implants ont le même intérêt et le groupe recommande que les chirurgiens puissent disposer des deux catégories d'implants.

Les indications ont été redéfinies, elles concernent les reconstructions ou augmentations mammaires prises en charge selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM), prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Les actes concernés sont les suivants :

- QEMA003 : Mastoplastie unilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique
Indication : asymétrie majeure nécessitant une compensation dans le soutien-gorge, syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland) ;
- QEMA004 : Mastoplastie bilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique
Indication : agénésie mammaire bilatérale et l'hypoplasie bilatérale sévère avec taille de bonnet inférieure à A, ou pour syndrome malformatif (sein tubéreux et syndrome de Poland) ;
- QEMA006 : Reconstruction du sein par pose d'implant prothétique

Indication : thérapeutique. Les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés ;

- QEMA008 : Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé autre que du muscle droit de l'abdomen

Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé de muscle grand dorsal avec ou sans pose d'implant prothétique ;

- QEKA001 : Changement d'implant prothétique mammaire, avec capsulectomie

Indication : chirurgie réparatrice : reprise de reconstruction mammaire (cancer, asymétrie majeure). La pose initiale n'était pas à visée esthétique ;

- QEKA002 : Changement d'implant prothétique mammaire, sans capsulectomie

Indication : chirurgie réparatrice : reprise de reconstruction mammaire (cancer, asymétrie majeure). La pose initiale n'était pas à visée esthétique.

Des spécifications techniques communes ont été définies, intégrant les exigences de la norme européenne NF EN ISO 14607 relative aux implants mammaires. La forme, le liquide de remplissage et la texture de l'enveloppe des implants à prendre en charge ont également été détaillés, limitant notamment la prise en charge aux implants contenant du sérum physiologique et/ou du gel de silicone.

Les conditions d'utilisation et de prescription ont été précisées afin que la prise en charge des implants soit assurée dans les mêmes conditions que celles précisées dans la Classification commune des actes médicaux.

Avis de la CEPP

Ce travail a permis une mise à jour des catégories de dispositifs, en fonction des nouvelles données de la littérature et des pratiques cliniques.

La CEPP a examiné les propositions du groupe de travail. Elle a adopté les conclusions du groupe de travail et a rendu un avis le 26 mai 2009 sur les prothèses externes de sein, prothèses d'expansion tissulaire et implants mammaires à prendre en charge. Les implants utilisés dans le cadre d'une chirurgie à visée esthétique ne sont pas recommandés pour une prise en charge par l'assurance maladie.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ASA : amélioration du service attendu

ASR : amélioration du service rendu

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CEPP : Commission d'évaluation des produits et prestations

CEPS : Comité économique des produits de santé

DGS : Direction générale de la santé

DSS : Direction de la sécurité sociale

IC : intervalle de confiance

INCA : Institut national du cancer

LPPR : liste des produits et prestations remboursables

NS : non significatif

OR : odds ratio

PMSI : programme de médicalisation du système d'information

RC : rétraction capsulaire

RIS : ratio d'incidence standardisé

RM : reconstruction mammaire

RMD : reconstruction mammaire différée

RMI : reconstruction mammaire immédiate

RMS : ratio mortalité standardisé

RR : risque relatif

SA : service attendu

SED : service d'évaluation des dispositifs

SR : service rendu

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie