

Février 2026

LES DONNÉES

RECONSTRUCTION MAMMAIRE APRÈS MASTECTOMIE TOTALE

ANALYSE NATIONALE À PARTIR DU SNDS

Assurer l'accès rapide à une offre de reconstruction après un traitement du cancer est l'un des objectifs de la **stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030**.

Il s'inscrit dans **l'axe 2 visant à limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie**.

Dans le cadre de la première feuille de route 2021-2025 de cette stratégie, l'Institut national du cancer et la Haute Autorité de santé développé en 2023 un ensemble d'outils mis à disposition des femmes qui vont avoir ou ont eu une mastectomie totale :

- une brochure présentant les différentes options possibles et une infographie illustrant les principales techniques chirurgicales de reconstruction mammaire : à retrouver sur le site cancer.fr
- une [plateforme d'aide à la décision partagée](#) à destination des patientes atteintes de cancer du sein et des professionnels de santé ;
- une [carte des établissements](#) de santé réalisant la reconstruction mammaire a également été mise en ligne.

L'action 13.3 de la seconde feuille de route 2026-2030 a pour objectif d'assurer l'accès à un parcours de reconstruction. Elle s'articule autour de 4 dimensions :

- évaluer l'activité de reconstruction afin d'identifier les causes de non-recours et les points de rupture du parcours, et déterminer les leviers pour en améliorer l'accessibilité ;
- analyser spécifiquement la problématique des financements des actes de reconstruction et proposer des évolutions le cas échéant ;
- structurer un parcours d'accès à la reconstruction par la production d'une expertise sanitaire détaillant chaque étape ;
- assurer l'accessibilité financière à la reconstruction après cancer en prenant en compte les différentes dimensions du coût (honoraires, prothèses, soins postopératoires, etc.).

AUTEURS

Christine Le Bihan-Benjamin,

responsable du département Données et évaluation en santé, Institut national du cancer

Romain Arini,

chef de projets, département Organisation et parcours de soins, Institut national du cancer

GLOSSAIRE

SNDS	Système national des données de santé
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
FDEP	Indice de déprivation sociale
MT	Mastectomie totale
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PRI CO	Établissement privé commercial
PRI NON CO	Établissement privé non commercial
RM	Reconstruction mammaire
RMI	Reconstruction mammaire immédiate

Le cancer du sein est en France le cancer de la femme le plus fréquent, le nombre de nouveaux cas est estimé à 61 200 pour l'année 2023 (1). Son traitement repose en règle générale sur une chirurgie, le plus souvent conservatrice, associée éventuellement à de la radiothérapie et de la chimiothérapie. Après mastectomie totale, selon la faisabilité et le souhait des femmes (2), il est possible de procéder à une reconstruction mammaire pouvant associer différentes techniques chirurgicales (3): autogreffes de tissu adipeux, lambeaux musculocutanés, cutanéograisseux, prothèses mammaires, réfection de la plaque aérolo-mamelonnaire ou symétrisation .

S'appuyant sur des données de vie réelle, ce travail actualise de précédents travaux (4, 5) et relate la pratique de la reconstruction mammaire dans les 3 années qui suivent une mastectomie totale pour cancer du sein : son évolution depuis 2014, le lien avec l'âge, la catégorie d'établissement qui a réalisé la mastectomie, l'indice de défavorisation et la région de la commune de résidence de la femme.

Entre 2014 et 2021, après mastectomie totale pour cancer du sein, la part des femmes ayant eu une reconstruction mammaire a progressé :

- de 29,4 % à 34,3 % pour la reconstruction dans les 3 ans ;
- de 14,7 % à 24,9 % pour la reconstruction immédiate.

L'augmentation du taux de reconstruction immédiate se poursuit pour atteindre 32,4 % en 2024

La pratique reste étroitement liée aux conditions socio-économiques (âge, défavorisation sociale, catégorie d'établissement) avec d'importantes disparités géographiques.

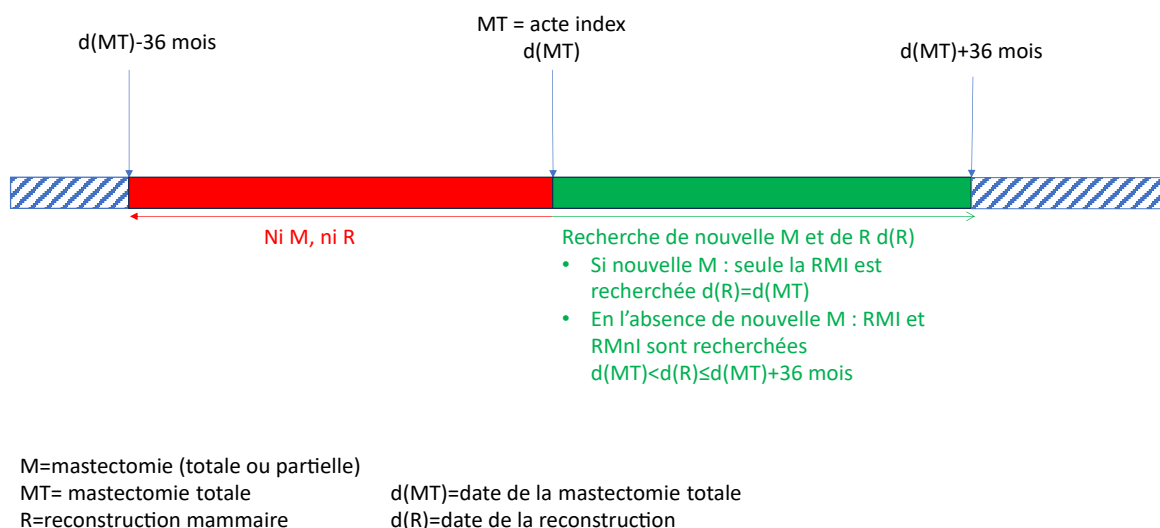
MÉTHODES

L'étude porte sur toutes les femmes de 18 ans et plus, avec diagnostic de cancer du sein ayant eu une mastectomie totale (acte index) entre 2014 et 2024. Ont été exclues les femmes ayant déjà eu une mastectomie totale ou partielle ou un acte de reconstruction ou réparation mammaire dans les 3 années qui précèdent l'acte index (liste des codes en annexe 1a, 1b et 1c). En effet, le côté opéré n'étant pas connu, aussi bien pour la mastectomie que pour les autres actes sur le sein, il n'est pas possible de savoir à quelle mastectomie rapporter l'acte de réparation ou reconstruction. La pratique d'un acte de reconstruction immédiate (RMI) a pu être observée jusqu'en 2024. La pratique d'un acte de reconstruction différée a été observée pendant les 36 mois qui ont suivi l'acte index pour les femmes n'ayant pas eu de nouvelle mastectomie totale ou partielle dans cette période (Figure 1). Afin d'avoir les 3 années de suivi nécessaires, les derniers actes index sont en 2021.

LE SYSTÈME NATIONAL DES DONNÉES DE SANTÉ (SNDS)

Les données sont issues du Système national des données de santé (SNDS) qui répertorie l'ensemble des consommations de soins de ville et hospitalières (via le programme médicalisé des systèmes d'information – PMSI) présentées au remboursement au titre de l'assurance obligatoire [6].

FIGURE 1. Sélection de la population de l'étude



Des actes non spécifiques du sein ont été retenus pour la greffe de tissu adipeux et les lambeaux. Dans la mesure où ils ont été recherchés chez des femmes ayant eu auparavant une mastectomie, nous avons fait l'hypothèse qu'ils étaient réalisés sur le sein précédemment opéré.

RÉSULTATS

L'analyse porte sur 176 303 femmes avec cancer du sein ayant eu une mastectomie totale entre 2014 et 2024 sélectionnées selon les critères précités.

Le nombre annuel de femmes avec mastectomie totale varie peu selon les années (Tableau 1). La part des femmes ayant eu une reconstruction dans les 3 années qui suivent la MT est restée stable à 29% jusqu'en 2019 pour atteindre plus de 34% en 2021. Néanmoins, pendant cette période, les reconstructions immédiates ont fortement progressé de 14,2% en 2014 à 23,5% en 2021. La progression des RMI se poursuit sur les années suivantes pour atteindre 32,4% avec MT en 2024 comme le montre le pourcentage calculé sur l'ensemble de femmes avec MT. Dans la suite du document, le pourcentage de RMI présenté est calculé sur l'ensemble de femmes avec MT afin de pouvoir observer les années les plus récentes.

À noter qu'en 2020, année de la pandémie de Covid19, le nombre de MT a baissé, mais le % de RMI a continué sa progression.

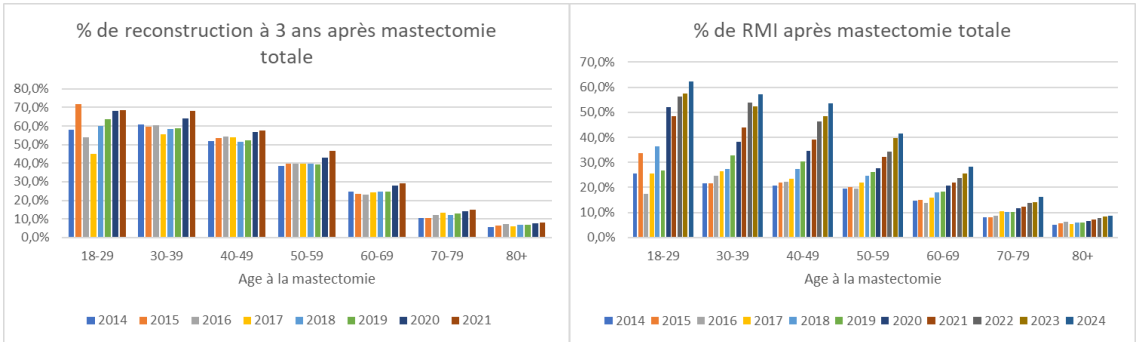
TABLEAU 1 Nombre de femmes avec mastectomie totale et nombre de femmes avec reconstruction mammaire selon l'année de la MT								
Année MT	Ensemble des femmes avec MT			Femmes avec MT sans reprise dans les 36 mois				
	MT	RMI	%RMI	MT	RM à 3 ans	% RM à 3 ans	RMI	%RMI
2014	15 610	2 297	14,7%	14 816	4 360	29,4%	2 101	14,2%
2015	15 746	2 384	15,1%	14 911	4 389	29,4%	2 182	14,6%
2016	15 860	2 407	15,2%	15 014	4 492	29,9%	2 168	14,4%
2017	16 063	2 670	16,6%	15 087	4 461	29,6%	2 373	15,7%
2018	16 074	2 975	18,5%	15 153	4 467	29,5%	2 716	17,9%
2019	15 814	3 128	19,8%	14 835	4 422	29,8%	2 807	18,9%
2020	15 317	3 426	22,4%	14 281	4 671	32,7%	3 031	21,2%
2021	16 391	4 085	24,9%	15 261	5 228	34,3%	3 588	23,5%
2022	16 246	4 545	28,0%	-	-	-	-	-
2023	16 430	4 911	29,9%	-	-	-	-	-
2024	16 752	5 436	32,4%	-	-	-	-	-

Une pratique dépendante de l'âge

La pratique de la reconstruction mammaire dans les 3 ans qui suivent une MT est étroitement liée à l'âge de la femme lors de la MT (figure 2 et annexe 2). La pratique concerne environ 60% des femmes de 30-39 ans et décroît progressivement pour ne concerner qu'environ 10% des femmes de 70-79 ans. Hormis la classe 18-29 ans dans laquelle les fluctuations annuelles sont importantes et liées aux faibles effectifs, le pourcentage de femmes avec RM est stable entre 2014 et 2019 et croit en 2020-21.

La pratique de la RMI est également liée à l'âge. Ce lien s'est accru au fil des années avec l'augmentation des RMI pour les femmes les plus jeunes. La RMI progresse de 21,6% à 57,1% entre 2014 et 2024 pour les femmes de 30-39 ans, mais de 8,1% à 16,4% pour les femmes de 70-79 ans.

FIGURE 2. Pourcentage de reconstruction à 3 ans et RMI selon l'âge et l'année de la mastectomie totale



Note de lecture

42,9% des femmes de 50-59 ans ayant eu une mastectomie totale en 2020 ont eu une reconstruction dans les 3 ans

27,7% des femmes de 50-59 ans ayant eu une mastectomie totale en 2020 ont eu une reconstruction immédiate

Catégorie établissement

Lorsque la MT a été réalisée dans un centre hospitalo-universitaire (CHU) ou dans un centre hospitalier (CH), le pourcentage de femmes ayant une RM dans les 3 ans ou une RMI est moindre que lorsque la MT a été réalisée dans une autre catégorie d'établissement. Ceci s'observe dans toutes les classes d'âge entre 30 et 79 ans. Les effectifs sont insuffisants dans les autres classes d'âge.

FIGURE 3. Pourcentage de reconstruction à 3 ans et RMI selon l'année et la catégorie de l'établissement qui a réalisé la mastectomie totale



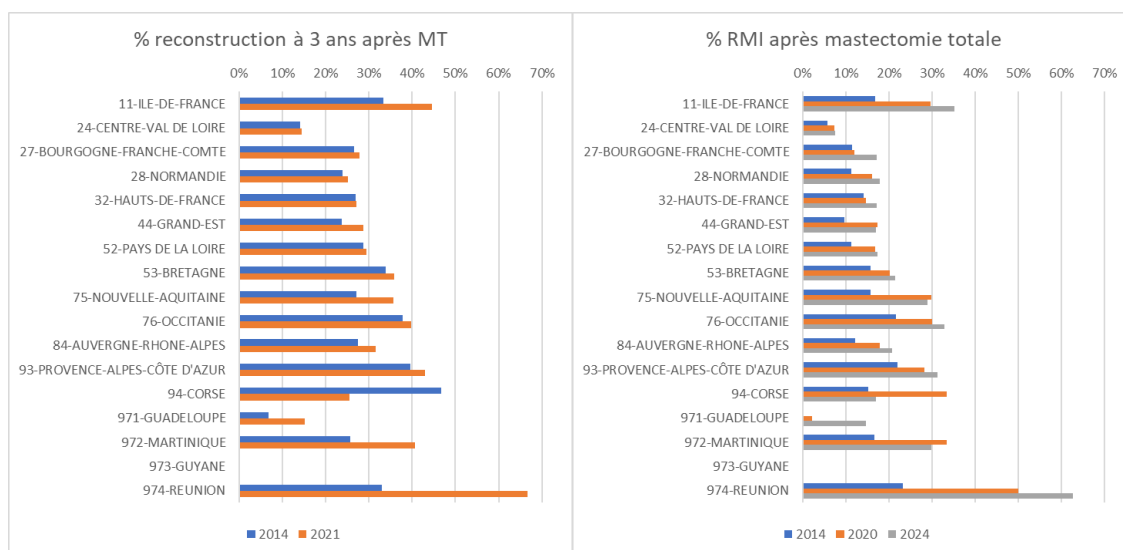
Région

En 2014 il existe d'importantes disparités régionales de la pratique de la RM dans les 3 années après MT variant de 14,1% à 39,6% en France hexagonale. En 2021 ces disparités persistent, les pourcentages de RM à 3 ans ont peu varié hormis en Île-de-France (+ 11,2 pts), Nouvelle-Aquitaine (+8,5 pts) et Grand-Est (+4,9 pts).

La RMI est en progression dans toutes les régions, mais les disparités régionales se sont accrues entre 2014 et 2020, et la tendance se poursuit en 2024.

Les évolutions dans les DROM sont à interpréter avec précaution du fait des moindres effectifs.

FIGURE 4. Pourcentage de reconstruction à 3 ans et RMI selon l'année et la région de l'établissement qui a réalisé la mastectomie totale



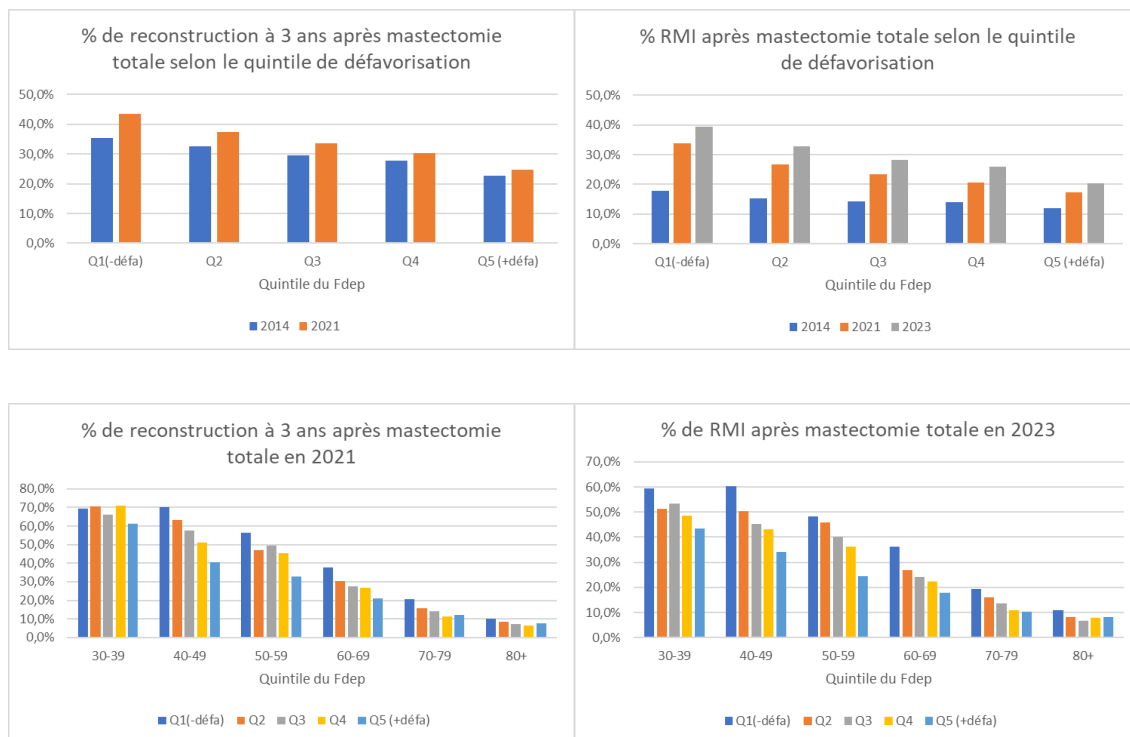
Les disparités régionales ne s'expliquent pas par une répartition différente de l'âge des femmes car elles sont retrouvées au sein de chaque classe d'âge aussi bien pour la RM à 3 ans que pour la RMI.

Indice de défavorisation sociale

L'indice français de désavantage social FDEP (French Deprivation Index) fournit un indicateur géographique à l'échelon de la commune des désavantages matériels et sociaux (7).

En 2014 comme en 2020, la pratique de la RM à 3 ans après MT décroît quand la défavorisation augmente. C'est pour les 2 premiers quintiles (classes les moins défavorisées) que le % de RM a le plus progressé, accroissant de fait les inégalités sociales. Le constat est le même pour la pratique de la RMI.

FIGURE 5. Pourcentage de reconstruction à 3 ans et RMI selon l'année et l'indice de défavorisation sociale de la commune de résidence de la personne



Les disparités sociales ne s'expliquent pas par une répartition différente de l'âge des femmes car elles sont retrouvées au sein de chaque classe de FDep aussi bien pour la RM à 3 ans que pour la RMI.

Type de RMI

La nature des actes pratiqués lors de la RMI a évolué progressivement au cours de la période d'observation avec une part croissante de la pose de prothèse dans toutes les classes d'âge

Les lambeaux sont la 2^e technique de RMI la plus fréquente en 2014. Leur pratique devient rare en 2023 pour les femmes de moins de 50 ans, mais les codes de lambeaux non spécifiques restent fréquemment utilisés après 50 ans.

Ainsi pour les RMI en 2024, la part respective des prothèses et des lambeaux dépend de l'âge avec une part décroissante des prothèses quand l'âge augmente.

TABEAU 2 Part des femmes ayant eu une RMI par les différentes techniques selon l'âge en 2014 et 2024

	18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	≥80 ans
Pose de prothèse							
MT en 2014	62%	63%	56%	49%	43%	26%	4%
MT en 2024	81%	83%	73%	67%	57%	38%	13%
Lambeau (tout type)							
MT en 2014	41%	38%	44%	55%	60%	69%	93%
MT en 2024	15%	16%	25%	31%	39%	55%	86%
Lambeau pédiculé							
MT en 2014	24%	28%	25%	32%	29%	17%	5%
MT en 2024	10%	6%	12%	14%	17%	10%	5%
Lambeau non spécifique							
MT en 2014	14%	9%	18%	21%	30%	52%	83%
MT en 2024	6%	9%	11%	15%	22%	46%	80%

Note : plusieurs techniques peuvent être combinées lors d'une même intervention

Type de premier acte de reconstruction en cas de reconstruction différée

Pour les MT de 2014, le premier acte de RMD repose avant tout sur la reconstruction par lambeau, puis en moindre proportion la pose de prothèse et l'autogreffe de tissu adipeux.

Pour les MT de 2021, lambeaux et pose de prothèse en premier acte de RMD ont reculé au profit de l'autogreffe de tissu adipeux. Néanmoins, le lambeau reste la technique la plus fréquente lors du premier acte de RMD.

TABEAU 3 Part des différentes techniques de RM lors du 1er acte de RMD selon l'âge en 2014 et 2021

	18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	≥80 ans
Pose de prothèse							
MT en 2014	35%	32%	25%	26%	29%	23%	0%
MT en 2021	44%	23%	18%	15%	18%	16%	0%
Lambeau (tout type)							
MT en 2014	39%	56%	58%	59%	54%	58%	89%
MT en 2021	44%	45%	52%	53%	43%	44%	90%
Lambeau pédiculé							
MT en 2014	29%	30%	36%	37%	31%	14%	0%
MT en 2021	31%	18%	25%	25%	23%	12%	0%
Lambeau non spécifique							
MT en 2014	16%	22%	21%	21%	23%	45%	89%
MT en 2021	25%	19%	17%	18%	17%	31%	90%
Lambeau libre							
MT en 2014	0%	12%	12%	11%	7%	0%	0%
MT en 2021	6%	17%	16%	18%	8%	2%	0%
Autogreffe de tissu adipeux							
MT en 2014	23%	26%	28%	23%	23%	12%	11%
MT en 2021	31%	38%	41%	37%	33%	28%	5%

Note : plusieurs techniques peuvent être combinées lors d'une même intervention

CONCLUSION

Depuis 2014 en France, la part des femmes ayant réalisé une reconstruction mammaire à 3 ans a peu progressé. En revanche, la reconstruction mammaire est plus souvent immédiate. Celle-ci concerne 2 fois plus de femmes en 2024 qu'en 2014. La nature des actes pratiqués a évolué avec une part croissante des prothèses en cas de reconstruction immédiate et des autogreffes de tissu adipeux comme premier acte de reconstruction différée. La pratique de la RM est étroitement liée à l'âge, l'indice de défavorisation sociale, la catégorie et la région de l'établissement qui a réalisé la mastectomie comme cela a déjà été observé dans d'autres pays (8, 9) et les disparités se sont accrues durant la période d'observation.

REMERCIEMENTS

L'INCa tient à remercier le Docteur Marie Bannier de l'Institut Paoli-Calmettes pour sa relecture attentive du document.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Lapotre-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinie F, et al. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(12-13):188-204.
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html
- 2- has.sante.fr/jcms/p_3351382/fr/reconstruction-mammaire-de-la-reflexion-a-la-decision
- 3- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3351381/fr/reconstruction-mammaire-ou-buste-plat-vos-souhaits-et-options
- 4- R Jeevan R et al., « National trends and regional variation in immediate breast reconstruction rates » *BJs* 2016 DOI: 10.1002/bjs.10161
- 5- Pratique de la reconstruction mammaire en France : une analyse des données en vie réelle. Février 2021. Collection « les données » INCa. <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/pratique-de-la-reconstruction-et-reparation-mammaire-en-france>
- 6- P. Tuppin et al., « Value of a national administrative database to guide public decisions: From the système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) to the système national des données de santé (SNDS) in France », *Rev Epidemiol Sante Publique*, vol. 65 Suppl 4, p. S149-S167, oct. 2017, doi: 10.1016/j.respe.2017.05.004
- 7- Rey G., Jouglu E., Fouillet A., Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 - 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health*. 2009 Jan 22;9:33
- 8- G Negre et al., « Breast reconstruction in France, observational study of 140904 cases of mastectomy for breast cancer » *Annales de chirurgie plastique esthétique* (2020) 65, 36-43
- 9- Hall SE, Holman CD. Inequalities in breast cancer reconstructive surgery according to social and locational status in Western Australia. *Eur J Surg Oncol*. 2003 Aug;29(6):519-25. doi: 10.1016/s0748-7983(03)00079-9.

ANNEXES

Annexe 1a : Liste des codes CIM10 de diagnostic

Code CIM10	Libellé
C50	Tumeur maligne du sein
C50.0	Mamelon et aréole
C50.1	Partie centrale du sein
C50.2	Quadrant supéro-interne du sein
C50.3	Quadrant inféro-interne du sein
C50.4	Quadrant supéroexterne du sein
C50.5	Quadrant inféroexterne du sein
C50.6	Prolongement axillaire du sein
C50.8	Lésion à localisations contigües du sein
C50.9	Sein, sans précision
D05	Carcinome in situ du sein
D05.0	Carcinome in situ lobulaire
D05.1	Carcinome in situ intracanalair
D05.7	Autres carcinomes in situ du sein
D05.9	Carcinome in situ du sein, sans précision
D48.6	Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue du Sein

Annexe 1b : Liste des codes CCAM de mastectomie totale

Code CCAM	Libellé
QEFA003	Mastectomie totale avec curages lymphonodaux axillaire et parasternal [mammaire interne]
QEFA005	Mastectomie totale avec exérèse des pectoraux et curage lymphonodal axillaire
QEFA007	Mastectomie souscutanée avec exérèse de la plaque aréolomamelonnaire
QEFA010	Mastectomie totale avec curages lymphonodaux axillaire et supraclaviculaire
QEFA012	Mastectomie totale élargie en surface, avec autogreffe cutanée
QEFA013	Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau parascapulaire
QEFA015	Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau libre musculocutané
QEFA019	Mastectomie totale
QEFA020	Mastectomie totale avec conservation des pectoraux et curage lymphonodal axillaire

Annexe 1b : Liste des codes CCAM d'actes de reconstruction mammaire

Code CCAM	Libellé	Année d'introduction
Autogreffe de tissu adipeux		
QEEB152	Autogreffe de tissu adipeux de 200cm ³ et plus au niveau du sein	2017
QEEB317	Autogreffe de tissu adipeux de moins de 200cm ³ au niveau du sein	2017
QZEA045	Autogreffe sous-cutanée sus-faciale de tissu cellulo-adipeux pour comblement de dépression cutanée, par abord direct	2005
QZLB001	Injection sous-cutanée sus-faciale de tissu adipeux	2005
Dédoubllement du sein restant		
QEMA011	Reconstruction du sein par dédoublement du sein restant	2005
Lambeau (codes spécifiques)		
QEFA013	Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau para-scapulaire	2005
QEFA015	Mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau libre musculo-cutané	2005
QEMA001	Reconstruction du sein par lambeau uni-pédiculé de muscle droit de l'abdomen	2005
QEMA002	Reconstruction du sein par lambeau musculo-cutané libre de muscle droit de l'abdomen, avec anastomoses vasculaires	2005
QEMA008	Reconstruction du sein par lambeau musculo-cutané pédiculé autre que du muscle droit de l'abdomen	2005
QEMA014	Reconstruction du sein par lambeau bi-pédiculé de muscle droit de l'abdomen	2005
QEMA020	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre à pédicule perforant de l'abdomen [lambeau DIEP [Deep Inferior Epigastric Perforator] avec anastomoses vasculaires	2014
QEMA740	Reconstruction autologue du sein par lambeau musculocutané pédiculé du muscle grand dorsal autologue [LDA [Latissimus dorsi autologue]] sans pose d'implant prothétique	2021
QEMA702	Reconstruction autologue du sein par lambeau musculocutané pédiculé de la partie antérieure de grand dorsal sans pose d'implant prothétique	2021
QEMA392	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé du muscle grand dorsal [LD [Latissimus dorsi]] avec pose d'implant prothétique	2021
QEMA463	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux pédiculé perforant du pédicule thoraco-dorsal sans pose d'implant prothétique [lambeau TDAP [ThoracoDorsal Artery Perforator]]	2021
QEMA682	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre abdominal perforant du pédicule épigastrique inférieur superficiel [lambeau SIEA [Superficial Inferior Epigastric Artery]] avec anastomoses vasculaires	2021
QEMA621	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané libre de gracilis à palette cutanée transversale [lambeau TMG [Tranverse Musculocutaneous Gracilis]], avec anastomoses vasculaires	2021
QEMA788	Reconstruction du sein par lambeau cutanéograsseux libre perforant du pédicule fémoral profond [lambeau PAP [Profunda Artery Perforator]], avec anastomoses vasculaires	2021
Lambeau (codes non spécifiques)		
QZMA001	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à pédicule vasculonerveux non individualisé ou non individualisable [lambeau "au hasard"], en dehors de l'extrémité céphalique	2001
QZMA003	Réparation de perte de substance par lambeau à distance cutané, fasciocutané ou musculocutané, à pédicule transitoire	2001
QZMA004	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fascial, fasciocutané, septocutané, musculaire ou musculocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, en dehors de l'extrémité céphalique	2001

QZMA005	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fasciocutané ou ostéocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, disséqué en îlot	2001
QZMA007	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional musculaire ou musculocutané, à pédicule vasculaire ou vasculonerveux anatomique, disséqué en îlot	2001
QZMA009	Réparation de perte de substance par lambeau à distance cutané, fasciocutané, musculaire, musculocutané ou ostéo-musculo-cutané, à pédicule définitif	2001
PZMA004	Réparation par lambeau libre cutané, fascial, fasciocutané ou souscutané, musculaire, musculocutané, musculotendineux ou osseux avec anastomoses vasculaires	2001
Plaque aérolo-mamelonnaire		
QEEA001	Transposition du mamelon	2005
QEMA007	Plastie d'augmentation ou de réduction de la plaque aérolo-mamelonnaire	2005
QEMA009	Reconstruction de la plaque aérolo-mamelonnaire par autogreffe de mamelon, avec dermo-pigmentation	2005
QEMA010	Reconstruction de la plaque aérolo-mamelonnaire par autogreffe de mamelon ou lambeau local, et autogreffe cutanée	2005
QEMB001	Séance de réfection de l'aspect de la plaque aérolo-mamelonnaire par dermo-pigmentation	2005
Prothèse mammaire		
QEMA003	Mastoplastie unilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique	2005
QEMA006	Reconstruction du sein par pose d'implant prothétique	2005
Symétrisation		
QEMA005	Mastoplastie unilatérale de réduction, avec reconstruction de la plaque aérolo-mamelonnaire par lambeau	2005
QEMA012	Mastoplastie unilatérale de réduction	2005

Annexe 2 : Nombre de mastectomies totales (MT) sans reprise dans les 36 mois et pourcentage de reconstruction immédiate (RMI) et à 3 ans selon l'âge et l'année de la mastectomie totale

Année de la MT		Âge lors de la mastectomie totale						
		18-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80 ans et plus
2014	MT	95	1028	2676	2744	3345	2794	2134
	%RMI	25,3%	20,2%	19,8%	19,0%	14,5%	8,0%	5,2%
	%RM 3 ans	57,9%	61,0%	52,0%	38,3%	24,6%	10,5%	5,6%
2015	MT	99	958	2639	2755	3376	2813	2271
	%RMI	33,3%	21,6%	21,3%	19,1%	14,9%	8,0%	5,6%
	%RM 3 ans	71,7%	59,6%	53,5%	39,9%	23,5%	10,7%	6,3%
2016	MT	85	1012	2683	2746	3402	2845	2241
	%RMI	16,5%	23,5%	21,1%	18,6%	13,4%	8,6%	6,3%
	%RM 3 ans	54,1%	60,5%	54,4%	39,7%	22,9%	12,0%	7,3%
2017	MT	58	1016	2615	2804	3384	2960	2250
	%RMI	20,7%	25,0%	22,7%	21,2%	15,0%	10,2%	5,0%
	%RM 3 ans	44,8%	55,4%	53,7%	39,9%	24,2%	13,3%	6,0%
2018	MT	93	1074	2593	2809	3351	2951	2282
	%RMI	37,6%	27,6%	26,5%	24,1%	17,4%	10,0%	6,2%
	%RM 3 ans	60,2%	58,3%	51,5%	39,5%	24,6%	12,2%	6,9%
2019	MT	91	1043	2576	2674	3273	3035	2143
	%RMI	29,7%	31,8%	29,3%	25,2%	17,8%	10,1%	5,9%
	%RM 3 ans	63,7%	58,9%	52,4%	39,3%	24,7%	12,9%	6,8%
2020	MT	97	1054	2477	2527	3065	3028	2033
	%RMI	48,5%	37,7%	32,8%	26,8%	20,4%	11,2%	6,5%
	%RM 3 ans	68,0%	63,9%	56,9%	42,9%	28,1%	14,1%	7,4%
2021	MT	79	1096	2685	2781	3177	3293	2150
	%RMI	48,1%	41,7%	37,1%	31,2%	21,2%	12,2%	7,2%
	%RM 3 ans	68,4%	68,0%	57,7%	46,5%	29,9%	14,9%	8,2%

NOTES

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa
Réalisation : INCa

ISBN : 978-2-38559-176-2
ISBN net : 978-2-38559-177-9

DÉPÔT LÉGAL MARS 2026

Pour plus d'informations

cancer.fr

Institut national du cancer
52 avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt

diffusion@institutcancer.fr