



Dossier documentaire

« Nævus cutanés »

Docteur Antoine Petit
Dermatologue
Hôpital Saint-Louis, Paris



Sommaire

Introduction :	page 3
Niveaux de preuve - Grades de recommandations :	page 4
Synthèse :	page 5
Critères de qualité :	page 13
Retour d'information :	page 14

Document établi à l'initiative des « *Cercles d'Analyse des Pratiques entre Pairs* » (CAP Pairs®), un programme de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) promu par « SOPHIA Fondation d'Entreprise Genève » (SOPHIA).



Introduction

Ce dossier documentaire s'adresse aux groupes d'analyse des pratiques entre Médecins généralistes qui, comme les CAP Pairs[®], ont choisi de consacrer au moins une partie de leurs réunions à certains thèmes d'intérêt, issus de la pratique courante.

Le thème de ce dossier documentaire a été choisi par le Comité de Pilotage du programme CAP Pairs[®] :

- ✓ Dr Christian COHENDET, Médecin généraliste (Poisy [74])
- ✓ Dr Alain GIBILY, Médecin généraliste (Chalons en Champagne [51])
- ✓ Dr Jacques GRICHY, Médecin généraliste (Montlignon [95])
- ✓ Dr René LE JEUNE, Médecin généraliste (Rosporden [29])

L'objectif est d'aider les praticiens impliqués dans des groupes à comparer leurs pratiques aux recommandations actuelles et autres sources documentaires de haute qualité (c'est-à-dire fondées sur des niveaux de preuve explicites), comme les y invitent les dispositifs d'EPP et de FMC.

Dans cette perspective, chaque dossier réunit les éléments suivants :

- ✓ Une synthèse pratique, rédigée par un praticien expert du domaine concerné.
- ✓ Une liste de critères/indicateurs de qualité des pratiques, suggérée par ce même auteur.
- ✓ Un questionnaire d'évaluation de la qualité/utilité du présent dossier.



Niveaux de preuve Grades de recommandations

Le niveau de preuve des articles retenus a été établi de la façon suivante :

- ✓ niveau 1 : essais comparatifs randomisés de forte puissance ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés
- ✓ niveau 2 : essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte
- ✓ niveau 3 : étude cas-témoins
- ✓ niveau 4 : études comparatives avec des biais importants, études rétrospectives, séries de cas ou études épidémiologiques descriptives

Les recommandations sont classées en grades A, B ou C en fonction du niveau de preuve scientifique fourni par la littérature :

- ✓ grade A : preuve scientifique établie par des études de niveau 1
- ✓ grade B : présomption scientifique d'après des études de niveau 2
- ✓ grade C : faible niveau de preuve (études de niveau 3 ou 4)

En l'absence d'étude de niveau suffisant, les recommandations s'appuient sur un accord professionnel (pratiques professionnelles et bon sens)

Synthèse

I) INTRODUCTION : DÉFINITIONS

Les nævus (ou nævi) sont des lésions bénignes banales. Ils intéressent le médecin surtout par leurs rapports avec le mélanome qui est une tumeur hautement maligne.

A) Le nævus

- 1) Le nævus est une hyperplasie circonscrite bénigne des cellules pigmentaires de la peau, les mélanocytes [1]. On l'appelle parfois aussi nævus mélanocytaire, nævus pigmentaire ou nævus nævocellulaire [1].
- 2) Les nævus pigmentaires sont très fréquents [2]. Ils représentent la plupart des « grains de beauté » [3].
- 3) Ils apparaissent en majorité au cours des trois premières décennies et régressent ensuite avec l'âge [2]. Une infime minorité est congénitale [1].
- 4) Le nombre de nævus d'un adulte jeune à peau claire peut varier de 0 à plus de 100, en moyenne une vingtaine [4,5]; il dépend à la fois de facteurs génétiques et environnementaux, en particulier l'exposition solaire (niveau de preuve 3) [6].

B) Le mélanome

- 1) Le mélanome cutané est un cancer développé aux dépens des cellules pigmentaires de la peau [1,7,8].
Il existe plus rarement des mélanomes d'autres structures, comme l'œil [9]. Dans la suite de cet exposé, le terme de mélanome est réservé aux mélanomes de la peau.
- 2) Le mélanome est rare [7,8], mais son incidence augmente dans les pays industrialisés [1,10].
- 3) Il est très peu sensible aux traitements médicaux de type chimiothérapie et radiothérapie [1].
- 4) Son pronostic est favorable s'il est extirpé chirurgicalement à un stade précoce [11]; il est beaucoup moins bon lorsqu'il s'agit d'une tumeur localement évoluée (mélanome épais) et il devient extrêmement péjoratif en cas de métastase [1].
- 5) Il existe plusieurs formes anatomocliniques de mélanomes. La plus fréquente se caractérise par une phase initiale de développement superficiel assez lent [8].

C) Rapports entre nævus et mélanome

- 1) Le mélanome peut être confondu cliniquement avec un nævus pigmentaire [1,7].
- 2) Le mélanome peut se développer par transformation d'un nævus pigmentaire [12], mais dans moins de la moitié des cas; il survient le plus souvent *de novo* (dans 70 à 80% des cas) [8].
- 3) La présence de nombreux nævus pigmentaires est un marqueur de risque de mélanome (niveau de preuve 3) [10].
- 4) Le développement des nævus pigmentaires et celui des mélanomes sont tous deux favorisés par l'exposition aux rayonnements ultraviolets du soleil (niveau de preuve 3) [6].

II) DIAGNOSTIC

A) Démarche diagnostique

- 1) Le diagnostic de nævus est d'abord clinique. Lorsque la sémilogie clinique ne suffit pas, la dermoscopie permet en général de statuer, le dernier ressort étant l'analyse histologique (diagnostic définitif) [8].
- 2) Étant donné la gravité potentielle du mélanome et le caractère anodin de l'exérèse des nævus, le bon sens nous recommande de privilégier la sensibilité aux dépens de la spécificité.
- 3) La démarche diagnostique dépend du niveau d'expérience clinique du médecin dans la reconnaissance visuelle des nævus et des mélanomes, et de son expérience du maniement des outils diagnostiques tels que la dermoscopie [8].
- 4) Une démarche en deux étapes
 - a) Il est couramment admis que les lentigos de grande taille et les mélanomes débutants sont les plus difficiles à distinguer des nævus mélanocytaires courants, les trois types de lésions correspondant à des proliférations mélanocytaires [2].
 - b) À l'inverse, les histiocytofibromes et les kératoses séborrhéiques, qui ne sont pas des proliférations mélanocytaires, sont parmi les plus fréquentes des lésions bénignes pigmentées et sont en règle générale faciles à différencier des nævus [2].
 - c) Cela justifie une démarche diagnostique en deux étapes :
 - i. La première consiste à distinguer les lésions mélanocytaires des lésions non mélanocytaires.
 - ii. La seconde à distinguer, parmi les lésions mélanocytaires, les nævus et les lentigos des mélanomes.Un consensus international a proposé les mêmes étapes pour le diagnostic dermoscopique (accord professionnel) [13].
 - d) À la seconde étape, les critères cliniques de suspicion de mélanome, comme la règle « ABCDE » (voir plus loin), doivent être appliqués aux tumeurs mélanocytaires (ou de nature incertaine) [14]. Si un ou plusieurs de ces critères sont présents, il faut faire appel rapidement à un dermatologue ; dans le cas contraire, une simple surveillance est requise.
 - e) Pour les lésions non mélanocytaires, la conduite à tenir dépend de différents facteurs.
 - f) La démarche diagnostique est résumée sur l'arbre décisionnel suivant (Figure 1) :

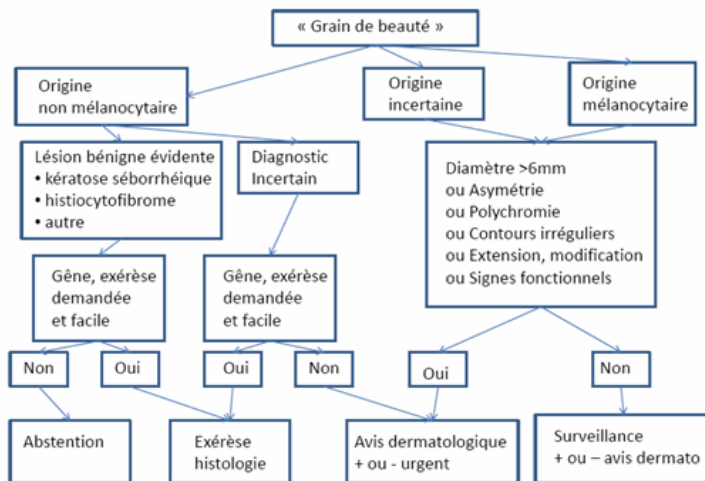


Figure 1. Démarche diagnostique devant un « Grain de beauté »

B) Diagnostic positif

1) Formes cliniques de nævus

a) Les nævus banals : un grand nombre de formes cliniques ont été individualisées [1] ; schématiquement trois types cliniques sont observés [2].

i. Le nævus pigmenté : petite tache brune plus ou moins foncée, ronde ou ovale, symétrique, monochrome ou en dégradé régulier, au relief absent ou à peine perceptible. Il est plutôt l'apanage des sujets jeunes.

ii. Le nævus tubéreux : peu ou pas pigmenté, qui se présente comme une élévation cutanée à surface lisse ou verruqueuse, parfois pédiculée, parfois poilue, souvent sur le visage.

iii. Le nævus composé ou mixte : intermédiaire entre les deux précédents, il associe une composante en relief et une composante pigmentée.

b) Les nævus atypiques

i. Les critères définissant le nævus atypique sont ceux qui font suspecter le diagnostic de mélanome : asymétrie, irrégularité des contours, polychromie, grande taille et évolutivité (voir "La règle « ABCDE »") [1].

ii. Le nævus cliniquement atypique ne peut donc être distingué d'un mélanome que par l'histologie [1,8].

2) Signes de suspicion de mélanome

a) La règle « ABCDE »

Les signes « ABCDE » sont utilisés consensuellement par les dermatologues (accord professionnel) [8] pour distinguer, parmi les nævus, ceux qui sont suspects de mélanome et justifient donc une exérèse avec contrôle histologique. Ces critères sont applicables aussi en dermoscopie [8] :

- i. **A = asymétrie** [8] : il s'agit de l'asymétrie de répartition des couleurs, des contours ou du relief.
 - ii. **B = bordure irrégulière** : désigne des contours irréguliers, déchiquetés ou encochés, polycycliques [8].
 - iii. **C = couleur inhomogène** [8].
 - iv. **D = dimensions > 6 mm** [8] : plus grand diamètre mesuré.
 - v. **E = évolutivité** : en taille, couleur ou épaisseur [8]. On apprécie souvent une première fois l'évolution du nævus après un délai de 3 à 6 mois. Dans l'intervalle, la grande majorité des mélanomes auront changé d'aspect dermoscopique alors que les nævus bénins n'auront pas changé [15].
- b) Les autres signes
- i. Le relief [3] n'est pas un signe discriminant en lui-même, car de nombreux nævus bénins sont en relief (nævus tubéreux ou mixtes) [1,2].
 - ii. L'apparition sur un grain de beauté de signes fonctionnels tels que prurit ou douleur, ou encore d'un saignement [3], correspond à des modifications évolutives (« E ») à prendre en considération.
- 3) Outils spéciaux
- a) Le principal est le dermoscope [12-16], très utile dans des mains expérimentées bien qu'il ne soit pas encore recommandé en routine (accord professionnel) [8].
 - i. C'est une technique de microscopie de surface (microscopie par « épiluminescence »).
 - ii. La sémiologie des images est basée sur l'analyse de la distribution de la mélanine dans le derme et l'épiderme, non visible à l'œil nu, ainsi que sur l'analyse de la disposition et de l'aspect des vaisseaux capillaires cutanés [8,17].
 - iii. De ce fait, elle présente un intérêt principal pour l'examen des lésions pigmentaires (accord professionnel) [17].
 - b) D'autres systèmes sont en cours d'évaluation, comme des procédures de surveillance photographique systématique, des algorithmes et des systèmes experts d'analyse d'images numériques, la microscopie confocale, etc. Toutes ces techniques sont développées pour affiner le diagnostic clinique en amont de l'histologie, c'est-à-dire favoriser le dépistage des mélanomes et limiter les exérèses inutiles de nævus bénins [14].

C) Diagnostic différentiel (lésions non mélanocytaires) [1,8]

Les diagnostics différentiels les plus fréquents sont :

- 1) Les kératoses séborrhéiques, ou verrues séborrhéiques.
- 2) Les histiocytofibromes, ou dermatofibromes.
- 3) Les carcinomes basocellulaires « tatoués ».
- 4) Les angiomes thrombosés.

III) STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

A) Abstention

L'immense majorité des nævus ne justifie aucun traitement [2].

B) Exérèse à but diagnostique

En cas de doute diagnostique avec un mélanome, il faut :

- 1) Réaliser une exérèse chirurgicale sans délai [2].
- 2) Retirer la totalité de la lésion [1].
- 3) Passer à 2 mm du bord visible [2].
- 4) Toujours réaliser un examen histologique [1].

C) Exérèse « de confort »

En cas de gêne fonctionnelle ou esthétique, l'exérèse peut être réalisée à la demande du patient, même si la lésion est parfaitement bénigne ; il convient de [1] :

- 1) Expliquer au patient qu'il ne s'agit pas d'un geste préventif du mélanome.
- 2) Avertir des risques de cicatrice.
- 3) Retirer la totalité de la lésion.
- 4) Toujours réaliser un examen histologique.

D) Traitements complémentaires

- 1) Après confirmation histologique du diagnostic de nævus bénin, aucune thérapeutique supplémentaire n'est indiquée [2].
- 2) Si le diagnostic histologique est celui de mélanome :
 - a) Reprise chirurgicale de l'exérèse avec une marge de sécurité [1,11].
 - b) Bilan d'extension clinique et paraclinique [11].
 - c) Pas de traitement médical complémentaire systématique [11].
 - d) Confier le patient sans tarder à une équipe spécialisée [18].
 - e) En réalité, la conduite à tenir dépend de nombreux paramètres, au premier rang desquels figurent les caractéristiques histologiques de la tumeur, notamment son épaisseur [11].

IV) DÉPISTAGE DU MÉLANOME

A) Cibles du dépistage

- 1) Sujets à risque :
 - a) Antécédents personnels de mélanome [1,8,12].
 - b) Phototype clair : phototype 0 (albinos), phototype I (cheveux roux, peau laiteuse, nombreuses éphélides, bronzage impossible, coups de soleil systématiques) ; phototype II (cheveux blonds, peau très claire, bronzage léger, coups de soleil systématiques) [8,19].
 - c) Très grand nombre de nævus : par exemple > 40 [8]. Le risque de mélanome est plus de 6 fois supérieur chez les sujets ayant plus de 100 nævus par rapport à ceux en ayant moins de 15 (niveau de preuve 3) [10].
 - d) Nævus atypiques : le risque de mélanome est plus de 6 fois supérieur chez les sujets ayant 5 nævus atypiques par rapport à ceux n'en ayant aucun (niveau de preuve 3) [10].

- e) Antécédents personnels de coups de soleil (niveau de preuve 3) [20].
 - f) Antécédents familiaux de mélanome (niveau de preuve 3) [21] essentiellement chez un parent du premier degré (frère, sœur, parent) [8].
 - g) Immunodéprimés adeptes du bronzage naturel ou artificiel et sujets porteurs d'affections génétiques rares favorisant les cancers de la peau [8].
- 2) Population générale :
- a) Auto-examen suivi d'une consultation médicale en cas de lésion suspecte [8,19,22].
 - b) Médecin généraliste [8].
 - c) Médecin du travail [8].

B) Surveillance des sujets à risque

- 1) Autosurveillance : éduquer les sujets à l'examen régulier de leur tégument et leur conseiller de consulter en cas de lésions cutanées suspectes, en particulier celles qui sont nouvelles ou évolutives [1].
- 2) Examen systématique complet pratiqué par le dermatologue, sur un rythme variable (au moins une fois par an) et à vie, chez des sujets à risque élevé de mélanome [19,20].
- 3) Dans des populations ciblées, on peut faire appel à des techniques complémentaires de surveillance photographique [12,14,19]. Leur mise en œuvre est assez lourde et relève de consultations très spécialisées.

V) PRÉVENTION DU MÉLANOME

A) Exérèse des nævus

- 1) Il n'y a pas lieu de pratiquer une exérèse de nævus dans l'intention de prévenir l'apparition d'un mélanome [2].
- 2) Cette règle générale peut être modulée dans un cas particulier relevant de l'expertise dermatologique :
les nævus congénitaux de grande taille ou d'apparition précoce, qui comportent un risque non négligeable de mélanome [1], mais l'exérèse n'est pas toujours réalisable en pratique [3].

B) Protection contre le rayonnement ultraviolet (UV)

- 1) De nombreux arguments épidémiologiques et biologiques ont établi le rôle favorisant du rayonnement UV dans la multiplication et l'activation des mélanocytes, le développement des nævus et celui des mélanomes (niveau de preuve 3) [21].
- 2) Le risque de mélanome ne semble pas dépendre uniquement de la dose cumulée d'UV reçue au cours de la vie [8], mais il est significativement associé aux antécédents de coup de soleil (niveau de preuve 3) [21].
- 3) Il faut décourager les expositions solaires trop intenses, notamment celles responsables de coups de soleil.

VI) RÉFÉRENCES

1. Grob JJ. Nævus et mélanomes cutanés. *Irr.* Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM, eds. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. 4^e ed. Paris: Masson, 2004:660-77.
2. Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF). *Item n° 149* : Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : *naevus*. *Ann Dermatol Venereol* 2005;132:7S147-7S152.
3. Collège des Enseignants en Dermatologie de France (CEDEF). *Item n° 149* : Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : *mélanomes*. *Ann Dermatol Venereol* 2005;132:7S140-7S146.
4. MacKie RM, English J, Aitchison TC, Fitzsimons CP, Wilson P. The number and distribution of benign pigmented moles (melanocytic naevi) in a healthy British population. *Br J Dermatol* 1985;113:167-74.
5. Colonna S, Zina G. [Acquired melanocytic nevus. Epidemiologic clinical study of a healthy population]. *G Ital Dermatol Venereol* 1990;125:231-6. (article en italien)
6. Bauer J, Garbe C. Acquired melanocytic nevi as risk factor for melanoma development. A comprehensive review of epidemiological data. *Pigment Cell Res* 2003;16:297-306.
7. Miller AJ, Mihm MC Jr. Melanoma. *N Engl J Med* 2006;355:51-65.
8. Haute Autorité de Santé (HAS). Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Recommandation en santé publique. Rapport d'évaluation. Octobre 2006.
9. Sallam A, Hungerford J. Choroidal melanoma. *Br J Hosp Med (Lond)* 2007;68:669-73.
10. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *Eur J Cancer* 2005;41:28-44.
11. Négrier S, Saiag P, Guillot B, et al.; Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, Société française de dermatologie. Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations 2005 pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané MO. Actualisation de la Conférence de Consensus de 1995 et des SOR de 1998. *Ann Dermatol Venereol* 2005;132:10S1-10S85.
12. Bauer J, Blum A, Strohäcker U, et al. Surveillance of patients at high risk for cutaneous malignant melanoma using digital dermoscopy. *Br J Dermatol* 2005;152:87-92.
13. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol* 2003;48:679-93.
14. Guitera-Rovel P, Vestergaard ME. Les outils diagnostiques du mélanome cutané. *Ann Dermatol Venereol* 2008;135(12): sous presse.
15. Menzies SW, Gutenev A, Avramidis M, Batrac A, McCarthy WH. Short-term digital surface microscopic monitoring of atypical or changing melanocytic lesions. *Arch Dermatol* 2001;137:1583-9.
16. Dolianitis C, Kelly J, Wolfe R, Simpson P. Comparative performance of 4 dermoscopic algorithms by nonexperts for the diagnosis of melanocytic lesions. *Arch Dermatol* 2005;141:1008-14.
17. Haute Autorité de Santé (HAS). Dermatoscopie [dermoscopie] pour surveillance cutanée. Classement CCAM : 16.01.06 - Code : QZQP001. Novembre 2007.



18. Crickx B, Roujeau JC. Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques. Naevus. *Ann Dermatol Venereol* 2002;129:25149-25152.
19. Weinstock MA. Cutaneous melanoma: public health approach to early detection. *Dermatol Ther* 2006;19:26-31.
20. Weinstock MA, Risica PM, Martin RA, *et al.* Melanoma early detection with thorough skin self-examination: the "Check It Out" randomized trial. *Am J Prev Med* 2007;32:517-24.
21. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, *et al.* Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *Eur J Cancer* 2005;41:45-60.
22. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, *et al.* Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer* 2005;41:2040-59.



Critères de qualité

Les critères ci-dessous peuvent être proposés et sont liés à la pratique :

A) Prise en charge du patient consultant pour, ou signalant, un grain de beauté pendant la consultation

Si une case n'est pas cochée, adresser le patient en consultation de dermatologie

- 1) Rechercher des signes de mélanome
 - a) Vérifier la présence des critères de bénignité -----
 - b) Aspect globalement symétrique -----
 - c) Forme arrondie ou ovale, contours réguliers -----
 - d) Couleur homogène ou dégradé régulier,
pas de juxtaposition de taches de couleurs différentes -----
 - e) Absence de signe d'évolutivité, y compris de symptôme fonctionnel -----

- 2) Rechercher des facteurs de risque de mélanome par l'interrogatoire et un examen complet de la peau
 - a) Phototype \geq III, c'est-à-dire patient ni albinos ni roux, sans taches
de rousseur, capable de bronzer sans prendre de coup de soleil -----
 - b) \leq 40 nævus au total sur le corps -----
 - c) Tous les nævus vérifient les critères cochés en (1) -----
 - d) Le malade n'a pas d'antécédent personnel connu de mélanome -----
 - e) Les parents du premier degré (frères et sœurs, parents, enfants) n'ont
pas d'antécédent connu de mélanome -----
 - f) Absence de terrain immunodéprimé connu -----

B) Prise en charge du malade chez qui un mélanome cutané est suspecté

Toutes les cases d'une des deux solutions doivent être cochées a posteriori

- 1) Soit Solution 1
 - a) Le malade a vu un dermatologue dans un délai \leq 15 jours -----

- 2) Soit Solution 2
 - a) La lésion suspecte a été retirée par moi-même ou par un chirurgien
dans un délai inférieur à 15 jours -----
 - b) Exérèse en totalité en surface et en profondeur -----
 - c) Pas de marge de sécurité $>$ 2 mm -----
 - d) Pièce d'exérèse adressée pour examen histologique -----
 - e) Avis histologique récupéré dans un délai \leq 15 jours -----

C) Prise en charge du malade chez qui un mélanome cutané a été confirmé histologiquement

Le malade a été vu par un spécialiste dermatologue ou dermato-oncologue
dans un délai \leq 10 jours après le diagnostic -----



Retour d'information

SOPHIA vous remercie vivement par avance de bien vouloir leur retourner ce questionnaire après l'avoir complété : bien entendu, vos évaluations seront d'un précieux concours pour améliorer le contenu et la forme de ce dossier documentaire.

Répondez à chaque proposition par une note comprise entre 1 et 6 :

Accord total	6
Accord quasi-total, réserves mineures	5
Accord prédominant, réserves importantes	4
Désaccord prédominant, points d'accord importants	3
Désaccord quasi-total, points d'accord mineurs	2
Désaccord total	1

Jugement global

1. Le thème choisi est pertinent pour ma pratique
2. La qualité scientifique du dossier est satisfaisante
3. La qualité pédagogique du dossier est satisfaisante
4. Les informations produites sont objectives et impartiales
5. Il n'y a aucune promotion commerciale des produits/dispositifs de santé

Commentaires :

Impact

6. Le dossier aura un impact sur mes
 - a. opinions sur le sujet choisi
 - b. discussions avec mes confrères
 - c. conseils aux patients
 - d. prescriptions (thérapeutiques et/ou diagnostiques)
7. Je souhaite recevoir la prochaine édition actualisée du même dossier
8. Je souhaite recevoir les autres dossiers documentaires de CAP Pairs/SOPHIA

Commentaires :



Texte de synthèse

9. Le principe d'un texte de synthèse est utile
10. Le texte actuel est objectif/scientifiquement fondé
11. Le texte actuel est pertinent/utile à ma pratique

Commentaires :

Critères de qualité

12. Le principe d'une liste de critères est utile
13. Je vais tester les (certains des) critères suggérés dans ma pratique

Commentaires :

Références documentaires

14. Le principe du rappel *in extenso* d'un article de référence est utile
15. L'article principal proposé ici a été bien choisi
16. La possibilité de disposer d'articles complémentaires est utile
17. Les articles complémentaires proposés sont choisis à bon escient

Commentaires :

Merci par avance de renvoyer ce questionnaire complété par courrier ou télécopie à
SOPHIA, Fondation d'Entreprise Genève
BP 80356 - 06906 SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX
Fax : 0 800 12 06 91

Votre **NOM** (lettres capitales) : _____

Prénom : _____ **Téléphone** : _____

Adresse professionnelle : _____

Code postal : _____ **Ville** : _____