



Dossier documentaire

« *Traitement hormonal substitutif de la ménopause* »

(Version 1 du 15 avril 2008)

Professeur Renaud de TAYRAC
Gynécologue-Obstétricien
GHU Crémeau, Nîmes



Sommaire

Introduction :	page 3
Niveaux de preuve - Grades de recommandations :	page 4
Synthèse :	page 5
Critères de qualité :	page 14
Retour d'information :	page 15

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])
- ✓ Dr Jean-Michel SEJOURNÉ, Médecin généraliste (Eymet [24])

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, des 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

A) Sources documentaires

Le rapport bénéfices/risques du traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause a été rediscuté (notamment en termes de risque de cancer du sein et de maladies cardiovasculaires) suite à la publication d'une série d'études, dont l'étude américaine *Women's Health Initiative* (WHI) en 2002 [1], l'étude britannique *Million Women Study* (MWS) en 2003 [2] et les études françaises ESTHER en 2003 [3] et E3N en 2005 et 2007 [4,5].

Les autorités sanitaires françaises (ANAES/HAS, AFSSAPS) ont proposé en mai 2004 un rapport d'orientation [6] et un argumentaire [7], ainsi que des recommandations [8] et des « messages clés à destination des femmes » [9]. L'AFSSAPS a actualisé ces rapports en 2005 [10] et 2006 [11].

B) Prise en charge des symptômes de la préménopause

1. Types de symptômes
 - a. Troubles du cycle menstruel : irrégularités menstruelles, ménométrorragies, dysménorrhées,
 - b. Symptômes climatériques : bouffées de chaleur, sudations nocturnes, sécheresse vaginale.
2. Indications thérapeutiques
 - a. Traitement progestatif de première intention,
 - i. 10 jours/mois (J16-J25) si troubles modérés,
 - ii. 20 jours/mois (J6-J25) si troubles importants,
 - iii. 30 jours/mois (en continu) si effet contraceptif recherché.
 - b. Avis spécialisé en cas d'échec du traitement progestatif : rechercher une pathologie organique (gynécologique, endocrinienne).

C) Diagnostic de ménopause

1. Indications
 - a. Symptômes climatériques sans aménorrhée,
 - b. Aménorrhée < 45 ans et test au progestatif négatif (absence de règles après 10 jours de traitement progestatif),
 - c. Antécédent d'hystérectomie avec conservation ovarienne.
2. Méthodes : Dosages plasmatiques
 - a. FSH > 20 mUI/ml,
 - b. Estradiol < 20 pg/ml.

II) THS : BÉNÉFICES ET RISQUES

A) Bénéfices

1. Symptômes climatériques
Efficacité démontrée sur l'amélioration de la qualité de vie en rapport avec les symptômes climatériques (niveau de preuve 1) [8].
2. Cancer colorectal
 - a. Le THS estroprogestatif a un effet protecteur (niveau de preuve 1) [8],
 - b. L'effet des estrogènes seuls est discuté (niveau de preuve 1) [8].
3. Prévention primaire du risque fracturaire
Effet démontré mais rapport bénéfices/risques global jugé défavorable chez une patiente ne présentant pas de symptômes climatériques (cf. ci-dessous).

B) Risques

Les risques du THS sont carcinologiques, cardiovasculaires et neurologiques.

1. Cancer du sein
 - a. Augmentation du risque (sur-risque), initialement démontrée pour les estroprogestatifs (pas pour les estrogènes seuls prescrits chez les patientes hystérectomisées) (niveau de preuve 1) [8].
Accroissement avec la durée de traitement (> 5 ans) et réversibilité (dans les 5 ans suivant l'arrêt) (niveau de preuve 2) [8].
 - b. Absence de sur-risque (même si traitement > 6 ans) avec les associations
 - i. Estrogènes + progestérone naturelle micronisée,
 - ii. Estrogènes + dydrogestérone (isomère de la progestérone naturelle).
 - c. Chez une patiente sous THS, le cancer du sein est souvent diagnostiqué à un stade plus avancé (seins plus denses, moins faciles à examiner) (niveau de preuve 1) [1].
A contrario, un diagnostic plus précoce est possible du fait d'une meilleure surveillance et la tumeur est plus souvent hormonodépendante (meilleur pronostic) (niveau de preuve 3) [8].
2. Cancer de l'endomètre
 - a. Sur-risque démontré pour les estrogènes seuls et pour la tibolone (niveau de preuve 1) [8],
 - b. Diminution du sur-risque avec les estroprogestatifs en schéma séquentiel (niveau de preuve 1) [8],
 - c. Annulation du sur-risque avec les estroprogestatifs en schéma continu (niveau de preuve 1) [8].
3. Cancer de l'ovaire
L'augmentation du risque de cancer de l'ovaire est suggérée mais non démontrée [8].
4. Infarctus du myocarde
Sur-risque lié aux estroprogestatifs, femmes > 60 ans [8].

5. Accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique constitué
 - a. Sur-risque lié aux estroprogestatifs, estrogènes seuls et tibolone, chez les femmes > 60 ans [8],
 - b. NB : le sur-risque d'AVC hémorragique ou d'accident ischémique transitoire n'est pas démontré.
6. Maladie thrombo-embolique veineuse
Sur-risque lié aux estroprogestatifs et estrogènes seuls par voie orale [8].
7. Démence
Sur-risque de démence chez les femmes > 65 ans (niveau de preuve 1) [8].

III) THS : INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS ACTUELLES

A) Indications

1. Présence de symptômes climatériques
Le traitement des symptômes climatériques gênants ou perçus comme tels, quel que soit le statut vis-à-vis de l'ostéoporose, est une indication majeure du THS (grade A) [8].
2. Absence de symptômes climatériques, mais présence de ≥ 1 facteur de risque fracturaire (Encadré 1)
 - a. L'évaluation de la densité minérale osseuse (DMO) par ostéodensitométrie est indiquée,
 - i. Si DMO comprise entre -1 et -2,5 : traitement si facteurs de risque importants,
 - ii. Si DMO < -2,5 : traitement quels que soient les facteurs de risque.
 - b. Dans les deux cas, le THS n'est indiqué qu'en cas d'intolérance ou de contre-indication aux biphosphonates et au raloxifène (traitements de première intention) [8].
3. Le THS doit être débuté précocement après l'apparition des symptômes de ménopause, et dans tous les cas avant 65 ans, afin de minimiser les risques cardiovasculaires.

Encadré 1. Facteurs de risque fracturaire (vertèbres, poignets, cols fémoraux)

✓	Ménopause < 40 ans
✓	Antécédent personnel de fracture
✓	Antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez un parent du 1 ^{er} degré
✓	IMC < 19 kg/m ²
✓	Corticothérapie
✓	Tabagisme
✓	Diminution de l'acuité visuelle

B) Non-indications

1. Absence de symptômes climatériques (25% des femmes au début de la ménopause)
2. Symptômes climatériques n'entraînant pas d'altération de la qualité de vie
3. Sécheresse vaginale isolée
Traitement en 1^{re} intention par une estrogénothérapie locale (ovule + crème, 3 fois par semaine).

4. Incontinence urinaire (niveau de preuve 2) [8]
Traitement estrogénique local associé à la rééducation périnéale.
5. Ostéodensitométrie normale (DMO > -1)
Conseils hygiéno-diététiques (régime riche en calcium, activité physique) et contrôle ostéodensitométrie après 5 ans.
6. Au total, chez une patiente ménopausée en bonne santé, sans symptômes climatiques et sans facteur de risque fracturaire, la prescription d'un THS n'est pas recommandée [8].

C) Contre-indications

1. Antécédent personnel de cancer du sein ou de l'endomètre (niveau de preuve 1) [8]
2. Antécédent personnel de maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire (grade A) [8]
Ou présence de facteurs de risque cardiovasculaire ou cérébrovasculaire (**Encadré 2**) (grade B) [8]
3. Antécédent personnel de maladie veineuse thrombo-embolique (grade A) [8].
Ou présence de facteurs de risque de maladie thrombo-embolique veineuse (dont antécédents familiaux)
4. Hémorragie génitale sans diagnostic établi (risque de cancer de l'endomètre)
Explorer par une échographie avec mesure de l'épaisseur endométriale et adresser la patiente pour une hystéroscopie diagnostique avec curetage biopsique (épaisseur endométriale pathologique > 4 mm sans THS, > 7 mm sous THS)
5. Affection hépatique aiguë ou chronique ou antécédent d'affection hépatique.

Encadré 2. Facteurs de risque cardiovasculaire ou cérébrovasculaire

- Antécédent personnel (angor, infarctus, AVC)
- HTA sévère, hypercholestérolémie sévère, diabète
- Maladie artérielle périphérique (carotides, aorte, membres inférieurs)
- Association de plusieurs facteurs de risque (obésité, tabagisme, HTA modérée...).

D) Rapport Bénéfices/Risques (situations particulières)

1. Si symptômes climatiques (appréciés par la patiente) suffisamment gênants pour altérer sa qualité de vie.
Rapport bénéfices/risques favorable (en l'absence de contre-indication) [11].
2. Si présence d'un risque *faible* cardiovasculaire ou cérébrovasculaire ou thrombo-embolique.
Ce sur-risque ne justifie pas la non-prescription ou l'arrêt du THS si ce traitement a un bénéfice attendu sur les symptômes climatiques ou la prévention primaire du risque fracturaire [8].

3. Si absence de symptômes climatiques et de facteur de risque fracturaire
 - a. L'ostéodensitométrie n'est pas indiquée.
NB : il n'est donc pas recommandé de réaliser une ostéodensitométrie pour aider à décider de la prescription du THS, les risques carcinologiques et cardiovasculaires étant supérieurs aux bénéfices escomptés [8].
 - b. Rappel : prévention du risque fracturaire.
Le rapport bénéfices/risques du THS est défavorable sur la base des données actuellement disponibles (nécessité de poursuivre le THS pendant > 7 ans pour qu'il soit efficace sur la prévention de l'ostéoporose) (grade A) [8].

IV) THS : COMPARAISON DES PROTOCOLES

A) Estrogènes

1. Il est recommandé d'adapter la prescription afin d'administrer la dose d'estrogène minimale efficace
 - a. Disparition des symptômes climatiques et absence de signes d'hyperestrogénie (comme la tension mammaire).
 - b. Doses initiales recommandées
 - i. Comprimés et gels : 0,5 mg/j,
 - ii. Patchs : 0,025 mg/j.
2. En ce qui concerne le risque de cancer du sein
 - a. Il n'y a pas de différence selon :
 - i. La nature de l'estrogène,
 - ii. La voie d'administration (orale, transdermique) (niveau de preuve 2) [8],
 - iii. Le schéma thérapeutique (séquentiel ou continu) (niveau de preuve 2) [8].
 - b. Le risque dépend de la durée d'exposition et n'apparaît significatif qu'au-delà de 1 an.
3. Seul le schéma continu évite le sur-risque de cancer de l'endomètre.
4. Risque cardiovasculaire.
La voie d'administration transdermique expose théoriquement à un sur-risque moindre (non prouvé) (niveau de preuve 3) [8].
5. Estrogènes seuls
 - a. Ils ne sont indiqués que chez les patientes hystérectomisées en raison de l'absence de sur-risque de cancer de l'endomètre (grade A) [8],
 - b. Ce protocole évite également le sur-risque de cancer du sein [11].

B) Progestatifs

1. Risque de cancer du sein.
Il diffère selon le progestatif utilisé.
La progestérone naturelle micronisée et la dydrogestérone (isomère de la progestérone naturelle) n'exposent pas à un sur-risque, même lors d'un traitement > 6 ans [11].



2. Risque thrombo-embolique veineux
 - a. Il n'est démontré qu'avec les associations
 - i. Estrogène par voie orale + progestatif de synthèse [11],
 - ii. Estrogène transdermique + norpregnane [11].
 - b. Les estrogènes par voie transdermique seuls ou associés à un progestatif naturel ou un dérivé pregnane n'augmentent pas le risque [11].

C) Tibolone

Elle augmente le risque de cancer de l'endomètre et d'AVC [11].

V) THS : INFORMATION DES PATIENTES

A) Lors de la consultation d'initiation ou de renouvellement de la prescription, donner une information objective sur :

1. Le THS : indications, contre-indications, bénéfices et rapport bénéfices/risques (cf. ci-dessus) et, notamment :
 - a. La non-prescription de THS ne supprime pas les risques carcinologiques et cardiovasculaires,
 - b. Le sur-risque cardiovasculaire disparaît à l'arrêt du THS,
 - c. Le sur-risque de cancer du sein persiste pendant les 5 ans qui suivent l'arrêt du THS.
2. Les alternatives au THS
3. La consommation de phyto-estrogènes et dérivés du soja, ayant des propriétés estrogéniques
 - a) Ces produits peuvent être efficaces contre les symptômes climateriques, mais comportent probablement les mêmes effets indésirables que le THS,
 - b) De plus, ils ne sont pas correctement évalués et ne bénéficient pas de l'AMM.
4. La possibilité de recevoir des informations complémentaires sur le site Internet de l'AFSSAPS (www.afssaps.sante.fr) et de l'Association française pour l'étude de la ménopause (www.menopauseafem.com).

B) La signature d'un document écrit attestant que la patiente a reçu et correctement compris l'information est inutile et non recommandée [8].

VI) THS : DURÉE DE PRESCRIPTION, SURVEILLANCE

A) Durée

1. Compte tenu des risques carcinologiques encourus, il est habituellement recommandé de prescrire le THS pour une durée initiale de 5 ans (Tableau I).
2. Paradoxalement :
 - a. Le sur-risque d'infarctus du myocarde n'est significatif que pendant la 1^{re} année,
 - b. Le sur-risque d'AVC ischémique n'est significatif qu'après la 1^{re} année (Tableau II).

3. Si l'indication du THS persiste au delà de 5 ans, et qu'il n'apparaît pas de contre-indication, le THS peut être poursuivi sans limitation de durée.
Les symptômes climateriques persistent > 5 ans dans 50% des cas et > 10 ans dans 25% des cas.

Tableau I. Risques relatifs (RR) de cancer du sein en fonction du protocole thérapeutique [10]

	Exposition < 5 ans	Exposition > 5 ans
Estrogène + progestatif de synthèse	1,24	1,53
Estrogène + progestatif naturel	1,0 ^s	1,20
Estrogène seul	1,0 ^s	1,34

^sRisques comparables aux patientes sans THS

Tableau II. Risques relatifs (RR) d'accidents cardiovasculaires et cérébrovasculaires en fonction de la durée d'exposition [10]

Estrogène + Progestatif	Exposition < 1 an	Exposition > 1 an
Risque d'infarctus du myocarde	1,81	1 ^s
Risque d'AVC ischémique	0,95 ^s	1,61

^sRisques comparables aux patientes sans THS

B) Surveillance

1. Seins

Examen clinique + mammographie + échographie mammaire : 1 fois/an [8]

- a. La surveillance radiologique peut être espacée à 2 ans si la patiente présente des seins peu denses, facilement examinables,
- b. IRM mammaire : intérêt si difficultés diagnostiques avec les examens d'imagerie conventionnelle.

2. Risque cardiovasculaire

- a. Tabagisme (incitation au sevrage si nécessaire), pression artérielle, cholestérol total et HDL, glycémie,
- b. Périodicité annuelle.

3. Poursuite du THS. Vérification annuelle : rediscuter avec la patiente

- a. Rapport bénéfices/risques,
- b. Réduction de la posologie (accord professionnel) [8],
- c. Réalisation d'une fenêtre thérapeutique (accord professionnel) [8].

4. Ostéodensitométrie.

Il n'est pas recommandé de réaliser une ostéodensitométrie de contrôle chez une patiente sous THS bien suivie.



VII) THS : DÉMINÉRALISATION OSSEUSE

Le THS, les biphosphonates, le raloxifène et le ranélate de strontium ont démontré un effet préventif de la perte osseuse post-ménopausique ostéodensitométrique (niveau de preuve 1) [8]. L'efficacité du THS est particulièrement nette pendant la première année de traitement et l'effet protecteur anti-fracturaire persiste moins de 5 ans après l'arrêt (niveau de preuve 2) [8].

A) Indications d'un traitement de prévention primaire du risque fracturaire

Le THS est le seul traitement dont l'effet soit démontré.

Les alternatives thérapeutiques (biphosphonates, raloxifène) n'ont pas d'intérêt démontré chez une patiente ménopausée sans risque fracturaire.

B) Indications d'un traitement de prévention secondaire du risque fracturaire

1. Chez une patiente présentant > 1 facteur de risque fracturaire, l'ostéodensitométrie est indiquée.
2. Si DMO comprise entre -1 et -2,5
 - a. Facteurs de risque fracturaire peu importants, associer
 - i. Mesures hygiéno-diététiques : régime riche en calcium, activité physique,
 - ii. Calcithérapie,
 - iii. Vitamine D.
 - b. Facteurs de risque fracturaire importants. Traitement antifracturaire.
3. Si DMO < -2,5. Traitement antifracturaire, quels que soient les facteurs de risque.
4. Indication du THS
 - a. Si DMO comprise entre -1 et -2,5 et risque important,
 - b. Ou si DMO < -2,5 et si,
 - i. Présence de symptômes climatériques gênants,
 - ii. Absence de symptômes climatériques mais intolérance ou contre-indication aux biphosphonates et au raloxifène (traitements de 1^{re} intention en l'absence de symptômes climatériques).

C) PROTOCOLES THÉRAPEUTIQUES

Tous les schémas thérapeutiques de THS sont équivalents.



VIII) RÉFÉRENCES

1. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, *et al.*; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33.
2. Beral V; Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003;362:419-27.
3. Scarabin PY, Oger E, Plu-Bureau G; EStrogen and THromboEmbolism Risk Study Group. Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. *Lancet* 2003;362:428-32.
4. Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. *Int J Cancer* 2005;114:448-54.
5. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat* 2007 Feb 27; [Epub ahead of print].
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Rapport d'orientation. 11 mai 2004.
7. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Argumentaire. 11 mai 2004.
8. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Orientations générales, conclusions et recommandations. 11 mai 2004.
9. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Douze messages clés à destination des femmes. 11 mai 2004.
10. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Traitement hormonal substitutif de la ménopause. Caractéristiques de l'utilisation en France. Effets sur la survenue de cancers du sein et d'évènements cardiovasculaires en France. Propositions d'études complémentaires. Septembre 2005.
11. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Mise au point. Le traitement hormonal de la ménopause (THM). Point d'étape. Juin 2006.



Critères de qualité

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

A) Prescription initiale du THS

1. Motivation positive : indication authentique
 - a. Symptômes climatériques altérant la qualité de vie,Ou
 - b. Facteurs de risque fracturaire (lister) avec,
 - i. Diminution DMO,
 - ii. Intolérance/contre-indication biphosphonates et raloxifène.
2. Sécurité d'emploi : absence de contre-indication
 - a. Carcinologique (sein, endomètre),
 - b. Cardio/cérébrovasculaire,
 - c. Thrombo-embolique,
 - d. Hépatique.

B) Surveillance du THS : bilan annuel

1. Risque mammaire
 - a. Examen clinique,
 - b. Mammographie + échographie.
2. Risque cardio/cérébrovasculaire
 - a. Tabagisme (sevrage),
 - b. Pression artérielle,
 - c. Cholestérol (total, HDL),
 - d. Glycémie.
3. Modulation du THS
 - a. Discussion du rapport bénéfices/risques avec la patiente,
 - b. Tentative de fenêtre thérapeutique ou de réduction posologique.



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** : _____