



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

Mercredi 25 juin 2025

Seul l'avis de la CT fait foi - Occultations sous la responsabilité du laboratoire

AVERTISSEMENT

En application des articles L. 1451-1-1 et R. 1451-6 du Code de la santé publique, la HAS réalise un enregistrement des séances de la commission de la transparence (CT), de la Commission d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) et de la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP). Pour en faciliter la communication et la compréhension, la HAS a fait le choix de recourir à une transcription des débats par l'intermédiaire d'une société prestataire

Cette prestation associe une saisie directe des débats par sténotypie et une transcription assistée par ordinateur ainsi qu'une relecture médicale. L'objet de cette transcription est de permettre de tracer le déroulé des débats dans un souci de transparence et non de fournir une information scientifique validée. En effet, malgré le professionnalisme de cette prestation, il peut persister dans le texte final des incongruités ou des inexactitudes liées à l'usage d'un vocabulaire hautement spécialisé ou à la nature même des échanges verbaux. La HAS n'effectue aucune validation de ces documents.

La HAS rappelle que les seuls documents validés et opposables sont le procès-verbal de la séance et l'avis définitif de la Commission qui sont mis en ligne sur le site de la HAS.

Pour la publication des transcriptions, et dans un but de protection du secret industriel et commercial, certains mots peuvent avoir été occultés. Les occultations éventuelles sont de la responsabilité de l'entreprise exploitant le produit évalué.

Toute reprise d'un ou plusieurs extraits d'une transcription doit être accompagnée d'une mention en précisant la source et respecter la législation sur la publicité.

Les membres des commissions s'expriment à titre personnel dans le cadre de leur mission d'expertise. Les agents de la HAS (chefs de service, adjoints, chefs de projet) représentent l'institution et s'expriment en son nom.

La HAS rappelle que la connaissance des propos tenus en séance par les membres des commissions et les agents de la HAS ne peut en aucun cas justifier des contacts directs de quelque nature que ce soit avec ces personnes, lesquelles sont tenues à une obligation de confidentialité conformément à l'article R. 161-85 du Code de la sécurité sociale.

**Examen - Inscription - NEMLUVIO 30 mg (Prurigo nodulaire (PN))
(nemolizumab) (CT- 21245)**

M. Le Pr COCHAT, Président.- On va passer à la deuxième indication, mais j'ai oublié de vous dire tout à l'heure que je partirai à 15 heures. Michel prend le relais et je le remercie, et Charlotte aussi parce qu'on va tous les deux au collège. C'est Thierno qui prendra le *lead* du côté SEM et Michel côté CT. On fait rentrer Madame Diaz.

M^{me} LUZIO, pour la HAS.- Sur ce dossier, il n'y a pas de déport. Il n'a pas été identifié de lien susceptible de placer Madame Diaz en situation de conflit d'intérêts.

(Emmanuelle Diaz rejoint la séance)

M. Le Pr COCHAT, Président.- Bonjour Madame Diaz. Merci de vous rejoindre pour l'évaluation de NEMLUVIO dans le prurigo-nodulaire. En préambule, je vous présente mes excuses parce que je devrais partir à 14 heures 55, mais Michel Clanet, qui est le vice-président, prendra le relais. Dans l'immédiat, le dossier va nous être présenté par notre chef de projet. Ensuite, on vous écouterait et nous aurons le rapport écrit du docteur Clara Locher, méthodologistes, qui n'a pas pu être là physiquement. Le rapport sera lu par notre chef de projet, à qui je cède la parole.

Un chef de projet pour la HAS.- Merci. Vous allez examiner la demande d'inscription de NEMLUVIO, 30 milligrammes en solution injectable en stylo prérempli, dans la deuxième indication obtenue en février 2025 et qui concerne le traitement des adultes atteints de prurigo nodulaire modéré à sévère qui nécessitent un traitement systémique.

Concernant les revendications du laboratoire, revendique un SMR important dans le périmètre de l'AMM, une ASMR de niveau III dans la stratégie thérapeutique comme DUPIXENT et un ISP.

Concernant les données disponibles avec ce dossier, la demande du laboratoire repose principalement sur trois études de phase III versus placebo, randomisées en double aveugle, multicentrique de 32 semaines ou 36 semaines avec une évaluation des critères de jugement principaux à la semaine 16, d'abord avec les études OLYMPIA 1 et OLYMPIA 2 qui étaient une méthodologie similaire. Elles ont utilisé les critères de jugement principaux qui étaient la réponse IGA 0/1 avec une réduction d'au moins deux points par rapport à l'inclusion et la réponse PP-NRS supérieur ou égal à 4 qui évalue la réduction du prurit à la semaine 16.

Au niveau des résultats, la supériorité du nemolizumab a été démontrée par rapport au placebo dans les deux études avec des différences versus placebo allant de 37,4 % à 40,1 % selon les études sur le prurit, et de 14,6 % à 28,5 % sur la réponse IGA 0/1 évaluée par l'investigateur. Au niveau des critères de jugement secondaires hiérarchisés, la supériorité a aussi été démontrée versus placebo sur d'autres critères, telles que l'amélioration du prurit à la semaine 4 plus précocement, et sur la qualité du sommeil.

Une troisième étude, l'étude SPR.203890, a été demandée par les autorités réglementaires. Elle avait pour objectif d'évaluer la durabilité de la réponse clinique, évaluée à travers des

patients répondeurs PP-NRS supérieur à 4 et répondeurs IGA 0/1 à la semaine 16. Cette réponse clinique a été évaluée sur une période de 24 semaines après arrêt du nemolizumab et chez les patients répondeurs à la semaine 52 de l'étude d'extension.

Concernant les résultats, les données sont exploratoires, mais ils suggèrent un pourcentage de reflux plus faible dans le groupe nemolizumab, avec 16,7 % de rechute et 75,0 % de rechute dans le groupe placebo, en arrêt du nemolizumab. Concernant le temps médian jusqu'à la rechute, il a été de 112,5 jours dans le groupe placebo et il était non calculable dans le groupe nemolizumab.

Concernant l'étude d'extension, c'est une étude non comparative de quatre ans, des études de phase III précédemment présentées. À ce jour, on dispose uniquement des résultats intermédiaires jusqu'à 100 semaines de traitement qui suggèrent un maintien de l'efficacité observée par rapport à l'inclusion dans cette étude.

Concernant la tolérance, comme dans la dermatite atopique, le profil de tolérance est cohérent avec celui des autres anti-interleukines, notamment le dupilumab qui a cette indication dans le prurigo nodulaire, même si on ne retrouve pas les événements indésirables oculaires types conjonctivites pour le moment. Mais il persiste des incertitudes sur la tolérance à long terme et on espère que cette étude d'extension à quatre ans apportera davantage d'informations.

Pour ce dossier, nous avons sollicité le docteur Emmanuel Diaz, qui est dermatologue à l'hôpital Tenon à Paris, et nous avons également sollicité le docteur Clara Locher pour son expertise méthodologique concernant deux méta-analyses en réseau que le laboratoire a déposées.

M. Le Pr COCHAT, Président. Très bien merci. C'est à vous, Madame Diaz.

M^{me} DIAZ. Bonjour. Merci déjà de m'avoir proposé de participer. C'est la première fois que je fais ce type d'intervention. C'était très intéressant.

Concernant le prurigo nodulaire, c'est une pathologie que l'on peut voir aussi bien à l'hôpital et maintenant tout de même beaucoup en ville, avec la levée de la PIH, surtout pour le DUPIXENT. C'est une forme de prurigo chronique qui évolue depuis 26 semaines par définition, avec une association de prurit, de démangeaisons, de sites de grattage et de nodules kératosiques souvent répartis de manière symétrique, parfois plus localisés. Dans la grande majorité des cas, on a une dermatose inflammatoire sous-jacente, essentiellement la dermatite atopique. D'autres pathologies sont possibles. Parfois, cela survient sur des prurits nus, des prurits cinématériens 0.45.24. On peut voir cela notamment chez des patients dialysés.

On a quelques études avec des données épidémiologiques qui sont variées. Celle qui était pour moi la plus intéressante est celle qui était faite sur le registre anglais avec les 8 933 patients qui avaient été identifiés entre avril 2007 et mars 2019. On peut voir que parmi ces patients, on avait tout de même une grosse proportion avec 6 435 patients qui avaient une forme modérée à sévère. On a tout de même souvent des formes modérées à sévères.

Sur une étude américaine, les femmes étaient plus souvent concernées que les hommes et surtout dans leur population, il y avait un peu plus de patients qui avaient des phototypes foncés qui étaient concernés par cette pathologie. Souvent, malheureusement, c'est une maladie qu'on a du mal à traiter. Jusqu'à maintenant, on avait peu d'options. Cela résiste beaucoup aux traitements, notamment aux traitements de première ligne qui sont des traitements locaux. Cela n'engage jamais le pronostic vital des patients directement. En revanche, on a tout de même une qualité de vie qui est toujours très impactée, surtout par son retentissement sur le sommeil.

Pour la prise en charge, on a des recommandations relativement récentes puisqu'avant, nous n'en avions pas d'aussi précises. Elles datent de 2020. Il y avait peu d'essais randomisés, contrôlés qui ont été considérés pour ces recommandations. On a une stratification en quatre étapes avec, en premier, surtout des traitements locaux avec des dermocorticoïdes, les inhibiteurs de la calcineurine topiques, les antihistaminiques. En deuxième intention, on va pouvoir utiliser la photothérapie, parfois des injections intra-lésionnelles de corticoïdes, mais c'est non réalisable sur un corps entier, des préparations magistrales avec des produits qui parfois sont mal supportés. On peut avoir des traitements oraux avec des médicaments plutôt à visée soit antidépresseur, soit pour les douleurs neuropathiques. La cyclosporine ou le méthotrexate ont été proposés. C'est surtout intéressant quand vous avez de manière sous-jacente une dermatose inflammatoire associée.

Après, en dernière ligne, on a le dupilumab depuis peu, la thalidomide qui a été proposée, mais au prix d'effets secondaires assez importants avec des neuropathies périphériques. Pour les autres molécules dans les études, les résultats n'étaient pas forcément très encourageants à mon sens. Ce qu'il faut noter tout de même, c'est que la majorité de ces options thérapeutiques sont prescrites hors AMM. La seule AMM pour l'instant, c'est (inaudible 0.47.55).

Pour ces recommandations, on avait peu d'essais de qualité pour pouvoir positionner correctement les traitements. Dans les comparateurs cliniquement pertinents, on a évidemment le placebo et DUPIXENT. Mais comme souligné par le laboratoire, il était développé en même temps que le nemolizumab. Pour l'instant, on n'a pas de données comparatives entre ces deux molécules, ce qui serait intéressant plus tard.

Pour la couverture du besoin médical, on n'avait pas de traitement de référence. Comme je le disais, on avait vraiment peu d'essais contrôlés, randomisés, qui étaient intéressants pour faire de bonnes recommandations sur cette pathologie.

Pour la qualité de l'étude, pour OLYMPIA 1 et 2, on avait deux essais cliniques prospectifs, randomisés en double aveugle qui remplissent des critères qualitatifs importants, avec une bonne qualité méthodologique. On avait suffisamment de patients inclus dans chaque essai pour avoir une bonne puissance, avec une puissance de 90 %. Pour la représentativité de la population, il y avait une majorité de femmes, ce qui correspondait à ce qui avait été décrit. En revanche, ma petite remarque va tout de même sur le fait qu'on a évalué beaucoup de patients qui avaient un phototype clair et pas suffisamment des patients qui avaient un phototype foncé, alors qu'ils sont tout de même très souvent concernés. Le choix du comparateur était le placebo, puisqu'on n'avait pas d'autres comparateurs disponibles.

Pour les critères de jugement principaux, on avait des co-critères avec un pourcentage de patients qui avait une amélioration d'au moins quatre points du score PP-NRS à la semaine 16 par rapport à l'inclusion. C'est un score qui est évalué par le patient et le score IGA, défini pour les répondeurs avec un score à 0/1 et une amélioration d'au moins deux points par rapport à l'inclusion à la semaine 16. C'est un score qui est évalué par l'investigateur.

Dans les recommandations, les articles qui ont été publiés l'ont été quasiment au même moment où l'étude a été mise en place. Deux scores ont été retenus par les experts pour évaluer de manière plus harmonisée les différentes thérapeutiques pour le nemolizumab. Il y avait le score PAS qui n'a pas été pris en compte ici, par contre, il y avait bien l'IGA. Un autre score a été publié plus récemment qui s'appelle le PCT, mais celui-là n'a pas pu être pris en compte. Le PP-NRS reste tout de même un bon score. C'est un score qui a été validé dans la littérature. Sur cela, c'était tout de même plutôt valable.

Pour la quantité d'effets observés, on avait, comme le chef de projet l'a signalé, des résultats qui étaient significatifs en analyse et en intention de traité sur nos deux co-critères de jugement principaux qui étaient cohérents. Il y a une supériorité du nemolizumab qui a été rapportée par rapport au placebo. On a un effet sur le score PP-NRS qui est très intéressant avec un (inaudible 0.50.42) % pour OLYMPIA 1 et 37,4 % pour OLYMPIA 2. Sur le score IGA, le delta est un peu moins important, mais il n'en reste pas moins significatif.

La pertinence clinique de cet effet observé est bonne, surtout quand on connaît le retentissement sur la qualité de vie dont on parlera après. Sur ce score, évalué par le patient, à mon sens, on a tout de même un résultat qui est très intéressant.

Pour la pertinence du schéma posologique, je pense qu'elle est bonne. On a cette dose de charge de 60 milligrammes avec une dose d'entretien à 30 milligrammes tous les mois si on a un poids inférieur à 90 kilos, 60 milligrammes tous les mois si on est à plus de 90 kilos.

Pour la tolérance, on a tout de même un bon profil de tolérance sur ce médicament, avec ces effets secondaires qui ont été rappelés, principalement des exacerbations de dermatite atopique, des céphalées. Surtout, on n'avait pas d'effets indésirables oculaires par rapport au dupilumab et on avait peu d'effets indésirables graves qui étaient attribués au traitement. Le seul décès est survenu dans le groupe placebo. Pour les effets indésirables, c'était plutôt acceptable.

Finalement, pour l'apport thérapeutique de ce médicament, pour la mortalité, je n'ai pas grand-chose à dire parce que ce n'est pas ce qu'on évalue là. Pour la morbidité, c'est très intéressant.

Sur l'organisation des soins, on a un traitement qui est facile à administrer en sous-cutané, ce qui peut être fait par le patient lui-même, notamment pas de grosses consommations de soins paramédicaux. Toutes les quatre semaines, c'est tout de même plus confortable pour le patient. Il y a moins de consommation de consommables aussi par rapport au dupilumab qui se fait toutes les deux semaines.

On peut diminuer d'une part le retentissement sur la qualité de vie avec tout ce que cela entraîne, moins de troubles de sommeil, moins probablement d'arrêt de travail, moins de consommation de consultations médicales répétées, d'arrêt maladie. Les scores de qualité de vie ont été évalués séparément au critère du jugement secondaire. C'est très intéressant sur le DLQI qui est un score de référence validé en dermatologie. On avait un bon résultat tout de même. J'ai un peu plus de réserve sur le score d'anxiété et de dépression qui avait été évalué sur l'échelle HADS où on n'avait pas de gros delta, mais la qualité de vie était nettement améliorée.

Finalement, je pense au moins qu'on pourrait mettre ce médicament au même titre que le dupilumab dans la prise en charge thérapeutique. Le moro 0.53.06 n'était pas d'évaluer ce traitement dans la dermatite atopique. Le dupilumab a tout de même une efficacité démontrée dans la dermatite atopique. Il est intéressant dans le prurigo qui survient sur la dermatite atopique à voir dans quelle mesure on peut placer le nemolizumab par rapport à ce médicament dans le futur.

Pour la population cible, l'évaluation du laboratoire était bonne avec à peu près 14 300 patients. Je n'ai pas de recommandations particulières à faire, si ce n'est qu'il faudrait peut-être tout de même évaluer dans les populations spécifiques, notamment par rapport aux phototypes. Peut-être comparer aussi les patients qui ont une dermatite atopique à un prurigo ou un prurigo seul, voir si c'est intéressant de séparer ces deux indications de manière un peu plus spécifique.

Je vous remercie pour votre attention.

M. Le Pr COCHAT, Président. - Merci beaucoup. Le chef de projet nous lit le rapport de Clara.

Un chef de projet pour la HAS. - Le laboratoire avait déposé deux méta-analyses en réseau qui visaient à comparer indirectement le nemolizumab aux autres traitements en l'absence de comparaison directe. Ce qui est justifié étant donné le développement concomitant notamment avec le dupilumab. Cependant, le docteur Clara Locher estime que ces deux méta-analyses en réseau présentent plusieurs limites méthodologiques majeures. Comme dans la dermatite atopique, aucun protocole n'a été enregistré, a priori des réseaux en étoile qui ne permettent pas de valider l'hypothèse de cohérence. L'hypothèse de transitivité semble douteuse en raison de différences importantes entre les populations incluses, notamment sur la durée du prurigo nodulaire et sur l'antériorité des traitements. Elle dit également que les résultats varient selon les modèles utilisés, illustrant un phénomène de vibration des effets, sans qu'une supériorité du nemolizumab sur le dupilumab ne puisse être mise en évidence.

En conclusion, elle estime que ces analyses ne permettent pas de positionner le nemolizumab dans la stratégie thérapeutique et qu'un essai comparatif sera indispensable pour situer par rapport au dupilumab.

M. Le Pr COCHAT, Président. - Merci. Avez-vous des questions ou des commentaires à Madame Diaz ? Dominique.

M^{me} le Dr TREGOURES, membre de la CT.- Je voulais savoir, quand l'étude est contre placebo, donnent-ils des conseils hygiénodététiques et des émollients à appliquer pour atténuer les inconvénients de la maladie ?

M^{me} DIAZ.- Dans tous les cas, dans les recommandations, ils disent que les émollients sont la base. Je crois que ce n'était pas interdit du tout pour l'étude. C'est possible que les patients en aient eu. Je n'ai pas le détail en tête, mais oui, il me semble qu'ils en avaient tout de même.

Un chef de projet pour la HAS.- Oui, je confirme. Les patients utilisaient des émollients dans les deux groupes.

M. Le Pr COCHAT, Président.- Merci. Hugues Blondon.

M. Le Dr BLONDON, membre de la CT.- Oui, a priori, le prurigo nodulaire est une pathologie chronique. Est-ce une pathologie qui est limitée dans le temps ou qui est pour une durée absolument indéfinie ? Dans ce dernier cas, a-t-on des données avec un recul suffisant pour l'usage au très long cours de ce médicament ?

M^{me} DIAZ.- En pratique, quand ça survient sur une dermatose inflammatoire, si vous traitez la dermatose inflammatoire, le prurigo a tendance à régresser avec la dermatose inflammatoire. Quand il survient spontanément, quand on n'a pas de facteurs déclenchants ou de facteurs associés, un terme type diabète, dialyse, etc., la durée est vraiment indéterminée. C'est un peu plus ennuyeux.

C'est vrai que je trouve que leur étude avec les résultats qui sont portés à 100 semaines est assez intéressante. Il faudrait éventuellement aussi qu'ils aient une étude quand on aura beaucoup plus de recul, mais avec un espacement des injections pour voir si on ne peut pas diminuer la dose administrée chez les patients chez qui on n'arrive pas à arrêter. Comme pour toute biothérapie, c'est toujours la limite : on ne sait pas quand faut-il arrêter. Ce sont des choses qui sont chroniques, on ne sait pas guérir définitivement. On est toujours limité par ça dans notre pratique médicale. Quand arrête-t-on et est-ce qu'on espace ? C'est souvent laissé à la discrétion des praticiens pour cette optimisation. Il commence à y avoir des études avec des optimisations, des espacements.

Dans le prurigo, à un moment donné, quand on arrive à rompre le circuit du prurit, cela pourrait être vraiment intéressant d'avoir une étude ultérieure avec un espacement, éventuellement des doses pour voir ce qui se passe et ce qui se passe à l'arrêt aussi. On voit qu'il y a une rechute tout de même. Finalement, en prolongeant un peu le traitement, on aura peut-être plus de chances de réussite et de pouvoir arrêter ce traitement un jour. On n'a pas de réponse précise à cette question. C'est toujours du cas par cas et tout dépend du contexte du patient avec ses comorbidités.

M. Le Pr COCHAT, Président.- Très bien. Y a-t-il d'autres questions ? Non, vous avez été complète. Merci beaucoup pour votre topo très clair et vos réponses à nos questions. Merci et bonne fin de journée.

(Emmanuelle Diaz quitte la séance)

M. Le Pr COCHAT, Président.- Très bien. C'est vrai que son propos était clair. Avez-vous des commentaires complémentaires ? Pour le bureau, nous avons proposé un alignement sur DUPIXENT, c'est-à-dire SMR important, ISP et ASMR III, ce qu'elle proposait aussi d'ailleurs. Simplement, nous avons discuté un peu sur les données de qualité de vie qui étaient assez significatives et intéressantes pour DUPIXENT. Elles manquent un peu pour NEMLUVIO. En revanche, il y a des données sur l'impact positif sur la qualité du sommeil. L'un dans l'autre, nous avons considéré que ce n'était pas de nature à modifier l'appréciation et la notion d'alignement. On peut passer au vote, après, je vous laisserai.

M. Le Dr BLONDON, membre de la CT.- Pour DUPIXENT, il y avait un ISP dans cette indication.

M. Le Pr COCHAT, Président.- Tu as tout à fait raison. J'étais en train d'y penser. En plus, il y a une demande d'ISP par l'industriel. Elle y était pour DUPIXENT.

M. DIATTA, pour la HAS.- Il y a eu un ISP.

M. Le Pr COCHAT, Président.- Cela paraît logique de l'aligner aussi si on l'a mis pour DUPIXENT.

M^{me} le Pr CHEVRET, membre de la CT.- On vote versus quoi ? Parce que ce sont toujours des essais contre placebo.

Un chef de projet pour la HAS.- Dans la stratégie de thérapie.

M. DIATTA, pour la HAS.- Ça va être au même titre. Si vous les alignez, on l'écrit au même titre que DUPIXENT pour l'ASMR.

M^{me} MASIA, pour la HAS.- Soit vous les alignez en disant au même titre, soit vous votez dans la stratégie thérapeutique.

Un chef de projet pour la HAS.- On peut dire dans la stratégie ?

M^{me} MASIA, pour la HAS.- Non, c'est dans la stratégie. Ou au même titre comme DUPIXENT.

M. Le Pr COCHAT, Président.- Au même titre je pense.

M^{me} le Pr CHEVRET, membre de la CT.- Je croyais qu'on ne pouvait pas les situer les uns par rapport aux autres.

M. Le Dr BLONDON, membre de la CT.- Mais c'est un développement concomitant.

M. Le Dr LENGLINE, Vice- Président.- Là il y a un développement concomitant contrairement au dossier précédent.

M. Le Pr COCHAT, Président.- Oui, c'est ça. Elle l'a bien redit.

M. Le Dr LENGLINE, Vice- Président.- Vous avez identifié si les données de qualité de vie de DUPIXENT étaient de meilleure qualité que le score ici qui concerne que la qualité du sommeil ?

Un chef de projet pour la HAS.- Pour DUPIXENT, oui, on avait une supériorité qui avait été démontrée sur le score DLQI, qui est un score classique de qualité de vie utilisé dans les maladies dermatologiques. Par contre, ils avaient aussi évalué l'amélioration de la qualité du sommeil. Il n'y avait pas de différence significative qui avait été mise en évidence pour DUPIXENT versus placebo. Ici, on n'a pas évalué la qualité de vie, le DLQI à travers les critères de jugement secondaires hiérarchisés. Par contre, on a mis en évidence une supériorité par rapport au placebo. C'est à vous de juger.

M. Le Pr COCHAT, Président.- On ne peut pas comparer.

M. Le Pr CLANET, Vice- Président.- Suivant le sommeil ou la journée, on prendra l'un ou l'autre ?

M. Le Pr COCHAT, Président.- Oui, je crois que oui.

(Il est procédé au vote par appel nominatif.)

M^{me} LUZIO, pour la HAS.- Vous étiez 19 votants. Vous avez voté à l'unanimité pour un alignement.

M. Le Pr COCHAT, Président.- Très bien alignement. On l'adopte sur table là aussi.

Un intervenant.- Oui.

M. Le Pr COCHAT, Président.- Très bien. Je vous laisse entre les mains de Michel, que je remercie.

M. Le Pr CLANET, Vice- Président.- Merci Pierre. Je crois que c'est peut-être la première fois qu'on va faire la pause.

M. Le Pr COCHAT, Président.- Oui. Ça s'arrose.

M. Le Pr CLANET, Vice- Président.- On reprend à 15 heures 15.

Interruption de séance

Index

Nous vous informons que nous n'avons pas pu vérifier l'orthographe et/ou l'exactitude des termes suivants :

moro 7

prurits cinématériens 4

Seul l'avis de la CT fait foi - Occultations sous la responsabilité du
laboratoire