

Un gynécologue Prix Nobel de la paix I

Ayant eu l'occasion de rencontrer à plusieurs reprises le Docteur Denis Mukwege, gynécologue formé dans les années 1980 à Angers, membre d'honneur du CNGOF depuis 2015 et président d'honneur du Fonds pour la Santé des Femmes, il m'a paru important de retracer son parcours dans les Brèves du Collège alors qu'il va recevoir, le 10 décembre à Oslo, le Prix Nobel de la paix.

Denis Mukwege est né à Kabiza, petit village proche de Bukavu, et a grandi au sein d'une famille de neuf enfants. Jeune garçon, il accompagnait son père pasteur protestant lors de ses visites aux malades. La dimension spirituelle lui parut devoir être accompagnée de soins, et c'est ainsi que naquit sa vocation médicale.

Après des études effectuées au Burundi, il décide de se spécialiser en gynécologie-obstétrique, obtient une bourse et arrive à Angers en 1984. Grâce à ses grandes qualités professionnelles, il gagne la confiance de ses maîtres, se révélant être un étudiant discret, sérieux et appliqué.

À Angers, il se fera de nombreux amis et fonde l'Association France-Kivu qui n'a jamais cessé de le soutenir. Après cinq années passées au CHU, les propositions d'installation ne manquent pas, mais son altruisme et son civisme ont raison de ses hésitations. Il rentre en République Démocratique du Congo (RDC) en 1989 avec Madeleine sa femme, qui lui apportera toujours un indéfectible soutien, et leurs trois premiers enfants.

Entre 1989 et 1999, il vit les atrocités de la guerre, et en 1996 échappe miraculeusement à la mort, alors que l'hôpital de Lemera est totalement détruit.

Après ce drame épouvantable, il préside à la construction de l'hôpital de Panzi (450 lits),

éditorial



Denis Mukwege
et Philippe Descamps

qu'il dirige depuis 1999. Il créera ensuite une faculté de médecine et une école de sages-femmes.

À partir de 1999, le viol est utilisé comme arme de guerre en RDC. Il concerne des femmes de tous âges, mais aussi des enfants et des nourrissons...

Le Docteur Mukwege organise à l'hôpital de Panzi un accueil de ces victimes de la barbarie, offrant une prise en charge globale. Elle est d'abord chirurgicale puis psychologique et sociale, afin d'assurer la réinsertion de ces femmes, sans oublier une assistance juridique.

La consultation d'accueil reçoit quotidiennement 10 à 15 nouveaux cas, et on estime que le Docteur Mukwege a soigné plus de 50 000 victimes de ces viols...

Il crée également la maison Dorcas, destinée à accueillir les enfants nés de ces viols collectifs, et la « Cité de la joie », destinée à favoriser la réinsertion de ces femmes violées et mutilées, institution soutenue par Angelina Jolie.

Le Docteur Mukwege utilise sa renommée internationale pour dénoncer les exactions perpétrées par les groupes

[Suite page 2](#)

« Gyn Obst » et fier de l'être

À l'heure où l'un des nôtres est reconnu de manière internationale par le prix Nobel de la paix pour sa générosité et son engagement à ses risques et périls pour la cause des femmes, chez nous, en France, notre profession subit des agressions inédites, non seulement de la part des réseaux sociaux, mais également de la part du Gouvernement qui a laissé faire cette coterie, ce qui n'est pas sans nous poser questions. Un exemple récent : il a suffi d'une simple maladresse médiatique sur la clause de conscience en matière d'IVG pour que, sur l'heure, deux ministres, et non des moindres : Santé et Égalité Hommes-Femmes, nous fassent une leçon de morale, en oubliant que c'est bien nous qui pratiquons une grosse part des 220 000 IVG annuelles dans les meilleures conditions possibles, et ce malgré le manque chronique de moyens (sans compter le coût désormais exorbitant du misoprostol qui va évidemment diminuer les IVG ambulatoires).

Nous pourrions nous attendre au contraire à ce que, dans le contexte difficile qui s'annonce, ces personnalités politiques nous défendent et prennent le temps de dire publiquement à quel point notre profession est indispensable pour la santé des femmes. Mais non, haro sur les gynécos. C'est bon pour les sondages et les médias adorent. Non contentes de nous avoir stigmatisés dans un rapport ministériel¹ rendu public le 29 juin 2018 (sans aucune statistique et rédigé après avoir auditionné 25 personnes supposées compétentes², ce qui est inédit pour un rapport gouvernemental), il faut, en plus, que nous écoutions patiemment les leçons de morale fondées sur des dires approximatifs, qui tiennent plus de l'histoire de chasse que de la réalité tangible.

Non, chers collègues, le « dédagisme » ne peut pas s'appliquer à nous. Personne ne nous contestera notre place pour une hémorragie de la délivrance à 3 heures du matin.

[Suite page 2](#)

Éditorial, suite

armés au profit des trafics miniers et devient une cible. Il a été victime en octobre 2012 d'une tentative d'assassinat à son domicile, dont il échappera miraculeusement, mais qui a coûté la vie à son gardien.

Il a été extradé en urgence aux USA via la Belgique. Grâce à son exceptionnel courage et en réponse à la demande pressante des femmes du Kivu, il décidera de rentrer dans son pays et vit désormais au sein de l'hôpital sans pouvoir en sortir librement. Sa sécurité est assurée en permanence par deux policiers congolais et des militaires de l'ONU l'accompagnent dans tous ses déplacements.

Rappelons que l'un de ses proches collaborateurs a été assassiné il y a trois ans à son domicile...

Il sillonne le monde depuis de nombreuses années pour dénoncer cette utilisation du viol comme arme de guerre.

Le film « l'homme qui répare les femmes ou la colère d'Hippocrate », réalisé par Thierry Michel en 2015, retrace son combat et, désormais, personne ne peut plus dire qu'il ignore ce qui se passe au Kivu...

Il plaidera la cause des femmes à l'ONU et a reçu la légion d'honneur remise par les

présidents Sarkozy et Hollande (chevalier puis officier).

Son action a été couronnée par de nombreuses distinctions : le prix Olof Palme, le prix du roi Baudoin, le prix de la fondation Chirac et le prix Sakharov en 2014. Il a rencontré Bill et Hillary Clinton, John Kerry, Kofi Annan, Ban Ki Moon, Emmanuel Macron et... a été nommé membre d'honneur du CNGOF à Nantes en décembre 2015 et docteur *honoris causa* de l'université d'Angers en janvier 2018. Cette aura internationale lui permet de recevoir les aides financières nécessaires au fonctionnement de son hôpital.

Il est désormais mondialement connu pour son combat au service des femmes et des enfants de son pays et l'obtention du prix Nobel de la paix devrait lui permettre d'assurer sa sécurité et, espérons-le, de faire stopper la barbarie qui sévit toujours de façon quotidienne.

À titre personnel, je tiens à témoigner de son exceptionnel charisme, de sa simplicité, de son courage, de sa bienveillance et de son indéfectible engagement pour la cause des victimes qu'il a soignées.

Philippe Descamps

La FIGO se féminise I

Lors du congrès de la FIGO qui s'est tenu à Rio de Janeiro du 14 au 19 octobre 2018, le Dr Carlos Fuchner (Bolivie) a été nommé président de la FIGO pour 3 ans.

Devant lui en robe blanche, Jeanne Conry (USA) lui succédera en 2021, et à sa gauche le nouveau vice-président Faysal Kak (Liban), tous deux élus durant le congrès.

Au premier rang à gauche, Leslie Reagan présidente du RCOG (UK), élue secrétaire générale, et à droite Christine Tippet (Australie), élue trésorière générale.

À droite de Carlos Fuchner, Jennifer Blake (Canada), présidente de la SOGC, membre de l'exécutif board (EB), et Anette Tonnes



Pedersen (Danemark) qui quitte l'EB après 6 ans de participation.

Enfin, à sa gauche la nouvelle représentante de la Suède à l'EB.

La France est représentée par Jacky Nizard, président de l'EBCOG, et Philippe Descamps élu à Vancouver en 2015 pour 6 ans.

Philippe Descamps

« Gyn Obst » et fier de l'être, suite

Ce sera toujours pour nous. Personne ne nous poussera du coude pour opérer le cancer de l'ovaire d'une jeune femme. Ce sera toujours pour nous. Personne ne s'estimera en mesure de prendre les risques que nous prenons tous les jours pour la santé des femmes, des couples et des familles, au risque permanent du médico-légal et de l'accident. Un magistrat fort averti me disait un jour ne pas comprendre comment on pouvait pratiquer un métier aussi dangereux.

Les temps sont durs pour nous tous. Il nous faut non seulement continuer de travailler pour la santé des femmes dans une pauvreté de moyens qui ne fait que s'aggraver, mais, en plus, le faire sous les lazis et les invectives. Irresponsabilité des politiques ? Sans doute pas. Il s'agit de masquer les carences qui s'aggravent, faute de prévision de l'Enarchie de Bercy dont l'alpha et l'oméga depuis trente ans consiste à fabriquer le moins de médecins possible dans l'espoir erroné de dépenser moins. Et le recours aux médecins étrangers arrive à péremption car les praticiens CL³ commencent à faire tache. La nouvelle idée à la mode des administratifs (conseillers et pas payeurs), c'est la délégation de tâches, qui elle aussi trouvera rapidement sa limite. Pourquoi accorder aux femmes d'avoir accès à des praticiens bac + 12 alors qu'un bac + 5 peut bien faire l'affaire sans que les femmes n'en voient tout de suite les conséquences ? La politique de la courte vue est à l'œuvre et avant qu'il ne soit bientôt, les coûts induits par l'approximation et la compétence limitée seront considérables.

Soyons fiers, chers collègues, de notre profession exceptionnelle et irremplaçable et, heureusement, nos patientes nous le témoignent tous les jours, même si les conditions de notre exercice sont transitoirement obérées, jusqu'à ce qu'on se rende compte, par la pénurie croissante, de notre place insignifiante dans la société, et qu'on s'aperçoive qu'il était vain et nuisible pour les femmes de nous désigner collectivement à la vindicte publique.

Israël Nisand, Président du CNGOF

1. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018.
2. Ce rapport sans aucun chiffrage a tout d'un « blog » qui met bout à bout des témoignages d'histoires désastreuses sans qu'aucun contrôle n'ait pu être effectué.
3. À compétence limitée.

Acétate d'ulipristal : le point en décembre 2018

einquante pour cent des femmes caucasiennes et 80 % des femmes afro-caribéennes sont porteuses de fibrome. Un tiers de celles-ci ont des fibromes symptomatiques dont 75 % seront associés à des saignements utérins. Au moment du diagnostic, une femme sur deux présente les stigmates cliniques et biologiques de l'anémie.

Il apparaît donc évident que, deux fois sur trois, l'existence de fibrome découvert au décours d'un examen clinique, d'une échographie ou d'une autre imagerie, ne nécessite aucune prise en charge, ni médicale ni chirurgicale, ni aucun suivi spécifique.

Depuis 15 ans, les progrès de l'assistance médicale à la procréation (AMP) ont permis de définir de nouvelles stratégies thérapeutiques utilisant le don de gamètes, le don d'embryons, voire la préservation ovocytaire. Ainsi, l'avenir reproductif de femmes âgées de plus de 40 ans s'est subitement ouvert pour bénéficier de ces nouvelles technologies.

Il apparaît donc une modification dans la définition de l'âge pour procréer, et de plus en plus de femmes au-delà de 40 ans souhaitent conserver une possibilité de procréation même si elles sont elles-mêmes porteuses de fibromes symptomatiques.

L'arsenal thérapeutique s'est subitement dégagé en 2012 avec l'autorisation de mise sur le marché (AMM européenne) de l'acétate d'ulipristal (UPA). Contrairement aux agonistes de la LH-RH qui avaient une AMM préopératoire pour une durée de 3 mois maximum pour traiter l'anémie et modifier le volume des fibromes et de l'utérus pour faciliter le traitement chirurgical, l'acétate d'ulipristal a représenté le premier SPRM (*Selective Progesteron Receptor Modulator*) utilisable, d'abord pour un traitement préopératoire de trois mois puis rapidement suite à une extension d'autorisation de mise sur le marché, pour un traitement médical séquentiel pour les fibromes présentant une symptomatologie modérée à sévère.

Depuis sa mise sur le marché, plus de 765 000 femmes ont été exposées à ce traitement.

Dans le même temps, deux autres SPRM, le Vilaprisan et la Telapristone par voie vaginale, sont étudiés dans la même indication avec des études de phase III et avec une possibilité de commercialisation prochaine. Ainsi, cette classe thérapeutique des SPRM va représenter dans la prochaine décennie une révolution pour la prise en charge conservatrice des patientes présentant des fibromes symptomatiques.

L'étude européenne PREMYA a montré que plus de 50 % des 1 432 patientes incluses dans l'étude et qui devaient être opérées n'ont pas été opérées dans l'année qui suit en

raison de la disparition des symptômes. Or l'indication thérapeutique chirurgicale des fibromes ne concerne que les fibromes symptomatiques (1).

Fin 2017, une première alerte internationale a été donnée en raison de l'observation d'une hépato-toxicité potentielle associée à la prise d'UPA : 68 cas ont été rapportés dont 24 classés comme troubles hépatiques sévères et 7 comme très sévères, dont 4 ayant nécessité une transplantation hépatique.

En février 2018, le PRAC (Comité européen de pharmacovigilance) a comptabilisé 105 troubles hépatiques dont 34 jugés sévères. Parmi eux, dans 7 cas, l'UPA pouvait être un facteur contributif à la pathologie incluant 4 cas de transplantation hépatique. Le PRAC et l'EMA (Agence européenne médicale) ont évalué, par des experts indépendants, le lien de causalité entre la prise d'UPA et l'atteinte hépatique. De manière consensuelle, 2 cas ont été retenus comme n'étant pas en lien avec le traitement, 2 cas avec un lien de possible à probable et 3 cas où le lien est possible. Ce qui fait 5 cas sur 765 000 femmes, soit une fréquence de 0,65/100 000. Un décès a été observé au décours d'une transplantation hépatique chez une patiente présentant par ailleurs une hépatite avec cirrhose. Si l'on prend toutes les données hépatiques référées, soit 105 cas, la fréquence des effets secondaires d'ordre hépatique est de 147/100 000 (2).

Les experts de ces 2 commissions ont donc estimé que l'incidence de l'insuffisance hépatique observée avec l'UPA était similaire à l'incidence observée en population générale pour la plupart des médicaments. Dans le même temps, il faut observer dans l'étude de Boyd (3), sur 146 494 hystérectomies pour indications bénignes, un taux de mortalité de 150 pour 100 000 et, en France, à partir des données PMSI, sur les 41 996 hystérectomies pratiquées en 2017 (4), un taux de mortalité de 20 pour 100 000, indépendamment de la morbidité post-chirurgicale des hystérectomies et des myomectomies incluant les plaies urinaires, digestives, vasculaires, les complications hémorragiques et infectieuses supérieures à 2 % soit 2 000 pour 100 000 interventions.

Il apparaît donc qu'il existe un risque hépatique de la prise de l'UPA ou de SPRM à type de réaction idiosyncrasique dont la physiopathologie précise reste inconnue, mais il est largement inférieur au taux de morbidité et de mortalité observé après chirurgie. Ainsi, le PRAC et l'EMA ont établi de nouvelles mesures afin de minimiser le risque de complications hépatiques sévères.

Avant tout traitement il est nécessaire de faire une recherche systématique de cytolysse par dosage des transaminases qui, lorsqu'elles se-

ront deux fois supérieures à la normale, contre-indiqueront le traitement. De même, l'UPA est contre-indiqué chez les patientes présentant des pathologies hépatiques aiguës ou chroniques.

En cours de traitement, il est nécessaire de faire, une fois par mois, un dosage des transaminases et de répéter ces dosages quatre semaines après la fin du traitement. Si le taux d'enzymes hépatiques est supérieur à trois fois la normale, il faudra interrompre immédiatement le traitement. Il ne faudra pas le reprendre pour une deuxième cure si le taux reste > 2 fois à la normale. L'apparition de signes cliniques d'atteinte hépatique (asthénie, douleurs, nausées, vomissement) doit entraîner l'arrêt thérapeutique immédiat et faire pratiquer des tests de la fonction hépatique.

Dans la stratégie thérapeutique actuelle, le traitement préopératoire est indiqué notamment pour corriger l'anémie, ce qui diminue la morbidité et la mortalité per- et postopératoires et pour diminuer le volume ce qui va faciliter la chirurgie, que ce soit pour une myomectomie, quelle que soit la voie d'abord chirurgicale, ou une hystérectomie en permettant une chirurgie moins invasive et faciliter l'acte opératoire.

Les patientes en âge de procréer non éligibles à la chirurgie pourront bénéficier d'un traitement séquentiel. Ces patientes sont représentées par celles qui ne souhaitent pas être opérées, même si on leur propose un acte opératoire pour prendre en charge leurs symptômes, celles présentant un risque anesthésique marqué par un score ASA (*American Society of Anaesthesiology*) à partir de 3, les patientes déjà opérées d'une première myomectomie par voie abdominale pour éviter les risques de ré-intervention, et les patientes présentant une obésité morbide (BMI>35).

Le souhait de maintenir des possibilités de procréation, quel que soit l'âge de la patiente, est probablement une indication importante à prendre en compte pour éviter, ou limiter, la chirurgie. Cette stratégie permet de limiter le risque d'adhérences que la chirurgie soit réalisée par hystéroscopie ou toute autre voie d'abord. Le risque d'adhérences abdominales peut en effet transformer une pathologie rarement responsable d'infertilité (moins de 5 % des cas) en une réelle infertilité tubo-ovarienne préjudiciable pour le projet de procréation naturelle.

Dans cette stratégie de traitement séquentiel qui peut comporter plus de deux cures, le dosage des transaminases sera effectué mensuellement pour les deux premières séquences, puis uniquement avant et en fin de séquences pour les suivantes.

Acétate d'ulipristal, suite

Il est important d'expliquer les bénéfices et risques des différentes alternatives thérapeutiques, que celles-ci soient médicales ou chirurgicales, et de tenir compte du choix des patientes pour une décision thérapeutique éclairée et partagée.

L'UPA et les futurs SPRM qui seront mises sur le marché vont devenir une approche incontournable dans la stratégie thérapeutique conservatrice de la prise en charge du fibrome utérin. Cette prise en charge conservatrice est renforcée par le désir de plus en plus marqué des femmes souhaitant garder leur possibilité de procréation. Dans cette dernière situation, l'embolisation étant clairement contre-indiquée en raison du risque de synéchie et de complications obstétricales, la limitation des indications opératoires non justifiées doit être un élément permanent dans le dialogue avec les patientes. Il faut cependant que tout praticien respecte les mesures de minimisation du risque hépatique mises en place pour le suivi du traitement par UPA telles qu'elles ont été définies par les instances européennes, et surtout de respecter la stricte indication du fibrome car les autres étiologies du saignement utérin, comme l'adénomyose, les hémorragies idiopathiques ou les autres pathologies comme l'endométriase, ne sont actuellement pas du ressort de cette thérapeutique car non évaluées dans des essais thérapeutiques suffisamment puissants.

Hervé Fernandez

Références

1. Fernandez H. et al., Real world data of 1473 patients treated with ulipristal acetate for uterine fibroids: Premya study results. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2017, 208: p. 91-96.
2. EMA, <https://www.ema.europa.eu/medicines/human/referrals/esmya>
3. Boyd LR., A.P. Novetsky, and J.P. Curtin, Effect of surgical volume on route of hysterectomy and short-term morbidity. *Obstet Gynecol*, 2010, 116(4): p. 909-15.
4. PMSI, Bases PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) - Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation 2018, 2018.

Acétate de cyprotérone et risque de méningiome

L'acétate de cyprotérone (ACP) est un progestatif prégnane exerçant une action anti-androgénique. Il est commercialisé seul à la dose de 50 mg (Androcur® et génériques). À cette dose, l'ACP exerce une puissante action antigonadotrope et antiandrogénique. Il a l'AMM dans la prise en charge des « hirsutismes féminins majeurs d'origine non tumorale (idiopathique, syndrome des ovaires polykystiques) lorsqu'ils retentissent gravement sur la vie psycho-affective et sociale ». Il est également utilisé hors AMM dans d'autres indications : acné, alopecie androgénique, endométriose, etc.

Les méningiomes sont les tumeurs (bénignes dans 90 % des cas) les plus fréquentes du système nerveux central ; même si l'incidence reste faible en valeur absolue (8/100 000 personnes-années). L'incidence de cette pathologie augmente avec l'âge. Ces tumeurs sont hormono-sensibles (présence de récepteurs à la progestérone dans 60 à 70 % des cas).

Jusqu'à cet été 2018, deux études de cohorte rétrospectives présentaient des résultats contradictoires concernant le risque de méningiome pour les doses d'ACP utilisées chez les femmes (25 à 50 mg/j). Cet été, l'ANSM a présenté les résultats préliminaires d'une étude réalisée à partir des données de la CNAM, dont l'objectif était d'étudier la survenue

d'un méningiome opéré chez 250 000 femmes exposées à l'ACP. Une forte relation dose-effet a été constatée : risque de méningiome multiplié par 20 au-delà d'une dose cumulée de 60 000 mg (50 mg/j pendant 5 ans, 25 mg/j pendant 10 ans). À noter que ce sur-risque reste faible en valeur absolue (160/100 000 femmes-années), augmente avec l'âge et diminue après l'arrêt de l'ACP.

Il a été démontré que, dans la majorité des cas, les méningiomes sous ACP régressent ou se stabilisent après arrêt du traitement. Ainsi, une approche non chirurgicale (surveillance IRM) est souvent suffisante.

Après consultation de plusieurs sociétés savantes, dont le CNGOF, l'ANSM a émis des recommandations très (trop ?) lourdes concernant l'utilisation de l'ACP :

- respect strict de l'AMM en privilégiant la dose minimale efficace ;
- pas de prescription chez les femmes ménopausées ;
- faire pratiquer une IRM cérébrale avant l'initiation d'un traitement par ACP ;
- en cas de poursuite de ce traitement au-delà de 5 ans : faire pratiquer une IRM cérébrale et renouveler cet examen tous les 2 ans.

Geoffroy Robin

Contribution du Comité Consultatif National d'Éthique à la révision de la loi de bioéthique. Avis 129

Après les États généraux de la bioéthique qui ont donné lieu, en juin 2018, à un rapport de synthèse rapportant les différentes contributions, le CCNE a souhaité émettre son propre avis sur les thèmes abordés : Recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires, Examens génétiques et médecine génomique, Dons et transplantations d'organes, Neurosciences, Numérique et santé, Santé et environnement, Procréation et Accompagnement de la fin de vie. Il a été rendu public le 25 septembre 2018*.

Parmi les nombreuses propositions émises par le CCNE, certaines concernent plus particulièrement notre spécialité dont voici quelques exemples :

- le CCNE propose de ne plus soumettre la recherche sur l'embryon et celle sur les lignées de cellules souches embryonnaires au même régime juridique ; les enjeux éthiques associés à ces deux types de recherche s'avèrent différents ;
- le CCNE souhaite que le diagnostic génétique pré-conceptionnel puisse être proposé à toutes les personnes en âge de procréer qui le souhaitent après une consultation de génétique ;
- le CCNE est favorable à l'autorisation de la recherche d'aneuploïdies, au cours du DPI et pour certains couples infertiles. Ces décisions auraient des conséquences sur l'organisation du DPI et

du diagnostic prénatal (DPN). Une nouvelle définition du DPN est également suggérée pour être en accord avec les pratiques de dépistage, diagnostic et traitement actuellement disponibles dans cette spécialité.

En juin 2017, au travers de l'avis 126, le CCNE avait déjà travaillé sur les demandes sociétales de recours à l'AMP. Il a choisi dans l'avis 129 d'exprimer une position critique sur la disposition autorisant les femmes majeures n'ayant pas procréé, à faire un don d'ovocytes et, dans l'hypothèse où elles deviendraient infertiles avant d'avoir elles-mêmes procréé, à conserver des ovocytes à leur bénéfice (Art. L.1244-2 du code de Santé Publique). Le CCNE souhaite engager une réflexion sur la possibilité de proposer, sans l'encourager, une autoconservation indépendante du don. Une ouverture de l'AMP pour les couples de femmes et les femmes seules est également préconisée. Enfin, une majorité des membres est favorable à la levée de l'anonymat des futurs donneurs de sperme, pour les enfants issus de ces dons. Il sera indispensable d'anticiper les conséquences de ces dernières mesures sur l'organisation des CECOS.

Alexandra Benachi

Tiré du Résumé de l'Avis 129