



## Recommandation en vue du remboursement de l'ACMTS

# Elranatamab (Elrexio)

**Indication :** Dans le traitement du myélome multiple réfractaire ou récidivant chez l'adulte ayant reçu au moins trois traitements antérieurs, y compris un inhibiteur du protéasome, un immunomodulateur et un anticorps monoclonal dirigé contre CD38, et dont la maladie a progressé au cours du dernier traitement.

**Promoteur :** Pfizer Canada

**Recommandation finale :** Rembourser sous réserve de conditions.



## Résumé

### Que recommande l'ACMTS concernant le remboursement de Elrexio?

L'ACMTS recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Elrexio dans le traitement du myélome multiple (MM) réfractaire ou récidivant (r/r) chez l'adulte ayant reçu au moins trois traitements antérieurs, y compris un inhibiteur du protéasome, un immunomodulateur et un anticorps monoclonal dirigé contre CD38, et dont la maladie a progressé au cours du dernier traitement, sous réserve de certaines conditions.

### Quels sont les patients admissibles?

Elrexio ne doit être remboursé que chez les personnes âgées de 18 ans et plus atteintes de MM r/r, qui ont reçu au moins trois traitements antérieurs, dont la maladie n'a pas répondu au dernier traitement, qui n'ont pas reçu de traitement antérieur ciblant l'antigène de maturation des cellules B (BCMA), et qui sont en relativement bonne santé. Elrexio ne doit pas être remboursé si le cerveau ou la moelle épinière sont atteints ou s'il y a des signes indiquant que les enveloppes protectrices de ces structures sont atteintes. Il ne doit pas non plus être remboursé chez les personnes atteintes d'amylose (accumulation d'une protéine, l'amyloïde, dans les organes) qui n'est pas secondaire au MM, des personnes atteintes du syndrome POEMS (polyneuropathie, organomégalie, endocrinopathie, protéine du myélome et changements cutanés) et des personnes atteintes d'une leucémie à plasmocytes.

### Quelles sont les conditions de remboursement?

Elrexio doit être prescrit et administré par des professionnels de la santé dans un centre de traitement doté des ressources médicales et du personnel nécessaires. De plus, son prix doit être réduit.

### Pourquoi l'ACMTS formule-t-elle cette recommandation?

- Des données probantes issues d'un essai clinique montrent qu'Elrexio pourrait entraîner une réponse thérapeutique, retarder la propagation du cancer et prolonger la vie des patients.
- Elrexio pourrait répondre à certains besoins des patients, étant donné qu'il peut s'agir d'une option de traitement efficace s'accompagnant d'effets secondaires maîtrisables.



## Résumé

- À la lumière de l'évaluation menée par l'ACMTS sur les données d'économie de la santé, Elrexfio ne représente pas une bonne valeur pour le système de santé au prix courant accessible au public. Une réduction du prix est donc requise.
- Si l'on se fie aux prix courants accessibles au public, Elrexfio devrait coûter aux régimes d'assurance médicaments publics environ 87 millions de dollars sur les trois prochaines années. Le véritable impact budgétaire comporte cependant des incertitudes.

### Autres renseignements

#### Qu'est-ce que le myélome multiple?

Le MM est un cancer des plasmocytes (globules blancs) dans la moelle osseuse. Au Canada, environ 4 000 personnes ont reçu un diagnostic de MM en 2022.

#### Besoins non comblés en contexte de myélome multiple

Le MM est une maladie incurable associée à un pronostic sombre. Il arrive souvent que ce type de tumeur ne réponde pas aux traitements initiaux et revienne, de sorte que les patients doivent essayer de nombreux traitements différents. Il faut de nouvelles options de traitement pouvant prolonger la vie, retarder la propagation du cancer et améliorer la qualité de vie, et s'accompagnant de moins d'effets secondaires que les options actuelles.

#### Combien coûte Elrexfio?

On s'attend à ce que le traitement par Elrexfio coûte environ 28 000 \$ par patient par cycle de 28 jours, pour une administration hebdomadaire. Si le patient passe à une administration aux 2 semaines après 24 semaines de traitement, le coût du traitement de 28 jours revient à 14 000 \$ par patient.

## Recommandation

Le Comité d'experts en examen du PPEA (CEEP) recommande le remboursement de l'elranatamab dans le traitement du myélome multiple (MM) réfractaire ou récidivant (r/r) chez l'adulte ayant reçu au moins trois traitements antérieurs, y compris un inhibiteur du protéasome, un immunomodulateur et un anticorps monoclonal dirigé contre CD38, dont la maladie a progressé au cours du dernier traitement, et qui n'ont jamais reçu de traitement ciblant l'antigène de maturation des cellules B (BCMA), sous réserve des conditions énoncées au [tableau 1](#).

## Justification

Selon un essai de phase II en mode ouvert, non comparatif et toujours en cours (MagnetisMM-3), le traitement par l'elranatamab pourrait procurer des bénéfices sur le plan du taux de réponse objective (TRO) chez les adultes atteints d'un MM r/r ayant reçu au moins trois traitements antérieurs, y compris un inhibiteur du protéasome, un immunomodulateur et un anticorps monoclonal dirigé contre CD38, et qui n'ont jamais reçu de traitement ciblant BCMA. Le TRO chez les patients n'ayant jamais reçu (cohorte A) et ayant reçu (cohorte B) un traitement ciblant le BCMA est respectivement de 61,1 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % de 51,8 % à 69,6 %;  $P < 0,0001$ ) [redacted]. [redacted], respectivement; cependant, les résultats sont considérés comme étant d'importance clinique par les cliniciens experts et le CEEP seulement dans la cohorte A. Bien que les données sur la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG) soient incomplètes et associées à une incertitude en raison de la méthodologie non comparative de l'essai dans les deux cohortes, le CEEP juge que les résultats dans la cohorte A sont prometteurs. Dans la cohorte A, après une durée de suivi médiane de 14,7 mois, la SSP médiane n'a pas été atteinte (IC à 95 % de 9,9 à non estimable) et la probabilité de SSP à 12 mois estimée d'après l'analyse de Kaplan-Meier est de 56,6 % (IC à 95 % de 46,7 % à 65,3 %); la SG médiane n'a pas été atteinte (IC à 95 % de 13,9 % à non estimable) et la probabilité de survie à 12 mois est de 63,0 % (IC à 95 % de 53,7 % à 70,9 %). Malgré l'incertitude dans les résultats des comparaisons de traitements indirectes et des études de cohorte en pratique réelle, on observe une constance dans l'orientation des effets en ce qui concerne la SSP, la SG et le taux de réponse complète à l'avantage de l'elranatamab par rapport au traitement choisi par les médecins en pratique réelle chez les patients n'ayant jamais reçu de traitement ciblant BCMA.

Les patients indiquent avoir besoin, après la troisième intention, d'options de traitement efficaces et accessibles, qui retardent la progression de la maladie, prolongent la survie, améliorent la qualité de vie et s'accompagnent d'effets secondaires moindres. À la lumière de l'ensemble des données probantes, le CEEP conclut que l'elranatamab pourrait être une option de traitement accessible et efficace pouvant retarder la progression de la maladie et prolonger la survie chez les patients n'ayant jamais reçu de traitement ciblant BCMA. Prenant acte de l'incertitude des données probantes, le Comité estime que l'elranatamab pourrait être plus accessible que le comparateur pertinent, soit la thérapie par cellules T porteuses d'un récepteur antigénique chimérique (CAR-T).

Si l'on se fie au prix indiqué par le promoteur pour l'elranatamab et aux prix courants accessibles au public pour tous les autres médicaments, le rapport cout/efficacité différentiel (RCED) du traitement à l'étude est de 208 582 \$ l'année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ) gagnée comparativement au traitement au choix du médecin chez la population à l'étude. À ce RCED, il n'est donc pas considéré comme une option rentable à un seuil de disposition à payer de 50 000 \$ l'AVAQ gagnée. Pour que le médicament soit rentable à ce seuil, il faut réduire son prix.

**Tableau 1 : Conditions de remboursement et justification**

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
<b>Amorce du traitement</b>		
1. L'elranatamab est remboursé chez l'adulte (18 ans ou plus) qui remplit tous les critères suivants : <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. diagnostic confirmé de MM;</li> <li>1.2. preuves de progression de la maladie dans les six mois précédents;</li> <li>1.3. antécédents de trois traitements antérieurs, y compris un inhibiteur du protéasome, un immunomodulateur et un anticorps monoclonal dirigé contre CD38;</li> <li>1.4. aucune exposition antérieure à un traitement ciblant BCMA;</li> <li>1.5. maladie réfractaire au dernier traitement;</li> <li>1.6. bon indice fonctionnel.</li> </ol>	Dans l'essai MagnetisMM-3, le traitement par l'elranatamab entraîne un bénéfice clinique chez les patients adultes ayant un diagnostic confirmé de MM, ayant reçu au moins trois traitements antérieurs, dont un inhibiteur du protéasome, un immunomodulateur et un anticorps dirigé contre CD38, et n'ayant jamais reçu de traitement ciblant BCMA (cohorte A). Les patients de l'essai MagnetisMM-3 présentent une progression de la maladie et ont un indice fonctionnel ECOG de 0 ou 1. Les résultats chez les patients ayant déjà reçu un traitement ciblant BCMA (cohorte B) ne montrent pas de bénéfice clinique significatif.	Le CEEP reconnaît que les cliniciens pourraient envisager d'utiliser l'elranatamab chez les patients ayant un indice fonctionnel ECOG égal ou supérieur à 2, à leur discrétion.
2. Le traitement par l'elranatamab n'est pas amorcé chez les patients présentant une atteinte active du SNC ou des signes d'atteinte méningée, d'amylose, de syndrome POEMS ou de leucémie à plasmocytes.	L'essai MagnetisMM-3 n'admet pas les patients présentant une atteinte active du SNC ou des signes d'atteinte méningée du MM, d'amylose primaire ou de leucémie à plasmocytes.	—
<b>Arrêt du traitement</b>		
3. Le traitement par l'elranatamab est arrêté si l'une des situations suivantes se présente, selon la première occurrence : <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. progression de la maladie;</li> <li>3.2. apparition d'effets toxiques inacceptables.</li> </ol>	Dans l'essai MagnetisMM-3, le traitement par l'elranatamab est administré jusqu'à ce qu'il y ait progression ou apparition d'effets toxiques inacceptables, selon la première éventualité.	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
<b>Prescription</b>		
4. L'elranatamab est administré par des professionnels de la santé dans des centres de traitement disposant des ressources médicales et du personnel adéquats pour prendre en charge les réactions graves, y compris le syndrome de libération de cytokines et les effets toxiques neurologiques.	Cette condition vise à ce que le traitement soit prescrit seulement aux patients chez qui il est approprié et à ce que les événements indésirables soient pris en charge rapidement de façon optimale.	Le CEEP reconnaît que le tocilizumab doit être facilement accessible pour traiter le SLC.
<b>Prix</b>		
5. Le prix est réduit.	<p>Le RCED de l'elranatamab est de 208 582 \$ l'AVAQ gagnée lorsqu'on le compare au traitement au choix du médecin.</p> <p>Une réduction de prix d'au moins 72 % est nécessaire pour que le RCED passe sous la barre des 50 000 \$ l'AVAQ gagnée. Étant donné les limites des données comparatives indirectes, il se peut que des réductions de prix plus importantes soient nécessaires.</p> <p>En l'absence de données probantes présentées, le coût de l'elranatamab ne doit pas non plus dépasser celui du téclistamab, s'il est remboursé.</p>	—
<b>Faisabilité de l'adoption</b>		
6. La faisabilité de l'adoption de l'elranatamab est examinée.	Au prix soumis, on s'attend à ce que l'impact budgétaire de l'elranatamab soit supérieur à 40 millions de dollars la troisième année (40 176 258 \$).	—
7. La faisabilité organisationnelle, pour les autorités de la santé qui doivent avoir des centres de traitement spécialisés dotés de l'infrastructure et des ressources nécessaires pour administrer l'elranatamab et prendre en charge les événements indésirables, est examinée.	La disponibilité limitée des centres de traitement spécialisés pourrait restreindre l'accès à l'elranatamab.	La monographie recommande la surveillance des patients afin de déceler le SLC et les effets toxiques neurologiques, y compris l'ICANS, et stipule que l'elranatamab devrait être administré par un professionnel de la santé ayant les ressources médicales appropriées pour prendre en charge ces réactions graves.

AVAQ = année de vie ajustée en fonction de la qualité; BCMA = antigène de maturation des cellules B; CEEP = Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux; ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; ICANS = syndrome de neurotoxicité associé aux cellules immunitaires effectrices; MM = myélome multiple; POEMS = polyneuropathie, organomégalie, endocrinopathie, protéine du myélome et changements cutanés; RCED = rapport coût/efficacité différentiel; SLC = syndrome de libération de cytokines; SNC = système nerveux central

## Points de discussion

- On note un besoin important non comblé de traitement efficace à partir de la quatrième intention chez les patients atteints d'un MM r/r n'ayant pas reçu de traitement ciblant BCMA. Les données disponibles sur l'efficacité et l'innocuité proviennent d'un essai non comparatif de phase II associé à un certain degré d'incertitude. Cependant, en fonction de la totalité des données probantes, l'elranatamab pourrait réduire la morbidité et la mortalité associées au MM r/r chez les patients n'ayant pas reçu de traitement ciblant BCMA.
- Le CEEP a également examiné minutieusement les besoins non comblés des patients atteints d'un MM r/r ayant déjà reçu un traitement ciblant BCMA. Concernant les données de la cohorte B de l'essai MagnetisMM-3 (ayant déjà reçu un traitement ciblant BCMA), dans l'ensemble, les résultats chez les patients de la cohorte B sont inférieurs à ceux de la cohorte A (n'ayant pas reçu le traitement). Les cliniciens experts notent qu'il est possible que le traitement ne procure pas de bénéfice cliniquement important dans ce groupe. Par conséquent, le CEEP ne peut pas conclure que l'elranatamab confère un bénéfice cliniquement important aux patients ayant déjà reçu un traitement ciblant BCMA (p. ex. thérapie cellulaire CAR-T ou un anticorps conjugué comme le bélantamab).
- Dans l'essai MagnetisMM-3, les patients pouvaient passer de la posologie hebdomadaire de l'elranatamab à la posologie aux 2 semaines après au moins 24 semaines de traitement et l'atteinte d'une réponse (c.-à-d. une réponse partielle ou complète maintenue depuis au moins 2 mois).
- Les données probantes comparatives soumises par le promoteur incluent deux comparaisons indirectes ajustées par appariement (CIAA) sans comparateur commun et deux études de cohorte en pratique réelle portant sur l'elranatamab par rapport au traitement choisi par le médecin, le ciltacabtagène autoleucel, et le téclistamab. Comme il a été mentionné précédemment, on observe une constance dans l'orientation des effets pour la SSP, la SSP et le taux de réponse complète à l'avantage de l'elranatamab par rapport au traitement choisi par le médecin en pratique réelle chez les patients n'ayant jamais reçu de traitement ciblant BCMA, bien que ces données probantes soient limitées. Dans les CIAA, l'hétérogénéité des populations et des études n'a pas pu être prise en compte dans les analyses; les études en pratique réelle comportent un risque élevé de biais lié au temps et de confusion résiduelle. Bien que l'elranatamab soit supérieur au téclistamab pour ce qui est du TRO et de la SSP dans les CIAA, les estimations de l'efficacité demeurent incertaines. Selon les données probantes indirectes, le traitement par l'elranatamab est inférieur au ciltacabtagène autoleucel pour ce qui est de la SSP et de la SG dans les CIAA; cependant, les limites méthodologiques réduisent la certitude de ces résultats. Les CIAA et les études de cohorte en pratique réelle n'incluent pas les patients ayant déjà reçu un traitement ciblant BCMA, ce qui représente une lacune dans les données probantes comparatives disponibles pour cette population.
- Les patients et les cliniciens font valoir que l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé (QVLS) est un critère d'évaluation important et constitue le but du traitement chez les patients atteints de MM r/r. Bien que le CEEP ne soit pas en mesure de tirer de conclusions fermes concernant les effets de l'elranatamab sur la QVLS en raison de l'absence de comparateur et d'analyse statistique en bonne

et due forme ainsi que du mode ouvert de l'essai, il note que les évaluations descriptives laissent entendre que la QVLS a été maintenue avec le traitement à l'étude.

- Les patients ont exprimé le besoin d'avoir des traitements comportant moins d'effets secondaires. Les effets néfastes notables les plus fréquemment déclarés sont les infections (71 % de tous les patients) et le SLC (59 % de tous les patients). Le taux d'abandon du traitement à l'étude en raison d'un évènement indésirable apparu au traitement (EIAT) est [REDACTED]. Les évènements indésirables (EI) dans l'essai MagnetisMM-3 pourraient être maîtrisables; cependant, un accès aux traitements symptomatiques des EI est nécessaire (p. ex. le tocilizumab pour traiter le SLC de tout grade). Aucune des CIAA ne se penche sur des critères d'évaluation de l'innocuité; ainsi, le CEEP ne peut tirer de conclusions définitives sur l'innocuité de l'elranatamab comparativement à celle des autres traitements actuellement offerts.
- Il demeure des défis quant à la mise en œuvre de l'elranatamab et aux systèmes nécessaires pour optimiser l'accès rapide et la capacité d'administration du médicament en contexte réel. Les premières doses d'elranatamab doivent être administrées dans des centres de traitement spécialisés dotés des infrastructures et des ressources nécessaires à son administration et à la prise en charge des éventuels EI. Cependant, un nombre limité de centres au Canada disposent de l'expertise et des ressources nécessaires à l'administration de l'elranatamab et à la prise en charge du SLC ou du syndrome de neurotoxicité associé aux cellules immunitaires effectrices (ICANS). Il se peut qu'il n'y ait pas de centres qualifiés dans chaque province et territoire. Il pourrait être nécessaire d'avoir une plus grande disponibilité de lits d'hôpitaux pour la surveillance de l'effet du médicament et la prise en charge des effets toxiques. Certains patients pourraient ne pas être en mesure de se déplacer à l'extérieur de leur province ou du pays pour recevoir le traitement.
- L'indication autorisée par Santé Canada pour l'elranatamab vise le traitement du MM r/r chez les patients ayant reçu au moins trois traitements antérieurs. Les patients reçoivent généralement un inhibiteur du protéasome, un immunomodulateur et un anticorps monoclonal dirigé contre CD38 dans les premières intentions de traitement. Les groupes de défense des intérêts des patients et les cliniciens experts mentionnent que les patients présentant une résistance ou une intolérance à ces traitements devraient être admissibles à l'elranatamab lorsque ces traitements ne sont plus efficaces ou appropriés, sans égard à l'intention de traitement; cependant, comme cela sortirait de l'indication approuvée par Santé Canada, le CEEP ne peut pas émettre une telle recommandation.
- Le CEEP se penche sur le rapport cout/efficacité de l'elranatamab par rapport au ciltacabtagène autoleucel. Comparativement à l'elranatamab, le ciltacabtagène autoleucel est associé à des couts supérieurs, mais pourrait procurer des bienfaits accrus. Cependant, l'efficacité comparative est très incertaine, étant donné les données probantes disponibles. Comme le ciltacabtagène autoleucel fait actuellement l'objet de négociations par l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) et qu'il est possible qu'il ne soit pas déplacé par l'elranatamab s'il est remboursé, le rapport cout/efficacité de l'elranatamab par rapport au traitement au choix du médecin est la comparaison la plus pertinente.





Pour connaître le contenu des sections **Contexte**, **Sources d'information utilisées par le Comité**, **Points de vue des parties prenantes**, **Données probantes cliniques** et **Données probantes économiques**, veuillez consulter la recommandation anglaise.

## Comité d'experts en examen du PPEA

### Membres du Comité

Les D<sup>rs</sup> Maureen Trudeau (présidente), Phillip Blanchette, Kelvin Chan, Matthew Cheung, Michael Crump, Jennifer Fishman, Yoo-Joung Ko, Christian Kollmannsberger, Catherine Moltzan, Anca Prica, Adam Raymakers, Patricia Tang, Marianne Taylor et W. Dominika Wranik, MM. Daryl Bell et Terry Hawrysh, et M<sup>me</sup> Amy Peasgood.

**Date de la réunion** : Le 9 avril 2024

**Absences** : Un membre est absent.

**Conflits d'intérêts** : Deux membres n'ont pas participé en raison d'un conflit d'intérêts.

ISSN : 2563-6596

**Avis de non-responsabilité** : L'information contenue dans le présent document se veut utile aux décideurs, aux professionnels de la santé et aux dirigeants de systèmes de santé ainsi qu'aux responsables des orientations politiques du secteur de la santé au Canada; elle est destinée à éclairer leur prise de décisions et, par là, à améliorer la qualité des services de santé. Le document, auquel des patients et d'autres personnes peuvent avoir accès, est diffusé à titre d'information exclusivement, et rien n'est dit ou garanti quant à son adéquation à une finalité déterminée. L'information que renferme le document ne saurait tenir lieu de l'avis ou de l'opinion en bonne et due forme d'un médecin, du discernement ou du jugement du clinicien dans la prise en charge chez un patient en particulier ni d'un autre jugement professionnel qui intervient dans la prise de décisions. L'ACMTS – l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé – n'appuie, ne promeut ou n'encourage aucune information ou thérapie, ni aucun médicament, traitement, produit, processus ou service.

Bien que l'ACMTS ait tout mis en œuvre pour veiller à l'exactitude, à l'exhaustivité et à l'actualité de l'information présentée dans le document à la date de sa publication, elle n'offre aucune garantie à cet égard. Elle n'offre aucune garantie non plus quant à la qualité, à l'actualité, au bienfondé, à l'exactitude ou à la vraisemblance des énoncés, des renseignements ou des conclusions paraissant dans le matériel d'un tiers utilisé dans la rédaction du présent document. Les points de vue et les opinions de tiers figurant dans le présent document ne représentent pas forcément ceux de l'ACMTS.

L'ACMTS ne saurait être tenue responsable des erreurs ou des omissions, des blessures, des pertes, des dommages ou des préjudices découlant de l'usage ou du mésusage de l'information, des déclarations, des énoncés ou des conclusions contenus ou sous-entendus dans le présent document ni dans les sources d'information de référence.

Il peut y avoir des liens à des sites Web de tiers dans le présent document. Il peut y avoir des liens à des sites Web de tiers dans le présent document. Ce sont les modalités et les conditions énoncées sur ces sites qui en régissent l'utilisation. L'ACMTS n'offre aucune garantie quant à l'information contenue dans ces sites et elle n'est pas responsable des blessures, des pertes ou des dommages découlant de l'utilisation de sites de tiers. Elle ne saurait être tenue responsable non plus des pratiques de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels des sites de tiers.

Dans les limites et sous les conditions précisées ci-dessus, les points de vue exprimés ici sont ceux de l'ACMTS et ils ne représentent pas forcément ceux du gouvernement du Canada, des provinces ou des territoires ni de tout fournisseur d'information tiers.

Le présent document, dans son contenu et son utilisation prévue, s'inscrit dans le contexte du système de santé canadien. C'est à ses risques que l'utilisateur de ce document l'appliquera ailleurs qu'au Canada.

Le présent avertissement et tout litige ou question de quelque nature que ce soit ayant trait au contenu ou à l'usage ou au mésusage qui est fait du présent document sont régis et interprétés conformément aux lois de la province de l'Ontario et aux lois du Canada applicables, et toute procédure sera du ressort exclusif d'une cour de la province de l'Ontario au Canada.

L'ACMTS et ses concédants de licence sont les détenteurs du droit d'auteur et des autres droits de propriété intellectuelle relatifs au présent document. Ces droits sont protégés en vertu de la Loi sur le droit d'auteur du Canada et par d'autres lois en vigueur au pays et accords internationaux. La reproduction du présent document à des fins non commerciales est autorisée à la condition qu'il ne soit pas modifié et que l'ACMTS et ses concédants de licence soient dûment mentionnés.

**Caviardage** : À la demande du fabricant, l'ACMTS procède au caviardage de l'information confidentielle contenue dans le présent document conformément aux lignes directrices sur la confidentialité relatives aux examens en vue du remboursement d'un médicament à l'ACMTS.

**L'ACMTS** : L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) est un organisme indépendant sans but lucratif qui a pour mandat d'offrir des preuves objectives aux décideurs du secteur de la santé au Canada afin d'éclairer la prise de décisions sur l'utilisation optimale des médicaments, des dispositifs médicaux, des tests diagnostiques et des interventions chirurgicales ou médicales dans le système de santé canadien.

**Financement** : L'ACMTS bénéficie d'un soutien financier des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à l'exception de celui du Québec.