

Recommandation en vue du remboursement

Pémigatinib (Pemazyre)

Indication : Dans le traitement du cholangiocarcinome non résécable, localement avancé ou métastatique, avec fusion ou réarrangement du gène *FGFR2* chez l'adulte ayant déjà reçu un traitement.

Promoteur : Incyte Biosciences Canada.

Recommandation : Rembourser sous réserve de conditions.

Résumé

Quelle est la recommandation concernant le remboursement de Pemazyre?

L'Agence des médicaments du Canada recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Pemazyre, dans le traitement du cholangiocarcinome non résécable, localement avancé ou métastatique, avec fusion ou réarrangement du gène *FGFR2* (récepteur 2 des facteurs de croissance des fibroblastes) chez l'adulte ayant déjà reçu un traitement, sous réserve de certaines conditions.

Qui est admissible?

Pemazyre ne doit être remboursé que chez les adultes atteints d'un cholangiocarcinome non résécable avancé ou métastatique, confirmé par une évaluation histologique ou cytologique, avec fusion ou réarrangement du gène *FGFR2*, qui ont déjà reçu au moins un traitement à action générale et dont l'état de santé est assez bon (bon indice fonctionnel).

Quelles sont les conditions de remboursement?

Pemazyre ne doit être remboursé que s'il est prescrit par un ou une médecin ayant une expertise clinique de la prise en charge des tumeurs gastro-intestinales malignes, et si son prix est réduit.

Pourquoi formuler cette recommandation?

- Selon les données probantes issues d'un essai clinique, Pemazyre a contribué à faire régresser les tumeurs chez 37 % des patients et patientes, et ces réponses ont duré environ 9 mois. En raison du plan de l'étude et de la diminution du nombre de personnes évaluées au fil du temps, les répercussions du traitement par Pemazyre sur la qualité de vie des patients et patientes n'ont pas pu être déterminées.
- Le promoteur a comparé Pemazyre à d'autres traitements. Même si les résultats de Pemazyre étaient meilleurs pour ce qui est de la survie sans progression (SSP) et la survie globale (SG), l'analyse comporte d'importantes limites. Par conséquent, on ne connaît pas encore avec certitude l'ampleur des bénéfices qu'offre le pémigatinib en matière de SG et de SSP par rapport aux autres traitements.
- Les patients et patientes soulèvent un besoin de traitements qui améliorent la réponse tumorale, retardent la progression de la maladie et améliorent la qualité de vie. Pemazyre répond à certains des besoins soulevés par les patients et patientes, car il représente une nouvelle option thérapeutique et permet d'obtenir une réponse tumorale durable qui pourrait retarder la progression de la maladie.

Résumé

- À la lumière de l'évaluation menée par CDA-AMC sur les données d'économie de la santé, Pemazyre 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, Pemazyre devrait coûter aux régimes d'assurance médicaments publics environ 64 millions de dollars au cours des trois prochaines années. Le véritable impact budgétaire est cependant incertain.

Autres renseignements

Qu'est-ce que le cholangiocarcinome?

Le cholangiocarcinome est un type de cancer qui se développe dans les voies biliaires. Il s'agit d'une maladie rare dont le nombre de nouveaux cas diagnostiqués s'élève à environ 400 par année au Canada. Les modifications génétiques du *FGFR2* sont rares et surviennent chez 10 % à 20 % des patients et patientes présentant un cholangiocarcinome. On s'attend à ce qu'environ 10 % des personnes atteintes soient en vie 5 ans après le diagnostic.

Besoins non comblés en contexte de cholangiocarcinome

À l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement de référence contre le cholangiocarcinome pour quiconque ayant eu un échec du traitement de première intention. Les traitements qui sont offerts dans ce cas ont une efficacité limitée et sont associés à de nombreux effets secondaires.

Combien coûte Pemazyre?

Le traitement par Pemazyre coûterait, en moyenne, 15 499 \$ par 28 jours (en supposant l'administration par voie orale de 13,5 mg de pémigatinib une fois par jour pendant 14 jours consécutifs, suivis de 7 jours sans traitement, selon des cycles de 21 jours).

Recommandation

La présente recommandation a préséance sur la recommandation du Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (CEEP) émise en avril 2022 pour ce médicament dans cette indication.

Le CEEP recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser le pémigatinib dans le traitement du cholangiocarcinome non résécable, localement avancé ou métastatique, avec fusion ou réarrangement du récepteur 2 des facteurs de croissance des fibroblastes (*FGFR2+*) chez l'adulte ayant déjà reçu un traitement, sous réserve des conditions énoncées au [tableau 1](#).

Justification

Selon un essai de phase II à un seul groupe mené en mode ouvert (FIGHT-202), le pémigatinib procure un bénéfice d'importance clinique dans le traitement du cholangiocarcinome non résécable, localement avancé ou métastatique, avec fusion ou réarrangement du gène *FGFR2* (*FGFR2+*), car il entraîne une réponse tumorale durable chez l'adulte ayant déjà reçu un traitement. La cohorte A de l'essai FIGHT-202 atteint le seuil prédéfini d'un résultat positif (limite inférieure de l'intervalle de confiance [IC] à 95 % supérieure à 15 % pour le taux de réponse objective [TRO]). Le TRO est évalué par un comité d'examen radiologique indépendant d'après les résultats d'un laboratoire central de génomique, et représente l'obtention d'une réponse complète (RC) ou partielle (RP) confirmée au moins 4 semaines après l'évaluation initiale. La proportion de patients et patientes ayant obtenu une réponse objective est de 35 % (IC à 95 % de 26,50 % à 45,35 %) et la durée médiane de la réponse (DDR), de 7,49 mois (IC à 95 % de 5,65 à 14,49 mois), avec une durée médiane de suivi de 15,44 mois. Au moment de l'analyse finale (durée médiane du suivi de 45,4 mois), on comptait 37 % de réponse objective (IC à 95 % de 27,94 % à 46,86 %) et la DDR médiane était de 9,13 mois (IC à 95 % de 6,01 à 14,49 mois); de plus, la SG médiane était de 17,48 mois (IC à 95 % de 14,36 à 22,93 mois) et la SSP médiane, de 7,03 mois (IC à 95 % de 6,08 à 10,48 mois). Le CEEP estime que ces résultats sont d'importance clinique chez cette petite population qui dispose de peu d'options thérapeutiques, dans la mesure où il pourrait ne pas être possible de mener des essais cliniques de phase III. Il n'a pas été possible de tirer de conclusions sur l'effet du pémigatinib sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS) d'après les données probantes existantes en raison de la nature ouverte et non comparative de l'essai, ainsi que de la diminution importante du nombre de personnes pouvant subir les évaluations au fil du temps. L'essai FIGHT-202 ne possédant pas de groupe de comparaison, l'estimation de l'effet du traitement par le pémigatinib par rapport aux autres options thérapeutiques pertinentes est incertaine. Le promoteur a soumis une comparaison de traitements indirecte (CTI) du pémigatinib et des comparateurs pertinents au Canada (schéma mFOLFOX [leucovorine calcique modifiée {acide folinique} + fluorouracil + oxaliplatine] combiné au traitement actif des symptômes [TAS] et TAS seul). Même si les résultats de cette CTI sont meilleurs pour le pémigatinib que pour les deux comparateurs pour ce qui est de la SSP et de la SG, l'analyse comporte des limites importantes. Dans l'ensemble, l'ampleur du bénéfice additionnel offert par le pémigatinib en matière de SG et de SSP par rapport aux comparateurs reste incertaine.

Le CCEM reconnaît que les personnes atteintes de cholangiocarcinome *FGFR2+* sont peu nombreuses et qu'il existe un important besoin d'options de traitement supplémentaires dans ce cadre, étant donné la gravité de cette maladie associée à une morbidité importante. Les patients et patientes soulèvent un besoin de traitements qui améliorent la réponse tumorale, retardent la progression de la maladie et améliorent la QVLS, qui s'administrent par voie orale et dont les effets toxiques sont acceptables. Étant donné l'ensemble des données probantes, le pémgatinib répond à certains des besoins soulevés, puisqu'il représente une nouvelle option thérapeutique et qu'il permet d'obtenir une réponse tumorale durable qui pourrait retarder la progression de la maladie. De plus, ce médicament s'administre par voie orale et son profil de toxicité est acceptable.

Le rapport cout/efficacité du pémgatinib est très incertain en raison du degré élevé d'incertitude quant à l'ampleur du bénéfice clinique apporté par ce traitement par rapport au TAS seul et à la combinaison TAS et schéma mFOLFOX. Ainsi, il n'a pas été possible de déterminer le rapport cout/efficacité d'un scénario de référence chez les adultes ayant déjà reçu un traitement pour un cholangiocarcinome non résecable, localement avancé ou métastatique *FGFR2+*.

Le Comité se penche sur des analyses exploratoires menées par CDA-AMC, qui utilisent des hypothèses plus pertinentes, mais dont les résultats restent très incertains, étant donné l'absence de données comparatives robustes pour la SSP et la SG entre le pémgatinib et le TAS seul ou le schéma mFOLFOX combiné au TAS. Selon les réanalyses de CDA-AMC, le rapport cout/efficacité différentiel (RCED) du pémgatinib par rapport au TAS seul et au schéma mFOLFOX combiné au TAS est estimé à 252 718 \$ et à 261 226 \$ l'année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ) gagnée, respectivement, en utilisant le prix soumis par le promoteur pour le pémgatinib et les prix accessibles au public pour les autres médicaments. Par conséquent, le pémgatinib n'est pas considéré comme rentable à un seuil de disposition à payer de 50 000 \$ l'AVAQ gagnée. Il faudrait une réduction de prix de plus de 95 % pour que le pémgatinib atteigne un RCED différentiel de 50 000 \$ l'AVAQ gagnée. Cette réduction tient compte du cout d'analyse génétique, qui est estimé à 38 000 \$, pour trouver une seule personne admissible au traitement par le pémgatinib. Si ces analyses ne coutaient rien, il faudrait une réduction de prix de 77 % (par rapport au TAS seul) et de 72 % (par rapport au schéma mFOLFOX combiné au TAS) pour que le traitement soit rentable à un seuil de disposition à payer de 50 000 \$ l'AVAQ gagnée.

Tableau 1 : Conditions de remboursement et justification

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
Amorce du traitement		
1. Le traitement par le pémgatinib est amorcé chez l'adulte qui répond au critère suivant : 1.1. cholangiocarcinome avancé, métastatique ou non résecable avec anomalies de <i>FGFR2</i> (fusions ou autres réarrangements) confirmé par	Les résultats de la cohorte A de l'essai FIGHT-202 ont atteint le seuil prédéfini d'obtention de résultats positifs (limite inférieure de l'IC à 95 % pour un TRO > 15 %) chez la population répondant à ces caractéristiques. Le présent examen porte principalement sur la cohorte A, qui comprenait des patientes et patients porteurs de fusions ou de réarrangements de <i>FGFR2</i> .	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
un examen histologique ou cytologique.		
2. Les patients et patientes ont déjà reçu au moins un traitement à action générale.	L'indication autorisée par Santé Canada stipule que le pémigatinib doit être utilisé chez les personnes ayant déjà reçu un traitement pour un cholangiocarcinome non résécable, localement avancé ou métastatique, avec fusion ou réarrangement de <i>FGFR2</i> . De plus, pour être admissible à l'essai FIGHT-202, la progression de la maladie devait être confirmée après au moins un traitement à action générale antérieur.	Le CEEP estime que le pémigatinib devrait être remboursé chez les patients et patientes qui ne tolèrent pas le traitement de première intention.
3. L'indice fonctionnel est bon.	Les patients et patientes ayant un indice fonctionnel ECOG supérieur à 2 n'étaient pas admissibles à l'essai FIGHT-202.	—
Arrêt du traitement		
4. Le traitement par le pémigatinib est arrêté si l'une des situations suivantes survient : 4.1. progression confirmée de la maladie; 4.2. apparition d'effets toxiques inacceptables.	Cet examen n'a pas permis de trouver de données probantes indiquant qu'il serait efficace de poursuivre le traitement par le pémigatinib après la progression de la maladie. Les patients et patientes qui ne sont pas en mesure de terminer un traitement par le pémigatinib en raison d'effets toxiques inacceptables ne pourront probablement pas recevoir à nouveau ce médicament à l'avenir.	—
Prescription		
5. Le pémigatinib est prescrit uniquement par des médecins en pratique clinique ayant une expertise et une expérience dans le traitement des tumeurs gastro-intestinales cancéreuses.	Cette condition vise à ce que le pémigatinib soit prescrit seulement aux personnes chez qui ce traitement est approprié.	—
Prix		
6. Le prix est réduit.	Le rapport cout/efficacité du pémigatinib est très incertain en raison du degré élevé d'incertitude quant à l'ampleur du bénéfice clinique apporté par ce traitement par rapport au TAS seul et à la combinaison TAS et schéma mFOLFOX. D'après une analyse exploratoire, le RCED du pémigatinib et du TAS seul ou de la combinaison schéma mFOLFOX et TAS est estimé à 252 718 \$ et 261 226 \$ l'AVAQ gagnée, respectivement. Il faudrait des réductions de prix de plus de 95 % pour atteindre un RCED de 50 000 \$ l'AVAQ gagnée. Cette réduction tient compte du cout d'analyse génétique, qui est estimé à 38 000 \$ pour trouver une seule personne admissible au traitement par le pémigatinib. Si ces analyses ne coutaient rien, pour que le traitement soit rentable,	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
	il faudrait une réduction de prix de 72 % par rapport au schéma mFOLFOX combiné au TAS, et de 72 % par rapport au TAS seul.	
Faisabilité de l'adoption		
7. La faisabilité de l'adoption du pémigatinib est examinée.	Au prix indiqué, il faut se pencher sur l'ampleur de l'incertitude de l'impact budgétaire pour assurer la faisabilité de l'adoption, étant donné la différence entre l'estimation du promoteur et celle de CDA-AMC.	—
8. La faisabilité organisationnelle d'effectuer les tests génétiques de détection des variants du gène <i>FGFR2</i> est examinée.	Il faut effectuer des tests génétiques de détection des variants du gène <i>FGFR2</i> pour vérifier l'admissibilité au traitement par le pémigatinib. Les tests génétiques de détection des mutations de <i>FGFR2</i> pourraient ne pas être accessibles partout au Canada, et la nécessité d'effectuer de tels tests pour vérifier l'admissibilité au traitement devrait avoir des répercussions sur les ressources laboratoires, moléculaires et anatomopathologiques.	

AVAQ = année de vie ajustée en fonction de la qualité; CDA-AMC = Agence des médicaments du Canada; CEEP = Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux; ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; IC = intervalle de confiance; mFOLFOX = leucovorine calcique modifiée (acide folinique) + fluorouracil + oxaliplatine; RCED = rapport coût/efficacité différentiel; TAS = traitement actif des symptômes; TRO = taux de réponse objective

Points de discussion

- **Atteinte des critères pour les besoins non comblés importants** : Les données probantes cliniques comportent des incertitudes; par conséquent, le CEEP délibère en se basant sur le critère de réponse aux besoins non comblés importants décrit dans les [Procédures relatives aux examens en vue du remboursement](#) (en anglais) accessibles sur le site Web de CDA-AMC. D'après les groupes de défense des intérêts des patients et patientes, les observations des médecins en pratique clinique et les médecins ayant une expertise clinique de l'affection à l'étude consultés par CDA-AMC, le cholangiocarcinome est un cancer virulent des voies biliaires au pronostic sombre. Il n'y a actuellement aucun autre traitement remboursé que la chimiothérapie usuelle chez l'adulte ayant déjà reçu un traitement d'un cholangiocarcinome non résécable, localement avancé ou métastatique, avec fusion ou réarrangement du gène *FGFR2*. Étant donné la rareté et la gravité de la maladie, et l'absence de solutions de rechange efficaces sur le plan clinique, le Comité estime que les données probantes accessibles portent raisonnablement à croire que le pémigatinib pourrait retarder la progression de la maladie, malgré les incertitudes associées à ces données.
- **Faisabilité d'un essai clinique randomisé (ECR)** : À l'instar des médecins ayant une expertise clinique de l'affection à l'étude, le CEEP estime que les réponses observées lors de l'essai FIGHT-202 sont durables et d'importance clinique chez les personnes recevant le traitement en deuxième intention. L'interprétation des résultats s'est avérée difficile en raison des limites du

plan de l'étude. Cependant, le CEEP et les médecins en question s'entendent pour dire que malgré l'importance des besoins non comblés chez cette population, il ne serait pas possible d'effectuer un ECR comparant le pémigatinib à une chimiothérapie palliative.

- **Qualité de vie liée à la santé (QVLS) :** Tant les patients et patientes que les médecins en pratique clinique soulèvent l'importance du maintien ou de l'amélioration de la QVLS comme objectif du traitement chez les adultes ayant déjà reçu un traitement pour un cholangiocarcinome non résécable, localement avancé ou métastatique, avec fusion ou réarrangement du gène *FGFR2*. Les résultats de l'essai FIGHT-202 en matière de QVLS ne sont pas concluants, compte tenu du plan d'étude à un seul groupe et en mode ouvert et du petit nombre de personnes ayant effectué les évaluations au moment voulu. Par conséquent, le CEEP n'est pas en mesure de conclure que le pémigatinib répond à cet important besoin. De plus, aucun critère portant sur la QVLS n'a été évalué dans les CTI, et on ne connaît pas les effets comparatifs du pémigatinib par rapport aux autres traitements actifs sur la QVLS.
- **Généralisabilité des résultats :** Le CEEP se penche sur la généralisabilité des résultats de l'essai FIGHT-202 aux personnes atteintes d'un cholangiocarcinome extrahépatique *FGFR2+*. Les résultats de la cohorte A sont probablement généralisables à ces patients et patientes, car les cholangiocarcinomes intrahépatiques et extrahépatiques se prennent en charge de façons similaires dans la pratique clinique, le gène *FGFR2* est la cible thérapeutique du pémigatinib, et aucune raison biologique ne permet de supposer que le pémigatinib n'entraînerait pas un bénéfice avec un profil d'innocuité acceptable chez les patients et patientes présentant un cholangiocarcinome extrahépatique. De plus, les fusions de *FGFR2* sont rares en cas de cholangiocarcinome extrahépatique.
- **Cohortes de l'étude FIGHT-202 :** Les personnes ayant pris part à l'essai FIGHT-202 ont été réparties dans 3 cohortes selon la présence de variants de *FGF-FGFR* : la cohorte A (fusions ou réarrangements de *FGFR2*), la cohorte B (mutations de *FGF-FGFR2* autres que des fusions ou des réarrangements) et la cohorte C (pas de mutations de *FGF-FGFR2*). La présente recommandation concerne la cohorte A (fusions ou réarrangements de *FGFR2*), car les cohortes B et C n'ont pas été incluses dans les critères de remboursement demandés et aucune demande d'autorisation n'a été envoyée à Santé Canada dans leur cas. Elles sortent donc du cadre de cette recommandation.
- **Données probantes indirectes :** Le CEEP se penche sur les CTI soumises par le promoteur sous la forme de comparaisons indirectes ajustées par appariement (CIAA) sans comparateur commun. Les résultats de la CTI pour ce qui est de la SSP et de la SG sont meilleurs pour le pémigatinib que pour la combinaison schéma mFOLFOX et TAS ainsi que pour le TAS seul. La CTI soumise par le promoteur comporte plusieurs limites, parmi lesquelles l'hétérogénéité entre les plans et les populations des études, ainsi que l'incapacité à effectuer des ajustements pour tous les facteurs de confusion et variables pronostiques possibles dans la CIAA. De plus, le gène *FGFR2* pourrait être un facteur pronostique, et la population des groupes témoins des essais ABC-06 n'était pas triée. Par conséquent, la CTI ne tient pas compte du possible déséquilibre quant à la présence de mutations de *FGFR2* entre l'essai FIGHT-202 et les groupes témoins des essais ABC-06. Étant donné l'absence

de données comparatives robustes en matière de SSP et de SG, la capacité d'interprétation des effets relatifs des traitements par le pémigatinib et la combinaison de leucovorine calcique modifiée (acide folinique) + fluorouracil + oxaliplatine (FOLFOX) avec le TAS et le TAS seul est limitée. Il n'est donc pas possible de tirer de conclusions définitives sur la comparaison du pémigatinib avec les autres options thérapeutiques pertinentes.

- **Besoin d'examens ophtalmologiques** : Il est nécessaire d'effectuer un examen ophtalmologique complet, notamment des tests d'acuité visuelle, des examens à la lampe à fente, des examens du fond de l'œil et des tomographies par cohérence optique avant de commencer le traitement par le pémigatinib. Ces examens doivent être renouvelés conformément aux recommandations indiquées dans la monographie de produit. Le pémigatinib peut entraîner des décollements séreux de la rétine, qui se manifestent par une vision trouble, des corps flottants ou une photopsie.
- **Données probantes issues du contexte réel** : À l'instar des médecins ayant une expertise clinique de l'affection à l'étude, le CEEP estime que malgré les limites associées aux études soumises sur de telles données, leurs résultats concordent avec ceux de l'essai pivot.
- **Accessibilité de l'analyse génétique de *FGFR2*** : La réanalyse pharmacoéconomique part du principe que l'analyse génétique de *FGFR2* n'est pas remboursée par les régimes d'assurance médicaments publics en l'absence de remboursement du pémigatinib. Dans sa rétroaction, le promoteur a indiqué que l'analyse génétique de *FGFR2* est actuellement possible et remboursée en Alberta et en Ontario, et qu'elle pourrait être remboursée au cas par cas en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick.

Pour connaître le contenu des sections **Contexte**, **Sources d'information utilisées par le Comité**, **Considérations éthiques**, **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^{res} Catherine Moltzan (présidente), Jennifer Fishman, Anca Prica et Patricia Tang, les D^{rs} Phillip Blanchette, Kelvin Chan, Matthew Cheung, Michael Crump, Jason Hart, Yoo-Joung Ko, Aly-Khan Lalani, Adam Raymakers et Pierre Villeneuve, M^{mes} Annette Cyr, Amy Peasgood et Danica Wasney et M. Terry Hawrysh.

Date de la réunion : Le 5 mars 2025.

Absences : Trois membres.

Conflits d'intérêts : Aucun.



Canada's Drug Agency L'Agence des médicaments du Canada

Drugs. Health Technologies and Systems. Médicaments, technologies de la santé et systèmes.

ISSN : 2563-6596

L'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) est une organisation pancanadienne de la santé. Créée et financée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, notre organisation a le mandat d'améliorer la coordination, l'harmonisation et la valeur publique dans le domaine des médicaments et des technologies de la santé au pays. Nous fournissons aux têtes dirigeantes des systèmes de santé des données probantes et des conseils indépendants pour les aider à prendre des décisions éclairées sur les médicaments, les technologies de la santé et les systèmes de santé, et nous collaborons avec des partenaires nationaux et internationaux afin de renforcer notre influence collective.

Avis de non-responsabilité : Bien que CDA-AMC ait tout mis en œuvre pour veiller à l'exactitude, à l'exhaustivité et à l'actualité du contenu au moment de la publication, elle décline toute responsabilité à cet égard. L'utilisation de ces renseignements est soumise au présent avis et aux modalités d'utilisation disponibles au cda-amc.ca/fr.

L'information que renferme le présent document est rendue accessible uniquement à titre informatif et éducatif, et ne saurait se substituer à une opinion ou à un avis médical, au discernement ou au jugement clinique dans la prise en charge chez un patient ou une patiente en particulier, ni à tout autre jugement professionnel dans un contexte de prise de décisions. Vous acceptez l'entière responsabilité de l'utilisation des renseignements et vous vous y fiez à vos propres risques.

CDA-AMC n'appuie ou ne promeut aucune information ou thérapie ni aucun médicament, traitement, produit, processus ou service. Les points de vue et les opinions de tierces parties figurant dans le présent document ne représentent pas forcément ceux de CDA-AMC. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (en activité sous le nom de CDA-AMC) et ses concédants de licence sont les détenteurs du droit d'auteur et des autres droits de propriété intellectuelle relatifs au document.

Toute question ou demande d'information concernant ce rapport peut être adressée à demandes@CDA-AMC.ca.