

Recommandation en vue du remboursement

Polatuzumab védotine (Polivy)

Indication : Polivy (polatuzumab védotine pour injection), en combinaison avec le rituximab, le cyclophosphamide, la doxorubicine et la prednisone, est indiqué dans le traitement chez l'adulte du lymphome B à grandes cellules (LBGC) n'ayant jamais été traité, ce qui comprend le lymphome B diffus à grandes cellules (LBDGC) sans autre spécificité, le lymphome B de haut grade, le LBDGC sans autre spécificité associé au virus d'Epstein-Barr et le LBGC riche en lymphocytes T ou en histiocytes, qui sont dans la sous-catégorie des lymphomes de type cellules B activées.

Promoteur : BC Cancer Lymphoma et Myeloma Tumour Group

Recommandation finale : Rembourser sous réserve de conditions.

Résumé

Quelle est la recommandation concernant le remboursement de Polivy?

L'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Polivy en combinaison avec le rituximab, le cyclophosphamide, la doxorubicine et la prednisone (schéma R-CHP), dans le traitement chez l'adulte du lymphome B à grandes cellules (LBGC) n'ayant jamais été traité, ce qui comprend le lymphome B diffus à grandes cellules (LBDGC) sans autre indication (SAI), le lymphome B de haut grade, le LBDGC SAI associé au virus d'Epstein-Barr, et le LBGC riche en lymphocytes T ou en histiocytes, qui sont du sous-type des lymphomes à cellules B activées (CBA), sous réserve de certaines conditions.

Qui est admissible?

Polivy en combinaison avec le schéma R-CHP ne doit être remboursé que chez les adultes présentant un LBGC à CBA n'ayant jamais été traité, confirmé par un test approprié. Les patients et patientes admissibles doivent présenter des risques de survie faibles ou intermédiaires à l'échelle de l'Indice pronostique international, de même qu'un bon indice fonctionnel. Les personnes atteintes d'un LBGC qui n'est pas à CBA ne sont pas admissibles au traitement par Polivy en combinaison avec le schéma R-CHP.

Quelles sont les conditions de remboursement?

Polivy en combinaison avec le schéma R-CHP ne doit être remboursé que s'il est prescrit par des médecins en pratique clinique ayant l'expérience de la prise en charge de lymphomes agressifs et des effets secondaires des traitements à visée curative; de plus, son cout doit être réduit.

Pourquoi CDA-AMC formule-t-elle cette recommandation?

Les données probantes issues d'un essai clinique montrent que le traitement par Polivy en combinaison avec le schéma R-CHP est supérieur à celui par le schéma rituximab, cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone (R-CHOP) pour retarder la progression de la maladie, et il prolongerait la survie.

À la lumière de l'évaluation menée par CDA-AMC sur les données d'économie de la santé, Polivy pourrait ne pas représenter une bonne valeur pour le système de santé au prix courant accessible au public, étant donné l'incertitude considérable qui mine les données probantes. Une réduction du prix est donc requise.

Résumé

Les patients et patientes expriment le besoin de nouveaux traitements qui prolongent la rémission et la vie. Le Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (CEEP) estime que Polivy combiné au schéma R-CHP comble les besoins des patients et patientes, car il retarde la progression de la maladie et prolongerait la survie.

Si l'on se fie aux prix courants accessibles au public, Polivy devrait coûter aux régimes d'assurance médicaments publics de 70 millions à 107 millions de dollars de plus sur les trois prochaines années, selon la fourchette des estimations pour la précision du test d'immunohistochimie. Toutefois, l'impact budgétaire réel est incertain et dépend de la réduction du coût des traitements ultérieurs, et ne comprend pas les coûts supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre des tests de profilage de l'expression génique visant à détecter avec précision les patientes et patients atteints d'un LBGC à CBA.

Autres renseignements

Qu'est-ce que le lymphome B à grandes cellules?

Le LBGC, un type de lymphome non hodgkinien, est un cancer qui prend naissance dans les nœuds lymphatiques et qui peut toucher d'autres organes, comme la rate, le foie et la moelle osseuse. Chez les personnes atteintes d'un LBGC à CBA, le traitement offert ne donne pas de bons résultats. En 2024, on a estimé que 11 700 personnes au Canada recevraient un diagnostic de lymphome non hodgkinien et que 3 100 personnes en mourraient.

Besoins non comblés en contexte de lymphome B à grandes cellules

Il existe un besoin de traitements efficaces qui prolongent la rémission et la survie, offrent une maîtrise des symptômes de la maladie et améliorent la qualité de vie.

Combien coûte Polivy?

Le traitement par Polivy en combinaison avec le schéma R-CHP, devrait coûter individuellement environ 23 605 \$ par cycle de 28 jours.

Recommandation

Le Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (CEEP) recommande de rembourser le polatuzumab védotine en combinaison avec le rituximab, le cyclophosphamide, la doxorubicine et la prednisone (schéma R-CHP), dans le traitement chez l'adulte du lymphome B à grandes cellules (LBGC) n'ayant jamais été traité, ce qui comprend le lymphome B diffus à grandes cellules (LBDGC) sans autre indication (SAI), le lymphome B de haut grade, le LBDGC SAI associé au virus d'Epstein-Barr (VEB), et le LBGC riche en lymphocytes T ou en histiocytes, qui sont du sous-type des lymphomes à cellules B activées (CBA), sous réserve des conditions énoncées au [tableau 1](#).

Justification

D'après une analyse du sous-groupe de patientes et patients atteints d'un LBGC à CBA provenant de l'essai clinique randomisé de phase III multicentrique POLARIX (n = 235 sur les 897 répartis aléatoirement), le traitement par le polatuzumab védotine en combinaison avec le schéma R-CHP (pola-R-CHP) procurerait un bénéfice de survie sans progression (SSP) d'importance clinique comparativement au rituximab en combinaison avec le cyclophosphamide, la doxorubicine, la vincristine et la prednisone (R-CHOP). Le taux de SSP à cinq ans est de 72,5 % chez les personnes traitées par le pola-R-CHP par rapport à 45,8 % chez celles traitées par le schéma R-CHOP, entraînant une réduction du risque de 67 % pour la SSP évaluée par le chercheur (rapport des risques instantanés [RRI] stratifié = 0,33; intervalle de confiance [IC] à 95 % de 0,21 à 0,53). Bien que la survie globale (SG) médiane ne soit pas atteinte au moment de l'analyse, les résultats de l'analyse de suivi à cinq ans tendent à montrer une amélioration importante de la SG chez les personnes atteintes d'un LBGC à CBA qui ont été traitées par le pola-R-CHP par rapport à celles traitées par le schéma R-CHOP (taux de SG respectifs de 84,6 % et de 69,9 %; RRI stratifié = 0,49; IC à 95 % de 0,27 à 0,90). En ce qui concerne les événements indésirables (EI) présentant un intérêt particulier, la neuropathie périphérique survient à des fréquences similaires dans les groupes de traitement; toutefois, la neutropénie et les infections surviennent plus souvent avec le traitement par le pola-R-CHP qu'avec celui par le schéma R-CHOP. Dans l'ensemble, les EI concordent avec le profil d'innocuité connu et maîtrisable de ces traitements.

Les besoins à combler soulevés par les patients et patientes et les médecins en pratique clinique comprennent des traitements précoces efficaces qui prolongent la rémission et la survie, offrent une maîtrise des symptômes de la maladie et améliorent la qualité de vie. Le CEEP conclut qu'indépendamment des limites des analyses par sous-groupes, le pola-R-CHP comble certains de ces besoins chez les personnes atteintes d'un LBGC à CBA, comme le laissent entendre la prolongation de la SSP et le bénéfice de la SG comparativement au schéma R-CHOP.

Le Comité se penche sur les analyses effectuées par le promoteur et CDA-AMC, lesquelles examinent le rapport cout-efficacité du pola-R-CHP par rapport à celui du schéma R-CHOP à partir des données provenant d'un sous-groupe de patients et patientes de l'essai POLARIX. Si l'on se fie au prix soumis par le promoteur pour le polatuzumab et aux prix accessibles au public pour les autres médicaments, le

rapport cout/efficacité différentiel (RCED) du pola-R-CHP par rapport au schéma R-CHOP serait inférieur à 50 000 \$ l'année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ) gagnée. Toutefois, en raison de l'incertitude associée à l'ampleur du bénéfice clinique, de l'incapacité du modèle du promoteur à évaluer adéquatement l'effet des répercussions du dépistage, des limites de la structure et de la programmation du modèle économique du promoteur, des préoccupations concernant la généralisabilité de la population de l'essai à la population canadienne et de l'existence de prix négociés pour les traitements ultérieurs (p. ex., thérapie par lymphocytes T à récepteur antigénique chimérique [thérapie CAR-T]), les résultats relatifs au rapport cout-efficacité sont très incertains. Une réduction de prix peut s'avérer nécessaire pour veiller à ce que le pola-R-CHP soit un schéma rentable pour les personnes atteintes d'un LBGC à CBA n'ayant jamais été traité.

Tableau 1 : Conditions de remboursement et justification

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
Amorce du traitement		
1. Le traitement par le pola-R-CHP n'est remboursé que chez l'adulte atteint d'un LBGC CD20 positif n'ayant jamais été traité, ce qui comprend le LBDGC SAI, le lymphome B de haut grade, le LBDGC SAI associé au VEB et le LBGC riche en lymphocytes T ou en histiocytes, qui sont du sous-type des lymphomes à CBA, confirmé par le test de PEG.	Les données probantes issues de l'analyse par sous-groupe de l'essai POLARIX montrent que le traitement par le pola-R-CHP procure un bénéfice clinique chez les patients et patientes présentant ces caractéristiques.	—
2. Les personnes doivent satisfaire les deux critères suivants : 2.1. un score IPI de 2 à 5; 2.2. un bon indice fonctionnel.	Les patients et patientes de l'essai POLARIX présentent un score IPI de 2 à 5 et un indice fonctionnel ECOG de 0 à 2.	Les cliniciens experts mentionnent qu'un patient ou une patiente présentant un indice fonctionnel ECOG de 3 connaîtra probablement une amélioration de son état à son premier cycle de traitement (p. ex., atteinte d'un indice fonctionnel ECOG de 2 ou mieux). Cette personne devrait donc être admissible au traitement par le pola-R-CHP.
3. Critères d'inadmissibilité : le LBGC qui n'est pas du sous-type des lymphomes à CBA.	Les données probantes examinées de l'essai POLARIX ne montrent aucun bénéfice clinique supplémentaire chez les personnes atteintes d'autres types de LBGC que le sous-type des lymphomes à CBA, en particulier le sous-type BCG ou indéterminé.	—
Arrêt		
4. Le traitement par le pola-R-CHP cesse en présence d'une progression de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables ou à la fin des six cycles de traitement.	Dans l'essai POLARIX, le polatuzumab védotine est administré à raison de 1,8 mg/kg par perfusion intraveineuse tous les 21 jours pendant six cycles en combinaison avec le schéma R-CHP. La posologie recommandée par Santé Canada est la même. Les patients	Selon les cliniciens experts, une diminution de la dose du polatuzumab védotine ou d'autres composants du schéma pola-R-CHP peut être justifiée chez les personnes présentant des

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
	et patientes de l'essai POLARIX cessent le traitement par le pola-R-CHP à la suite d'une progression de la maladie et d'effets toxiques graves, et aucune donnée n'appuie la poursuite de ce traitement après l'apparition d'une progression de la maladie.	EI (p. ex., infections, neutropénie ou thrombocytopenie).
Prescription		
5. Le pola-R-CHP n'est prescrit que par des médecins en pratique clinique ayant de l'expérience dans la prise en charge des lymphomes agressifs et des effets secondaires du traitement.	Cette condition vise à veiller à ce que le traitement soit prescrit aux personnes chez qui il est approprié et que les effets indésirables soient maîtrisés de façon optimale et rapide.	Le CEEP est d'accord avec l'observation des cliniciens experts selon laquelle la prise en charge du traitement par le pola-R-CHP sera appropriée dans les centres de cancérologie communautaires ou tertiaires qui donnent accès à un hématologue ou à un oncologue qui traite le LBDGC.
6. Le polatuzumab védotine n'est prescrit qu'en combinaison avec le schéma R-CHP comme traitement à visée curative.	Aucune donnée probante n'appuie l'utilisation du polatuzumab védotine en combinaison avec des schémas à visée potentiellement curative, comme le R-CEOP, le R-mini-CHOP ou le R-EPOCH avec ajustement posologique.	Les cliniciens experts estiment que la combinaison du polatuzumab avec le schéma R-CEP (sans la vincristine) est acceptable; il n'existe aucune donnée sur l'efficacité ou l'innocuité du polatuzumab combiné au schéma R-EPOCH avec ajustement posologique.
Prix		
7. Le prix est réduit.	<p>Le rapport cout/efficacité du pola-R-CHP est très incertain. Si l'on tient compte en partie des répercussions du dépistage et que l'on revoit les hypothèses de recours aux traitements ultérieurs, le pola-R-CHP peut être considéré comme rentable à un seuil de disposition à payer de 50 000 \$ l'AVAQ gagnée comparativement au schéma R-CHOP. Toutefois, cette affirmation repose sur le modèle du promoteur qui suppose trois années de vie différentielles pour la comparaison entre le pola-R-CHP et le schéma R-CHOP. Le Comité conclut qu'il y a une incertitude considérable quant à la présence ou non d'un bénéfice relatif à la survie et à l'ampleur des répercussions sur le recours aux traitements ultérieurs.</p> <p>Une réduction de prix peut s'avérer nécessaire pour pallier l'incertitude concernant le rapport cout-efficacité du pola-R-CHP chez les personnes atteintes d'un LBGC à CBA n'ayant jamais été traité.</p>	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
Faisabilité de l'adoption		
8. La faisabilité économique de l'adoption du pola-R-CHP est examinée.	<p>Au prix indiqué, on s'attend à ce que l'impact budgétaire différentiel du pola-R-CHP soit supérieur à 40 millions de dollars la première année, en supposant une spécificité de dépistage de 52 %, et l'ampleur de l'incertitude de l'impact budgétaire doit être palliée pour assurer la faisabilité de l'adoption, en raison de la différence entre l'estimation du promoteur et celle de CDA-AMC.</p> <p>Si le coût du dépistage était inclus, l'impact budgétaire serait plus élevé que celui estimé.</p>	—
Faisabilité organisationnelle	<p>Le test de PEG est nécessaire pour dépister les personnes atteintes d'un LBGC à CBA, lesquelles sont admissibles au traitement par le pola-R-CHP. Étant donné qu'à l'heure actuelle, le test de dépistage par le PEG du sous-type CBA pour le LBGC n'est pas offert dans la plupart des provinces et territoires au Canada, on s'attend à ce que la mise en œuvre du recours au test de PEG pour déterminer l'admissibilité au traitement par le pola-R-CHP ait des répercussions sur les ressources humaines et autres ressources en soins de santé. Néanmoins, cela pourrait également contribuer à réduire les coûts et les préjudices aux patients et patientes en évitant les traitements inutiles aux personnes qui n'en tireraient pas profit et en limitant les effets toxiques supplémentaires.</p>	<p>Le CEEP reconnaît que, pour les provinces et les territoires, cela peut demander beaucoup de temps, de ressources et de préparation pour rendre accessible le dépistage du sous-type CBA par le PEG. À l'instar des régimes d'assurance médicaments, il est d'avis que, tant que le problème de rareté du test de PEG n'est pas résolu, le recours au test d'immunohistochimie (bien que sous-optimal) sera un test approprié pour dépister les personnes atteintes d'un LBGC à CBA.</p>

AVAQ = année de vie ajustée en fonction de la qualité; BCG = cellules B du centre germinatif; CBA = cellules B activées; CEEP = Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux; ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; EI = événement indésirable; IPI = *International Prognostic Index*; LBDGC = lymphome B diffus à grandes cellules; LBGC = lymphome B à grandes cellules; PEG = profilage de l'expression génique; pola = polatuzumab védotine; R-CEOP = rituximab, cyclophosphamide, étoposide, vincristine et prednisone; R-CHOP = rituximab, cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone; R-CHP = rituximab, cyclophosphamide, doxorubicine et prednisone; R-EPOCH = rituximab, étoposide, prednisone, vincristine, cyclophosphamide et doxorubicine; SAI = sans autre indication; VEB = virus d'Epstein-Barr

Points de discussion

- Besoins à combler :** Les patients et patientes soulèvent des besoins à combler en matière de traitements qui prolongent la vie, la rémission et la maîtrise des symptômes de la maladie, normalisent les paramètres sanguins et améliorent la qualité de vie. Bien que les résultats de l'analyse par sous-groupe donnent à penser que le pola-R-CHP pourrait retarder la progression de la maladie et prolonger la vie chez les personnes atteintes d'un LBGC à CBA, aucune donnée probante ne montre que ce traitement normalise les paramètres sanguins ou améliore la qualité de vie chez cette population atteinte d'un LBGC.

- **Qualité des données probantes** : Les données probantes évaluées sont incertaines, car elles proviennent d'une analyse exploratoire par sous-groupe. Par conséquent, il serait souhaitable de mener un essai de phase III chez ce sous-ensemble pour fournir des données plus définitives; toutefois, il est peu probable que le promoteur entreprenne un tel essai. Les personnes présentant le sous-type CBA répondent moins bien au traitement classique (p. ex., le taux de SG pour les personnes du sous-type CBA varie de 45 % à 56 % comparativement à 78 % à 80 % pour celles du sous-type BCG). Les résultats de l'analyse par sous-groupe donnent à penser que le pola-R-CHP pourrait constituer une meilleure option que le schéma R-CHOP pour les personnes atteintes d'un LBGC à CBA.
- **Éléments à considérer concernant la procédure de dépistage et sélection des patients et patientes** : Le traitement par le pola-R-CHP chez les personnes présentant le sous-type CBA nécessite un dépistage de l'origine cellulaire du lymphome pour repérer les personnes de manière appropriée, car aucune donnée probante n'indique que ce traitement fonctionne chez les personnes atteintes d'un LBGC d'un autre sous-type. Bien que le test d'immunohistochimie soit généralement offert pour le dépistage diagnostique du LBGC, sa spécificité pour détecter le sous-type CBA varie de 52 % à 82 %, ce qui peut mener à une surmédicalisation des personnes présentant le sous-type BCG ou un statut d'origine cellulaire non classé. De plus, le test d'immunohistochimie ne fait que dichotomiser les patients et patientes en sous-types BCG ou non BCG, de sorte que les patientes et patients classés dans le sous-type non BCG peuvent présenter le sous-type CBA (admissible au pola-R-CHP) ou le sous-type non classé (inadmissible au pola-R-CHP). Le dépistage optimal des patients et patientes exige le recours au test de PEG, lequel est plus précis, mais n'est pas offert dans la plupart des provinces et territoires à l'heure actuelle au Canada. Bien que le dépistage par le test d'immunohistochimie puisse mener à une surmédicalisation possible chez une proportion de patients et patientes, obliger le recours au dépistage par le test de PEG dans d'autres provinces ou territoires pourrait entraîner un accès inéquitable et retardé au traitement en raison des obstacles liés à sa mise en œuvre (p. ex., coûts de démarrage élevés pour les infrastructures et la formation du personnel).
- **Points d'ordre économique** : Les données probantes cliniques utilisées pour établir l'évaluation économique sont teintées d'incertitude. De plus, l'ampleur constatée du bénéfice reposant sur le sous-groupe du sous-type CBA de l'essai POLARIX n'est peut-être pas ce que l'on constate dans la pratique au Canada, surtout si le test d'immunohistochimie est utilisé pour dépister les personnes atteintes d'un LBGC à CBA. Le modèle économique du promoteur comporte des limites qui ne permettent pas d'évaluer adéquatement l'effet des répercussions du dépistage, et il est programmé de telle sorte que la SG associée au pola-R-CHP est probablement surestimée par rapport au schéma R-CHOP. L'incertitude associée aux hypothèses de recours aux traitements ultérieurs et l'existence de prix négociés pour plusieurs traitements (p. ex., thérapie CAR-T) signifient que les estimations des coûts de compensation sont très incertaines. Par conséquent, bien que les estimations de l'évaluation économique portent à croire que le RCED du pola-R-CHP serait inférieur à 50 000 \$ l'AVAQ gagnée, une réduction de prix pourrait s'avérer nécessaire pour pallier cette incertitude.

- **Impact budgétaire** : On s'attend à ce que l'impact budgétaire du remboursement du pola-R-CHP comme traitement de première intention soit très élevé (entre 290 millions et 447 millions de dollars sur les trois premières années), mais le promoteur a supposé des coûts de compensation élevés reposant sur un recours moins important aux traitements ultérieurs (économies de coûts de 221 millions à 340 millions de dollars sur les trois premières années), entraînant un impact budgétaire de 69 millions à 107 millions de dollars. L'impact budgétaire est très incertain et sera influencé par la précision du test diagnostique (qui a une incidence sur le nombre de personnes qui seront traitées) et la réalisation des coûts de compensation estimés. De plus, le modèle d'impact budgétaire du promoteur ne tient pas compte du coût du dépistage. Si l'on se fie aux prix accessibles, le coût de mise en œuvre du dépistage par le test de PEG serait de 1,7 million de dollars, mais il ne tient pas compte des coûts associés aux infrastructures permettant d'incorporer ce dépistage; ainsi, cette estimation est associée à une incertitude considérable. Étant donné que le test d'immunohistochimie est généralement accessible dans l'ensemble du pays et qu'il peut être utilisé pour dépister les cas de sous-type CBA, on s'attend à ce que la disponibilité du pola-R-CHP n'ait aucune incidence sur les coûts associés au test d'immunohistochimie.

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^{rs} Catherine Moltzan (présidente), Kelvin Chan (vice-président), Phillip Blanchette, Matthew Cheung, Michael Crump, Jennifer Fishman, Jason Hart, Yoo-Joung Ko, Aly-Khan Lalani, Anca Prica, Adam Raymakers, Patricia Tang et Pierre Villeneuve, M^{mes} Annette Cyr, Amy Peasgood et Danica Wasneym et M. Terry Hawrysh.

Date de la réunion : Le 14 mai 2025

Absences : 1 membre

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



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 sur ce rapport peut être adressée à demandes@cda-amc.ca.