



Recommandation en vue du remboursement de l'ACMTS

Mirikizumab (Omvoh)

Indication : Dans le traitement de la colite ulcéreuse évolutive modérée ou grave chez le patient adulte ayant obtenu une réponse insuffisante, ayant connu une perte de réponse ou présentant une intolérance à un traitement classique, à un médicament biologique ou à un inhibiteur de Janus kinase.

Promoteur : Eli Lilly Canada

Recommandation finale : Rembourser sous réserve de conditions.



Résumé

Que recommande l'ACMTS concernant le remboursement d'OmvoH?

L'ACMTS recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser OmvoH dans le traitement de la colite ulcéreuse (CU) évolutive modérée ou grave, sous réserve de certaines conditions.

Quels sont les patients admissibles?

OmvoH ne doit être remboursé que chez les patients admissibles au remboursement d'autres médicaments avancés utilisés dans le traitement de la CU évolutive modérée ou grave (médicaments biologiques ou inhibiteurs de Janus kinase), en fonction des critères de remboursement de chaque régime d'assurance médicaments public.

Quelles sont les conditions de remboursement?

OmvoH ne doit être remboursé que s'il est prescrit par un médecin possédant une expérience du diagnostic et de la prise en charge de la CU, et s'il n'est pas utilisé en combinaison avec des médicaments biologiques ou des inhibiteurs de Janus kinase. Comme traitement de longue durée pour maîtriser la CU, OmvoH ne doit être remboursé que si le premier traitement réduit la gravité de la maladie après 24 semaines. Pour le renouvellement, il faut réévaluer l'état des patients chaque année. Le coût du traitement par OmvoH ne doit pas dépasser celui, pour les régimes d'assurance médicaments, du médicament biologique le moins cher remboursé dans le traitement de la CU.

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

- Les données probantes tirées de deux essais cliniques montrent qu'OmvoH soulage les symptômes de CU et diminue la gravité de la maladie; cet effet est maintenu pendant 52 semaines comparativement au placebo.
- De plus, les patients traités par OmvoH sont moins nombreux à avoir besoin de corticostéroïdes que ceux recevant le placebo; ce critère est jugé important par les patients et les cliniciens.
- OmvoH semble répondre à certains des besoins soulevés par les patients, notamment le besoin d'options supplémentaires pouvant les aider à gagner et conserver la maîtrise des symptômes de CU.
- À la lumière de l'évaluation menée par l'ACMTS sur les données d'économie de la santé, OmvoH ne représente pas une bonne valeur pour le système de santé au prix courant accessible au public. Le Comité juge que les données probantes sont insuffisantes pour justifier le coût



Résumé

plus élevé d'OmvoH par rapport aux autres médicaments biologiques remboursés dans le traitement de la CU.

- Si l'on se fie aux prix courants accessibles au public, OmvoH devrait coûter aux régimes d'assurance médicaments publics environ 15 millions de dollars sur les trois prochaines années. Cependant, en raison des limites du modèle présenté par le promoteur, l'impact budgétaire réel est incertain.

Autres renseignements

Qu'est-ce que la colite ulcéreuse?

La CU est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin qui entraîne de l'inflammation et des ulcères dans la muqueuse du gros intestin et du rectum. Ses signes et symptômes comprennent le sang dans les selles, la diarrhée fréquente, la perte d'appétit, de fausses envies d'aller à la selle, les douleurs abdominales et le saignement rectal. On estime que la prévalence de la CU au Canada sera de 0,44 % de la population en 2030.

Besoins non comblés en contexte de colite ulcéreuse

Les patients trouvent difficile d'obtenir un soulagement adéquat de leurs symptômes avec les options de traitement actuellement offertes. La réponse au traitement varie d'une personne à l'autre, et une perte de réponse est possible après un certain temps. Ainsi, les patients font valoir un besoin de traitements supplémentaires qui réduisent la gravité des symptômes et offrent une maîtrise des symptômes, présentent une innocuité et une tolérabilité à long terme, et améliorent la qualité de vie et la productivité au travail.

Combien coûte OmvoH?

Le traitement par OmvoH devrait coûter entre 7 124 \$ et 14 248 \$ par patient au cours de la phase d'instauration de 12 à 24 semaines, puis annuellement 30 977 \$ par patient durant la phase d'entretien.

Recommandation

Le Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) de l'ACMTS recommande le remboursement du mirikizumab dans le traitement de la colite ulcéreuse (CU) évolutive modérée ou grave chez l'adulte ayant obtenu une réponse insuffisante, ayant connu une perte de réponse ou présentant une intolérance à un traitement classique, à un médicament biologique ou à un inhibiteur de Janus kinase, sous réserve des conditions énoncées au [tableau 1](#).

Justification

Des données probantes issues de deux essais cliniques randomisés de phase III, menés en double insu contre placebo (LUCENT-1, N = 1 281 et LUCENT-2, N = 544) indiquent que le traitement par le mirikizumab procure un bénéfice clinique chez les adultes atteints de CU évolutive modérée ou grave. Lors de l'essai LUCENT-1, plus de patients du groupe recevant le mirikizumab (24,2 %) que de patients recevant le placebo (13,3 %) ont obtenu une rémission clinique pendant la phase d'induction, après 12 semaines de traitement (différence des risques communs de 11,1 %; IC à 99,875 % de 3,2 % à 19,1 %; P = 0,00006). Dans l'analyse principale de l'essai LUCENT-2, qui portait sur des patients dont la maladie a répondu au mirikizumab lors de l'essai LUCENT-1, une plus grande proportion des patients du groupe du mirikizumab (49,9 %) que du groupe du placebo (25,1 %) ont obtenu une rémission clinique après 40 semaines de traitement d'entretien, soit 52 semaines de traitement continu (différence des risques communs de 23,2 %; IC à 95 % de 15,2 % à 31,2 %; P < 0,001). De même, on note des différences statistiquement significatives entre les groupes avantagent celui du mirikizumab en ce qui concerne une mesure modifiée de la rémission clinique, la réponse clinique, la rémission endoscopique, la rémission symptomatique, les fausses envies d'aller à la selle ainsi que la cicatrisation muqueuse sur 12 semaines. Durant la phase d'entretien de 40 semaines de traitement été évaluée dans l'essai LUCENT-2, on a constaté des différences intergroupes statistiquement significatives à l'avantage du groupe recevant le mirikizumab en ce qui concerne une mesure modifiée de la rémission clinique, la rémission endoscopique, la rémission muqueuse histologique endoscopique, l'atténuation des fausses envies, et la rémission sur le plan de la sensation d'urgence, et l'effet semble se maintenir pendant un an. En outre, une plus grande proportion des patients recevant le mirikizumab (44,9 %) que de ceux recevant le placebo (21,8 %) ont obtenu une rémission sans corticostéroïdes pendant la phase d'entretien (différence des risques communs de 21,3 %; IC à 95 % de 13,5 % à 29,1 %; P < 0,001), ce qui constitue un résultat d'importance soulevé par les patients et les cliniciens. Les patients ont également fait part d'un besoin de traitements supplémentaires qui induisent et maintiennent une rémission symptomatique, ont une innocuité et une tolérabilité à long terme, et sont associés à une qualité de vie et une productivité au travail améliorées. Le mirikizumab semble combler certains de ces besoins.

Au prix soumis par le promoteur pour le mirikizumab et aux prix courants accessibles au public pour les autres médicaments, le mirikizumab coûte plus cher que le comparateur pertinent le moins cher (médicament biologique) chez l'adulte atteint de CU évolutive modérée ou grave. Nous n'avons pas relevé de données probantes comparant directement le médicament à l'étude à d'autres traitements avancés, et

les données comparatives indirectes ne sont pas suffisantes pour conclure à la supériorité ou à l'infériorité du mirikizumab. Par conséquent, le cout total du mirikizumab ne devrait pas dépasser celui du médicament biologique le moins cher remboursé chez cette population de patients.

Tableau 1 : Conditions de remboursement et justification

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
Amorce du traitement		
1. L'admissibilité au remboursement repose sur les critères utilisés par chaque régime d'assurance médicaments public pour le remboursement d'autres médicaments avancés utilisés dans le traitement de la CU évolutive modérée ou grave (médicaments biologiques).	Les résultats des essais LUCENT-1 et LUCENT-2 montrent que le mirikizumab est efficace pour induire et maintenir une rémission en contexte de CU. Les données probantes indirectes ne suffisent pas à conclure que ce médicament est supérieur ou inférieur aux comparateurs les plus pertinents (médicaments biologiques).	—
Renouveau		
2. Le patient ayant obtenu une réponse clinique au traitement d'induction après 24 semaines poursuit le traitement en phase d'entretien.	<p>Dans l'essai LUCENT-1, les patients devaient obtenir une réponse clinique à la semaine 12 de la période d'induction pour poursuivre directement à la posologie d'entretien dans le cadre de l'essai LUCENT-2. Les patients dont la maladie n'avait pas répondu au mirikizumab à ce moment étaient admissibles à une période d'induction prolongée dans le cadre de l'essai LUCENT-2.</p> <p>Le clinicien expert fait savoir qu'une période de 24 semaines serait raisonnable pour évaluer l'efficacité d'un traitement d'induction, comme il se peut dans certains cas que la réponse soit retardée. Cette information concorde avec les résultats des essais LUCENT-1 et LUCENT-2, dans lesquels plus de la moitié des patients qui n'avaient pas obtenu de réponse après 12 semaines de traitement (146 sur 272) ont obtenu une réponse retardée après 24 semaines.</p>	Dans les essais LUCENT-1 et LUCENT-2, on utilise un score de Mayo modifié nécessitant une endoscopie afin de déterminer la réponse clinique. Le CCEM est d'avis qu'il est approprié de laisser le médecin traitant déterminer la réponse clinique, du fait de la nature éfractive de l'endoscopie, des limites liées à un accès rapide et du cout des ressources en soins de santé au Canada.
3. La réponse au traitement est évaluée chaque année après la première autorisation.	La réponse clinique doit être maintenue pour que le traitement se poursuive. Les patients qui cessent de répondre au mirikizumab ne tirent plus d'avantage du traitement.	—
Prescription		
4. Le mirikizumab n'est prescrit que par des médecins possédant une expérience du diagnostic et de la prise en charge de la CU.	Il est important de veiller à ce que le médicament ne soit prescrit qu'aux patients chez qui il est approprié.	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
5. Le mirikizumab n'est pas remboursé s'il est utilisé en combinaison avec des médicaments biologiques ou des inhibiteurs de JAK contre la CU.	Il n'y a pas de données probantes appuyant le recours au mirikizumab en combinaison avec des médicaments biologiques ou des inhibiteurs de JAK dans le traitement de la CU.	—
Prix		
6. Le prix du mirikizumab est négocié de sorte que le cout du traitement pour les régimes d'assurance médicaments ne dépasse pas celui du traitement par le comparateur pertinent le moins cher (médicament biologique) remboursé dans le traitement de la CU.	Les données cliniques ne suffisent pas à justifier un surcout pour le mirikizumab par rapport au comparateur pertinent le moins cher remboursé dans le traitement de la CU.	—
Faisabilité de l'adoption		
7. La faisabilité de l'adoption du mirikizumab est abordée.	Au prix indiqué, il faut aborder l'ampleur de l'incertitude de l'impact budgétaire pour assurer la faisabilité de l'adoption, puisque l'ACMTS n'a pas été en mesure de réévaluer l'estimation du promoteur.	—

CCEM = Comité canadien d'expertise sur les médicaments de l'ACMTS; CU = colite ulcéreuse; JAK = Janus kinase

Points de discussion

- Les patients décrivent plusieurs répercussions négatives importantes de la CU sur leur qualité de vie, ainsi qu'un effet sur leur participation à l'école ou au travail. Bien qu'on observe dans les essais des améliorations numériques et d'importance clinique de la qualité de vie liée à la santé (QVLS) mesurée par le questionnaire sur la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (IBDQ, de l'anglais *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*) et le questionnaire sur la baisse de productivité au travail et la limitation des activités – colite ulcéreuse (WPAI:UC, de l'anglais *Work Productivity and Activity Impairment: Ulcerative Colitis*), le CCEM estime qu'il ne peut tirer de conclusions sur les critères d'évaluation relatifs à la QVLS et à la productivité d'après les essais LUCENT-1 et LUCENT-2, comme il n'y a pas eu d'ajustement pour tenir compte des comparaisons multiples.
- Les résultats de la métaanalyse en réseau (MR) du promoteur ne démontrent pas de différence entre le mirikizumab et d'autres traitements avancés contre la CU évolutive modérée ou grave en ce qui concerne l'induction d'une rémission et d'une réponse clinique, la cicatrisation muqueuse, les abandons de traitement toutes causes confondues et les événements indésirables graves. La MR laisse entrevoir des différences entre le mirikizumab et certains traitements avancés durant la phase d'entretien; cependant, on déplore une hétérogénéité dans les caractéristiques des patients, les critères d'inclusion, l'exposition à des traitements antérieurs ainsi que la définition des critères d'évaluation entre les études retenues, et la plupart des estimations sont assorties de vastes intervalles de crédibilité. Étant donné ces limites, les effets estimés sont incertains; on ne peut donc

conclure à la supériorité ou à l'infériorité du mirikizumab par rapport aux médicaments avancés sur le plan de l'efficacité et de l'innocuité dans le traitement de la CU.

- La rémission n'est pas universelle avec le traitement, et les patients peuvent perdre la réponse au traitement après une période initiale d'amélioration de leur état ou connaître une rechute après une longue période de rémission induite par un traitement existant. De plus, les patients expriment d'importantes préoccupations quant à la survenue de flambées de la maladie avec les traitements actuellement offerts. Le mirikizumab offre une option de traitement supplémentaire dont le mécanisme d'action est différent de ceux des traitements actuellement offerts contre la CU, et son efficacité et son innocuité ont été démontrées pendant une période de 52 semaines de traitement. Cependant, l'absence de données au-delà de 52 semaines constitue une lacune dans les données probantes. Étant donné cette lacune ainsi que le manque de données probantes directes par rapport à des comparateurs pertinents et l'incertitude des résultats issus de la MR présentée par le promoteur, tout bénéfice clinique associé au nouveau mécanisme par rapport aux autres traitements est incertain.
- Le CCEM se penche sur la durée variable du traitement d'induction chez les patients traités par le mirikizumab. En tout, 1 178 patients participant à l'essai LUCENT-1 sont passés à l'essai LUCENT-2 et ont été soumis à la répartition aléatoire (groupe mirikizumab ou groupe placebo). Parmi ces patients, 544 patients recevant le mirikizumab par voie IV avaient obtenu une réponse au traitement pendant la phase d'induction de 12 semaines de l'essai LUCENT-1 et ont reçu la posologie d'entretien lors de l'essai LUCENT-2 après la nouvelle répartition aléatoire. En outre, 272 patients (23 %) participant à l'essai LUCENT-2 avaient reçu le mirikizumab lors de l'essai LUCENT-1, mais n'y avaient pas obtenu de réponse après la phase d'induction de 12 semaines et ont donc reçu 12 semaines supplémentaires de traitement d'induction (pour un total de 24 semaines). Après 24 semaines de traitement, 53,7 % des personnes n'ayant d'abord pas répondu au mirikizumab ont obtenu une réponse clinique retardée. Cette information pourrait s'avérer utile pour les bailleurs de fonds au moment d'évaluer le coût total du traitement afin de veiller à ce que le mirikizumab ne coûte pas plus cher que le comparateur pertinent le moins cher (médicament biologique) remboursé chez l'adulte atteint de CU évolutive modérée ou grave.
- Le promoteur a présenté une demande de reconsidération mineure portant sur la recommandation provisoire initiale sur le mirikizumab. Cette demande porte sur un point : la recommandation provisoire indique que le mirikizumab ne devrait pas coûter plus cher que le tofacitinib en raison de l'absence de données probantes comparant les deux molécules; or, selon le promoteur, cette conclusion est contredite par les différences claires dans les profils d'innocuité et l'utilisation. Pendant les discussions sur la demande de reconsidération mineure, un sous-groupe du Comité se penche sur le point soulevé par le promoteur et cherche à savoir si le tofacitinib, un traitement avancé contre la CU, est le traitement le plus pertinent et le moins coûteux remboursé en contexte de CU. Dans sa reconsidération, le CCEM examine la place dans l'arsenal thérapeutique que devrait occuper le mirikizumab, qui serait utilisé en deuxième intention ou en intention ultérieure chez les personnes ayant déjà reçu ou non un médicament biologique. Le Comité conclut que, chez les personnes

n'ayant jamais reçu de médicament biologique, les comparateurs les plus pertinents seraient les médicaments de classe médicamenteuse semblable (soit d'autres médicaments biologiques). Bien que le tofacitinib soit utilisé dans la pratique clinique, les cliniciens indiquent qu'il est souvent réservé aux patients dont la maladie ne répond pas à un médicament biologique ou qui ne tolèrent pas un médicament de ce type, et qu'il ne serait pas utilisé en deuxième intention.

- Deux groupes de défense des intérêts des patients présentent une rétroaction à la recommandation initiale provisoire sur le mirikizumab. Un des groupes n'est pas d'accord avec l'exigence que les patients aient connu un échec de traitement classique avant d'avoir accès au mirikizumab et souligne que les patients sont insatisfaits des traitements classiques utilisés en première intention. Lors de la réunion de reconsidération, le CCEM aborde le fait que la recommandation reflète l'indication autorisée par Santé Canada, qui vise les patients ayant obtenu une réponse insuffisante, ayant connu une perte de réponse ou présentant une intolérance à un traitement classique, à un médicament biologique ou à un inhibiteur de JAK.

Demande de reconsidération mineure

Le promoteur présente une demande de reconsidération mineure visant la recommandation provisoire sur le remboursement du mirikizumab dans le traitement de la CU évolutive modérée ou grave chez l'adulte ayant obtenu une réponse insuffisante, ayant connu une perte de réponse ou présentant une intolérance à un traitement classique, à un médicament biologique ou à un inhibiteur de JAK. Dans sa demande, le promoteur a soulevé le point ci-dessous :

- Selon le promoteur, il n'est pas approprié d'utiliser le tofacitinib comme seul comparateur pour le mirikizumab.
 - « La recommandation provisoire indique que le mirikizumab ne devrait pas coûter plus cher que le tofacitinib en raison de l'absence de données probantes comparant les deux molécules; or, cette conclusion est contredite par les différences claires dans les profils d'innocuité et l'utilisation. »

Lors de la discussion sur la demande de reconsidération mineure du promoteur, le sous-groupe du CCEM se penche sur les renseignements suivants :

- la rétroaction du promoteur;
- la rétroaction d'un groupe de cliniciens, un groupe de gastroentérologues du Canada;
- la rétroaction de deux groupes de défense des intérêts des patients : la Société GI et Crohn et Colite Canada;
- les renseignements présentés dans la demande initiale concernant le point soulevé par le promoteur;
- l'avis des régimes d'assurance médicaments participants;
- les commentaires d'un clinicien spécialiste expérimenté dans le diagnostic et la prise en charge de la CU.



L'ensemble des rétroactions fournies par les groupes de cliniciens, le groupe de défense des intérêts des patients et les régimes d'assurance médicaments publics en réponse à la recommandation provisoire est affiché sur le site Web de l'ACMTS.

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 canadien d'expertise sur les médicaments

Membres du Comité

Les D^{rs} James Silvius (président), Sally Bean, Alun Edwards, Ran Goldman, Allan Grill, Christine Leong, Kerry Mansell, Alicia McCallum, Srinivas Murthy, Danyaal Raza, Emily Reynen et Peter Zed, MM. Dan Dunskey, Bob Gagné et Morris Joseph, et M^{me} Heather Neville.

Date de la réunion : Le 27 juillet 2023

Absences : Trois membres sont absents.

Conflits d'intérêts : Aucun

Date de la réunion de reconsidération mineure du sous-groupe du CCEM : Le 2 novembre 2023

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.

Chaque Partie est titulaire d'une licence non exclusive, limitée, exempte de redevances, mondiale, non transférable, entièrement payée et irrévocable pour utiliser le rapport en appui à ses objectifs, à sa mission et à ses exigences raisonnables d'exploitation. 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.