

## Recommandation en vue du remboursement

# Isatuximab (Sarclisa)

**Indication** : En combinaison avec le bortézomib, le lénalomide et la dexaméthasone dans le traitement du myélome multiple nouvellement diagnostiqué chez l'adulte non admissible à une greffe autologue de cellules souches.

**Promoteur** : Sanofi-aventis Canada.

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

# Résumé

## Que recommande CDA-AMC concernant le remboursement de Sarclisa?

L'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Sarclisa dans le traitement du myélome multiple (MM) nouvellement diagnostiqué chez l'adulte non admissible à une greffe autologue de cellules souches, sous réserve de certaines conditions.

### Qui est admissible?

Sarclisa ne devrait être remboursé que chez l'adulte présentant un MM nouvellement diagnostiqué et n'ayant pas reçu de traitement pour cette maladie. Les patients et patientes doivent également être dans l'incapacité de recevoir une greffe de cellules souches et présenter un bon indice fonctionnel.

### Quelles sont les conditions de remboursement?

Sarclisa ne doit être remboursé que s'il est prescrit en combinaison avec l'association bortézomib-lénalidomide-dexaméthasone (VRd), par un ou une médecin possédant une expertise clinique du MM. Le cout total du traitement par Sarclisa combiné avec le VRd doit être négocié de sorte qu'il ne dépasse pas le cout pour les régimes d'assurance médicaments du traitement par l'association daratumumab-lenalidomide-dexaméthasone (DRd).

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

- Les données probantes issues d'un essai clinique montrent que le traitement par Sarclisa en combinaison avec le VRd retarde la progression du cancer, et que davantage de personnes présentaient un nombre réduit de cellules myélomateuses ayant survécu au traitement (c.-à-d. qu'elles ont atteint une absence de maladie résiduelle mesurable [MRM] comparativement aux personnes recevant le VRd seul.
- Sarclisa répond à certains des besoins exprimés par les patients et patientes en ce sens qu'il offre une option thérapeutique additionnelle qui retarde la progression de la maladie.
- À la lumière de l'évaluation menée par CDA-AMC sur les données d'économie de la santé, Sarclisa, en combinaison avec le VRd, ne représente pas une bonne valeur pour le système de santé au prix courant accessible au public. Le Comité estime que les données

# Résumé

probantes sont insuffisantes pour justifier un surcout de Sarclisa en combinaison avec le VRd par rapport au traitement combiné DRd.

- D'après les prix courants accessibles au public, on estime que Sarclisa en combinaison avec le VRd devrait entraîner des économies de coûts cumulatives pour les régimes d'assurance médicaments d'environ 23 millions de dollars au cours des 3 prochaines années. Cependant, l'impact budgétaire réel est incertain, car Sarclisa est administré par voie intraveineuse, ce qui nécessite du temps d'occupation de fauteuil pour la perfusion, la surveillance des patients et patientes aux centres de traitement, ainsi que des composés stériles. Ces exigences devraient exercer une pression plus grande sur les ressources du système de santé que le DRd.

## Autres renseignements

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

Le myélome multiple (MM) est un cancer des plasmocytes (les globules blancs qui fabriquent les anticorps) représentant entre 10 % et 15 % de tous les cancers du sang; il est plus fréquent chez les personnes âgées. Au Canada, pour l'année 2024, on estime que 4 100 personnes recevront un diagnostic de MM, et que 1 750 personnes décèderont de cette maladie.

### Besoins non comblés en contexte de myélome multiple

Il n'est pas possible de guérir du MM et il existe un besoin non comblé de nouveaux traitements plus efficaces pour maîtriser la maladie en retardant le moment de la première récurrence et qui sont moins toxiques.

### Combien coûte Sarclisa?

Le traitement par Sarclisa devrait coûter individuellement environ 25 643 \$ au cycle 1, 17 559 \$ aux cycles 2 à 4, et 13 619 \$ aux cycles 5 à 17, puis 7 555 \$ à partir du 18<sup>e</sup> cycle, par cycle de 28 jours de traitement.

## Recommandation

Le Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (CEEP) recommande le remboursement de l'isatuximab en combinaison avec le VRd (IsaVRd) chez l'adulte ayant reçu un diagnostic récent de myélome multiple non admissible à une greffe autologue de cellules souches, sous réserve des conditions énoncées dans le [tableau 1](#).

## Justification

Un essai clinique randomisé de phase III, à devis ouvert et à groupes parallèles toujours en cours (IMROZ; N = 446) montre que le traitement par l'IsaVRd procure un avantage clinique additionnel comparativement au VRd chez les adultes ayant un diagnostic récent de MM et qui ne sont pas admissibles à la greffe autologue de cellules souches (GASC). Au moment de la deuxième analyse intermédiaire prévue, le traitement par l'IsaVRd procure une amélioration statistiquement significative et d'importance clinique de la survie sans progression (SSP) comparativement au VRd (rapport des risques instantanés [RRI] = 0,596; intervalle de confiance [IC] à 95 %, de 0,406 à 0,876) ainsi qu'une amélioration considérable du taux de réponse complète (RC), soit une MRM négative (55,5 % contre 40,9 %). Des analyses additionnelles de la SSP comparant l'IsaVRd au VRd aux points temporels de référence de 18 mois (88,2 % [IC à 95 %, de 83,5 à 91,6] contre 79,6 % [IC à 95 %, de 72,6 à 85,0]), de 36 mois (76,1 % [IC à 95 %, de 70,2 à 80,9] contre 66,4 % [IC à 95 %, de 58,3 à 73,2]) et de 60 mois (63,2 % [IC à 95 %, de 56,2 à 69,4] contre 45,2 % [IC à 95 %, de 35,6 à 54,2]) appuient l'avantage de la survie sans progression de l'IsaVRd. Le CEEP n'est pas en mesure de tirer de conclusion ferme quant à l'impact de l'IsaVRd sur la survie globale (SG), car les données sont incomplètes et la SG médiane n'est pas atteinte au moment de l'analyse intermédiaire.

Malgré le nombre de traitements du MM nouvellement diagnostiqué financés par les fonds publics disponibles au Canada, il n'y a pas suffisamment de données probantes comparatives directes sur l'IsaVRd et d'autres traitements, particulièrement le DRd, que le CEEP considère comme étant le comparateur le plus pertinent. Selon les données probantes indirectes soumises par le promoteur, aucune différence n'est décelée entre l'IsaVRd et le DRd en ce qui a trait à la SSP ou à la SG à 1 an et à 5 ans. Cependant, le CEEP fait état de plusieurs limites dans les comparaisons de traitements indirectes (CTI), notamment les données incomplètes de l'essai IMROZ, l'incapacité à apporter des ajustements pour tenir compte des modificateurs de l'effet importants et la petite taille des échantillons. La plupart des estimations sont également hautement imprécises en raison des larges IC à 95 %, ce qui réduit la capacité à tirer des conclusions fermes quant à l'efficacité comparative de l'IsaVRd à partir des CTI.

Le MM est une maladie incurable, et le CEEP convient qu'il existe un besoin non comblé de traitements additionnels qui retardent efficacement la première récurrence. Les patientes et patients expriment le besoin d'avoir des traitements dont les effets secondaires sont gérables, qui maîtrisent la maladie, prolongent la rémission et maintiennent la qualité de vie (QV) comparativement aux traitements actuellement disponibles. À la lumière de l'ensemble des données probantes, le CEEP conclut que l'IsaVRd répond à certains de ces besoins en ce sens qu'il retarde la progression de la maladie et maîtrise la maladie. Bien que les résultats

laissent croire à l'absence d'effets néfastes sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS) comparativement au VRd, le CEEP n'est pas en mesure de tirer de conclusions fermes quant à l'effet de l'IsaVRd sur la QV des patients et patientes en raison des limites des données probantes.

D'après le prix de l'isatuximab soumis par le promoteur et les prix accessibles au public de tous les autres médicaments, le rapport cout/efficacité différentiel (RCED) de l'IsaVRd est de 311 681 \$ l'AVAQ gagnée par rapport au traitement combiné DRd. En l'absence de données probantes comparatives directes, et en raison des limites des données cliniques indirectes, le rapport cout/efficacité de l'IsaVRd par rapport au DRd est hautement incertain. Ainsi, le cout total de l'IsaVRd ne doit pas dépasser celui du DRd dans le traitement du MM nouvellement diagnostiqué chez l'adulte non admissible à la GASC.

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

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
<b>Amorce du traitement</b>		
1. Le traitement par l'IsaVRd n'est amorcé que chez l'adulte présentant un myélome multiple jamais traité auparavant et inadmissible à la GASC.	Dans l'essai IMROZ, le traitement par l'IsaVRd procure un avantage clinique chez les adultes ( $\geq 18$ ans) présentant un myélome multiple symptomatique, selon les critères de l'IMWG, qui ne sont pas aptes à subir une GASC en raison de leur âge (65 ans ou plus) ou d'affections concomitantes.	—
2. Le patient ou la patiente présente un bon indice fonctionnel.	L'essai IMROZ exclut les personnes ayant un indice fonctionnel ECOG supérieur à 2. Dans l'ensemble, seulement 48 personnes (10,8 %) admises à l'essai IMROZ avaient un indice fonctionnel ECOG de 2, et 1 personne avait un indice fonctionnel de 3.	Les patients et patientes présentant un indice fonctionnel ECOG supérieur à 1 pourraient recevoir un traitement, à la discrétion de la ou du médecin traitant.
3. Le patient ou la patiente ne se trouve pas dans l'une des situations suivantes : 3.1. avoir déjà reçu un traitement à action générale ou une greffe de cellules souches pour le myélome multiple; 3.2. avoir une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40 %.	L'essai IMROZ exclut les patients et patientes présentant ces caractéristiques. Ainsi, le bénéfice potentiel de l'IsaVRd chez ces personnes n'a pas été démontré.	—
<b>Arrêt</b>		
4. Le traitement est arrêté si l'une des situations suivantes se présente : 4.1. signes de la progression de la maladie selon les critères de l'IMWG; 4.2. apparition d'effets toxiques inacceptables.	Tout comme dans la pratique clinique, les patients et patientes de l'essai IMROZ abandonnent le traitement s'il y a progression de la maladie ou apparition d'effets toxiques inacceptables.	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
<b>Prescription</b>		
5. L'IsaVRd est prescrit par un ou une médecin en pratique clinique ayant une expertise de la prise en charge du MM nouvellement diagnostiqué inadmissible à la greffe.	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.	—
<b>Prix</b>		
6. Le cout total de l'IsaVRd est négocié de sorte qu'il ne dépasse pas le cout total du DRd dans le traitement du myélome multiple nouvellement diagnostiqué chez l'adulte non admissible à la GASC.	D'après les prix courants accessibles au public, le RCED de l'IsaVRd est de 311 681 \$ l'AVAQ gagnée comparativement au DRd. Étant donné le manque de données probantes directes et les limites des données probantes indirectes, le rapport cout/efficacité de l'IsaVRd comparativement à celui du DRd demeure hautement incertain. Ainsi, il n'y a pas de justification suffisante appuyant un surcout de l'IsaVRd par rapport au DRd. À la lumière des données cliniques disponibles, le cout total de l'IsaVRd ne doit pas dépasser celui du DRd.	—
<b>Faisabilité de l'adoption</b>		
7. La faisabilité organisationnelle de l'administration de l'IsaVRd est abordée.	L'IsaVRd inclut l'administration par voie intraveineuse de l'isatuximab, qui nécessite du temps d'occupation de fauteuil pour la perfusion, la surveillance des patients et patientes aux centres de traitement et des composés stériles. Ces exigences devraient exercer une pression plus grande sur les ressources du système de santé que le DRd, qui comprend l'administration sous-cutanée du daratumumab. Ainsi, l'IsaVRd pourrait avoir des répercussions sur les capacités de perfusion, le personnel et les infrastructures des centres de cancérologie.	—

AVAQ = année de vie ajustée en fonction de la qualité; DRd = daratumumab-lénalidomide-dexaméthasone; ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; RCED = rapport cout/efficacité différentiel; AVAQ = année de vie ajustée en fonction de la qualité; IMWG = International Myeloma Working Group; IsaVRd = isatuximab-bortézomib-lénalidomide-dexaméthasone

## Points de discussion

- **Besoin non comblé** : Le MM est un cancer incurable associé à des effets néfastes importants sur la qualité de vie, en raison à la fois de la maladie et de la toxicité du traitement. Le CEEP discute des observations des groupes de patientes et patients et de médecins en pratique clinique, de même que des médecins ayant une expertise clinique de l'affection à l'étude, qui mentionnent dans l'ensemble que malgré les traitements actuellement disponibles, dans la majorité des cas, la maladie progresse et les symptômes du myélome perdurent, pouvant même entraîner le décès. Il existe un besoin de traitements de première intention plus efficaces qui retardent la première récurrence et

la progression. Le Comité est d'avis que l'IsaVRd pourrait répondre à certains de ces besoins, en offrant une option de traitement additionnelle qui procure des réponses cliniquement importantes et durables. Cependant, le CEEP n'est pas en mesure de déterminer si l'IsaVRd répond mieux aux besoins non comblés ciblés que le DRd, qui est le comparateur le plus pertinent pour les personnes qui présentent un MM nouvellement diagnostiqué et qui sont inadmissibles à la GASC ou qui l'ont refusée, en raison de l'absence de données probantes comparatives directes et des limites associées aux données probantes indirectes soumises.

- **Comparateurs pertinents et place dans le traitement** : Le CEEP discute de la pertinence du comparateur dans l'essai IMROZ (VRd) et note que les schémas à base de daratumumab, particulièrement le DRd, sont les traitements les plus pertinents et les plus largement utilisés chez les personnes qui présentent un MM nouvellement diagnostiqué et qui sont inadmissibles à la GASC ou qui l'ont refusée, dans le contexte clinique canadien. Il aborde également la place de l'IsaVRd dans le traitement, étant donné le contexte thérapeutique actuel et les différences entre l'IsaVRd et le DRd, qui sont souvent prises en compte au moment de choisir un traitement (p. ex. mode d'administration [intraveineux contre sous-cutané], facilité d'accès, temps d'occupation de fauteuil, visites à l'hôpital). Le CEEP mentionne également les changements éventuels dans le contexte thérapeutique, étant donné la publication récente des résultats de l'essai CEPHEUS sur le daratumumab combiné au VRd dans cette indication.
- **Degré de certitude des données probantes** : Le CEEP discute des données probantes issues d'un essai pivot soumises aux fins de cet examen, qui consiste en un essai clinique randomisé de phase III à devis ouvert (IMROZ). Le traitement par l'IsaVRd procure des améliorations cliniquement importantes et statistiquement significatives à la SSP comparativement au VRd; ces données sont associées à un degré modéré de certitude d'après l'évaluation GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) de CDA-AMC. En ce qui concerne la SG et la QVLS, la certitude des données probantes est notée comme étant faible. Pour la SG, cela s'explique principalement par les résultats incomplets (SG médiane non atteinte, et seulement 26,0 % et 32,6 % des personnes ont présenté des événements de SG dans les groupes recevant l'IsaVRd et le VRd, respectivement). Le CEEP note également que le suivi plus long pour la SG risque d'être faussé par les traitements subséquents. Dans l'ensemble, cela empêche le Comité de tirer des conclusions sur l'effet de l'IsaVRd sur la SG. Malgré le faible degré de certitude, il ne semble pas y avoir d'effets néfastes sur la QVLS, bien qu'il y ait un grand nombre de données manquantes en raison de l'attrition.
- **Données probantes indirectes** : Le CEEP discute des données probantes indirectes soumises par le promoteur, qui incluent des comparaisons indirectes ajustées par appariement (CIAA) sans comparateur commun comparant l'IsaVRd à la combinaison daratumumab-bortézomib-melphalan-prednisone (DVMP), au DRd, au Rd et à la combinaison daratumumab-cyclophosphamide-bortézomib-dexaméthasone (DCyBorD), ainsi qu'une comparaison sans répartition aléatoire utilisant des méthodes de pondération par probabilité inverse de traitement pour comparer l'IsaVRd à la combinaison cyclophosphamide-bortézomib-dexaméthasone (CyBorD) au moyen de données

individuelles sur les patients et patientes issues du monde réel (ensemble de données Flatiron). Le CEEP souligne que pour la comparaison avec le DRd dans la CIAA, aucune différence n'est détectée entre l'IsaVRd et le DRd pour ce qui est de la SSP à 1 an (RRI = [REDACTED]) et à 5 ans (RRI = [REDACTED]), ainsi que pour la SG à 1 an (RRI = [REDACTED]) et à 5 ans (RRI = [REDACTED]). Comparativement aux autres schémas à base de daratumumab (DVMP et DCyBorD), les résultats sur la SSP sont généralement à l'avantage de l'IsaVRd à 1 an, mais il n'y a pas de différence entre l'IsaVRd et le DCyBorD à 5 ans, alors qu'il n'y a pas de différence de SG à ces deux points temporels. Le CEEP souligne également les limites des données probantes indirectes, et note l'immaturité des données sur l'efficacité de l'essai IMROZ, l'incapacité à ajuster les données pour tenir compte des différents modificateurs de l'effet en raison du manque de données, et la dichotomisation des catégories modificatrices de l'effet, ainsi que la petite taille des échantillons réels après l'appariement, les réductions variant de [REDACTED] à [REDACTED] dans les analyses, ce qui peut rendre les résultats instables et imprécis. De plus, les CTI n'évaluent pas la QVLS ni l'innocuité, ce qui empêche le CEEP de tirer des conclusions sur ces résultats importants.

- Généralisabilité** : Le CEEP discute des critères d'admissibilité de l'essai IMROZ, qui exclut les personnes âgées de plus de 80 ans et les personnes ayant un indice fonctionnel ECOG supérieur à 2. Aucune personne âgée de plus de 80 ans n'a été admise, et la plupart des personnes admises avaient un indice fonctionnel ECOG de 0 ou de 1 (89,0 %); 10,8 % avaient un indice fonctionnel ECOG de 2. Le CEEP note que les personnes âgées de 80 ans et plus et celles ayant un indice fonctionnel ECOG supérieur à 1 peuvent être traitées au cas par cas à la discrétion de la ou du médecin traitant. La décision clinique peut être fondée, entre autres facteurs, sur l'évaluation de la fragilité de la personne, et à savoir si cette fragilité est attribuable aux symptômes de la maladie plutôt qu'à d'autres caractéristiques comme l'âge, les troubles cognitifs ou l'état physique. Cependant, le CEEP et les médecins dont l'expertise clinique a été sollicitée notent le manque de données probantes sur ces personnes. Ces médecins mentionnent également que le schéma thérapeutique à quatre composantes de l'IsaVRd peut être une bonne option pour les personnes présentant une insuffisance rénale, car il est possible d'ajuster la posologie des médicaments individuels au besoin. Ils soulignent que le schéma de base VRd, particulièrement le lénalidomide et la dexaméthasone, est la composante la plus toxique du traitement.
- Considérations économiques** : Le CEEP relève une incertitude persistante importante dans l'analyse économique, particulièrement en ce qui concerne l'efficacité relative de l'IsaVRd par rapport au DRd. Cette incertitude est associée au manque de données probantes comparatives directes et aux limites des comparaisons de traitements indirectes du promoteur. De même, la majorité du gain d'AVAQ de l'IsaVRd provient de l'extrapolation dans la période postérieure à l'essai, ce qui reflète des résultats fondés sur un modèle plutôt que des données probantes directes issues d'un essai. Le CEEP met en lumière les différences de mode d'administration entre l'IsaVRd et le DRd. L'isatuximab est administré par voie intraveineuse, ce qui nécessite du temps d'occupation de fauteuil, du temps de la part des patients et patientes au centre de traitement, et du temps de déplacement aux centres de traitement à la fois pour les patients et patientes et les personnes

aidantes, ainsi que des composés stériles. Le daratumumab, quant à lui, est administré par injection sous-cutanée, mode qui devrait exercer une pression moins forte sur les ressources du système de santé. Le scénario de référence de CDA-AMC intègre les coûts liés à l'administration, dont le temps d'occupation du fauteuil pour la perfusion et le salaire du personnel infirmier et de pharmacie, pour tenir compte du temps de surveillance et de préparation, respectivement, et les frais liés aux médecins spécialistes pour refléter la supervision de la perfusion. Dans cette analyse, l'IsaVRd est associé à des coûts administratifs supérieurs de 11 712 \$ au cours de la vie entière de la personne qui reçoit le traitement comparativement au DRd (25 886 \$ contre 14 174 \$). Les coûts d'administration dans la pratique clinique réelle pourraient être plus élevés que ceux estimés dans le modèle en raison des différences plus prononcées du temps d'occupation de fauteuil, de la fréquence d'administration et du milieu de soins nécessaire pour l'isatuximab par rapport au daratumumab. De plus, le CEEP observe que bien que les différences croissantes dans les coûts totaux du traitement entre l'IsaVRd et le DRd sont petites, l'utilisation d'une posologie fondée sur le poids pour l'isatuximab comparativement à une dose fixe pour le daratumumab pourrait mener à des coûts de traitement réels plus élevés pour l'IsaVRd. Ces éléments mettent en lumière la nécessité de fixer un prix pour l'IsaVRd qui permette d'obtenir un coût total du traitement qui ne dépasse pas celui du DRd.

- **Impact budgétaire** : L'impact budgétaire estimé, qui laisse croire à des économies de coûts avec le remboursement de l'IsaVRd, est incertain en raison des limites du modèle soumis par le promoteur, plus particulièrement l'exclusion des coûts des traitements subséquents de l'analyse. Le CEEP souligne que l'exclusion de ces coûts empêche d'obtenir une estimation exhaustive de l'impact budgétaire associé à l'adoption de l'IsaVRd dans la pratique clinique, car les différences dans les taux de progression et les séquences thérapeutiques pourraient avoir des conséquences sur les coûts en aval. Finalement, à la demande du CEEP, une analyse supplémentaire a été effectuée de la perspective plus large du payeur de soins de santé canadien afin d'intégrer les coûts d'administration associés aux traitements intraveineux et sous-cutanés. Lorsque les coûts d'administration sont inclus, le remboursement de l'IsaVRd pour cette indication est associé à des économies de coûts de 15 216 695 \$ sur 3 ans. Il s'agit d'une réduction des économies cumulées comparativement au scénario de référence de CDA-AMC, dans lequel le remboursement de l'IsaVRd était associé à des économies de 23 184 144 \$ sur 3 ans.

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<sup>res</sup> Catherine Moltzan (présidente), Jennifer Fishman, Anca Prica et Patricia Tang, les D<sup>rs</sup> Philip Blanchette, Kelvin Chan (vice-président), Matthew Cheung, Michael Crump, Jason Hart, Yoo-Joung Ko, Aly-Khan Lalani, Mmes Annette Cyr, Amy Peasgood et Danica Wasney, et MM. Terry Hawrysh, Adam Raymakers et Pierre Villeneuve.

**Date de la réunion :** Le 9 avril 2025.

**Absences :** 1 membre.

**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](http://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](mailto:demandes@CDA-AMC.ca).