

Recommandation en vue du remboursement

Durvalumab (Imfinzi) et trémélimumab (Imjudo)

Indication : En combinaison avec une chimiothérapie à base de sels de platine dans le traitement de première intention, chez l'adulte, du cancer du poumon non à petites cellules métastatique sans mutation sensibilisatrice du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (gène *EGFR*) ou aberration génomique tumorale du gène de la kinase du lymphome anaplasique (gène *ALK*).

Promoteur : AstraZeneca Canada

Recommandation finale : Rembourser sous réserve de conditions.

Résumé

Quelle est la recommandation concernant le remboursement d'Imfinzi et Imjudo en combinaison avec une chimiothérapie à base de sels de platine?

L'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Imfinzi en combinaison avec Imjudo et une chimiothérapie à base de sels de platine dans le traitement de première intention, chez l'adulte, du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique sans mutation sensibilisatrice du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (gène *EGFR*) ou aberration génomique tumorale du gène de la kinase du lymphome anaplasique (gène *ALK*), sous réserve de certaines conditions.

Qui est admissible?

Le traitement par Imfinzi et Imjudo, en combinaison avec une chimiothérapie à base de sels de platine, ne doit être remboursé que dans le traitement du CPNPC de stade IV dont les tumeurs ne sont pas porteuses de mutation sensibilisatrice du gène *EGFR* ou d'aberration génomique du gène *ALK*, chez les adultes n'ayant pas déjà reçu de chimiothérapie ou d'autre traitement à action générale du CPNPC métastatique et ne présentant pas de métastases cérébrales non traitées ou évolutives.

Quelles sont les conditions de remboursement?

Le traitement par Imfinzi et Imjudo, en combinaison avec une chimiothérapie à base de sels de platine, doit être prescrit par une personne clinicienne possédant une expertise et une expérience du traitement du CPNPC, si le coût du traitement ne dépasse pas celui du traitement par des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire le moins cher remboursé dans la même indication en combinaison avec une chimiothérapie à base de sels de platine.

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

- Selon les données probantes issues d'un essai clinique, après une durée médiane de suivi de 12,5 mois, le traitement par Imfinzi en combinaison avec Imjudo et une chimiothérapie usuelle entraîne une amélioration significative de la survie globale (SG) et de la survie sans progression (SSP) par rapport à la chimiothérapie usuelle seule.
- À la lumière de l'évaluation menée par CDA-AMC sur les données d'économie de la santé, Imfinzi combiné à Imjudo ne représente pas une bonne valeur pour le système de santé au prix courant accessible au public. Les données probantes sont insuffisantes pour justifier un

Résumé

surcôt du traitement par Imfinzi et Imjudo par rapport aux autres inhibiteurs de points de contrôle immunitaire en combinaison avec une chimiothérapie à base de sels de platine remboursés dans la même indication pendant la durée du traitement.

- Les patients et les patientes soulèvent le besoin de nouveaux traitements qui prolongent la survie, qui soient curatifs, qui maintiennent la qualité de vie et qui entraînent peu d'effets secondaires. Le Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (CEEP) estime que le traitement par Imfinzi et Imjudo en combinaison avec une chimiothérapie usuelle répond à certains de ces besoins, puisqu'il améliore la SG et la SSP par rapport à la chimiothérapie usuelle seule et qu'il représente une nouvelle option thérapeutique.
- Les évènements indésirables (EI) graves sont plus fréquents avec le traitement par Imfinzi en combinaison avec Imjudo et une chimiothérapie usuelle qu'avec la chimiothérapie usuelle seule. Cependant, ces EI correspondent aux effets toxiques connus et maîtrisables des médicaments concernés.
- Si l'on se fie aux prix courants accessibles au public, Imfinzi combiné à Imjudo devrait coûter aux régimes d'assurance médicaments publics environ 11,5 millions de dollars au cours des trois prochaines années.

Autres renseignements

Qu'est-ce que le cancer du poumon non à petites cellules métastatique?

Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer au Canada. Et 89 % des cas de cancer du poumon sont des CPNPC. On qualifie de métastatique un CPNPC qui se propage à d'autres organes. Près de la moitié des personnes atteintes d'un CPNPC (48,4 %) présentent des métastases lors du diagnostic. Des altérations des gènes *EGFR* et *ALK* entraînent des mutations chez environ 25 % des personnes atteintes d'un CPNPC, ce qui signifie que près de 74,5 % de ces personnes ne sont pas porteuses de telles mutations.

Besoins non comblés en contexte de cancer du poumon non à petites cellules métastatique

Le principal besoin non comblé en matière de traitement du CPNPC métastatique serait de disposer de traitements qui prolongent la survie ou guérissent la maladie, qui améliorent la qualité de vie, qui soient bien tolérés et qui entraînent peu d'EI d'origine immunitaire.

Résumé

Combien coute Imfinzi combiné à Imjudo?

Le traitement par Imfinzi combiné à Imjudo et à une chimiothérapie à base de sels de platine devrait couter 22 010 \$ par cycle de 21 jours pendant la phase initiale du traitement (jusqu'à la 12^e semaine), 15 387 \$ par cycle de 21 jours pendant la phase initiale d'entretien (des semaines 13 à 16) et 8 952 \$ par cycle de 21 jours dans la phase d'entretien suivante (après la semaine 16).

Recommandation

Le Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (CEEP) recommande le remboursement du durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie à base de sels de platine en traitement de première intention, chez l'adulte, du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) métastatique sans mutation sensibilisatrice du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (gène *EGFR*) ni aberration génomique tumorale du gène de la kinase du lymphome anaplasique (gène *ALK*), sous réserve des conditions énoncées au [tableau 1](#).

Justification

Selon une étude mondiale randomisée de phase III menée en mode ouvert (POSEIDON, N = 1 013), le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie usuelle procure un bénéfice clinique supplémentaire par rapport à une chimiothérapie usuelle seule en traitement de première intention, chez l'adulte, d'un CPNPC métastatique dont les tumeurs ne sont pas porteuses de mutation sensibilisatrice du gène *EGFR* ou d'aberration génomique du gène *ALK*. Plus précisément, après une durée médiane de suivi de 12,5 mois (entre 0,0 et 44,5 mois), la survie globale (SG) médiane était de 14,0 mois avec le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie usuelle, contre 11,7 mois avec la chimiothérapie usuelle seule (rapport des risques instantanés [RRI] de 0,77; intervalle de confiance [IC] à 95 % de 0,650 à 0,916). De même, après une durée médiane de suivi de 10,3 mois (entre 0,0 et 23,1 mois) chez les patients et patientes dont les données ont été censurées, la survie sans progression (SSP) médiane était de 6,2 mois avec le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie usuelle, contre 4,8 mois avec la chimiothérapie usuelle seule (RRI de 0,72; IC à 95 % de 0,600 à 0,860). Les différences entre les groupes sont statistiquement significatives à l'avantage du durvalumab combiné au trémélimumab et à la chimiothérapie usuelle tant pour la SG que pour la SSP. Le bénéfice de survie s'est maintenu après une durée médiane de suivi de 63,4 mois (entre 0,0 et 73,9 mois) chez les patients et patientes dont les données ont été censurées, avec une probabilité de SG à 5 ans de 15,7 % avec le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie usuelle, contre 6,8 % avec la chimiothérapie usuelle seule (RRI pour la SG à 5 ans de 0,76; IC à 95 % de 0,642 à 0,893).

Même si l'incidence globale d'événements indésirables (EI) lors de l'essai POSEIDON était similaire entre les groupes de traitement, les EI de grade 3 ou 4 d'intérêt particulier ou les EI d'intérêt possible ainsi que les EI d'origine immunitaire de grade 3 ou 4 signalés étaient plus nombreux avec le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie usuelle qu'avec la chimiothérapie usuelle seule. Cependant, le CEEP estime que ces EI correspondent au profil d'innocuité établi du durvalumab, du trémélimumab et de la chimiothérapie usuelle, dont les effets toxiques sont maîtrisables.

Les patients et les patientes soulèvent le besoin de disposer de nouvelles options thérapeutiques qui prolongent la survie, guérissent la maladie, maintiennent la qualité de vie, retardent l'apparition des symptômes et entraînent peu d'effets secondaires. Par rapport à la chimiothérapie usuelle seule, le durvalumab combiné au trémélimumab et à la chimiothérapie usuelle répond à certains de ces besoins,

comme le montrent les améliorations obtenues en matière de SG et de SSP, en plus d'être une nouvelle option thérapeutique. Cependant, les données probantes quant aux effets de cette combinaison de traitements sur la qualité de vie des personnes atteintes ne sont pas concluantes. Cela est dû à la diminution du nombre de réponses au questionnaire avec le temps, à la subjectivité des résultats rapportés par les patients et les patientes dans le cadre d'un essai comparatif sans insu et à l'impossibilité de déterminer la signification statistique des résultats obtenus.

Si l'on se fie au prix soumis par le promoteur pour le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie à base de sels de platine (nab-paclitaxel, gemcitabine, pémétréxed ou paclitaxel en combinaison avec du cisplatine ou du carboplatine) et aux prix accessibles au public pour la chimiothérapie seule et le cémipimab, le pembrolizumab et le nivolumab combiné à l'ipilimumab, tous en combinaison avec une chimiothérapie, le traitement par le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie est plus coûteux que tous les autres schémas thérapeutiques. Comme l'efficacité du durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie à base de sels de platine par rapport aux inhibiteurs des points de contrôle immunitaire accessibles combinés à une chimiothérapie est incertaine, le coût total du traitement par le durvalumab en combinaison avec le trémélimumab et une chimiothérapie à base de sels de platine ne devrait pas dépasser celui des inhibiteurs des points de contrôle immunitaire accessibles combinés à une chimiothérapie.

Tableau 1 : Conditions de remboursement et justification

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
Amorce du traitement		
<p>1. Le traitement par le durvalumab combiné au trémélimumab et à une CSP est remboursé dans le traitement du CPNPC chez l'adulte qui répond aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPNPC de stade IV; ● aucun antécédent de traitement par chimiothérapie ou de tout autre traitement à action générale d'une maladie métastatique; ● tumeurs non porteuses de mutation sensibilisatrice du gène <i>EGFR</i> ou d'aberration génomique du gène <i>ALK</i>. 	<p>Selon les données probantes issues de l'essai POSEIDON, le traitement par le durvalumab en combinaison avec le trémélimumab et une CSP pourrait procurer un bénéfice clinique chez la population répondant à ces critères.</p>	<p>À l'instar des personnes cliniciennes expertes, le CEEP estime que les personnes atteintes d'un CPNPC non résécable localement avancé, quel qu'en soit le stade, devraient être admissibles si aucun traitement curatif ne peut être envisagé.</p>
<p>2. Les patients et les patientes n'ont ni métastases leptoméningées, ni métastases au SNC non traitées ou évolutives.</p>	<p>L'essai POSEIDON exclut cette population, et on ne dispose d'aucune donnée probante sur l'innocuité et l'efficacité du durvalumab en combinaison avec le trémélimumab et une CSP dans ce contexte.</p>	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
3. L'indice fonctionnel est de 0 ou 1.	L'essai POSEIDON porte sur des patients et patientes ayant un indice fonctionnel selon l'échelle de l'OMS ou d'ECOG de 0 ou 1.	Selon les personnes cliniciennes expertes, les personnes ayant un indice fonctionnel ECOG de 2 (mais pas celles chez qui il est de 3 ou 4) devraient être admissibles au traitement par le durvalumab en combinaison avec le trémélimumab et une chimiothérapie si les bénéfices attendus sont plus importants que les risques prévus. La sélection des personnes admissibles ne devrait pas se faire uniquement en fonction de l'indice fonctionnel ECOG; par conséquent, les médecins en pratique clinique pourraient envisager l'utilisation du durvalumab en combinaison avec le trémélimumab et une CSP chez les personnes ayant un indice fonctionnel ECOG supérieur à 1, à leur discrétion.
Arrêt		
4. Le traitement par le durvalumab en combinaison avec le trémélimumab et une CSP est arrêté à l'apparition d'une progression du cancer du poumon, confirmée par des données probantes cliniques ou radiologiques.	Lors de l'essai POSEIDON, le traitement par le durvalumab combiné au trémélimumab, par le durvalumab en monothérapie ou par la chimiothérapie usuelle était arrêté lors de la progression clinique ou radiologique de la maladie, et aucune donnée probante n'appuie la poursuite du traitement par le durvalumab après la progression de la maladie.	Selon les personnes cliniciennes expertes, pour abandonner le traitement par le durvalumab combiné au trémélimumab, il faudrait avoir une progression généralisée de la maladie qui ne soit pas une pseudoprogression ni une oligoprogession pouvant faire l'objet d'un traitement local visant à maîtriser toutes les zones de progression significative.
5. À l'apparition d'effets toxiques non résolus ou intolérables dus au durvalumab, au trémélimumab ou à la chimiothérapie, le traitement en cause peut être abandonné tout en poursuivant les autres éléments du schéma thérapeutique.	Lors de l'essai POSEIDON, le traitement par le durvalumab combiné au trémélimumab, par le durvalumab en monothérapie ou par la chimiothérapie usuelle était abandonné en cas d'EI correspondant aux critères d'abandon du traitement.	Les personnes cliniciennes expertes estiment que la poursuite du traitement par le durvalumab et le trémélimumab après l'abandon de la chimiothérapie en raison d'EI en lien avec cette dernière correspond à la pratique clinique actuelle.
Prescription		
6. Le durvalumab combiné au trémélimumab, en combinaison avec une CSP est prescrit par une personne clinicienne possédant une expertise et une expérience du traitement du CPNPC. Le traitement peut être supervisé et administré dans des cliniques externes spécialisées en oncologie qui ont une expertise dans l'administration de traitements à action générale et la prise en charge des	Cette condition vise à s'assurer que le traitement n'est prescrit qu'aux personnes chez qui il est approprié et que les effets indésirables sont maîtrisés de façon optimale et rapide.	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
effets secondaires en lien avec les immunothérapies.		
7. Le durvalumab et le trémélimumab sont remboursés uniquement lorsqu'ils sont pris avec une CSP. Le durvalumab peut être administré avec du pémétréxed en traitement d'entretien.	Les données probantes sur l'efficacité et l'innocuité de l'essai POSEIDON portent sur l'utilisation du durvalumab en combinaison avec le trémélimumab et une CSP.	À l'instar des personnes cliniciennes expertes, le CEEP estime que les patients et les patientes devraient recevoir au minimum un cycle de chimiothérapie pour être admissibles à la poursuite du traitement par le durvalumab combiné au trémélimumab d'après l'essai POSEIDON. Les personnes atteintes d'un CPNPC non épidermoïde qui participaient à l'essai POSEIDON et avaient reçu du pémétréxed et du carboplatine ou du cisplatine pendant l'étape de la chimiothérapie et dont la maladie avait progressé après 4 cycles de traitement pouvaient recevoir un traitement d'entretien par le pémétréxed en combinaison avec un traitement d'entretien par le durvalumab.
Prix		
8. Le coût total du traitement par le durvalumab combiné au trémélimumab et à une CSP ^a est négocié de façon à ce qu'il ne dépasse pas celui du traitement par des inhibiteurs de point de contrôle immunitaire combinés à une CSP remboursé le moins cher dans la même indication.	Les données probantes indirectes portent à croire à l'existence d'un bénéfice clinique du même ordre entre le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie et ces comparateurs pour ce qui est de la SG et de la SSP.	—
Faisabilité de l'adoption		
9. La faisabilité de l'adoption du durvalumab en combinaison avec le trémélimumab et une CSP est examinée.	Au prix soumis, 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.	—

CEEP = Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux; CPNPC = cancer du poumon non à petites cellules; CSP = chimiothérapie à base de sels de platine; ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; EI = événement indésirable; OMS = Organisation mondiale de la santé; SG = survie globale; SNC = système nerveux central; SSP = survie sans progression

^aPour le promoteur, la chimiothérapie à base de sels de platine est composée de nab-paclitaxel, de gemcitabine, de pémétréxed ou de paclitaxel en combinaison avec du cisplatine ou du carboplatine.

Points de discussion

- **Qualité des principales données probantes** : Les différences en matière de SG et de SSP sont statistiquement significatives à l'avantage du traitement par le durvalumab en combinaison avec le trémélimumab et une chimiothérapie à base de sels de platine par rapport à la chimiothérapie seule dans l'essai POSEIDON, et les gains seraient d'importance clinique avec une certitude modérée selon l'évaluation selon le système GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).
- **Comparateurs pertinents** : L'essai POSEIDON compare le durvalumab en combinaison avec le trémélimumab et une chimiothérapie à base de sels de platine à une chimiothérapie seule. Parmi les traitements de combinaison qui seraient des comparateurs pertinents du durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie dans l'indication évaluée, on compte le pembrolizumab, le nivolumab combiné à l'ipilimumab, ou le cémipimab, tous combinés à une chimiothérapie à base de sels de platine, bien que le cémipimab combiné à une chimiothérapie ne soit pas remboursé actuellement dans cette indication.
- **Données probantes indirectes** : Le CEEP se penche sur les résultats d'une comparaison de traitements indirecte (CTI) soumise par le promoteur, qui compare le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie à base de sels de platine à d'autres combinaisons de traitements. Il estime que les limites des comparaisons indirectes ajustées par appariement (CIAA), qui n'ont par exemple pas tenu compte de tous les modificateurs possibles de l'effet dans les ajustements ni de la petite taille de l'échantillon, l'empêchent de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité relative du durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie à base de sels de platine par rapport aux comparateurs utilisés dans les analyses.
- **Tumeurs exprimant peu ou pas le ligand de mort cellulaire programmée de type 1 (PD-L1)** : Les personnes cliniciennes expertes expriment un besoin d'options thérapeutiques supplémentaires pour les personnes dont les tumeurs expriment peu ou pas PD-L1, et notamment des options ayant un meilleur profil de toxicité. L'essai POSEIDON comprend des personnes dont les tumeurs exprimaient PD-L1, et les analyses par sous-groupes indiquent que les résultats de survie globale (SG) et de survie sans progression (SSP) sont du même ordre entre les sous-groupes d'expression de PD-L1. Cependant, les analyses portent sur un petit nombre de personnes, et aucun ajustement n'a été fait pour tenir compte des comparaisons multiples, ce qui empêche de formuler des conclusions définitives à partir de leurs résultats.
- **Options pour les mutations moins sensibles** : Les personnes cliniciennes soulèvent un besoin pour les sous-groupes de patients et patientes porteurs de mutations associées à une moins bonne chance de répondre au traitement d'immunooncologie ou à un pronostic généralement sombre, comme les mutations des gènes *KRAS*, *STK11* et *KEAP*. Selon les analyses exploratoires de la SG effectuées à posteriori dans l'essai POSEIDON dans les sous-groupes présentant une mutation des gènes *KRAS* et *STK11* chez des personnes atteintes d'une maladie non épidermoïde, le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie usuelle entraîne une meilleure SG que la chimiothérapie seule; cela dit, ces analyses portent sur un petit nombre de personnes. Comme les

personnes cliniciennes expertes, le CEEP reconnaît que les données probantes actuelles soulèvent des hypothèses et que l'analyse de ces mutations ne s'effectue pas systématiquement ou pourrait ne pas être possible en pratique.

- **Durée de l'administration d'inhibiteurs de points de contrôle immunitaire dans l'évaluation économique** : Alors que la règle, pour les autres schémas thérapeutiques à base d'inhibiteurs de points de contrôle immunitaire, est d'arrêter le traitement au bout d'environ 2 ans, le durvalumab peut être utilisé jusqu'à la progression de la maladie. Malgré les différences de durée maximale du traitement, les données probantes actuelles sont insuffisantes pour confirmer les dires du promoteur, selon lequel les bénéficiaires du durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie à base de sels de platine en matière de SG et de SSP se maintiendraient sur une plus longue période qu'avec les autres inhibiteurs de points de contrôle immunitaire combinés à une chimiothérapie. Par conséquent, le Comité conclut qu'il n'existe pas de données probantes suffisamment robustes pour justifier un surcoût du traitement par le durvalumab combiné au trémélimumab et à une chimiothérapie à base de sels de platine par rapport aux inhibiteurs de points de contrôle immunitaire combinés à une chimiothérapie actuellement remboursés.

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^s Catherine Moltzan (présidente), Phillip Blanchette, Kelvin Chan, 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 Wasney, et M. Terry Hawrysh

Date de la réunion : Le 5 mars 2025

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