

Recommandation en vue du remboursement

Lazertinib et amivantamab (Lazcluze et Rybrevant)

Indication : Dans le traitement de première intention chez l'adulte du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique, présentant une délétion dans l'exon 19 ou une substitution L858R dans l'exon 21 du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (gène *EGFR*).

Promoteur : Janssen

Recommandation finale : Rembourser sous réserve de conditions.

Résumé

Quelle est la recommandation concernant le remboursement de Lazcluze combiné à Rybrevant?

L'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Lazcluze combiné à Rybrevant dans le traitement du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique chez l'adulte présentant une mutation du gène *EGFR* (délétion dans l'exon 19 ou substitution L858R dans l'exon 21), sous réserve de certaines conditions.

Qui est admissible?

Lazcluze combiné à Rybrevant ne doit être remboursé que chez les adultes (d'au moins 18 ans) ayant un CPNPC nouvellement diagnostiqué dont les tumeurs se sont propagées à d'autres parties du corps, ont récidivé après un traitement ou ne peuvent être retirées par chirurgie ou par radiothérapie, dont les tumeurs sont porteuses de mutations du gène *EGFR* (délétion dans l'exon 19 ou substitution L858R dans l'exon 21) et qui sont en relativement bonne santé.

Quelles sont les conditions de remboursement?

Lazcluze combiné à Rybrevant ne doit être remboursé que chez les personnes atteintes n'ayant pas déjà reçu de traitement du cancer avancé ou métastatique, s'il est prescrit par un clinicien ou une clinicienne possédant une expertise du traitement du CPNPC, et si son coût ne dépasse pas le coût total d'un traitement par l'osimertinib combiné à 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, le traitement par Lazcluze combiné à Rybrevant retarde la progression du cancer et pourrait prolonger la survie par rapport à l'osimertinib seul.
- Lazcluze combiné à Rybrevant pourrait répondre à certains besoins importants soulevés par les patients et les patientes, puisqu'il s'agit d'une nouvelle option thérapeutique qui retarde la progression de la maladie et qui pourrait prolonger la survie. Cependant, les données probantes sont insuffisantes pour dire que Lazcluze combiné à Rybrevant améliore la qualité de vie.
- À la lumière de l'évaluation menée par CDA-AMC sur les données d'économie de la santé, Lazcluze combiné à Rybrevant ne représente pas une bonne valeur pour le système de santé au prix courant

Résumé

accessible au public. Les données probantes sont insuffisantes pour justifier un surcout de Lazcluze combiné à Rybrevant par rapport à l'osimertinib en combinaison avec une chimiothérapie à base de sels de platine.

- Si l'on se fie aux prix courants accessibles au public, Lazcluze combiné à Rybrevant devrait coûter aux régimes d'assurance médicaments publics environ 34,8 millions de dollars au cours des trois prochaines années.

Autres renseignements

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

Le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent et la première cause de décès par cancer au Canada. Au Canada, le CPNC représente approximativement 88 % des cas de cancer du poumon, parmi lesquels environ 15 % des personnes sont porteuses d'une mutation du gène *EGFR*. En 2024, on prévoyait que 32 100 nouveaux cas de cancer du poumon et des bronches seraient diagnostiqués. Le pronostic du CPNC est sombre, puisque seulement 3 % des personnes atteintes d'une maladie avancée (stade IV) survivent pendant 5 ans.

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

Les personnes atteintes d'un CPNPC et porteuses de mutations du gène *EGFR* ont peu d'options thérapeutiques qui prolongent efficacement la survie, empêchent la progression de la maladie (en particulier la propagation de tumeurs vers le cerveau ou la moelle spinale).

Combien coûte Lazcluze combiné à Rybrevant?

Le traitement par Lazcluze combiné à Rybrevant devrait coûter environ 12 135 \$ par cycle de 28 jours.

Recommandation

Le Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (CEEP) recommande le remboursement du lazertinib combiné à l'amivantamab dans le traitement de première intention chez l'adulte du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (qui ne se prête pas à un traitement curatif) ou métastatique, présentant une délétion dans l'exon 19 ou une substitution L858R dans l'exon 21 du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (gène *EGFR*), sous réserve des conditions énoncées au [tableau 1](#).

Justification

Selon les données probantes issues d'un essai clinique randomisé (ECR) en cours de phase III (MARIPOSA), le traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib procure un bénéfice clinique supplémentaire par rapport à l'osimertinib en monothérapie en matière de survie sans progression (SSP) chez les adultes atteints d'un CPNPC localement avancé ou métastatique dont les tumeurs sont porteuses d'une délétion dans l'exon 19 ou de la substitution L858R dans l'exon 21. Lors de l'analyse intermédiaire planifiée (date limite de collecte des données : 11 août 2023), la survie sans progression (SSP) médiane était de 23,72 mois (intervalle de confiance [IC] à 95 % de 19,12 à 27,66) dans le groupe recevant l'amivantamab combiné au lazertinib, contre 16,59 mois (IC à 95 % de 14,78 à 18,46) dans le groupe recevant l'osimertinib, avec un rapport des risques instantanés (RRI) de 0,70 (IC à 95 % de 0,58 à 0,85). Les différences entre les probabilités de ne pas avoir de progression à 12 mois et 24 mois étaient de [redacted] et [redacted], à l'avantage de l'amivantamab combiné au lazertinib. Lors de la mise à jour de l'analyse de l'efficacité (date limite de collecte des données : 13 mai 2024), la survie globale (SG) médiane n'avait pas été atteinte dans le groupe recevant l'amivantamab combiné au lazertinib, et elle était de 37,32 mois (IC à 95 % de 32,53 à non estimable) dans le groupe recevant l'osimertinib, à l'avantage de l'amivantamab combiné au lazertinib (RRI de 0,77; IC à 95 % de 0,61 à 0,96); cependant, ces résultats de SG sont fragmentaires et incertains. Le CEEP constate également les effets toxiques importants associés au traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib. Au total, 75,1 % des personnes du groupe recevant ce traitement ont présenté un événement indésirable (EI) de grade 3 ou plus, contre 42,8 % des personnes recevant l'osimertinib. Par comparaison avec celles qui recevaient l'osimertinib, davantage de personnes recevant l'amivantamab combiné au lazertinib ont signalé des EI d'importance clinique : éruption cutanée (88,6 % contre 49,1 %), réaction liée à la perfusion (62,9 % contre 0) et thromboembolie veineuse (37,3 % contre 9,1 %). En l'absence de données probantes comparatives directes avec l'osimertinib combiné à une chimiothérapie, le promoteur a présenté des données probantes indirectes sous la forme d'une métaanalyse en réseau. Cependant les données probantes sont insuffisantes pour repérer une différence entre l'amivantamab combiné au lazertinib et l'osimertinib combiné à une chimiothérapie à base de sels de platine [redacted] et les limites de la métaanalyse en réseau augmentent l'incertitude de ses résultats.

Les patients et patientes soulèvent un besoin de traitements qui retardent la progression de la maladie, prolongent la survie, entraînent des effets secondaires maîtrisables et améliorent leur qualité de vie. Par

rapport à l'osimertinib en monothérapie, l'amivantamab combiné au lazertinib répond probablement au besoin d'amélioration de la SSP et pourrait améliorer la SG. Cependant, le traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib est associé à des effets secondaires importants, et le Comité n'est pas en mesure de tirer de conclusions quant à la qualité de vie liée à la santé (QVLS) en raison du grand nombre de données manquantes.

Si l'on se fie au prix indiqué par le promoteur pour le traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib et aux prix courants accessibles au public pour les autres médicaments, le rapport cout/efficacité différentiel (RCED) du traitement à l'étude est de 305 328 \$ l'année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ) gagnée comparativement à l'osimertinib en monothérapie. Ainsi, l'amivantamab combiné au lazertinib n'est pas rentable à un seuil de disposition à payer de 50 000 \$ l'AVAQ gagnée dans le traitement de première intention d'un CPNPC localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique chez les adultes présentant une mutation du gène *EGFR* (délétion dans l'exon 19 ou substitution L858R dans l'exon 21). Une réduction de prix est nécessaire pour que le traitement à l'étude soit considéré comme rentable à ce seuil comparativement à l'osimertinib en monothérapie. Les données probantes cliniques sont insuffisantes pour justifier un surcout du traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib par rapport à l'osimertinib combiné à une chimiothérapie à base de sels de platine.

Tableau 1 : Conditions de remboursement et justification

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
Amorce du traitement		
1. Le traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib est remboursé chez l'adulte (d'au moins 18 ans) répondant aux critères suivants : 1.1. nouveau diagnostic de CPNPC localement avancé ou métastatique ne se prêtant pas à un traitement curatif chirurgical ou par chimioradiothérapie; 1.2. tumeur porteuse de mutations du gène <i>EGFR</i> (délétion dans l'exon 19 ou substitution L858R dans l'exon 21).	Selon les données probantes issues de l'essai MARIPOSA, le traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib procure des bénéfices cliniques chez ces patients et patientes.	La présence de délétions dans l'exon 19 ou de substitution L858R dans l'exon 21 doit être établie avant le début du traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib.
2. L'indice fonctionnel est bon.	Des personnes ayant un indice fonctionnel ECOG de 0 ou 1 ont participé à l'essai MARIPOSA.	Les personnes présentant un indice fonctionnel ECOG supérieur à 1 pourraient recevoir un traitement, à la discrétion du médecin traitant.
3. Les personnes ne correspondent pas aux cas de figure suivants : 3.1. antécédents de pneumopathie interstitielle; 3.2. antécédents de traitement à action générale d'une maladie localement avancée de stade III	Aucune donnée probante n'appuie un bénéfice de l'amivantamab combiné au lazertinib chez les personnes présentant ces caractéristiques, puisqu'elles ont été exclues de l'essai MARIPOSA.	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
ou métastatique de stade IV, à l'exception d'un traitement adjuvant ou néoadjuvant reçu au moins 6 mois avant l'apparition d'une maladie localement avancée ou métastatique; 3.3. métastases instables au SNC.		
Arrêt		
4. Le traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib cesse en cas de progression de la maladie ou d'apparition d'effets toxiques inacceptables.	Lors de l'essai MARIPOSA, le traitement était abandonné dès la progression de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables, ce qui correspond à ce qui est fait dans la pratique clinique.	—
Prescription		
5. L'amivantamab combiné au lazertinib est prescrit par une personne clinicienne possédant une expertise dans le traitement du CPNPC.	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.	—
Prix		
6. Le prix de l'amivantamab combiné au lazertinib est négocié de façon à ce que le coût du traitement pour le régime d'assurance médicaments ne dépasse pas celui du comparateur pertinent le moins cher remboursé dans le traitement de première intention d'un CPNPC localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique chez les adultes présentant une mutation du gène <i>EGFR</i> (délétion dans l'exon 19 ou substitution L858R dans l'exon 21).	À l'occasion de son examen clinique, CDA-AMC note un manque de cohérence quant au moment des évaluations de la maladie entre les essais MARIPOSA et FLAURA2 ainsi qu'une hétérogénéité de la présence de métastases cérébrales et des informations manquantes sur deux facteurs pronostiques possibles, entre autres. Par conséquent, les données probantes sont insuffisantes pour justifier un surcoût du traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib par rapport à l'osimertinib combiné à une CSP.	—

CPNPC = cancer du poumon non à petites cellules; CSP = chimiothérapie à base de sels de platine; ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; SNC = système nerveux central

Points de discussion

- **Besoins à combler** : Le Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (CEEP) se penche sur les observations des groupes de patients et de patientes, qui insistent sur le besoin de traitements qui améliorent la survie, maintiennent la qualité de vie et entraînent peu d'effets secondaires ou des effets secondaires maîtrisables. Le CEEP et les personnes cliniciennes expertes remarquent également le besoin de traitements permettant d'empêcher l'apparition de métastases au système nerveux central (SNC) et de maîtriser

l'évolution de la maladie dans le SNC chez les personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC). Le CPNPC est associé à une morbidité et une mortalité importantes, et l'amivantamab combiné au lazertinib pourrait répondre à certains des besoins cruciaux des personnes qui en sont atteintes par rapport à l'osimertinib en monothérapie. Cependant, le CEEP n'est pas en mesure de confirmer que l'amivantamab combiné au lazertinib répond aux besoins soulevés par rapport à l'osimertinib combiné à une chimiothérapie en raison du manque de données probantes comparatives directes et des limites associées aux données probantes indirectes soumises.

- **Comparateurs pertinents et place dans le traitement** : Le CEEP se penche sur la pertinence du comparateur utilisé dans l'essai MARIPOSA (l'osimertinib en monothérapie), remarquant que les négociations avec l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP) au sujet de l'osimertinib combiné à une chimiothérapie se sont terminées le 29 janvier 2025 et que ce traitement a reçu une lettre d'intention. Après consultation des personnes cliniciennes expertes, le CEEP remarque qu'il n'y a pas de données probantes permettant de choisir un traitement plutôt qu'un autre et souligne que ce choix doit être fait en consultation avec le patient ou la patiente en tenant compte de différents facteurs, comme le mode d'administration (orale ou par perfusion intraveineuse), les affections comorbides sous-jacentes, l'état de faiblesse et les préférences de la personne en ce qui concerne l'augmentation possible des effets toxiques (thromboembolie veineuse, par exemple).
- **Effets indésirables** : Le CEEP se penche sur le profil d'innocuité de l'amivantamab combiné au lazertinib étant donné le profil d'événements indésirables (EI) bien établi de l'amivantamab et l'expérience d'utilisation de ce traitement, qui peut entraîner des réactions liées à la perfusion, l'apparition d'une pneumopathie interstitielle et des réactions de la peau et des ongles. Par rapport à l'osimertinib, l'amivantamab combiné au lazertinib est associé à un plus haut taux d'EI de grade 3 ou plus (75,1 % contre 42,8 %) ainsi qu'à une plus grande fréquence de paronychie (68,4 % contre 26,3 %), de réactions liées à la perfusion (62,9 % contre 0 %) et de thromboembolies veineuses (37,3 % contre 9,1 %), ces effets étant principalement dus l'amivantamab. Le CEEP et les personnes cliniciennes expertes soulignent la morbidité considérable des effets toxiques de la peau et des ongles chez les patients et les patientes ainsi que la nécessité d'un traitement prophylactique pour éviter les thromboembolies veineuses. De plus, les médicaments combinés à l'amivantamab pour réduire les réactions liées à la perfusion et l'apparition de thromboembolies veineuses pourraient ne pas être remboursés par tous les régimes d'assurance médicaments publics ou accessibles dans toutes les provinces et tous les territoires. Le CEEP se penche également sur deux études soumises par le promoteur (études SKIPPirr et PALOMA-3) dans le but de combler les lacunes en matière de prophylaxie des réactions liées à la perfusion et de prise en charge des thromboembolies veineuses, respectivement, qui apaisent certaines inquiétudes quant au profil d'EI de l'amivantamab combiné au lazertinib. Les discussions portent aussi sur la grande proportion d'EI menant à un abandon du traitement avec l'amivantamab combiné au lazertinib par rapport à l'osimertinib (83,1 % contre 38,6 %) ainsi que sur l'abandon de tous les médicaments à l'étude (██████ dans le groupe recevant l'amivantamab combiné au lazertinib ██████ pour l'amivantamab et 45,4 % pour le lazertinib] et ██████ dans le groupe recevant l'osimertinib). Le schéma thérapeutique soulève des problèmes

de tolérance puisque dans le groupe recevant l'amivantamab combiné au lazertinib, 34,0 % des personnes ont abandonné le traitement par l'amivantamab et 20,7 %, le traitement par le lazertinib en raison d'EI, alors que 11,7 % des personnes du groupe recevant l'osimertinib et 13,6 % des personnes recevant le lazertinib en monothérapie ont abandonné le traitement en raison d'EI. De plus, ce schéma thérapeutique nécessite une surveillance accrue de l'apparition des EI importants qui y sont associés.

- **Efficacité** : Le CEEP examine les données probantes déterminantes soumises à l'occasion du présent examen, soit un ECR de phase III (MARIPOSA) et l'évaluation de la certitude des données probantes selon le système GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). Par rapport à l'osimertinib, l'amivantamab combiné au lazertinib entraîne des améliorations statistiquement significatives de la survie sans progression (SSP) (RRI de 0,70; IC à 95 % de 0,58 à 0,85) qui sont associées à un degré de certitude modéré. Par ailleurs, l'importance clinique de cette amélioration de la SSP est incertaine. Les analyses par sous-groupes prévues au protocole chez les personnes ayant ou non des antécédents de métastases au SNC portent à croire que les bénéfices sont du même ordre chez les personnes ayant des métastases cérébrales que chez la population de l'analyse principale. Les résultats quant à la SG appuient un avantage possible en matière de survie avec l'amivantamab combiné au lazertinib par rapport à l'osimertinib; cependant, les données probantes ont un faible degré de certitude et les données sont jugées fragmentaires.
- **Qualité de vie** : Le CEEP se penche sur les résultats de l'essai MARIPOSA en matière de qualité de vie liée à la santé (QVLS), puisqu'il s'agit d'un critère important pour les patients, les patientes et les médecins en pratique clinique. Malgré la suggestion selon laquelle le traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib n'apporterait ni amélioration, ni détérioration de la QVLS par rapport à l'osimertinib, les résultats quant à ce critère sont généralement à l'avantage de l'osimertinib; cependant, le Comité note l'incertitude des résultats comparatifs en matière de QVLS en raison d'un fort taux d'attrition.
- **Données probantes indirectes** : Un seul comparateur actif actuellement accessible au Canada (l'osimertinib en monothérapie) est évalué dans les données probantes issues de l'essai clinique. Le CEEP se penche sur les données probantes indirectes soumises à l'occasion du présent examen, soit une métaanalyse en réseau comparant l'amivantamab combiné au lazertinib et l'osimertinib combiné à une chimiothérapie. Les résultats de la métaanalyse en réseau portent à croire que [REDACTED]. Ces résultats sont grandement incertains, étant donné l'ampleur des intervalles de crédibilité à 95 %, possiblement due à l'hétérogénéité clinique et méthodologique entre les études.
- **Points d'ordre économique** : En l'absence de données probantes claires permettant de quantifier la différence des paramètres de survie entre le traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib

et celui par l'osimertinib combiné à une chimiothérapie à base de sels de platine, les données probantes sont insuffisantes pour justifier un surcout de l'amivantamab combiné au lazertinib par rapport à l'osimertinib combiné à la chimiothérapie. Le prix de l'amivantamab combiné au lazertinib chez la population correspondant à l'indication devrait être négocié de façon à ce que le cout total du traitement ne dépasse pas celui du traitement par l'osimertinib combiné à une chimiothérapie. Certains couts et effets sur la qualité de vie des personnes atteintes (y compris des effets néfastes de nature financière) pourraient ne pas avoir été pris en compte dans l'évaluation économique, comme ceux liés à la prise en charge des EI et des autres effets toxiques associés à l'amivantamab, au lazertinib, à l'osimertinib et à la chimiothérapie à base de sels de platine.

- **Rapport cout/efficacité par rapport à l'osimertinib** : Le rapport cout/efficacité différentiel (RCED) de l'amivantamab combiné au lazertinib est de 305 328 \$ par rapport à l'osimertinib en monothérapie. Une réduction de 87 % du prix de l'amivantamab combiné au lazertinib est nécessaire pour que le RCED passe sous la barre des 50 000 \$ l'AVAQ gagnée comparativement à l'osimertinib en monothérapie.
- **Éléments à considérer concernant la procédure de dépistage** : L'analyse du gène *EGFR* est actuellement effectuée systématiquement chez les personnes atteintes d'un CPNPC au Canada. Il faudrait analyser la présence de délétions dans l'exon 19 ou de la substitution L858R dans l'exon 21 avant de commencer le traitement par l'amivantamab combiné au lazertinib. Comme l'analyse du gène *EGFR* est déjà effectuée systématiquement, cela ne devrait pas constituer un obstacle.

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 14 mai 2025

Absences : Trois membres.

Conflits d'intérêts : Aucun.



Canada's Drug Agency
L'Agence des médicaments du Canada
Drugs, Health Technologies and Systems. Médicaments, technologies de la santé et systèmes.

ISSN : 2563-6596

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

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

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

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

Toute question ou demande d'information sur ce rapport peut être adressée à demandes@cda-amc.ca.