

Recommandation en vue du remboursement

Rozanolixizumab (Rystiggo)

Indication : Dans le traitement de la myasthénie généralisée avec anticorps dirigés contre le récepteur de l'acétylcholine ou de la tyrosine kinase spécifique du muscle chez l'adulte.

Promoteur : UCB Canada.

Recommandation finale : Rembourser sous réserve de conditions.

Résumé

Quelle est la recommandation concernant le remboursement de Rystiggo?

L'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Rystiggo en traitement d'appoint de la myasthénie généralisée (MG) chez l'adulte ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage des anticorps dirigés contre le récepteur de l'acétylcholine (anti-RACH) ou contre le récepteur de la tyrosine kinase spécifique du muscle (anti-MuSK), et dont les symptômes persistent malgré un traitement classique par des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, des corticostéroïdes ou des immunosuppresseurs non stéroïdiens, sous réserve de certaines conditions.

Qui est admissible?

Rystiggo ne doit être remboursé que chez les personnes ayant reçu un diagnostic de MG de stade II à IV selon le système de classification de la Myasthenia Gravis Foundation of America, qui ont obtenu un résultat positif aux anticorps anti-RACH ou MuSK, et qui présentent un score d'activités de la vie quotidienne MG-ADL (de l'anglais Myasthenia Gravis Activities of Daily Living – un score qui évalue la capacité des patients et patientes à effectuer les activités de la vie quotidienne) d'au moins 3, et un score d'au moins 3 points pour les symptômes non oculaires. Rystiggo ne doit être remboursé que chez les personnes dont les symptômes persistent malgré un traitement classique à une posologie stable par un inhibiteur de l'acétylcholinestérase, un corticostéroïde ou un immunosuppresseur non stéroïdien.

Quelles sont les conditions de remboursement?

Rystiggo ne doit pas être remboursé s'il est administré lors d'une exacerbation (faiblesse musculaire localisée ou généralisée, sans besoin d'assistance respiratoire) ou d'une crise (les muscles respiratoires sont trop faibles, ce qui limite la circulation de l'air dans les poumons et empêche la personne de respirer) de MG, ou dans les six mois suivant une thymectomie (ablation chirurgicale du thymus). Rystiggo ne doit être remboursé que s'il est prescrit par un ou une neurologue possédant une expertise de la prise en charge des patients et patientes présentant une MG, ou en consultation avec cette personne, et son coût total ne doit pas dépasser le coût total du médicament avec les traitements avancés les moins coûteux pour la MG. Rystiggo ne doit pas être utilisé en même temps que le rituximab, l'efgartigimod alfa ou un inhibiteur du complément comme l'éculizumab.

Résumé

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

- Les données probantes issues d'un essai clinique montrent qu'après 43 jours de traitement, Rystiggo procure une réponse au traitement significativement plus élevée sur le plan statistique et une réduction de la gravité des symptômes significativement plus grande sur le plan clinique que le placebo. Les résultats indiquent également que Rystiggo procure probablement une plus grande amélioration de la qualité de vie des patients et patientes qu'un placebo en ce qui a trait à la myasthénie.
- Le Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) conclut que Rystiggo répond à certains des besoins thérapeutiques non comblés exprimés par les patients et patientes, notamment celui d'offrir un autre mode d'administration avec la possibilité d'administration à domicile, ce qui pourrait répondre à un besoin de plus grande autonomie et améliorer la qualité de vie des personnes en ce qui a trait à la myasthénie, tout en entraînant des effets secondaires limités.
- À la lumière de l'évaluation menée par CDA-AMC sur les données probantes d'économie de la santé, Rystiggo ne représente pas une bonne valeur pour le système de santé au prix courant accessible au public. Le Comité détermine que les données probantes sont insuffisantes pour justifier un surcout pour Rystiggo comparativement aux autres traitements d'appoint avancés utilisés dans le traitement de la MG avec anticorps anti-RACH ou anti-MuSK.
- Si l'on se fie aux prix courants accessibles au public, Rystiggo devrait coûter aux régimes d'assurance médicaments publics environ 132 millions de dollars sur les trois prochaines années.

Autres renseignements

Qu'est-ce que la myasthénie généralisée?

La myasthénie généralisée (MG) est une maladie rare et de longue durée qui survient lorsque le système de défense de l'organisme (auto-immunité) attaque la jonction entre les nerfs et les muscles, affaiblissant les muscles de certaines parties ou de l'ensemble du corps. Les signes courants de la MG sont la fatigue, les paupières tombantes, la vision double (diplopie), la difficulté à respirer, à avaler ou à mastiquer, et la faiblesse dans les bras ou les jambes. La plupart des personnes atteintes de MG (85 %) présentent un résultat positif au test de dépistage sanguin des anticorps anti-RACH, alors que 8 % présentent des anticorps anti-MuSK. Dans l'ensemble, environ 26 personnes sur 100 000 au Canada vivent avec la

Résumé

MG et environ 23 nouvelles personnes sur 1 million reçoivent un diagnostic chaque année.

Besoins non comblés en matière de myasthénie généralisée

Les principaux résultats importants pour les patients et patientes sont la diminution du nombre d'exacerbations (crises importantes), la réduction des effets secondaires des médicaments, le maintien de l'autonomie, la réduction du nombre d'hospitalisations pour des motifs graves et l'amélioration de la qualité de vie liée à la santé (QVLS).

Combien coûte Rystiggo?

On s'attend à ce que le traitement par Rystiggo coûte annuellement environ 218 478 \$ à 655 434 \$ individuellement, en fonction du poids corporel.

Recommandation

Le Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) de l'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) recommande le remboursement du rozanolixizumab en traitement d'appoint de la myasthénie généralisée (MG) chez l'adulte ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage des anticorps dirigés contre le récepteur de l'acétylcholine (anti-RACH) ou contre le récepteur de la tyrosine kinase spécifique du muscle (anti-MuSK), et dont les symptômes persistent malgré un traitement classique par des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ), des corticostéroïdes ou des immunosuppresseurs non stéroïdiens (ISNS), sous réserve des conditions énoncées au tableau 1.

Justification

Un essai de phase III mené à double insu, à répartition aléatoire et contrôlé par placebo (MyCarinG; N = 200 patients et patientes) montre que le traitement par le rozanolixizumab procure aux adultes présentant une MG avec anticorps anti-RACH ou anti-MuSK un avantage clinique additionnel comparativement au placebo. Selon le critère d'évaluation principal, après 43 jours de traitement, la réduction de la gravité des symptômes est plus significative sur le plan clinique avec le rozanolixizumab qu'avec le placebo, mesurée par la variation du score initial à l'échelle MG-ADL (différence de la moyenne des moindres carrés [MC] entre les groupes de -2,586; intervalle de confiance [IC] à 95 %, -4,091 à -1,249); $P < 0,001$). La différence entre les groupes chez les personnes obtenant une amélioration d'au moins 2 points pour ce critère (c.-à-d. présentant une réponse à l'échelle MG-ADL) est de 39,8 % (IC à 95 %, 24,2 à 55,4) à l'avantage du rozanolixizumab. La réponse au traitement est aussi significativement meilleure sur le plan statistique avec le rozanolixizumab qu'avec le placebo, comme l'indique la différence moyenne des MC entre les groupes de -3,483 (IC à 95 %, -5,614 à -1,584; $P < 0,001$) aux scores quantitatifs de la myasthénie (QMG, de l'anglais Quantitative Myasthenia Gravis). L'évaluation de la QVLS des patients et patientes au moyen de l'échelle révisée de la qualité de vie des personnes atteintes de myasthénie à 15 éléments (MG-QoL-15r) montre que le rozanolixizumab améliore probablement leur qualité de vie en ce qui a trait à la myasthénie davantage que le placebo, avec une différence moyenne des MC entre les groupes de -2,245 (IC à 95 %, -4,096 à -0,394).

Les principaux résultats importants pour les patients et patientes sont la diminution du nombre d'exacerbations, la réduction des effets secondaires des médicaments, le maintien de l'autonomie, la réduction du nombre d'hospitalisations pour motifs graves et l'amélioration de la QVLS. Le CCEM conclut que le rozanolixizumab pourrait répondre à certains besoins des patients et patientes, notamment celui d'offrir un autre mode d'administration avec la possibilité d'administration à domicile, ce qui pourrait répondre à un besoin de plus grande autonomie et améliorer la qualité de vie en ce qui a trait à la myasthénie, tout en limitant les effets secondaires.

Au prix soumis par le promoteur pour le rozanolixizumab, aux prix courants accessibles au public pour le rituximab, l'éculizumab ou l'efgartigimod alfa, et aux prix fondés sur la documentation publiée pour l'échange plasmatique et l'immunoglobuline intraveineuse (IgIV) ou l'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC), le rozanolixizumab combiné au traitement classique pourrait être plus ou moins coûteux que les autres

traitements avancés. Étant donné l'absence de données probantes cliniques comparatives directes, le cout total du rozanolixizumab ne devrait pas dépasser le cout total des traitements avancés de la MG les moins chers.

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 rozanolixizumab n'est instauré que dans le traitement de la myasthénie généralisée chez l'adulte présentant toutes les caractéristiques suivantes :</p> <p>1.1. un résultat positif au test de dépistage sérologique des anticorps anti-RACH ou anti-MuSK;</p> <p>1.2. un score MG-ADL initial ≥ 3 (et au moins 3 points pour les symptômes non oculaires);</p> <p>1.3. un stade II à IV selon la classification de la MGFA;</p> <p>1.4. une persistance des symptômes malgré un traitement classique à une posologie stable par un IACHÉ, un corticostéroïde ou un ISNS.</p>	<p>Les résultats d'un essai de phase III multicentrique, à double insu, à répartition aléatoire et contrôlé par placebo (MyCarinG) montre que, comparativement au placebo, le traitement par le rozanolixizumab procure une réduction statistiquement significative de 2 points au critère d'évaluation principal du score MG-ADL chez les adultes (18 ans et plus) présentant une MG avec anticorps anti-RACH ou anti-MuSK.</p> <p>Les personnes admises à l'essai MyCarinG ont un score MG-ADL d'au moins 3, un stade II à IV selon la classification de la MGFA et des symptômes persistants malgré un traitement classique à une posologie stable par un IACHÉ, un corticostéroïde ou un ISNS au début de l'étude.</p>	<p>Une <i>posologie stable</i> désigne un essai adéquat (déterminé par la ou le médecin traitant) d'au moins un IACHÉ, corticostéroïde ou ISNS au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Le CCEM remarque que le rituximab pourrait être accessible dans certaines régions, mais le médecin possédant une expertise de l'affection à l'étude fait savoir que l'accès à ce médicament continue parfois de faire obstacle.</p> <p>Il mentionne au CCEM qu'un score MG-ADL d'au moins 3 avec au moins 3 points pour les symptômes non oculaires mènera facilement à un score MG-ADL de 5 ou 6 avec l'ajout de la vision double ou trouble.</p>
<p>2. Le rozanolixizumab ne doit pas être amorcé dans les cas suivants :</p> <p>2.1. pendant une exacerbation ou une crise;</p> <p>2.2. dans les six mois suivant une thymectomie.</p>	<p>Les patients et patientes ayant subi une thymectomie dans les 6 mois précédant la visite de sélection ne pouvaient pas participer à l'essai MyCarinG. On ignore l'efficacité ou l'innocuité du rozanolixizumab pour cette catégorie.</p>	<p>Concernant l'amorce du rozanolixizumab en contexte de thymectomie, le CCEM note que les régimes d'assurance médicaments pourraient utiliser la fenêtre temporelle de 3 mois appliquée dans la recommandation sur l'efgartigimod alfa pour la MG selon les autorités de la santé.</p>
<p>3. Le score à l'échelle MG-ADL au départ est mesuré par le ou la médecin.</p>	<p>Cette condition concorde avec les autres traitements ciblés de la MG, et s'harmonise à l'essai MyCarinG, dans lequel le score initial à l'échelle MG-ADL était mesuré et utilisé pour déterminer la réponse au traitement.</p>	—
<p>4. La réponse au rozanolixizumab est évaluée après une période de traitement initiale de 6 semaines.</p>	<p>Dans l'essai MyCarinG, le rozanolixizumab est administré en perfusion sous-cutanée une fois par semaine pendant 6 semaines. De plus, la posologie recommandée par Santé Canada est administrée en perfusion sous-cutanée une fois par semaine pendant 6 semaines.</p>	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
Renouvellement		
<p>5. Le remboursement du traitement par le rozanolixizumab est maintenu si, après la période de traitement initiale de 6 semaines, on observe une amélioration des symptômes de la maladie, indiquée par une réduction du score à l'échelle MG-ADL d'au moins 2 points.</p> <p>Par la suite, on procède à une réévaluation tous les 12 mois.</p>	<p>Même si aucune différence minimale d'importance clinique n'a été estimée, une amélioration d'environ 2 points du score total à l'échelle MG-ADL constitue un seuil de réponse recommandé indiquant une amélioration clinique à l'échelle individuelle chez les personnes atteintes de myasthénie généralisée.</p> <p>Dans l'essai MyCarinG, après la période de traitement initiale de 6 semaines, les patients et patientes entament une période d'observation de 8 semaines. Les patients et patientes qui complètent la période de traitement de 6 semaines et la période d'observation de 8 semaines peuvent s'inscrire à l'essai MG0004, une étude de prolongation en mode ouvert qui évalue l'efficacité et l'innocuité à long terme du schéma posologique hebdomadaire du rozanolixizumab pendant 52 semaines.</p>	<p>Si une réponse d'importance clinique est obtenue après la période de traitement initiale de 6 semaines par le rozanolixizumab, les cycles thérapeutiques subséquents peuvent être donnés en fonction de l'évaluation effectuée par la ou le médecin traitant. Concernant la durée maximale du traitement, le rozanolixizumab peut être poursuivi tant qu'il procure une réponse cliniquement avantageuse ou jusqu'à ce que la rémission spontanée de la maladie.</p> <p>Le traitement subséquent par le rozanolixizumab doit concorder avec le cycle de traitement de 6 semaines suivi d'une période d'observation maximale de 8 semaines, conformément à l'essai MyCarinG et à la monographie du produit. L'innocuité de l'amorce de cycles subséquents moins de 4 semaines après la dernière perfusion du dernier cycle de traitement n'a pas été établie.</p>
<p>6. Pour les renouvellements suivants, un ou une médecin présente une preuve que le score à l'échelle MG-ADL ne se détériore pas.</p>	<p>Ainsi, la réponse au traitement par le rozanolixizumab se maintient.</p>	<p>Il est possible que le rozanolixizumab soit utilisé pour une période d'un an ou plus si la maladie répond au rozanolixizumab après la période initiale de perfusions hebdomadaires de 6 semaines et demeure stable pendant un an, mais se détériore par la suite. Un patient ou une patiente qui continue de recevoir un traitement après la période initiale de perfusions hebdomadaires de 6 semaines, mais qui ne reçoit plus le rozanolixizumab (c.-à-d. que la maladie a initialement répondu au traitement, mais que la personne ne reçoit plus le traitement) peut reprendre le traitement si elle répond aux critères d'amorce du traitement. On ne s'attendrait alors pas à ce que cette personne essaie à nouveau un traitement usuel (p. ex. un inhibiteur de l'acétylcholinestérase, un corticostéroïde ou un immunosuppresseur non stéroïdien).</p>

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
Prescription		
7. Le rozanolixizumab n'est remboursé que s'il est prescrit par un ou une neurologue possédant une expertise de la prise en charge de la myasthénie, ou en consultation avec cette personne.	Il est important de poser un diagnostic précis et d'assurer le suivi, pour que le rozanolixizumab soit prescrit aux personnes chez lesquelles il est le plus approprié.	—
8. Le rozanolixizumab n'est pas utilisé en même temps que le rituximab, l'efgartigimod alfa ou un inhibiteur du complément comme l'éculizumab.	L'essai MyCarinG n'évalue pas de telles combinaisons, et l'efficacité et l'innocuité du rozanolixizumab en combinaison avec le rituximab, l'efgartigimod alfa, l'éculizumab ou le ravulizumab sont inconnues.	—
Prix		
9. Le prix du rozanolixizumab est négocié de sorte que le cout du traitement pour le régime d'assurance médicaments ne dépasse pas celui du traitement avancé le moins cher remboursé dans le traitement de la myasthénie généralisée.	Compte tenu de l'incertitude liée à l'efficacité clinique comparative, les données probantes sont insuffisantes pour justifier le paiement d'un surcout pour le rozanolixizumab par rapport au traitement avancé le moins cher remboursé dans le traitement de la myasthénie généralisée.	—
Faisabilité de l'adoption		
10. La faisabilité économique de l'adoption du rozanolixizumab est examinée.	Au prix soumis, l'impact budgétaire différentiel du rozanolixizumab devrait être supérieur à 40 millions de dollars la deuxième et la troisième année.	—

CCEM = Comité canadien d'expertise sur les médicaments; DMI = différence minimale importante; IACHe = inhibiteur de l'acétylcholinestérase; MG = myasthénie généralisée; MG-ADL = Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (activités de la vie quotidienne chez les personnes atteintes de myasthénie); MGFA = Myasthenia Gravis Foundation of America; ISNS = immunosuppresseur non stéroïdien

Points de discussion

- **Données probantes limitées dans la population porteuse d'anticorps anti-MuSK** : Le CCEM note que bien que l'essai MyCarinG inclut des personnes atteintes de MG et porteuses d'anticorps anti-RACH ou anti-MuSK chez qui le chercheur pouvait envisager un traitement additionnel, comme l'immunoglobuline intraveineuse ou l'échange plasmatique, moins de 10 % des personnes admises sont porteuses d'anticorps anti-MuSK. Le médecin dont l'expertise a été sollicitée dans le cadre de cette étude estime que la proportion de patients et patientes présentant une MG avec anticorps anti-MuSK dans sa pratique est d'environ 5 %, ce qui donne à penser que la petite taille du sous-groupe porteur d'anticorps anti-MuSK de l'essai MyCarinG correspond à la pratique clinique. Cependant, la faible taille de l'échantillon limite la capacité à tirer des conclusions sur l'efficacité ou l'innocuité du rozanolixizumab dans la sous-population porteuse d'anticorps anti-MuSK.
- **Traitements antérieurs** : Le CCEM note que bien que la plupart des personnes (96 %) incluses dans l'essai MyCarinG ont reçu au moins 1 traitement antérieur, de nombreuses personnes

ont seulement été traitées par 1 classe de traitement classique (IChE seulement = 15,5 %, corticostéroïde seulement = 27,5 %, ISNS seulement = 13,5 %). Le CCEM observe que l'analyse par sous-groupes menée à posteriori évaluant la réponse chez les patients et patientes ayant reçu au moins 2 traitements antérieurs comporte des limites, notamment la petite taille de l'échantillon et le manque d'information sur le caractère satisfaisant de l'essai des autres traitements, ce qui limite la capacité à en tirer des conclusions.

- **Manque de données comparatives** : En l'absence d'essais comparant directement le rozanolixizumab à d'autres médicaments utilisés pour traiter la MG, le CCEM évalue les données probantes des comparaisons de traitements indirectes soumises par le promoteur évaluant l'efficacité et les effets néfastes du rozanolixizumab par rapport à ceux des comparateurs. Le Comité note que la méta-analyse en réseau soumise est limitée par des imprécisions et l'hétérogénéité des études incluses, et les résultats de la comparaison indirecte ajustée par appariement sont incertains en raison du risque de facteur de confusion résiduel, de la petite taille de l'échantillon, des imprécisions et de la généralisabilité de l'évaluation de la réponse au traitement. Par conséquent, il n'est pas possible de tirer de conclusion ferme à partir des comparaisons de traitements indirectes concernant l'efficacité comparative du rozanolixizumab par rapport à l'éculizumab ou à l'efgartigimod alfa. Aucune donnée comparative sur les effets néfastes n'est déclarée.
- **Efficacité** : Le CCEM note que les estimations de l'effet pour les résultats en matière d'efficacité (échelle MG-ADL, QMG et MG-QoL 15r) dépassent les seuils suggérés par le médecin consulté dans le cadre de l'étude comme étant d'importance clinique, et l'évaluation au moyen de l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) conclut à des données probantes de certitude modérée. Le CCEM note que dans l'ensemble, le traitement par le rozanolixizumab procure de façon constante une plus grande diminution du score initial à l'échelle MG-ADL au jour 43 dans tous les sous-groupes comparativement au placebo (non noté avec l'approche GRADE); cependant, le large IC associé aux résultats pour les personnes porteuses d'anticorps anti-MuSK indique des imprécisions qui peuvent être dues à la petite taille de l'échantillon du sous-groupe.
- **Résultats à long terme** : Le CCEM note que la durée du traitement dans l'essai pivot MyCarinG est de 6 semaines, que les réponses sont évaluées au jour 43 et que la phase de prolongation à long terme ne comprend aucun comparateur. Par conséquent, le CCEM n'est pas en mesure de tirer de conclusion sur l'efficacité et les effets néfastes à long terme comparatifs du rozanolixizumab.
- **Rapport cout/efficacité du rozanolixizumab** : Si d'autres traitements contre la myasthénie généralisée réfractaire dont le remboursement a récemment été recommandé par CDA-AMC viennent à être remboursés par les régimes d'assurance médicaments participants, aucune donnée clinique comparative robuste ne justifie un surcout du rozanolixizumab par rapport au traitement de pointe le moins cher remboursé contre la myasthénie généralisée réfractaire avec anticorps anti-RACH ou anti-MuSK.

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 canadien d'expertise sur les médicaments

Membres du Comité

Les D^s Peter Jamieson (président), Dennis Ko, Kerry Mansell, Srinivas Murthy, Nicholas Myers, Krishnan Ramanathan, Marco Solmi, Edward Xie et Peter Zed, les D^{es} Sally Bean, Trudy Huyghebaert, Christine Leong et Alicia McCallum, et MM. Daryl Bell, Dan Dunsky et Morris Joseph.

Date de la réunion : Le 22 janvier 2025.

Absences : 2 membres.

Conflits d'intérêts : 1 membre n'a pas participé en raison d'un conflit d'intérêts.



Canada's Drug Agency
L'Agence des médicaments du Canada

Drugs, Health Technologies and Systems. Médicaments, technologies de la santé et systèmes.

ISSN : 2563-6596

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

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

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

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

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