Revue canadienne des technologies de la santé

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

Février 2025 Volume 5 Numéro 2

Médicaments Technologies de la santé Systèmes de santé

## Recommandation en vue du remboursement

# Zolbétuximab pour injection (Vyloy)

**Indication :** En combinaison avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine et de sel de platine, dans le traitement de première intention de l'adénocarcinome de l'estomac ou de la jonction œsogastrique non résécable localement avancé ou métastatique sans surexpression du facteur de croissance épidermique humain 2 chez l'adulte dont la tumeur exprime la claudine 18.2 selon un test validé.

**Promoteur :** Astellas Pharma Canada

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

# Résumé

## Quelle est notre recommandation concernant le remboursement de Vyloy?

L'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Vyloy dans le traitement première intention de l'adénocarcinome de l'estomac ou de la jonction œsogastrique (JOG) non résécable localement avancé ou métastatique sans surexpression du récepteur du facteur de croissance épidermique humain 2 (HER2-) chez l'adulte dont la tumeur exprime la claudine 18.2 (CLDN18.2), sous réserve de certaines conditions.

### Qui est admissible?

Vyloy ne doit être remboursé que chez les personnes dont les tumeurs expriment CLDN18.2 qui n'ont pas déjà reçu de traitement contre un cancer HER2- de l'estomac ou de la JOG avancé ou métastatique et qui présentent un bon indice fonctionnel.

### Quelles sont les conditions de remboursement?

Vyloy ne doit être remboursé que s'il est prescrit en combinaison avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine et de sel de platine par une personne clinicienne possédant une expertise et une expérience du traitement du cancer de l'estomac et de la JOG; de plus, le cout de Vyloy en combinaison avec la chimiothérapie doit être réduit de manière à ce que, pour le régime d'assurance médicaments, il ne dépasse pas celui du traitement par le nivolumab en combinaison avec une chimiothérapie ou par le pembrolizumab en combinaison avec une chimiothérapie. Enfin, il doit être possible d'effectuer des tests pour déterminer l'expression de CLDN18.2.

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

- Selon les données probantes issues de deux essais cliniques, le traitement par Vyloy, en combinaison avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine et de sel de platine, entraine une amélioration de la survie et pourrait retarder la progression du cancer de l'estomac ou de la JOG HER2− avancé ou métastatique chez les patients dont la tumeur exprime CLDN18.2 et qui n'ont jamais reçu de traitement de cette maladie.
- Vyloy répond aux besoins des patients en ce qui a trait au ralentissement de la progression de la maladie et à la prolongation de la survie, et est peu susceptible de détériorer la qualité de vie liée à la santé (QVLS).

# Résumé

- À la lumière de notre évaluation des données d'économie de la santé, Vyloy ne représente pas une bonne valeur pour le système de santé au prix courant accessible au public. Le Comité estime que les données probantes sont insuffisantes pour justifier un surcout de Vyloy par rapport à l'immunothérapie la moins chère, tous deux administrés en combinaison avec une chimiothérapie.
- Si l'on se fie aux prix courants accessibles au public, Vyloy en combinaison avec une chimiothérapie contenant une fluoropyrimidine et un sel de platine, devrait couter aux régimes d'assurance médicaments publics environ 6,7 millions de dollars sur les trois prochaines années (ce qui comprend les couts associés aux tests sur l'expression de CLDN18.2).
- Avant l'instauration d'un traitement par Vyloy, il faut déterminer l'expression de CLDN18.2 à l'aide d'un test d'immunohistochimie. Même si le test de l'expression de CLDN18.2 ne fait pas partie des tests diagnostiques systématiquement réalisés en contexte d'adénocarcinome de la JOG et qu'il n'est pas remboursé au Canada, sa mise en œuvre ne devrait pas avoir de répercussions importantes sur le système de santé, puisque les tests d'immunohistochimie sont largement accessibles partout au Canada.

## Autres renseignements

### Qu'est-ce que le cancer de l'estomac ou de la jonction œsogastrique?

Les cancers de l'estomac et de la jonction œsogastrique surviennent respectivement dans l'estomac, et à la jonction entre l'œsophage et l'estomac. La plupart du temps, il s'agit d'adénocarcinomes. On dit que le cancer est localement avancé s'il s'est propagé dans l'estomac ou la JOG et qu'il est métastatique s'il a migré vers une autre partie du corps. Au Canada, le taux de survie à 5 ans chez les patients atteints d'un cancer de l'estomac ou de la JOG est de 29 %. Si le cancer est métastatique, ce taux chute à 6,6 %.

### Besoins non comblés en contexte de cancer de l'estomac ou de la jonction œsogastrique

Bon nombre de personnes ayant un cancer de l'estomac ou de la JOG HER2- ne répondent pas aux options thérapeutiques proposées. Même chez les personnes qui répondent au traitement, la survie demeure limitée.

# Résumé

**Combien coute Vyloy?**

Le traitement par Vyloy en combinaison avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine et de sel de platine devrait couter approximativement 10 091 $ pour le 1er cycle, 7 887 $ pour les cycles 2 à 8 et 7 724 $ pour chaque cycle supplémentaire (chaque cycle durant 21 jours).

## Recommandation

Le Comité d'experts en examen (CEEP) du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux (PPEA) recommande le remboursement du zolbétuximab injectable, en combinaison avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine et de sel de platine, dans le traitement de première intention de l'adénocarcinome de l'estomac ou de la jonction œsogastrique (JOG) sans surexpression du récepteur du facteur de croissance épidermique humain 2 (HER2-), non résécable localement avancé ou métastatique, chez l'adulte dont la tumeur exprime la claudine 18.2 (CLDN18.2), sous réserve des conditions énoncées au tableau 1.

## Justification

Selon les données probantes issues de deux essais cliniques randomisés (ECR) de phase III menés à double insu contre placébo (SPOTLIGHT et GLOW), le zolbétuximab procure un bénéfice clinique quand il est combiné avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine et de sel de platine (protocole FOLFOX6 [fluoro-uracile, leucovorine et oxaliplatine 6] modifié ou protocole CAPOX [capécitabine et oxaliplatine]) en traitement de première intention de l'adénocarcinome de l'estomac ou de la JOG HER2− non résécable localement avancé ou métastatique chez l'adulte dont la tumeur exprime CLDN18.2. Dans l'essai SPOTLIGHT (N = 565), le traitement par le zolbétuximab en combinaison avec le protocole FOLFOX6 modifié a procuré une amélioration statistiquement significative et d'importance clinique de la survie globale (SG) (rapport des risques instantanés [RRI] de 0,784; intervalle de confiance [IC] à 95 % de 0,644 à 0,954; $p$ = 0,0075) et de la survie sans progression (SSP) (RRI de 0,751; IC à 95 % de 0,598 à 0,942; $p$ = 0,0066) par rapport au placébo en combinaison avec le protocole FOLFOX6 modifié. De même, dans l'essai GLOW (N = 507), le traitement par le zolbétuximab en combinaison avec le protocole CAPOX a procuré une amélioration statistiquement significative et d'importance clinique de la SG (RRI de 0,763; IC à 95 % de 0,622 à 0,936; $p$ = 0,0047) et de la SSP (RRI de 0,687; IC à 95 % de 0,544 à 0,866; $p$ = 0,0007) par rapport au placébo en combinaison avec le protocole CAPOX. Lors des essais pivots, le traitement par le zolbétuximab en combinaison avec une chimiothérapie a été associé à une augmentation du risque de nausées, de vomissements et de réactions à la perfusion par rapport à la chimiothérapie seule. Cependant, à l'instar des cliniciens experts, le CEEP estime que ces évènements indésirables (EI) seraient maitrisables dans la pratique clinique.

Les comparaisons de traitements indirectes (CTI) soumises par le promoteur portent à croire qu'il y a peu, voire pas de différences entre le zolbétuximab, le nivolumab et le pembrolizumab en matière d'amélioration de la SG et de la SSP quand ils sont utilisés en combinaison avec une chimiothérapie. Même si les comparaisons ne se limitaient pas aux personnes dont la tumeur exprimait CLDN18.2, le bénéfice clinique apporté par le zolbétuximab est comparable à celui apporté par le nivolumab ou le pembrolizumab dans le traitement de première intention de l'adénocarcinome de l'estomac ou de la JOG HER2− non résécable localement avancé ou métastatique. Les effets néfastes et la qualité de vie liée à la santé (QVLS) n'ont pas été évalués dans les CTI soumises.

Les patients soulèvent le besoin de nouveaux traitements efficaces qui prolongent la survie, réduisent le risque de progression de la maladie, améliorent la qualité de vie, s'administrent facilement et entrainent peu d'effets secondaires. Le CEEP estime que le zolbétuximab en combinaison avec une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine et de sel de platine répond à certains de ces besoins, puisqu'il prolonge la survie et ralentit la progression de la maladie.

Si l'on se fie au prix soumis par le promoteur pour le zolbétuximab et aux prix accessibles au public pour les autres médicaments, le zolbétuximab combiné à une chimiothérapie est plus couteux que le nivolumab combiné à une chimiothérapie. Comme l'efficacité du zolbétuximab est jugée comparable à celle du nivolumab, le cout total du traitement par le zolbétuximab combiné à une chimiothérapie ne devrait pas dépasser celui de l'immunothérapie la moins chère en combinaison avec une chimiothérapie.

## Tableau 1 : Conditions de remboursement et justification

| Condition de remboursement | Justification | Conseils de mise en œuvre |
|---|---|---|
| **Amorce du traitement** | | |
| 1. Le traitement par le zolbétuximab en combinaison avec une chimiothérapie contenant une fluoropyrimidine et un sel de platine est amorcé chez les patients présentant toutes les caractéristiques suivantes :<br>1.1. 18 ans ou plus;<br>1.2. adénocarcinome de l'estomac ou de la JOG non résécable localement avancé ou métastatique HER2+, jamais encore traité;<br>1.3. tumeur HER2− exprimant CLDN18.2. | Les données probantes issues des essais SPOTLIGHT et GLOW montrent une prolongation statistiquement significative de la SG et de la SSP chez les patients présentant des caractéristiques énumérées dans cette condition. | **Pour la condition 1.3 :** Le CEEP partage l'avis des cliniciens experts consultés à l'occasion de cet examen sur les points suivants :<br>1. Pour qu'on considère qu'une tumeur exprime CLDN18.2, ≥ 75 % des cellules tumorales doivent présenter une coloration modérée ou forte pour la CLDN18.2 membraneuse, obtenue par un test immunohistochimique validé.<br>2. La détermination de l'expression de CLDN18.2 par test immunohistochimique pourrait être effectuée systématiquement après le diagnostic d'adénocarcinome de l'estomac ou de la JOG au moment où un test similaire est effectué pour déterminer l'expression de HER2.<br>3. Le zolbétuximab peut être ajouté à la chimiothérapie si la confirmation de l'expression des biomarqueurs d'un patient tarde (HER2− ou CLDN18.2+). |
| 2. Les patients ne présentent pas de métastases actives au SNC. | Les patients ayant des antécédents de métastases au SNC étaient exclus des essais SPOTLIGHT et GLOW. | Le CEEP considère qu'il est approprié d'envisager l'admissibilité des patients ayant des métastases au SNC maitrisées. |
| 3. Les patients présentent un bon indice fonctionnel. | Pour être admissibles aux essais SPOTLIGHT et GLOW, les patients devaient avoir un indice fonctionnel ECOG de 0 ou de 1. | Le CEEP et les cliniciens experts s'accordent pour dire que les personnes présentant un indice fonctionnel ECOG supérieur à 1 pourraient également être admissibles, à la discrétion du médecin traitant. |

| Condition de remboursement | Justification | Conseils de mise en œuvre |
|---|---|---|
| **Arrêt du traitement** | | |
| 4. Le traitement est arrêté si l'une des situations suivantes survient :<br>4.1. progression clinique de la maladie;<br>4.2. apparition d'effets toxiques inacceptables. | Tout comme dans la pratique clinique, les patients des essais SPOTLIGHT et GLOW abandonnaient le traitement en cas de progression de la maladie ou d'apparition d'effets toxiques inacceptables. | — |
| **Prescription** | | |
| 5. Le zolbétuximab en combinaison avec la chimiothérapie est prescrit par des personnes cliniciennes possédant une expertise et une expérience du traitement du cancer de l'estomac et de la JOG. | Cette condition vise à s'assurer que le traitement n'est prescrit qu'aux personnes chez qui il est approprié et que les évènements indésirables sont maitrisés de façon optimale et rapide. | Les patients devraient recevoir une prophylaxie antiémétique (p. ex. conformément aux recommandations indiquées dans la monographie du produit ou aux directives des prestataires de soins de santé). |
| 6. Le zolbétuximab est prescrit en combinaison avec une chimiothérapie contenant une fluoropyrimidine et un sel de platine. | Lors des essais SPOTLIGHT et GLOW, le zolbétuximab était administré en combinaison avec les protocoles FOLFOX ou CAPOX. Il n'y a aucune donnée probante appuyant un bénéfice clinique du zolbétuximab en monothérapie. | Après le début du traitement, la chimiothérapie peut être arrêtée pour cause d'intolérance ou d'un commun accord entre le patient et le prescripteur, le traitement par le zolbétuximab se poursuivant en monothérapie jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables. |
| **Prix** | | |
| 7. Le prix du zolbétuximab combiné à la chimiothérapie est négocié de façon à ce que le cout du traitement pour le régime d'assurance médicaments ne dépasse pas celui de l'immunothérapie la moins chère combinée à la chimiothérapie dans le traitement de l'adénocarcinome de l'estomac ou de la JOG non résécable localement avancé ou métastatique. | Selon les résultats de la métaanalyse en réseau, l'opinion des cliniciens experts et les données du modèle pharmacoéconomique, la SG et la SSP sont semblables chez les patients traités par le zolbétuximab, par le nivolumab ou par le pembrolizumab (dans tous les cas en combinaison avec une chimiothérapie). Par conséquent, les données probantes sont insuffisantes pour justifier un surcout du zolbétuximab par rapport au nivolumab ou au pembrolizumab dans le traitement de l'adénocarcinome de l'estomac ou de la JOG non résécable localement avancé ou métastatique. | — |
| **Faisabilité de l'adoption** | | |
| 8. La faisabilité de l'adoption du zolbétuximab combiné à la chimiothérapie est examinée. | Au prix indiqué, 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. | — |

| Condition de remboursement | Justification | Conseils de mise en œuvre |
|---|---|---|
| 9. La faisabilité organisationnelle est examinée :<br>9.1. l'accès au test de l'expression de CLDN18.2 sera nécessaire pour repérer les patients possiblement admissibles au traitement par le zolbétuximab. | CLDN18.2 est un nouveau biomarqueur dont l'expression n'est pas vérifiée systématiquement à l'heure actuelle dans la pratique clinique. | — |

CAPOX = capécitabine et oxaliplatine; CDA-AMC = Agence des médicaments du Canada; CEEP = Comité d'experts en examen du Programme pancanadien d'évaluation des anticancéreux; CLDN18.2 = claudine 18.2; ECOG = *Eastern Cooperative Oncology Group*; FOLFOX = fluoro-uracile, leucovorine et oxaliplatine; HER2- = sans surexpression du récepteur du facteur de croissance épidermique humain 2; JOG = jonction œsogastrique; SG = survie globale; SNC = système nerveux central; SSP = survie sans progression

## Points de discussion

- **Besoin non comblé chez les patients ayant un score positif combiné (CPS, de l'anglais *combined positive score*) inférieur à 5 :** L'autorisation règlementaire et le remboursement du nivolumab dans le traitement de l'adénocarcinome de l'estomac ou de la JOG HER2− non résécable localement avancé ou métastatique chez l'adulte ne sont pas limités par le CPS de PD-L1 chez un patient. Les cliniciens experts remarquent que la communauté clinique pourrait être incertaine de l'efficacité du nivolumab combiné à une chimiothérapie chez les patients ayant un CPS de PD-L1 inférieur à 5 (d'après une analyse par sous-groupe issue de l'étude pivot CheckMate-649, selon laquelle le nivolumab combiné à la chimiothérapie aurait un effet non statistiquement significatif chez les patients se trouvant dans une telle situation). Même si l'effet du zolbétuximab combiné à la chimiothérapie n'a pas été évalué en fonction du CPS dans les essais SPOTLIGHT et GLOW, les patients atteints d'un adénocarcinome de l'estomac ou de la JOG HER2− avancé ou métastatique dont les tumeurs expriment CLDN18.2 et qui ont un CPS de PD-L1 de 5 ou moins pourraient avoir un besoin non comblé. Le zolbétuximab combiné à une chimiothérapie pourrait représenter une nouvelle option thérapeutique qui améliorerait la survie par rapport à la chimiothérapie seule chez ces patients au très mauvais pronostic et aux symptômes invalidants et chez les personnes qui ne peuvent pas recevoir d'inhibiteurs des points de contrôle immunitaires combinés à une chimiothérapie (p. ex. quand le nivolumab ou le pembrolizumab sont contrindiqués).
- **Effet sur les symptômes rapportés par les patients :** D'après les symptômes rapportés par les patients au cours des essais pivots, l'effet sur la QVLS du zolbétuximab combiné à une chimiothérapie n'a pas pu être évalué en raison du manque d'uniformité des résultats rapportés pour ce qui est du temps écoulé avant l'aggravation d'après les variations observées sur les échelles d'évaluation de la QVLS dans les essais SPOTLIGHT et GLOW.
- **EI gastro-intestinaux :** Le traitement par le zolbétuximab combiné à une chimiothérapie est associé à une augmentation du risque d'EI gastro-intestinaux par rapport à la chimiothérapie seule, puisque le zolbétuximab agit sur les cellules de la muqueuse gastrique, ce qui cause des nausées

et des vomissements. La monographie du produit fournit des recommandations sur le prétraitement visant à réduire ce risque ainsi que sur l'interruption et l'abandon du traitement (au besoin) chez les personnes qui présentent des EI de grade 2, 3 ou 4. Les cliniciens experts consultés lors du présent examen indiquent que ces évènements seraient maitrisables dans la pratique clinique. Même si ces EI pourraient ne pas limiter l'utilisation du zolbétuximab quand il s'agit du traitement de prédilection, des stratégies efficaces de prise en charge des EI devraient être mises en œuvre pour limiter l'effet des symptômes gastro-intestinaux chez les patients qui reçoivent ce traitement.

- **Évaluation du CPS et de l'expression de CLDN18.2 :** Même si le test d'immunohistochimie de HER2 fait déjà partie des examens de routine chez les patients atteints d'un adénocarcinome de l'estomac ou de la JOG partout au Canada, ce n'est pas le cas pour la vérification de l'expression de CLDN18.2. Selon les cliniciens experts, la mise en œuvre d'une vérification de l'expression de CLDN18.2 par un test d'immunohistochimie ne devrait pas avoir de répercussions importantes sur le système de santé, mais comme l'évaluation du CPS n'est à l'heure actuelle pas nécessaire pour repérer les candidats au traitement par le nivolumab (même s'il est possible de l'effectuer), le remboursement du zolbétuximab pourrait entrainer une augmentation de cette évaluation du CPS, puisque les personnes cliniciennes pourraient préférer utiliser le traitement chez les patients dont les tumeurs expriment CLDN18.2 et dont le CPS est inférieur à 5. L'adoption de ces tests et le moment de leur réalisation (soit l'un à la suite de l'autre, c'est-à-dire d'abord CLDN18.2, puis le CPS, soit en même temps lors du diagnostic) auront des répercussions sur l'impact budgétaire du remboursement du zolbétuximab.
- **Données probantes économiques :** Le CEEP se penche sur les données probantes économiques du zolbétuximab. Selon les réanalyses de CDA-AMC, d'après les données probantes indirectes, le zolbétuximab est associé à des couts plus importants et à davantage d'années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ), et son prix devrait être réduit d'environ 88 % pour qu'il soit considéré comme rentable à un seuil de disposition à payer de 50 000 $ l'AVAQ gagnée. Cependant, il n'y a pas de données probantes robustes justifiant un surcout du zolbétuximab par rapport à l'immunothérapie la moins chère remboursée, ces deux traitements étant utilisés en combinaison avec une chimiothérapie, sachant que la durée de traitement recommandée pour le nivolumab et le pembrolizumab est plafonnée à 24 mois, tandis qu'il est recommandé de poursuivre le traitement par le zolbétuximab jusqu'à la progression de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables. Étant donné les implications associées aux tests évoquées précédemment et les critères de faisabilité de l'adoption, le remboursement du zolbétuximab sera probablement associé à un surcout pour le système de santé.
- **Faisabilité de la mise en œuvre du remboursement :** Le zolbétuximab est un traitement qui nécessitera davantage de ressources tant de la part des patients que de celle des centres de traitement (y compris les médecins et le personnel infirmier de pharmacie) puisque les durées de préparation et de perfusion sont considérablement plus longues qu'avec les immunothérapies de comparaison. De plus, la durée de stabilité du zolbétuximab à température ambiante est courte, et si la perfusion n'est pas terminée dans les six heures suivant la préparation du médicament, alors le

sac de perfusion doit être jeté et un nouveau sac doit être préparé. Par conséquent, les provinces et les territoires devront tenir compte de cette augmentation de la durée d’administration et des ressources en pharmacie et soins infirmiers lors de la mise en œuvre de la recommandation de remboursement du zolbétuximab.

- **Cohérence avec les recommandations antérieures :** Le CEEP a recommandé l’utilisation du nivolumab et du pembrolizumab en combinaison avec une chimiothérapie dans le traitement de première intention de l’adénocarcinome de l’estomac ou de la JOG HER2− non résécable localement avancé ou métastatique. Selon les observations des régimes d’assurance médicaments, d’un point de vue de gestionnaire, il est bénéfique de disposer des mêmes conditions de remboursement pour tous les traitements d’un même espace thérapeutique; les cliniciens consultés par CDA-AMC sont d’accord avec une harmonisation des conditions de remboursement.

Pour connaitre 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 Drs 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, Mmes Annette Cyr, Amy Peasgood et Danica Wasney, et M. Terry Hawrysh.

**Date de la réunion :** Le 4 décembre 2024

**Absences :** Un membre est absent.

**Conflits d’intérêts :** Aucun.

**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 à 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.