

Recommandation en vue du remboursement de l'ACMTS

Finérénone (Kerendia)

Indication : Kerendia (finérénone) est indiqué en appoint au traitement de référence chez l'adulte atteint de néphropathie chronique et de diabète de type 2 pour réduire le risque :

- d'insuffisance rénale terminale et de diminution soutenue du débit de filtration glomérulaire estimé;
- de décès d'origine cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde non mortel ou d'hospitalisation pour cause d'insuffisance cardiaque.

Promoteur : Bayer

Recommandation finale : Rembourser sous réserve de conditions.

ISSN : 2563-6596

Avis de non-responsabilité : L'information contenue dans le présent document se veut utile aux décideurs, aux professionnels de la santé et aux dirigeants de systèmes de santé ainsi qu'aux responsables des orientations politiques du secteur de la santé au Canada; elle est destinée à éclairer leur prise de décisions et à améliorer la qualité des services de santé. Le document, auquel des patients et d'autres personnes peuvent avoir accès, est diffusé à titre d'information exclusivement, et rien n'est dit ou garanti quant à son adéquation à une finalité déterminée. L'information que renferme le document ne saurait tenir lieu de l'avis ou de l'opinion en bonne et due forme d'un médecin, du discernement ou du jugement du clinicien dans la prise en charge chez le patient en particulier ni d'un autre jugement professionnel qui intervient dans la prise de décisions. L'ACMTS – l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé – n'appuie, ne promeut ou n'encourage aucune information ou thérapie, ni aucun médicament, traitement, produit, processus ou service.

Bien que l'ACMTS ait tout mis en œuvre pour veiller à l'exactitude, à l'exhaustivité et à l'actualité de l'information présentée dans le document à la date de sa publication, elle n'offre aucune garantie à cet égard. Elle n'offre aucune garantie non plus quant à la qualité, à l'actualité, au bienfondé, à l'exactitude ou à la vraisemblance des énoncés, des renseignements ou des conclusions paraissant dans le matériel d'un tiers utilisé dans la rédaction du présent document. Les points de vue et les opinions de tiers figurant dans le présent document ne représentent pas forcément ceux de l'ACMTS.

L'ACMTS ne saurait être tenue responsable des erreurs ou des omissions, des blessures, des pertes, des dommages ou des préjudices découlant de l'usage ou du mésusage de l'information, des déclarations, des énoncés ou des conclusions contenus ou sous-entendus dans le présent document ni dans les sources d'information de référence.

Il peut y avoir des liens à des sites Web de tiers dans le présent document. Il peut y avoir des liens à des sites Web de tiers dans le présent document. Ce sont les modalités et les conditions énoncées sur ces sites qui en régissent l'utilisation. L'ACMTS n'offre aucune garantie quant à l'information contenue dans ces sites et elle n'est pas responsable des blessures, des pertes ou des dommages découlant de l'utilisation de sites de tiers. Elle ne saurait être tenue responsable non plus des pratiques de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels des sites de tiers.

Dans les limites et sous les conditions précisées ci-dessus, les points de vue exprimés ici sont ceux de l'ACMTS et ils ne représentent pas forcément ceux du gouvernement du Canada, des provinces ou des territoires ni de tout fournisseur d'information tiers.

Le présent document, dans son contenu et son utilisation prévue, s'inscrit dans le contexte du système de santé canadien. C'est à ses risques que l'utilisateur de ce document l'appliquera ailleurs qu'au Canada.

Le présent avertissement et tout litige ou question de quelque nature que ce soit ayant trait au contenu ou à l'usage ou au mésusage qui est fait du présent document sont régis et interprétés conformément aux lois de la province de l'Ontario et aux lois du Canada applicables, et toute procédure sera du ressort exclusif d'une cour de la province de l'Ontario au Canada.

L'ACMTS et ses concédants de licence sont les détenteurs du droit d'auteur et des autres droits de propriété intellectuelle relatifs au présent document. Ces droits sont protégés en vertu de la Loi sur le droit d'auteur du Canada et d'autres lois en vigueur au pays et d'accords internationaux. La reproduction du présent document est autorisée à des fins non commerciales seulement pourvu qu'il ne soit pas modifié et que l'ACMTS et ses concédants de licence soient dûment mentionnés.

Caviardage : À la demande du fabricant, l'ACMTS procède au caviardage de l'information confidentielle contenue dans le présent document conformément aux lignes directrices sur la confidentialité relatives aux examens en vue du remboursement d'un médicament à l'ACMTS.

L'ACMTS : L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) est un organisme indépendant sans but lucratif qui a pour mandat d'offrir des preuves objectives aux décideurs du secteur de la santé au Canada afin d'éclairer la prise de décisions sur l'utilisation optimale des médicaments, des dispositifs médicaux, des tests diagnostiques et des interventions chirurgicales ou médicales dans le système de santé canadien.

Financement : L'ACMTS bénéficie d'un soutien financier des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à l'exception de celui du Québec.

Que recommande l'ACMTS concernant le remboursement de Kerendia?

L'ACMTS recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Kerendia en appoint au traitement de référence chez l'adulte atteint de néphropathie chronique et de diabète de type 2, pour réduire le risque d'insuffisance rénale terminale et de diminution soutenue du débit de filtration glomérulaire estimé, de décès d'origine cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde non mortel ou d'hospitalisation pour cause d'insuffisance cardiaque, sous réserve de certaines conditions.

Quels sont les patients admissibles?

Kerendia ne doit être remboursé que dans le traitement de la néphropathie chronique associée au diabète de type 2, chez les patients présentant un débit de filtration glomérulaire estimé d'au moins 25 ml/min/1,73 m² et une concentration urinaire d'albumine anormalement élevée. Kerendia ne doit pas être remboursé chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique ou chez ceux qui reçoivent un traitement par un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes (p. ex. la spironolactone).

Quelles sont les conditions de remboursement?

Le médicament ne doit être remboursé que s'il est prescrit par un néphrologue expérimenté dans le diagnostic et la prise en charge de la néphropathie chronique associée au diabète de type 2, et si son coût est réduit.

Pourquoi l'ACMTS formule-t-elle cette recommandation?

- Les données probantes de deux essais cliniques montrent que les patients atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2 traités par Kerendia présentent une réduction du risque d'insuffisance rénale terminale et d'événements cardiovasculaires comparativement à ceux traités par le placebo.
- Kerendia pourrait répondre à certains besoins importants pour les patients, du fait qu'il réduit le risque de progression vers une insuffisance rénale et d'événements cardiovasculaires.
- À la lumière de l'évaluation menée par l'ACMTS sur les données d'économie de la santé, Kerendia ne représente pas une bonne valeur pour le système de santé au prix courant accessible au public. Une réduction du prix est donc requise.
- Si l'on se fie aux prix courants accessibles au public, Kerendia devrait coûter aux régimes d'assurance médicaments publics environ 148 millions de dollars sur les trois prochaines années.

Autres renseignements

Qu'est-ce que la néphropathie chronique?

La néphropathie chronique entraîne une perte graduelle de la fonction rénale. Il s'agit de la principale cause d'insuffisance rénale, menant ultimement à la dialyse ou à la greffe de rein. Le diabète est la cause la plus courante de néphropathie au Canada, et on estime que plus de 1 million de personnes au Canada vivaient avec une néphropathie chronique et le diabète de type 2 en 2022. Le diagnostic clinique de la néphropathie chronique chez les personnes atteintes de diabète se fonde sur l'albuminurie ou la diminution du débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe).

Besoins non comblés en contexte de néphropathie chronique

Les patients atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2 ont besoin de traitements efficaces qui préviennent la progression vers l'insuffisance rénale terminale et qui réduisent le risque d'événements cardiovasculaires.

Combien coute Kerendia?

Le traitement par Kerendia devrait couter annuellement environ 1 219 \$ par patient.

Recommandation

Le Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) de l'ACMTS recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser la finirénone en appoint au traitement de référence (TR) chez l'adulte atteint de néphropathie chronique et de diabète de type 2, pour réduire le risque d'insuffisance rénale terminale et de diminution soutenue du débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe), de décès d'origine cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde non mortel ou d'hospitalisation pour cause d'insuffisance cardiaque, sous réserve des conditions énoncées au tableau 1.

Justification

Deux essais cliniques de phase III à répartition aléatoire, menés à double insu et à comparateur actif (FIDELIO, N = 5 734; FIGARO, N = 7 437) auprès d'adultes atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2 montrent qu'en appoint au traitement de fond comprenant un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) en combinaison ou non avec un inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2), le traitement par la finirénone est associé à une réduction statistiquement significative du risque d'insuffisance rénale terminale dans l'essai FIDELIO et d'événements cardiovasculaires comparativement au placebo combiné au TR. Le critère d'évaluation principal de l'essai FIDELIO est le délai de survenue du critère d'évaluation composite rénal de 40 % (combinant le délai avant l'insuffisance rénale, une diminution soutenue du taux de filtration glomérulaire estimé \geq 40 % par rapport aux valeurs de départ sur une période d'au moins quatre semaines ou le décès d'origine rénale); le critère d'évaluation principal de l'essai FIGARO est le délai de survenue du critère d'évaluation composite cardiovasculaire (combinant le délai avant un décès d'origine cardiovasculaire, un infarctus du myocarde non mortel, un accident vasculaire cérébral non mortel ou une hospitalisation pour insuffisance cardiaque). Le premier critère d'évaluation secondaire de chaque essai est le critère d'évaluation principal de l'autre essai. Dans l'essai FIDELIO, après 36 mois de traitement, la finirénone est associée à une réduction du risque de 17,5 % du délai de survenue du critère d'évaluation composite rénal de 40 %, le rapport des risques instantanés (RRI) étant de 0,825 (intervalle de confiance à 95 % [IC] de 0,73 à 0,93; P = 0,0014) à l'avantage de la finirénone. Dans l'essai FIGARO, après 48 mois de traitement, le RRI de ce critère d'évaluation est de 0,87 (IC à 95 % de 0,76 à 1,01; P = 0,0689), ce qui n'est pas statistiquement significatif. Dans l'essai FIDELIO, la finirénone est associée à une réduction du risque de 14 % du délai de survenue du critère d'évaluation composite cardiaque, le RRI étant de 0,86 (IC à 95 % de 0,75 à 0,99; P = 0,0339) à l'avantage de la finirénone, alors que dans l'essai FIGARO, la finirénone est associée à une réduction du risque de 13 %, le RRI étant de 0,87 (IC à 95 % de 0,76 à 0,98; P = 0,0264) à l'avantage de la finirénone.

Les patients et les cliniciens experts expriment le besoin d'avoir des options de traitements qui réduisent le risque de progression vers une insuffisance rénale et d'événements cardiovasculaires, et qui améliorent la qualité de vie liée à la santé (QVLS). Le CCEM conclut que, d'après les données probantes, la finirénone semble répondre à certains des besoins énumérés par les patients, du fait qu'elle réduit le risque de progression vers l'insuffisance rénale et d'événements cardiovasculaires; cependant, aucune conclusion définitive n'a pu être tirée concernant les effets de la finirénone sur l'amélioration de la QVLS.

Étant donné la structure du modèle économique soumis, l'ACMTS n'a pas pu produire d'estimation de référence du rapport cout/efficacité de la finirénone; par conséquent, le CCEM a examiné les réanalyses exploratoires effectuées par l'ACMTS, qui explorent le rapport cout/efficacité de la finirénone comparativement au TR au moyen de différentes hypothèses. Si l'on se fie au prix soumis par le promoteur pour la finirénone et aux prix accessibles au public de tous les autres médicaments, le rapport cout/efficacité différentiel (RCED) de la finirénone est de 70 052 \$ à 2 994 490 \$ l'AVAQ gagnée. La présence d'un avantage sur le plan de la mortalité d'origine cardiovasculaire et le degré de réduction de la dialyse sont les deux éléments ayant le plus influé sur les résultats. D'après toutes les réanalyses, une réduction de prix serait nécessaire pour que le RCED de la finirénone passe sous le seuil de 50 000 \$ l'AVAQ gagnée.

Tableau 1 : Conditions de remboursement et justification

| Condition de remboursement | Justification | Conseils de mise en œuvre |
|---|--|--|
| Amorce du traitement | | |
| 1. Les patients atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2 ont un DFGe d'au moins 25 ml/min/1,73 m ² et un taux d'albumine d'au moins 30 mg/g (ou 3 mg/mmol). | Au moins 97 % des patients admis aux essais FIDELIO et FIGARO avaient un DFGe d'au moins 25 ml/min/1,73 m ² et un taux d'albumine d'au moins 30 mg/g. | Le CCEM note que les lignes directrices KDIGO définissent la néphropathie chronique comme étant « une excrétion d'albumine dans l'urine constamment élevée (créatinine ≥ 30 mg/g [3 mg/mmol]), une diminution soutenue du débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe < 60 ml/min/1,73 m ²) ou les deux, pendant plus de 3 mois ». |
| 2. Le traitement par la finirénone n'est pas remboursé chez les patients qui : 2.1. présentent une insuffisance cardiaque chronique de classe NYHA II ou IV; 2.2. reçoivent un ARM. | Les patients ayant un diagnostic clinique d'insuffisance cardiaque chronique avec une fraction d'éjection réduite et des symptômes persistants (classe NYHA II à IV) à la visite de rodage sont exclus des essais FIDELIO et FIGARO. Les patients ne pouvant pas arrêter leur traitement par un ARM au moins quatre semaines avant la visite de sélection sont exclus des essais FIDELIO et FIGARO. | — |
| Arrêt du traitement | | |
| 3. Le traitement par la finirénone est arrêté si l'une des situations suivantes se présente : 3.1. DFGe de moins de 15 ml/min/1,73 m ² ; 3.2. Le rapport albumine/créatine dans l'urine (RACU) augmente par rapport au taux initial pendant le traitement par la finirénone. | La finirénone est contrindiquée chez les patients ayant une insuffisance rénale terminale (DFGe < 15 ml/min/1,73 m ²). La variation du RACU entre le début de l'étude et le mois 4 est plus importante dans le groupe de la finirénone que dans le groupe du placebo dans les essais FIDELIO et FIGARO. D'après le clinicien expert, la réduction du RACU est un marqueur de remplacement approprié pour évaluer la réponse dans la pratique clinique. | Les cliniciens doivent indiquer les taux du RACU au début du traitement. |

| Condition de remboursement | Justification | Conseils de mise en œuvre |
|--|--|---------------------------|
| Prescription | | |
| 4. Le médicament n'est remboursé que s'il est prescrit par un néphrologue expérimenté dans le diagnostic et la prise en charge de la néphropathie chronique ou du diabète de type 2. | D'après le clinicien expert, un clinicien en soins primaires pourrait prescrire la finérénone en consultation avec un néphrologue. | — |
| Prix | | |
| 5. Le prix est réduit. | D'après les réanalyses exploratoires présentées, une réduction du prix d'au moins 55 % est nécessaire pour améliorer la probabilité que la finérénone soit rentable à un seuil de 50 000 \$ l'AVAQ. Cela est dû à des incertitudes concernant les avantages sur le plan de la survie attendus et le degré de réduction de la dialyse observé avec la finérénone comparativement au TR. Une incertitude importante persiste, car le TR utilisé dans les essais n'est pas représentatif de la pratique actuelle; par conséquent, des réductions de prix plus importantes pourraient être nécessaires. | — |
| Faisabilité de l'adoption | | |
| 6. La faisabilité de l'adoption de la finérénone est examinée. | Au prix soumis, on s'attend à ce que l'impact budgétaire de la finérénone soit supérieur à 40 000 000 \$ aux années 2 et 3 si elle est remboursée chez tous les patients atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2, sans égard aux traitements inclus dans le TR. | — |

AVAQ = année de vie ajustée en fonction de la qualité; ARM = antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes; DFGe = débit de filtration glomérulaire estimé; KDIGO = Kidney Disease: Improving Global Outcomes; NYHA = New York Heart Association; RACU = rapport albumine/créatine dans l'urine; TR = traitement de référence

Points de discussion

- Le promoteur a présenté une demande de reconsidération de la recommandation provisoire initiale de rembourser la finérénone. Le CCEM se penche sur chacun des points soulevés par le promoteur dans sa demande.
- Durant la rencontre de réexamen, le CCEM discute de la place attendue de la finérénone dans le traitement en pratique clinique au Canada. Le CCEM examine les renseignements du rapport consensuel de l'American Diabetes Association et des Kidney Disease: Improving Global Outcomes, ainsi que les lignes directrices de pratique clinique publiées par l'American Association of Clinical Endocrinology. La finérénone devrait seulement être remboursée lorsque prescrite en appoint au TR chez les patients atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2 ayant une albuminurie persistante; le TR désigne la dose maximale tolérée d'un inhibiteur de l'ECA ou d'un ARA en combinaison avec un inhibiteur de SGLT2, à moins que les inhibiteurs de SGLT2 soient contraindiqués ou non tolérés.

- Durant la rencontre de réexamen, le CCEM note que bien que les inhibiteurs de SGLT2 et le peptide-1 de type glucagon (GLP-1) soient indiqués pour améliorer la régulation glycémique chez les adultes atteints de diabète de type 2, seuls les inhibiteurs de SGLT2 sont actuellement indiqués pour réduire le risque de diminution soutenue du DFGe, d'insuffisance rénale terminale et de décès d'origine cardiovasculaire ou rénale chez les adultes atteints de néphropathie chronique.
- Durant les rencontres de premier examen et de réexamen, le CCEM discute des résultats chez le sous-groupe de patients des essais FIDELIO et FIGARO recevant soit un inhibiteur de l'ECA ou un ARA en combinaison avec un inhibiteur de SGLT2. En raison des données probantes limitées, une incertitude persiste quant à la généralisabilité des résultats des essais pivots aux patients qui recevraient la finérénone en traitement d'appoint à un inhibiteur de l'ECA ou à un ARA en combinaison avec un inhibiteur de SGLT2; cependant, le clinicien expert mentionne que la finérénone pourrait procurer un avantage additionnel lorsque prescrite à des patients ayant une albuminurie persistante recevant également un inhibiteur de SGLT2. De plus, le remboursement de la finérénone pourrait devoir être revu ou ajusté lorsque les résultats d'un essai toujours en cours (l'essai CONFIDENCE), qui évalue la combinaison de la finérénone et de l'empaglifozine chez les adultes atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2, seront disponibles.
- La comparaison directe de la finérénone et des inhibiteurs de SGLT2 est limitée par la petite taille de la sous-population incluse dans les essais. Selon une méta-analyse en réseau comparant la finérénone et les inhibiteurs de SGLT2 chez les patients atteints d'une néphropathie chronique et de diabète de type 2 recevant un traitement de fond par un inhibiteur de l'ECA ou un ARA, les inhibiteurs de SGLT2 sont plus efficaces que la finérénone pour ralentir la progression vers l'insuffisance rénale et réduire les hospitalisations liées à une insuffisance cardiaque chez cette population. Cependant, un seul essai parmi les huit essais inclus évalue la finérénone, ce qui limite la puissance statistique de cette méta-analyse en réseau et empêche de tirer des conclusions définitives concernant l'efficacité comparative de la finérénone par rapport aux inhibiteurs de SGLT2.
- Les essais FIDELIO et FIGARO n'ont pas la puissance nécessaire pour évaluer le risque de mortalité toutes causes confondues et d'hospitalisation toutes causes confondues; par conséquent, l'effet de la finérénone sur ces critères d'évaluation demeure inconnu.
- Le CCEM observe des divergences entre les essais FIDELIO et FIGARO en ce qui concerne le critère d'évaluation composite rénal de 40 % et note que l'essai FIDELIO admet des patients ayant un DFGe plus faible et un RACU plus élevé au départ que ceux admis à l'essai FIGARO. Dans l'essai FIDELIO, le DFGe initial moyen est de 44 ml/min/1,73 m² (écart type [ÉT] = 12,5 ml/min/1,73 m²) dans les deux groupes, et le RACU initial moyen est de 798,8 mg/g (ÉT = 2,7 mg/g) dans le groupe de la finérénone et de 814,7 mg/g (ÉT = 2,7 mg/g) dans le groupe du placebo; dans l'essai FIGARO, le DFGe initial moyen est d'environ 68 ml/min/1,73 m² (ÉT = 21,7 ml/min/1,73 m²) dans les deux groupes et le RACU initial moyen est de 284,3 mg/g (ÉT = 3,6 mg/g) dans le groupe de la finérénone et de 288,9 mg/g (ÉT = 3,5 mg/g) dans le groupe du placebo. Environ 88 % des patients de l'essai FIDELIO et 50,7 % des patients de l'essai FIGARO ont une albuminurie très élevée.
- Le maintien et l'amélioration de la qualité de vie est un critère important pour les patients. Cependant, l'interprétation des résultats sur la QVLS est limitée par le nombre décroissant de patients répondant aux évaluations au fil du temps et par le manque de données probantes concernant la validité ou la différence minimale importante du questionnaire sur la qualité de vie liée à la néphropathie (KDQOL) et du questionnaire 5-Level EQ-5D chez les patients atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2; par conséquent, l'effet de la finérénone sur la QVLS est inconnu.

- L'estimation de la réduction de prix nécessaire pour que la finirénone soit rentable est incertaine. Le TR utilisé dans l'analyse pharmacoéconomique du promoteur, fondé sur l'essai FIDELIO, n'est pas représentatif du TR actuel, ce qui ajoute de l'incertitude à l'analyse. L'analyse pharmacoéconomique de l'ACMTS permet des améliorations au DFGe sans fondement clinique et des réductions des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde qui ne sont pas observées dans les essais, et pourrait surestimer les économies de coûts associées à la prévention des événements cardiovasculaires. Par conséquent, une réduction supplémentaire du prix pourrait être nécessaire pour assurer la rentabilité de la finirénone.
- L'impact budgétaire potentiel du remboursement de la finirénone est important; il est estimé à 148 282 507 \$ sur 3 ans. La négociation du prix et la mise en place de critères d'arrêt du traitement pourraient aider à le réduire.

Pour connaître le contenu des sections Contexte, Sources d'information utilisées par le Comité, Points de vue des parties prenantes, Données probantes cliniques et Données probantes économiques, veuillez consulter la recommandation anglaise.

Demande de reconsidération

Le promoteur présente une demande de reconsidération visant la recommandation provisoire sur la finirénone dans le traitement chez les patients atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2. Dans sa demande, le promoteur s'oppose à la condition présentée dans l'ébauche de recommandation du CCEM qui stipule que le traitement par la finirénone n'est pas remboursé chez les patients « recevant un inhibiteur de SGLT2, sans égard à l'indication » pour les raisons suivantes :

- cette restriction n'est pas appuyée par les données probantes présentées dans la demande clinique et dans le rapport d'examen clinique;
- la focalisation sur le sous-groupe recevant un inhibiteur de SGLT2 est une décision erronée, arbitraire et incohérente;
- l'ébauche de recommandation est contraire à l'opinion du clinicien expert et à toutes les lignes directrices cliniques récentes;
- l'exclusion des patients recevant un inhibiteur de SGLT2 est inéquitable.

Lors de l'analyse de la demande de reconsidération du promoteur, le Comité a tenu compte des renseignements suivants :

- la rétroaction du promoteur;
- les renseignements issus de la demande initiale au sujet des éléments relevés par le promoteur;
- la rétroaction fournie par deux cliniciens spécialistes expérimentés dans le diagnostic et la prise en charge de la néphropathie chronique et de maladies cardiovasculaires;
- la rétroaction des régimes d'assurance médicaments publics;
- la rétroaction présentée par 33 groupes de cliniciens, composés de 159 cliniciens.

Toute la rétroaction reçue en réponse à la recommandation provisoire de la part des groupes de cliniciens et des régimes publics d'assurance médicaments est disponible sur le site Web de l'ACMTS.

Comité canadien d'expertise sur les médicaments

Date de la réunion (premier examen) : Le 27 octobre 2022

Membres du Comité

Les D^{rs} James Silvius (président), Sally Bean, Alun Edwards, Ran Goldman, Allan Grill, Christine Leong, Kerry Mansell, Alicia McCallum, Srinivas Murthy, Danyaal Raza, Emily Reynen et Peter Zed, MM. Dan Dunskey, et Bob Gagné et Morris Joseph, et M^{me} Heather Neville.

Absences : Un membre est absent.

Conflits d'intérêts : Aucun.

Date de la réunion (reconsidération) : Le 22 février 2023

Membres du Comité

Les D^{rs} James Silvius (président), Sally Bean, Alun Edwards, Ran Goldman, Allan Grill, Christine Leong, Kerry Mansell, Alicia McCallum, Srinivas Murthy, Danyaal Raza, Emily Reynen et Peter Zed, MM. Dan Dunskey, et Bob Gagné et Morris Joseph, et M^{me} Heather Neville.

Absences : Cinq membres sont absents.

Conflits d'intérêts : Aucun.