



## Recommandation en vue du remboursement de l'ACMTS

# Setmélanotide (Imcivree)

**Indication :** Dans la régulation pondérale chez l'adulte et l'enfant de 6 ans ou plus atteint d'obésité associée au syndrome de Bardet-Biedl.

**Promoteur :** Rhythm Pharmaceuticals

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



## Résumé

### Que recommande l'ACMTS concernant le remboursement d'Imcivree?

L'ACMTS recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Imcivree dans la régulation pondérale chez l'adulte et l'enfant de 6 ans ou plus atteint d'obésité associée au syndrome de Bardet-Biedl (SBB), sous réserve de certaines conditions.

#### Quels sont les patients admissibles?

Imcivree ne doit être remboursé que chez les patients âgés de 6 ans et plus ayant reçu un diagnostic clinique ou génétique de SBB et d'obésité.

#### Quelles sont les conditions de remboursement?

Imcivree ne doit être remboursé que s'il est prescrit par un endocrinologue, un endocrinologue pédiatre ou un spécialiste de la régulation pondérale ou de l'obésité, et si son coût est réduit. À l'instauration du traitement, Imcivree ne doit être remboursé que pendant 26 semaines. Le remboursement pourra être renouvelé annuellement chez les patients enregistrant une diminution d'importance clinique du poids corporel ou de l'indice de masse corporelle (IMC).

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

- Les résultats d'un essai clinique montrent que le traitement par Imcivree réduit le poids corporel chez des patients âgés de 6 ans et plus et atteints d'obésité associée au SBB, et qu'il atténue la faim.
- Les patients considèrent la réduction du poids corporel et l'atténuation de la faim comme des résultats importants. D'après les données probantes, Imcivree pourrait combler ces besoins.
- À la lumière de l'évaluation menée par l'ACMTS sur les données d'économie de la santé, Imcivree 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, Imcivree devrait coûter aux régimes d'assurance médicaments publics environ 23 millions de dollars sur les trois prochaines années.

### Autres renseignements

#### Qu'est-ce que le syndrome de Bardet-Biedl?

Le SBB est une maladie génétique rare et incurable qui provoque de nombreux symptômes, dont l'hyperphagie, l'absence de sensation de satiété et l'obésité précoce. La prévalence du SBB est estimée à 1 personne



## Résumé

sur 100 000 à 160 000 en Amérique du Nord et en Europe, mais elle est plus élevée dans certaines régions, comme à Terre-Neuve-et-Labrador (1 personne sur 16 000 à 18 000).

### **Besoins non comblés en contexte de syndrome de Bardet-Biedl**

Il n'existe pas d'autres traitements indiqués dans la prise en charge du SBB. Selon les patients, les trois symptômes les plus éprouvants et les plus négatifs de la maladie sont la faim incessante, l'hyperphagie et l'obésité.

### **Combien coûte Imcivree?**

Chez les enfants et les adolescents de 17 ans ou moins, le traitement par Imcivree à la dose maximale recommandée devrait coûter annuellement 294 172 \$ par patient. Chez les adultes de 18 ans et plus, le traitement par Imcivree coûterait annuellement 441 258 \$ par patient.

## Recommandation

Le Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) de l'ACMTS recommande le remboursement du setmélanotide dans la régulation pondérale chez l'adulte et l'enfant de 6 ans ou plus atteint d'obésité associée au syndrome de Bardet-Biedl (SBB), sous réserve des conditions énoncées au [tableau 1](#).

## Justification

Le SBB est une ciliopathie rare et très hétérogène, d'origine génétique, se caractérisant par une atteinte polysystémique. L'hyperphagie associée à l'obésité est considérée comme la principale caractéristique du SBB, et elle serait causée par une altération de la voie du récepteur des mélanocortines de type 4 (MC4R), laquelle joue un rôle dans la sensation de satiété, la régulation de l'appétit, la prise alimentaire et la dépense énergétique. Le CCEM reconnaît que le setmélanotide, en tant qu'agoniste de MC4R, est le seul traitement ciblant le mécanisme pathologique sous-jacent du SBB dont les patients disposent.

Les données provenant d'un essai de phase III comportant une période de 14 semaines randomisée et à double insu contre placebo, suivie d'une période de 52 semaines portant sur un seul groupe menée en mode ouvert, montrent que le traitement par le setmélanotide entraîne un bénéfice clinique supplémentaire chez des patients âgés de 6 ans ou plus et atteints d'obésité associée au SBB. L'étude 023 a recruté des patients atteints d'obésité associée au SBB (N = 44) ou au syndrome d'Alström (N = 8), bien que seule la population de patients atteints du SBB soit pertinente dans le cadre de cette recommandation, et que les résultats obtenus pour ce sous-groupe soient présentés à partir d'une analyse à postériori. L'étude 023 montre que l'administration de setmélanotide pendant 52 semaines entraîne une réduction d'importance clinique des mesures liées au poids, comme le poids corporel total et l'IMC, étayée par les résultats comparatifs exploratoires obtenus pendant la période contrôlée contre placebo de 14 semaines. On note également une réduction constante du score de la faim pendant les deux périodes (contrôlée par placebo et ouverte) chez les patients ne présentant pas de troubles cognitifs, mais l'échelle utilisée pour évaluer la sensation de faim n'a pas été validée par des experts externes. Par conséquent, on ne peut pas tirer de conclusion quant à l'importance clinique de ces résultats. De même, les résultats relatifs à la qualité de vie liée à la santé (QVLS) à 52 semaines sont en faveur d'un effet bénéfique du setmélanotide, bien qu'il soit difficile d'attribuer ce bénéfice au médicament compte tenu de la petite taille des échantillons et du fait que l'étude ne compte qu'un seul groupe.

Les patients expriment le besoin d'options de traitements ciblés pour atténuer et surmonter la faim incessante et réduire l'obésité qui s'ensuit, causées par le SBB. Bien que d'autres besoins restent à combler dans le traitement de ce syndrome, les groupes de défense des intérêts des patients rapportent que la faim incessante, l'hyperphagie et l'obésité comptent parmi les symptômes les plus courants et les plus éprouvants. Le CCEM conclut que le setmélanotide entraîne une diminution d'importance clinique du poids corporel total ou de l'IMC, et qu'il pourrait combler certains besoins liés à la faim. Le Comité prend acte du fait qu'il existe d'importants besoins à combler en contexte de SBB, comme il s'agit d'une maladie génétique

rare et incurable pour laquelle il n'existe aucun traitement ciblé; il estime que le setmélanotide pourrait répondre à certains de ces besoins.

Si l'on se fie au prix soumis par le promoteur pour le setmélanotide et aux prix accessibles au public pour les autres médicaments, le rapport cout/efficacité différentiel (RCED) du setmélanotide est de 2 336 431 \$ s'il est amorcé chez l'enfant, et de 2 726 591 \$ s'il est amorcé chez l'adulte, par année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ) gagnée comparativement au traitement symptomatique optimal (TSO). À ces valeurs de RCED et au seuil de disposition à payer de 50 000 \$ l'AVAQ, le traitement par le setmélanotide ne s'avère pas rentable dans le contexte de la régulation pondérale chez les patients de 6 ans et plus atteints d'obésité associée au SBB. Une réduction de prix est donc nécessaire pour que le médicament soit considéré comme rentable au seuil établi.

**Tableau 1 : Conditions de remboursement et justification**

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
<b>Amorce du traitement</b>		
1. Le traitement par le setmélanotide est remboursé s'il est amorcé chez des patients âgés de 6 ans et plus ayant reçu un diagnostic clinique ou génétique de SBB et d'obésité.	L'étude 023 a recruté des patients âgés de 6 ans et plus, atteints d'obésité et ayant reçu un diagnostic clinique de SBB. La confirmation génétique du diagnostic n'y était pas requise.	Dans l'étude 023 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'obésité a été définie par un IMC <math>\geq 30</math> chez les patients de <math>\geq 16</math> ans, ou par un poids <math>&gt; 97^{\text{e}}</math> centile pour l'âge et le sexe chez les patients de <math>&lt; 16</math> ans.</li> <li>• La confirmation génétique du SBB a été définie comme une mutation homozygote ou hétérozygote entraînant une perte de fonction de gènes associés au SBB.</li> <li>• Le diagnostic clinique du SBB reposait sur les critères de Beales.</li> </ul>
2. La durée maximale de la première autorisation est de 26 semaines.	Bien que la durée du traitement par le setmélanotide dans l'étude 023 ait été de 52 semaines, la monographie approuvée par Santé Canada indique que si une perte pondérale d'importance clinique n'a pas été atteinte après 22 semaines, il est peu vraisemblable de l'atteindre et de la maintenir en prolongeant le traitement. Le CCEM recommande une durée de 26 semaines pour la première autorisation, afin d'accorder une flexibilité supplémentaire de 4 semaines pour permettre la planification des évaluations de suivi.	—

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
<b>Renouveau</b>		
<p>3. À la première demande de renouvellement du remboursement, le médecin démontre l'effet clinique bénéfique, notamment :</p> <p>3.1. une réduction d'au moins 5 % de l'IMC ou du poids corporel total chez les patients de 12 ans ou plus, ou</p> <p>3.2. une réduction du score z de l'IMC considérée par le médecin traitant comme bénéfique sur le plan clinique, le cas échéant, chez les patients de 6 à 11 ans.</p>	<p>Les cliniciens experts reconnaissent qu'une réduction de 5 % du poids corporel total ou de l'IMC est importante sur le plan clinique dans le cadre de la prise en charge de l'obésité associée au SBB. D'après la monographie du setmélanotide, si un patient n'a pas terminé sa croissance et n'a pas perdu au moins 5 % de son poids initial ou 5 % de son IMC initial après 22 semaines de traitement, il faut cesser le traitement, car il est peu probable que ce patient puisse obtenir et maintenir une perte de poids d'importance clinique en poursuivant le traitement.</p> <p>Les mesures permettant de déceler une amélioration sur le plan du poids corporel prêtent à confusion chez les enfants en pleine croissance. Dans l'étude 023, le score z de l'IMC a été utilisé chez des enfants âgés de 6 à moins de 12 ans et il n'y avait pas de seuil établi du score z de l'IMC indiquant une réponse minimale.</p>	<p>Les cliniciens experts indiquent au CCEM que, bien qu'il n'y ait pas de variation d'importance clinique du score z de l'IMC établie pour évaluer la perte pondérale chez les enfants atteints de SBB, il serait plausible d'un point de vue clinique que la variation d'importance clinique soit comparable à celle utilisée chez la population pédiatrique générale, soit une réduction estimée d'au moins 0,20 du score z de l'IMC.</p>
<p>4. Pour le premier renouvellement du remboursement, le médecin fournit la preuve du maintien de la réponse obtenue après les 26 premières semaines de traitement par le setmélanotide. Par la suite, le renouvellement du remboursement est évalué annuellement.</p>	<p>L'évaluation annuelle permet de veiller à ce que le traitement soit utilisé chez les personnes qui en tirent un bénéfice et réduit le risque de traitement inutile.</p> <p>Les cliniciens experts indiquent que, même avec des traitements efficaces, il faut s'attendre à ce que la perte pondérale atteigne un plateau et que l'on devrait autoriser les renouvellements si elle se maintient.</p>	<p>Les cliniciens experts font remarquer au CCEM que l'interprétation du « maintien » de la perte pondérale chez un enfant de moins de 12 ans, ou avant ou pendant la puberté, peut s'avérer complexe et varier au cas par cas au regard des courbes de croissance normales.</p> <p>Les cliniciens experts notent que le maintien des mesures liées au poids (poids corporel total, IMC ou score z de l'IMC) depuis le premier renouvellement est considéré comme bénéfique si l'on prend en ligne de compte l'évolution naturelle à long terme de l'obésité et des affections associées au SBB.</p>
<p>5. Le patient est suivi par un endocrinologue, un endocrinologue pédiatre ou un spécialiste de la régulation pondérale ou de l'obésité.</p>	<p>Il est important que le diagnostic de SBB soit juste et que les patients fassent l'objet d'un suivi approprié afin de veiller à ce que le setmélanotide soit prescrit aux patients chez qui il est le plus approprié et que les éventuels effets indésirables soient pris en charge adéquatement.</p>	

Condition de remboursement	Justification	Conseils de mise en œuvre
<b>Prescription</b>		
	Idéalement, selon les cliniciens experts, les patients atteints du SBB devraient être suivis par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins spécialistes, de prestataires de services de soutien en santé mentale et de diététistes agréés. Cependant, selon le lieu de résidence du patient et d'autres circonstances, l'accès à certains spécialistes ou services de soutien peut s'avérer difficile.	—
<b>Prix</b>		
6. Le prix est réduit.	Si le traitement est amorcé chez l'enfant, le RCED du setmélanotide est de 2 336 431 \$ l'AVAQ gagnée comparativement au TSO. Si le traitement est amorcé chez l'adulte, le RCED est légèrement plus élevé, soit de 2 726 591 \$ l'AVAQ gagnée comparativement au TSO.  Une réduction de prix du setmélanotide de 98 % serait nécessaire pour que le RCED passe sous la barre des 50 000 \$ l'AVAQ gagnée, comparativement au TSO.	—
<b>Faisabilité de l'adoption</b>		
7. La faisabilité de l'adoption du setmélanotide 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 l'ACMTS.	—

AVAQ = année de vie ajustée en fonction de la qualité; IMC = indice de masse corporelle; RCED = rapport cout/efficacité différentiel; SBB = syndrome de Bardet-Biedl; TSO = traitement symptomatique optimal

## Points de discussion

- Le CCEM discute de la population de patients, de la rareté et de la gravité de la maladie et du manque d'options de traitement offertes, tout autant d'éléments qui mettent en évidence un important besoin à combler. L'obésité précoce et la faim ou l'hyperphagie (ainsi que les comportements connexes et les répercussions sur la QVLS) sont, selon les patients et les cliniciens, deux des manifestations les plus éprouvantes du SBB.
- Les cliniciens experts font remarquer que le setmélanotide est considéré comme le traitement de première intention le plus approprié sur le plan clinique du SBB en présence d'hyperphagie et

d'obésité, car il est le seul traitement offert ciblant le mécanisme pathologique sous-jacent. Hormis un très petit nombre d'études de cas, il n'y a pas de données portant sur d'autres traitements pharmacologiques du SBB. Selon le CCEM, la prise en charge du SBB devrait combiner le traitement de première intention par le setmélanotide et des interventions non pharmacologiques comme les modifications comportementales, un régime alimentaire strict et l'activité physique. Notons qu'étant donné la nature biologique de l'hyperphagie, la prévalence élevée des troubles cognitifs et d'autres maladies concomitantes, ainsi que l'apparition précoce de la maladie, de telles interventions sont particulièrement difficiles à mettre en place chez cette population. Par conséquent, il serait inapproprié de suspendre ou de retarder le traitement pharmacologique pour essayer uniquement des modifications du comportement et du mode de vie.

- Les cliniciens et des groupes de défense des intérêts des patients indiquent que l'hyperphagie est l'un des symptômes les plus éprouvants du SBB et représente un important besoin non comblé. Dans l'étude 023, bien qu'il semble y avoir une atténuation de la faim à 52 semaines, et comparativement au placebo à 14 semaines, les questionnaires élaborés par le promoteur en vue d'évaluer ce paramètre et les différences minimales d'importance clinique (DMIC) associées n'ont pas été validés par des experts externes. Il n'est donc pas certain que les améliorations observées des scores de la faim aient une importance clinique et que l'on puisse les attribuer au setmélanotide. Bien que la maîtrise de l'hyperphagie demeure un important besoin non comblé, il n'existe actuellement aucun questionnaire validé pour mesurer adéquatement l'effet du traitement sur ce paramètre.
- Les cliniciens experts font remarquer que le diagnostic clinique repose généralement sur les critères de Beales. Comme le SBB est une ciliopathie génétique provoquant une atteinte polysystémique, un diagnostic clinique erroné est peu probable, même s'il est possible que le diagnostic soit retardé du fait de la rareté de la maladie et du manque de connaissances à ce sujet, de l'apparition progressive des symptômes pendant l'enfance ainsi que de la stigmatisation entourant l'obésité et l'hyperphagie.
- Le CCEM discute des avis divergents concernant l'exigence d'une confirmation génétique du diagnostic de SBB comme critère d'admissibilité au traitement. La liste des gènes découverts est probablement incomplète, et il ne paraît pas raisonnable de s'y fier, car les mutations causant des troubles cliniques en lien avec la voie MC4R n'ont pas encore été toutes identifiées. Le CCEM recommande donc d'exiger la confirmation clinique ou génétique du diagnostic de SBB avant la mise en route d'un traitement par le setmélanotide. Selon les cliniciens experts, la majorité des patients chez qui l'on soupçonne un diagnostic de SBB d'après le tableau clinique cherchent à obtenir des tests génétiques, lesquels sont effectués à l'extérieur du pays. Étant donné le peu d'accessibilité des tests génétiques confirmant un diagnostic de SBB et le fardeau des coûts que leur réalisation imposerait aux systèmes de santé publics, le CCEM recommande d'exiger du promoteur qu'il couvre le coût de ces tests partout au Canada et s'assure de leur accessibilité en fonction des besoins.
- Il existe des incertitudes associées à l'efficacité et à l'innocuité à long terme du setmélanotide tenant au fait que l'étude de prolongation à long terme (étude 022) était en cours au moment de l'examen et que ce médicament pourrait devoir être administré à vie.

- Le CCEM examine les considérations d'éthique et d'équité liées à l'emploi du setmélanotide, notamment au regard du lourd fardeau physique, émotionnel et psychosocial imposé par le SBB ou par la prestation de soins à une personne atteinte de ce syndrome. La grande vulnérabilité de cette population de patients est également abordée dans le contexte où, en général, le SBB se manifeste et est diagnostiqué pendant la petite enfance et est parfois associé à des troubles cognitifs. Bien que les données probantes sur l'efficacité et l'innocuité à long terme du setmélanotide soient limitées, ce médicament pourrait, s'il était remboursé, combler d'importants besoins chez les personnes atteintes du SBB. Le CCEM souligne également l'importance de soupeser les méfaits potentiels découlant du recours obligatoire à des tests génétiques pour confirmer un diagnostic clinique en vue d'autoriser la prescription du setmélanotide (p. ex., obstacle à l'accès au médicament) et les bénéfices éventuels (p. ex., prévention d'un élargissement de l'indication, compte tenu du coût élevé du médicament). Dans le même ordre d'idées, le Comité se penche sur les disparités géographiques potentielles en matière d'accès aux soins spécialisés qui sont nécessaires aussi bien pour confirmer le diagnostic que pour prescrire le setmélanotide. Il s'avère également nécessaire de poursuivre la collecte de données à long terme pour éclairer la prise de décisions cliniques et stratégiques, par exemple en créant un registre de patients canadien afin de mieux comprendre l'innocuité et l'efficacité du setmélanotide au sein de cette population hétérogène et d'atténuer les éventuelles préoccupations éthiques, notamment en ce qui concerne la protection de la vie privée, soulevées par la transmission de données dans les registres internationaux de patients.

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<sup>rs</sup> 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 Dunsky, Bob Gagné et Morris Joseph, et M<sup>me</sup> Heather Neville.

**Date de la réunion :** Le 23 août 2023

**Absences :** Aucune.

**Conflits d'intérêts :** Aucun.

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, par là, 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 un 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.

Chaque Partie est titulaire d'une licence non exclusive, limitée, exempte de redevances, mondiale, non transférable, entièrement payée et irrévocable pour utiliser le rapport en appui à ses objectifs, à sa mission et à ses exigences raisonnables d'exploitation. 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 par d'autres lois en vigueur au pays et accords internationaux. La reproduction du présent document à des fins non commerciales est autorisée à la condition 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.