

## PROGRAMME COMMUN D'ÉVALUATION DES MÉDICAMENTS DE L'ACMTS

# Recommandation du Comité canadien d'expertise sur les médicaments de l'ACMTS

(finale)

### **EMTRICITABINE/RILPIVIRINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (ODEFSEY — GILEAD SCIENCES CANADA)**

Indication : l'infection due au VIH-1

#### **RECOMMANDATION :**

Le Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) de l'ACMTS recommande de rembourser l'association emtricitabine/rilpivirine/ténofovir alafénamide (FTC/RPV/TAF) en tant que régime thérapeutique complet dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) chez l'adulte qui ne présente aucune mutation connue associée à la résistance à la classe des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), au ténofovir ou à l'emtricitabine (FTC) et dont la charge virale est  $\leq 100\,000$  copies/ml, sous réserve des conditions ci-dessous :

#### **Conditions :**

- Le coût de FTC/RPV/TAF ne devrait pas dépasser celui de FTC/RPV/ténofovir disoproxil fumarate (TDF) ou celui des composants individuels de l'association FTC/RPV/TAF utilisés ensemble.
- Le rembourser selon les mêmes modalités que les autres régimes thérapeutiques en un comprimé couverts dans le traitement de l'infection due au VIH-1.

Gamme de produits :           Recommandation de l'ACMTS sur le remboursement  
d'un médicament

Version :                         1.0

Date de publication :         Mai 2017

Longueur du rapport :       7 pages

**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 du 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, 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. L'ACMTS n'exerce aucun contrôle sur le contenu de ces sites. 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.

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 à des fins non commerciales est autorisée 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 *Common Drug Review Confidentiality Guidelines*.

**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.

# EMTRICITABINE/RILPIVIRINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (ODEFSEY — GILEAD SCIENCES CANADA)

Indication : l'infection due au VIH-1

## Recommandation :

Le Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) de l'ACMTS recommande de rembourser l'association emtricitabine/rilpivirine/ténofovir alafénamide (FTC/RPV/TAF) en tant que régime thérapeutique complet dans le traitement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) chez l'adulte qui ne présente aucune mutation connue associée à la résistance à la classe des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), au ténofovir ou à l'emtricitabine (FTC) et dont la charge virale est  $\leq 100\,000$  copies/ml, sous réserve des conditions ci-dessous :

## Conditions :

- Le cout de FTC/RPV/TAF ne devrait pas dépasser celui de FTC/RPV/ténofovir disoproxil fumarate (TDF) ou celui des composants individuels de l'association FTC/RPV/TAF utilisés ensemble.
- Le rembourser selon les mêmes modalités que les autres régimes thérapeutiques en un comprimé couverts dans le traitement de l'infection due au VIH-1.

## Motifs de la recommandation :

1. Deux études de phase IIIb démontrent une amélioration du profil d'innocuité eu égard à la fonction rénale et à la densité osseuse au passage du régime FTC/RPV/TDF au régime FTC/RPV/TAF (étude 1160; N = 881) ou du régime éfavirenz (EFV)/TDF/FTC au régime FTC/RPV/TAF (étude 1216; N = 632) chez des patients en suppression virologique (acide ribonucléique [ARN] du VIH-1 < 50 copies/ml) et dont la fonction rénale est intacte (débit de filtration glomérulaire estimé [DFGe] > 50 ml/min).
2. Dans les études 1160 et 1216, le taux de réussite virologique en 48 semaines est le même chez les patients qui sont passés au régime FTC/RPV/TAF et chez les patients qui ont poursuivi le traitement selon le régime en place, ce qui satisfait le critère de non-infériorité déterminé au préalable.
3. Une étude randomisée et en mode ouvert évaluant une seule dose (étude 1159; N = 96) chez des volontaires non porteurs du VIH dont le DFGe est > 70 ml/min démontre que la biodisponibilité de FTC et de TAF est comparable que le régime administré soit élvitégravir (EVG)/cobicistat (COBI)/FTC/TAF ou FTC/RPV/TAF. Cette étude démontre également que la biodisponibilité de la RPV est la même qu'elle soit administrée seule ou dans l'association FTC/RPV/TAF.
4. Au prix indiqué de 42,37 \$ le comprimé (cout journalier de 42,37 \$), l'association médicamenteuse FTC/RPV/TAF est plus économique que ses composants individuels utilisés ensemble : RPV (15,14 \$ par jour) et FTC/TAF (28,57 \$ par jour). À ce prix, l'association FTC/RPV/TAF coute moins cher que son pendant renfermant du TDF (FTC/RPV/TDF) qui revient à 44,11 \$ par jour.

## À souligner :

- Il est probable que l'association FTC/RPV/TAF supplante l'association FTC/RPV/TDF dans le traitement de l'infection due au VIH-1.
- Le cout des régimes antirétroviraux n'est pas forcément le même pour tous les régimes d'assurance médicaments publics adhérant au Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) de l'ACMTS.

## Sujets de discussion :

- Le profil d'innocuité amélioré observé dans les études 1160 et 1216 a trait à la perte osseuse moindre à la hanche et à la colonne vertébrale ainsi qu'à une toxicité rénale moindre, c'est-à-dire moins de protéinurie, d'albuminurie et de protéinurie

tubulaire; toutefois, les effets à long terme du passage au régime FTC/RPV/TAF sur les résultats cliniques (p. ex., fractures et insuffisance rénale en phase terminale) sont inconnus.

- Dans sa demande d'examen, le fabricant fait état de six études de phase III qui n'examinent pas l'association FTC/RPV/TAF en tant qu'études d'appui. Le PCEM a déjà passé en revue ces études dans le cadre de l'examen de Genvoya, Descovy et Edurant. Le CCEM a recommandé le remboursement ou le remboursement sous condition de ces médicaments.

## Contexte :

FTC/RPV/TAF est une association médicamenteuse regroupant trois médicaments dans un comprimé :

- 25 mg de RPV, inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI);
- 200 mg de FTC, inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI);
- 25 mg de TAF, inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INTI).

L'association FTC/RPV/TAF est indiquée en tant que régime thérapeutique complet dans le traitement de l'infection due au VIH-1 chez l'adulte qui ne présente aucune mutation connue associée à la résistance à la classe des INNTI, au ténofovir ou à FTC et dont la charge virale est  $\leq 100\,000$  copies/ml. La posologie recommandée est d'un comprimé par la voie orale une fois par jour avec des aliments. Selon la monographie, le comprimé doit être pris au moment d'un repas pour que l'absorption de la RPV soit optimale.

## Résumé des éléments d'information pris en considération par le CCEM :

Le Comité a examiné un précis d'information préparé par le PCEM : l'examen de l'information transmise par le fabricant au sujet des preuves cliniques (bioéquivalence, efficacité et innocuité) sur l'association FTC/RPV/TAF, une critique de l'évaluation pharmacoéconomique du fabricant et les observations de groupes de défense des intérêts de patients à propos des résultats du traitement et des aspects d'importance aux yeux des personnes infectées par le VIH.

### Observations de patients

Un groupe de défense des intérêts des patients, le Canadian Treatment Action Council, a répondu à la demande de commentaires du PCEM. L'information présentée provient d'une consultation pancanadienne par webinaire, d'un sondage et de données d'enquête reprises d'exposés de groupes de patients sur d'autres traitements de l'infection due au VIH.

- L'infection par le VIH peut évoluer vers une maladie grave qui met en danger la vie du malade, qui affaiblit le système immunitaire et qui, si elle n'est pas traitée, prédispose le malade aux infections opportunistes.
- Outre les répercussions mentales et physiques de la maladie, les patients subissent souvent un grand stress et de la stigmatisation, et certains éprouvent de la difficulté à obtenir les traitements les plus efficaces.
- La non-adhésion au traitement antirétroviral peut entraîner une résistance à une classe de médicaments. Le cas échéant, le patient n'a d'autre choix que d'opter pour un régime thérapeutique différent. C'est pourquoi les patients estiment primordial d'avoir à leur disposition des régimes thérapeutiques à prise unique quotidienne qui favorisent l'adhésion thérapeutique et un grand nombre d'options possibles.
- Les patients notent que le TAF est moins néfaste pour les reins et sur le plan de la densité minérale osseuse que le TDF. Cette amélioration du profil d'incidents indésirables est importante pour les patients, car ils doivent se plier au traitement antirétroviral leur vie durant.

### Bioéquivalence

Le dossier présenté par le fabricant comprend le résumé d'une étude pivot de bioéquivalence (étude 1159; N = 96) qui compare les composants individuels de l'association FTC/RPV/TAF aux composants individuels de deux produits de référence : EVG/COBI/FTC/TAF et RPV. Il s'agit d'une étude de phase I en chassé-croisé avec répartition aléatoire, en mode ouvert, à triple permutation, en six séquences et évaluant une dose unique, dont les participants sont des adultes volontaires en santé non porteurs

du VIH dont la clairance de la créatinine est  $\geq 70$  ml/min. Ceux-ci sont répartis de manière aléatoire dans les trois groupes ci-dessous selon l'une ou l'autre de six séquences de traitement :

- l'association FTC/RPV/TAF, soit 200 mg de FTC, 25 mg de RPV et 25 mg de TAF;
- Edurant, soit 25 mg de RPV;
- Genvoya, soit 150 mg d'EVG, 150 mg de COBI, 200 mg de FTC et 10 mg de TAF.

Les principaux paramètres d'intérêt sont pharmacocinétiques : la surface sous la courbe (SSC) de la concentration plasmatique en fonction du temps à compter du moment 0 jusqu'à la dernière concentration quantifiable (SSC<sub>dernière</sub>) et du moment 0 à l'infini extrapolé (SSC<sub>inf</sub>), et la concentration plasmatique maximale (C<sub>max</sub>). FTC et TAF administrés sous la forme de l'association FTC/RPV/TAF satisfont les principaux critères d'évaluation de l'étude et se révèlent bioéquivalents à l'association EVG/COBI/FTC/TAF et à la RPV administrée avec des aliments. De même, la RPV administrée sous la forme de l'association FTC/RPV/TAF s'avère bioéquivalente à la RPV. Les résultats de l'étude de bioéquivalence viennent s'ajouter aux données sur l'efficacité et l'innocuité de la RPV (Edurant), de l'association EVG/COBI/FTC/TAF (Genvoya) et de l'association FTC/RPV/TDF (Complera) pour soutenir l'autorisation de la commercialisation de l'association FTC/RPV/TAF.

## Essais cliniques

Les données sur l'efficacité présentées par le fabricant proviennent de sept études de phase III et de deux études de phase IIIb. Les essais cliniques comparatifs randomisés de phase III utilisent d'autres produits que l'association FTC/RPV/TAF : quatre essais cliniques examinent l'association EVG/COBI/FTC/TAF, à savoir deux études comparant EVG/COBI/FTC/TAF et EVG/COBI/FTC/TDF chez des patients jamais traités encore (étude 104 [N = 872] et étude 111 [N = 872]), un essai clinique comparant EVG/COBI/FTC/TAF et TDF/FTC avec un troisième médicament (étude 109 [N = 1 443]) chez des adultes en suppression virologique et un essai clinique non comparatif mené auprès d'adultes atteints d'insuffisance rénale légère ou modérée (étude 112 [N = 248]); deux études de phase III comparent la RPV et l'EFV combinés avec FTC/TDF (ECHO [N = 694]) ou FTC/TDF zidovudine/lamivudine (AZT/3TC) ou abacavir/lamivudine (ABC/3TC) (THRIVE [N = 680]); une étude de phase III évaluant le passage d'un régime à un autre compare FTC/RPV/TDF au dernier régime thérapeutique des patients (SPIRIT [N = 476]). L'ACMTS a déjà examiné la majorité des études de phase III qui font l'objet de la revue systématique lors de l'examen par le PCEM des médicaments que voici : EVG/COBI/FTC/TAF, FTC/TAF et RPV. Le CCEM a d'ailleurs recommandé le remboursement avec ou sans condition de ces trois produits de référence. Les deux études de phase IIIb évaluent le passage de FTC/RPV/TDF à FTC/RPV/TAF (étude 1216 [N = 632]) ou d'EFV/TDF/FTC à FTC/RPV/TAF (étude 1160 [N = 881]).

## Paramètres d'intérêt

L'information clinique présentée par le fabricant porte sur les paramètres que voici :

- la réussite virologique, soit le pourcentage de patients dont la charge virale est  $< 50$  copies/ml (conformément à l'algorithme d'analyse ponctuelle de la Food and Drug Administration [FDA]);
- le pourcentage de patients dont la charge virale est  $< 20$  copies/ml;
- la variation en pourcentage de la densité minérale osseuse (DMO) à la hanche et à la colonne vertébrale;
- les incidents indésirables rénaux.

La réussite virologique est le principal résultat d'intérêt aux fins de l'évaluation de l'efficacité dans les études 1160 et 1216.

## Efficacité

### *FTC/RPV/TAF versus FTC/EFV/TDF (étude 1160)*

- Le passage à FTC/RPV/TAF n'est pas inférieur à la poursuite du traitement par FTC/EFV/TDF du point de vue de la réussite virologique en 48 semaines. La proportion de patients jouissant d'une réussite virologique au terme de 48 semaines est respectivement de 90,0 % et de 92,0 % (différence de risque [DR] : -2,0 % [IC à 95 % de -5,9 à 1,8]).
- La proportion de patients dont l'ARN du VIH-1 est  $< 20$  copies/ml au terme de 48 semaines est de 86,5 % avec FTC/RPV/TAF et de 90,4 % avec FTC/EFV/TDF (DR : -3,9 % [IC à 95 % de -8,2 à 0,5]).

- Aucun patient n'a manifesté de résistance à FTC/RPV/TAF et un patient est devenu résistant à FTC/EFV/TDF.

#### FTC/RPV/TAF versus FTC/RPV/TDF (étude 1216)

- Le passage à FTC/RPV/TAF est non inférieur à la poursuite du traitement par FTC/RPV/TDF sous l'angle de la réussite virologique au terme de 48 semaines. La proportion de patients bénéficiant d'une réussite virologique au terme de 48 semaines est de 93,7 % avec FTC/RPV/TAF et de 93,9 % avec FTC/RPV/TDF (DR : -0,3 % [-4,2 % à 3,7 %]).
- La proportion de patients dont l'ARN du VIH-1 est < 20 copies/ml au terme de 48 semaines est de 91,8 % avec FTC/RPV/TAF et de 90,4 % avec FTC/RPV/TDF (DR : 1,4 % [-3,2 % à 6,0 %]).
- Aucun patient n'est devenu résistant à FTC/RPV/TAF ou à FTC/RPV/TDF.

#### Effets néfastes (innocuité et tolérabilité)

- Les études 1160 et 1216 ont déterminé au préalable que la variation en pourcentage de la DMO à la hanche et à la colonne vertébrale dans la période à l'étude serait un paramètre d'intérêt secondaire. Lors de l'analyse intermédiaire de la semaine 48, les deux études constatent une amélioration statistiquement significative du point de vue de cet aspect chez les patients qui sont passés à FTC/RPV/TAF comparativement aux patients qui ont continué le traitement par FTC/RPV/TDF ou par FTC/EFV/TDF ( $P < 0,001$  pour la DMO à la hanche et à la colonne vertébrale dans les deux études). La variation moyenne en pourcentage de la DMO (écart type) dans la période de 48 semaines va comme suit :
  - DMO hanche : 1,28 % (2,38 %) pour FTC/RPV/TAF et -0,13 % (2,49 %) pour FTC/EFV/TDF dans l'étude 1160; 1,04 % (1,94 %) pour FTC/RPV/TAF et -0,25 % (2,08 %) pour FTC/RPV/TDF dans l'étude 1216.
  - DMO colonne vertébrale : 1,65 % (3,32 %) pour FTC/RPV/TAF et -0,05 % (2,91 %) pour FTC/EFV/TDF dans l'étude 1160; 1,61 % (3,44 %) pour FTC/RPV/TAF et 0,08 % (2,96 %) pour FTC/RPV/TDF dans l'étude 1216.
- Il y a une différence statistiquement significative de variation du DFGe en 48 semaines entre FTC/RPV/TAF et FTC/RPV/TDF, favorable à la première association, dans l'étude 1216. Par contre, il y a une diminution statistiquement significative du DFGe en 48 semaines chez les patients qui passent de FTC/EFV/TDF à FTC/RPV/TAF dans l'étude 1160. La baisse du DFGe est vraisemblablement liée à l'instauration du traitement comprenant la RPV, qui n'est pas un composant de l'association FTC/EFV/TDF et qui est réputée pour réduire la sécrétion tubulaire de la créatinine.
- Comparativement aux patients traités par FTC/EFV/TDF ou par FTC/RPV/TDF, les patients qui passent à FTC/RPV/TAF présentent moins de protéinurie, d'albuminurie et de protéinurie tubulaire.

#### Coût et rentabilité

Le prix de FTC/RPV/TAF est de 42,37 \$ le comprimé de 200/25/25 mg; le coût journalier du traitement est de 42,37 \$. Le fabricant a soumis une analyse de coûts comparant le régime thérapeutique en un comprimé FTC/RPV/TAF aux régimes antirétroviraux dont il est question dans les lignes directrices de l'utilisation des antirétroviraux chez les adultes et les adolescents infectés par le VIH-1, parues en 2016, du Department of Health and Human Services (DHHS) aux États-Unis. Au prix indiqué, le traitement par FTC/RPV/TAF est plus économique que ses composants individuels utilisés ensemble : RPV (15,14 \$ par jour) et FTC/TAF (28,57 \$ par jour). Les économies sont de 1,34 \$ par patient par jour. L'association médicamenteuse FTC/RPV/TAF est également moins chère que d'autres régimes thérapeutiques en un comprimé proposés par le DHHS, les économies journalières allant de 1,74 \$ (par rapport à FTC/RPV/TDF) à 2,19 \$ (par rapport à EFV/FTC/TDF).

Le PCEM note ceci à propos de l'analyse :

- De l'avis du clinicien expert consulté dans le cadre de la revue systématique, la plupart des patients préfèrent les régimes thérapeutiques en un comprimé aux régimes en plusieurs comprimés en raison de la commodité de l'administration. Après avoir examiné le coût de tous les régimes recommandés par le DHHS aux États-Unis, y compris les cinq régimes en un seul comprimé offerts sur le marché; le PCEM constate que l'association FTC/RPV/TAF est moins coûteuse que la plupart des régimes thérapeutiques. Bien qu'il soit possible que l'association FTC/RPV/TAF, une fois commercialisée, accapare des parts de marché d'autres associations médicamenteuses en un comprimé, il est probable qu'elle viendra prendre la place dans une certaine mesure de FTC/RPV/TDF, son pendant renfermant le TDF, plutôt que celle d'autres régimes recommandés par le DHHS. Le PCEM note également que, bien que la plupart des patients préfèrent les associations médicamenteuses, ce nouveau régime thérapeutique en un comprimé, en raison de sa composition, peut venir annuler la possibilité d'engendrer des économies en utilisant le générique à l'expiration du brevet des médicaments d'origine. Ainsi, le brevet du TDF arrivera à échéance en 2018, mais les économies que pourrait amener le générique ne se concrétiseront

pas pour ce qui est des associations médicamenteuses renfermant le TDF. La possibilité d'économiser est réduite aussi par l'arrivée des préparations contenant le TAF, qui remplaceront peut-être les associations médicamenteuses renfermant le TDF.

Au prix indiqué de 42,37 \$ le comprimé (cout journalier du traitement de 42,37 \$), l'association médicamenteuse FTC/RPV/TAF coute moins cher que ses composants individuels RPV et FTC/TAF utilisés ensemble et se traduit par des économies de 1,34 \$ par patient par jour. En outre, elle est moins couteuse que d'autres régimes thérapeutiques en un seul comprimé recommandés par le DHHS, dont FTC/RPV/TDF (44,11 \$ par jour). Par comparaison avec les régimes thérapeutiques en un seul comprimé préconisés par le DHHS, l'association FTC/RPV/TAF coute sensiblement la même chose que DTG/ABC/3TC (42,50 \$ par jour) et moins cher que d'autres régimes de prédilection du DHHS (46,39 \$ à 47,22 \$ par jour).

## Membres du CCEM :

Les D<sup>rs</sup> Lindsay Nicolle (présidente), James Silvius (vice-président), Silvia Alessi-Severini, Ahmed Bayoumi, Bruce Carleton, Peter Jamieson, Anatoly Langer, Kerry Mansell, Irvin Mayers, Yvonne Shevchuk, Adil Virani et Harindra Wijeyesundera, et MM. Frank Gavin et Allen Lefebvre.

## Réunion du 19 avril 2017

### Absences :

Aucune

### Conflits d'intérêts :

Aucun