

## Recommandation en vue du remboursement de l'ACMTS

# Anifrolumab (Saphnelo)

**Indication :** En appoint au traitement de référence du lupus érythémateux disséminé évolutif avec expression d'autoanticorps chez l'adulte.

**Promoteur :** AstraZeneca Canada

**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 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, 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. 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 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 Saphnelo?

L'ACMTS recommande aux régimes d'assurance médicaments publics de rembourser Saphnelo en appoint au traitement de référence chez l'adulte atteint de lupus érythémateux disséminé (LED) évolutif avec expression d'autoanticorps.

### Quels sont les patients admissibles?

Saphnelo ne doit être remboursé que chez l'adulte ayant un LED modéré ou grave qui n'est pas maîtrisé par un corticostéroïde oral (CSO) (dose quotidienne minimale de 10 mg de prednisone ou l'équivalent), en appoint au traitement de référence. Saphnelo ne devrait pas être remboursé chez les patients ayant une néphrite lupique grave ou des manifestations neuropsychiatriques graves ou instables.

### Quelles sont les conditions de remboursement?

Saphnelo ne doit être remboursé que s'il est prescrit par un médecin possédant une expertise du diagnostic et de la prise en charge du LED, et si son coût est réduit. Il ne doit pas être administré en combinaison avec d'autres traitements biologiques. Après 12 mois de traitement, Saphnelo peut être prescrit de nouveau aux patients chez qui on a constaté une réduction de l'activité de la maladie et une diminution de la prise de glucocorticoïdes par rapport au début du traitement.

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

- Les données probantes issues d'un essai clinique montrent que le traitement par Saphnelo diminue l'activité de la maladie et la prise de CSO chez les patients atteints de LED modéré ou grave.
- Saphnelo pourrait combler certains besoins importants pour ces patients, car il diminue l'activité de la maladie et la prise de CSO.
- À la lumière de l'évaluation de l'ACMTS des données probantes économiques relatives à la santé, Saphnelo ne représente pas un ajout utile pour le système de santé au prix accessible au public. Une réduction de prix est donc nécessaire.
- Si l'on se fie aux prix courants accessibles au public, Saphnelo devrait coûter aux régimes publics d'assurance médicaments environ 12 millions de dollars sur les trois prochaines années.

## Autres renseignements

### Qu'est-ce que le lupus érythémateux disséminé?

Le lupus est une maladie qui touche environ 1 Canadien sur 1 000. La forme la plus grave est le LED, où le système immunitaire de l'organisme attaque ses propres cellules et organes. Les patients atteints de LED peuvent manifester de la fatigue et des douleurs articulaires, qui peuvent être invalidantes, de même que des séquelles neurologiques, rénales et cardiovasculaires, des éruptions cutanées et divers autres symptômes. Le cours de la maladie varie, et les patients peuvent passer d'un état chronique à la rémission en passant par des poussées (aggravation aiguë de leur état) de manière cyclique.

## **Besoins non comblés en contexte de lupus érythémateux disséminé**

Les patients atteints de LED soulèvent le besoin de nouveaux traitements qui maîtrisent la maladie chez ceux qui ne répondent pas aux traitements offerts actuellement ou qui ne peuvent tolérer les effets indésirables liés à ces traitements, et qui diminuent la dépendance aux CSO.

## **Combien coute Saphnelo?**

On s'attend à ce que le traitement par Saphnelo coute annuellement environ 21 934 \$ par patient.

## Recommandation

Le Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM) de l'ACMTS recommande le remboursement de l'anifrolumab en appoint au traitement de référence chez l'adulte atteint de lupus érythémateux disséminé (LED) évolutif avec expression d'autoanticorps, sous réserve des conditions énoncées dans le [tableau 1](#).

## Justification

Un essai clinique randomisé (ECR), l'essai TULIP-2 (N = 362), mené à double insu chez des adultes atteints de LED modéré ou grave avec expression d'autoanticorps et recevant le traitement de référence montre que le traitement par l'anifrolumab diminue l'activité de la maladie et la prise de corticostéroïdes oraux (CSO). Dans cet essai, l'anifrolumab est associé à une diminution statistiquement significative de l'activité de la maladie après 52 semaines de traitement comparativement au placebo, l'activité étant évaluée par la réponse BICLA (évaluation composite du lupus reposant sur le BILAG [*British Isles Lupus Assessment Group*]) (47,8 % dans le groupe de l'anifrolumab à la dose de 300 mg contre 31,5 % dans celui du placebo; différence entre les groupes de 16,3 %, intervalle de confiance [IC] à 95 % de 6,3 % à 26,3 %; P = 0,001 3). En outre, on constate des différences statistiquement significatives à l'avantage du groupe de l'anifrolumab à la dose de 300 mg pour ce qui est des principaux critères d'évaluation secondaires, à savoir le maintien de la diminution de la dose de CSO à 7,5 mg ou moins par jour pour les patients chez qui la dose quotidienne de CSO au début de l'essai était d'au moins 10 mg et la diminution d'au moins 50 % de l'indice CLASI (*Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index*) chez les patients dont le score d'activité CLASI au début de l'essai est d'au moins 10. Le clinicien expert affirme qu'à la lumière des résultats de l'essai TULIP-2, les bénéfices cliniques de l'anifrolumab sont d'importance clinique. Le CCEM reconnaît que le LED est une maladie complexe et hétérogène pour laquelle les besoins sont importants chez les patients réfractaires aux traitements actuels.

Les besoins à combler soulevés par les patients comprennent des options thérapeutiques qui maîtrisent la maladie chez les patients qui ne répondent pas aux traitements offerts actuellement ou qui ne peuvent tolérer les effets indésirables qui y sont liés, et qui diminuent la dépendance aux CSO. Le CCEM indique que les données probantes disponibles soutiennent que l'anifrolumab comble certains des besoins soulevés par les patients, à savoir qu'il diminue l'activité de la maladie et la prise de CSO.

Si l'on se fie au prix soumis par le promoteur pour l'anifrolumab et aux prix accessibles au public pour les autres médicaments, le rapport cout/efficacité différentiel (RCED) de l'anifrolumab combiné au traitement symptomatique optimal (TSO) est de 181 708 \$ l'année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ) gagnée comparativement au TSO seul, et ce, d'après une analyse de données regroupées issues des essais TULIP-1 et TULIP-2. À ce RCED, l'anifrolumab n'est pas rentable au seuil de disposition à payer de 50 000 \$ l'AVAQ gagnée chez les patients atteints de LED modéré ou grave (fondé sur un score de l'indice d'activité du lupus érythémateux disséminé 2000 [SLEDAI-2K]  $\geq 6$ ) dont l'activité de la maladie ne peut être maîtrisée malgré un traitement qui comprend une dose quotidienne de CSO d'au moins 10 mg de prednisone (ou l'équivalent). Une réduction du prix est nécessaire pour que le traitement soit considéré comme rentable au seuil établi.

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

Condition de remboursement	Justification	Guide de mise en œuvre
<b>Amorce du traitement</b>		
1. Le traitement par l'anifrolumab est remboursé lorsqu'il est amorcé chez l'adulte atteint de LED modéré ou grave (défini comme étant l'obtention d'un score SLEDAI-2K $\geq$ 6) et dont la maladie n'est pas maîtrisée par la prise d'un CSO (dose minimale quotidienne de 10 mg de prednisone ou l'équivalent), en appoint au traitement de référence.	Les patients recrutés dans les deux essais sont des adultes atteints de LED modéré ou grave ayant obtenu un score SLEDAI-2K de 6 points ou plus et qui prennent déjà un CSO, un antipaludéen ou un immunosuppresseur ou une combinaison de ces médicaments.	À l'heure actuelle, le traitement de référence consiste à administrer un antipaludéen (p. ex., hydroxychloroquine) ou des immunosuppresseurs (p. ex., cyclophosphamide, azathioprine, méthotrexate, cyclosporine et mycophénolate) avec ou sans AINS.  Le CCEM indique qu'un outil validé, comme SLEDAI-2K ou BILAG, devrait être utilisé pour évaluer l'activité de la maladie au début du traitement et aux consultations de suivi. La même échelle devrait être utilisée au début du traitement et lors des renouvellements subséquents.
2. Le traitement par l'anifrolumab n'est pas remboursé lorsqu'il est amorcé chez des patients présentant l'un des éléments suivants :  2.1. manifestations neuropsychiatriques graves ou instables du LED;  2.2. néphrite lupique évolutive grave.	Il n'existe aucune donnée probante qui soutient l'efficacité de l'anifrolumab chez les patients présentant des manifestations neuropsychiatriques graves ou instables du LED ou une néphrite lupique évolutive grave.	—
3. La durée maximale du remboursement initial est de 12 mois.	L'essai TULIP-2 évalue les effets thérapeutiques de l'anifrolumab à la 52 <sup>e</sup> semaine.	—
<b>Renouvellement</b>		
4. Le traitement par l'anifrolumab est renouvelé tant et aussi longtemps que le patient répond à tous les critères suivants :  4.1. diminution de la dose de CSO (7,5 mg de prednisone ou moins ou l'équivalent);  4.2. diminution de l'activité de la maladie évaluée par :  4.2.1. une diminution du score SLEDAI-2K à 5 ou moins;	L'essai TULIP-2 montre que le traitement par l'anifrolumab est associé à une amélioration statistiquement significative et d'importance clinique quant à la diminution de la prise de CSO et de l'activité de la maladie.  Ces critères d'évaluation sont importants aux yeux des patients et un besoin est à combler en matière de traitements qui agissent sur ces critères.	Le CCEM indique qu'après les 12 premiers mois de traitement par l'anifrolumab, on pourrait juger que les patients chez qui la dose de CSO demeure supérieure à 7,5 mg de prednisone par jour (ou l'équivalent), mais qui ont vu leur dose de CSO diminuer d'au moins 50 % depuis le début du traitement répondent à la condition de diminution de la dose de CSO.  Le CCEM mentionne l'amélioration de l'atteinte initiale des organes selon l'indice BILAG (A [grave] et B [modérée]) (p. ex., diminution de tous les scores BILAG-2004 de départ de A à B, à C ou à

Condition de remboursement	Justification	Guide de mise en œuvre
4.2.2. une amélioration du score BILAG pour les systèmes organiques et aucune nouvelle aggravation.		D ou des scores BILAG-2004 de départ de B à C ou à D et aucun score BILAG) sans aggravation (où l'aggravation est définie comme étant $\geq 1$ nouveau score A de BILAG-2004 ou $\geq 2$ nouveaux scores B de BILAG-2004). Une légère amélioration est considérée comme étant le passage du grade A au grade B ou du grade B au grade C; une légère détérioration est considérée comme étant le passage du grade C au grade B.
5. Au moment des renouvellements subséquents, le médecin fournit la preuve que la réponse initiale obtenue après les 12 premiers mois de traitement par l'anifrolumab a été maintenue. Les renouvellements subséquents sont évalués annuellement.	Les évaluations annuelles aideront à veiller à ce que le traitement soit utilisé chez les patients qui en tirent profit.	Les experts doivent fournir des évaluations à l'aide de l'outil SLEDAI-2K ou de l'outil BILAG au début du traitement et des évaluations annuelles pour renouveler le traitement. La même échelle devrait être utilisée au début du traitement et lors des renouvellements subséquents.
<b>Prescription</b>		
6. Le patient est soigné par un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement du LED.	Il est important de poser un diagnostic précis et d'assurer le suivi du patient atteint de LED pour veiller à ce que l'anifrolumab soit prescrit aux patients chez lesquels il est le plus approprié.	—
7. L'anifrolumab n'est pas administré en combinaison avec d'autres traitements biologiques.	Aucune donnée probante ne montre de bénéfice de l'anifrolumab lorsqu'il est utilisé en combinaison avec d'autres médicaments biologiques chez le patient atteint de LED.	—
<b>Prix</b>		
8. Le prix est réduit.	Le RCED de l'anifrolumab combiné au TSO est de 181 709 \$ l'AVAQ gagnée comparativement au TSO seul d'après une analyse de données regroupées issues des essais TULIP-1 et TULIP-2 chez les patients atteints de LED qui ont un score SLEDAI-2K $\geq 6$ et dont la dose de CSO est $\geq 10$ mg par jour.  Une réduction de prix d'au moins 74 % de l'anifrolumab serait nécessaire pour que le traitement par l'anifrolumab combiné au TSO atteigne un RCED de 50 000 \$ l'AVAQ gagnée comparativement au TSO seul.	—

AINS = antiinflammatoire non stéroïdien; AVAQ = année de vie ajustée en fonction de la qualité; BILAG = British Isles Lupus Activity Group; BILAG-2004 = British Isles Lupus Activity Group 2004; CSO = corticostéroïde par voie orale; LED = lupus érythémateux disséminé; RCED = rapport coût/efficacité différentiel; SLEDAI-2K = indice d'activité du lupus érythémateux disséminé 2000; TSO = traitement symptomatique optimal

## Points de discussion

- Au cours des réunions initiale et de reconsidération, le CCEM reconnaît que le LED est une maladie hétérogène et qu'il importe de mieux cerner les patients qui pourraient répondre à des traitements ou à des combinaisons de traitements différents.
- La réponse SRI-4 (*Systemic Lupus Erythematosus Responder Index of at least 4*), utilisée pour définir les critères d'évaluation de l'essai TULIP-1, est largement reconnue comme un outil d'évaluation utile en recherche, mais elle ne peut repérer avec exactitude tous les patients dont l'état s'est amélioré au fil du temps. Le clinicien expert mentionne au CCEM qu'il s'opère une transition vers la réponse BICLA étant donné sa capacité de détecter les réponses partielles et son caractère discriminatoire permettant de déceler les différences entre le placebo et le traitement actif mieux que la réponse SRI-4. Le BILAG-2004 (*British Isles Lupus Activity Group 2004*), l'un des principaux vecteurs et éléments constitutifs de la réponse BICLA, est un outil valide et fiable pour les patients atteints de LED et plus sensible aux variations que la réponse SLEDAI-2K. Comparativement au BILAG, la réponse SLEDAI est moins sensible aux variations, ne fait pas bien ressortir l'amélioration ou l'aggravation de la maladie et n'évalue pas la gravité de l'atteinte des systèmes organiques.
- En ce qui concerne le besoin de nouveaux traitements contre le LED pour prévenir les lésions organiques et améliorer la qualité de vie, les essais cliniques dont on dispose actuellement ne fournissent aucune donnée probante montrant que l'anifrolumab change quoi que ce soit au risque de lésions organiques ou améliore la qualité de vie, des besoins soulevés par les patients.
- La nature cyclique et invalidante chronique du LED a souvent pour conséquence d'amener les patients à recourir à des corticostéroïdes de façon intermittente ou continue lors de la survenue de poussées. Les patients aimeraient avoir accès à des traitements pouvant atténuer les effets indésirables potentiels liés à l'usage à long terme de corticostéroïdes. Bien que les résultats à court terme des essais TULIP-1 et TULIP-2 indiquent qu'une diminution de la dose de CSO est possible chez certains patients, la durée de ces essais est insuffisante pour savoir si l'anifrolumab peut réduire le recours aux corticostéroïdes à long terme ou les effets indésirables qui y sont liés.
- Au cours des discussions portant sur la demande de reconsidération, le CCEM s'est penché sur les résultats de l'essai TULIP-LTE, qui montrent que la diminution de l'activité de la maladie évaluée par le score SLEDAI-2K et de la prise de CSO chez les patients traités par l'anifrolumab est maintenue pendant trois ans. Bien que le devis de l'essai TULIP-LTE, qui comprend la poursuite de l'insu du médicament à l'étude et une nouvelle répartition aléatoire des patients du groupe du placebo entre l'anifrolumab et le placebo, permette de réduire les biais et l'incertitude des résultats, l'absence d'analyses statistiques pour les critères d'évaluation de l'efficacité ne permet pas de tirer des conclusions. Par ailleurs, l'essai TULIP-LTE ne fait pas partie de l'évaluation économique du promoteur.
- Au cours des discussions portant sur la demande de reconsidération, le CCEM s'est penché sur les analyses à postériori de l'essai TULIP-1, qui utilisent des règles de restriction de médicaments différentes de celles de l'analyse prédéfinie. Les résultats des analyses à postériori effectuées à partir du score BICLA des données de l'essai TULIP-1 sont cohérents avec ceux de l'essai TULIP-2. Toutefois, en ce qui concerne les résultats relatifs au critère d'évaluation principal (réponse SRI-4), la différence par rapport au placebo n'atteint pas la signification statistique.



- Au cours des deux réunions du comité (premier examen et reconsidération), le CCEM s'est penché sur le fait que dans l'essai TULIP-1, le pourcentage de patients qui abandonnent le traitement est semblable entre les groupes de traitement, tandis que dans l'essai TULIP-2, on constate un déséquilibre, c'est-à-dire que le taux d'abandon du traitement est plus faible dans le groupe de l'anifrolumab que dans celui du placebo (13,3 % contre 25,3 %). Cette incohérence entre les essais concernant l'abandon du traitement augmente l'incertitude des résultats des essais. Bien que le CCEM reconnaisse que les analyses de sensibilité réalisées dissipent certaines des préoccupations concernant le biais d'attrition, ce déséquilibre entre les taux d'abandon demeure une préoccupation.
- Le CCEM reconnaît que, comme l'ACMTS n'a pas été en mesure de tenir compte des répercussions de l'utilisation du taux de réponse différentiel dans le groupe de l'anifrolumab, il se peut qu'il y ait une surestimation des AVAQ différentielles. Par conséquent, une réduction de prix plus importante peut s'avérer nécessaire pour pallier l'incertitude relevée dans l'évaluation économique.

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 a présenté une demande de reconsidération de la recommandation provisoire sur l'anifrolumab dans le traitement du LED évolutif avec expression d'autoanticorps chez l'adulte. Dans sa demande, le promoteur soulève les points suivants :

- le bénéfice clinique important de l'anifrolumab d'après les résultats des essais pivots (TULIP-1 et TULIP-2) en plus des données de prolongation à long terme disponibles depuis peu;
- le fait que le CCEM ne reconnaît pas la diminution systématique de la dose de CSO que procure le traitement par l'anifrolumab;
- son désaccord avec la déclaration du CCEM selon laquelle rien ne laisse supposer que l'utilisation de l'anifrolumab entraînerait une diminution de l'utilisation d'autres traitements, et que les essais ne sont pas conçus pour étudier la diminution de l'utilisation d'autres médicaments de référence (hydroxychloroquine et immunosuppresseurs);
- le déséquilibre dans les taux d'abandon;
- l'évaluation du CCEM du besoin à combler dans le traitement du LED et de l'hétérogénéité de cette maladie;
- les défis que pose le traitement du LED.

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 présentés dans la demande initiale concernant les points soulevés par le promoteur;
- les commentaires d'un clinicien spécialiste expérimenté dans le diagnostic et la prise en charge du LED;
- la rétroaction des régimes d'assurance médicaments publics;

- la rétroaction de deux groupes de cliniciens : le Canadian Network for Improved Outcomes in SLE (CaNIOS) et le Toronto Lupus Program de l'Université de Toronto;
- la rétroaction de trois groupes de défense des intérêts des patients : Lupus Ontario, Lupus Canada et un exposé collectif provenant de l'Alliance canadienne des arthritiques, de la Société de l'arthrite et de l'Alliance canadienne des patients en dermatologie.

La rétroaction de tous les différents intervenants (groupes de défense des intérêts des patients, groupes de cliniciens et régimes d'assurance médicaments publics) reçue en réponse à la recommandation provisoire est accessible sur le site Web de l'ACMTS.

## Comité canadien d'expertise sur les médicaments

### Date de la réunion (premier examen) : Le 22 juin 2022

#### 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 et Bob Gagné, et M<sup>me</sup> Heather Neville.

**Absences** : Un membre est absent.

**Conflits d'intérêts** : Aucun.

### Date de la réunion (reconsidération) : Le 24 novembre 2022

#### 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.

**Absences** : Deux membres sont absents.

**Conflits d'intérêts** : Aucun.