



**HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**  
**COMMISSION DE LA TRANSPARENCE**

**Mercredi 17 juillet 2024**

## AVERTISSEMENT

En application des articles L. 1451-1-1 et R. 1451-6 du Code de la santé publique, la HAS réalise un enregistrement des séances de la commission de la transparence (CT), de la Commission d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) et de la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP). Pour en faciliter la communication et la compréhension, la HAS a fait le choix de recourir à une transcription des débats par l'intermédiaire d'une société prestataire

Cette prestation associe une saisie directe des débats par sténotypie et une transcription assistée par ordinateur ainsi qu'une relecture médicale. L'objet de cette transcription est de permettre de tracer le déroulé des débats dans un souci de transparence et non de fournir une information scientifique validée. En effet, malgré le professionnalisme de cette prestation, il peut persister dans le texte final des incongruités ou des inexactitudes liées à l'usage d'un vocabulaire hautement spécialisé ou à la nature même des échanges verbaux. La HAS n'effectue aucune validation de ces documents.

La HAS rappelle que les seuls documents validés et opposables sont le procès-verbal de la séance et l'avis définitif de la Commission qui sont mis en ligne sur le site de la HAS.

Pour la publication des transcriptions, et dans un but de protection du secret industriel et commercial, certains mots peuvent avoir été occultés. Les occultations éventuelles sont de la responsabilité de l'entreprise exploitant le produit évalué.

Toute reprise d'un ou plusieurs extraits d'une transcription doit être accompagnée d'une mention en précisant la source et respecter la législation sur la publicité.

Les membres des commissions s'expriment à titre personnel dans le cadre de leur mission d'expertise. Les agents de la HAS (chefs de service, adjoints, chefs de projet) représentent l'institution et s'expriment en son nom.

La HAS rappelle que la connaissance des propos tenus en séance par les membres des commissions et les agents de la HAS ne peut en aucun cas justifier des contacts directs de quelque nature que ce soit avec ces personnes, lesquelles sont tenues à une obligation de confidentialité conformément à l'article R. 161-85 du Code de la sécurité sociale.

**Examen — Post-AMM — Renouvellement — VYVGART 20 mg/mL, solution à diluer pour perfusion (efgartigimod alfa) (CT AP-366)**

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- On va voir VYVGART, éventuellement, si la cheffe de projet est connectée.

**Une cheffe de projet pour la HAS.**- C'est un renouvellement d'accès précoce, post-AMM de la spécialité VYVGART, 20 milligrammes par millilitres, en solution à diluer pour perfusion. Pour rappel, il s'agit de l'efgartigimod alfa. Vous le voyez dans le cadre d'une demande d'un second renouvellement d'AP dans l'indication suivante : en association au traitement standard chez les patients adultes atteints de myasthénie auto-immune généralisée, présentant des anticorps antirécepteurs de l'acétylcholine, restant symptomatiques et qui sont non répondeurs, non éligibles ou intolérants aux alternatives actuellement disponibles.

Pour rappel, entre-temps, il y avait eu un rectificatif d'AMM en novembre 2023 afin d'intégrer la formulation sous-cutanée de VYVGART.

Simplement un rappel sur l'évolution de l'environnement médical dans le traitement de deuxième ligne dans la myasthénie. Je vous rappelle qu'on avait les frises chronologiques avec les évaluations des cinq molécules indiquées en traitement de deuxième ligne dans la myasthénie par la commission. Les points bleus sont les dates d'obtention d'AMM, les carrés sont soit les avis CT dans le cadre du droit commun, soit les décisions collège dans le cadre des AP. Vous avez également un troisième encadré, le drapeau Marianne, qui concerne le JO.

Si on se positionne en troisième ligne, on peut voir que la spécialité VYVGART, le dernier renouvellement qui a été vu en violet le 20 juillet 2023. Si on se place à partir de ce point, ce que l'on peut noter, la première spécialité, on ne reviendra pas dessus, c'est SOLIRIS qui est toujours non inscrit au remboursement dans cette indication. On voit que la deuxième spécialité, ULTOMIBIS a obtenu l'inscription aux collectivités à la fois sur la liste en sus à partir du 23 avril, dans le cadre de son journal officiel. Il est actuellement remboursé dans le cadre du périmètre qui avait été défini par la CT en traitement de deuxième ligne.

Pour VYVGART, je vous l'ai dit, la formulation sous-cutanée a été intégrée en novembre 2023, et en avril 2024, il y a eu un refus de modification de l'AP, afin d'intégrer cette nouvelle formulation sous-cutanée. Mais la CT l'a évalué dans le cadre du droit commun et on lui a envoyé un SMR important et une ASMR V par rapport à la formulation IV.

Pour la quatrième spécialité **ZILBRYSQ**, à l'heure actuelle, elle est toujours prise en charge dans le cadre de son accès précoce qui a été renouvelé le 11 avril notamment dans le cadre d'un renouvellement tacite.

Enfin, il y a la dernière spécialité en cinquième position qui est le **RYSTIGGO** pour lequel un refus d'accès précoce a été réalisé en avril 2024.

À ce stade, nous avons la spécialité ULTOMIRIS, dans le cadre du journal officiel, qui est pris en charge au remboursement, et les deux spécialités VYVGART et ZILBRYSQ qui sont prises en charge dans le cadre de l'accès précoce.

Les nouvelles données à l'appui du renouvellement d'accès précoce de VYVGART. On dispose des données finales de l'étude d'extension ADAPT+ qui avait déjà été préalablement évaluée par la CT lors de la demande initiale d'autorisation d'AP. Pour rappel, c'était une étude d'extension de phase III, en ouvert, multicentrique, mono-bras dont l'objectif était d'évaluer la tolérance à trois ans de l'efgartigimod alpha chez des patients atteints de myasthénie auto-immune ayant été précédemment inclus dans l'étude pivotale ADAPT et avec un statut anticorps anti-RACH+. Ce qu'on peut voir, c'est que les données finales sont cohérentes avec les données intermédiaires qui avaient été précédemment évaluées, puisqu'on avait un recul supplémentaire de six mois.

On dispose également des données collectées dans le cadre de l'accès précoce qui sont cohérentes avec les données qui ont été précédemment évaluées par la CT lors du premier renouvellement d'autorisation d'accès précoce. Vous avez le détail des données dans le document préparatoire.

Enfin, on dispose des données de tolérance actualisées issues des PBRER qui ont rapporté des signaux de réactions anaphylactiques qui sont désormais intégrées dans le RCP.

Pour ce dossier, on a reçu une contribution de l'association AFM Téléthon. Vous devrez vous prononcer à nouveau sur les quatre critères pour ce renouvellement d'accès précoce.

Je laisse la parole pour la contribution.

**M. Le Pr COCHAT, Président.** - Très bien, merci. Je ne sais pas qui la présente.

**M<sup>me</sup> le Dr SIMONIN, membre de la CT.** - C'est moi. Elle est très courte. C'est l'AFM Téléthon, l'association agréée que nous connaissons bien. Je lis le passage qui est une synthèse. Les accès précoces sont l'objet de renouvellement annuel. C'est l'occasion de considérer les données nouvellement recueillies qui augmentent la connaissance sur la prise en soins et les effets du médicament. Les associations sont invitées à contribuer aux évaluations, mais n'ayant pas accès au dossier de l'industriel, elles ne connaissent pas ces informations portant sur un médicament financé par la collectivité et que prennent les patients qu'elles représentent.

Il y a un an, nous avons été invités à contribuer pour l'évaluation de VYVGART. Après un an d'accès précoce, sans connaissance des données, nous sommes invités à contribuer, après deux ans, toujours sans communication des données, alors qu'une centaine de patients reçoivent le traitement. Cette situation qui ne permet pas de contribuer d'une façon éclairée est incohérente, d'autant que lors de la communication du PUT-RD, une évaluation initiale, nous avons signé un engagement de confidentialité qui pourrait facilement être élargie à la connaissance des informations ultérieures.

Depuis plusieurs années, l'AFM Téléthon et d'autres associations de France Asso-Santé réclament d'avoir connaissance du contenu des dossiers déposés. Il s'agit d'une condition importante pour accroître la pertinence des contributions. J'en ai terminé.

**M. Le Pr COCHAT, Président.-** Merci Catherine. Je fais un petit commentaire sur cette contribution qui est plus sur la forme que sur le fond. On a actuellement une démarche en cours au niveau de la HAS sur cette notion de communication d'avantages, voire de l'ensemble des données aux associations de patients. Pour l'instant, à ma connaissance, la décision n'est pas tranchée. Parce que cela touche aussi un peu au secret des industriels, et on voudrait aussi respecter cet aspect. Une des conditions, une des réserves qui avait été mise par la HAS, c'est qu'il fallait que l'alimentation du dossier pour les associations ne rajoute aucun travail à la HAS. Pour l'instant, c'est un problème qui n'est pas réglé. Il va l'être, je ne sais pas dans quel sens, mais je ne peux pas me positionner par rapport à cette demande de l'association qui est récurrente de la part d'autres associations, clairement.

Je ne sais pas si vous voulez vous exprimer sur ce dossier. Sur le fond, c'est clair que la situation a tout de même pas mal changé, parce qu'on a quatre produits potentiels maintenant, mais surtout, on a ULTOMIRIS qui est passé dans le droit commun. La problématique des traitements appropriés pour l'ensemble de ces produits se pose. C'est ce que le bureau souhaitait mettre en avant. Mais je ne sais pas si vous avez des questions ou des commentaires allant dans ce sens ou dans un autre sens. Clémence.

**M<sup>me</sup> le Dr BASSE, membre de la CT.-** En effet, le fait que ULTOMIRIS soit arrivée nous fait poser la question : y a-t-il un traitement approuvé ou pas, mais celui qu'on analyse, le VYVGART a un mécanisme d'action différent. Ce n'est pas la même molécule. Ça reste innovant. L'accès précoce est en cours. Ont-ils prévu de passer le dossier dans le droit commun ? Y a-t-il des études après pour venir ensuite dans le droit commun ou pas ? C'est peut-être ça ma question. On renouvelle l'accès précoce mais derrière, y a-t-il une échéance à cela ? C'est peut-être ça ma question. Sinon, la myasthénie, j'imagine que les cliniciens et les praticiens sont embêtés parce qu'en deuxième ligne, on cherche un traitement, ça ne marche pas toujours. Tant mieux qu'il y ait des alternatives, mais ULTOMIRIS va-t-il permettre de guérir toutes les myasthénies ? Je ne sais pas. Le fait qu'il y ait une diversité des traitements reste important à mon sens.

**M. Le Pr COCHAT, Président.-** Je fais juste un commentaire. Après, je laisserai peut-être la cheffe de projet continuer de répondre et Michel peut-être, mais le fait qu'il y ait un mode d'action différent, comme tu le sais, ne suffit pas, y compris dans le texte qui gère l'accès précoce. Le mode d'action ne suffit pas pour définir le produit comme innovant. Il faut aussi qu'il y ait des retombées innovantes pour le patient. La cheffe de projet voulait répondre sur la demande de droit commun ?

**Une cheffe de projet pour la HAS.-** C'était simplement pour préciser qu'à l'heure actuelle, toutes les molécules, vous les avez vues dans le cadre du droit commun. Ce sont les petits encadrés en verre foncé, VYVGART, vous l'aviez vu, c'était vraiment en même temps qu'ULTOMIRIS, si l'on regarde les demandes d'accès précoce et les évaluations de droit commun. Vous l'avez vu en décembre 2022 dans le cadre du droit commun. Là, il est au stade de la négociation du prix.

**M<sup>me</sup> le Dr BASSE, membre de la CT.**- C'est parce que le prix est négocié qu'on en est là.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Oui.

**Une cheffe de projet pour la HAS.**- Les quatre molécules ont été vues dans le cadre du droit commun.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Serge.

**M. Le Dr KOUZAN, membre de la CT.**- Je voulais savoir s'il y avait cliniquement une valeur ajoutée par rapport à ULTOMIRIS pour savoir si c'est adéquat de prolonger l'accès précoce ?

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- À ma connaissance, il n'y a pas de comparaison.

**M. Le Pr CLANET, Vice-Président.**- On n'a aucune comparaison entre les médicaments des uns par rapport aux autres. Ils ont des actions qui sont différentes ou complémentaires. Dans tous les cas, aujourd'hui, comme le disait Clémence, on passe de l'un à l'autre médicament si l'un des médicaments n'est pas suffisamment actif ou si les patients échappent à ce médicament.

Ceci étant, comme le disait la cheffe de projet, effectivement, tous ces médicaments ont un SMR et une ASMR, il n'y a pas de raison non plus que pour d'autres raisons qui ne nous échappent pas, les négociations durent très longtemps, et que l'accès précoce se poursuive. C'est la raison pour laquelle il y a eu déjà quelques refus, puisqu'il y a certains médicaments sur lesquels les accès précoces ont été refusés. Je crois, comme on le disait dans le bureau, qu'il faut, à un moment donné, pouvoir arrêter l'accès précoce à partir du moment où tous les médicaments peuvent être à disposition.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Oui, la démarche accès précoce doit garder son sens tout de même. Albert.

**M. Le Dr TRINH DUC, membre de la CT.**- Dans la continuité de ce que vient de dire Michel, les médicaments, que dit la réglementation ? Par exemple, **ZILBRYSQ** a obtenu le renouvellement de l'accès précoce juste avant qu'ULTOMIRIS obtienne le prix. Va-t-il continuer pendant un an ou doit-il être stoppé aussi aujourd'hui ? Que dit la réglementation là-dessus ?

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- On peut les stopper à tout moment, et normalement, on peut aussi stopper **ZILBRYSQ**.

**M. Le Dr TRINH DUC, membre de la CT.**- Pierre, cela amène ma deuxième question. Pourquoi on ne l'a pas fait plus tôt pour VYVGART ? Puisque depuis le 23 avril, on sait qu'on a obtenu le prix. On aurait pu arrêter tous les accès précoces à ce moment-là.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Oui, tout à fait.

**M. DIATTA, pour la HAS.**- En bureau, on a envisagé de rappeler **ZILBRYSQ** pour l'aligner sur la décision qui sera prise aujourd'hui pour VYVGART.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Non, mais la question d'Albert reste pertinente. Pourquoi on ne l'a pas fait plus tôt, effectivement, dès le droit commun d'ULTOMIRIS ?

**M. Le Pr CLANET, Vice-Président.**- Simplement, il est au journal officiel depuis le 23 avril.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Oui, mais c'est vrai que depuis cette date, on aurait pu. C'est parce qu'on est un peu débordé qu'on ne l'a pas fait.

**M. Le Dr TRINH DUC, membre de la CT.**- D'une manière générale, pour tous ces médicaments où il y a des traitements adaptés, quand ils obtiennent le remboursement, y a-t-il une veille pour dire qu'il y a des accès précoces dessus, on les retire maintenant qu'il y a un médicament disponible qui est un comparateur cliniquement pertinent ? Avez-vous une veille pour cela, ou là, c'est le fait du hasard que VYVGART ait demandé ? Si VYVGART n'avait pas demandé, il aurait continué son accès précoce si, par exemple, son accès précoce avait redémarré, comme pour ZILBRYSQ par exemple ?

**M. DIATTA, pour la HAS.**- Absolument.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Oui, c'est un peu organisationnel. Tu as raison dans l'absolu. C'est organisationnel et on ne peut pas répondre par anticipation à toutes ces demandes. On pourrait le faire, effectivement, mais c'est pour des questions de ressources humaines qu'on ne peut pas être suffisamment réactif, et qu'on n'a pas placé ça dans les priorités.

**M. Le Dr TRINH DUC, membre de la CT.**- Je comprends.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Hugues.

**M. Le Dr BLONDON, membre de la CT.**- Y a-t-il un sous-groupe de patients chez lesquels on peut imaginer qu'ULTOMIRIS ne soit pas indiqué et chez qui le VYVGART serait l'alternative ?

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Cela ne ressort pas des essais. Ils n'ont pas stratifié avec des sous-groupes, mais je ne sais pas si la cheffe de projet ou Michel ont des avis différents.

**M. Le Pr CLANET, Vice-Président.**- Il y avait les anticorps anti-muscles, mais je vous rappelle que le meilleur traitement pour ça, comme l'avait dit l'expert, c'est le rituximab qui est utilisé, même s'il est en hors AMM.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- C'était la cible de RYSTIGGO, pas de VYVGART.

**Une cheffe de projet pour la HAS.**- C'est pour le dernier RYSTIGGO uniquement.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Catherine.

**M<sup>me</sup> le Dr SIMONIN, membre de la CT.**- Je ne suis pas d'accord avec le fait que, parce qu'un traitement a été vu en droit commun et validé au remboursement, on suspende tous les accès précoces. Parce que, pendant la négociation de prix, on ne peut pas considérer que ce traitement est accessible aux patients. Tant que le prix n'est pas posé.

**M. Le Pr COCHAT, Président.-** Oui. On est d'accord.

**M<sup>me</sup> le Dr SIMONIN, membre de la CT.-** S'il y en a un, effectivement, je rejoins Hugues, il faudrait savoir si VYVGART amène un plus pour une niche de patients qui ne seraient pas éligibles à ULTOMIRIS ou à un autre. Mais on ne peut pas suspendre les accès précoces dès lors que le droit commun est acquis, puisqu'il ne sera accessible aux patients que quand le prix sera posé, négocié, et c'est bien là le sujet. S'il n'y a pas de contre-indication à utiliser un autre qui est validé, effectivement, là, il y a un traitement approprié remboursable, mais dans la négociation de prix, non.

**M. Le Pr COCHAT, Président.-** Catherine, nous sommes d'accord, et là, la cheffe de projet a parlé du JO. Le prix est négocié au JO. Le simple fait qu'on ait donné une ASMR en droit commun ne suffit pas, on est tout à fait d'accord. Il suffit de voir l'exemple qu'on a sous le nez entre le délai d'ULTOMIRIS et le délai de VYVGART pour l'obtention du prix, on est tout à fait d'accord là-dessus. Il faut qu'il soit disponible pour le patient, et c'est ce qui est écrit dans le texte de l'accès précoce.

Quant à l'éventuelle niche que pourrait traiter VYVGART, oui, peut-être, mais elle n'est ni déterminée, ni dans l'AMM, ni dans les études dont on dispose. On ne peut pas se dire qu'il y a peut-être une niche, ce n'est pas un argument suffisant.

Jean-Christophe.

**M. Le Pr LEGA, membre de la CT.-** Pour bien comprendre la stratégie thérapeutique dans la myasthénie, telle que définie dans nos discussions, c'est immunosuppresseur, azathioprine, rituximab, puis éventuellement ULTOMIRIS, dans un ordre qui n'est pas complètement établi, j'imagine, après VYVGART en adonne et pas en monothérapie, c'est pour cela qu'on ne peut pas imaginer...

**M. Le Pr CLANET, Vice-Président.-** Ce n'est pas un adonne thérapie, c'est changer de produit, ce n'est pas un adonne.

**M. Le Pr LEGA, membre de la CT.-** J'imagine qu'une fois qu'on a utilisé six ou sept molécules, le nombre de patients réfractaires devient très faible, mais cela doit exister. Pourquoi ne peut-on pas imaginer qu'à ce moment-là VYVGART puisse éventuellement mettre des patients en rémission ?

**M. Le Pr CLANET, Vice-Président.-** Tous les médicaments peuvent, à un moment donné, l'être. Le problème est que nous sommes dans une situation où il faut réfléchir à nouveau sur le problème de ce que représente l'accès précoce. Dans le contexte particulier, quand on a commencé avec ULTOMIRIS et VYVGART, il y avait deux médicaments. Maintenant, on continue d'avoir des médicaments dont les effets sont des effets complémentaires les uns par rapport aux autres, ou éventuellement qui agissent pratiquement de la même façon sur le CD20, le CD19 ou sur le complément, etc. À un moment donné, on se retrouve avec des médicaments qui ont eu un SMR et une ASMR, on n'est plus dans le domaine de l'accès précoce.

**M. Le Pr COCHAT, Président.-** Je suis tout à fait d'accord avec ce que dit Michel. On pourrait, comme l'a dit Clémence, penser que du fait d'un mode d'action différent, les résultats pourraient être différents. On pourrait faire un pari sur cette population, mais elle n'est pas mise en avant. On n'a aucune donnée pour nous dire que VYVGART fait peut-être mieux après l'échec d'ULTOMIRIS dans telle ou telle population de patients. C'est ce que l'on aimerait pour en maintenir l'accès précoce. Mais on n'a pas cette donnée, même de manière hypothétique.

**M. Le Pr LEGA, membre de la CT.-** On a déjà fait plusieurs extrapolations dans le cadre des accès précoces. Mettre une liste de médicaments tels que dans le document qui a été rédigé par le SEM, azathioprine, MMF, rituximab, ciclosporine, voire ENDOXAN puis ULTOMIRIS, ça ne vous dirait pas ?

**M. Le Pr COCHAT, Président.-** Il n'est même pas positionné comme étape suivante après ULTOMIRIS en termes de lignes de traitement.

**M. Le Pr CLANET, Vice-Président.-** Il faut qu'on soit cohérent et logique avec les attitudes que l'on peut avoir au niveau de la HAS, puisque pour RYSTIGGO, par exemple, il y a eu un refus d'accès précoce par le collège. Ça a déjà commencé. Faut-il accepter de renouveler alors que des médicaments qui n'ont finalement pas de différence les uns par rapport aux autres, on a commencé de refuser l'accès à certains et d'autres on continuerait de le donner ? Il y a un problème. La myasthénie nous offre là un sujet de réflexion sur les renouvellements d'accès précoce lorsqu'on a une liste de médicaments qui se situe à la même ligne, dont on ne sait pas si l'un est supérieur à l'autre, avec des médicaments qui sont tout de même arrivés avant les autres, qui sont rentrés dans le droit commun et par conséquent sont des traitements appropriés.

**M. Le Pr COCHAT, Président.-** Je propose qu'on passe au vote : pour ou contre le renouvellement de l'accès précoce.

*(Il est procédé au vote par appel nominatif.)*

**M<sup>me</sup> LUZIO, pour la HAS.-** Vous étiez 19 votants, et vous avez voté à 19 voix contre le renouvellement de l'accès précoce.

**M. Le Pr COCHAT, Président.-** Très bien, merci.

**Une cheffe de projet pour la HAS.-** Il ne faut pas voter par critère ?

**M. Le Pr CLANET, Vice-Président.-** Il faut voter les questions d'une part et deuxièmement, je vous rappelle que la mise en œuvre de ce traitement ne peut être différée, ce n'est pas le trois, mais le quatre qu'on a changé déjà depuis plus d'un an ou un an et demi.

**M. Le Pr COCHAT, Président.-** Oui, absolument. On va voter sur les quatre critères.

*(Il est procédé au vote par appel nominatif.)*

**M<sup>me</sup> LUZIO, pour la HAS.-** Vous étiez 19 votants. Pour le premier critère, il y a 19 voix pour. Pour le deuxième critère, il y a 19 voix contre. Pour le troisième critère, j'ai 13 voix contre et

6 voix pour. Pour le quatrième critère, j'ai 11 voix pour et 8 voix contre. C'est un refus de l'accès précoce.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- OK. Merci. Jean-Christophe.

**M. Le Pr MERCIER, membre de la CT.**- Je suis un peu étonné par le fait que nous avons refusé l'accès précoce, mais qu'il y a une distribution dans les motifs, en réponse aux quatre questions, qui sont très différentes les uns des autres.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Oui, mais on ne va pas faire cette analyse.

**M. Le Pr MERCIER, membre de la CT.**- Oui, mais peut-être qu'il faut réfléchir parce que la perception, finalement, sur les critères est tout de même très variable d'un votant à l'autre.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Je suis d'accord. Je suis surpris aussi parce que notamment, quand on répond qu'il y a un traitement approprié, mais que malgré tout, ce traitement, parce que c'est bien comme ça que c'est présenté, ne peut peut-être différer, je ne comprends pas. C'est vrai que je ne comprends pas le vote de certains. Mais c'est une perception qui peut être...

**M. Le Pr MERCIER, membre de la CT.**- Tout à fait, il faut qu'on réfléchisse.

**M. le Dr TRINH DUC, membre de la CT.**- C'est valable pour le dernier point aussi.

**M. Le Pr CLANET, Vice-président** Je rappelle qu'il faut rappeler l'autre médicament pour arrêter l'accès précoce également.

**M. Le Pr COCHAT, Président.**- Oui.