

Questionnaire de recueil du point de vue des patients et usagers pour l'évaluation d'un médicament

Commission de la transparence - Commission de l'évaluation économique et de santé publique

Evaluation de : HEMLIBRA®

Indication(s) du médicament concernée : Hémophilie A sans inhibiteur

Nom et adresse de l'association :

Association Française des Hémophiles (AFH)

6 rue Alexandre Cabanel

75739 PARIS CEDEX

1. Méthode utilisée pour remplir le questionnaire

Indiquer la méthode utilisée pour remplir le questionnaire et notamment la nature des informations mobilisées.

- Interviews de patients entre janvier 2018 et mai 2019 ;
- Témoignages de 3 patients hémophiles A sans inhibiteur sous cette nouvelle molécule ;
- Témoignages de 9 patients hémophiles A sans inhibiteur sous facteur à longue durée d'action.

Quelles sont les personnes qui ont joué un rôle significatif dans la production de la contribution ?

- **Gaetan Duport**, bénévole, Association Française des Hémophiles ;
- **Nicolas Giraud**, président, Association Française des Hémophiles ;
- **Guillaume Janin**, bénévole, Association Française des Hémophiles ;
- **Geneviève Pietu**, bénévole, Association Française des Hémophiles ;
- **Fabrice Pilorgé**, directeur, Association Française des Hémophiles ;
- **Thomas Sannié**, bénévole, Association Française des Hémophiles.

Travail initial en binôme de deux bénévoles de l'AFH, revu par le Groupe Médicament de l'AFH.

L'association a-t-elle reçu des aides extérieures et quelle est leur nature ?

Echanges inter-associatifs et avec experts dans le cadre de congrès internationaux :

- Congrès 2018 de la World Federation of Hemophilia (WFH) ;
- Congrès 2017 et 2018 de l'European Hemophilia Consortium (EHC) ;
- Congrès 2018 de l'Association Française des Hémophiles ;
- Congrès 2019 de l'European Association for Haemophilia and Allied Disorders (EAHAD) ;
- Congrès 2019 de la World Federation of Hemophilia – Section santé musculo-squelettique (MSK-WFH).

Contribution des associations de patients et d'usagers aux évaluations des médicaments et des dispositifs médicaux.

2. Impact de la maladie / état de santé

2.1 Comment la maladie (ou l'état de santé) pour laquelle le médicament est évalué affecte-t-elle la qualité de vie des patients (court terme, long terme) ? Quels aspects posent le plus de difficultés ?

Deux contraintes importantes sont présentes pour les hémophiles A sans inhibiteurs :

- La courte durée d'action des traitements (entre 8 et 12h de demi-vie) ;
- La voie d'abord intraveineuse.

L'impact sur la qualité de vie des patients varie selon l'âge.

2.1.1 Enfance et adolescence : un impact social fort

Diagnostic et traitements

Le diagnostic d'hémophilie A sévère se fait souvent avant l'âge d'un 1 an. Dans un cas sur trois il n'existe pas d'antécédents connus dans la famille.

Entre 1 et 3 ans est mis en place un traitement préventif visant à éviter les saignements nommé prophylaxie. Les accidents hémorragiques (saignements articulaires (hémarthroses) et hématomes) sont présents malgré les traitements. La prophylaxie est recommandée pour toute la population pédiatrique. Elle est suivie par 90% de la population pédiatrique [1].

Les schémas de traitement vont de 1 à 4 injections intraveineuses par semaine.

L'accès veineux pour les jeunes enfants pose problème. La répétition dans le temps rend l'abord difficile pour les enfants. Les oppositions des enfants aux injections sont considérées comme un enjeu majeur pour l'AFH et des professionnels de santé.

Enjeux psychosociaux

L'intégration scolaire est, en principe, normale si elle est préparée. Certains enfants rencontrent des difficultés, notamment des refus de prise en charge liées aux représentations de l'hémophilie par les encadrants : enfants non acceptés en cantine scolaire, en voyage scolaire, aux enseignements d'éducation physique, en club de sport.

Certains parents préfèrent arrêter leur activité professionnelle pour élever leurs enfants.

Au moment de l'adolescence, la lourdeur du traitement, la remise en question / le déni de la maladie chronique et le regard des autres mènent les adolescents à des relations conflictuelles et à une construction de soi perturbée. C'est à ce moment que certains refusent le suivi médical et la prise de traitements conduisant à un risque pour la santé important.

2.1.2 Adultes : une bataille permanente contre les aléas de santé

La répétition des accidents hémorragiques articulaires ainsi que des micro-saignements invisibles mènent à des troubles fonctionnels majeurs dits arthropathies. Vers 30 ans, plus de la moitié des patients présentent au moins une atteinte articulaire. Cela se traduit par des douleurs chroniques, des difficultés de marche, une forte consommation d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. La pose de prothèse de genou ou de cheville est répandue dans la population hémophile A sans inhibiteur avant l'âge de 40 ans. Une des raisons de ces atteintes est liée à la mise en place tardive de la prophylaxie lorsqu'ils étaient enfants.

De nombreux patients n'ont pas connu d'accidents hémorragiques au cours de l'enfance mais présentent des atteintes articulaires à l'âge adulte liées à des micro-saignements. Le défi de demain sera de contrôler ces micro-saignements.

Les accidents hémorragiques articulaires sont moins nombreux à l'âge adulte. Ainsi environ 60% des adultes passent en traitement à la demande et abandonnent la prophylaxie [1]. Le modèle de soin devient

Contribution des associations de patients et d'usagers aux évaluations des médicaments et des dispositifs médicaux.

curatif.

Bien que la Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) permette le maintien en emploi, la multiplication des arrêts de travail peut mener à une précarisation de l'emploi et des reconversions professionnelles pour une partie des personnes concernées.

Néanmoins, la qualité de vie sous les traitements actuels permet à ces personnes de construire une famille et d'avoir des enfants.

2.1.3 Seniors : des pathologies du vieillissement difficiles à prendre en soin

Une grande partie des plus de cinquante ans vivent avec des comorbidités associées (VIH et / ou VHC) le plus souvent guéries mais qui laissent des séquelles importantes.

Les atteintes articulaires mènent à des troubles de la sédentarité : surpoids, diabète et troubles cardio-vasculaires.

Les troubles cardio-vasculaires nécessitant des interventions chirurgicales lourdes, elles posent un défi pour la régulation de la coagulation durant le temps opératoire et post-opératoire.

2.1.4 A tout âge : un impact fort du mode d'injection intraveineux

La difficulté de la répétition des injections tout au long de la vie est lourde à supporter.

A ce jour, il n'existe que la voie intraveineuse comme voie d'abord. Ceci est ressenti comme un frein au suivi à long terme de la prophylaxie voire mène à des arrêts de traitement.

2.2 Comment la maladie affecte-t-elle l'entourage (famille, proches, aidants)

2.2.1 Parents : la difficulté de tout gérer

L'arrivée d'un enfant hémophile dans une fratrie bouleverse les familles. Elle augmente les divorces et entraîne des situations d'échec professionnel des parents. L'annonce du diagnostic reste un choc malgré la qualité de vie nettement supérieure aujourd'hui des enfants à naître comparativement à il y a 10 ans ou plus.

Une maman d'hémophile A sévère, 5 ans dit : « *Lorsque j'ai appris le diagnostic de mon enfant, le monde autour de moi s'est écroulé. J'ai rapidement compris que nous allions devoir nous battre autant pour ses soins que pour faire reconnaître qu'il peut vivre comme les autres* »

2.2.2 Adulte : une résilience de l'entourage nécessaire

L'âge adulte s'accompagne, pour un hémophile, de douleurs chroniques articulaires et de périodes inflammatoires exacerbées. La fatigue, les syndromes dépressifs et les divorces sont nombreux.

Un hémophile adulte de 32 ans dit : « *L'hémophilie est une double maladie : enfant il faut gérer les saignements puis adulte il faut vivre dans l'intermittence des crises inflammatoires, c'est un long combat* »

2.2.3 Seniors : prendre sur soi les pathologies multiples

Le vieillissement de la population hémophile est récent, avant ils mourraient. Beaucoup doivent découvrir avec leur entourage, une vie hyper-médicalisée. La prise en compte du VIH et du VHC entraîne une multiplication des acteurs de soins.

Un hémophile adulte de 60 ans dit : « *Ma génération a tout traversé. A chaque fois, nous avons essuyé les plâtres. Ma femme est restée mais c'est au prix de nombreux sacrifices pour nous deux.* »

[1] Réseau FranceCoag : la prise en charge des patients atteints d'une maladie hémorragique héréditaire, le point en 2014 – InVS, p.6, 2015.

Contribution des associations de patients et d'usagers aux évaluations des médicaments et des dispositifs médicaux.

3. Expérience avec les thérapeutiques actuelles autres que celles évaluées

3.1 Selon vous, quelles sont actuellement les thérapeutiques les plus adaptées ? Leurs avantages et inconvénients ?

Les hémophiles A sans inhibiteurs sont traités par la substitution en protéine Facteur VIII déficitaire, de façon préventive (prophylaxie) ou curative (à la demande).

Aujourd'hui 3 gammes de médicaments dérivés du sang et analogues recombinants coexistent :

- les produits plasmatiques ;
- les recombinants issus de génie génétique depuis 1993 dits « facteurs conventionnels » ;
- les recombinants dits « facteurs longue durée d'action » depuis 2017 : leur durée de vie in vivo est plus longue.

3.1.1 Un fort risque d'inhibiteur avec les thérapeutiques actuelles

Schématiquement, ces 3 gammes de médicaments présentent toutes le défaut d'entraîner pour 25 % à 30% des patients un risque d'anticorps anti-facteur VIII (inhibiteur).

Les 40 à 75 premières injections permettent d'observer chez un patient jamais traité, sa réaction immunogène. Après apparition d'un inhibiteur, une Induction par Tolérance Immune (ITI) peut-être mise en place. Il s'agit d'un protocole visant à anéantir l'inhibiteur par de fortes doses à intervalles courts de facteur VIII. Ces patients, souvent entre 3 et 6 ans, reçoivent 1 à 2 injections par jour pendant plusieurs mois. La qualité de vie s'en trouve fortement altérée. L'ITI montre de bons résultats (70% de succès) et permet à nombre de ces patients de pouvoir revenir à des schémas thérapeutiques normaux.

Pour les 30% en échec d'ITI, ils deviennent alors « hémophiles A avec inhibiteur » et sortent de l'indication ici présentée. Hemlibra® est déjà disponible pour ces personnes.

3.1.2 Le schéma prophylactique en prévention

La prophylaxie a pour but principal de prévenir des lésions articulaires. Une mise en place précoce est favorisée afin de retarder le plus possible l'apparition de complications arthropathiques. Recommandée par les professionnels, la prophylaxie a amélioré considérablement la qualité de vie. Elle est aujourd'hui le gold standard.

La prophylaxie s'est beaucoup généralisée durant ces deux dernières décennies. Elle est maintenant presque systématiquement prescrite pour la population pédiatrique et adolescente. Les protocoles de traitement sont co-construits entre le médecin et le patient. Cette co-construction des protocoles de prophylaxie maximise la qualité de vie des personnes, l'adhésion au traitement et lui permette l'accès aux activités qu'il souhaite.

Grâce à la prophylaxie, une population adolescente et de jeunes adultes ayant rencontré peu d'accidents hémorragiques ont un bien meilleur capital articulaire par rapport aux générations d'hémophiles précédentes. Néanmoins, beaucoup de patients adolescents et jeunes adultes continuent à voir apparaître des atteintes articulaires irréversibles à cause de micro-saignements indétectables pour le patient.

L'éducation thérapeutique du patient et des parents permet d'apprendre l'autonomie dans la gestion de la santé et des traitements. Les enfants apprennent à s'injecter eux-mêmes durant la préadolescence ou l'adolescence.

3.1.3 Faible recul depuis l'arrivée des longues durées d'action

Depuis 2017, l'arrivée d'un produit longue durée d'action permet :

- soit d'espacer la fréquence des traitements : le plus souvent de 3 à 2 fois par semaine ;

Contribution des associations de patients et d'usagers aux évaluations des médicaments et des dispositifs médicaux.

- soit de garder une fréquence identique mais d'obtenir un taux résiduel plus élevé et ainsi mieux protéger les articulations.

Le taux résiduel est la concentration en facteur VIII circulant, restant juste avant une nouvelle injection.

Le recul n'est pas encore assez grand pour avoir un comparatif de l'état de dégradation articulaire.

Le débat scientifique est riche pour savoir quel est le taux résiduel à considérer pour protéger de façon optimale les articulations des patients. Demain, l'arrivée de nouvelles thérapeutiques va modifier ce débat.

3.2 Quelles sont les principales attentes des patients vis-à-vis d'une nouvelle thérapeutique ?

Il y a cinq attentes majeures :

- Alléger la prophylaxie ;
- Gérer les micro-saignements ;
- Améliorer la qualité de vie ;
- Se redéfinir en tant que patient
- Reconstruire l'éducation thérapeutique.

3.2.1 Alléger la prophylaxie

L'injection intraveineuse des thérapeutiques actuelles est difficile à accepter tout au long de la vie :

- Chez les enfants en bas âge, les infirmières libérales sont nombreuses à refuser de se déplacer compte-tenu de la voie d'abord qui est rarement utilisée en soins de ville. Le passage à des soins en sous-cutané éviterait ces refus de professionnels.
- Chez les adultes, l'abandon de la prophylaxie pour plus de la moitié des patients est liée à la difficulté d'accès veineux et à l'absence apparente de saignements, les dégâts articulaires étant déjà présents.

Demain, Hemlibra peut permettre d'avoir une protection beaucoup plus importante contre les saignements. La voie sous-cutanée est plus simple.

3.2.2 Gérer les micro-saignements

Jusqu'aujourd'hui les saignements cliniquement objectifs permettent d'adapter les traitements. Demain l'arrivée d'Hemlibra®, nécessitera de prendre en considération les saignements que le patient ne peut pas percevoir : les micro-saignements par contrôle échographique.

Les micro-saignements entraînent à long terme des atteintes articulaires.

L'essai clinique HAVEN III [2] (Emicizumab chez Hémophilie A sans inhibiteur en 1 fois par semaine ou 1 fois toutes les 2 semaines) n'a pas pris en considération cet aspect. Nous ne savons pas si les micro-saignements sont diminués avec Hemlibra®. Des études complémentaires sont nécessaires.

3.2.3 Améliorer la qualité de vie

L'utilisation des échelles de qualité de vie en hémophilie se fait depuis une dizaine d'années. Demain sous Hemlibra®, l'absence de saignement attendu nécessitera de scruter avec attention des changements aujourd'hui moins considérés : critères de mobilité, activités quotidiennes, douleur, inconfort, anxiété, dépression, relations sociales.

[2] J. Mahlangu, and al NEJM 2018

Contribution des associations de patients et d'usagers aux évaluations des médicaments et des dispositifs médicaux.

3.2.4 Se redéfinir en tant que patient

L'hémophilie A sans inhibiteur est une pathologie qui laisse place à la forte incertitude d'un parcours de vie grevé par des accidents. Beaucoup se définissent comme des intermittents du handicap. Hemlibra® diminue ce nombre d'accidents. Il est donc à attendre une amélioration des indicateurs de santé psycho-affectifs. Rien n'a été évalué en ce sens durant les essais de phase III.

3.2.5 Reconstruire l'éducation thérapeutique

Avec l'arrivée d'Hemlibra®, l'apprentissage à l'autonomie en santé pour les hémophiles A devrait être repensé. Aujourd'hui la protection des hémorragies est garantie dans les heures qui suivent une injection. Demain, le jour d'injection aura une importance différente. Il sera possible de pratiquer une activité physique à n'importe quel jour de distance de l'injection. Il n'y aura plus la protection du jour d'injection = jour où je peux tout faire.

Par ailleurs, Hemlibra® agit en mimant l'action du facteur VIII mais ne le remplace pas. Ainsi il n'est pas possible de doser un taux de facteur VIII. Par abus de langage les patients recevant déjà la molécule se définissent comme étant devenu « hémophile mineur voir non hémophile ». Ce discours est appuyé par les professionnels parlant d'un taux de facteur équivalent à 10-12%. En réalité il s'agit d'un comparatif sans fondements biologiques mais sur des réalités cliniques.

Ce point de vue devra être repensé car malgré tout, des saignements cliniques existent encore nécessitant l'administration de facteur par voie intraveineuse.

Enfin, l'arrivée des nouvelles thérapies nécessite pour les patients des connaissances plus approfondies de la coagulation pour savoir-dire : expliquer auprès des professionnels non avertis. L'accueil aux urgences restera un défi.

Contribution des associations de patients et d'usagers aux évaluations des médicaments et des dispositifs médicaux.

4. Expériences avec le médicament évalué

4.1 D'après votre expérience du médicament et celle des autres malades, quelles sont les conséquences positives ou négatives de son utilisation ?

Hemlibra® pour les hémophiles A sans inhibiteur n'est pour l'instant utilisé que par une poignée de patients en France, ceux inclus dans les essais cliniques. Comme pour les personnes avec inhibiteur, l'usage pose de nombreuses questions.

4.1.1 Points positifs à l'utilisation d'Emicizumab :

- Diminution importante des saignements constatés par tout patient (diminution de 96%) [2] ;
- Rapidité d'administration et moindre contrainte (intra-veineuse devenue sous-cutanée) ;
- Avantage réel pour nourrissons et personnes âgées à l'accès veineux complexe (+/- 10% population) ;
- Nombre d'injections nettement plus faible (13 à 52 sous-cutanées par an + une poignée d'intraveineuses pour gérer à 1 à 3 accidents hémorragiques) contre 80 à 180 intraveineuses ;
- Apprentissage du geste réalisable chez des enfants plus jeunes ;
- Sentiment d'une nouvelle vie, de rajeunir ;
- Reprise d'activités physiques même à un âge mûr ;
- Amélioration considérable de la qualité de vie ;
- Facilitation de la gestion des actes chirurgicaux.

Un doute persistant

Le nombre des saignements diminue et donc a priori les douleurs associées. Certaines personnes témoignent que leurs douleurs ont diminué, non seulement pendant les saignements mais aussi en vie courante, entraînant une baisse de prise d'antalgiques. Néanmoins, certains ont constaté que alors que leurs saignements ont très fortement diminué voire disparu, la douleur arthropathique se révèle avec plus d'acuité, auparavant elle était « *noyée dans les épisodes hémorragiques* ».

Une question qui reste en suspens

Comment et dans quelles mesures les douleurs arthropathiques sont-elles réduites ? Notons qu'Emicizumab / Hemlibra® n'a pas pour objectif de diminuer les douleurs arthropathiques.

4.1.2 Points négatifs à l'utilisation d'Emicizumab / Hemlibra®

* Reconstitution partielle du volume et impact financier

- Reconstitution uniquement d'une partie de la solution à injecter.
- Perte de 0 à 50% du volume selon la masse du patient.
- Dosage en fonction de la masse au kg près : nécessité de surveiller son poids (enjeu de santé publique -> campagne d'activité physique et nutrition en ce sens).
- Faible variété de flacons : 4 flacons différents seulement, nécessitant parfois 2 ou 3 injections.

[2] J. Mahlangu, and al NEJM 2018

Contribution des associations de patients et d'usagers aux évaluations des médicaments et des dispositifs médicaux.

- Perte de nombreuses unités non injectées et donc jetées entraînant un coût financier majeur non justifié (jusqu'à 50% d'un flacon).

*** Packaging et conservation améliorable**

- Absence de stylo pré-injectable comme pour les insulines dans un diabète de type 1.
- Conservation permanente au frais non obligatoire pour les autres médicaments facteur VIII.

*** Gestion de saignement avec facteurs conventionnels**

- Utilisation d'un autre médicament pour gérer un saignement. Emicizumab / Hemlibra® est uniquement utilisable en prophylaxie et ne peut endiguer les saignements intercurrents.
- Nécessité de conserver un stock de facteur VIII et risque de perte si péremption.

*** Persistance d'un risque d'inhibiteur avec Emicizumab / Hemlibra®**

Le risque d'anticorps contre Emicizumab / Hemlibra® est à ce jour très faible : 2 cas à ce jour révélés en avril et juillet 2018, abandon du traitement par 1 patient sur 400 patients traités dans le monde [3]. L'usage conviendrait de revenir alors à un usage de facteur VIII.

Une surveillance renforcée est nécessaire.

*** Absence de protocole thérapeutique pour la population jamais traitée aux facteurs de coagulation**

Aujourd'hui les patients jamais traités au facteur VIII sont suivis avec attention car le risque inhibiteur au facteur VIII est très élevé. Demain, sous Hemlibra®, les patients devront encore s'injecter du facteur VIII en cas de saignement. Il n'existe aucun protocole pour un patient jamais traité, à savoir :

- s'il doit d'abord recevoir du facteur VIII pendant une certaine période puis Hemlibra® ou recevoir le facteur VIII concomitamment à Hemlibra®.
- ou ne pas en recevoir à la mise en place d'Hemlibra®.

Il n'existe pas de données sur la co-association d'une double prophylaxie Facteur VIII et Hemlibra®.

L'Association française des hémophiles a un rôle d'accompagnement essentiel sur ce terrain.

4.2 Si vous n'avez pas d'expérience de ce médicament, et que vous avez connaissance de la littérature, de résultats d'essais, ou de communications, quelles sont selon vous les attentes ou les limites ?

Comme tout médicament en maladies rares, le faible nombre de patient inclus dans les essais cliniques ne nous permet pas de savoir en vie réelle ce que sera l'impact de ce médicament sur la qualité de vie à long terme.

[3] *European Hemophilia Consortium, Novel treatments in haemophilia and other bleeding disorders: a periodic EHC Review Issue One, May 2018*

Contribution des associations de patients et d'usagers aux évaluations des médicaments et des dispositifs médicaux.

5. Information supplémentaire

L'arrivée de ces nouvelles molécules relance le débat sur l'enjeu de la place des nouvelles thérapeutiques dans un champ de pathologie où il n'existait pas d'alternatives entre différents traitements.

Cette opportunité nécessite une vigilance de l'ensemble de la communauté des maladies hémorragiques rares sur le choix du traitement, le suivi articulaire et psycho-social et la qualité de vie.

6. Synthèse

Aujourd'hui l'hémophilie A sans inhibiteur est un défi multiple pour les patients, familles, professionnels de santé et la solidarité nationale :

- **Piste 1** : Assurer une enfance avec un nombre de saignements minimum.
- **Piste 2** : Accompagner le changement de vie en permettant la reprise d'activité physique pour personnes mûres ou la possibilité de faire des sports jusque-là interdits.
- **Piste 3** : Évaluer en vie réelle l'efficacité à long terme d'Hemlibra® sur la qualité de vie, la santé articulaire et la santé psychologique.
- **Piste 4** : Repenser l'éducation thérapeutique entourant l'arrivée de thérapies innovantes de ce type.
- **Piste 5** : Accepter le surcoût financier de la non-utilisation d'une partie du médicament lors d'une injection.

Si vous avez une question au sujet de ce questionnaire, merci de nous contacter à l'adresse contact.contribution@has-sante.fr ou de nous appeler au 01 55 93 73 40 ou 01 55 93 73 72.

Contribution des associations de patients et d'usagers aux évaluations des médicaments et des dispositifs médicaux.

Volet administratif

1. Informations générales sur l'association

Nom de l'association : **Association Française des Hémophiles**

Adresse postale :
6 rue Alexandre Cabanel
75739 PARIS CEDEX

Objet social :

« Aider la vie et Porter la voix »

Fondée en 1955, l'Association française des hémophiles (AFH) s'est donné un rôle d'information, d'entraide et de défense des droits des personnes atteintes d'hémophilie, de maladie de Willebrand et de troubles hémorragiques constitutionnels.

L'Association milite pour une amélioration constante des connaissances, des traitements et de la prise en charge des troubles rares de la coagulation. Elle est particulièrement vigilante aux questions de sécurité des traitements.

Principales activités :

- 1/ Éducation Thérapeutique : co-construction de programme et animation.
- 2/ Accompagnement de patients et familles vivant avec une maladie hémorragique rare.
- 3/ Explication des enjeux et avancées de la Recherche.
- 4/ Réflexion sur l'Innovation sociale.
- 5/ Structuration de Comités Régionaux.
- 6/ Défense d'intérêts des patients et familles.
- 7/ Partenariats entre pays d' Afrique Francophone et la France

Décrivez vos adhérents : nombre, autres éléments de description

- 1200 adhérents structurés dans 24 comités régionaux (métropole, DOM, COM) ;
- 189 membres actifs ;
- Un bureau de 7 membres ;
- 7 salariés.

Type d'association : Association de patients agréée au niveau national depuis 2006 et renouvelé en 2011 et 2016 et reconnue d'utilité publique depuis 1968

Personne contact pour les contributions : **Gaetan Duport**

Fonction : **Responsable Groupe Médicament**

- Email : gaetan.duport@afh.asso.fr;
- Téléphone : 06.74.67.00.55.