

Bulletin n° 704

le 11 janvier 2008

## QUANTITÉS – DEMANDES DE RÈGLEMENT

Vous trouverez ci-joint une liste des unités de mesure à utiliser pour déterminer la quantité à indiquer dans les demandes de règlement soumises au titre du PMONB.

Veillez utiliser les unités de mesure appropriées pour vous assurer que votre coût unitaire est correct et que vos demandes sont bien analysées.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse [BC\\_nbpdp@medavie.croixbleue.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca) ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMOBN à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

# NORMES SUR LES QUANTITÉS À INDIQUER DANS LES DEMANDE DE RÈGLEMENT

## Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Le tableau ci-dessous indique les unités de mesure à utiliser lors de la soumission de demandes de règlement au titre du PMONB.

FORMULE	UNITÉ DE MESURE
Aérosol	par dose
Capsule	par capsule
Crème*	par gramme
Inhalateur à poudre sèche	par dose
Lavement*	par ml
Gel	par gramme
Liquide injectable*	par ml
Poudre injectable pour reconstitution *	par fiole
Insuline	par ml
Liquide	par ml
Aérosol-doseur	par dose
Vaporisateur nasal	par dose
Nébulé	par ml
Onguent	par gramme
Contraceptif oral	par comprimé
Timbre	par timbre
Seringue préremplie	par ml
Poudre*	par gramme
Suppositoire	par suppositoire
Comprimé	par comprimé
Emballage ou trousse avec plus d'un médicament*	par emballage ou trousse

\* Voir **EXCEPTIONS**

EXCEPTIONS	DIN	UNITÉ DE MESURE
Lavement au budésonide (Entocort <sup>MD</sup> )	2052431	quantité de 7 (par trousse)
Acétate de buséréline (Suprefact Depot <sup>MD</sup> )	2228955 2240749	par trousse
Enfuvirtide (Fuzeon <sup>MD</sup> )	2247725	par trousse
Épinéphrine (Epipen <sup>MD</sup> et Epipen <sup>MD</sup> Jr)	509558 578657	par trousse
Épinéphrine (Twinject <sup>MD</sup> )	2247310 2268205	par trousse
Etanercept (Enbrel <sup>MD</sup> )	2242903 2274728	par trousse

<b>EXCEPTIONS</b>	<b>DIN</b>	<b>UNITÉ DE MESURE</b>
Étidronate disodium et carbonate de calcium (Didrocal <sup>MD</sup> )	2176017	par trousse
Imiquimod (Aldara <sup>MD</sup> ), crème	2239505	par emballage (12 par boîte)
Infliximab (Remicade <sup>MD</sup> )	2244016	par fiole
Interféron alfa-2b (Intron A <sup>MD</sup> )	2223406	par trousse
Interféron bêta-1a (Avonex <sup>MD</sup> )	2237770	quantity of 4 (par trousse)
Lansoprazole + amoxicilline + clarithromycine (HP-Pac <sup>MD</sup> )	2238525	par trousse
Acétate de leuprolide (Eligard <sup>MD</sup> )	2248239 2248240 2248999 2268892	par trousse
La méthadone en poudre en préparations extemporanées	999734** 999801** 999802**	par mg
Nitrate de miconazole (Monistat 3 <sup>MD</sup> Dual Pak)	2126249	par emballage
Peginterféron alfa-2a + ribavirine (Pegasys RBV <sup>MD</sup> )	2253410 2253429	par trousse
Peginterféron alfa-2b + ribavirine (Pegetron <sup>MD</sup> )	2246026 2246027 2246028 2246029 2246030 2254573 2254581 2254603 2254638 2254646	par trousse
Peginterféron alfa-2b et ribavirine (Pegetron Redipen <sup>MD</sup> )	2254573 2254603 2254646 2254581 2254638	par trousse
Somatropine (Humatrope <sup>MD</sup> )	745626 2243077 2243078 2243079	par trousse
Sumatriptan (Imitrex <sup>MD</sup> , inj.)	2212188	par emballage

\*\*NIP

Bulletin n° 705

Le 22 janvier 2008

## CHANGEMENTS AUX MÉDICAMENTS ASSURÉS DU PMONB

La présente mise à jour du Formulaire du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick* (PMONB) entre en vigueur le 22 janvier 2008.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse [BC\\_nbpdp@medavie.croixbleue.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca) ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB, à l'adresse [www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp](http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp).

Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez communiquer avec notre bureau, au 1-800-332-3691.

Sincères salutations,



Debbie LeBlanc  
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

**Adalimumab**  
(Humira<sup>MC</sup>)  
Seringues préremplies  
et stylos préremplies  
de 40 mg/0,8ml  
(50 mg/ml)

Nouvelle indication ajoutée aux critères :

- Indiqué pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score  $\geq 4$  sur 10 mesuré à l'aide de l'Indice d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath [Bath AS Disease Activity Index – BASDAI]) qui :
    - présentent des symptômes axiaux\* et qui n'ont pas réagi à l'usage séquentiel d'au moins deux AINS à la dose optimale sur une période d'observation minimale de trois mois ou chez qui les traitements par AINS sont contre-indiqués ;
- OU
- ont des symptômes périphériques et qui ne répondent pas, ou qui ont des contre-indications, à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose optimale pendant une période d'observation minimale de trois mois, et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- \* Les patients souffrant d'uvéite récurrente (au moins deux épisodes sur une période de 12 mois) comme complication d'une maladie du squelette axial n'ont pas à essayer les AINS seuls.
- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
  - L'approbation sera accordée pour une période maximale de 6 mois.
  - Les demandes de renouvellement doivent comprendre les renseignements présentant les bienfaits du traitement, plus précisément :
    - une diminution d'au moins deux points sur l'échelle BASDAI, comparativement au score obtenu avant le traitement ;
- OU
- l'opinion du patient et du spécialiste concernant la réponse clinique adéquate, déterminée par une amélioration fonctionnelle importante (mesurée par les résultats de tests tels que le questionnaire d'évaluation de l'état de santé [QEES] ou « la capacité à retourner au travail »).
  - L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg aux deux semaines
  - Les demandes relatives à un traitement en combinaison avec autre facteur de nécrose tumorale humain (TNFR) ne seront pas examinées.

**Comparaison des coûts des modificateurs de la réponse biologique pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante**

Nom générique	Marque	Concentration	Dose	Espacement des doses	Coût*	Coût annuel
adalimumab	Humira <sup>MC</sup>	40 mg	40 mg	2 fois par semaine	759,12 \$	19 736,99 \$
étanercept	Enbrel <sup>MD</sup>	50 mg	50 mg	1 fois par semaine	395,25 \$	20 552,74 \$
infiximab	Remicade <sup>MD</sup>	100 mg	5 mg/kg	semaine 0, 2 et 6, et aux 8 semaines par la suite <b>ou</b> semaine 0, 2 et 6, et aux 6 semaines par la suite	1 019,90 \$	32 636,80 \$  40 796,00 \$
<b>Remarque :</b> Le coût de l'infiximab comprend 4 flacons par perfusion. Il s'agit d'une quantité suffisante pour traiter les patients pesant entre 70 kg et 80 kg.						
<b>*Source :</b> Catalogue des prix pour les Maritimes de McKesson Canada, février-avril 2008						

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

---

### **Darbépoétine**

(*Aranesp<sup>MD</sup>*)

Seringues préremplies

SingleJect<sup>MD</sup> de 10, 20, 30, 40, 50, 60, 80, 100, 130, 150, 200, 300 et 500 mcg

Nouvelle indication ajoutée aux critères :

Indiqué pour le traitement des patients tributaires de transfusions sanguines qui souffrent d'une hémopathie maligne, qui ont besoin d'une transfusion  $\geq 2$  unités de culot globulaire par mois sur une période de 3 mois.

- L'approbation initiale sera accordée pour une période de 12 semaines
  - L'approbation pour d'autres périodes de 12 semaines sera accordée si la réponse clinique est satisfaisante ou si le nombre d'unités de culot globulaire est réduit à moins de 2 par mois.
- 

### **Efalizumab**

(*Raptiva<sup>MD</sup>*)

Flacon de 150 mg pour injection sous-cutanée

Indiqué pour le traitement des patients atteints de psoriasis grave incapacitant, qui répondent aux critères suivants :

1. la surface corporelle atteinte est supérieure à 10 p. 100 ou le psoriasis couvre une partie importante du visage, des mains, des pieds ou des organes génitaux ;
2. absence de réponse au méthotrexate et à la cyclosporine, ou présence de contre-indications ou d'intolérance à ces médicaments;
3. absence de réponse ou intolérance à la photothérapie ou inaccessibilité de la photothérapie.

L'approbation de la couverture sera accordée pour une période initiale de 12 semaines. Une couverture prolongée peut être approuvée chez les patients ayant répondu à la thérapie, c'est-à-dire qui ont affiché une réduction d'au moins 75 p. 100 du score de l'index de surface et de sévérité du psoriasis (PASI), une réduction d'au moins 50 p. 100 du score du PASI accompagnée d'une amélioration d'au moins 5 points de l'indice dermatologique de qualité de vie (DLQI), ou une réduction quantitative de la surface corporelle atteinte en même temps que l'examen qualitatif de certaines régions (p. ex. : visage, mains, pieds ou organes génitaux).

Il est recommandé que les patients s'inscrivent au registre du fabricant pour la collecte des données sur l'efficacité et les effets néfastes.

---

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

### Époétine alfa

(Eprex<sup>MD</sup>)

Fioles et seringues préremplies de  
1 000 UI/0,5 ml, 2 000 UI/0,5 ml,  
3 000 UI/0,3 ml, 4 000 UI/0,4 ml,  
5 000 UI/0,5 ml, 6 000 UI/0,6 ml,  
8 000 UI/0,8 ml, 10 000 UI/ml,  
20 000 UI/ml et 40 000 UI/ml

Nouvelle indication ajoutée aux critères :

Indiqué pour le traitement des patients tributaires de transfusions sanguines qui souffrent d'une hémopathie maligne, qui ont besoin d'une transfusion  $\geq 2$  unités de culot globulaire par mois sur une période de 3 mois.

- L'approbation initiale sera accordée pour une période de 12 semaines
- L'approbation pour d'autres périodes de 12 semaines sera accordée si la réponse clinique est satisfaisante ou si le nombre d'unités de culot globulaire requis est réduit à moins de 2 par mois.

### Acétate de lanréotide

(Somatuline<sup>MD</sup> Autogel<sup>MD</sup>)

Seringues préremplies de 60 mg,  
90 mg et 120 mg pour injection  
sous-cutanée

Indiqué pour le traitement de l'acromégalie.

## AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

### Bosentan

(Tracleer<sup>MD</sup>)

Comprimés de 62,5 mg et  
125 mg

Indiqué pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HAP) chez :

- les patients atteints d'hypertension artérielle pulmonaire idiopathique en classe fonctionnelle III ou IV de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les patients qui n'ont pas présenté de signes de vasoréactivité lors des tests, ou les patients qui ont présenté des signes de vasoréactivité lors des tests, mais qui n'ont pas répondu ou qui ont une intolérance aux inhibiteurs calciques ;
- les patients atteints d'hypertension pulmonaire associée à une maladie du tissu conjonctif en classe fonctionnelle III ou IV de l'OMS et qui ne répondent pas au traitement classique de façon satisfaisante.

## MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantage thérapeutique en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

<b>Bupropion</b>	<i>(Wellbutrin XL<sup>MD</sup>)</i>	Comprimés à libération prolongée de 150 mg et 300 mg
<b>Lumiracoxib</b>	<i>(Prexige<sup>MC</sup>)</i>	Comprimés de 100 mg
(Lumiracoxib a été retiré du marché en octobre 2007)		

L'inscription du produit suivant a été recommandée, cependant, les produits de désaccoutumance au tabac ne constituent pas des médicaments admissibles au PMONB.

<b>Varénicline</b>	<i>(Champix<sup>MC</sup>)</i>	Comprimés de 0,5 mg et 1 mg
--------------------	-------------------------------	-----------------------------



Bulletin n° 708

Le 11 février 2008

## CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 11 février 2008.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à [BC\\_nbpdp@medavie.croixbleue.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca) ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont aussi disponibles sur la page Web du PMONB à [www.gnb.ca/0051/0212/index-e.asp](http://www.gnb.ca/0051/0212/index-e.asp).

Si vous avez des questions ou des préoccupations, veuillez communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

## AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
<b>Acide acétylsalicylique</b>					
Com. Oral 81 mg	AAS Co. Ent. 81mg	2244993	PMS	V	PAR
	Dose quotidienne faible kératinisée (Equate)	2243801	PMS	V	PAR
	Dose quotidienne faible kératinisée AAS (Exact)	2243896	PMS	V	PAR
	Dose quotidienne faible kératinisée AAS (Life)	2243101	PMS	V	PAR
	Dose quotidienne faible kératinisée AAS (Rexall)	2243802	PMS	V	PAR

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

### Dasatinib (Sprycel®)

Comprimés de 20 mg, 50 mg, 70 mg

- Pour les patients adultes qui ont une leucémie myéloïde chronique (LMC)
  - avec une résistance primaire ou acquise à imatinib à 600 mg par jour. Posologie recommandée : 100 mg par jour ou 70 mg deux fois par jour.
  - qui progressent à une phase d'accélération lorsqu'ils prennent imatinib 800 mg par jour. Posologie recommandée : 140 mg par jour.
  - qui ont une crise blastique lorsqu'ils prennent imatinib 800 mg par jour. Posologie recommandée : 140 mg par jour.
  - qui ont une intolérance à imatinib ou ont eu une toxicité de niveau 3 ou plus à imatinib.
- Critère de renouvellement : la demande de renouvellement doit préciser comment le patient a bénéficié du traitement et s'il est attendu qu'il continuera à en bénéficier.
- Période de renouvellement : 1 an

### Sorafenib (Nexavar®)

Comprimés de 200 mg – nouvelle demande

- Comme traitement de deuxième intention pour les patients ayant un cancer du rein à cellules claires métastatique confirmé histologiquement et qui :
  - ont déjà eu une néphrectomie ; et
  - ont eu une progression de la maladie après un traitement antérieur aux cytokines (p. ex. : interféron; aldesleukin) au cours des huit derniers mois ; et
  - ont un état de performance de 0 ou 1 d'après les critères<sup>†</sup> du Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ; et
  - ont un état de risque favorable ou intermédiaire selon la cote de pronostique\* du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC).
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Critère de renouvellement : confirmation écrite que le patient a bénéficié du traitement et qu'on s'attend à ce qu'il continue à en bénéficier.
- Période de renouvellement : 1 an

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

### Sunitinib (Sutent™)

Capsules de 12,5 mg, 25 mg  
et 50 mg – nouvelle demande

- Pour les patients qui ont un cancer du rein à cellules claires métastatique confirmé histologiquement, qui ont besoin d'un :
  - traitement de première intention pour le traitement de ce cancer, et le patient a un risque favorable ou intermédiaire selon la cote de pronostic du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) ; ou,
  - traitement de deuxième intention pour le traitement de ce cancer, si la progression de la maladie a débuté après un traitement antérieur aux cytokines (p. ex. : interféron; aldesleukin)
- La dose prescrite est de 50 mg par jour pendant quatre semaines, puis deux semaines d'interruption. La posologie est répétée aux six semaines.
- Période d'approbation initiale : 1 an
- Critère de renouvellement : confirmation écrite que le patient a bénéficié du traitement et qu'on s'attend à ce qu'il continue à en bénéficier.
- Période de renouvellement : 1 an

† Patients qui sont asymptomatiques et ceux qui ont des symptômes mais qui sont complètement ambulants.

\* La cote de pronostic du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) classe les patients parmi trois groupes à risque selon le nombre de facteurs de risque relatifs au pré-traitement : Favorable = aucun ; Intermédiaire = un ou deux ; Faible = trois ou plus. Facteurs de risque relatifs au pré-traitement :

- Index de Karnofsky faible (<80 %)
- Niveau de lactico-déshydrogénase supérieur à 1,5 fois la limite supérieure de la normale
- Niveau d'hémoglobine sous la limite minimale de la normale
- Niveau élevé corrigé de calcium sérique (>10 mg/dL ou 2,5 mmol/L)
- Intervalle de moins d'un an entre le diagnostic et le traitement

Référence : Motzer RJ, Bacik J, Murphy BA et al. Interferon-alfa as a comparative treatment for clinical trials of new therapies against advanced renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2002;20;289-96.

Bulletin n° 710

Le 4 mars, 2008

## CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits ne figurant pas sur la liste assujettis au prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 8 avril 2008 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 9 avril 2008.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à [BC\\_nbpdp@medavie.bluecross.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca) ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à [www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp](http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp).

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc  
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

**NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

to MAP  
Apr 8/08 Apr 9/08

Atenolol							
Aténolol							
Tab	Orl	25mg	Gen-Atenolol	2303647	GPM	AEFGVW	MAP
Co.							
Atenolol/Chlorthalidone							
Aténolol/Chlorthalidone							
Tab	Orl	50mg/25mg	Novo-Atenolthalidone	2302918	NOP	AEFGVW	MAP
Co.							
		100mg/25mg	Novo-Atenolthalidone	2302926	NOP	AEFGVW	MAP
Bicalutamide							
Tab	Orl	50mg	Apo-Bicalutamide	2296063	APX	AEFVW	MAP
Co.							
			Gen-Bicalutamide	2302403	GPM		
Bisoprolol Fumarate							
Fumarate de bisoprolol							
Tab	Orl	5mg	pms-Bisoprolol	2302632	PMS	AEFVW	MAP
Co.							
		10mg	pms-Bisoprolol	2302640	PMS	AEFVW	MAP
Citalopram Hydrobromide							
Citalopram (bromhydrate de)							
Tab	Orl	40mg	Novo-Citalopram (new formulation)	2293226	NOP	AEFGVW	MAP
Co.							
Clindamycin Hydrochloride							
Clindamycine (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	150mg	pms-Clindamycin	2294826	PMS	ABEFGVW	MAP
Caps							
Enalapril Maleate/Hydrochlorothiazide							
Énalapril (maléate de)/hydrochlorothiazide							
Tab	Orl	5mg/12.5mg	Novo-Enalapril/HCTZ	2300222	NOP	AEFGVW	AAC 0.6417
Co.							
		10mg/25mg	Novo-Enalapril/HCTZ	2300230	NOP	AEFGVW	AAC 0.7712
Fluconazole							
Tab	Orl	50mg	Co-Fluconazole	2281260	COB	AEFGVW	MAP
Co.							
		100mg	Co-Fluconazole	2281279	COB	AEFGVW	MAP

**NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

							to	MAP
							Apr 8/08	Apr 9/08
Gliclazide								
Tab	Orl	80mg	pms-Gliclazide	2294400	PMS	ABEFGVW	MAP	
Co.								
Isosorbide -5- Mononitrate								
Isosorbide (5-mononitrate d')								
SRT	Orl	60mg	pms-ISMN	2301288	PMS	AEFGVW	MAP	
Co.L.L.								
Lisinopril/Hydrochlorothiazide								
Tab	Orl	10mg/12.5mg	Novo-Lisinopril HCTZ (Type P)	2302136	NOP	AEFGVW	MAP	
Co.								
			Novo-Lisinopril HCTZ (Type Z)	2301768	NOP			
		20mg/12.5mg	Novo-Lisinopril HCTZ (Type P)	2302144	NOP	AEFGVW	MAP	
			Novo-Lisinopril HCTZ (Type Z)	2301776	NOP			
		20mg/25mg	Novo-Lisinopril HCTZ (Type P)	2302152	NOP	AEFGVW	MAP	
			Novo-Lisinopril HCTZ (Type Z)	2301784	NOP			
Metoprolol Tartrate								
Métoprolol (tartrate de)								
Tab	Orl	25mg	Gen-Metoprolol (Type L)	2302055	GPM	AEFGVW	AAC 0.0643	
Co.								
Minocycline Hydrochloride								
Minocycline (chlorhydrate de)								
Cap	Orl	50mg	pms-Minocycline	2294419	PMS	ABEFGVW	MAP	
Caps								
		100mg	pms-Minocycline	2294427	PMS	ABEFGVW	MAP	
Pioglitazone Hydrochloride								
Pioglitazone, chlorhydrate de								
Tab	Orl	15mg	Co-Pioglitazone	2302861	COB	Spec. Auth.	MAP	
Co.								
			pms-Pioglitazone	2303124	PMS			
		30mg	Co-Pioglitazone	2302888	COB	Spec. Auth.	MAP	
			pms-Pioglitazone	2302132	PMS			
		45mg	Co-Pioglitazone	2302896	COB	Spec. Auth.	MAP	
			pms-Pioglitazone	2303140	PMS			

**NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

						to	MAP
						Apr 8/08	Apr 9/08
Ramipril							
Cap	Orl	1.25mg	Co-Ramipril	2295482	COB	AEFGVW	MAP
Caps							
		2.5mg	Co-Ramipril	2295490	COB	AEFGVW	MAP
		5mg	Co-Ramipril	2295504	COB	AEFGVW	MAP
		10mg	Co-Ramipril	2295512	COB	AEFGVW	MAP
Temazepam							
Témazépan							
Cap	Orl	15mg	pms-Temazepam	2273039	PMS	AEFGVW	MAP
Caps							
		30mg	pms-Temazepam	2273047	PMS	AEFGVW	MAP
Venlafaxine Hydrochloride							
Venlafaxine (chlorhydrate de)							
SRC	Orl	37.5mg	pms-Venlafaxine XR	2278545	PMS	AEFGVW	MAP
Caps. L.L.							
		75mg	pms-Venlafaxine XR	2278553	PMS	AEFGVW	MAP
		150mg	pms-Venlafaxine XR	2278561	PMS	AEFGVW	MAP

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /  
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

						to	MAP
						Apr 8/08	Apr 9/08
Clindamycin Hydrochloride							
Clindamycine (chlorhydrate de)							
Cap	Orl	300mg	pms-Clindamycin	2294834	PMS		MAP
Caps							

Bulletin n° 711

Le 27 mars 2008

## CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 27 mars 2008.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse [BC\\_nbpdp@medavie.croixbleue.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca) ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMOBN à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc

Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick



## AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURES HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
<b>Desogestrel/éthinyloestradiol</b>					
Co Orl 100/125/150/25 mcg	Linessa <sup>MC</sup> 21 Linessa <sup>MC</sup> 28	2272903 2257238	ORG ORG	EFGV	PAR
<b>Interféron bêta-1a</b>					
Liq Sc 8,8 mcg/0,2 mL 22 mcg/0,5 mL	Trousse de départ Rebif <sup>®</sup>	2281708	EMD	H	PAR
<b>Ramipril</b>					
Cap Orl 15 mg	Altace <sup>®</sup>	2281112	SAV	AEFGVW	PAR
<b>Plus d'autorisation spéciale requise</b>					
<b>Lamotrigine</b>					
Co.C Orl 2 mg	Lamictal <sup>®</sup> Comprimés à croquer	2243803	GSK		
	5 mg Lamictal <sup>®</sup> Comprimés à croquer	2240115	GSK	AEFGVW	PAM
Co Orl 25 mg	Lamictal <sup>®</sup>	2142082	GSK		
	Apo-Lamotrigine	2245208	APX		
	Gen-Lamotrigine	2265494	GPM		
	Novo-Lamotrigine	2248232	NOP	AEFGVW	PAM
	pms-Lamotrigine	2246897	PMS		
	ratio-Lamotrigine	2243352	RPH		
	100 mg Lamictal <sup>®</sup>	2142104	GSK		
	Apo-Lamotrigine	2245209	APX		
	Gen-Lamotrigine	2265508	GPM		
	Novo-Lamotrigine	2248233	NOP	AEFGVW	PAM
	pms-Lamotrigine	2246898	PMS		
	ratio-Lamotrigine	2243353	RPH		
	150 mg Lamictal <sup>®</sup>	2142112	GSK		
	Apo-Lamotrigine	2245210	APX		
	Gen-Lamotrigine	2265516	GPM		
	Novo-Lamotrigine	2248234	NOP	AEFGVW	PAM
	pms-Lamotrigine	2246899	PMS		
	ratio-Lamotrigine	2246963	RPH		

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

**Adéfovir dipivoxil**  
(*Hepsera*<sup>®</sup>)  
Comprimés de 10 mg

- Pour le traitement de l'hépatite B, administré concomitamment avec la lamivudine en présence d'échec de celle-ci, confirmé par une hausse de l'ADN du VHB  $\geq 1 \log_{10}$  UI/mL au-dessus du nadir, mesurée à deux reprises dans un intervalle minimal d'un mois après les trois premiers mois du traitement par lamivudine et quand l'échec de la lamivudine n'est pas dû à l'inobservance thérapeutique.

**Chlorhydrate de ciprofloxacine/dexaméthasone**  
(*Ciprodex*<sup>®</sup>)  
Suspension otique 0,3 % et 0,1 %

- Pour le traitement de l'otite moyenne aiguë avec otorrhée par tubes de tympanotomie quand le traitement est nécessaire.
- Pour le traitement de l'otite externe aiguë en présence de tubes de tympanotomie ou de perforation avérée du tympan.

**Fentanyl**  
(*Duragesic*<sup>®</sup>)  
Timbre transdermique de 12 mcg/h

Indiqué dans le traitement de la douleur maligne ou de la douleur bénigne chronique

- lorsque l'administration orale d'un médicament n'est pas possible ou ne convient pas, OU
- chez les patients qui manifestent une résistance ou une intolérance à des produits à libération soutenue et à effet prolongé administrés par voie orale, comme la morphine et l'hydromorphone, malgré l'ajustement approprié de la dose et un traitement adjuvant comprenant les laxatifs et les antiémétiques.

**Peginterféron alfa-2a**  
(*Pegasys*<sup>®</sup>)  
180 mcg/flacon de 1 mL  
180 mcg/seringue préremplie de 0.5 mL

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

Les demandes de spécialistes en médecine interne seront examinées pour le traitement de

patients atteints d'une hépatite B chronique et négatifs pour l'AgHBe avec une hépatopathie compensée, une inflammation du foie et des preuves de réplication virale et ayant démontré une intolérance au traitement par lamivudine ou chez qui ce médicament a échoué.

- La durée maximale de la couverture sera de 48 semaines.

## MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

<b>Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) / cannabidiol</b>	( <i>Sativex</i> <sup>®</sup> )	Vaporisateur buccal de 27 mg/mL ou 25 mg/mL
<b>Dorzolamide</b>	( <i>Trusopt</i> <sup>®</sup> )	Solution ophtalmique à 2 % sans agent de conservation
<b>Dorzolamide + timolol</b>	( <i>Cosopt</i> <sup>®</sup> )	Solution ophtalmique à 2 % ou à 0,5 % sans agent de conservation
<b>Peginterféron alfa-2a</b> – pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les patients positifs pour l'AgHBe.	( <i>Pegasys</i> <sup>®</sup> )	180 mcg/flacon de 1 mL 180 mcg/seringue préremplie de 0.5 mL
<b>Telbivudine</b>	( <i>Sebivo</i> <sup>MC</sup> )	Comprimés de 600 mg
<b>Chlorhydrate de tramadol</b>	( <i>Zytram XL</i> <sup>®</sup> )	Comprimés à libération contrôlée de 150 mg, 200 mg, 300 mg et 400 mg

Bulletin n° 715

Le 7 mai 2008

## **CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB**

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 7 mai 2008.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse [BC\\_nbpdp@medavie.croixbleue.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca) ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMOBN à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc  
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

### Adalimumab

(Humira®)

Solution pour injection  
sous-cutanée de 40 mg/0,8 mL  
(50 mg/mL)

Nouvelle indication ajoutée aux critères existants :

Pour des patients souffrant de la maladie de Crohn modérée à grave qui sont réfractaires ou présentent des contre-indications à l'égard d'un traitement de 5-acide aminosalicylique et de corticostéroïdes et d'autres traitements immunosuppresseurs.

- Les patients admissibles devront recevoir une dose initiale de 160 mg suivie d'une dose de 80 mg deux semaines plus tard.
- La réponse clinique devra être évaluée quatre semaines après l'administration de la dose initiale.
- La couverture continue pour le traitement d'entretien ne sera remboursée que pour les patients répondeurs et pour une dose n'excédant pas 40 mg toutes les deux semaines.

**Comparaison annuelle des coûts de l'anti-TNF- $\alpha$  pour le traitement de la maladie de Crohn**

Produit	Dosage	Dose	Intervalle entre les doses	Coût**	Coût du traitement d'induction*	Coût de la 1 <sup>re</sup> année (induction comprise)	Coût annuel (induction non comprise)
adalimumab (Humira <sup>MC</sup> )	40 mg	40 mg	Toutes les deux semaines	759,12 \$	4 554,69 \$	22 773,45 \$	19 736,99 \$
* Traitement d'induction de l'Adalimumab = 160 mg (semaine 0), 80 mg (semaine 2) = 6 seringues au total							
Infliximab (Remicade <sup>®</sup> )	100 mg	5 mg/kg	semaines 0, 2, 6 et aux 8 semaines par la suite	1 019,90 \$	12 238,80 \$	32 636,80 \$	28 557,20 \$
* Traitement d'induction de l'Infliximab = 5 mg/kg les semaines 0, 2 et 6 = 12 fioles au total Le coût de l'Infliximab est calculé pour 4 fioles par perfusion. Cela représente suffisamment de médicament pour traiter des patients pesant entre 70 kg et 80 kg.							
** Source : McKesson Canada Maritimes Price Catalogue, de mai à juillet 2008.							

### Entécavir

(Baraclude<sup>MC</sup>)

Comprimés de 0,5 mg

Pour le traitement d'infection chronique par le virus de l'hépatite B chez des patients présentant une cirrhose avérée par des preuves radiologiques ou histologiques et une concentration de l'HBV-ADN supérieure à 2 000 U.I./mL.

### Méthylphénidate

(Biphentin<sup>®</sup>)

Capsules à libération contrôlée de  
10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg,  
40 mg, 50 mg et 60 mg

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les enfants âgés de 6 à 18 ans qui présentent des symptômes importants et qui ont fait l'essai du méthylphénidate à libération immédiate ou à libération prolongée sans résultat satisfaisant.

Les demandes prises en considération seront celles effectuées par des pédopsychiatres, des pédiatres ou des omnipraticiens spécialisés dans le TDAH.

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

### **Bosentan**

(Tracleer<sup>®</sup>)

Comprimés de 62,5 mg et de 125 mg

Nouvelles indications ajoutées aux critères existants :

Pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III ou IV selon les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

- Consécutive à des maladies cardiaques congénitales chez des patients qui n'ont pas répondu de manière appropriée à une thérapie conventionnelle.
- Consécutive à un virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez des patients qui n'ont pas répondu de manière appropriée à une thérapie conventionnelle.

### Coût pour les médicaments oraux pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire

Médicament	Coût mensuel	Coût annuel
Bosentan (Tracleer <sup>®</sup> ) 125mg BID	3 850,72 \$	46 850,38 \$
Sildenafil (Revatio <sup>MC</sup> ) 20mg TID	1 017,52 \$	12 379,85 \$

## AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

### **Clopidogrel**

(Plavix<sup>®</sup>)

Comprimés de 75 mg

La durée de la couverture a été allongée dans le cas d'une utilisation faisant suite à l'implantation d'un stent intracoronaire :

Pour la prévention des thromboses faisant suite à l'implantation d'un stent intracoronaire pour une période de 6 mois au maximum pour les stents métalliques nus et de 12 mois pour les stents à élution médicamenteuse.

## MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

### **Idursulfase**

(Elaprase<sup>MC</sup>)

Flacon de 6 mg pour perfusion intraveineuse

### **Méthylphénidate – nouvelle demande**

(Concerta<sup>®</sup>)

Comprimés à libération contrôlée de 18 mg, 27 mg, 36 mg et 54 mg

Bulletin n° 716

Le 2 juin 2008

## CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes **de produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits ne figurant pas sur la liste assujettis au prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 1 juillet 2008 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 2 juillet 2008.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à [BC\\_nbpdp@medavie.bluecross.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca) ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à [www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp](http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp).

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc  
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

**NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

to MAP  
July 1/08 July 2/08

Acetaminophen/oxycodone hydrochloride							
Acétaminophène/oxycodone (chlorhydrate d')							
Tab	Orl	5mg/325mg	Novo-Oxycodone Acet	2307898	NOP	AEFGVW	MAP
Co.							
Brimonidine Tartrate							
Liq	Oph	0.2%	Sandoz-Brimonidine	2305429	SDZ	AEVFW	MAP
Cabergoline							
Tab	Orl	0.5mg	Dostinex	2242471	SQI	Spec. Auth.	AAC
Co.			Co-Cabergoline	2301407	COB		
Citalopram Hydrobromide							
Citalopram (bromhydrate de)							
Tab	Orl	20mg	Mint-Citalopram	2304686	MNT	AEFGVW	MAP
Co.							
		40mg	Mint-Citalopram	2304694	MNT	AEFGVW	MAP
Deferoxamine Mesylate							
Déféroxamine (mésylate de)							
Pws	Inj	2g	pms-Deferoxamine	2243450	PMS	AEFGVW	AAC
Pds.							
Metoprolol Tartrate							
Métoprolol (tartrate de)							
SRT	Orl	100mg	Sandoz-Metoprolol SR	2303396	SDZ	AEFGVW	MAP
Co.L.L.							
		200mg	Sandoz-Metoprolol SR	2303418	SDZ	AEFGVW	MAP
Morphine Sulfate							
Morphine (sulfate de)							
SRT	Orl	60mg	Novo-Morphine SR	2302780	NOP	AEFGVW	MAP
Co.L.L.							
		100mg	Novo-Morphine SR	2302799	NOP	AEFGVW	AAC
			pms-Morphine Sulfate SR	2245287	PMS		
		200mg	Novo-Morphine SR	2302802	NOP	AEFGVW	AAC
			pms-Morphine Sulfate SR	2245288	PMS		
Olanzapine							
Tab	Orl	2.5mg	pms-Olanzapine	2303116	PMS	Spec. Auth.	MAP
Co.							
		5mg	pms-Olanzapine	2303159	PMS	Spec. Auth.	MAP
		7.5mg	pms-Olanzapine	2303167	PMS	Spec. Auth.	MAP
		10mg	pms-Olanzapine	2303175	PMS	Spec. Auth.	MAP
		15mg	pms-Olanzapine	2303183	PMS	Spec. Auth.	MAP



**NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

							to	MAP
							July 1/08	July 2/08
Ondansetron Hydrochloride Dihydrate Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')								
Liq	Orl	4mg/5mL	Apo-Ondansetron	2291967	APX	Spec. Auth.	AAC	1.4614
Pantoprazole Sodium Pantoprazole sodique								
ECT	Orl	20mg	Apo-Pantoprazole	2292912	APX			
Co.Ent.			Novo-Pantoprazole	2285479	NOP	Spec. Auth.	AAC	1.2750
			Ran-Pantoprazole	2305038	RAN			
		40mg	Apo-Pantoprazole	2292920	APX			
			Novo-Pantoprazole	2285487	NOP	Spec. Auth.	AAC	1.3699
			Ran-Pantoprazole	2305046	RAN			
Propafenone Hydrochloride Propafénone (chlorhydrate de)								
Tab	Orl	150mg	pms-Propafenone (new formulation)	2294559	PMS	AEFGVW	MAP	
Co.		300mg	pms-Propafenone (new formulation)	2294575	PMS	AEFGVW	MAP	
Ramipril								
Cap	Orl	2.5mg	Ramipril	2255316	PMS	AEFGVW	MAP	
Caps		5mg	Ramipril	2255324	PMS	AEFGVW	MAP	
		10mg	Ramipril	2255332	PMS	AEFGVW	MAP	
Risperidone Rispéridone								
Tab	Orl	0.5mg	Sandoz-Risperidone (new formulation)	2303663	SDZ	AEFGVW	MAP	
Co.								
Timolol Maleate Timolol (maléate de)								
Liq	Oph	0.5%	Apo-Timop Gel	2290812	APX	AEFGVW	MAP	
Venlafaxine Hydrochloride Venlafaxine (chlorhydrate de)								
SRC	Orl	37.5mg	Co-Venlafaxine XR	2304317	COB	AEFGVW	MAP	
Caps. L.L.		75mg	Co-Venlafaxine XR	2304325	COB	AEFGVW	MAP	
		150mg	Co-Venlafaxine XR	2304333	COB	AEFGVW	MAP	

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /**  
**PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

					to	MAP
					July 1/08	July 2/08
Ciclopirox						
Liq	Top	8%	Apo-Ciclopirox	2298953 APX	AAC	8.2500
Modafinil						
Tab	Orl	100mg	Apo-Modafinil	2285398 APX	AAC	0.9293
Co.						

Bulletin No. 718

le 16 juin 2008

## Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) Modification des avantages pour l'oméprazole et le rabéprazole

À partir du 30 juin 2008, les doses journalières standards de 20 mg des produits d'oméprazole et de rabéprazole mentionnées ci-dessous ne nécessiteront plus d'autorisation spéciale en vue de leur couverture par le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick.

### Ajouts relatifs aux avantages habituels\*: Regimes ABEFGWW

Médicament	Marque	DIN	Fabricant
Oméprazole 20 mg cap	Losec	00846503	AZE
	Apo-Oméprazole	02245058	APX
	Sandoz-Oméprazole	02296446	SDZ
Oméprazole 20 mg tab	Losec	02190915	AZE
	ratio-Oméprazole	02260867	RPH
Rabéprazole 10 mg tab	Pariet	02243796	JAN
	Novo-Rabéprazole	02296632	NOP
	Ran-Rabéprazole	02298074	RAN
Rabéprazole 20 mg tab	Pariet	02243797	JAN
	Novo-Rabéprazole	02296640	NOP
	Ran-Rabéprazole	02298082	RAN

La couverture d'oméprazole et de rabéprazole aux doses journalières supérieures à 20 mg doit faire l'objet d'une autorisation spéciale.

Afin de mettre en application et de surveiller la modification de couverture pour la dose standard d'oméprazole ou de rabéprazole de 20 mg par jour, une limite quantitative a été fixée pour chaque médicament.

\* Assujettis au Prix admissible maximum (PAM)

Des conseils fournis par le **Service canadien de prescription et d'utilisation optimales des médicaments** (SCPUOM) ont renseigné le PMONB sur l'accès accru aux IPPs.

#### Voici les points saillants des travaux du SCPUOM :

- Les IPP sont aussi efficaces les uns que les autres
- Le traitement initial pour tout patient devrait être la dose courante de l'IPP
- Les ARH<sub>2</sub> sont une solution moins coûteuse pour de nombreux patients, le taux de soulagement des symptômes étant de presque 60 % comme traitement initial du RGO non exploré
- Sécurité : il est prudent de maintenir le patient à la dose et au niveau de suppression de l'acidité gastrique les plus basses possibles

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la prescription et l'utilisation des IPP, merci de consulter le rapport scientifique du SCPUOM au : <http://cadth.ca/index.php/fr/compus/current-topics/ppis>

- Une limite quantitative autorisera des demandes de couverture pour les comprimés/gélules d'oméprazole de 20 mg ou de rabéprazole de 20 mg tous les 90 jours.
- Sera également établie une limite quantitative autorisant des demandes d'un maximum de 200 comprimés de rabéprazole de 10 mg.
- Cette limite quantitative aura un délai flottant ; elle commencera à la date de la première demande du bénéficiaire relative à l'oméprazole ou au rabéprazole.
- La limite quantitative sera renouvelée tous les 90 jours et ne peut être prévaluée que par une demande d'autorisation spéciale approuvée.
- Lorsque les demandes pharmaceutiques sont soumises par voie électronique, un message de réponse sera envoyé en vue d'avertir le pharmacien lorsque le bénéficiaire a obtenu 75 % ou plus de sa limite.
- Toute demande excédant la limite quantitative du patient sera réduite à la quantité autorisée. Le message de réponse indiquera le nombre d'unités autorisées pour couverture.

Veillez noter que les patients bénéficiant d'une autorisation spéciale existante pour les IPP ne seront pas concernés par cette limite quantitative avant que leurs périodes de couverture actuelles ne cessent.

## AJOUTS RELATIFS AUX AVANTAGES HABITUELS

### Les IPP : l'oméprazole et le rabéprazole inférieure ou égale à 20 mg par jour

Les comprimés et les capsules d'oméprazole de 20 mg et les comprimés de rabéprazole de 10 et 20 mg ont été ajoutés aux avantages habituels pour les régimes ABEFGVW en raison de doses prescrites allant jusqu'à 20 mg par jour. Les doses supérieures à 20 mg par jour devront faire l'objet d'une autorisation spéciale.

## AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

### Les doses d'oméprazole et de rabéprazole supérieures à 20 mg par jour

Toute demande de doses d'oméprazole et de rabéprazole supérieures à 20 mg par jour sera examinée pour les indications citées ci-dessous lorsque le bénéficiaire souffrent toujours de symptômes malgré un essai normal d'IPP en couverture habituel (c'est-à-dire oméprazole OU rabéprazole) à une dose de 20 mg par jour pendant au moins 8 semaines.

### Les capsules de 15 mg & de 30 mg de lansoprazole et les comprimés de 20 mg & 40 mg de pantoprazole

Toute demande de lansoprazole et de pantoprazole sera examinée pour le bénéficiaire ayant subi un échec thérapeutique avec les IPP en couverture habituel (c'est-à-dire à 20 mg d'oméprazole par jour ET 20 mg de rabéprazole par jour).

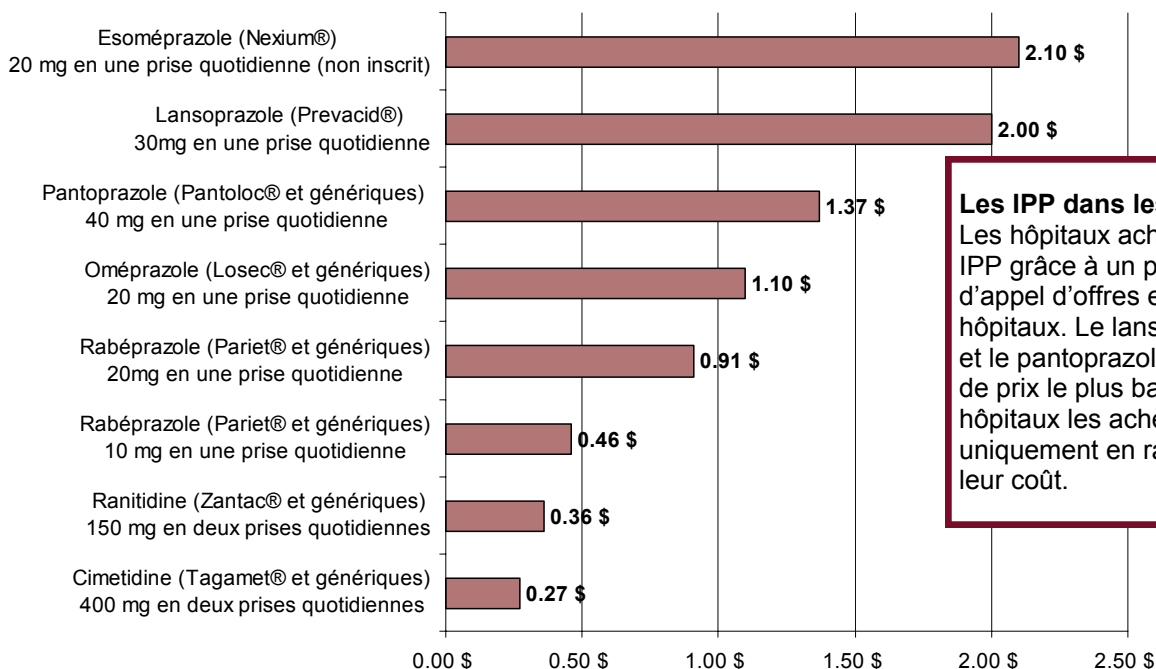
### Périodes d'approbation

Toute demande de lansoprazole, de pantoprazole ou de doses d'oméprazole ou de rabéprazole supérieures à 20 mg par jour répondant aux critères ci-dessus sera examinée dans le cadre des périodes d'approbation maximum suivantes :

### Informations sur l'indication et le diagnostic Période d'approbation maximum

1	RGO symptomatique ou d'autres indications associées au reflux (par ex. la douleur thoracique non cardiaque)	Examinée pour approbation à court terme (8 à 12 semaines)
2	L'oesophagite érosive/ulcérateuse ou l'oesophagite de Barrett	Examinée pour approbation à long terme
3	Syndrome de Zollinger-Ellison	Examinée pour approbation à long terme
4	L'ulcère gastrique/duodénal chez le patient <i>H. pylori</i> négatif ou souffrant de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale non investiguée	Examinée pour une période maximum de 12 semaines
5	Les patients <i>H. pylori</i> positifs souffrant de l'ulcère gastroduodénal	Les doses de 20 mg d'oméprazole ou de 20 mg de rabéprazole deux fois par jour seront couvertes sans autorisation spéciale dans le cadre de régime d'éradication du <i>H. pylori</i> .  Les régimes de <i>H. pylori</i> contenant lansoprazole ou pantoprazole ne seront couverts que par autorisation spéciale.
6	Protection gastroduodénale (prophylaxie anti-ulcéreuse) chez le patient à haut risque (par ex. les utilisateurs d'AINS à haut risque)	Examinée pendant une période d'un an avec réévaluation

### Comparaison des coûts journaliers de médicaments



#### Les IPP dans les hôpitaux

Les hôpitaux achètent les IPP grâce à un processus d'appel d'offres exclusif aux hôpitaux. Le lansoprazole et le pantoprazole ont l'offre de prix le plus bas, donc les hôpitaux les achètent uniquement en raison de leur coût.

Les informations suivantes sur la pharmacothérapie optimale des IPP se basent principalement sur les travaux effectués par le SCPUOM, un programme de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Le SCPUOM favorise la prescription et l'utilisation optimales des médicaments en vue d'améliorer les résultats pour la santé. Merci de consulter le lien suivant pour obtenir une description de la procédure du SCPUOM ainsi qu'un grand nombre de rapports sur la thérapie optimale et d'outils de soutien : <http://cadth.ca/index.php/fr/compus/current-topics/ppis>

### L'essentiel, les IPP sont d'égale efficacité

- Il n'y a pas de différences d'importance clinique entre les IPP à la dose courante dans le traitement des troubles digestifs dus à l'acidité gastrique.
- Le médecin peut choisir l'IPP au coût le plus bas sans compromettre la qualité du traitement .
- \* La dose quotidienne courante selon l'IPP est la suivante : 20 mg pour l'oméprazole, 30 mg pour le lansoprazole, 40 mg pour le pantoprazole, 20 mg pour le rabéprazole et 20 mg pour l'ésoméprazole
- \* Les IPP ont été comparés dans des études sur le reflux gastroœsophagien pathologique (RGOP) symptomatique, le reflux négatif à l'endoscopie, l'oesophagite avec érosion, l'éradication de *H. pylori* et la guérison et la prophylaxie des ulcères induits par un AINS .

### L'essentiel, doubler la dose de l'IPP dans le traitement initial est inutile.

- \* Dans le traitement initial, doubler la dose quotidienne courante de l'IPP n'est pas plus efficace que la dose quotidienne courante dans la guérison de l'oesophagite avec érosion ou de l'ulcère induit par un AINS
- \* Les IPP à une dose double n'ont pas été étudiés dans toutes les indications; toutefois, au vu de la gravité des troubles précités, les études démontrent l'efficacité des IPP à la dose courante. L'IPP à une dose supérieure à la dose courante au moment du traitement initial est officiellement indiqué dans l'éradication de

*H. pylori* et le syndrome de Zollinger-Ellison.

- \* Les lignes directrices canadiennes sur le RGOP<sup>2004</sup> précisent que peu de données probantes appuient l'IPP à double dose dans le traitement initial, mais que le médicament peut être prescrit ainsi quand le patient manifeste toujours des symptômes graves malgré le traitement à la dose courante ou dans d'autres cas comme la douleur thoracique qui n'est pas d'origine cardiaque. Les lignes directrices recommandent également que le traitement d'entretien consiste en la dose et la fréquence d'administration la plus basse possible pour parvenir à maîtriser les symptômes .
- \* Le traitement par un IPP au double de la dose courante devrait être réévalué périodiquement .

### L'essentiel, l'ARH2 est une option moins coûteuse lorsque la suppression absolue de l'acidité gastrique n'est pas nécessaire.

Traitement initial du RGOP non investigué :

- Soulagement symptomatique après 8 semaines de traitement : 58 % pour l'ARH<sub>2</sub>; 75 % pour l'IPP.

Reflux négatif à l'endoscopie :

- Soulagement des brûlures d'estomac après 4 semaines de traitement : 42 % pour l'ARH<sub>2</sub>; 53 % pour l'IPP.

- Pas de différence notable de qualité de vie

Dyspepsie non investiguée (négative pour le *H. pylori*) :

- Maîtrise complète des symptômes après 4 semaines de traitement : 11 % pour l'ARH<sub>2</sub>; 24 % pour l'IPP.
- Le traitement d'entretien par un IPP « sur demande » n'est pas plus avantageux que l'ARH<sub>2</sub> sur demande.

Dyspepsie fonctionnelle (pas de cause organique à l'origine des symptômes) :

- Pas de différence quant à la maîtrise des symptômes entre l'IPP à la dose courante et l'ARH<sub>2</sub> en 4 ou 8 semaines de traitement

L'IPP est le traitement de choix généralement admis des troubles comme l'oesophagite avec érosion (traitements initial et d'entretien)

et l'ulcère gastroduodénal, induit par *H. pylori* ou associé à un AINS .

### Options dans le traitement d'entretien

Le traitement d'entretien optimal du RGOP, une fois le soulagement symptomatique obtenu grâce à un IPP, ne fait pas l'unanimité. Selon les caractéristiques particulières du patient, l'une ou l'autre des options suivantes est un choix raisonnable :

- Poursuivre le traitement par l'IPP en administration quotidienne
- Passer à un IPP « sur demande »
- Passer à un ARH<sub>2</sub>
- Tenter de cesser le traitement médicamenteux

### Sécurité

Bien que les IPP semblent relativement sûrs, leur emploi soulève depuis peu des préoccupations quant à la possibilité de :

- Risque accru de fracture de hanche, qui augmente avec la durée du traitement et l'augmentation de la dose quotidienne. Les données probantes issues de deux études cas-témoins soutiennent l'hypothèse d'une diminution de l'absorption du calcium due à la suppression de l'acidité gastrique.
- Pneumonie d'origine communautaire, mise en relief par des données probantes tirées de deux études cas-témoins, en vertu de l'hypothèse que la suppression de l'acidité gastrique ralentit la destruction des pathogènes ingérés.
- Diarrhée provoquée par *Clostridium difficile*, comme l'illustrent des données probantes issues de plusieurs études observationnelles; rien ne démontre un lien de causalité entre les IPP et *C. difficile*.
- Des études devront déterminer l'importance clinique de ces effets indésirables. Pour le moment, la prudence est de mise, à savoir prescrire l'IPP à la dose la plus basse possible et le moins longtemps possible dans un objectif de maîtrise symptomatique. Les références sont disponibles sur demande.

Pour consulter le projet complet et des outils d'intervention de soutien, rendez-vous au site Web de l'ACMTS :

<http://cadth.ca/index.php/fr/compus/current-topics/ppis>

Bulletin n° 721

Le 30 juillet 2008

## CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick* (PMONB) entre en vigueur le 30 juillet 2008.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- Complément d'information sur les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
- Ajouts relatifs aux services assurés habituels
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés
- Médicaments examinés, non inscrits

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse [BC\\_nbpdp@medavie.croixbleue.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca) ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations distinguées.



Debbie LeBlanc  
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

## COMPLÉMENT D'INFORMATION SUR LES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)

Tel qu'il a été annoncé auparavant, depuis le 30 juin 2008, l'oméprazole et le rabéprazole figurent sur la liste des médicaments assurés réguliers du PMONB lorsqu'ils sont prescrits à des doses maximales de 20 mg par jour.

Une autorisation spéciale est requise pour des doses d'oméprazole et de rabéprazole supérieures à 20 mg par jour et pour les prescriptions de lansoprazole et de pantoprazole.

Pour faciliter cette révision des médicaments assurés, veuillez prendre note de ce qui suit :

- Les patients qui bénéficient déjà d'une autorisation spéciale pour les IPP ne sont pas visés par les restrictions de quantité jusqu'à ce que leur couverture actuelle prenne fin ;
- Les patients qui ont eu une ordonnance de lansoprazole et de pantoprazole d'un gastroentérologue au cours des 100 derniers jours bénéficieront d'une autorisation spéciale valable pour un an qui sera établie en fonction de leur posologie actuelle. Une nouvelle demande d'autorisation spéciale devra être présentée quand la protection prendra fin ou que la quantité limite sera atteinte ;
- À compter du 1<sup>er</sup> octobre 2008, la quantité limite pour l'oméprazole et le rabéprazole sera de comprimés ou capsules de 200 X 20 mg ou 400 X 10 mg deux fois par année en remplacement d'une période de temps variable.

## AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
<b>Desmopressine</b>					
Co Oral 60 mcg	DDAVP <sup>®</sup> désintégréable	2284995	FEI	EFG – 18	PAR
120 mcg	DDAVP <sup>®</sup> désintégréable	2285002	FEI	EFG – 18	
<b>Dexaméthasone</b>					
Co Oral 2 mg	pms-Dexaméthasone <sup>®</sup>	2279363	PMS	AEFGVW	PAR
<b>Irbésartan / hydrochlorothiazide</b>					
Co Oral 300 mg / 25 mg	Avalide <sup>®</sup>	2280213	BRI	AEFGVW	PAR
<b>Lopinavir / ritonavir</b>					
Co Oral 200 mg / 50 mg	Kaletra <sup>®</sup>	2285533	ABB	U	PAR

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

**Desmopressine**  
(DDAVP<sup>®</sup> désintégréable)  
Comprimés de 60 mcg  
et de 120 mcg

Indiqué pour le traitement du diabète insipide.

Remarque : La desmopressine est un médicament assuré régulier faisant partie des régimes EFG – 18.

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

**Itraconazole**  
(*Sporanox*<sup>®</sup>)  
Capsules de 100 mg

1. Indiqué pour le traitement des infections fongiques systémiques graves.
2. Indiqué pour le traitement des infections fongiques graves ou résistantes chez les patients immunocompromis.
3. Indiqué pour le traitement des onychomycoses graves lorsque utilisé en thérapie pulsée.
  - Le remboursement du traitement des mycoses des ongles des mains est limité à 56 capsules de 100 mg par période de 8 semaines.
  - Le remboursement du traitement des mycoses des ongles des orteils est limité à 84 capsules de 100 mg par période de 12 semaines.

**Alglucosidase alfa**  
(*Myozyme*<sup>®</sup>)  
Format injectable de  
50 mg/flacon

Indiqué pour le traitement de la maladie de Pompe infantile qui se manifeste par l'apparition de symptômes et un diagnostic confirmé de myocardiopathie dans les 12 premiers mois de vie.

### Suivi du traitement

Le suivi des indicateurs de la gravité de la maladie et de la réaction au traitement doit, à tout le moins, comprendre :

1. Poids, longueur et circonférence de la tête ;
2. Besoin d'aide ventilatoire, notamment supplément d'oxygène, appareil de pression passive expiratoire continue (CPAP), appareil de pression positive expiratoire à deux niveaux (BiPAP) ou intubation endotrachéale et ventilation ;
3. Indice de masse du ventricule gauche déterminé par échocardiographie (non pas par un ECG seul) ;
4. Consultations périodiques en cardiologie ;
5. Consultations périodiques en pneumologie.

### Abandon du traitement

1. Les patients admissibles au remboursement du coût du traitement à l'alglucosidase alfa doivent accepter de participer à une évaluation à long terme de l'efficacité du traitement en subissant des examens médicaux périodiques. Le défaut de se soumettre aux examens médicaux recommandés et aux enquêtes pourrait faire en sorte de rendre le patient inadmissible au remboursement du médicament.
2. La nécessité de poursuivre un traitement de soins ventilatoires invasif après avoir commencé un traitement de substitution doit être considéré comme un échec du traitement. Le financement d'un traitement de substitution doit être arrêté dans les 6 mois suivant l'introduction d'un ventilateur quand les bébés ne réussissent pas à respirer sans ventilateur ou quand leur état se détériore davantage.
3. La détérioration de la fonction cardiaque, mise en évidence par un échec de l'hypertrophie ventriculaire gauche (comme l'indique l'indice de masse ventriculaire gauche), par plus d'une unité Z = 1, ou des résultats cliniques ou des résultats à l'échocardiogramme de dysfonction systolique ou diastolique sans signe d'amélioration, malgré un traitement de substitution s'échelonnant sur 24 semaines, doit être considérée comme un échec du traitement et le financement pour le traitement de substitution doit être arrêté.



## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

### **Pegfilgrastim**

(Neulasta®)

Seringue préremplie de  
6 mg

***Le pegfilgrastim peut être remboursé si, dans le cadre d'un projet pilote du PMONB visant à surveiller son utilisation, une demande d'autorisation spéciale est acceptée. Reportez-vous à la fiche de renseignements ci-jointe pour obtenir plus de détails.***

Les demandes de règlement seront étudiées lorsque le médicament sera prescrit ou recommandé par un hématologue ou un oncologue médical à un patient qui satisfait aux critères suivants :

#### **Chimiothérapie et traitements concomitants**

- Prophylaxie :  
Administer aux patients n'ayant subi aucun autre traitement et recevant un schéma posologique caractéristique d'un traitement de chimiothérapie myélosuppressive modéré à intensif (c.-à-d. incidence de neutropénie fébrile  $\geq 40$  p. 100). La neutropénie fébrile est définie comme une température  $\geq 38,5$  °C ou  $> 38,0$  °C à trois reprises dans une période de 24 heures et une neutropénie caractérisée par un nombre absolu de neutrophiles  $< 0,5 \times 10^9/L$ .
- Prophylaxie secondaire :
  - Administrer aux patients recevant un traitement de chimiothérapie myélosuppressive qui ont eu un épisode de neutropénie fébrile, de neutropénie septique ou de neutropénie profonde lors d'un premier cycle de chimiothérapie ;
  - Administrer aux patients dont la dose a été réduite ou dont le traitement a été retardé de plus d'une semaine en raison d'une neutropénie.
- Posologie du médicament administré en concomitance avec un traitement de chimiothérapie :  
La dose recommandée de pegfilgrastim est une seule injection sous-cutanée de 6 mg, administrée une fois par cycle de chimiothérapie. Il faut attendre au moins 24 heures après un traitement de chimiothérapie cytotoxique avant d'administrer le pegfilgrastim.

#### **Le pegfilgrastim n'est pas indiqué dans les cas suivants et les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas étudiées :**

- Tumeurs malignes myéloïdes ;
- Patients en pédiatrie atteints d'un cancer et subissant un traitement de chimiothérapie myélosuppressive ;
- Neutropénies bénignes ;
- Transplantation de cellules souches ;
- Traitement préventif de la neutropénie fébrile dans le cadre d'un traitement palliatif.

Nota : La dose de filgrastim (Neupogen®) est de 5 mcg/kg/jour. Pour les patients de poids  $\leq 60$  kg à qui l'on prescrit 300 mcg de filgrastim pendant une période de 9 jours ou moins, le coût du traitement est inférieur au coût d'un traitement de 6 mg de pegfilgrastim.

## AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

### **Carvédilol**

(Coreg®)

Comprimés de  
3,125 mg, 6,25 mg,  
12,5 mg et 25 mg

Indiqué pour le traitement de l'insuffisance cardiaque symptomatique stable chez les patients présentant une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure ou égale à 40 p. 100.

Les ordonnances rédigées par les cardiologues ou les internistes ne requièrent pas d'autorisation spéciale.

## MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

### **Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) /**

**Cannabidiol** – pour la douleur associée à un cancer évolué (Sativex®)

Vaporisateur buccal de 5,5 mL –  
27 mg/mL ou 25 mg/mL

**Carbonate de lanthane hydraté** (Fosrenol®)

Comprimés croquables de 250 mg,  
500 mg, 750 mg et 1000 mg

**Posaconazole** (Spirafil™)

Suspension orale de 40 mg/mL

**Sitaxsentan** (Thelin™)

Comprimés de 100 mg

## Pegfilgrastim (Neulasta®)

### Projet pilote pour évaluer l'utilisation du médicament

#### CONTEXTE

Le pegfilgrastim (Neulasta®) est une forme recombinante des facteurs de croissance granulocyto-monocytaires à action prolongée. Il est indiqué pour réduire l'incidence d'infections, qui se présentent sous la forme de neutropénie fébrile, chez les patients atteints de tumeurs malignes non myéloïdes prenant des médicaments antinéoplasiques avec effets myélosuppresseurs. À l'heure actuelle, selon le PMONB, il est nécessaire d'obtenir une autorisation spéciale pour une telle utilisation du filgrastim (Neupogen®).

Le Comité consultatif canadien d'expertise sur les médicaments (CCCED) a recommandé que le pegfilgrastim fasse partie de la liste des médicaments assurés pour les patients atteints d'un cancer non myéloïde dont le schéma posologique est conçu comme traitement curatif et qui sont à risque de développer une neutropénie de longue durée. Chez les patients ayant reçu un traitement de chimiothérapie myélosuppressive, le filgrastim est administré une fois par jour, pour une durée maximale de 14 jours. Le pegfilgrastim est administré sous la forme d'une seule injection par cycle de chimiothérapie. Le coût du pegfilgrastim peut être supérieur ou inférieur à celui du filgrastim, selon la dose, la durée du traitement, le patient et la pratique clinique.

#### PROJET PEGFILGRASTIM (Neulasta®)

À compter du 01 août 2008, un projet pilote sera mis en œuvre pour surveiller l'utilisation du pegfilgrastim. Pendant la durée du projet pilote, le pegfilgrastim sera remboursé si une autorisation spéciale est accordée et son utilisation par les bénéficiaires qui répondent aux critères sera évaluée dans le cadre du PMONB. Quand le projet pilote prendra fin, il sera décidé du type de garantie accordée au pegfilgrastim sur le Formulaire du PMONB.

#### RÔLE DU PROGRAMME D'AIDE AUX PATIENTS D'AMGEN CANADA (VICTORY®)

Les bénéficiaires du PMONB pourront se procurer le pegfilgrastim par l'entremise du programme *Victory Pharmacy* d'Amgen Canada (Pharmacie Keswick). Une fois que la demande d'autorisation spéciale est approuvée, le médecin ou son délégué inscrit le patient au programme *Victory* du fabricant. Le formulaire d'inscription au programme *Victory* doit être rempli, puis envoyé par télécopieur au numéro 1-888-987-2201, accompagné d'une copie de l'ordonnance.

La quantité prescrite de pegfilgrastim est directement livrée au patient par l'entremise du programme *Victory*. Le pharmacien du programme *Victory* conseillera le patient relativement au pegfilgrastim, planifiera la livraison, préparera l'ordonnance et livrera le médicament chez le patient en respectant la chaîne du froid.

Pour toute question, les patients et les fournisseurs de soins de santé peuvent communiquer avec un représentant du service à la clientèle du programme *Victory* vingt-quatre heures sur vingt-quatre, au numéro 1-888-706-4717.

## **PRIX MAXIMAL ADMISSIBLE POUR LE PEGFILGRASTIM (Neulasta®)**

Un prix maximal admissible a été établi pour le pegfilgrastim. Les demandes présentées par les pharmacies ne participant pas au programme *Victory* seront remboursées jusqu'à concurrence du prix maximal admissible, mais aucuns frais d'ordonnance ou autres ne seront remboursés.

## **FILGRASTIM (Neupogen®) ÉTAT DU MÉDICAMENT ASSURÉ INCHANGÉ**

Le critère d'autorisation spéciale, et les processus d'approbation et de remboursement des frais d'ordonnance et des demandes de règlement s'appliquant au filgrastim (Neupogen®) n'ont pas été modifiés. Filgrastim figure toujours sur la liste des médicaments assurés nécessitant une autorisation spéciale pour les bénéficiaires du PMONB. Il n'est pas nécessaire de s'inscrire au programme *Victory*.

Filgrastim continue d'être le médicament privilégié dans un certain nombre de situations :

- Le filgrastim a été approuvé pour des cas où le pegfilgrastim n'a pas reçu l'approbation de Santé Canada ;
- Pour les patients de poids  $\leq 60$  kg à qui l'on prescrit 300 mcg de filgrastim pendant une période de 9 jours ou moins, le coût du traitement est inférieur au coût d'un traitement de 6 mg de pegfilgrastim.

## **FORMULAIRE D'AUTORISATION SPÉCIALE POUR LE FILGRASTIM / PEGFILGRASTIM**

Un formulaire a été élaboré pour faciliter la présentation des demandes d'autorisation spéciale. Ce formulaire est disponible sur le site Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>. Si vous avez des questions, veuillez composer le numéro sans frais du service de renseignements du PMONB : 1-800-332-3691.

Bulletin n° 727

Le 18 septembre 2008

## **CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB**

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeables ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits ne figurant pas sur la liste assujettis au prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 21 octobre 2008 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 22 octobre 2008.

Si vous préférez recevoir vos bulletins par voie électronique au lieu d'une copie-papier, veuillez envoyer un message à cet effet à [BC\\_nbpdp@medavie.bluecross.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.bluecross.ca) ou veuillez communiquer avec le 1 800 332-3691. Vous pouvez également obtenir les bulletins sur la page Web du PMONB à [www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp](http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp).

N'hésitez pas à communiquer avec notre bureau au 1 800 332-3691 si vous avez des questions.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc  
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

**NBPD BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

to MAP  
Oct 21/08 Oct 22/08

Butalbital/Acetylsalicylic Acid/Caffeine  
Butalbital/acide acétylsalicylique/caféine  
Cap Orl 50mg/330mg/40mg ratio-Tecnal 608238 RPH W AAC 0.5038  
Caps

Butalbital/Acetylsalicylic Acid/Caffeine/Codeine Phosphate  
Butalbital/acide acétylsalicylique/caféine/codéine (phosphate de)  
Cap Orl 50mg/330mg/40mg/15mg  
Caps ratio-Tecnal C1/4 608203 RPH W AAC 0.5400

Butalbital/Acetylsalicylic Acid/Caffeine/Codeine Phosphate  
Butalbital/acide acétylsalicylique/caféine/codéine (phosphate de)  
Cap Orl 50mg/330mg/40mg/30mg  
Caps ratio-Tecnal C1/2 608181 RPH W AAC 0.6615

Cefazolin Sodium  
Céfazoline sodique  
Pws Inj 500mg Cefazolin 2308932 SDZ BEFGW AAC 4.0000  
Pds  
1gm Cefazolin 2308959 SDZ BEFGW AAC 6.0000

Ceftriaxone Disodium  
Ceftriaxone disodique  
Pws Inj 250mg Ceftriaxone 2292866 APX BEFGW AAC 7.5300  
Pds  
1gm Ceftriaxone 2292874 APX BEFGVW MAP

Ciprofloxacin Hydrochloride  
Ciprofloxacin (chlorhydrate de)  
Tab Orl 250mg Ran-Ciproflox 2303728 RAN BW & Spec. Auth. MAP  
Co.  
500mg Ran-Ciproflox 2303736 RAN BW & Spec. Auth. MAP  
750mg Ran-Ciproflox 2303744 RAN BW & Spec. Auth. MAP

**Note: All currently listed brands of ciprofloxacin 250mg, 500mg & 750mg tablets are now regular benefits of Plan B.**

Clonidine Hydrochloride  
Clonidine (chlorhydrate de)  
Tab Orl 0.025mg Novo-Clonidine 2304163 NOP AEFVW MAP  
Co.

Cyclosporine  
Liq Orl 100mg/mL Apo-Cyclosporine 2244324 APX R AAC 3.7708

Fentanyl Transdermal  
Fentanyl transdermal de  
Srd Trd 12mcg ratio-Fentanyl 2311925 RPH Spec. Auth. AAC 3.1980

**NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

to MAP  
Oct 21/08 Oct 22/08

Gabapentin								
Gabapentine								
Tab	Orl	600mg	Apo-Gabapentin	2293358	APX	Spec. Auth.	MAP	
Co.		800mg	Apo-Gabapentin	2293366	APX	Spec. Auth.	MAP	
Gliclazide								
ERT	Orl	30mg	Diamicron MR	2242987	SEV	ABEFGVW	AAC	0.1405
Co. L.P.			Apo-Gliclazide MR	2297795	APX			
Pantoprazole Sodium								
Pantoprazole sodique								
ECT	Orl	20mg	ratio-Pantoprazole	2308681	RPH	Spec. Auth.	MAP	
Co. Ent.			Sandoz-Pantoprazole	2301075	SDZ			
		40mg	Co-Pantoprazole	2300486	COB			
			Gen-Pantoprazole	2299585	GPM			
			pms-Pantoprazole	2307871	PMS	Spec. Auth.	MAP	
			ratio-Pantoprazole	2308703	RPH			
			Sandoz-Pantoprazole	2301083	SDZ			
Quetiapine Fumarate								
Quétiapine (fumarate de)								
Tab	Orl	25mg	Co-Quetiapine	2316080	COB			
Co.			Gen-Quetiapine	2307804	GPM			
			Novo-Quetiapine	2284235	NOP	AEFGVW	AAC	0.3458
			pms-Quetiapine	2296551	PMS			
			ratio-Quetiapine	2311704	RPH			
		100mg	Co-Quetiapine	2316099	COB			
			Gen-Quetiapine	2307812	GPM			
			Novo-Quetiapine	2284243	NOP	AEFGVW	AAC	0.9226
			pms-Quetiapine	2296578	PMS			
			ratio-Quetiapine	2311712	RPH			
		200mg	Co-Quetiapine	2316110	COB			
			Gen-Quetiapine	2307839	GPM			
			Novo-Quetiapine	2284278	NOP	AEFGVW	AAC	1.8527
			pms-Quetiapine	2296594	PMS			
			ratio-Quetiapine	2311747	RPH			
		300mg	Co-Quetiapine	2316129	COB			
			Gen-Quetiapine	2307847	GPM			
			Novo-Quetiapine	2284286	NOP	AEFGVW	AAC	2.7038
			pms-Quetiapine	2296608	PMS			
			ratio-Quetiapine	2311755	RPH			

**NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

							to	MAP
							Oct 21/08	Oct 22/08
Ramipril								
Cap	Orl	1.25mg	Gen-Ramipril	2301148	GPM	AEFGVW	MAP	
Caps								
		2.5mg	Gen-Ramipril	2301156	GPM	AEFGVW	MAP	
		5mg	Gen-Ramipril	2301164	GPM	AEFGVW	MAP	
		10mg	Gen-Ramipril	2301172	GPM	AEFGVW	MAP	
Valacyclovir								
Tab	Orl	500mg	Apo-Valacyclovir	2295822	APX	AEFGVW	AAC	2.5443
Co.			pms-Valacyclovir	2298457	PMS			
Venlafaxine Hydrochloride								
Venlafaxine (chlorhydrate de)								
SRC	Orl	37.5mg	Gen-Venlafaxine XR	2310279	GPM	AEFGVW	MAP	
Caps. L.L.			Sandoz-Venlafaxine XR	2310317	SDZ			
		75mg	Gen-Venlafaxine XR	2310287	GPM	AEFGVW	MAP	
			Sandoz-Venlafaxine XR	2310325	SDZ			
		150mg	Gen-Venlafaxine XR	2310295	GPM	AEFGVW	MAP	
			Sandoz-Venlafaxine XR	2310333	SDZ			

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /  
PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

							to	MAP
							Oct 21/08	Oct 22/08
Brimonidine Tartrate								
Liq	Oph	0.15%	Apo-Brimonidine P	2301334	APX		AAC	1.7330
Naproxen								
ECT	Orl	375mg	pms-Naproxen EC	2294702	PMS		MAP	
Co. Ent.								
		500mg	pms-Naproxen EC	2294710	PMS		MAP	



## **Paiement des demandes pour les médicaments assurés du PMONB prescrits par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick**

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) a pour but d'adapter les récents changements apportés à la *Loi sur les pharmacies* du Nouveau-Brunswick et ses règlements d'application visant à réglementer la permission de prescrire des pharmaciens. Toutefois, un amendement aux règlements de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance*, par l'adjonction de « le pharmacien » dans la définition de « auteur d'une prescription » est nécessaire pour permettre le remboursement des médicaments assurés du PMONB ayant été prescrits par les pharmaciens autorisés du Nouveau-Brunswick.

Un bulletin suivra dès lors que cet amendement sera signé par le lieutenant-gouverneur. À ce moment-là, le PMONB remboursera les demandes concernant les médicaments prescrits par les pharmaciens (selon les indications ci-dessous) à condition de figurer sur la liste de médicaments assurés du formulaire du PMONB.

### **Reconnaissance du PMONB de l'émission d'ordonnances par les pharmaciens**

Le PMONB reconnaîtra tous les pouvoirs de prescription dans le cadre des adjonctions aux règlements conformément à l'article 19.01 de la *Loi sur la pharmacie*.

Ces adjonctions comprennent:

- l'adaptation d'une ordonnance;
- la modification de la posologie, de la formulation, du traitement;
- le renouvellement d'une ordonnance pour la continuité des soins;
- la continuité d'un traitement sans ordonnance pour une maladie diagnostiquée auparavant;
- le remplacement d'un traitement;
- la prescription de médicaments sans ordonnance, de traitements et d'appareils;
- la prescription en situation d'urgence;
- l'exercice en collaboration.

## **Procédure pour la soumission des demandes après l'approbation du règlement du *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance***

Pour le paiement des demandes de remboursement, toutes les demandes présentées au PMONB concernant les émissions d'ordonnances par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick doivent comporter le numéro d'immatriculation du pharmacien prescripteur émis par l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick. Ce numéro est précédé du préfixe **8000**. Par exemple, si un numéro d'immatriculation d'un pharmacien du Nouveau-Brunswick est le 2325, il faut saisir le numéro 80002325 dans le champ « ID du prescripteur » du logiciel d'exploitation de la pharmacie.

Il est également recommandé de saisir les deux chiffres du numéro de référence de l'ID du prescripteur dans le champ prévu à cet effet puisque cette consigne deviendra bientôt obligatoire. Voici les numéros de référence de l'ID du prescripteur au Nouveau-Brunswick :

Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick	(41)
Société dentaire du Nouveau-Brunswick	(45)
Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick	(46)
Association des optométristes du Nouveau-Brunswick	(47)
Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick	(48)

## **Renseignements sur d'autres activités liées à l'émission d'ordonnances**

Actuellement, le PMONB explore des options qui permettront la présentation de demandes d'autorisations spéciales par les pharmaciens prescripteurs. D'autres renseignements à ce sujet seront communiqués sous peu. La politique en matière de limite quantitative est en cours d'examen. Les mises à jour de cette politique seront communiquées après la conclusion de cet examen.

Si vous avez des questions n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Bulletin n° 734

Le 12 novembre 2008

## Oseltamivir (Tamiflu®) pour les bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée

### Renseignements sur les pharmacies offrant des services aux foyers de soins infirmiers agréés

L'oseltamivir (Tamiflu®) est offert à titre de garantie nécessitant une autorisation spéciale aux bénéficiaires du PMONB résidant dans des établissements de soins de longue durée. Un établissement de soins de longue durée désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux. Santé publique a élaboré le protocole suivant aux fins de traitement des patients infectés et de la prophylaxie pendant l'épidémie de grippe dans les établissements de soins de longue durée.

- Dans le cas d'une épidémie d'infections respiratoires dans un établissement de soins de longue durée, le médecin traitant ou le conseiller médical/médecin résident de l'établissement s'entretiendra avec le médecin-chef des services de santé régionaux afin de déterminer si la cause de l'épidémie est, ou est susceptible d'être, la grippe.
- Si la cause de l'épidémie est déterminée comme étant la grippe ou susceptible de l'être, le médecin-chef des services de santé fera des recommandations générales par rapport à l'administration du médicament antigrippal dans l'établissement. La responsabilité des décisions concernant le traitement individuel des résidents pendant l'épidémie incombe toujours au médecin traitant. Voici le processus de couverture :
  - L'oseltamivir constitue une garantie du PMONB pour le Régime V nécessitant une autorisation spéciale.
    - Il s'agit d'un moyen de traitement ou de prophylaxie contre la grippe de type A ou de type B.
  - L'amantadine constitue une garantie régulière du PMONB.
    - **Nota : Même si l'amantadine a déjà été utilisée auparavant en tant que traitement et prophylaxie de la grippe de type A, elle n'est pas présentement recommandée par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), car on a observé des niveaux de résistance plus élevés.**
- Lorsque les médicaments antigrippaux sont étudiés afin de traiter un résident qui présente des symptômes, il importe de confirmer que les symptômes de la grippe sont présents depuis *moins* de 48 heures. Le médicament antigrippal est moins susceptible de s'avérer bénéfique pour les résidents qui sont malades depuis plus de 48 heures.

La déclaration du CCNI pour l'année 2008-2009 fournit des renseignements sur la vaccination ainsi que la thérapie antiviral, y compris des recommandations quant à l'usage de l'oseltamivir. L'amantadine n'est pas recommandée, mais la décision pourrait être modifiée à la lumière de nouvelles données. Il est possible d'accéder à l'énoncé complet du CCNI pour l'année 2008-2009, y compris les directives associées à la posologie, à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/08vol34/acs-3/index-fra.php>.

## Processus de couverture de l'oseltamivir

### Approbation d'une autorisation spéciale du PMONB :

Si le médecin-chef des services de santé recommande le traitement antigrippal, le conseiller médical, le médecin résident de l'établissement de soins de longue durée ou tout employé désigné par l'établissement avisera le PMONB du début du traitement à l'oseltamivir dans cet établissement en communiquant avec le service de renseignements du PMONB au 1-800-332-3691.

Après les heures de bureau, laissez un message contenant les renseignements suivants :

- la date du message;
- le nom et l'adresse de l'établissement de soins de longue durée;
- le nom de la pharmacie qui prépare les ordonnances afférentes à l'oseltamivir;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne-ressource à l'établissement de soins de longue durée au cas où le responsable du PMONB devait préciser certains détails.

Il faut communiquer avec le pharmacien de l'établissement de soins de longue durée au même moment que le PMONB pour donner le temps de réserver et de distribuer la quantité requise d'oseltamivir.

### Paiement en ligne des demandes de règlement relatives à l'oseltamivir nécessitant une autorisation spéciale :

Lorsque le PMONB aura été informé par l'établissement de soins de longue durée qu'un traitement par l'oseltamivir a été commandé pour ses résidents, des responsables du programme procéderont à l'approbation d'une autorisation spéciale pour tous les bénéficiaires du régime V (résidents de foyers de soins infirmiers) dans l'établissement. Le PMONB avisera la pharmacie lorsque l'autorisation spéciale concernant l'oseltamivir aura été activée. La pharmacie pourra alors facturer les demandes de règlement en ligne. L'approbation de l'oseltamivir pour les résidents recevant des soins de relève qui ne sont pas bénéficiaires du régime V doit être accordée séparément. L'établissement de soins de longue durée doit aviser le PMONB si elle compte des résidents recevant des soins de relève.

## CRITÈRES D'AUTORISATION SPÉCIALE

**Oseltamivir**  
(*Tamiflu*®)  
Capsules de  
75mg

Dans le cas des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée\* lors d'une épidémie de grippe et suite à la recommandation générale d'un médecin-chef des services de santé sur le traitement antigrippal :

- Pour le traitement des bénéficiaires résidant dans des établissements de soins de longue durée atteints de la grippe de type A ou B soupçonnée ou confirmée en laboratoire. Un cas soupçonné désigne le cas de personnes répondant aux critères d'une maladie analogue à la grippe et lorsqu'il y a confirmation de la propagation de la grippe de type A et B dans l'établissement ou la collectivité environnante.
- Pour la prophylaxie des résidents d'établissements de soins de longue durée dans lesquels il y a épidémie de la grippe de type A ou B. La prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à ce que l'épidémie de grippe soit enrayée. Une épidémie est déclarée enrayée sept jours après l'apparition des symptômes du dernier cas au sein de l'établissement.

\* Selon les critères susmentionnés, *un établissement de soins de longue durée* désigne un foyer de soins infirmiers agréé et ne comprend pas les foyers de soins spéciaux.

Bulletin n° 735

Le 20 novembre 2008

## Les demandes de remboursement sont désormais acceptées pour les médicaments assurés couverts par le PMONB prescrits par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick

Le règlement établi en vertu de la *Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance* a été modifié en ajoutant les pharmaciens à la définition de l'auteur d'une prescription.

Le PMONB remboursera désormais les demandes concernant les médicaments prescrits par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick à condition que le médicament figure sur la liste de médicaments assurés couverts par le Formulaire du PMONB.

Le PMONB reconnaît tous les prescripteurs désignés à l'article 19.01 du règlement relatif à la *Loi sur la pharmacie*.

### Procédure de soumission des demandes de remboursement

Pour le paiement des demandes de remboursement, toutes les demandes présentées au PMONB concernant les émissions d'ordonnances par les pharmaciens du Nouveau-Brunswick doivent comporter le numéro d'immatriculation du pharmacien prescripteur émis par l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick. Ce numéro est précédé du préfixe **8000**. Par exemple, si un numéro d'immatriculation d'un pharmacien du Nouveau-Brunswick est le 2325, il faut saisir le numéro 80002325 dans le champ « ID du prescripteur » du logiciel d'exploitation de la pharmacie.

Le répertoire des pharmaciens peut être consulté dans l'onglet Consommateurs de la page d'accueil du site Web de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick :

<http://www.nbpharmacists.ca/ConsumerInfo/PharmacistDirectory/tabid/472/language/fr-CA/Default.aspx>.

Il est également recommandé de saisir les deux chiffres du numéro de référence de l'ID du prescripteur dans le champ prévu à cet effet puisque cette consigne deviendra bientôt obligatoire. Voici les numéros de référence de l'ID du prescripteur au Nouveau-Brunswick :

Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick	(41)
Société dentaire du Nouveau-Brunswick	(45)
Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick	(46)
Association des optométristes du Nouveau-Brunswick	(47)
Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick	(48)

Si vous avez des questions n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Bulletin n° 737

Le 26 novembre 2008

## CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du *Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick* (PMONB) entre en vigueur le 26 novembre 2008.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- **Ajouts relatifs aux services assurés habituels**
- **Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés**
- **Médicaments examinés, non inscrits**

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse [BC\\_nbpdp@medavie.croixbleue.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca) ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.qnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc  
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

## AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament / Forme / Voie / Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
<b>Darbépoétine</b> Liq Inj 130 mcg	Aranesp®	2246358	AGA	W	PAR

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

### Calcium d'acamprostate (Campra®)

Comprimés de 333 mg

Pour maintenir l'abstinence à l'alcool chez les personnes qui ont une dépendance à l'alcool n'en ayant pas consommé depuis au moins quatre jours et présentant des contre-indications au naltrexone (p. ex. traitement aux opiacés, pour l'hépatite aiguë ou l'insuffisance rénale). La prise d'acamprostate doit être faite dans le cadre d'un plan complet de gestion qui comprend du counseling.

### Emtricitabine / fumarate de ténofovir disoproxil / éfavirenz (Atripla<sup>MC</sup>)

Comprimés de 200 mg,  
de 300 mg et de 600 mg

Indiqué pour le traitement des patients infectés par le VIH-1 (bénéficiaires du plan U) où la combinaison de ténofovir, d'emtricitabine et d'éfavirenz est indiquée, et où :

- Atripla<sup>MC</sup> est utilisé pour remplacer le traitement existant par ses composés médicamenteux;
- le patient naïf au traitement antirétroviral;
- le patient a réussi à supprimer de façon soutenue le virus mais nécessite tout de même un traitement antirétroviral modifié en raison d'une intolérance ou d'effets indésirables.

### Lansoprazole (Prevacid®)

Comprimés de 15 mg

Pour les patients qui respectent les critères d'autorisation spéciale pour un inhibiteur de la pompe à protons et qui ont besoin que le médicament soit administré par une sonde d'alimentation.

### Raltegravir (Isentress<sup>MC</sup>)

Comprimés de 400 mg

Indiqué pour le traitement des patients infectés par le VIH (bénéficiaires du plan U) qui ont reçu un traitement antirétroviral et subi un échec virologique en raison d'une résistance à au moins un agent de chacune des trois classes principales d'antiviraux (c.-à-d. inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse et inhibiteurs de protéase).

## AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

### Alendronate

(Fosamax<sup>®</sup> et produits génériques)

Comprimés de 10 mg et de 70 mg

- Indiqué pour le traitement de l'ostéoporose :
  - avec fracture de fragilité documentée;
  - sans fracture documentée chez les patients présentant un risque élevé de fractures sur dix ans (voir les tableaux sur le risque de fractures).
- Indiqué pour la prophylaxie de l'ostéoporose corticostéroïdienne chez les patients recevant un traitement systémique par les corticostéroïdes depuis au moins trois mois.

### Risedronate

(Actonel<sup>®</sup>)

Comprimés de 5 mg et de 35 mg

Femmes			
Âge (en années)	RISQUE SUR 10 ANS		
	Risque faible < 10 %	Risque modéré 10 % – 20 %	Risque élevé > 20 %
	COTE T LA PLUS FAIBLE Colonne lombaire, hanche totale, col du fémur, trochanter		
50	> -2,3	-2,3 à -3,9	< -3,9
55	> -1,9	-1,9 à -3,4	< -3,4
60	> -1,4	-1,4 à -3,0	< -3,0
65	> -1,0	-1,0 à -2,6	< -2,6
70	> -0,8	-0,8 à -2,2	< -2,2
75	> -0,7	-0,7 à -2,1	< -2,1
80	> -0,6	-0,6 à -2,0	< -2,0
85	> -0,7	-0,7 à -2,2	< -2,2

Hommes			
Âge (en années)	RISQUE SUR 10 ANS		
	Risque faible < 10 %	Risque modéré 10 % – 20 %	Risque élevé > 20 %
	COTE T LA PLUS FAIBLE Colonne lombaire, hanche totale, col du fémur, trochanter		
50	> -3,4	<= -3,4	---
55	> -3,1	<= -3,1	---
60	> -3,0	<= -3,0	---
65	> -2,7	<= -2,7	---
70	> -2,1	-2,1 à -3,9	< -3,9
75	> -1,5	-1,5 à -3,2	< -3,2
80	> -1,2	-1,2 à -3,0	< -3,0
85	> -1,3	-1,3 à -3,3	< -3,3

Référence : *Canadian Association of Radiology Journal*, vol. 56(3), 2005, p. 178-88

### Calcitonine de saumon

(Miacalcin<sup>®</sup>)

Vaporisateur nasal de  
200 UI

- Indiqué pour le traitement de l'ostéoporose :
  - avec fracture de fragilité documentée en cas de contre-indication ou d'intolérance à l'alendronate, au risedronate et à la raloxifène;
  - sans fracture documentée chez les patients présentant un risque élevé de fractures sur dix ans (voir les tableaux sur le risque de fractures) en cas de contre-indication ou d'intolérance à l'alendronate, au risedronate et à la raloxifène.
- Indiqué pour le traitement à court terme (pour un maximum de trois mois) des douleurs associées aux fractures de fragilité ostéoporotiques, aux métastases osseuses ou aux fractures pathologiques.

### Raloxifène

(Evista<sup>®</sup>)

Comprimés de 60 mg

- Indiqué pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique :
- avec fracture de fragilité documentée en cas de contre-indication ou d'intolérance aux bisphosphonates;
  - sans fracture documentée chez les patients présentant un risque élevé de fractures sur dix ans (voir les tableaux sur le risque de fractures) en cas de contre-indication ou d'intolérance aux bisphosphonates.



## MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantage thérapeutique ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

<b>Nanocristaux de fénofibrate – deuxième soumission</b>	<i>(Lipidil EZ<sup>®</sup>)</i>	Comprimés de 48 mg et de 145 mg
<b>Palipéridone</b>	<i>(Invega<sup>MC</sup>)</i>	Comprimés à libération prolongée de 3 mg, de 6 mg et de 9 mg
<b>Chlorhydrate de tramadol</b>	<i>(Tridural<sup>MC</sup>)</i>	Comprimés de 100 mg, de 200 mg et de 300 mg

Bulletin n° 738

Le 10 décembre 2008

## CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Vous trouverez ci-annexées des listes de **produits interchangeable ajoutés** au Recueil du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick et des produits ne figurant pas sur la liste assujettis au prix admissible maximal (PAM).

Les demandes de règlement pour les produits remboursés au prix d'achat réel (PAR) jusqu'au 20 janvier 2009 seront assujetties au prix admissible maximal (PAM) à compter du 21 janvier 2009.

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse [BC\\_nbpdp@medavie.croixbleue.ca](mailto:BC_nbpdp@medavie.croixbleue.ca) ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc  
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

**NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

to MAP  
Jan 20/09 Jan 21/09

Bupropion Hydrochloride							
Bupropion (chlorhydrate de)							
SRT	Orl	150mg	pms-Bupropion SR	2313421	PMS	AEFGVW	MAP
Co. L.L.							
Cefazolin Sodium							
Céfazoline sodique							
Pws	Inj	1gm	Cefazolin	2297205	APX	BEFGW	MAP
Pds.							
Citalopram Hydrobromide							
Citalopram (bromhydrate de)							
Tab	Orl	20mg	Jamp-Citalopram	2313405	JPC	AEFGVW	MAP
Co.			Odan-Citalopram	2306239	ODN		
		40mg	Jamp-Citalopram	2313413	JPC	AEFGVW	MAP
			Odan-Citalopram	2306247	ODN		
Diclofenac Sodium							
Diclofénac sodique							
Sup	Rt	50mg	Sandoz-Diclofenac	2261928	SDZ	AEFGVW	MAP
Supp.							
		100mg	Sandoz-Diclofenac (new formulation)	2261936	SDZ	AEFGVW	MAP
Diltiazem Hydrochloride							
Diltiazem (chlorhydrate de)							
ERC	Orl	120mg	Apo-Diltiazem TZ	2291037	APX	AEVFW	MAP
Caps. L.P.							
		180mg	Apo-Diltiazem TZ	2291045	APX	AEVFW	MAP
		240mg	Apo-Diltiazem TZ	2291053	APX	AEVFW	MAP
		300mg	Apo-Diltiazem TZ	2291061	APX	AEVFW	MAP
		360mg	Apo-Diltiazem TZ	2291088	APX	AEVFW	MAP
Etidronate Disodium/calcium							
Etidronate disodique/calciqie							
Tab	Orl	400mg/500mg	Co-Etidrocal	2263866	COB	AEVFW	AAC 29.9900
Co.							
Famciclovir							
Tab	Orl	125mg	Co-Famciclovir	2305682	COB	AEFGVW	MAP
Co.							
		250mg	Co-Famciclovir	2305690	COB	AEFGVW	MAP
		500mg	Co-Famciclovir	2305704	COB	AEFGVW	MAP

**NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

to MAP  
Jan 20/09 Jan 21/09

Gabapentin  
Gabapentine

Tab	Orl	600mg	pms-Gabapentin	2255898	PMS	Spec. Auth.	MAP
Co.		800mg	pms-Gabapentin	2255901	PMS	Spec. Auth.	MAP

Leflunomide  
Léflunomide

Tab	Orl	10mg	Gen-Leflunomide	2319225	GPM	Spec. Auth.	MAP
Co.		20mg	Gen-Leflunomide	2319233	GPM	Spec. Auth.	MAP

Ondansetron Hydrochloride Dihydrate  
Ondansétron dihydraté (chlorhydrate d')

Tab	Orl	4mg	Mint-Ondansetron	2305259	MNT	W & Spec. Auth.	MAP
Co.			Odan-Ondansetron	2306212	ODN		
		8mg	Mint-Ondansetron	2305267	MNT	W & Spec. Auth.	MAP
			Odan-Ondansetron	2306220	ODN		

Paroxetine

Tab	Orl	20mg	Sandoz-Paroxetine	2269430	SDZ	AEFGVW	MAP
Co.			(new formulation)				
		30mg	Sandoz-Paroxetine	2269449	SDZ	AEFGVW	MAP
			(new formulation)				

Pramipexole Dihydrochloride (Monohydrate)

Pramipexole dihydrochloride

Tab	Orl	0.25mg	Sandoz-Pramipexole	2315262	SDZ	AEFVW	MAP
Co.		0.5mg	Sandoz-Pramipexole	2315270	SDZ	AEFVW	MAP
		1mg	Sandoz-Pramipexole	2315289	SDZ	AEFVW	MAP
		1.5mg	Sandoz-Pramipexole	2315297	SDZ	AEFVW	MAP

Quetiapine Fumarate  
Quétiapine (fumarate de)

Tab	Orl	25mg	Apo-Quetiapine	2313901	APX	AEFGVW	MAP
Co.			Sandoz-Quetiapine	2313995	SDZ		
		100mg	Apo-Quetiapine	2313928	APX	AEFGVW	MAP
			Sandoz-Quetiapine	2314002	SDZ		
		150mg	Novo-Quetiapine	2284251	NOP	AEFGVW	AAC 1.3518

**NBPDP BENEFIT ADDITIONS / AJOUTS AUX SERVICES ASSURÉS POUR LE PMONB**

to MAP  
Jan 20/09 Jan 21/09

Quetiapine Fumarate  
Quétiapine (fumarate de)

Tab	Orl	200mg	Apo-Quetiapine	2313936	APX	AEFGVW	MAP
Co.			Sandoz-Quetiapine	2314010	SDZ		
		300mg	Apo-Quetiapine	2313944	APX	AEFGVW	MAP
			Sandoz-Quetiapine	2314029	SDZ		

Rabeprazole Sodium  
Rabéprazole sodique

ECT	Orl	10mg	pms-Rabeprazole EC	2310805	PMS	ABEFGVW	MAP
Co. Ent.		20mg	pms-Rabeprazole EC	2310813	PMS	ABEFGVW	MAP

Ranitidine Hydrochloride  
Ranitidine (chlorhydrate de)

Tab	Orl	150mg	Apo-Ranitidine (new formulation)	733059	APX	ABEFGVW	MAP
Co.		300mg	Apo-Ranitidine (new formulation)	733067	APX	ABEFGVW	MAP

Vitamin D2  
Vitamin d2

Dps	Orl	8288IU/mL	Erdol (Drisodan)	80003615	ODN	AEFGVW	AAC	0.3520
Gttes								

**NON-LISTED PRODUCTS SUBJECT TO MAP /**  
**PRODUITS NE FIGURANT PAS SUR LA LISTE ASSUJETIS AUX PAM**

to MAP  
Jan 20/09 Jan 21/09

Alfuzosin Hydrochloride							
Alfuzosine (chlorhydrate d')							
ERT	Orl	10mg	Apo-Alfuzosin	2315866	APX	AAC	0.7450
Co. L.P.							
Cefazolin Sodium							
Céfazoline sodique							
Pws	Inj	10gm	Cefazolin	2297213	APX	AAC	56.0000
Pds.							
Paroxetine							
Tab	Orl	10mg	Sandoz-Paroxetine	2269422	SDZ	MAP	
Co.							
(new formulation)							
Piperacillin Sodium/Tazobactam Sodium							
Pipéracilline sodique/Tazobactam sodique							
Pws	Inj	2g/0.25g	Piperacillin & Tazobactam	2308444	APX	AAC	0.3377
Pds.							
		3g/0.375g	Piperacillin & Tazobactam	2308452	APX	AAC	0.5067
		4g/0.5g	Piperacillin & Tazobactam	2308460	APX	AAC	0.4223
Ranitidine Hydrochloride							
Ranitidine (chlorhydrate de)							
Tab	Orl	75mg	Apo-Ranitidine (new formulation)	2230507	APX	AAC	0.1663
Co.							

Bulletin N° 739

Le 22 décembre 2008

## AUGMENTATION DES FRAIS D'ORDONNANCE DU PMONB

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, le tableau des frais d'ordonnance suivant s'appliquera:

Coût d'ingrédients par ordonnance	Frais d'ordonnance	Frais d'ordonnance pour préparations magistrales
\$0.00 - \$99.99	\$8.90	\$13.35
\$100.00 - \$199.99	\$11.40	\$17.10
\$200.00 - \$499.99	\$16.50	\$17.50
\$500.00 - \$999.99	\$21.50	\$21.50
\$1000.00 - \$1999.99	\$61.50	\$61.50
\$2000.00 - \$2999.99	\$81.50	\$81.50
\$3000.00 - \$3999.99	\$101.50	\$101.50
\$4000.00 - \$4999.99	\$121.50	\$121.50
\$5000.00 - \$5999.99	\$141.50	\$141.50
au-delà de \$6000.00	\$161.50	\$161.50

Nota: Les médecins pharmaciens recevront un remboursement de 80 p.100 des frais applicables mentionnés dans la liste ci-dessus.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc  
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick

Bulletin n° 740

Le 23 décembre 2008

## CHANGEMENTS AUX SERVICES ASSURÉS DU PMONB

Cette mise à jour du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB) entre en vigueur le 23 décembre 2008.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux services assurés habituels
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales et critères révisés
- Médicaments examinés, non inscrits

Pour faire ajouter ou enlever votre nom de la liste d'avis par courriel relative aux bulletins, veuillez envoyer un message à l'adresse [BC\\_nbpd@medavie.croixbleue.ca](mailto:BC_nbpd@medavie.croixbleue.ca) ou composer le 1-800-332-3691. Les bulletins sont également disponibles sur la page Web du PMONB à l'adresse : <http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le personnel de notre bureau au 1-800-332-3691.

Veuillez agréer mes salutations les meilleures.



Debbie LeBlanc  
Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick



## AJOUTS RELATIFS AUX SERVICES ASSURÉS HABITUELS

Médicament / Forme / Voie / Dosage	Marque	DIN	Fabricant	Régimes	\$
<b>Niacine + lovastatine</b> Co Oral 1000/40 mg	Advicor <sup>®</sup>	2293501	SEP	AEFGVW	PAR
<b>Valsartan</b> Co Oral 320 mg	Diovan <sup>®</sup>	2289504	NVR	AEFGVW	PAR

## AJOUTS RELATIFS AUX AUTORISATIONS SPÉCIALES

**Méthylphénidate**  
(*Biphentin<sup>®</sup>*)  
Capsules de 80 mg

Pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez les enfants âgés de 6 à 18 ans qui présentent des symptômes importants et qui ont fait l'essai du méthylphénidate à libération immédiate ou à libération lente sans résultat satisfaisant.

Les demandes prises en considération seront celles effectuées par des pédopsychiatres, des pédiatres ou des omnipraticiens spécialisés dans le TDAH.

## AUTORISATION SPÉCIALE – CRITÈRES RÉVISÉS

**Clopidogrel**  
(*Plavix<sup>®</sup>*)  
Comprimés de 75 mg

La durée de la couverture a été prolongée lorsque ce médicament est utilisé pour prévenir les troubles ischémiques vasculaires chez des patients qui ont été hospitalisés pour des syndromes coronaires aigus sans sus-décalage du segment ST (par exemple, angine instable ou infarctus incomplet) en association avec de l'AAS pendant une période de trois mois.

Une polythérapie à plus long terme peut être envisagée pour une période de 12 mois après la survenue de syndromes coronaires aigus sans sus-décalage du segment ST chez des patients :

- présentant un deuxième syndrome coronaire aigu dans l'intervalle de 12 mois ;
- présentant une maladie coronarienne complexe ou étendue (par exemple coronaropathie diffuse avec lésion sur 3 vaisseaux sans possibilité de revascularisation) ;
- ayant des antécédents d'AVC, d'accident ischémique transitoire (AIT) ou d'artériopathie périphérique symptomatique.

## MÉDICAMENTS EXAMINÉS, NON INSCRITS

Les examens réalisés sur les produits suivants ont conclu qu'ils n'offraient pas d'avantages thérapeutiques ou en termes de coûts par rapport aux traitements existants. Les demandes de couverture au moyen d'autorisations spéciales ne seront pas considérées.

<b>Aliskirène</b>	<i>(Rasilez®)</i>	Comprimés de 150 mg et de 300 mg
<b>Sels mixtes d'amphétamine</b>	<i>(Adderall XR®)</i>	Capsules de 5, 10, 15, 20, 25 et 30 mg
<b>Donépézil</b>	<i>(Aricept RDT™)</i>	Comprimés à dissolution rapide de 5 mg et 10 mg
<b>Sitagliptine</b>	<i>(Januvia™)</i>	Comprimés de 100 mg
<b>Chlorhydrate de tramadol</b>	<i>(Ralivia™)</i>	Comprimés de 100 mg, 200 mg et 300 mg
<b>Acide zolédronique – pour l'ostéoporose chez les femmes post-ménopausées</b>	<i>(Aclasta®)</i>	Flacon de 5 mg/100 ml pour perfusion intraveineuse