

Bulletin n° 1097

Le 30 janvier 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 30 janvier 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

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

## Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Insuline glargine (Semglee)	stylo prérempli de 100 unités/mL	02526441	BGP	ACDEFGV	PCF
Lidocaïne (Xylocaïne en pommade 5 %)	onguent topique de 5 %	00001961	APN	ACDEFGV	PCF
Tazarotène (Arazlo)	lotion topique à 0,045 %	02517868	BSL	ACDEFGV	PCF

### L'autorisation spéciale n'est plus requise

Cabergoline (Dostinex et marque génériques)	comprimé de 0,5 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFGV	PAM
Linagliptine (Trajenta)	comprimé de 5 mg	02370921	BOE	ACDEFGV	PCF
Sitagliptine (Januvia et marques génériques)	comprimé de 25 mg comprimé de 50 mg comprimé de 100 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFGV	PAM
Sitagliptine et Metformine (Janumet et marques génériques)	comprimé de 50 mg / 500 mg comprimé de 50 mg / 850 mg comprimé de 50 mg / 1000 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFGV	PAM
Sitagliptine et Metformine (Janumet XR et marques génériques)	comprimés à libération prolongée 50 mg / 500 mg comprimés à libération prolongée 50 mg / 1000 mg comprimés à libération prolongée 100 mg / 1000 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFGV	PAM

### Ajout temporaire d'un médicament admissible

En raison de la rupture de stock de rifampine (Rofact) en gélules de 150 mg et 300 mg, la poudre de rifampine composée pour usage oral a été temporairement ajoutée à la liste des médicaments admissibles jusqu'à ce que la forme pharmaceutique commerciale soit de nouveau offerte. Le NIP peut être utilisé pour la soumission des demandes de remboursement visant toute concentration. Veuillez noter que les demandes de règlement pour les préparations extemporanées seront remboursées au prix d'achat réel (PAR) des ingrédients, plus les frais d'exécution d'ordonnance applicables.

Produit	NIP	Régimes	Coût de base
Poudre de rifampine pour usage oral	00904811	ACDEFGPVW	PAR

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
----------------------------------	--------	-----	-----------	---------	--------------

### Nouvelle forme pharmaceutique

Dupilumab (Dupixent)	stylo prérempli de 200 mg / 1,14 mL	02524252	SAV	(SA)	MLP
-------------------------	----------------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement de la dermatite atopique modérée à grave chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- Sont réfractaires ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance.
- Sont réfractaires, intolérants ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de photothérapie (lorsqu'elle est disponible), de méthotrexate et de cyclosporine.
- Ont un score initial d'évaluation globale du médecin de 3 ou plus et un indice de zone et de gravité de l'eczéma de 7,1 ou plus.

Critères de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement doivent fournir la preuve des bienfaits cliniques définis comme une amélioration de 75 % ou plus par rapport à la valeur initiale de l'indice de zone et de gravité de l'eczéma (EASI-75) six mois après le début du traitement.
- Une preuve du maintien de la réponse EASI-75 par rapport à la valeur initiale doit être fournie pour les autorisations subséquentes.

Note clinique :

- Le médicament ne doit pas être utilisé en association avec la photothérapie ou des médicaments immunosuppresseurs (p. ex., méthotrexate, cyclosporine).

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- Quantité maximale approuvée de 600 mg à la semaine 0, suivie de 300 mg toutes les deux semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Dabrafénib (Tafinlar)	capsule de 50 mg	02409607	NVR	En combinaison avec tramétinib pour le traitement des patients atteint d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatique exprimant une mutation V600 du gène BRAF, qui n'ont pas reçu de traitements anticancéreux antérieur pour une maladie métastatique.
	capsule de 75 mg	02409615		

Glycopyrrolate (Cuvposa)	solution orale de 1 mg / 5 mL	02469332	MDX	Pour réduire la sialorrhée chronique chez les patients âgés de 3 à 18 ans atteints de troubles neurologiques.
Sémaglutide (Rybelsus)	comprimé de 3 mg	02497581	NNO	Diabète de type 2.
	comprimé de 7 mg	02497603		
	comprimé de 14 mg	02497611		
Tramétinib (Mekinist)	comprimé de 0,5 mg	02409623	NVR	En combinaison avec dabrafénib pour le traitement des patients atteint d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatique exprimant une mutation V600 du gène BRAF, qui n'ont pas reçu de traitements anticancéreux antérieur pour une maladie métastatique.
	comprimé de 2 mg	02409658		

Bulletin n° 1098

Le 31 janvier 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 31 janvier 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
  - À compter du 21 février 2023, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 février 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Ajouts temporaire de médicaments
  - En vertu de l'[arrêté d'urgence](#) lié à la COVID-19, Santé Canada autorise l'importation et la vente au Canada de certains médicaments qui ne répondent pas entièrement aux exigences réglementaires. Les médicaments admissibles sont ceux qui sont visés par une [pénurie de médicaments de niveau 3](#).
  - Ces produits seront inscrits à titre temporaire sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie à compter du 31 janvier 2023.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 février 2023. Avant le 21 février 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 janvier 2023.

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

# Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
<b>Amoxicilline</b>							
Caps	Orl	250 mg	Amoxicillin Capsules BP	02525348	SAS	ABCDEFGVW	0.0672
		500 mg	Amoxicillin Capsules BP	02525356	SAS	ABCDEFGVW	0.1308
<b>Cétirizine</b>							
Co.	Orl	20 mg	Apo-Cetirizine	02453363	APX	(SA)	0.2223
<b>Chlorthalidone</b>							
Co.	Orl	50 mg	Jamp Chlorthalidone	02523817	JPC	ACDEFGV	0.1277
<b>Cinacalcet</b>							
Co.	Orl	30 mg	pms-Cinacalcet	02517604	PMS	ACDEFGV	2.7418
		60 mg	pms-Cinacalcet	02517612	PMS	ACDEFGV	4.9995
		90 mg	pms-Cinacalcet	02517620	PMS	ACDEFGV	7.2752
<b>Diltiazem</b>							
Caps.L.C.	Orl	120 mg	Jamp Diltiazem CD	02528037	JPC	ACDEFGV	0.3529
		180 mg	Jamp Diltiazem CD	02528045	JPC	ACDEFGV	0.4684
		240 mg	Jamp Diltiazem CD	02528053	JPC	ACDEFGV	0.6213
		300 mg	Jamp Diltiazem CD	02528061	JPC	ACDEFGV	0.7766
Co.L.P.	Orl	180 mg	Tiazac XC	02256746	BSL	ACDEFGV	1.2261
			Teva-Diltiazem XC	02429322	TEV	ACDEFGV	0.9195
		240 mg	Tiazac XC	02253754	BSL	ACDEFGV	1.6282
			Teva-Diltiazem XC	02429330	TEV	ACDEFGV	1.2212
		300 mg	Tiazac XC	02253762	BSL	ACDEFGV	1.6233
			Teva-Diltiazem XC	02429349	TEV	ACDEFGV	1.2175
		360 mg	Tiazac XC	02256770	BSL	ACDEFGV	1.6281
			Teva-Diltiazem XC	02429357	TEV	ACDEFGV	1.2211
<b>Éfavirenz / Emtricitabine / Ténofovir</b>							
Co.	Orl	600 mg / 200 mg / 300 mg	Jamp Efavirenz/Emtricitabine/ Ténofovir Disoproxil Fumarate	02519461	JPC	ACDEFGUV	11.3300
<b>Montelukast</b>							
Co.	Orl	10 mg	Nat-Montelukast	02522136	NAT	ACDEFGV	0.4231
Co.C.	Orl	4 mg	Nat-Montelukast	02522101	NAT	ACDEFGV	0.2758
		5 mg	Nat-Montelukast	02522128	NAT	ACDEFGV	0.3082

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Perindopril						
Co.	Orl	2 mg	Jamp Perindopril Erbumine	02527200	JPC	ACDEFGV 0.1632
		4 mg	Jamp Perindopril Erbumine	02527219	JPC	ACDEFGV 0.2042
		8 mg	Jamp Perindopril Erbumine	02527227	JPC	ACDEFGV 0.2831
Sitagliptine / Metformine						
Tab	Orl	50 mg / 500 mg	Sandoz Sitagliptin-Metformin	02503956	SDZ	ACDEFGV 0.7539
		50 mg / 850 mg	Sandoz Sitagliptin-Metformin	02503964	SDZ	ACDEFGV 0.7539
		50 mg / 1000 mg	Sandoz Sitagliptin-Metformin	02503972	SDZ	ACDEFGV 0.7539
Ticagrélor						
Co.	Orl	90 mg	Apo-Ticagrelor	02482630	APX	(SA) 0.3960
Tofacitinib						
Co.	Orl	5 mg	Xeljanz	02423898	PFI	23.9589
			pms-Tofacitinib	02522799	TEV	(SA) 5.9897
			Taro-Tofacitinib	02511304	TAR	
		10 mg	Xeljanz	02480786	PFI	42.3437
			Taro-Tofacitinib	02511312	TAR	(SA) 21.1718
Trandolapril						
Caps	Orl	1 mg	Trandolapril	02525046	SAS	ACDEFGV 0.1762
			Trandolapril	02526565	SIV	
		2 mg	Trandolapril	02525054	SAS	ACDEFGV 0.2025
			Trandolapril	02526573	SIV	
		4 mg	Trandolapril	02525070	SAS	ACDEFGV 0.2498
			Trandolapril	02526581	SIV	

## Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Amoxicilline						
Pds.	Orl	50 mg	Moxilen	09858237	JNO	ABCDEFGVW 0.0810

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Chlorthalidone						
Co.	Orl	50 mg	Chlorthalidone	00360279	AAP	ACDEFGV 0.1277

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Ticagrélor						
Co.	Orl					
		90 mg				
			M-Ticagrelor	02529769	MRA	
			Taro-Ticagrelor	02492598	TAR	(SA) 0.3960

Bulletin n° 1099

Le 27 février 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 27 février 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Modification du message de réponse lors de la soumission d'une demande de remboursement

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

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Ticagrélor (marques génériques)	comprimé de 60 mg	Voir formulaire des médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		Régimes de (SA)	PAM

En association avec l'AAS pour les patients ayant des antécédents d'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ou de syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST au cours des 3 années précédentes et présentant un risque élevé d'événements cardiovasculaires ultérieurs.

### Note clinique :

- Le risque élevé d'événements cardiovasculaires ultérieurs est défini comme nécessitant un des critères suivants : âge de 65 ans ou plus, diabète, deuxième infarctus du myocarde spontané antérieur, maladie coronarienne plurivasculaire ou dysfonction rénale chronique (clairance de la créatinine <60mL/min).

### Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des cardiologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : 3 ans.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé</b>					
Afatinib	comprimé de 20 mg	02415666			
(Giotrif)	comprimé de 30 mg	02415674	BOE	(SA)	PCF
	comprimé de 40 mg	02415682			

Pour le traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique avec mutation de l'EGFR.

### Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

### Note clinique :

- Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.

### Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une dose maximale de 40 mg par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

**Critère révisé**

Insuline détémir  
(Levemir)

cartouche préremplie de  
100 unités/mL  
stylo prérempli FlexTouch  
100 unités/mL

02412829

02271842

NNO

(SA)

PCF

1. Pour le traitement des patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2 qui ont pris d'autres analogues de l'insuline à action prolongée (insuline glargine et insuline degludec), et qui ont :
  - vécu des épisodes inexplicables d'hypoglycémie nocturne au moins une fois par mois malgré une gestion optimale; ou
  - des réactions allergiques documentées graves ou continues, systémiques ou localisées.
2. Pour le traitement des enfants et des adolescents atteints de diabète de type 1.
3. Pour le traitement des personnes enceintes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 nécessitant de l'insuline.

**Critère révisé**

Ticagrélor  
(Brilinta et marques  
génériques)

comprimé de 90 mg

Voir formulaire des Régimes de  
médicaments du N.-B. ou la liste  
des PAM pour les produits

(SA)

PAM

1. En association avec l'AAS chez les patients présentant un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ou un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST qui subissent une intervention coronarienne percutanée (ICP).

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des cardiologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
  - Période d'approbation : 1 an.
2. Pour le traitement des patients qui présentent des événements cardiovasculaires récurrents (infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST ou syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST), ou une thrombose certaine de l'endoprothèse, alors qu'ils sont sous traitement par clopidogrel et AAS.

Note clinique :

- Selon l'Academic Research Consortium, la thrombose certaine de l'endoprothèse est une occlusion totale ou un thrombus visible dans l'endoprothèse ou à moins de 5 mm de celle-ci, en présence d'un syndrome ischémique clinique aigu en l'espace de 48 heures.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par des cardiologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Période d'approbation : long terme.

## Nouveau dosage

Lévofoxacine

(marque générique)

comprimé de 750 mg

02325942

APX

BVW (SA)

PAM

1. Pour compléter le traitement amorcé en milieu hospitalier chez les patients atteints d'une pneumonie nosocomiale, d'une pneumonie extrahospitalière (PEH) ou d'une exacerbation aiguë d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
2. Pour le traitement de l'exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC) compliquée chez les patients qui :
  - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (doxycycline, bêtalactamine, triméthoprim-sulfaméthoxazole ou macrolide), ou
  - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
3. Pour le traitement de la PEH chez les patients ayant une confirmation par radiographie de la pneumonie qui :
  - ont échoué à un traitement avec au moins un traitement de première intention (macrolide, doxycycline, bêtalactamine), ou
  - sont intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux traitements de première intention.
4. Pour le traitement des infections pulmonaires chez les patients atteints de fibrose kystique.
5. Pour le traitement de la pneumonie grave chez les patients des foyers de soins infirmiers.
6. Pour le traitement des patients souffrant d'ostéomyélite ou d'infections articulaires compliquées.
7. Pour le traitement des patients souffrant d'une pyélonéphrite.

### Notes cliniques :

1. Si le patient a été traité avec un antibiotique au cours des 3 derniers mois, optez pour un antibiotique d'une autre classe.
2. L'EAMPOC compliquée désigne les patients atteints de MPOC (VEMS/CVF supérieur à 0,7) présentant une purulence accrue des expectorations et une augmentation de la dyspnée ou du volume des expectorations, et l'un des éléments suivants :
  - VEMS inférieur à 50 % de la valeur prédite
  - Au moins 4 exacerbations par année
  - Cardiopathie ischémique
  - Administration d'oxygène à domicile
  - Utilisation chronique de stéroïdes oraux

### Notes pour les demandes de règlement :

- Les ordonnances rédigées par les infectiologues, les internistes, les hématologues, les microbiologistes médicaux, les oncologues, les cliniciens adjoints en oncologie, les omnipraticiens en oncologie, les pneumologues ou urologues détenant un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ne requièrent pas d'autorisation spéciale.
- Lévofoxacine est un service assuré habituel pour les régimes BV.

### **Tuberculose**

Pour le traitement de la tuberculose chez les patients qui ont une résistance aux médicaments, vérifiée en laboratoire, des contre-indications ou une intolérance aux traitements de premiers recours.

### Notes pour les demandes de règlement :

- Ce médicament doit être prescrit par un infectiologue, ou en consultation avec un tel médecin.

- Les demandes seront seulement prises en considération en vertu des régimes CP.

### Nouvelle forme pharmaceutique

Carbonate de sevelamer (Renvela)	sachet de 0,8 g sachet de 2,4 g	02485559 02485567	SAV	(SA)	PCF
-------------------------------------	------------------------------------	----------------------	-----	------	-----

À utiliser chez les patients qui ont de la difficulté à avaler des comprimés.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

### Nouvelle indication et Critère révisé

Osimertinib (Tagrisso)	comprimé de 40 mg comprimé de 80 mg	02456214 02456222	AZE	(SA)	PCF
---------------------------	----------------------------------------	----------------------	-----	------	-----

#### **Traitement adjuvant du cancer du poumon non à petites cellules**

Comme traitement adjuvant après résection tumorale complète chez les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) de stade IB à IIIA (selon l'American Joint Committee on Cancer, 7<sup>e</sup> édition ou l'équivalent) dont la tumeur exprime une délétion dans l'exon 19 ou une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) de l'EGFR.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite indiquant que le patient n'a pas présenté de récurrence de la maladie.

#### Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Les patients doivent entreprendre le traitement dans les 26 semaines suivant la résection chirurgicale complète s'ils ont reçu une chimiothérapie adjuvante, ou dans les 10 semaines s'ils n'ont pas reçu de chimiothérapie.
3. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la récurrence de la maladie ou l'apparition d'effets toxiques inacceptables, ou pendant une période maximale de 3 ans, peu importe si la dose a été réduite ou interrompue.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour un traitement se poursuivant au-delà de 3 ans ne seront pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.

#### **Cancer du poumon non à petites cellules avancé**

1. Pour le traitement de première intention des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique porteur d'une délétion dans l'exon 19 ou d'une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR).
2. Pour le traitement des patients atteints d'un CPNPC localement avancé (ne se prêtant pas à un traitement curatif) ou métastatique porteur de la mutation T790M du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) dont la maladie a progressé pendant le traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) de l'EGFR.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour un traitement de première intention seront admissibles pour les patients atteints d'un CPNPC porteur de la mutation génétique T790M de novo.
- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement adjuvant ciblant l'EGFR ou dans les 6 mois suivant la fin d'un tel traitement.
- Période d'approbation : 1 an.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Chlorméthine (Ledaga)	gel topique de 160 mcg/g	02516764	RRD	Pour le traitement par voie topique des lymphomes T cutanés de type mycosis fongoïde de stade IA et IB chez les patients adultes ayant déjà reçu un traitement cutané.
IncobotulinumtoxinaA (Xeomin)	50 unités par fiole 100 unités par fiole 100 unités par fiole	02371081 02324032 02383489	MRZ	Pour le traitement de la sialorrhée chronique associée aux troubles neurologiques.

## Modification du message de réponse lors de la soumission d'une demande de remboursement

À compter du 28 février 2023, les pharmacies recevront le message « Autorisation spéciale requise » à la place de « Patient non admissible aux medic. dem » lorsqu'une demande de remboursement électronique est soumise pour un médicament dont le remboursement nécessite une autorisation spéciale.

Ce changement au système permettra d'informer les pharmacies du statut d'admissibilité du médicament sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Davantage de renseignements sur les médicaments admissibles et les critères d'autorisation spéciale sont disponibles [en ligne](#).

Bulletin n° 1100

Le 28 février 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 28 février 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
  - À compter du 21 mars 2023, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 mars 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 mars 2023. Avant le 21 mars 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 28 février 2023.
- Produits retirés du formulaire
  - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 mars 2023.

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

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
<b>Abiratéron</b>						
Co.	Orl	500 mg	Jamp Abiraterone	02529629	JPC	(SA) 15.3125
<b>Apixaban</b>						
Co.	Orl	2,5 mg	Auro-Apixaban	02486806	ARO	ACDEFGV 0.4084
		5 mg	Auro-Apixaban	02486814	ARO	ACDEFGV 0.4084
<b>Dimenhydrinate</b>						
Liq	Inj	50 mg/mL	Dimenhydrinate Injection USP	00392537	SDZ	ACDEFGVW 1.3800
<b>Hydrocortisone</b>						
Co.	Orl	10 mg	Cortef	00030910	PFI	ACDEFGVW 0.2185
			Auro-Hydrocortisone	02524465	ARO	0.1639
		20 mg	Cortef	00030929	PFI	ACDEFGVW 0.3944
			Auro-Hydrocortisone	02524473	ARO	0.2958
<b>Sitagliptine</b>						
Co.	Orl	25 mg	Auro-Sitagliptin	02529866	ARO	ACDEFGV 0.8197
			Jamp Sitagliptin	02534134	JPC	
			Sandoz Sitagliptin	02504049	SDZ	
			Taro-Sitagliptin Fumarate	02531631	TAR	
		50 mg	Auro-Sitagliptin	02529874	ARO	ACDEFGV 0.8197
			Jamp Sitagliptin	02534142	JPC	
			Sandoz Sitagliptin	02504057	SDZ	
			Taro-Sitagliptin Fumarate	02531658	TAR	
		100 mg	Auro-Sitagliptin	02529882	ARO	ACDEFGV 0.8197
			Jamp Sitagliptin	02534150	JPC	
			Sandoz Sitagliptin	02504065	SDZ	
			Taro-Sitagliptin Fumarate	02531666	TAR	
<b>Sunitinib</b>						
Caps	Orl	12,5 mg	Sutent	02280795	PFI	(SA) 65.1240
			Taro-Sunitinib	02524058	TAR	48.8429
<b>Tofacitinib</b>						
Co.	Orl	5 mg	Auro-Tofacitinib	02530007	ARO	(SA) 5.9897
		10 mg	Auro-Tofacitinib	02530015	ARO	(SA) 21.1718

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
<b>Sitagliptine</b>						
Co.	Orl	25 mg	Apo-Sitagliptin Malate	02508656	APX	ACDEFGV 0.8197

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Sitagliptine							
Co.	Orl	50 mg	Apo-Sitagliptin Malate	02508664	APX	ACDEFGV	0.8197
		100 mg	Apo-Sitagliptin Malate	02508672	APX	ACDEFGV	0.8197

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	
Dimenhydrinate						
Liq	Inj	50 mg/mL	Gravol IM	00013579	CHU	ACDEFGVW

Bulletin n° 1101

Le 27 mars 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 27 mars 2023.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Médicaments évalués et non-inscrits

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

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Tucatinib (Tukysa)	comprimé de 50 mg comprimé de 150 mg	02499827 02499835	SGC	(SA)	PCF

En association avec le trastuzumab et la capécitabine pour le traitement des patients atteints d'un cancer du sein HER2 positif non résecable, localement avancé ou métastatique ayant auparavant reçu un traitement par le trastuzumab, le pertuzumab et un conjugué anticorps-médicament ciblant HER2 (p. ex., Kadcyla, Enhertu), lorsqu'au moins un de ces médicaments a été administré en contexte de cancer avancé ou métastatique.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse, si des effets toxiques inacceptables se manifestent, ou si le trastuzumab et la capécitabine sont tous les deux interrompus.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Alpelisib (Piqray)	comprimé de 150 mg comprimé de 200 mg	02497069 02497077	NVR	En association avec le fulvestrant, pour le traitement de femmes ménopausées ou d'hommes atteints d'un cancer du sein avancé ou métastatique porteur d'une mutation du gène PIK3CA et exprimant des récepteurs hormonaux (RH+), mais pas HER2 (HER2-), et ayant progressé après un traitement reposant sur une hormonothérapie associée à un inhibiteur des CDK4/6.
Alpelisib (Piqray) trousse	comprimé de 50 mg, 200 mg	02497085		

Bulletin n° 1102

Le 30 mars 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 30 mars 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
  - À compter du 20 avril 2023, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 20 avril 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 avril 2023. Avant le 20 avril 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 mars 2023.

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

# Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
<b>Atazanavir</b>						
Caps	Orl	150 mg	Jamp Atazanavir	02513102	JPC	ACDEFGUV 2.8386
		200 mg	Jamp Atazanavir	02513110	JPC	ACDEFGUV 2.8552
		300 mg	Jamp Atazanavir	02513129	JPC	ACDEFGUV 5.6083
<b>Céphalexine</b>						
Co.	Orl	250 mg	Jamp Cephalexin	02494698	JPC	ABCDEFGVW 0.0866
		500 mg	Jamp Cephalexin	02494701	JPC	ABCDEFGVW 0.1731
<b>Cétirizine</b>						
Co.	Orl	20 mg	Teva-Cetirizine	02528681	TEV	(SA) 0.2223
<b>Lévofloxacine</b>						
Co.	Orl	750 mg	Sandoz Levofloxacin	02298651	SDZ	BVW (SA) 2.6604
<b>Méthotrexate</b>						
Co.	Orl	2,5 mg	Auro-Methotrexate	02524023	ARO	ACDEFGV 0.2513
<b>Modafinil</b>						
Co.	Orl	100 mg	Modafinil	02530244	SAS	(SA) 0.3171
<b>Moxifloxacine</b>						
Liq	Oph	0,5%	Moxifloxacin	02529076	SAS	ACDEFGV 1.5435
<b>Pomalidomide</b>						
Caps	Orl	1 mg	Pomalyst	02419580	CEL	500.0000
			Apo-Pomalidomide	02520427	APX	(SA)
			Nat-Pomalidomide	02506394	NAT	125.0000
			Sandoz Pomalidomide	02523973	SDZ	
		2 mg	Pomalyst	02419599	CEL	500.0000
			Apo-Pomalidomide	02520435	APX	(SA)
			Nat-Pomalidomide	02506408	NAT	125.0000
			Sandoz Pomalidomide	02523981	SDZ	
		3 mg	Pomalyst	02419602	CEL	500.0000
			Apo-Pomalidomide	02520443	APX	(SA)
			Nat-Pomalidomide	02506416	NAT	125.0000
			Sandoz Pomalidomide	02524007	SDZ	
		4 mg	Pomalyst	02419610	CEL	500.0000
			Apo-Pomalidomide	02520451	APX	(SA)
			Nat-Pomalidomide	02506424	NAT	125.0000
			Sandoz Pomalidomide	02524015	SDZ	
<b>Rabéprazole</b>						
Co.Ent.	Orl	10 mg	Jamp Rabeprazole	02415283	JPC	ACDEFGV 0.0669

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Topiramate						
Co.	Orl	25 mg	Jamp Topiramate Tablets	02345250	JPC	ACDEFGV 0.2433

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Anagrélide						
Caps	Orl	0,5 mg	pms-Anagrelide	02274949	PMS	ACDEFGV 4.6997
Atazanavir						
Caps	Orl	150 mg	Mylan-Atazanavir Teva-Atazanavir	02456877 02443791	MYL TEV	ACDEFGUV 2.8386
		200 mg	Mylan-Atazanavir Teva-Atazanavir	02456885 02443813	MYL TEV	ACDEFGUV 2.8552
		300 mg	Mylan-Atazanavir Teva-Atazanavir	02456893 02443821	MYL TEV	ACDEFGUV 5.6083
Méthotrexate						
Co.	Orl	2,5 mg	ACH-Methotrexate Apo-Methotrexate pms-Methotrexate	02509067 02182963 02170698	AHI APX PMS	ACDEFGV 0.2513

Bulletin n° 1103

Le 24 avril 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 24 avril 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

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

## Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Propylthiouracile (Halycil)	comprimé de 50 mg	02521059	ARN	ACDEFGV	PCF
Propylthiouracile	comprimé de 50 mg	02523019	PCI	ACDEFGV	PCF

### L'autorisation spéciale n'est plus requise

Modafinil (Alertec et marques génériques)	comprimé de 100 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFGV	PAM
-------------------------------------------------	--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------	-----

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Bimekizumab (Bimzelx)	auto-injecteur de 160 mg/mL seringue préremplie de 160 mg /mL	02525275 02525267	UCB	(SA)	PCF

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- Présenter un score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et un score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou une atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Être réfractaire ou avoir une intolérance à la photothérapie, ou être incapable d'y avoir accès;
- Être réfractaire ou avoir une intolérance ou des contre-indications au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

#### Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose de 320 mg administrée toutes les 4 semaines pendant 16 semaines, puis toutes les 8 semaines par la suite.

- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise.

Galcanézumab  
(Emgality)

auto-injecteur de 120 mg/mL  
seringue préremplie de 120 mg/mL

02491087  
02491060

LIL

(SA)

PCF

Pour la prévention de la migraine chez les patients ayant reçu un diagnostic confirmé de migraines épisodiques ou chroniques et qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à au moins deux catégories de médicaments prophylactiques oraux contre la migraine, ou qui ont une contre-indication à ces médicaments.

Critères de renouvellement :

- Une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois au moment du premier renouvellement par rapport à la situation initiale.
- Lors des renouvellements suivants, le patient maintient une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois.

Notes cliniques :

1. Le nombre moyen de jours de céphalée et de migraine par mois doit être précisé au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.
2. Selon les critères de la International Headache Society, les migraines épisodiques et chroniques se définissent ainsi :
  - Migraines épisodiques : céphalée migraineuse au moins 4 jours par mois et moins de 15 jours de céphalée par mois pendant plus de 3 mois.
  - Migraines chroniques : céphalée au moins 15 jours par mois pendant plus de 3 mois, dont au moins 8 jours par mois avec migraine.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée avec d'autres antagonistes du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation de renouvellement : 1 an

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé - Médicaments biologiques pour la spondylarthrite ankylosante</b>					
Certolizumab Pegol (Cimzia)	auto-injecteur de 200 mg/mL	02465574	UCB	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 200 mg/mL	02331675			
Étanercept (Brenzys)	auto-injecteur de 50 mg/mL	02455331	ORG	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 50 mg/mL	02455323			
Étanercept (Erelzi)	seringue préremplie de 25 mg / 0,5 mL	02462877	SDZ	(SA)	PCF
	auto-injecteur de 50 mg/mL	02462850			
	seringue préremplie de 50 mg/mL	02462869			
Golimumab (Simponi)	auto-injecteur de 50 mg / 0,5 mL	02324784	JAN	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 50 mg / 0,5 mL	02324776			
	auto-injecteur de 100 mg/mL	02413183			
	seringue préremplie de 100 mg/mL	02413175			
Infliximab (Avsola)	fiole de 100 mg	02496933	AGA	(SA)	PCF
Infliximab (Inflectra)	fiole de 100 mg	02419475	HOS	(SA)	PCF
Infliximab (Renflexis)	fiole de 100 mg	02470373	ORG	(SA)	PCF
Sécukinumab (Cosentyx)	auto-injecteur de 150 mg/mL	02438070	NVR	(SA)	PCF
	seringue préremplie de 150 mg/mL				

- Indiqués pour le traitement des patients atteints de spondylarthrite ankylosante d'intensité modérée à grave (p. ex. score supérieur ou égal à 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 minimale de 2 semaines chaque 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 minimale de 2 semaines chaque et qui ont réagi inadéquatement à la dose optimale ou à la dose de tolérance maximale d'un ARMM.
- 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 »).

Note clinique :

- 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.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursé
- Toutes les nouvelles demandes visant la couverture de l'infliximab et l'étanercept seront approuvées uniquement pour les versions biosimilaires de ce médicament.
- Doses maximales approuvées selon les critères existants du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.
- Période d'approbation initiale : 4 mois pour golimumab, 6 mois pour les autres.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme pour l'infliximab et l'étanercept, un an pour les autres.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Ranolazine (Corzyna)	comprimé à libération prolongée de 500 mg	02510219	KYE	Pour le traitement symptomatique des patients souffrant d'angine de poitrine stable et insuffisamment contrôlés ou intolérants aux traitements antiangineux de première intention.
	comprimé à libération prolongée de 1000 mg	02510227		

Bulletin n° 1104

Le 27 avril 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 27 avril 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 18 mai 2023. Avant le 18 mai 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 27 avril 2023.

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

# Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
<b>Alendronate / Cholécalférol</b>							
Co.	Orl	70 mg / 5600 IU	Jamp Alendronate/Vitamin D3	02519836	JPC	ACDEFGV	1.2174
<b>Atomoxétine</b>							
Caps	Orl	10 mg	Jamp Atomoxetine	02506807	JPC	ACDEFG	0.5106
		18 mg	Jamp Atomoxetine	02506815	JPC	ACDEFG	0.5748
		25 mg	Jamp Atomoxetine	02506823	JPC	ACDEFG	0.6420
		40 mg	Jamp Atomoxetine	02506831	JPC	ACDEFG	0.7369
		60 mg	Jamp Atomoxetine	02506858	JPC	ACDEFG	0.8092
		80 mg	Jamp Atomoxetine	02506866	JPC	ACDEFG	1.2193
		100 mg	Jamp Atomoxetine	02506874	JPC	ACDEFG	1.3382
<b>Candésartan</b>							
Co.	Orl	4 mg	Candesartan	02528258	SIV	ACDEFGV	0.1700
		32 mg	Candesartan	02528266	SIV	ACDEFGV	0.2281
<b>Clonidine</b>							
Co.	Orl	0,025 mg	Jamp Clonidine	02528207	JPC	ACDEFGV	0.0680
<b>Emtricitabine / Ténofovir</b>							
Co.	Orl	200 mg / 300 mg	Auro-Emtricitabine-Tenofovir	02490684	ARO	ACDEFGUV	7.0582
<b>Fluoxétine</b>							
Caps	Orl	10 mg	M-Fluoxetine	02529432	MRA	ACDEFGV	0.3404
		20 mg	M-Fluoxetine	02529440	MRA	ACDEFGV	0.3311
<b>Progestérone</b>							
Caps	Orl	100 mg	Auro-Progesterone	02493578	ARO	(SA)	0.3762
<b>Pyridostigmine</b>							
Co.	Orl	60 mg	Jamp Pyridostigmine Bromide	02508362	JPC	ACDEFGV	0.2673
<b>Quétiapine</b>							
Co.L.P.	Orl	50 mg	M-Quetiapine Fumarate XR	02527928	MRA	ACDEFGVW	0.2501
		150 mg	M-Quetiapine Fumarate XR	02527936	MRA	ACDEFGVW	0.4926
		200 mg	M-Quetiapine Fumarate XR	02527944	MRA	ACDEFGVW	0.6661
		300 mg	M-Quetiapine Fumarate XR	02527952	MRA	ACDEFGVW	0.9776
		400 mg	M-Quetiapine Fumarate XR	02527960	MRA	ACDEFGVW	1.3270

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Sertraline						
Caps	Orl	25 mg	M-Sertraline	02530937	MRA	ACDEFGV 0.1516
		50 mg	M-Sertraline	02530945	MRA	ACDEFGV 0.3032
		100 mg	M-Sertraline	02530953	MRA	ACDEFGV 0.3303
Sitagliptine / Metformine						
Co.L.P.	Orl	50 mg / 500 mg	Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	02529106	SDZ	ACDEFGV 0.8893
		50 mg / 1000 mg	Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	02529114	SDZ	ACDEFGV 0.8893
		100 mg / 1000 mg	Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	02529122	SDZ	ACDEFGV 1.7784
Sitagliptine						
Co.	Orl	25 mg	Sitagliptin	02529033	SIV	ACDEFGV 0.8197
		50 mg	Sitagliptin	02529041	SIV	ACDEFGV 0.8197
		100 mg	Sitagliptin	02529068	SIV	ACDEFGV 0.8197

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Bupropion						
Co.L.L.	Orl	100 mg	Odan-Bupropion SR	02275074	ODN	ACDEFGV 0.5260
		150 mg	Odan-Bupropion SR	02275082	ODN	ACDEFGV 0.9169
Pyridostigmine						
Co.	Orl	60 mg	Riva-Pyridostigmine	02495643	RIV	ACDEFGV 0.2673
Sitagliptine / Metformine						
Co.L.P.	Orl	100 mg / 1000 mg	Apo-Sitagliptin/Metformin XR	02506297	APX	ACDEFGV 1.7784

Bulletin n° 1105

Le 23 mai 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 23 mai 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place

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

## Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Insuline asparte (Kirsty)	stylo prérempli de 3 mL	02520974	BGP	ACDEFGV	PCF

### L'autorisation spéciale n'est plus requise

Progestérone (Prometrium et marques génériques)	capsule de 100 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFGV	PAM
-------------------------------------------------------	-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------	-----

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Larotrectinib (Vitrakvi)	capsule de 25 mg capsule de 100 mg solution orale de 20 mg/mL	02490315 02490323 02490331	BAY	(SA)	PCF

En monothérapie pour le traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de tumeurs solides non résecables, localement avancées ou métastatiques, qui répondent à l'ensemble des critères suivants :

- Les tumeurs ont une fusion du gène NTRK (récepteur tyrosine-kinase de la neurotrophine) sans mutation de résistance acquise connue;
- Pas d'autres options thérapeutiques satisfaisantes;
- Pas admissible à la chirurgie et/ou à la radiothérapie en raison d'un risque important de morbidité

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique, selon les résultats radiographiques, que la maladie a progressé.

#### Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice de performance.
2. Si des métastases cérébrales sont présentes, les patients devraient être asymptomatiques.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur des récepteurs TRK.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.

Luspatercept  
(Reblozyl)

fiole de 25 mg  
fiole de 75 mg

02505541  
02505568

CEL

(SA)

PCF

### **Bêta-thalassémie**

Pour le traitement des patients adultes présentant une anémie avec dépendance aux transfusions de globules rouges associée à une bêta-thalassémie, qui reçoivent des transfusions régulières.

Critères visant le renouvellement initial :

- Une réduction de 33 % ou plus de la charge transfusionnelle, mesurée par le nombre d'unités de globules rouges nécessaires au cours des 24 premières semaines de traitement par luspatercept par rapport aux 24 semaines précédant le début du traitement.

Critères visant les renouvellements subséquents :

- Maintien d'une réduction de 33 % ou plus de la charge transfusionnelle, mesurée par le nombre d'unités de globules rouges nécessaires au cours des 24 dernières semaines de traitement par luspatercept par rapport aux 24 semaines précédant le début du traitement.

### Notes cliniques :

1. Les transfusions régulières sont définies comme la réception de 6 à 20 unités de globules rouges et l'absence de transfusion pendant plus de 35 jours au cours des 24 semaines précédant le début du traitement.
2. L'historique de la charge transfusionnelle doit être fourni avec la demande initiale et les demandes de renouvellement.
3. Le traitement doit être interrompu en l'absence de réponse (telle que définie dans les critères de renouvellement) après 3 doses à la dose maximale.

### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un hématologue.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum de 1,25 mg/kg (jusqu'à 120 mg par dose) toutes les trois semaines.
- Période d'approbation : 7 mois.

### **Anémie associée au syndrome myélodysplasique :**

Pour le traitement des patients adultes souffrant d'anémie associée au syndrome myélodysplasique (SMD) qui répondent aux critères suivants :

- Diagnostic de syndrome myélodysplasique de risque très faible à intermédiaire avec sidéroblastes en couronne selon l'Index pronostique international révisé (RIPI).
- Les agents stimulant l'érythropoïétine (ASE) ont échoué ou ne conviennent pas.
- Anémie avec dépendance aux transfusions de globules rouges associée à un SMD, définie comme ayant reçu au moins 2 unités de globules rouges sur 8 semaines.
- Absence d'anomalie cytogénétique de la délétion 5q.
- Indice de performance de 0 à 2.

Critères visant le renouvellement initial :

- Le patient n'a pas subi de transfusion de globules rouges pendant au moins 16 semaines consécutives au cours des 24 premières semaines de traitement par luspatercept.

Critères visant les renouvellements subséquents :

- Le patient conserve son indépendance à l'égard des transfusions grâce au traitement par luspatercept.

Notes cliniques :

1. L'historique de la charge transfusionnelle doit être fourni avec la demande initiale et les demandes de renouvellement.
2. Il doit être confirmé que le patient présente toujours un risque très faible à intermédiaire.
3. Les détails de l'utilisation des ASE (c.-à-d. le nom du traitement, la(les) dose(s), la durée d'utilisation, la réponse) doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un hématologue ou un oncologue.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum de 1,75 mg/kg (jusqu'à 168 mg par dose) toutes les trois semaines.
- Période d'approbation : 7 mois.

Zanubrutinib  
(Brukinsa)

capsule de 80 mg                      02512963                      BGN                      (SA)                      PCF

Pour le traitement des patients adultes atteints de macroglobulinémie de Waldenström récidivante ou réfractaire ayant reçu au moins un traitement antérieur et n'ayant pas connu de progression de la maladie sous traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent remplir au moins un critère de traitement selon le groupe de consensus de l'IVWM.
2. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et ne pas présenter de signes de transformation de la maladie.
3. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
----------------------------------	--------	-----	-----------	---------	--------------

**Critère révisé**

Lapatinib (Tykerb)	comprimé de 250 mg	02326442	NVR	(SA)	PCF
-----------------------	--------------------	----------	-----	------	-----

En association avec la capécitabine pour le traitement des patients atteints d'un cancer du sein HER2 positif non résécable, localement avancé ou métastatique lorsqu'il est utilisé comme :

- en traitement de première intention à la suite d'une rechute de la maladie pendant ou dans les six mois suivant la fin d'un traitement adjuvant par trastuzumab ou trastuzumab emtansine; ou

- en traitement de deuxième intention après progression de la maladie au cours d'un traitement par trastuzumab, avec ou sans pertuzumab, au stade avancé.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note clinique :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation: 6 mois

### **Nouvelle dose**

Adalimumab  
(Abrilada)

seringue préremplie de 20 mg /  
0,4 mL

02511061

PFI

(SA)

PCF

### **Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire**

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Colite ulcéreuse**

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 160 mg, suivi de 80 mg deux semaines plus tard, puis de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Hidradénite suppurée**

Pour le traitement de l'hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.

- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Maladie de Crohn**

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Polyarthrite psoriasique**

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Polyarthrite rhumatoïde**

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Psoriasis en plaques**

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

#### **Spondylarthrite ankylosante**

Pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

#### **Uvéite**

Pour le traitement de l'uvéite non infectieuse chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

---

#### **Nouvelle indication**

Dupilumab  
(Dupixent)

seringue préremplie de 200 mg / 1,14 mL	02492504			
stylo prérempli de 200 mg / 1,14 mL	02524252			
seringue préremplie de 300 mg / 2 mL	02470365	SAV	(SA)	PCF
stylo prérempli de 300 mg / 2 mL	02510049			

#### **Asthme**

1. Pour le traitement d'appoint de l'asthme sévère de type 2 ou de phénotype éosinophilique chez les patients de 6 à 11 ans dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré une corticothérapie en inhalation à dose moyenne ou élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex., un bêta<sub>2</sub>-agoniste à longue durée d'action) ou une corticothérapie en inhalation à dose élevée seule et qui répondent aux critères suivants :

- nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine  $\geq 0,15 \times 10^9/L$  au cours des 12 derniers mois; et
- asthme non maîtrisé avec au moins une exacerbation de l'asthme cliniquement significative au cours des 12 derniers mois.

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme ne s'est pas amélioré 12 mois après le début du traitement, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

#### Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. Une corticothérapie en inhalation à dose moyenne correspond à une dose quotidienne de 200 à 400 mcg de propionate de fluticasone ou l'équivalent et une corticothérapie en inhalation à dose élevée correspond à une dose quotidienne supérieure à 400 mcg de propionate de fluticasone ou l'équivalent.
3. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme nécessitant l'administration d'une corticothérapie à action générale pendant au moins 3 jours, l'hospitalisation du patient ou une visite aux urgences.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un pneumologue ou un allergologue pédiatrique ayant de l'expérience dans le traitement de l'asthme sévère.
  - L'utilisation combinée de dupilumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
  - Quantité maximale approuvée : 200 mg toutes les deux semaines ou 300 mg toutes les quatre semaines.
  - Période d'approbation : 1 an.
2. Pour le traitement d'appoint de l'asthme sévère de type 2 ou de phénotype éosinophilique ou de l'asthme sévère nécessitant une corticothérapie orale chez les patients de 12 ans et plus dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé malgré une corticothérapie en inhalation à dose élevée jumelée à un ou plusieurs autres médicaments de prévention (p. ex., un bêta<sub>2</sub>-agoniste à longue durée d'action) et qui répondent à l'un des critères suivants :
    - nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine  $\geq 0,15 \times 10^9/L$  au cours des 12 derniers mois; ou
    - asthme nécessitant une corticothérapie orale.

Critères initiaux d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme ne s'est pas amélioré 12 mois après le début du traitement, ou
- Il n'y a eu aucune diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux au cours des 12 premiers mois de traitement, ou

- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Critères subséquents d'arrêt du traitement :

- Le score au questionnaire sur la maîtrise de l'asthme obtenu après les 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenu par la suite, ou
- La diminution de la dose d'entretien quotidienne de corticostéroïdes oraux obtenue au cours des 12 premiers mois de traitement ne s'est pas maintenue par la suite, ou
- Le nombre d'exacerbations de l'asthme cliniquement significatives a augmenté au cours des 12 derniers mois.

Notes cliniques :

1. Une évaluation initiale et annuelle de la maîtrise des symptômes de l'asthme basée sur un questionnaire validé de la maîtrise de l'asthme doit être fournie.
2. Une évaluation initiale et annuelle du nombre d'exacerbations cliniquement significatives de l'asthme doit être fournie.
3. Une corticothérapie en inhalation à dose élevée est définie comme une dose quotidienne de 500 mcg ou plus de propionate de fluticasone ou l'équivalent.
4. Une exacerbation cliniquement significative est définie comme une aggravation de l'asthme nécessitant l'administration d'une corticothérapie à action générale pendant au moins 3 jours, l'hospitalisation du patient ou une visite aux urgences.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un pneumologue, un immunologue clinique, un allergologue ou un interniste expérimenté dans le traitement de l'asthme sévère.
  - L'utilisation combinée de dupilumab avec d'autres médicaments biologiques destinés au traitement de l'asthme ne sera pas remboursée.
  - Quantité maximale approuvée : 600 mg à la semaine 0, puis 300 mg toutes les deux semaines par la suite.
  - Période d'approbation : 1 an.
-

Bulletin n° 1106

Le 31 mai 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 31 mai 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
  - À compter du 21 juin 2023, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 juin 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 juin 2023. Avant le 21 juin 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 mai 2023.
- Produits retirés du formulaire
  - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 juin 2023.

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

# Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Alfacalcidol							
Caps	Orl	0,25 mcg	One-Alpha Sandoz Alfacalcidol	00474517 02533316	XPI SDZ	ACDEFGV	0.5751 0.4313
		1 mcg	One-Alpha Sandoz Alfacalcidol	00474525 02533324	XPI SDZ	ACDEFGV	1.7215 0.4313
Amiodarone							
Co.	Orl	200 mg	Jamp Amiodarone	02531844	JPC	ACDEFGV	0.3706
Amlodipine							
Co.	Orl	2,5 mg	Amlodipine	02478587	SAS	ACDEFGV	0.0767
Brimonidine							
Liq	Oph	0,2%	Jamp-Brimonidine	02449226	JPC	ACDEFGV	1.1550
Clopidogrel							
Co.	Orl	75 mg	Mint-Clopidogrel	02408910	MNT	ACDEFV	0.2631
Dapagliflozine							
Co.	Orl	5 mg	Forxiga Apo-Dapagliflozin Jamp Dapagliflozin M-Dapagliflozin pms-Dapagliflozin Sandoz Dapagliflozin	02435462 02527189 02531364 02535297 02531550 02518732	AZE APX JPC MRA PMS SDZ	(SA)	2.6200 0.6825
		10 mg	Forxiga Apo-Dapagliflozin Jamp Dapagliflozin M-Dapagliflozin pms-Dapagliflozin Sandoz Dapagliflozin	02435470 02527197 02531372 02535300 02531569 02518740	AZE APX JPC MRA PMS SDZ	(SA)	2.6200 0.6825
Évérolimus							
Co.	Orl	2,5 mg	Nat-Everolimus	02530090	NAT	(SA)	50.6635
		5 mg	Nat-Everolimus	02530104	NAT	(SA)	50.6635
		10 mg	Nat-Everolimus	02530120	NAT	(SA)	50.6635
Lévodopa / Carbidopa							
Co.	Orl	100 mg / 10 mg	Auro-Levocarb	02531593	ARO	ACDEFGV	0.1087
		100 mg / 25 mg	Auro-Levocarb	02531607	ARO	ACDEFGV	0.1623
		250 mg / 25 mg	Auro-Levocarb	02531615	ARO	ACDEFGV	0.1812
Pirfénidone							
Co.	Orl	267 mg	pms-Pirfenidone	02531526	PMS	(SA)	3.3560

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
<b>Pirféridone</b>						
Co.	Orl	801 mg	pms-Pirfenidone	02531534	PMS	(SA) 10.0680
<b>Pomalidomide</b>						
Caps	Orl	1 mg	Reddy-Pomalidomide	02504073	RCH	(SA) 125.0000
		2 mg	Reddy-Pomalidomide	02504081	RCH	(SA) 125.0000
		3 mg	Reddy-Pomalidomide	02504103	RCH	(SA) 125.0000
		4 mg	Reddy-Pomalidomide	02504111	RCH	(SA) 125.0000
<b>Solifénacine</b>						
Co.	Orl	5 mg	ACH-Solifenacin Succinate	02439344	ACH	ACDEFGV 0.3041
		10 mg	ACH-Solifenacin Succinate	02439352	ACH	ACDEFGV 0.3041

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
<b>Nabilone</b>						
Caps	Orl	0,5 mg	pms-Nabilone Teva-Nabillone	02380900 02384884	PMS TEV	ACDEFVW 1.8886
<b>Morphine</b>						
Co.L.L.	Orl	30 mg	Sandoz Morphine SR Teva-Morphine SR	02244791 02302772	SDZ TEV	ACDEFGVW 0.6580
<b>Pirféridone</b>						
Co.	Orl	267 mg	Jamp Pirfenidone Sandoz Pirfenidone	02514702 02488507	JPC SDZ	(SA) 3.3560
		801 mg	Jamp Pirfenidone Sandoz Pirfenidone	02514710 02488515	JPC SDZ	(SA) 10.0680

## Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
<b>Produit retiré du marché</b>					
Nabilone					
Caps	Orl	0,5 mg	Act-Nabilone	02393581	TEV ACDEFVW

Bulletin n° 1107

Le 26 juin 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 26 juin 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Changements au statut de la garantie
- Mise à jour du Guide de vérification des fournisseurs
- Mise à jour sur les quantités à indiquer dans les demandes de règlement

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

## Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Énoxaparine (Elonox)  (Elonox HP)	seringue préremplie de 30 mg / 0,3 mL	02532247			
	seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL	02532255			
	seringue préremplie de 60 mg / 0,6 mL	02532263			
	seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL	02532271	FKB	ACDEFGVW	PCF
	seringue préremplie de 100 mg/mL	02532298			
	seringue préremplie de 120 mg / 0,8 mL	02532301			
	seringue préremplie de 150 mg/mL	02532328			

### L'autorisation spéciale n'est plus requise

Dapagliflozine (Forxiga et marques génériques)	comprimé de 5 mg comprimé de 10 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFGV	PAM
------------------------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------	-----

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Amifampridine (Ruzurgi)	comprimé de 10 mg	02503034	MDU	(SA)	PCF

Pour le traitement du syndrome myasthénique de Lambert-Eaton (SMLE) chez les patients âgés de 6 ans ou plus.

Critères de renouvellement initial :

- Une amélioration d'au moins 30 % au test chronométré du lever de chaise de Mathias (3TUG) par rapport à la mesure de référence.

Critères de renouvellement subséquent :

- Le patient continue de maintenir une amélioration d'au moins 30 % au test 3TUG par rapport à la mesure de référence.

Note clinique :

- Le résultat du test 3TUG doit être fourni au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.

- Les autorisations seront accordées jusqu'à une dose quotidienne maximale de 40 mg pour les patients pesant moins de 45 kg et de 100 mg pour les patients pesant 45 kg ou plus.
- Période d'approbation initiale : 3 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Asciminib (Scemblix)	comprimé de 20 mg comprimé de 40 mg	02528320 02528339	NVR	(SA)	PCF
-------------------------	----------------------------------------	----------------------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique (PC) et porteurs du chromosome Philadelphie (Ph+), qui présentent une résistance ou une intolérance à au moins deux inhibiteurs de tyrosine kinase et ne présentent aucun signe de mutations T315i ou V299L.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice fonctionnel.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients atteints de LMC en phase accélérée ou blastique.
- Période d'approbation : 1 an.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
----------------------------------	--------	-----	-----------	---------	--------------

### Critère révisé

Dasatinib (Sprycel et marques génériques)	comprimé de 20 mg comprimé de 50 mg comprimé de 70 mg comprimé de 80 mg comprimé de 100 mg comprimé de 140 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		(SA)	PAM
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------	-----

1. Pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique (LMC) à chromosome Philadelphie positif (Ph+) en phase chronique, accélérée ou blastique.
2. Pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoblastique aiguë (LLA) à chromosome Philadelphie positif (Ph+).

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an

---

**Nouvelle indication**

Brolucizumab  
(Beovu)

seringue préremplie de 6 mg /  
0.05 mL

02496976

NVR

(SA)

MLP

Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux seringues préremplies (une seringue par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les autorisations seront accordées pour un maximum d'une seringue préremplie par œil toutes les 6 semaines pendant 30 semaines, puis d'une seringue préremplie par œil toutes les 8 semaines.
- Période d'approbation : 1 an. Confirmation de la réponse continue requise

---

**Nouvelle indication**

Entrectinib  
(Rozlytrek)

capsule de 100 mg  
capsule de 200 mg

02495007

02495015

HLR

(SA)

MLP

En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints de tumeurs solides extra-crâniennes non résécables, localement avancées ou métastatiques, qui répondent à l'ensemble des critères suivants :

- Les tumeurs ont une fusion du gène NTRK (récepteur tyrosine-kinase de la neurotrophine) sans mutation de résistance acquise connue;
- Pas d'autres options thérapeutiques satisfaisantes;
- Pas admissible à la chirurgie et/ou à la radiothérapie en raison d'un risque important de morbidité.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique, selon les résultats radiographiques, que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent présenter un bon indice fonctionnel.
2. Si des métastases au niveau du système nerveux central sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques.
3. Le traitement doit être arrêté en cas de confirmation radiographique que la maladie a progressé ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement par un inhibiteur des récepteurs TRK.
- Période d'approbation : 6 mois.

### Nouvelle indication

Ondansétron (Zofran et marques génériques)	comprimé de 4 mg				
	comprimé de 8 mg			W (SA)	
	injection de 2 mg/mL				
	comprimé à dissolution orale de 4 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits			PAM
	comprimé à dissolution orale de 8 mg		(SA)		
	solution orale de 4 mg / 5 mL				

Pour le traitement des nausées et des vomissements chez les patients pédiatriques (moins de 18 ans) qui reçoivent une chimiothérapie (p. ex., le méthotrexate) pour des maladies chroniques non oncologiques, et ayant présenté un épisode de nausées et de vomissements.

## Changements au statut de la garantie

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Retraite de la liste</b> Hydrate de chloral (Sirop d'hydrate de chloral Odan)	sirop à 100 mg/mL	02247621	ODN		PAM

Dès le 26 juin 2023, les sirops d'hydrate de chloral seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick à titre de médicament assuré.

Les preuves de l'efficacité de l'hydrate de chloral dans le traitement de l'insomnie sont surpassées par le risque d'effets indésirables graves.

Dans le cas des patients qui ont déjà reçu un remboursement pour de l'hydrate de chloral entre le 26 décembre 2022 et le 26 juin 2023, ce médicament continuera d'être admissible jusqu'au 26 janvier 2024. Après le 26 janvier 2024, une demande d'autorisation spéciale, documentant la raison pour laquelle le patient doit continuer de prendre ce médicament, sera exigée chaque année pour que ce médicament puisse être admissible. Les nouvelles demandes d'autorisation spéciale ne sont pas acceptées.

## Mise à jour du Guide de vérification des fournisseurs

Le Guide de vérification des fournisseurs des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick fournit un aperçu des activités de vérification réalisées dans le cadre des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick, et informe les fournisseurs participants de leurs droits et obligations en matière de vérification.

Le Guide a récemment été mis à jour afin d'inclure davantage de renseignements sur les processus et les résultats des vérifications. Il est accessible [en ligne](#).

## Mise à jour sur les quantités à indiquer dans les demandes de règlement

À compter du 26 juin 2023, les demandes de règlement pour l'ustekinumab (Stelara) doivent être soumises au moyen du nombre de seringues dans le champ de la quantité. Ce changement s'appliquera à toutes les demandes de règlement visant des ordonnance exécutées le 26 juin 2023 ou après cette date. Toutes les demandes de règlement visant des médicaments sur ordonnance achetés avant cette date doivent utiliser le format précédent de quantité pour la soumission des demandes (p. ex. mL).

Pour connaître la quantité à indiquer dans les demandes de règlement d'un produit en particulier, veuillez vous reporter à la liste des prix admissibles maximums (PAM) et la liste des prix catalogues du fabricant (PCF) en cliquant sur le lien suivant : [Les listes de prix des médicaments et les politiques de prix.](#)

---

Bulletin n° 1108

Le 29 juin 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

### Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 29 juin 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
  - À compter du 20 juillet 2023, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 20 juillet 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 20 juillet 2023. Avant le 20 juillet 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 29 juin 2023.
- Produits retirés du formulaire
  - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 20 juillet 2023.

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

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
<b>Alendronate</b>						
Co.	Orl	70 mg	M-Alendronate	02529394	MRA	ACDEFGV 1.7804
<b>Amlodipine</b>						
Co.	Orl	2,5 mg	PRZ-Amlodipine	02522500	PRZ	ACDEFGV 0.0767
		5 mg	PRZ-Amlodipine	02522519	PRZ	ACDEFGV 0.1343
		10 mg	PRZ-Amlodipine	02522527	PRZ	ACDEFGV 0.1993
<b>Amoxicilline</b>						
Pds.	Orl	25 mg	Jamp-Amoxicillin	02535793	JPC	ABCDEFGVW 0.0247
<b>Atorvastatine</b>						
Co.	Orl	10 mg	PRZ-Atorvastatin	02521555	PRZ	ACDEFGV 0.1743
		20 mg	PRZ-Atorvastatin	02521563	PRZ	ACDEFGV 0.2179
		40 mg	PRZ-Atorvastatin	02521571	PRZ	ACDEFGV 0.2342
		80 mg	PRZ-Atorvastatin	02521598	PRZ	ACDEFGV 0.2342
<b>Candésartan</b>						
Co.	Orl	4 mg	Mint-Candesartan	02476908	MNT	ACDEFGV 0.1700
<b>Dapagliflozine</b>						
Co.	Orl	5 mg	Auro-Dapagliflozin GLN-Dapagliflozin	02531402 02519852	ARO GLM	ACDEFGV 0.6825
		10 mg	Auro-Dapagliflozin GLN-Dapagliflozin	02531410 02519860	ARO GLM	ACDEFGV 0.6825
<b>Dapagliflozine / Metformine</b>						
Co.	Orl	5 mg / 850 mg	XigDuo Auro-Dapagliflozin/Metformin	02449935 02533073	AZE ARO	(SA) 1.2863 0.9647
		5 mg / 1000 mg	XigDuo Auro-Dapagliflozin/Metformin	02449943 02533081	AZE ARO	(SA) 1.2863 0.9647
<b>Dompéridone</b>						
Co.	Orl	10 mg	PRZ-Domperidone	02462834	PRZ	ACDEFGVW 0.0428
<b>Gabapentine</b>						
Co.	Orl	600 mg	Gabapentin	02432072	JPC	ACDEFGVW 0.1809
		800 mg	Gabapentin	02432080	JPC	ACDEFGVW 0.2412
<b>Metformine</b>						
Co.	Orl	500 mg	PRZ-Metformin	02531895	PRZ	ACDEFGV 0.0247

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
<b>Metformine</b>						
Co.	Orl	850 mg	PRZ-Metformin	02531909	PRZ	ACDEFGV 0.0339
		1000 mg	PRZ-Metformin	02534673	PRZ	ACDEFGV 0.0399
<b>Olmésartan / Hydrochlorothiazide</b>						
Co.	Orl	20 mg / 12,5 mg	PRZ-Olmesartan/HCTZ	02526468	PRZ	ACDEFGV 0.3019
		40 mg / 12,5 mg	PRZ-Olmesartan/HCTZ	02526476	PRZ	ACDEFGV 0.3019
		40 mg / 25 mg	PRZ-Olmesartan/HCTZ	02526484	PRZ	ACDEFGV 0.3019
<b>Rosuvastatine</b>						
Co.	Orl	5 mg	PRZ-Rosuvastatin	02505576	PRZ	ACDEFGV 0.1284
		10 mg	PRZ-Rosuvastatin	02505584	PRZ	ACDEFGV 0.1354
		20 mg	PRZ-Rosuvastatin	02505592	PRZ	ACDEFGV 0.1692
		40 mg	PRZ-Rosuvastatin	02505606	PRZ	ACDEFGV 0.1990
<b>Sitagliptine</b>						
Co.	Orl	25 mg	ACH-Sitagliptin	02512475	AHI	ACDEFGV 0.8197
		50 mg	ACH-Sitagliptin	02512483	AHI	ACDEFGV 0.8197
		100 mg	ACH-Sitagliptin	02512491	AHI	ACDEFGV 0.8197
<b>Solifénacine</b>						
Co.	Orl	5 mg	PRZ-Solifenacin	02493039	PRZ	ACDEFGV 0.3041
		10 mg	PRZ-Solifenacin	02493047	PRZ	ACDEFGV 0.3041
<b>Sunitinib</b>						
Caps	Orl	12,5 mg	Sandoz Sunitinb	02532840	SDZ (SA)	32.5620
		25 mg	Sandoz Sunitinb	02532867	SDZ (SA)	65.1236
		50 mg	Sandoz Sunitinb	02532883	SDZ (SA)	130.2475

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
<b>Amoxicilline</b>						
Pds.	Orl	25 mg	Apo-Amoxi	00628131	APX	ABCDEFGVW 0.0247

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Sunitinib						
Caps	Orl	12,5 mg	Taro-Sunitinib	02524058	TAR	(SA) 32.5620
		25 mg	Taro-Sunitinib	02524066	TAR	(SA) 65.1236
		50 mg	Taro-Sunitinib	02524082	TAR	(SA) 130.2475

## Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
------------------------------	--	--------------------	-----	-----	---------

### Le fabricant a demandé le retrait du formulaire

Cholestyramine						
Pds.	Orl	4 g	Olestyr	00890960	PMS	ACDEFGV
			Olestyr	02210320		

### Le fabricant ne respecte pas les politiques de tarification des régimes de médicaments du N.-B.

Ergocalciférol						
Gttes	Orl	8 288 IU	Erdol	80003615	ODN	AEFGV
Hydrocortisone / Pramoxine / Zinc						
Ont	Rt	0,5% / 1% / 0,5%	Proctodan-HC Ointment	02234466	ODN	ACDEFGV
Supp.	Rt	10 mg / 20 mg / 10 mg	Proctodan-HC Suppositories	02240851	ODN	ACDEFGV

### Produit retiré du marché

Hydrocortisone / Pramoxine / Zinc						
Supp.	Rt	10 mg / 20 mg / 10 mg	Sandoz Anuzinc HC Plus	02242797	SDZ	ACDEFGV

Bulletin n° 1109

Le 24 juillet 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 24 juillet 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

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

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Faricimab (Vabysmo)	fiole à usage unique de 6 mg / 0,05 mL	02527618	HLR	(SA)	PCF

### **Œdème maculaire diabétique**

Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique chez les patients qui répondent aux critères suivants :

- Œdème maculaire diabétique atteignant le centre de la macula et important du point de vue clinique pour lequel la photocoagulation par laser est également indiquée
- Épaisseur rétinienne centrale de 250 micromètres ou plus

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux fioles (une fiolle par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'une fiolle par œil tous les 4 semaines.
- Période d'approbation : 1 an. Une confirmation de la réponse continue est requise.

### **Forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge**

Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Critères d'arrêt du traitement :

- Réduction de la meilleure acuité visuelle corrigée (MAVC) dans l'œil traité de 15 lettres ou plus lors de deux visites consécutives, attribuable à la DMLA en l'absence d'une autre maladie, ou
- Réduction de la MAVC dans l'œil traité de 30 lettres ou plus par rapport à la mesure de référence et/ou au meilleur résultat enregistré, ou
- Signe de détérioration de la morphologie de la lésion malgré un traitement optimal lors de trois visites consécutives.

#### Note clinique :

- La MAVC doit être fournie avec la demande initiale et avec les demandes de renouvellement subséquentes.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux fioles (une fiolle par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'une fiolle par œil tous les 4 semaines pour 16 semaines, suivi de 1 fiolle par œil toutes les 8 semaines par la suite.
- Période d'approbation : 1 an.

Phénylbutyrate sodique /  
Ursodoxicoltaurine  
(Albrioza)

poudre pour suspension à  
3 g / 1 g

02527707

ALY

(SA)

PCF

Pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) certaine chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- capacité vitale forcée (CVF) égale ou supérieure à 60 % de la valeur théorique;
- présence de symptômes de la SLA depuis 18 mois ou moins;
- une ventilation permanente non effractive ou effractive n'est pas requise.

Critères d'arrêt du traitement :

- Le patient a besoin de ventilation permanente non effractive ou effractive; ou
- Le patient devient non-ambulatoire et est incapable de couper sa nourriture et de se nourrir sans aide, indépendamment du fait qu'une gastrostomie soit en place.

Note clinique :

- La CVF doit être fournie avec la demande initiale.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la SLA.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé</b> Ceftolozane /Tazobactam (Zerbaxa)	fiole de 1 g / 0,5 g	02446901	FRS	W (SA)	PCF

Pour le traitement des patients atteints d'un *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant aux médicaments, lorsqu'aucune autre option thérapeutique n'est possible.

Note pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un spécialiste en maladies infectieuses ou un médecin microbiologiste.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**Nouvelle indication**

Ondansétron  
(Zofran et marques  
génériques)

comprimé de 4 mg  
comprimé de 8 mg  
injection de 2 mg/mL  
comprimé à dissolution orale  
de 4 mg  
comprimé à dissolution orale  
de 8 mg  
solution orale de 4 mg / 5 mL

Voir formulaire des Régimes de  
médicaments du N.-B. ou la liste  
des PAM pour les produits

W (SA)

(SA)

PAM

Pour la gestion des nausées et des vomissements chez les patients qui reçoivent des soins palliatifs.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Éculizumab (Soliris)	solution parentérale de 10 mg /mL	02322285	ALX	Pour le traitement de patients adultes atteints de myasthénie grave généralisée.
Éculizumab (Soliris)	solution parentérale de 10 mg /mL	02322285	ALX	Pour le traitement de la maladie du spectre de la neuromyéélite optique chez les patients adultes.
Pitolisant (Wakix)	comprimé de 5 mg comprimé de 20 mg	02516241 02516268	EDO	Pour le traitement de la somnolence diurne excessive ou de la cataplexie chez des patients adultes atteints de narcolepsie.

Bulletin n° 1110

Le 31 juillet 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 31 juillet 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
  - À compter du 21 août 2023, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 août 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 août 2023. Avant le 21 août 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 juillet 2023.
- Produits retirés du formulaire
  - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 21 août 2023.

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

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Abiratérone							
Co.	Orl	500 mg	Reddy-Abiraterone	02533251	RCH	(SA)	15.3125
Apixaban							
Co.	Orl	2,5 mg	Mint-Apixaban	02495430	MNT	ACDEFGV	0.4084
Céfazoline							
Pds.	Inj	10 g	Cefazolin for Injection USP	02465477	STR	ACDEFGWW	30.1539
Clonidine							
Co.	Orl	0,025 mg	Mint-Clonidine	02534738	MNT	ACDEFGV	0.0680
Dorzolamide							
Liq	Oph	2%	Med-Dorzolamide	02457210	GMP	ACDEFGV	1.4757
Dorzolamide / Timolol							
Liq	Oph	2% / 0,5%	Dorzolamide-Timolol	02522020	JPC	ACDEFGV	1.9887
Fébuxostat							
Co.	Orl	80 mg	Auro-Febuxostat	02533243	ARO	(SA)	0.3975
Hydrocortisone / D'urée							
Cr.	Top	1% / 10%	M-HC 1% Urea 10%	80073645	MRA	ACDEFGV	0.0915
Lévonorgestrel / Éthinylestradiol							
Co.	Orl	0,1 mg / 0,02 mg	Audrina 21	02532174	JPC	CDEFGV	0.1877
			Audrina 28	02532182			0.1408
Lurasidone							
Co.	Orl	120 mg	Sandoz Lurasidone	02521121	SDZ	ACDEFGV	1.2250
Midodrine							
Co.	Orl	2,5 mg	Midodrine	02533200	SAS	ACDEFGV	0.1153
		5 mg	Midodrine	02533219	SAS	ACDEFGV	0.1921

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Carbamazépine							
Co.	Orl	200 mg	Teva-Carbamazepine	00782718	TEV	ACDEFGV	0.3769
Dorzolamide							
Liq	Oph	2%	Jamp-Dorzolamide	02453347	JPC	ACDEFGV	1.4757
			Sandoz Dorzolamide	02316307	SDZ		

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Fentanyl							
Pth	Trd	25 mcg/hr	Sandoz Fentanyl Teva-Fentanyl	02327120 02282941	SDZ TEV	W (SA)	8.5600
		50 mcg/hr	Sandoz Fentanyl Teva-Fentanyl	02327147 02282968	SDZ TEV	W (SA)	16.1100
		75 mcg/hr	Sandoz Fentanyl Teva-Fentanyl	02327155 02282976	SDZ TEV	W (SA)	22.6500
		100 mcg/hr	Sandoz Fentanyl Teva-Fentanyl	02327163 02282984	SDZ TEV	W (SA)	28.1950
Lévonorgestrel / Éthinylestradiol							
Co.	Orl	0,1 mg / 0,02 mg	Alysen (21) Aviane (21) Alysen (28) Aviane (28)	02387875 02298538 02387883 02298546	APX TEV APX TEV	CDEFGV	0.1877 0.1408
Térazosine							
Co.	Orl	1 mg	Apo-Terazosin pms-Terazosin	02234502 02243518	APX PMS	ACDEFV	0.3938
		2 mg	Apo-Terazosin pms-Terazosin	02234503 02243519	APX PMS	ACDEFV	0.5005
		10 mg	Apo-Terazosin pms-Terazosin	02234505 02243521	APX PMS	ACDEFV	0.9950

## Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes
<b>Produit retiré du marché</b>						
Carbamazépine						
Co.	Orl	200 mg	Taro-Carbamazépine	02407515	TAR	ACDEFGV
Fentanyl						
Pth	Trd	25 mcg/hr	pms-Fentanyl MTX	02341387	PMS	W (SA)
		50 mcg/hr	pms-Fentanyl MTX	02341395	PMS	W (SA)
		75 mcg/hr	pms-Fentanyl MTX	02341409	PMS	W (SA)
		100 mcg/hr	pms-Fentanyl MTX	02341417	PMS	W (SA)

## Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage	Marque de commerce	NIP	FAB	Régimes	
<b>Produit retiré du marché</b>					
Térazosine Co. Orl	1 mg	Teva-Terazosin	02230805	TEV	ACDEFV
	2 mg	Teva-Terazosin	02230806	TEV	ACDEFV
	10 mg	Teva-Terazosin	02230808	TEV	ACDEFV

Bulletin n° 1111

Le 28 août 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 28 août 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

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

## Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Voriconazole (Voriconazole pour injection)	poudre pour solution à 200 mg	02381966	SDZ	ACDEFGV	PAM

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

À compter du 28 août 2023, le ranibizumab (Byooviz) sera ajouté au formulaire en tant que médicaments requérant une autorisation spéciale selon les critères énumérés ci-dessous.

À compter de cette date, les demandes d'autorisation spéciale pour le ranibizumab seront admissibles pour la version biosimilaire du médicament seulement. Les patients et patientes qui ont une autorisation spéciale pour le ranibizumab de marque Lucentis dont la date est antérieure au 28 août 2023 continueront d'être couverts jusqu'à l'expiration de l'autorisation spéciale ou jusqu'au 28 février 2024, selon la première de ces éventualités.

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Ranibizumab (Byooviz)	solution pour injection intravitréenne de 10 mg/mL	02525852	BIG	(SA)	PCF

1. Pour le traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).
2. Pour le traitement de la néovascularisation choroïdienne (NVC) consécutive à une myopie pathologique (MP).
3. Pour le traitement de la néovascularisation choroïdienne (NVC) consécutive à une maladie oculaire autre que la DMLA ou la MP.
4. Pour le traitement de l'œdème maculaire diabétique (OMD).
5. Pour le traitement de l'œdème maculaire consécutive à une occlusion de la veine centrale de la rétine ou à une occlusion de la branche veineuse rétinienne.

### Notes pour les demandes de règlement :

- Une demande de règlement initiale pouvant comprendre jusqu'à deux fioles (une fiole par œil traité) sera automatiquement remboursée si le médicament est prescrit par un ophtalmologiste au Nouveau-Brunswick. Si un traitement en continu est nécessaire, une demande d'autorisation spéciale doit être soumise.
- Les approbations concerneront un maximum d'une fiole par œil tous les 30 jours.
- Période d'approbation : 1 an.

Mécasermin  
(Increlex)

fiole multidose de 10 mg/mL

02509733

IPS

(SA)

PCF

Pour le traitement des patients âgés de 2 à 18 ans présentant un retard de croissance avec un déficit primaire sévère en facteur de croissance insulino-mimétique de type I (IGF-1) chez qui la fermeture épiphysaire n'a pas encore eu lieu et qui répondent aux critères suivants :

- Mutation génétique documentée reconnue comme cause du déficit primaire sévère en IGF-1; ou
- Caractéristiques cliniques et biochimiques du déficit primaire sévère en IGF-1.

Critère de renouvellement :

- Une vitesse de croissance staturale est de 1 cm ou plus par 6 mois ou de 2 cm ou plus par an; et
- L'âge osseux est inférieur ou égal à 16 ans chez les garçons et à 14 ans chez les filles.

Notes cliniques :

1. Les caractéristiques cliniques et biochimiques du déficit primaire sévère en IGF-1 sont définies comme suit :
  - Le score de déviation standard associée à la taille inférieur ou égal à -3,0; et
  - Niveaux de base du facteur de croissance insulino-mimétique de type I (IGF-1) inférieur au 2,5ème percentile pour l'âge et le sexe; et
  - Taux d'hormones de croissance (GH) aléatoire ou stimulé > 10 ng/ml et incapacité à augmenter l'IGF-1 de 50 µg/L en réponse à la GH exogène au cours d'un test de génération d'IGF-1.
2. Exclusion des formes secondaires de déficit en IGF-1 telles que la malnutrition, l'hypopituitarisme, l'hypothyroïdie ou le traitement chronique par des doses pharmacologiques de stéroïdes anti-inflammatoires.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue pédiatrique.
- La mécasermine n'est pas remboursée lorsqu'elle est associée à un traitement à base d'hormone de croissance recombinante.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 0,12 mg/kg deux fois par jour.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Nouveau dosage</b> Édaravone (Radicava)	suspension orale de 105 mg / 5 mL	02532611	MBT	(SA)	PCF

Pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) probable ou certaine chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- score d'au moins deux points pour chaque élément sur l'échelle d'évaluation fonctionnelle ALS-Révisée (ALSFRSR);
- capacité vitale forcée (CVF) égale ou supérieure à 80 % de la valeur théorique;
- présence de symptômes de la SLA depuis deux ans ou moins;
- une ventilation permanente non effractive ou effractive n'est pas requise.

Critères d'arrêt du traitement :

- Le patient est non ambulatoire (score de 0 ou 1 pour l'élément 8 de l'échelle ALSFRS-R) et incapable de couper sa nourriture et de se nourrir sans aide, indépendamment du fait qu'une gastrostomie soit en place (score de 0 pour les éléments 5a ou 5b de l'échelle ALSFRS-R);
- Le patient a besoin de ventilation permanente non effractive ou effractive;

Note clinique :

- Les scores ALSFRS-R et la CVF doivent être fournis.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par, ou en consultation avec, un médecin expérimenté dans le diagnostic et la gestion de la SLA.
- Période d'approbation initiale: 6 mois
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Cariprazine (Vraylar)	capsule de 1,5 mg capsule de 3 mg capsule de 4,5 mg capsule de 6 mg	02526794 02526808 02526816 02526824	ABV	Pour le traitement de la schizophrénie.
Cariprazine (Vraylar)	capsule de 1,5 mg capsule de 3 mg capsule de 4,5 mg capsule de 6 mg	02526794 02526808 02526816 02526824	ABV	Pour le traitement de la manie bipolaire et de la dépression bipolaire.
Tepotinib (Tepmetko)	comprimé de 225 mg	02516322	EMD	Pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résecable ou métastatique avec une altération conduisant à un saut de l'exon 14 de la MET.

Bulletin n° 1112

Le 31 août 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 31 août 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 septembre 2023. Avant le 21 septembre 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 août 2023.

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

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Amantadine							
Sir.	Orl	10 mg/mL	Odan-Amantadine Syrup	02538601	ODN	ACDEFGV	0.0988
Amoxicilline							
Pds.	Orl	50 mg	Jamp-Amoxicillin	02535815	JPC	ABCDEFGVW	0.0540
Anastrozole							
Co.	Orl	1 mg	Anastrozole	02529904	SIV	ACDEFV	0.9522
Brimonidine / Timolol							
Liq	Oph	0,2% / 0,5%	Jamp Brimonidine/Timolol	02531704	JPC	ACDEFGV	2.3290
Chlorure De Potassium							
Co.L.L.	Orl	1 500 mg	Jamp-K20	80013007	JPC	ACDEFGV	0.1161
Metformine							
Co.	Orl	500 mg	Mar-Metformin	02378620	MAR	ACDEFGV	0.0247
		850 mg	Mar-Metformin	02378639	MAR	ACDEFGV	0.0339
Olanzapine							
Co.	Orl	20 mg	Olanzapine	02385910	SIV	ACDEFGVW	1.4378
Pomalidomide							
Caps	Orl	1 mg	Jamp Pomalidomide	02538059	JPC	(SA)	125.0000
		2 mg	Jamp Pomalidomide	02538075	JPC	(SA)	125.0000
		3 mg	Jamp Pomalidomide	02538083	JPC	(SA)	125.0000
		4 mg	Jamp Pomalidomide	02538091	JPC	(SA)	125.0000

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Amantadine							
Sir.	Orl	10 mg/mL	pdp-Amantadine	02022826	PDP	ACDEFGV	0.0988
Brimonidine / Timolol							
Liq	Oph	0,2% / 0,5%	Apo-Brimonidine-Timop	02375311	APX	ACDEFGV	2.3290
Rifampicine							
Co.	Orl	150 mg	Rofact	00393444	BSL	ACDEFGPVW	0.8003
		300 mg	Rofact	00343617	BSL	ACDEFGPVW	1.2597
Tobramycine							
Liq	Inh	300 mg / 5 mL	Teva-Tobramycin	02389622	TEV	ACDEFGV	8.2197

Bulletin n° 1113

Le 18 septembre 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 18 septembre 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

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

## Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Insuline dégludec	cartouche de 100 unités/mL	02467860	NNO	ACDEFGV	PCF

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Amifampridine (Firdapse)	comprimés de 10 mg	02502984	KYE	(SA)	PCF

Pour le traitement du syndrome myasthénique de Lambert-Eaton (SMLE) chez les patients âgés de 6 ans ou plus.

Critères de renouvellement initial :

- Une amélioration d'au moins 30 % au test chronométré du lever de chaise de Mathias (3TUG) par rapport à la mesure de référence.

Critères de renouvellement subséquent :

- Le patient continue de maintenir une amélioration d'au moins 30 % au test 3TUG par rapport à la mesure de référence.

Note clinique :

- Le résultat du test 3TUG doit être fourni au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un neurologue.
- Les autorisations seront accordées jusqu'à une dose quotidienne maximale de 80 mg.
- Période d'approbation initiale : 3 mois
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Eptinézumab (Vyepti)	fiole à usage unique de 100 mg/mL	02510839	VLH	(SA)	PCF
-------------------------	--------------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour la prévention de la migraine chez les patients ayant reçu un diagnostic confirmé de migraines épisodiques ou chroniques et qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à au moins deux catégories de médicaments prophylactiques oraux contre la migraine, ou qui ont une contre-indication à ces médicaments.

Critères de renouvellement :

- Une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois au moment du premier renouvellement par rapport à la situation initiale.

- Lors des renouvellements suivants, le patient maintient une réduction d'au moins 50 % du nombre moyen de jours de migraine par mois.

Notes cliniques :

1. Le nombre moyen de jours de céphalée et de migraine par mois doit être précisé au moment de la demande initiale et des demandes de renouvellement.
2. Selon les critères de la International Headache Society, les migraines épisodiques et chroniques se définissent ainsi :
  - Migraines épisodiques : céphalée migraineuse au moins 4 jours par mois et moins de 15 jours de céphalée par mois pendant plus de 3 mois.
  - Migraines chroniques : céphalée au moins 15 jours par mois pendant plus de 3 mois, dont au moins 8 jours par mois avec migraine.

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée avec d'autres antagonistes du récepteur du peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP) ne sera pas remboursée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Selpercatinib  
(Retevmo)

capsule de 40 mg	02516918			
capsule de 80 mg	02516926	LIL	(SA)	PCF

**Cancer différencié de la thyroïde**

Pour le traitement des patients atteints d'un cancer différencié de la thyroïde de stade avancé ou métastatique comportant une fusion du gène RET qui ne se prête pas à une intervention chirurgicale ou à un traitement par de l'iode radioactif, et ayant reçu un traitement antérieur par lenvatinib.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

**Cancer médullaire de la thyroïde**

Pour le traitement des patients âgés de 12 ans et plus atteints d'un cancer médullaire de la thyroïde non résécable de stade avancé ou métastatique comportant des mutations du gène RET, dont la maladie a progressé après un traitement de première intention ou qui présente une intolérance ou une contre-indication à ce traitement.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

#### Notes cliniques :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance.
- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent

#### Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

#### **Traitement du cancer du poumon non à petites cellules**

Comme traitement de première intention, ou après un traitement à action générale antérieur, pour les patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatique avec fusion du gène RET.

#### Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et qu'aucun signe de progression de la maladie n'a été observé.

#### Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent
3. Si des métastases du système nerveux central sont présentes, les patients doivent être asymptomatiques ou présenter une stabilisation de la maladie.

#### Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de remboursement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises comme des transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Nouvelle indication</b> Olaparib (Lynparza)	comprimé de 100 mg comprimé de 150 mg	02475200 02475219	AZE	(SA)	PCF

#### **Cancer du sein**

1. Pour le traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un cancer du sein au stade précoce comportant un risque élevé et exprimant une mutation germinale délétère ou présumée délétère d'un gène BRCA, qui ont subi une réduction tumorale d'emblée suivie d'une chimiothérapie adjuvante et qui répondent aux critères suivants :
  - Cancer du sein triple négatif avec atteinte des ganglions axillaires ou sans atteinte des ganglions axillaires et taille de la tumeur primaire invasive à l'examen pathologique d'au moins 2 cm ( $\geq$  pT2 cm);
  - Cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif, avec atteinte d'au moins quatre ganglions lymphatiques confirmée à l'examen pathologique.

2. Pour le traitement adjuvant des patients adultes atteints d'un cancer du sein au stade précoce comportant un risque élevé et exprimant une mutation germinale délétère ou présumée délétère d'un gène BRCA, qui ont reçu une chimiothérapie néoadjuvante suivie d'une chirurgie et qui répondent aux critères suivants :
  - Cancer du sein triple négatif et présence dans le sein et/ou les ganglions lymphatiques prélevés de cellules cancéreuses infiltrantes résiduelles (réponse complète non pathologique);
  - Cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif, avec présence dans le sein et/ou les ganglions lymphatiques prélevés de cellules cancéreuses infiltrantes résiduelles, et score CPS-EG de 3 ou plus.

Notes cliniques :

1. Les patients doivent avoir reçu une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante contenant une anthracycline et/ou un taxane.
2. Le traitement doit être entrepris dans les 12 semaines suivant la fin du dernier traitement (c.-à-d. chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie).
3. Le patient doit présenter un bon indice de performance.
4. Le traitement doit être interrompu après la réapparition de la maladie, l'apparition d'effets toxiques inacceptables ou un an de traitement, selon la première de ces éventualités à survenir.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant des patients à risque élevé de rechute selon un système d'évaluation autre que le score CPS-EG seront prises en considération.
- Période d'approbation : 1 an.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Fostamatinib (Tavalisse)	100 mg tablet 150 mg tablet	02508052 02508060	MDP	Pour le traitement de thrombopénie immunitaire chronique.
Safinamide (Onstryv)	50 mg tablet 100 mg tablet	02484641 02484668	VAL	Thérapie complémentaire pour le traitement de la maladie de Parkinson.

Bulletin n° 1114

Le 28 septembre 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 28 septembre 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 octobre 2023. Avant le 19 octobre 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 28 septembre 2023.
- Produits retirés du formulaire
  - Les produits seront retirés du formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. à compter du 19 octobre 2023.

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

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Aripiprazole							
Co.	Orl	2 mg	Aripiprazole	02534320	SIV	ACDEFGV	0.8092
		5 mg	Aripiprazole	02534339	SIV	ACDEFGV	0.9046
		10 mg	Aripiprazole	02534347	SIV	ACDEFGV	1.0754
		15 mg	Aripiprazole	02534355	SIV	ACDEFGV	1.2692
		20 mg	Aripiprazole	02534363	SIV	ACDEFGV	1.0017
		30 mg	Aripiprazole	02534371	SIV	ACDEFGV	1.0017
Cétirizine							
Co.	Orl	20 mg	Cetirizine	02534126	SIV	(SA)	0.2223
Prégabaline							
Caps	Orl	25 mg	Mar-Pregabalin	02417529	MAR	ACDEFGVW	0.1481
		50 mg	Mar-Pregabalin	02417537	MAR	ACDEFGVW	0.2324
		75 mg	Mar-Pregabalin	02417545	MAR	ACDEFGVW	0.3007
		150 mg	Mar-Pregabalin	02417561	MAR	ACDEFGVW	0.4145
Rosuvastatine							
Co.	Orl	5 mg	Mar-Rosuvastatin	02413051	MAR	ACDEFGV	0.1284
		10 mg	Mar-Rosuvastatin	02413078	MAR	ACDEFGV	0.1354
		20 mg	Mar-Rosuvastatin	02413086	MAR	ACDEFGV	0.1692
		40 mg	Mar-Rosuvastatin	02413108	MAR	ACDEFGV	0.1990

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Alendronate / Cholécalférol							
Co.	Orl	70 mg / 5600 IU	Apo-Alendronate/Vitamin D3	02454475	APX	ACDEFGV	2.4348
			Jamp Alendronate/Vitamin D3	02519836	JPC		
Bupropion							
Co.L.P.	Orl	150 mg	Taro-Bupropion XL	02475804	SUN	ACDEFGV	0.2926
			Teva-Bupropion XL	02439654	TEV		
		300 mg	Taro-Bupropion XL	02475812	SUN	ACDEFGV	0.5853
			Teva-Bupropion XL	02439662	TEV		

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Carbamazépine							
Co.L.L.	Orl	200 mg	Sandoz Carbamazepine CR	02261839	SDZ	ACDEFGV	0.3845
		400 mg	Sandoz Carbamazepine CR	02261847	SDZ	ACDEFGV	0.7689
Céfuroxime							
Co.	Orl	500 mg	Apo-Cefuroxime	02244394	APX	ABCDEFGVW	1.6616
			Auro-Cefuroxime	02344831	ARO		
Fénofibrate							
Caps	Orl	200 mg	AA-Feno-Micro	02239864	AAP	ACDEFGV	0.9257
Hydrocortisone / Cinchocaïne / Framycétine / Esculine							
Ont	Rt	5 mg / 5 mg / 10 mg / 10 mg	Proctol Ointment	02247322	ODN	ACDEFGV	0.7712

## Produits retirés du formulaire

Médicament/Forme/Voie/Dosage			Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes
<b>Produit retiré du marché</b>						
Alendronate / Cholécalférol						
Co.	Orl	70 mg / 5600 IU	Teva-Alendronate/Cholecalciferol	02403641	TEV	ACDEFGV

Bulletin n° 1115

Le 23 octobre 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 23 octobre 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

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

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
----------------------------------	--------	-----	-----------	---------	--------------

Lorlatinib (Lorbrena)	comprimé de 25 mg comprimé de 100 mg	02485966 02485974	PFI	(SA)	PCF
--------------------------	-----------------------------------------	----------------------	-----	------	-----

En monothérapie pour le traitement de première intention des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules exprimant la kinase du lymphome anaplasique (ALK-positif) localement avancé (incurable) ou métastatique.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté en cas de progression cliniquement significative de la maladie ou d'effets toxiques inacceptables.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
- Aucun autre traitement par un inhibiteur de l'ALK ne sera remboursé à la suite d'une progression de la maladie avec le lorlatinib.
- Les demandes de paiement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et être présentées dans le cadre de transactions distinctes comme il est expliqué [ici](#).

Sélinexor (Xpovio)	comprimé de 20 mg	02527677	FTI	(SA)	PCF
-----------------------	-------------------	----------	-----	------	-----

En association avec le bortézomib et la dexaméthasone pour le traitement des patients atteints d'un myélome multiple et ayant reçu au moins un traitement antérieur. Si le patient a déjà été traité par un inhibiteur de protéasome, il doit répondre à tous les critères suivants :

- Avoir obtenu au moins une réponse partielle avec tout traitement antérieur par le bortézomib et avec le traitement le plus récent par un inhibiteur du protéasome.
- Avoir reçu un traitement par le bortézomib qui n'a pas été interrompu en raison d'effets toxiques de grade 3 ou de grade supérieur.
- Avoir eu un intervalle sans traitement par un inhibiteur du protéasome d'au moins 6 mois.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes seront prises en considération pour les patients atteints de leucémie à plasmocytes et d'amylose à chaînes légères systémique.
- Période d'approbation : 1 an.

- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Somatrogon  
(Ngenla)

stylo prérempli de 24 mg / 1,2 mL	02521679			
stylo prérempli de 60 mg / 1,2 mL	02521687	PFI	(SA)	PCF

Pour le traitement d'un déficit en hormone de croissance isolé ou d'un déficit en hormone de croissance s'inscrivant dans le cadre d'un déficit hypophysaire multiple chez les enfants prépubères d'au moins trois ans.

Critères d'arrêt du traitement :

- Vitesse de croissance inférieure à 2 cm par année et âge osseux de plus de 16 ans chez les garçons et de 14 ans chez les filles; ou fermeture des plaques de croissance épiphysaires.

Notes cliniques :

1. La taille et le poids du patient doivent être fournis avec toutes les demandes.
2. La confirmation de l'absence de signe de fermeture des plaques de croissance épiphysaires et une copie du rapport d'évaluation de l'âge osseux doivent être fournies avec toutes les demandes.
3. Les évaluations de l'âge osseux peuvent être basées sur l'atlas de Greulich et Pyle, sur l'atlas de Tanner et WhiteHouse ou sur une autre méthode d'évaluation appropriée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 0,66 mg/kg par semaine.
- Période d'approbation : 1 an.

Riprétinib  
(Qinlock)

comprimé de 50 mg	02500833	MDP	(SA)	PCF
-------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une tumeur stromale gastro-intestinale avancée qui ont présenté une progression de la maladie pendant un traitement par l'imatinib, le sunitinib et le régorafenib ou qui ne tolèrent pas ces médicaments.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance et n'avoir aucune métastase active dans le système nerveux central.
- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 6 mois
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Nouveau dosage</b> Niraparib (Zejula)	comprimé de 100 mg	02530031	GSK	(SA)	PCF

- En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif nouvellement diagnostiqué, qui répondent à tous les critères suivants :
  - Présenter une réponse radiographique complète ou partielle après au moins 4 cycles d'une chimiothérapie de première intention à base de sels de platine
  - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes
  - Présenter des tumeurs de haut grade séreuses ou endométrioïdes de stade III ou IV selon les critères de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics)

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.
- Les demandes pour un traitement se poursuivant au-delà de 3 ans ne seront pas admissibles.

Notes cliniques :

- Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
- Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable, la progression de la maladie ou l'achèvement de 3 ans de traitement, selon la première éventualité.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le niraparib en association avec le bévacicumab ne seront pas admissibles.
  - Période d'approbation : 1 an.
  - Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).
- En monothérapie pour le traitement d'entretien des patientes adultes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ou des trompes de Fallope ou d'un carcinome péritonéal primitif, récidivant et sensible aux sels de platine de type histologique séreux ou endométrioïde de haut grade, qui répondent à tous les critères suivants :
    - Avoir reçu au moins 2 traitements antérieurs de chimiothérapie à base de sels de platine;
    - Avoir reçu au moins 4 cycles de la chimiothérapie à base de sels de platine la plus récente et présenter une réponse radiographique complète ou partielle;
    - Avoir terminé le dernier cycle de chimiothérapie à base de sels de platine au cours des 12 semaines précédentes.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La sensibilité aux sels de platine est définie comme une progression de la maladie survenant au moins six mois après la fin d'une chimiothérapie à base de sels de platine.
2. Les patientes doivent avoir un bon indice fonctionnel et ne doivent pas présenter de métastases évolutives ou non maîtrisées dans le système nerveux central.
3. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'apparition d'une toxicité inacceptable ou la progression de la maladie.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes pour le niraparib ne seront pas admissibles pour les patientes dont la maladie a progressé alors qu'elles recevaient un inhibiteur de la PARP ou qui ont reçu un traitement complet par un inhibiteur de la PARP au cours d'un traitement antérieur.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

---

**Nouveau dosage**

Pegfilgrastim  
(Lapelga)

auto-injecteur de 6 mg / 0,6 mL	02529343	APX	(SA)	PCF
---------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour la prévention de la neutropénie fébrile chez les patients recevant une chimiothérapie myélosuppressive avec intention curative qui :

- ont un risque élevé de neutropénie fébrile due à un traitement de chimiothérapie, des comorbidités ou une neutropénie grave préexistante; ou
- ont eu un épisode de neutropénie fébrile, de septicémie neutropénique ou de neutropénie profonde dans un cycle de chimiothérapie antérieur; ou
- ont eu une réduction de la dose, ou un délai de traitement supérieur à une semaine en raison de la neutropénie.

Note clinique :

- Les patients atteints d'un cancer incurable recevant une chimiothérapie palliative ne sont pas admissibles à la couverture du pegfilgrastim pour la prévention de la neutropénie fébrile.

---

**Nouvelle forme posologique et nouvelle concentration**

Adalimumab  
(Yuflyma)

seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL	02523760			
auto-injecteur de 80 mg / 0,8 mL	02535084	CTL	(SA)	PCF
seringue préremplie de 80 mg / 0,8 mL	02535076			

**Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire**

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.

- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Colite ulcéreuse**

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 160 mg, suivi de 80 mg deux semaines plus tard, puis de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Hidradénite suppurée**

Pour le traitement de l'hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Maladie de Crohn**

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Polyarthrite psoriasique**

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

#### **Polyarthrite rhumatoïde**

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

#### **Psoriasis en plaques**

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

#### **Spondylarthrite ankylosante**

Pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

#### **Uvéite**

Pour le traitement de l'uvéite non infectieuse chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.

- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### Nouvelle indication

Pomalidomide  
(Pomalyst et marques  
génériques)

capsule de 1 mg  
capsule de 2 mg  
capsule de 3 mg  
capsule de 4 mg

Voir formulaire des Régimes de  
médicaments du N.-B. ou la liste  
des PAM pour les produits (SA) PAM

Pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire, lorsque le médicament est utilisé :

- en association avec la dexaméthasone, avec ou sans cyclophosphamide, pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par légalidomide et un inhibiteur de protéasome; ou
- en association avec l'isatuximab et la dexaméthasone pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par légalidomide et un inhibiteur de protéasome.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

#### Notes cliniques :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.
- Le patient doit présenter un bon indice de performance.

#### Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Ospémifène (Osphena)	comprimé de 60 mg	02518112	DUI	Pour le traitement de la dyspareunie et/ou de la sécheresse vaginale modérées à graves.

Bulletin n° 1116

Le 31 octobre 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 31 octobre 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie.
  - À compter du 21 novembre 2023, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 novembre 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Ajouts temporaire de médicaments
  - Santé Canada autorise l'importation et la vente au Canada de certains médicaments qui ne répondent pas entièrement aux exigences réglementaires. Les médicaments admissibles sont ceux qui sont visés par une [pénurie de médicaments de niveau 3](#).
  - Ces produits seront inscrits à titre temporaire sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie à compter du 31 octobre 2023.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 novembre 2023. Avant le 21 novembre 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 31 octobre 2023.

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

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Acide Valproïque							
Sir.	Orl	250 mg / 5 mL	Jamp Valproic Acid	02532441	JPC	ACDEFGV	0.0480
Citalopram							
Co.	Orl	20 mg	Natco-Citalopram	02443880	NAT	ACDEFGV	0.1332
		40 mg	Natco-Citalopram	02443899	NAT	ACDEFGV	0.1332
Gabapentine							
Caps	Orl	100 mg	Mint-Gabapentin	02408880	MNT	ACDEFGVW	0.0416
		300 mg	Mint-Gabapentin	02408899	MNT	ACDEFGVW	0.1012
		400 mg	Mint-Gabapentin	02408902	MNT	ACDEFGVW	0.1206
Lévofloxacine							
Co.	Orl	750 mg	Act Levofloxacin	02315440	TEV	BVW (SA)	2.6604
Perindopril / Indapamide							
Co.	Orl	4 mg / 1,25 mg	pms-Perindopril-Indapamide	02538008	PMS	ACDEFGV	0.2556
		8 mg / 2,5 mg	pms-Perindopril-Indapamide	02537982	PMS	ACDEFGV	0.2859
Plérixafor							
Liq	SC	24 mg / 1,2 mL	Mozobil Plerixafor Injection	02377225 02529815	SAV JPC	(SA)	6295.8333 4459.5500
Solifénacine							
Co.	Orl	5 mg	M-Solifenacin Succinate	02529696	MRA	ACDEFGV	0.3041
		10 mg	M-Solifenacin Succinate	02529718	MRA	ACDEFGV	0.3041
Sunitinib							
Caps	Orl	12,5 mg	Teva-Sunitinib	02526204	TEV	(SA)	16.2810
		25 mg	Teva-Sunitinib	02526212	TEV	(SA)	32.5618
		50 mg	Teva-Sunitinib	02526220	TEV	(SA)	65.1238

## Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Prazosine							
Caps	Orl	1 mg	Prazosin Hydrochloride	09858281	STR	ACDEFGV	0.2743
		2 mg	Prazosin Hydrochloride	09858282	STR	ACDEFGV	0.3725
		5 mg	Prazosin Hydrochloride	09858283	STR	ACDEFGV	0.5121

## Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Vigabatrin							
Pds.	Orl	500 mg	Vigabatrin for Oral Solution	09858315	RCH	(SA)	5.0000

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Acide Valproïque							
Sir.	Orl	250 mg / 5 mL	Apo-Valproic Acid pms-Valproic	02238370 02236807	APX PMS	ACDEFGV	0.0480
Doxycycline							
Co.	Orl	100 mg	Doxycin Apo-Doxy Doxycycline Teva-Doxycycline	00860751 00874256 02351242 02158574	RIV APX SAS TEV	ABCDEFGVW	0.4560
Sunitinib							
Caps	Orl	12,5 mg	Sandoz Sunitinib Taro-Sunitinb	02532840 02524058	SDZ TAR	(SA)	16.2810
		25 mg	Sandoz Sunitinib Taro-Sunitinb	02532867 02524066	SDZ TAR	(SA)	32.5618
		50 mg	Sandoz Sunitinib Taro-Sunitinb	02532883 02524082	SDZ TAR	(SA)	65.1238
Hydrocortisone / Cinchocaïne / Framycétine / Esculine							
Supp.	Rt	5 mg / 5 mg / 10 mg / 10 mg	Proctol Suppositories	02247882	ODN	ACDEFGV	0.9698
Nystatine							
Cr.	Top	100,000 IU	Nyaderm	00716871	TAR	ACDEFGV	0.2037

Bulletin n° 1117

Le 6 novembre 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 6 novembre 2023.

**Ce bulletin comprend les sections suivantes :**

- Ajouts aux garanties régulières
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place

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

## Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>L'autorisation spéciale n'est plus requise</b>					
Abiratérone (Zytiga et marques génériques)	comprimé de 250 mg comprimé de 500 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFGV	PAM

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Critère révisé</b>					
Cabozantinib (Cabometyx)	comprimé de 20 mg comprimé de 40 mg comprimé de 60 mg	02480824 02480832 02480840	IPS	(SA)	PCF

### Adénocarcinome rénal métastatique

Pour le traitement des patients atteints d'un adénocarcinome rénal avancé ou métastatique qui ont reçu au moins un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase du récepteur du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGFR) comme :

- traitement de deuxième intention à la suite de la progression de la maladie pendant un traitement par le sunitinib, le pazopanib ou le pembrolizumab en association avec soit l'axitinib ou le lenvatinib; ou
- traitement de troisième intention à la suite de la progression de la maladie pendant une immunothérapie et un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase du VEGFR (c.-à-d., sunitinib ou pazopanib), utilisés dans n'importe quelle séquence.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé de façon cliniquement significative.

Note clinique :

- Le traitement doit être arrêté si la maladie progresse de façon cliniquement significative ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes visant le cabozantinib ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par l'évérolimus ou la monothérapie par axitinib.
- Période d'approbation : 1 an.

## Nouvelle concentration

Adalimumab (Hadlima)	auto-injecteur de 40 mg / 0,4 mL	02533480			
	seringue préremplie de 40 mg / 0,4 mL	02533472	ORG	(SA)	PCF

### Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire

Pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### Colite ulcéreuse

Pour le traitement de la colite ulcéreuse modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour un maximum de 160 mg, suivi de 80 mg deux semaines plus tard, puis de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 8 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### Hidradénite suppurée

Pour le traitement de l'hidradénite suppurée modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

#### Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue ou un médecin expérimenté dans le traitement de l'hidradénite suppurée.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les semaines, quatre semaines après la dose initiale.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

### Maladie de Crohn

Pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

**Notes pour les demandes de règlement :**

- Le médicament doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin spécialisé en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une quantité maximum de 160 mg, suivie par une quantité de 80 mg deux semaines plus tard, et de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 12 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

**Polyarthrite psoriasique**

Pour le traitement de l'arthrite psoriasique évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une quantité maximale de 40 mg toutes les deux semaines sera approuvée.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

**Polyarthrite rhumatoïde**

Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

**Psoriasis en plaques**

Pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

**Spondylarthrite ankylosante**

Pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un rhumatologue ou un interniste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

**Uvéite**

Pour le traitement de l'uvéite non infectieuse chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à un traitement classique.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par, ou en consultation avec, un ophtalmologiste.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- L'approbation sera accordée pour une dose maximale de 80 mg suivie d'une dose de 40 mg une semaine plus tard, puis 40 mg toutes les deux semaines.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : long terme. Une confirmation de la réponse est requise.

**Nouvelles indications**

Lenvatinib  
(Lenvima)

emballage favorisant l'observance de 4 mg/dose	02484056			
emballage favorisant l'observance de 8 mg/dose	02468220			
emballage favorisant l'observance de 10 mg/dose	02450321			
emballage favorisant l'observance de 12 mg/dose	02484129	EIS	(SA)	PCF
emballage favorisant l'observance de 14 mg/dose	02450313			
emballage favorisant l'observance de 20 mg/dose	02450305			
emballage favorisant l'observance de 24 mg/dose	02450291			

**Carcinome de l'endomètre de stade avancé**

En association avec le pembrolizumab pour le traitement des patientes qui sont atteintes d'un carcinome de l'endomètre de stade avancé, récidivant ou métastatique ne présentant pas de forte instabilité des microsatellites (MSI-H) ni de déficience du système de réparation des mésappariements (SRM), et qui répondent à tous les critères suivants :

- la maladie a évolué après un traitement à action générale à base de platine;
- la patiente n'est pas admissible à une intervention chirurgicale ou à une radiothérapie curatives.

Critères de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé

Notes cliniques :

1. La patiente doit présenter un bon indice de performance et n'avoir aucune métastase active dans le système nerveux central.
2. Le traitement par le lenvatinib doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.

**Adénocarcinome rénal métastatique**

En association avec le pembrolizumab pour le traitement des patients atteints d'un adénocarcinome rénal avancé (pour lequel il n'existe aucun traitement curatif) ou métastatique qui n'ont pas reçu de traitement à action générale antérieur pour la maladie à un stade avancé.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. Le patient doit présenter un bon indice de performance et n'avoir aucune métastase active dans le système nerveux central.
2. Le traitement par le lenvatinib doit être arrêté si la maladie progresse ou si des effets toxiques inacceptables se manifestent.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : 1 an.
-

Bulletin n° 1118

Le 17 novembre 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 17 novembre 2023.

**Ce bulletin comprend la section suivante :**

- Suspension temporaire des autorisations spéciales pour Ozempic

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

## Approbations des autorisations spéciales pour Ozempic - Suspension temporaire

Novo Nordisk Canada inc. continue de subir des retards dans les expéditions et les livraisons d'Ozempic (semaglutide) en raison de l'augmentation de la demande mondiale et des contraintes d'approvisionnement globales. On s'attend à ce que ces retards se poursuivent jusqu'en 2024.

Afin d'aider à conserver l'approvisionnement pour les personnes atteintes de diabète de type II, les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick n'approuveront pas de nouvelles demandes d'autorisation spéciale pour Ozempic pendant la perturbation de l'approvisionnement. Une fois que l'approvisionnement se sera stabilisé, l'approbation de nouvelles demandes d'autorisation spéciale reprendra et cette information sera communiquée dans une Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

Des renseignements supplémentaires concernant l'approvisionnement et l'utilisation d'Ozempic sont accessibles [en ligne](#) sur le site de Santé Canada.

---

Bulletin n° 1119

Le 20 novembre 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 20 novembre 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits
- Nouvelle procédure pour soumettre des demandes de modification de prix (médicaments de marque et génériques)

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

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Abrocitinib (Cibinqo)	comprimé de 50 mg	02528363	PFI	(SA)	PCF
	comprimé de 100 mg	02528371			
	comprimé de 200 mg	02528398			

Pour le traitement de la dermatite atopique (DA) modérée à grave chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- Sont réfractaires ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance combinés à une photothérapie (lorsqu'elle est disponible);
- Sont réfractaires, intolérants ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance en association avec le méthotrexate, la cyclosporine, l'acide mycophénolique ou l'azathioprine
- Ont un score initial d'évaluation globale du médecin de 3 ou plus et un indice de zone et de gravité de l'eczéma de 7,1 ou plus.

Critères de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement doivent fournir la preuve des bienfaits cliniques définis comme une amélioration de 75 % ou plus par rapport à la valeur initiale de l'indice de zone et de gravité de l'eczéma (EASI-75) six mois après le début du traitement.
- Une preuve du maintien de la réponse EASI-75 par rapport à la valeur initiale doit être fournie pour les autorisations subséquentes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue, un pédiatre ou un immunologiste clinique ayant de l'expérience dans le traitement de la DA modérée à grave.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament immunomodulateur (p. ex., des médicaments biologiques ou des inhibiteurs de Janus kinase) pour le traitement de la DA modérée à grave ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 200 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Romozosumab (Evenity)	seringue préremplie de 105 mg / 1,17 mL	02489597	AGA	(SA)	PCF
--------------------------	--------------------------------------------	----------	-----	------	-----

Pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui répondent à tous les critères suivants :

- la patiente a des antécédents de fracture ostéoporotique;
- la patiente présente un risque de fracture élevé;
- la patiente n'a reçu aucun traitement préalable au moyen de médicaments destinés au traitement de l'ostéoporose, sauf le calcium et la vitamine D.

Note clinique :

- Le « risque de fracture élevé » est défini comme suit : un risque de fracture sur 10 ans  $\geq$  20 % selon l'outil d'évaluation du risque de fracture (FRAX).

Notes pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de romosozumab avec d'autres médicaments destinés au traitement de l'ostéoporose ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 210 mg par mois.
- Période d'approbation maximale : 1 an.

Triheptanoïne  
(Dojolvi)

solution orale à 100 % p/p

02512556

UGX

(SA)

PCF

Pour le traitement des patients atteints de troubles de l'oxydation des acides gras à longue chaîne (TOAG-LC) aigus engageant le pronostic vital qui répondent à tous les critères suivants :

- leur état exige un traitement de rechange à la supplémentation classique en triglycérides à chaîne moyenne (TCM) à nombre pair d'atomes de carbone;
- le patient doit être dans l'une des situations suivantes :
  - le patient a un diagnostic confirmé de l'un des types de TOAG-LC et présente des symptômes aigus engageant le pronostic vital;
  - le patient n'a pas de diagnostic confirmé de TOAG-LC, mais il présente des symptômes aigus engageant le pronostic vital qui s'apparentent à ceux de ces troubles.

Critères de renouvellement :

Le renouvellement sera considéré pour les patients répondant à tous les critères suivants :

- le patient a amorcé un traitement par la triheptanoïne sans diagnostic confirmé de TOAG-LC et a ultérieurement reçu un diagnostic confirmé posé par un spécialiste des maladies métaboliques possédant de l'expérience dans le traitement et la prise en charge des TOAG-LC du type spécifié et dans l'interprétation des résultats génétiques et autres résultats fournis pour confirmer le diagnostic;
- le patient respecte les mesures diététiques optimisées qui lui ont été recommandées;
- le patient continue de tirer des avantages du traitement par la triheptanoïne. Les demandeurs doivent inclure une description de la réponse actuelle du patient au traitement par la triheptanoïne et indiquer clairement de quelle façon cette réponse atteint les objectifs thérapeutiques établis à l'amorce du traitement.

Notes cliniques :

1. Parmi les symptômes aigus engageant le pronostic vital qui s'apparentent à ceux des TOAG-LC, citons notamment :
  - un tableau clinique catastrophique avec une rhabdomyolyse aiguë ou récurrente s'accompagnant de douleurs intenses, d'un syndrome des loges, d'une insuffisance rénale aiguë dictant l'hospitalisation et des interventions nécessaires à la survie, comme la dialyse et le traitement de l'hyperkaliémie, ainsi que le traitement chirurgical du syndrome des loges;
  - une hypoglycémie grave, récurrente ou aiguë, avec ou sans convulsions;
  - une cardiomyopathie avec ou sans arythmie.
2. Les demandes devraient préciser les symptômes aigus engageant le pronostic vital que présente le patient et qui s'apparentent à ceux des TOAG-LC, et inclure les résultats cliniques et biochimiques relatifs aux systèmes organiques touchés qui justifient l'amorce du traitement par la triheptanoïne.
3. Les objectifs personnalisés de traitement par la triheptanoïne doivent être joints à la demande de couverture initiale.
4. Toutes les demandes doivent contenir les exigences liées à l'apport calorique quotidien du patient.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un médecin expérimenté dans la prise en charge des TOAG-LC.
- La dose maximale approuvée est de 35 % de l'apport calorique quotidien total du patient.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
----------------------------------	--------	-----	-----------	---------	--------------

### Nouveau dosage

Acalabrutinib  
(Calquence)

comprimé de 100 mg

02535696

AZE

(SA)

PCF

1. En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)/du lymphome à petits lymphocytes (LPL) chez les patients adultes n'ayant jamais été traités auparavant et pour qui le traitement à base de fludarabine est considéré comme inapproprié en raison des risques élevés d'anomalies cytogénétiques (c.-à-d., une délétion 17p, une mutation TP53 ou un IGHV non muté).
2. En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) récidivante/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) récidivant ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que la patiente répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

1. La patiente doit présenter un bon indice de performance.
2. Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK) ou Idélalisib.
- Période d'approbation : 1 an.

### Nouvelle indication et nouvelle concentration

Upadacitinib  
(Rinvoq)

comprimé à libération prolongée  
de 15 mg

02495155

comprimé à libération prolongée  
de 30 mg

02520893

ABV

(SA)

PCF

### Dermatite Atopique

Pour le traitement de la dermatite atopique (DA) modérée à grave chez les patients âgés de 12 ans et plus qui répondent à tous les critères suivants :

- Sont réfractaires ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance combinés à une photothérapie (lorsqu'elle est disponible);

- Sont réfractaires, intolérants ou présentent des contre-indications à un essai adéquat de traitements topiques sur ordonnance en association avec le méthotrexate, la cyclosporine, l'acide mycophénolique ou d'azathioprine.
- Ont un score initial d'évaluation globale du médecin de 3 ou plus et un indice de zone et de gravité de l'eczéma de 7,1 ou plus.

Critères de renouvellement :

- Les demandes de renouvellement doivent fournir la preuve des bienfaits cliniques définis comme une amélioration de 75 % ou plus par rapport à la valeur initiale de l'indice de zone et de gravité de l'eczéma (EASI-75) six mois après le début du traitement.
- Une preuve du maintien de la réponse EASI-75 par rapport à la valeur initiale doit être fournie pour les autorisations subséquentes.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un dermatologue, un pédiatre ou un immunologiste clinique ayant de l'expérience dans le traitement de la DA modérée à grave.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament immunomodulateur (p. ex., des médicaments biologiques ou des inhibiteurs de Janus kinase) pour le traitement de la DA modérée à grave ne sera pas remboursée.
- Les approbations seront pour une dose maximale de 30 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Prastéron (Intrarosa)	ovule vaginale de 6,5 mg	02493500	LUP	Le traitement de l'atrophie vulvovaginale post-ménopause.

## Nouvelle procédure pour soumettre des demandes de modification de prix (médicaments de marque et génériques)

Des mises à jour ont été apportées à la procédure à suivre pour soumettre des demandes de modification de prix relatives aux médicaments de marque et aux médicaments génériques. Pour en savoir plus, veuillez consulter notre site Web : [Soumettre des demandes de modification de prix de médicaments de marque déposée et génériques.](#)

Bulletin n° 1120

Le 30 novembre 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 30 novembre 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie. Si un deuxième PAM est inclus, la catégorie PAM sera abaissée à ce prix à compter du 21 mars 2024.
  - À compter du 21 décembre 2023, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 21 décembre 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 21 décembre 2023. Avant le 21 décembre 2023, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 30 novembre 2023.

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

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM effectif 30 novembre 2023	PAM effectif 21 Mars 2024
<b>Bétahistine</b>							
Co.	Orl	8 mg	Mint-Betahistine	02538121	MNT	(SA)	0.0637
		16 mg	Mint-Betahistine	02538148	MNT	ACDEFGV	0.1106
		24 mg	Mint-Betahistine	02538156	MNT	ACDEFGV	0.1659
<b>Dorzolamide</b>							
Liq	Oph	2%	Dorzolamide	02522373	JPC	ACDEFGV	1.4757
<b>Flécaïnide</b>							
Co.	Orl	50 mg	Flecainide	02534800	SAS	ACDEFGV	0.1389
		100 mg	Flecainide	02534819	SAS	ACDEFGV	0.2779
<b>Héparine</b>							
Liq	Inj	1,000 IU/mL	Heparin Leo Inj	00453811	LEO	ACDEFGVW	0.6858
			Heparin Sodium Injection USP	02303086	SDZ		
		10,000 IU/mL	Heparin Sodium Injection USP	02303108	SDZ	ACDEFGVW	4.2734
<b>Méthylphénidate</b>							
Caps.L.P.	Orl	10 mg	Biphentin	02277166	ELV	(SA)	0.9324
			pms-Methylphenidate CR	02536943	PMS		
		15 mg	Biphentin	02277131	ELV	(SA)	1.3370
			pms-Methylphenidate CR	02536951	PMS		
		20 mg	Biphentin	02277158	ELV	(SA)	1.7230
			pms-Methylphenidate CR	02536978	PMS		
		30 mg	Biphentin	02277174	ELV	(SA)	2.3675
			pms-Methylphenidate CR	02536986	PMS		

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM effectif 30 novembre 2023	PAM effectif 21 Mars 2024
Méthylphénidate							
Caps.L.P.	Orl						
	40 mg	Biphentin	02277182	ELV		3.0160	
		pms-Methylphenidate CR	02536994	PMS	(SA)	2.2620	1.6588
	50 mg	Biphentin	02277190	ELV		3.6600	
		pms-Methylphenidate CR	02537001	PMS	(SA)	2.7450	2.0130
	60 mg	Biphentin	02277204	ELV		4.2590	
		pms-Methylphenidate CR	02537028	PMS	(SA)	3.1943	2.3425
	80 mg	Biphentin	02277212	ELV		5.6150	
		pms-Methylphenidate CR	02537036	PMS	(SA)	4.2113	3.0883
Métronidazole							
Co.	Orl						
	250 mg	Mint-Metronidazole	02535807	MNT	ACDEFGVW	0.0572	
Mirtazapine							
Co.	Orl						
	15 mg	Mirtazapine	02532689	SAS	ACDEFGV	0.0975	
Ondansétron							
Co.D.O.	Orl						
	4 mg	Ondansetron ODT	02524279	SAS	(SA)	3.2720	
	8 mg	Ondansetron ODT	02524287	SAS	(SA)	4.9930	
Rivaroxaban							
Co.	Orl						
	2,5 mg	Xarelto	02480808	BAY		1.4200	
		Apo-Rivaroxaban	02541734	APX			
		pms-Rivaroxaban	02527537	PMS			
		Reddy-Rivaroxaban	02524503	RCH	(SA)	0.3550	
		Sandoz Rivaroxaban	02537877	SDZ			
		Taro-Rivaroxaban	02526786	TAR			

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM effectif 30 novembre 2023	PAM effectif 21 Mars 2024
Rivaroxaban							
Co.	Orl						
	10 mg	Xarelto	02316986	BAY		2.8400	
		Apo-Rivaroxaban	02470497	APX			
		pms-Rivaroxaban	02512041	PMS			
		Reddy-Rivaroxaban	02472414	RCH	(SA)	0.7175	
		Sandoz Rivaroxaban	02482223	SDZ			
		Taro-Rivaroxaban	02483807	TAR			
		Teva-Rivaroxaban	02507196	TEV			
	15 mg	Xarelto	02378604	BAY		2.8400	
		Apo-Rivaroxaban	02470500	APX			
		pms-Rivaroxaban	02512068	PMS			
		Reddy-Rivaroxaban	02472430	RCH	ACDEFGV	0.7175	
		Sandoz Rivaroxaban	02482231	SDZ			
		Taro-Rivaroxaban	02483815	TAR			
		Teva-Rivaroxaban	02507218	TEV			
	20 mg	Xarelto	02378612	BAY		2.8400	
		Apo-Rivaroxaban	02470519	APX			
		pms-Rivaroxaban	02512076	PMS			
		Reddy-Rivaroxaban	02472422	RCH	ACDEFGV	0.7175	
		Sandoz Rivaroxaban	02482258	SDZ			
		Taro-Rivaroxaban	02483823	TAR			
		Teva-Rivaroxaban	02507226	TEV			
Rosuvastatine							
Co.	Orl						
	5 mg	Mint-Rosuvastatin	02397781	MNT	ACDEFGV	0.1284	
	10 mg	Mint-Rosuvastatin	02397803	MNT	ACDEFGV	0.1354	
	20 mg	Mint-Rosuvastatin	02397811	MNT	ACDEFGV	0.1692	
	40 mg	Mint-Rosuvastatin	02397838	MNT	ACDEFGV	0.1990	

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM effectif 30 novembre 2023	PAM effectif 21 Mars 2024
Tacrolimus							
Caps	Orl						
		0,5 mg	ACH-Tacrolimus	02454068	AHI	ACDEFGRV	1.0146
		1 mg	ACH-Tacrolimus	02456095	AHI	ACDEFGRV	1.2978
		5 mg	ACH-Tacrolimus	02456109	AHI	ACDEFGRV	6.4993
Tizanidine							
Co.	Orl	4 mg	Mint-Tizanidine	02536765	MNT	ACDEFGV	0.3931
Tofacitinib							
Co.	Orl	5 mg	Jamp Tofacitinib	02522896	JPC	(SA)	5.9897

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
Diazépam							
Co.	Orl	5 mg	Diazepam	00362158	AAP	ACDEFGV	0.1662
Diclofenac							
Co.L.L.	Orl	75 mg	Apo-Diclo SR	02162814	APX	ACDEFGV	0.4529
			Teva-Diclofenac SR	02158582	TEV		
Méthylphénidate							
Co.L.P.	Orl	18 mg	Act Methylphenidate ER	02441934	TEV	ACDEFGV	1.0493
			Apo-Methylphenidate ER	02452731	APX		
		27 mg	Act Methylphenidate ER	02441942	TEV	ACDEFGV	1.2109
			Apo-Methylphenidate ER	02452758	APX		
		36 mg	Act Methylphenidate ER	02441950	TEV	ACDEFGV	1.3726
			Apo-Methylphenidate ER	02452766	APX		

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM	
<b>Méthylphénidate</b>							
Co.L.P.	Orl	54 mg	Act Methylphenidate ER Apo-Methylphenidate ER	02441969 02330377	TEV APX	ACDEFGV	1.6958
Co.L.L.	Orl	20 mg	Apo-Methylphenidate SR	02266687	APX	ACDEFGV	0.6796
<b>Métronidazole</b>							
Co.	Orl	250 mg	Metronidazole	00545066	AAP	ACDEFGVW	0.0572
<b>Tacrolimus</b>							
Caps	Orl	0,5 mg	Sandoz Tacrolimus	02416816	SDZ	ACDEFGRV	1.0146
		1 mg	Sandoz Tacrolimus	02416824	SDZ	ACDEFGRV	1.2978
		5 mg	Sandoz Tacrolimus	02416832	SDZ	ACDEFGRV	6.4993
<b>Tizanidine</b>							
Co.	Orl	4 mg	Apo-Tizanidine	02259893	APX	ACDEFGV	0.3931

Bulletin n° 1121

7 décembre 2023

## Nouvelles au sujet des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

### Horaire des Fêtes 2023

Des représentants des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront présents selon cet horaire pendant la période des Fêtes 2023 :

Date	Heures d'ouverture
Lundi 25 décembre	Fermé
Mardi 26 décembre	Fermé
Mercredi 27 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Jeudi 28 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Vendredi 29 décembre	8 h à 17 h (heures habituelles)
Samedi 30 décembre	Fermé
Dimanche 31 décembre	Fermé
Lundi 1 <sup>er</sup> janvier	Fermé
Mardi 2 janvier	8 h à 17 h (heures habituelles)

Veuillez vous reporter au [calendrier de paiements pour les pharmaciens](#) des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick pour connaître les dates des dépôts directs pendant cette période.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec les Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick au **1-800-332-3691**.

Bulletin n° 1122

Le 18 décembre 2023

## Mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick

Cette mise à jour du formulaire pour les régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick entre en vigueur le 18 décembre 2023.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- Médicaments évalués et non-inscrits

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

## Ajouts aux garanties régulières

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Estradiol-17 $\beta$ (Imvexxy)	insert de 4 mcg insert de 10 mcg	02503689 02503697	KNI	ACDEFGV	PCF

## Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Givosiran (Givlaari)	fiole à usage unique 189 mg/mL	02506343	ALN	(SA)	PCF

Pour le traitement des patients adultes atteints de porphyrie hépatique aiguë (PHA) qui répondent à tous les critères suivants :

- Diagnostic de PHA confirmé par dosage de l'acide delta-aminolévulinique (ALA) ou du porphobilinogène (PBG) dans l'urine ou par un test génétique.
- Quatre crises de porphyrie ou plus ayant nécessité une hospitalisation, une visite médicale urgente ou l'administration d'hémine par voie intraveineuse au cours de l'année précédant l'instauration du traitement par givosiran.

Critères de renouvellement :

- Une réduction du taux de crises annualisées ayant nécessité une hospitalisation, une visite médicale urgente ou l'administration d'hémine par voie intraveineuse après 12 mois de traitement, par rapport à la situation initiale.

Notes cliniques :

1. La documentation d'un diagnostic confirmé de PHA doit être fournie.
2. Le nombre de crises de porphyrie survenues au cours de l'année précédant le début du traitement par givosiran, y compris les dates approximatives et la prise en charge de chaque crise (c.-à-d. hospitalisation, visite médicale urgente, administration d'hémine par voie intraveineuse), doit être indiqué dans la demande initiale.
3. Le taux de crises annualisées (c'est-à-dire le nombre de crises au cours d'une période donnée) doit être indiqué dans chaque demande de renouvellement.

Notes pour les demandes de règlement :

- Le médicament doit être prescrit par un médecin expérimenté dans la gestion de la PHA.
- Les demandes pour givosiran en association avec de l'hémine prophylactique ne seront pas admissibles.
- Une dose maximale de 2,5 mg/kg une fois par mois sera approuvée.
- Période d'approbation : 1 an.
- Les demandes de règlement qui dépassent le montant maximal de 9 999,99 \$ doivent être séparées et soumises sous forme de transactions distinctes comme il est indiqué [ici](#).

Guselkumab  
(Tremfya)

dispositif d'injection contrôlable de  
100 mg/mL  
seringue préremplie de 100 mg/mL

02487314

JAN

(SA)

PCF

02469758

### **Polyarthrite psoriasique**

- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance axiale chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun.
- Pour le traitement de l'arthrite psoriasique à prédominance périphérique chez les patients qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication :
  - à l'utilisation séquentielle d'au moins deux AINS à la dose maximale tolérée pendant une période minimale de deux semaines chacun; et
  - au méthotrexate (par voie orale ou parentérale) à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 8 semaines; et
  - au léflunomide pris pendant au moins 10 semaines ou à la sulfasalazine prise pendant au moins 3 mois.

### Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.
2. Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
3. L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

### Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un rhumatologue.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques ou avec des inhibiteurs de Janus kinases ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 100 mg sera approuvée aux semaines 0 et 4, puis toutes les huit semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse est requise.

### **Psoriasis en plaques**

Pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré à grave chez les patients adultes qui répondent à tous les critères suivants :

- Score PASI (Psoriasis Area and Severity Index) supérieur à 10 et score DLQI (Dermatology Life Quality Index) supérieur à 10, ou atteinte majeure des zones visibles, du cuir chevelu, des organes génitaux ou des ongles;
- Réfractaire ou intolérance à la photothérapie ou incapacité à y avoir accès;
- Réfractaire, intolérance ou contre-indications à méthotrexate (par voie orale ou parentérale), à une dose supérieure ou égale à 20 mg par semaine (supérieure ou égale à 15 mg si le patient est âgé de 65 ans ou plus) pendant au moins 12 semaines.

### Notes cliniques :

1. Pour les patients qui ne démontrent pas de réponse clinique à la prise orale de méthotrexate ou qui présentent une intolérance gastro-intestinale, un essai de méthotrexate par voie parentérale doit être considéré.

- Réfractaire se définit par l'absence d'effet à la dose recommandée et pour la durée des traitements indiqués ci-dessus.
- L'intolérance se définit par la manifestation de graves effets secondaires aux traitements. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un dermatologue.
- L'utilisation combinée de plus d'un médicament biologique ne sera pas remboursée.
- Une dose maximale de 100 mg sera approuvée aux semaines 0 et 4, puis toutes les huit semaines par la suite.
- Période d'approbation initiale : 16 semaines.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an. Une confirmation de la réponse est requise.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
<b>Nouvelle indication</b> Zanubrutinib (Brukinsa)	capsule de 80 mg	02512963	BGN	(SA)	PCF

**Leucémie lymphoïde chronique**

- En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC)/du lymphome à petits lymphocytes (LPL) chez les patients adultes n'ayant jamais été traités auparavant et pour qui le traitement à base de fludarabine est considéré comme inapproprié en raison des risques élevés d'anomalies cytogénétiques (c.-à-d., une délétion 17p, une mutation TP53 ou un IGHV non muté).
- En monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) récidivante ou réfractaire/d'un lymphome à petits lymphocytes (LPL) récidivant ou réfractaire ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Critère de renouvellement :

- Confirmation écrite que le patient répond au traitement et que rien n'indique que la maladie a progressé.

Notes cliniques :

- Le patient doit présenter un bon indice de performance et ne pas présenter de signes de leucémie prolymphocytaire ou de transformation de Richter.
- Le traitement doit être interrompu en cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les demandes ne seront pas prises en considération dans le cas des patients dont la maladie a évolué pendant un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de Burton (BTK) ou Idélalisib.
- Période d'approbation : 1 an.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ces produits :

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Indication
Difélikéfaline (Korsuva)	50 mcg/mL	02529688	OTS	Pour le traitement du prurit modéré à grave associé à l'insuffisance rénale chronique chez les patients adultes sous hémodialyse.
Lemborexant (Dayvigo)	comprimé de 5 mg comprimé de 10 mg	02507366 02507374	EIS	Pour le traitement de l'insomnie.

Bulletin n° 1123

Le 19 décembre 2023

## Mise à jour du formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick Prix admissible maximum (PAM)

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts de médicaments
  - À compter du 19 décembre 2023, les nouveaux produits seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie. Si un deuxième PAM est inclus, la catégorie PAM sera abaissée à ce prix à compter du 9 avril 2024.
  - À compter du 9 janvier 2024, les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie. Avant le 9 janvier 2024, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM le plus haut, tel qu'indiqué dans la liste ci-jointe.
- Ajouts temporaire de médicaments
  - Santé Canada autorise l'importation et la vente au Canada de certains médicaments qui ne répondent pas entièrement aux exigences réglementaires. Les médicaments admissibles sont ceux qui sont visés par une [pénurie de médicaments de niveau 3](#).
  - Ces produits seront inscrits à titre temporaire sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick et seront remboursés jusqu'au PAM de la catégorie à compter du 19 décembre 2023.
- Changements de prix des médicaments
  - Diminutions de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 9 janvier 2024. Avant le 9 janvier 2024, ces produits seront remboursés jusqu'au PAM précédent.
  - Augmentations de prix : les produits qui étaient déjà inscrits sur le formulaire des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick seront remboursés jusqu'au nouveau PAM de la catégorie à compter du 19 décembre 2023.

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

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM effectif 19 décembre 2023	PAM effectif 9 avril 2024
Amikacine							
Liq	Inj	250 mg/mL	Amikacin Sulfate Injection	02529459	JPC	ACDEFGPVW	31.2004
Amoxicilline							
Pds.	Orl	50 mg	Auro-Amoxicillin	02458594	ARO	ABCDEFGVW	0.0540
Candésartan / Hydrochlorothiazide							
Co.	Orl	16 mg / 12,5 mg	NRA-Candesartan HCTZ	02531240	NRA	ACDEFGV	0.2156
		32 mg / 12.5 mg	NRA-Candesartan HCTZ	02531259	NRA	ACDEFGV	0.2156
		32 mg / 25 mg	NRA-Candesartan HCTZ	02531267	NRA	ACDEFGV	0.3008
Citalopram							
Co.	Orl	10 mg	M-Citalopram	02532123	MRA	ACDEFGV	0.0796
		20 mg	M-Citalopram	02467836	MRA	ACDEFGV	0.1332
		40 mg	M-Citalopram	02467844	MRA	ACDEFGV	0.1332
Dorzolamide / Timolol							
Liq	Oph	2% / 0,05%	M-Dorzolamide-Timolol	02537796	MRA	ACDEFGV	1.9887
Fluconazole							
Co.	Orl	50 mg	Fluconazole	02534886	SIV	ACDEFGVW	1.2904
		100 mg	Fluconazole	02534894	SIV	ACDEFGVW	2.2891
Lurasidone							
Co.	Orl	20 mg	Auro-Lurasidone	02513986	ARO	ACDEFGV	1.2250
		40 mg	Auro-Lurasidone	02513994	ARO	ACDEFGV	1.2250
		60 mg	Auro-Lurasidone	02514001	ARO	ACDEFGV	1.2250

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM effectif 19 décembre 2023	PAM effectif 9 avril 2024
Lurasidone Co.	Orl	80 mg	Auro-Lurasidone	02514028	ARO	ACDEFGV	1.2250
		120mg	Auro-Lurasidone	02514036	ARO	ACDEFGV	1.2250
Metformine Co.	Orl	500 mg	Mint-Metformin	02388766	MNT	ACDEFGV	0.0247
		850 mg	Mint-Metformin	02388774	MNT	ACDEFGV	0.0339
Risperidone Co.	Orl	0,25 mg	Risperidone	02533804	SIV	ACDEFGV	0.0878
		0,5 mg	Risperidone Teva-Risperidone	02533928 02264188	SIV TEV	ACDEFGV	0.1470
		1 mg	Risperidone	02533936	SIV	ACDEFGV	0.2031
		2 mg	Risperidone	02533944	SIV	ACDEFGV	0.4062
		3 mg	Risperidone	02533952	SIV	ACDEFGV	0.6083
		4 mg	Risperidone	02533960	SIV	ACDEFGV	0.8111
Rivaroxaban Co.	Orl	2,5 mg	Rivaroxaban	02541467	SIV	(SA)	0.3550
		10 mg	Rivaroxaban	02541475	SIV	(SA)	0.7175
		15 mg	Rivaroxaban	02541483	SIV	ACDEFGV	0.7175
		20 mg	Rivaroxaban	02541491	SIV	ACDEFGV	0.7175

## Ajouts de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM effectif 19 décembre 2023	PAM effectif 9 avril 2024
Trospium Co.	Orl 20 mg	Jamp Trospium	02506661	JPC	(SA)	0.4072	
Valganciclovir Pds.	Orl 50 mg/mL	Valcyte Auro-Valganciclovir	02306085 02535483	XPI ARO	(SA)	2.8852 2.0589	1.5099

## Ajout temporaire de médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Nitroglycerine Aém.	Slg 0,4 mg	Glyceryl Trinitrate	09858317	JNO	ACDEFGV	0.0468
Vigabatrin Co.	Orl 500 mg	Vigabatrin Tablets	09858318	RCH	(SA)	5.0000

## Changements de prix des médicaments

Médicament/Forme/Voie/Dosage		Marque de commerce	DIN	FAB	Régimes	PAM
Amikacine Liq	Inj 250 mg/mL	Amikacin	02242971	SDZ	ACDEFGPVW	31.2004
Céfazoline Pds.	Inj 1 g	Cefazolin for Injection Cefazolin Sodium	02108127 02308959	TEV SDZ	ACDEFGVW	2.6961
Trospium Co.	Orl 20 mg	Mar-Trospium	02488353	MAR	(SA)	0.4072