

Bulletin n° 1129

Le 18 mars 2024

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 mars 2024.

Ce bulletin comprend les sections suivantes :

- Ajouts aux garanties régulières
- Ajouts relatifs aux autorisations spéciales
- Changements aux autorisations spéciales déjà en place
- 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
Budésonide (Uceris)	2 mg / actionnement mousse rectale	02498057	BSL	ACDEFGV	PCF
Mésalamine (Mezera)	comprimé à libération retardée de 500 mg	02524481	AVI	ACDEFGV	PCF

L'autorisation spéciale n'est plus requise

Galantamine (marques génériques)	capsule à libération prolongée de 8 mg capsule à libération prolongée de 16 mg capsule à libération prolongée de 24 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFV	PAM
Rivastigmine (Exelon et marques génériques)	capsule de 1,5 mg capsule de 3 mg capsule de 4,5 mg capsule de 6 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits		ACDEFV	PAM

Ajouts relatifs aux autorisations spéciales

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Atogé pant (Qulipta)	comprimé de 10 mg comprimé de 30 mg comprimé de 60 mg	02533979 02533987 02533995	ABV	(SA)	PCF

Pour la prévention de la migraine épisodique chez les patients adultes qui sont réfractaires, intolérants ou qui présentent une contre-indication à au moins deux catégories de médicaments prophylactiques oraux contre la migraine.

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 se définissent en tant que céphalée migraineuse au moins 4 jours par mois et moins de 15 jours de céphalée par mois pendant plus de 3 mois.

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.
- La dose maximale remboursée est de 60 mg par jour.
- Période d'approbation initiale : 6 mois.
- Période d'approbation du renouvellement : 1 an.

Silodosin (marques génériques)	capsule de 4 mg capsule de 8 mg	Voir formulaire des Régimes de médicaments du N.-B. ou la liste des PAM pour les produits	(SA)	PAM
-----------------------------------	------------------------------------	---	------	-----

Pour le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate chez les hommes qui ont présenté une intolérance ou une réponse insuffisante lors d'un essai adéquat de la tamsulosine et de l'alfuzosine.

Note pour les demandes de règlement :

- Période d'approbation : long terme.

Changements aux autorisations spéciales déjà en place

Nom générique (Nom de marque)	Dosage	DIN	Fabricant	Régimes	Coût de base
Critère révisé					
Codéine (Codeine Contin)	comprimé à libération contrôlée de 50 mg	02230302			
	comprimé à libération contrôlée de 100 mg	02163748			
	comprimé à libération contrôlée de 150 mg	02163780	PFR	W (SA)	PCF
	comprimé à libération contrôlée de 200 mg	02163799			

Pour le traitement de la douleur cancéreuse et de la douleur chronique non cancéreuse chez les patients qui recevaient précédemment un produit de codéine à libération immédiate.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les approbations seront pour une dose maximale de 200 mg deux fois par jour.
- Période d'approbation : 1 an.

Critère révisé

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

Cancer différencié de la thyroïde

Pour le traitement du cancer différencié de la thyroïde, évolutif et localement récidivant ou métastatique, chez les patients qui répondent à tous les critères suivants :

- maladie réfractaire ou résistante à l'iode radioactif;
- signes radiographiques de progression de la maladie dans les 13 mois précédents;
- aucun traitement antérieur ou un seul traitement antérieur par un inhibiteur de tyrosine kinase (ITK).

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.

Notes pour les demandes de règlement :

- Les patients souffrant d'un cancer anaplasique ou médullaire de la thyroïde ne sont pas admissibles.
- Période d'approbation : 1 an.

Nouvelle concentration et critère révisé

Apalutamide (Erleada)	comprimé de 240 mg	02540185	JAN	(SA)	MLP
--------------------------	--------------------	----------	-----	------	-----

Cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration (CPSCm) qui n'ont jamais eu de TAA ou qui sont dans les 6 mois du début d'un TAA, pour un cancer 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 avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
2. 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 ne seront pas admissibles pour les patients qui sont à moins d'un an de la fin d'un traitement anti-androgénique d'appoint dans un contexte non métastatique.
- Les demandes ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement par darolutamide ou enzalutamide.
- Période d'approbation : 1 an.

Cancer de la prostate non métastatique androgéno-indépendant

En association avec un traitement anti-androgénique (TAA) pour le traitement des patients souffrant d'un cancer de la prostate résistant à la castration qui respecte les critères suivants :

- Aucune métastase distante détectable par tomодensitogramme, imagerie par résonance magnétique ou scintigraphie osseuse au technétium 99m.
- Temps de doublement de l'antigène prostatique spécifique (APS) inférieur ou égal à 10 mois pendant un TAA continu (c'est-à-dire un risque élevé de développer des métastases).

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. La résistance à la castration doit être démontrée pendant le TAA continu et est définie comme un minimum de trois élévations de l'APS, mesurées à au moins une semaine d'intervalle, où la dernière mesure d'APS est supérieure à 2 µg/L.
2. Les taux de testostérone correspondant à la castration doivent être maintenus tout au long du traitement avec l'apalutamide.
3. Les patients doivent avoir un bon indice de performance et aucun facteur de risque de crise d'épilepsie.
4. 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 visant l'apalutamide ne seront pas admissibles pour les patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec l'enzalutamide ou le darolutamide.
- Période d'approbation : 1 an.

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

À compter du 18 mars 2024, les demandes de règlement pour l'étanercept (Brenzys / Erelzi) doivent être soumises au moyen du nombre d'autoinjecteurs ou seringues dans le champ de la quantité. Ce changement s'appliquera à toutes les demandes de règlement visant des médicaments sur ordonnance achetés le 18 mars 2024 ou ultérieurement. 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.

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](#).
