

Bulletin n° 1152

Le 18 février 2025

## 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 février 2025.

### Ce bulletin comprend les sections suivantes :

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

| Nom générique<br>(Nom de marque) | Dosage                           | DIN      | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|----------------------------------|----------|-----------|---------|--------------|
| Mirikizumab<br>(Omvoh)           | auto-injecteur de 100 mg/mL      | 02539845 |           |         |              |
|                                  | fiolle de 300 mg                 | 02539861 | LIL       | (SA)    | PCF          |
|                                  | seringue préremplie de 100 mg/mL | 02539853 |           |         |              |

Pour le traitement des patients adultes souffrant d'une colite ulcéreuse d'intensité modérée à grave dont le score Mayo partiel est supérieur à 4, et le sous-score de saignement rectal est supérieur ou égal à 2, et qui sont :

- réfractaires ou intolérants au traitement traditionnel (c.-à-d., aminosalicyles pour un minimum de quatre semaines et prednisone supérieur ou égal à 40 mg tous les jours pendant 2 semaines ou l'équivalent en IV pendant une semaine); ou
- dépendants des corticostéroïdes (c.-à-d., les patients ne peuvent pas réduire la dose de corticostéroïdes sans que la maladie ne récidive; ou qui ont eu une rechute dans les 3 mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes; ou qui doivent recevoir 2 séries de doses de corticostéroïdes ou plus par année).

Critères de renouvellement :

- une diminution d'au moins 2 points du score Mayo partiel depuis l'évaluation initiale;
- une diminution d'au moins 1 point du sous-score de saignement rectal.

Notes cliniques :

1. Nous considérerons les demandes des patients qui n'ont pas effectué d'essai de quatre semaines d'aminosalicylates si la maladie est grave (score Mayo partiel supérieur à 6).
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 ou de contre-indications aux traitements tels que définis dans la monographie du produit. La nature des intolérances doit être clairement documentée.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un gastroentérologue ou un médecin avec une spécialité en gastroentérologie.
- L'utilisation combinée avec d'autres médicaments biologiques, avec des inhibiteurs de Janus kinases ou avec des modulateurs des récepteurs de la sphingosine 1-phosphate ne sera pas remboursée.
- Perfusion intraveineuse (i.v.) : Pour l'approbation initiale, quantité maximale de 300 mg aux semaines 0, 4 et 8.
- Injection sous-cutanée : Quantité maximale approuvée de 200 mg toutes les 4 semaines après le traitement d'induction.
- Les demandes portant sur 3 doses supplémentaires de 300 mg par perfusion i.v. aux semaines 12, 16 et 20 seront prises en considération chez les patients qui n'ont pas obtenu de réponse thérapeutique satisfaisante à la semaine 12.
- Période d'approbation initiale : 24 semaines.
- Période d'approbation de renouvellement : 1 an.

Tériparatide  
(marques génériques)

auto-injecteur de 250 mg/ml

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

(SA)

PAM

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

- Antécédents de fracture de fragilité
- Densité minérale osseuse (DMO) documentée avec score T inférieur ou égal à -2,5.
- Contre-indication aux bisphosphonates (oraux et IV) et au denosumab ou cas réfractaires à ces médicaments.

Note clinique :

- On parle de cas réfractaires lorsqu'il y a une fracture de fragilité ou que l'on constate une diminution de la DMO en dessous des niveaux de base avant le traitement, en dépit d'un traitement par bisphosphonate et denosumab. Un essai d'un an est requis pour les deux médicaments inhibiteurs de la résorption osseuse.

Notes pour les demandes de règlement :

- Doit être prescrit par un endocrinologue ou avec l'accord de ce dernier.
- Les demandes pour tériparatide ne seront pas admissibles pour les patients ayant déjà reçu un traitement avec romosozumab.
- Les approbations seront pour 1 auto-injecteur toutes les 4 semaines.
- Période d'approbation maximale : 18 mois.

## Changements aux autorisations spéciales déjà en place

| Nom générique<br>(Nom de marque) | Dosage   | DIN      | Fabricant | Régimes | Coût de base |
|----------------------------------|--|----------|-----------|---------|--------------|
| <b>Critère révisé</b>            |  |          |           |         |              |
| Lenvatinib<br>(Lenvima)          | emballage favorisant l'observance<br>de 4 mg/dose  | 02480056 |           |         |              |
|                                  | emballage favorisant l'observance<br>de 8 mg/dose  | 02468220 |           |         |              |
|                                  | emballage favorisant l'observance<br>de 10 mg/dose | 02450321 |           |         |              |
|                                  | emballage favorisant l'observance<br>de 12 mg/dose | 02484129 | EIS       | (SA)    | PCF          |
|                                  | emballage favorisant l'observance<br>de 14 mg/dose | 02450313 |           |         |              |
|                                  | emballage favorisant l'observance<br>de 20 mg/dose | 02450305 |           |         |              |
|                                  | emballage favorisant l'observance<br>de 24 mg/dose | 02450291 |           |         |              |

**Carcinome hépatocellulaire avancé**

Pour le traitement du carcinome hépatocellulaire (CHC) non résécable chez les patients et patientes ayant une insuffisance hépatique de classe A de Child-Pugh et un indice de performance ECOG de 0 ou 1, à condition qu'il soit utilisé comme :

- traitement de première intention; ou

- traitement de deuxième intention après la progression de la maladie avec une immunothérapie (l'atézolizumab en association avec le bevacizumab ou le durvalumab en association avec le trémélimumab).

Critères 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 visant le lenvatinib ne seront pas admissibles dans le cas des patients dont la maladie a progressé pendant un traitement avec sorafénib.
- Période d'approbation : 6 mois.

### Nouvelle forme posologique

|                               |   |          |     |      |     |
|-------------------------------|---|----------|-----|------|-----|
| Défériprone<br>(Ferriprox MR) | comprimé à libération prolongée de<br>1000 mg | 02536579 | CCC | (SA) | PCF |
|-------------------------------|---|----------|-----|------|-----|

Pour le traitement des patients présentant une surcharge en fer post-transfusionnelle en raison de syndromes thalassémiques et lorsque le traitement par chélation actuel est inefficace.

Note pour les demandes de règlement :

- L'utilisation combinée de plus d'un traitement par chélation du fer ne sera pas remboursée.

## Médicaments évalués et non-inscrits

Les demandes d'autorisation spéciale ne seront pas considérées pour ce produit :

| Nom générique<br>(Nom de marque) | Dosage           | DIN      | Fabricant | Indication  |
|----------------------------------|------------------|----------|-----------|---|
| Avacopan<br>(Tavneos)            | capsule de 10 mg | 02526662 | OTS       | Le traitement d'appoint des patients adultes atteints de vascularites graves à autoanticorps anticytoplasme des neutrophiles. |

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

À compter du 18 février 2025, les quantités pour les demandes de règlement changeront pour les médicaments suivants :

| Médicaments                      | Nouvelles quantités à indiquer      |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Évolocumab (Repatha)             | auto-injecteur                      |
| Interféron bêta-1a (Avonex)      | auto-injecteur / seringue           |
| Interféron bêta-1a (Rebif)       | cartouche / seringue                |
| Peginterféron bêta-1a (Plegridy) | auto-injecteur / seringue / trousse |

Ce changement s'appliquera à toutes les demandes de règlement visant des ordonnance exécutées le 18 février 2025 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 (c.-à.-d. 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 catalogues du fabricant (PCF) qui est accessible [en ligne](#).