



045

À l'intention des prescripteurs de médicaments d'exception  
des pharmaciens

2 juin 2014

## Modifications au répertoire des Codes des médicaments d'exception

La Régie désire vous informer des modifications apportées au répertoire des *Codes des médicaments d'exception*, qui entrera en vigueur le 2 juin 2014.

### 1. Médicaments pour la SEP-rémittente : modification de l'indication de paiement et ajout d'un nouveau médicament d'exception

1.1 L'indication de paiement pour la sclérose en plaques de **forme rémittente** a été modifiée pour les médicaments d'exception codifiés suivants :

- GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) (*Copaxone<sup>MC</sup>*);
- INTERFÉRON BÉTA-1A, Sol. Inj. I.M. (*Avonex<sup>MC</sup>*);
- INTERFÉRON BÉTA-1A, Sol. Inj. S.C. et Sol. Inj S.C. (ser) (*Rebif<sup>MC</sup>*);
- INTERFÉRON BÉTA-1B (*Betaseron<sup>MC</sup>* et *Extavia<sup>MC</sup>*).

1.2 Un nouveau médicament d'exception s'ajoute au répertoire des *Codes des médicaments d'exception*. Il peut désormais être autorisé si la condition médicale du patient correspond à l'indication reconnue pour le paiement de la sclérose en plaques de **forme rémittente**. Il s'agit du :

- TÉRIFLUNOMIDE – *AUBAGIO<sup>MC</sup>*

Par conséquent, le nouveau libellé du code **SN134** est :

- Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de **forme rémittente**, diagnostiquée selon les critères de McDonald (2010), ayant présenté **1 poussée dans la dernière année** et dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**;

Courriel :  
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

	Pharmaciens		Autres professionnels	
Téléphone :	Québec	418 643-9025	Québec	418 643-8210
	Ailleurs	1 888 883-7427	Montréal	514 873-3480
			Ailleurs	1 800 463-4776
Télécopieur :	Québec	418 528-5655	Québec	418 646-9251
	Ailleurs	1 866 734-4418	Montréal	514 873-5951
Heures de service :	du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30		du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 (mercredi de 10 h 30 à 16 h 30)	

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'**absence de détérioration**. Le résultat sur l'échelle **EDSS doit demeurer inférieur à 7**.

Toutefois, *Avonex<sup>MC</sup>*, *Betaseron<sup>MC</sup>*, *Copaxone<sup>MC</sup>*, *Extavia<sup>MC</sup>* et *Rebif<sup>MC</sup>* demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurés ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

## 2. Médicaments pour la SEP-1<sup>re</sup> poussée : modification de l'indication de paiement pour les médicaments d'exception déjà codifiés

L'indication de paiement pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée a été modifiée pour les médicaments d'exception codifiés suivants :

- GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) (*Copaxone<sup>MC</sup>*);
- INTERFÉRON BÉTA-1A, Sol. Inj. I.M. (*Avonex<sup>MC</sup>*);
- INTERFÉRON BÉTA-1B (*Betaseron<sup>MC</sup>* et *Extavia<sup>MC</sup>*).

Par conséquent, le nouveau libellé du code **SN133** est :

- Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée;

Le médecin doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'**absence de nouvelle poussée clinique**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- 30 mcg une fois par semaine pour *Avonex<sup>MC</sup>*;
- 8 MUI aux deux jours pour le *Betaseron<sup>MC</sup>* et *Extavia<sup>MC</sup>*;
- Aucune restriction posologique pour *Copaxone<sup>MC</sup>*.

Toutefois, *Avonex<sup>MC</sup>*, *Betaseron<sup>MC</sup>*, *Copaxone<sup>MC</sup>* et *Extavia<sup>MC</sup>* demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.