

hiver 2017

Services de santé non assurés

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Mises à jour de la liste des médicaments

Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) fournit aux membres des Premières nations inscrits et aux Inuits reconnus au Canada des services de santé supplémentaires, dont des médicaments d'ordonnance et des médicaments en vente libre. Visitez notre site Web à: www.santecanada.gc.ca/ssna

DÉFINITION DES SERVICES

Médicaments couverts sans restriction: Les médicaments couverts sans restriction sont ceux qui figurent à la Liste des médicaments du Programme des SSNA et pour lesquels il n'existe aucun critère d'admissibilité ou obligation d'autorisation préalable.

Médicaments d'usage restreint: Les médicaments à usage restreint sont jugés utiles dans certaines circonstances, ou encore font l'objet de restrictions ayant trait à la quantité ou à la fréquence d'administration. Ces médicaments ne sont couverts que si leur utilisation répond à des critères d'admissibilité précis.

Médicaments non ajoutés à la liste: Les médicaments non ajoutés à la Liste sont des médicaments qui ne sont pas inscrits à la Liste des médicaments du Programme des SSNA après un examen du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCÉM) et/ou du Comité consultatif sur les médicaments et les thérapeutiques (CCMT). Ces médicaments ne sont pas couverts par le Programme parce que les données probantes publiées ne démontrent pas leurs valeurs cliniques ou la validité de leurs coûts comparés à d'autres traitements. Une couverture peut être considérée dans des circonstances spéciales après avoir reçu du prescripteur autorisé un "Formulaire de demande d'exception" complété. Les demandes sont étudiées en fonction de chaque cas.

Exclusions: Certains médicaments utilisés dans le traitement d'affections particulières ne sont pas considérés comme étant du ressort du Programme et, en conséquence, ne sont pas couverts (par exemple, les cosmétiques et les agents anti-obésité). De même, certains médicaments sont exclus du Programme des SSNA, conformément aux recommandations du PCÉM ou du CCMT, parce que les données probantes publiées ne démontrent pas leurs valeurs cliniques, innocuité ou la validité de leurs coûts comparés à d'autres traitements ou encore parce que les données probantes sont insuffisantes pour justifier une couverture. Le processus d'appel et la politique d'approvisionnement d'urgence ne s'appliquent pas aux médicaments exclus.

AJOUTS À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

MÉDICAMENTS COUVERTS SANS RESTRICTION

Médicaments provenant d'une seule compagnie

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
01902776	SAO	KAYEXALATE 100%	17-01-2017
99401033	UNK	SHARPS NESTABLE JAUNE GRANDE 22.7L	30-11-2016
01967878	SCH	CLEAR AWAY PLANTAR WART SYSTEM	30-11-2016
02213826	TEP	REVIA 50MG COMPRIMÉ	05-11-2016
02244290	PAL	METADOL-D 10MG/ML LIQUIDE ORALE	08-02-2017
02446561	GSK	ARNUIITY ELLIPTA 100MCG/BLD INHALATEUR	17-02-2017
02446588	GSK	ARNUIITY ELLIPTA 200MCG/BLD INHALATEUR	17-02-2017
02442256	ORM	ST VIDEXTRA 2.000U CAPSULE	05-01-2017
02449277	TRI	ST ASA 81MG COMPRIMÉ	23-11-2016
02430932	VII	TRIUMEQ 600/50/300MG COMPRIMÉ	08-02-2017

DIN (Numéro d'identification de médicament)

FAB (Code de trois lettres servant à identifier le fabricant)

ST (Médicament de la politique des frais d'exécution de l'ordonnance à court terme)

Services de santé non assurés, hiver 2017, page 1 de 6



Médicaments provenant de plusieurs compagnies

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02450488	MYL	ST MYLAN-VERAPAMIL SR 180MG COMPRIMÉ	07-11-2016
02452855	AUR	ST AURO-VENLAFAXINE XR 150MG CAPSULE	06-12-2016
02452839	AUR	ST AURO-VENLAFAXINE XR 37.5MG CAPSULE	28-11-2016
02452847	AUR	ST AURO-VENLAFAXINE XR 75MG CAPSULE	06-12-2016
02454645	SAN	VALACYCLOVIR 500MG COMPRIMÉ	06-12-2016
02432102	MAR	ST MAR-TOPIRAMATE 100MG COMPRIMÉ	06-12-2016
02432110	MAR	ST MAR-TOPIRAMATE 200MG COMPRIMÉ	06-12-2016
02432099	MAR	ST MAR-TOPIRAMATE 25MG COMPRIMÉ	06-12-2016
02456389	AUR	ST AURO-TELMISARTAN-HCTZ 80/12.5	11-01-2017
02456397	AUR	ST AURO-TELMISARTAN-HCTZ 80/25MG	11-01-2017
02453568	AUR	ST AURO-TELMISARTAN 40MG COMPRIMÉ	11-01-2017
02453576	AUR	ST AURO-TELMISARTAN 80MG COMPRIMÉ	11-01-2017
02442582	AUR	ST AURO-ROSUVASTATIN 10MG COMPRIMÉ	27-01-2017
02442590	AUR	ST AURO-ROSUVASTATIN 20MG COMPRIMÉ	27-01-2017
02442604	AUR	ST AURO-ROSUVASTATIN 40MG COMPRIMÉ	27-01-2017
02442574	AUR	ST AURO-ROSUVASTATIN 5MG COMPRIMÉ	27-01-2017
02424061	AUR	ST AURO-PRAMIPEXOLE 0.25MG COMPRIMÉ	30-11-2016
02424118	AUR	ST AURO-PRAMIPEXOLE 1.5MG COMPRIMÉ	30-11-2016
02424096	AUR	ST AURO-PRAMIPEXOLE 1MG COMPRIMÉ	30-11-2016
80033602	JAP	ST JAMP-K EFFERVESCENT 25MMOL COMPRIMÉ	07-12-2016
02448734	AUR	ST AURO-OLANZAPINE ODT 10MG COMPRIMÉ	30-11-2016
02448742	AUR	ST AURO-OLANZAPINE ODT 15MG COMPRIMÉ	30-11-2016
02448726	AUR	ST AURO-OLANZAPINE ODT 5MG COMPRIMÉ	30-11-2016
02444275	APX	APO-NALTREXONE 50MG COMPRIMÉ	04-11-2016
09991474	UNK	NALOXONE VAPORISATEUR NASAL	22-12-2016
02423650	AUR	ST AURO-LOSARTAN-HCTZ 100/12.5MG	28-11-2016
02423669	AUR	ST AURO-LOSARTAN-HCTZ 100/25MG	28-11-2016
02423642	AUR	ST AURO-LOSARTAN-HCTZ 50/12.5MG	28-11-2016
02448424	BMI	ST BIO-FLUOXETINE 10MG CAPSULE	07-11-2016
02448432	BMI	ST BIO-FLUOXETINE 20MG CAPSULE	07-11-2016
02398869	MYL	ST INDAYO 0.15MG AND 0.03MG COMPRIMÉ	06-12-2016
02454297	ATP	ST ACT ESCITALOPRAM ODT 10MG COMPRIMÉ	09-01-2017
02454300	ATP	ST ACT ESCITALOPRAM ODT 20MG COMPRIMÉ	09-01-2017
02436914	AUR	ST AURO-CLINDAMYCINE 300MG CAPSULE	11-01-2017
02450526	PDL	ST CETIRIZINE 20MG COMPRIMÉ	23-11-2016
80025360	JAP	J-CAL-D 400 COMPRIMÉ	19-12-2016
80065914	RIV	RIVA-CAL D400 COMPRIMÉ	20-12-2016
02447851	SAN	ST BUSPIRONE 10MG COMPRIMÉ	28-11-2016
02429063	SDZ	VISTITAN 0.03% SOLUTION OPHTHALMIQUE	11-01-2017
02452324	MAR	MAR-AZITHROMYCIN 250MG COMPRIMÉ	21-01-2017
02454513	AUR	AURO-ABACAV/LAMIVUD 600/300MG	11-01-2017
02458381	PMS	PMS-ABACAV/LAMIVUD 600/300MG	27-01-2017

NOUVEAUX MÉDICAMENTS D'USAGE RESTREINT

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02448777	AUR	AURO-ENTECAVIR 0.5MG COMPRIMÉ	07-11-2016

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour le traitement d'une infection à hépatite B chronique chez les patients ayant une cirrhose documentée par des radiographies ou des données histologiques et par une concentration de DNA du VHB au dessus de 2000IU/mL.

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02402874	AST	ST MYRBETRIQ 25MG COMPRIMÉ	22-11-2016
02402882	AST	ST MYRBETRIQ 50MG COMPRIMÉ	22-11-2016
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le soulagement symptomatique de la vessie hyperactive chez les patients : - Qui présentent des symptômes de pollakiurie, de miction impérieuse ou d'incontinence par impériosité; ET - Qui ne répondent pas ou qui sont intolérants à un traitement par de l'oxybutynine à libération immédiate OU solifenacin OU toltérodine ER.			
02435470	AZE	ST FORXIGA 10MG COMPRIMÉ	08-02-2017
02435462	AZE	ST FORXIGA 5MG COMPRIMÉ	08-02-2017
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2 qui n'ont pas réussi à maîtriser leur glycémie ou qui ont présenté une intolérance dans le cadre d'un essai adéquat de la metformine ET d'une sulfonylurée.			
02323052	PFI	INSPIRA 25MG COMPRIMÉ	16-12-2016
02323060	PFI	INSPIRA 50MG COMPRIMÉ	16-12-2016
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le traitement des patients qui répondent aux critères de la classe II de la New York Heart Association (NYHA) présentant des signes d'insuffisance cardiaque et de dysfonction systolique ventriculaire gauche (fraction d'éjection égale ou supérieure à 35%). L'éplérénone est ajouté à une thérapie standard.			
Les patients doivent recevoir un traitement optimal incluant un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) et un bêta-bloquant (à moins d'être contre-indiqué) à une dose recommandée ou à une dose maximale tolérée.			
02444186	GSK	BREO ELLIPTA 200/25MCG INHALATEUR	16-12-2016
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Pour le traitement de l'asthme dont l'état n'est pas contrôlé adéquatement avec une dose moyenne d'un corticostéroïde en inhalation utilisé seul (par exemple le fluticasone à la dose de 251 ou 500 mcg par jour ou un équivalent), et qui nécessitent qu'un agoniste beta-2 à longue durée d'action soit ajouté. Les patients qui utilisent des produits en association doivent aussi avoir accès à un bronchodilatateur à courte action pour le soulagement de leur symptôme.			
02438798	GIL	ZYDELIG 100MG COMPRIMÉ	30-01-2017
02438801	GIL	ZYDELIG 150MG COMPRIMÉ	30-01-2017
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Critère pour une couverture initiale de six mois avec Zydlig: - Pour le traitement des patients atteints de récurrence de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en association avec le rituximab. Le traitement doit se poursuivre jusqu'à ce qu'il y ait une progression de la maladie ou une toxicité du médicament inacceptable.			
Critère d'évaluation aux 6 mois: - Pas d'évidence de progression de la maladie.			
97799342	UNO	INSET 30 INFUSION SETS, 43"	13-01-2017
Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).			
Le patient souffre de diabète de type 1; ET La pompe à insuline doit avoir été prescrite ou recommandée par un endocrinologue ou un prescripteur spécialisé qui a de l'expérience avec l'utilisation de pompe à insuline chez les enfants, adolescents et les adultes.			
00970328	PRN	FLEXI-T +300 DIU	06-02-2017
00970336	PRN	FLEXI-T +380 DIU	06-02-2017
Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).			
Couverture accordée pour un 1 stérilet tous les 12 mois.			

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02443066	BOE	OFEV 100MG CAPSULE	16-12-2016
02443074	BOE	OFEV 150MG CAPSULE	16-12-2016

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une première demande - la couverture est fournie pour une période de 7 mois (6 mois plus 4 semaines de plus pour permettre de répéter la mesure de la fonction respiratoire).

Pour le traitement de patients adultes ayant un diagnostic de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) de niveau léger à modéré qui répondent aux critères suivants:

- Le diagnostic est confirmé par un pneumologue et d'un CT-scan à haute résolution, effectué dans les 24 derniers mois; ET
- Toutes autres causes de maladies pulmonaires (i.e. une collagénose avec manifestations vasculaires ou une pneumonie d'hypersensibilité) doivent être exclues; ET
- La FPI de niveau léger à modéré est définie par la capacité vitale forcée (CVF) étant égale ou supérieure à 50% de la valeur prédite; ET
- Le patient doit être soigné par un médecin ayant de l'expérience avec la FPT.

Pour un renouvellement de couverture à 6 mois - la couverture est fournie pour une période de 6 mois.

- Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 6 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après les 6 mois de thérapie.

Pour des renouvellements subséquents de couverture à 12 mois - la couverture est fournie pour une période de 12 mois.

- Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 12 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après 12 mois de thérapie.

02393751	HLR	ESBRIET 267MG CAPSULE	23-12-2016
----------	-----	-----------------------	------------

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour une première demande - la couverture est fournie pour une période de 7 mois (6 mois plus 4 semaines de plus pour permettre de répéter la mesure de la fonction respiratoire).

Pour le traitement de patients adultes ayant un diagnostic de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI) de niveau léger à modéré qui répondent aux critères suivants:

- Le diagnostic est confirmé par un pneumologue et d'un CT-scan à haute résolution, effectué dans les 24 derniers mois; ET
- Toutes autres causes de maladies pulmonaires (i.e. une collagénose avec manifestations vasculaires ou une pneumonie d'hypersensibilité) doivent être exclues; ET
- La FPI de niveau léger à modéré est définie par la capacité vitale forcée (CVF) étant égale ou supérieure à 50% de la valeur prédite; ET
- Le patient doit être soigné par un médecin ayant de l'expérience avec la FPT.

Pour un renouvellement de couverture à 6 mois - la couverture est fournie pour une période de 6 mois.

- Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 6 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après les 6 mois de thérapie.

Pour des renouvellements subséquents de couverture à 12 mois - la couverture est fournie pour une période de 12 mois.

- Les patients NE doivent PAS souffrir d'une progression de la maladie qui est définie par un déclin absolu de la valeur prédite de la CVF égale ou supérieur à 10%, en se fondant sur la valeur du début de la thérapie jusqu'à la demande de renouvellement soit 12 mois plus tard. S'il y a eu progression de la maladie telle que définie précédemment, le résultat doit être validé avec la confirmation de la mesure de la fonction pulmonaire effectuée 4 semaines après 12 mois de thérapie.

02410702	SLX	ZAXINE 550MG COMPRIMÉ	09-11-2016
----------	-----	-----------------------	------------

Médicament à usage restreint (autorisation préalable nécessaire).

Pour la prévention des rechutes d'épisodes avérés d'encéphalopathie hépatique (EH) chez les patients:

- Qui sont incapables d'avoir un contrôle suffisant des récurrences d'EH après avoir pris uniquement le lactulose à une dose maximale tolérée; ET
- Lorsque rifaximin est associé à la prise de lactulose à une dose maximale tolérée.

DIN	FAB	NOM DE MARQUE	Date d'entrée en vigueur
02441144	AUR	AURO-RIZATRIPTAN 10MG COMPRIMÉ	17-01-2017
Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).			
Un total de 12 comprimés est autorisé par période de 30 jours.			
00330191	JAM	ST VITAMINE E NATURELLE 800U CAPSULE	19-01-2017
Médicament à usage restreint (autorisation préalable non nécessaire).			
Pour utilisation en raison de malabsorption.			

CHANGEMENT DE CRITÈRES

CHANGEMENT DANS LA COUVERTURE DE APTIVUS

Depuis le 6 décembre 2016, Aptivus sont couverts à titre de produit sans restrictions.

Ce changement s'applique aux DINs suivants:
02273322 APTIVUS 250MG CAPSULE

CHANGEMENT DANS LA COUVERTURE DE CELSENTRI

Depuis le 6 décembre 2016, Celsentri sont couverts à titre de produit sans restrictions.

Ce changement s'applique aux DINs suivants:
02299844 CELSENTRI 150MG COMPRIMÉ

CHANGEMENT DANS LA COUVERTURE DE INTELENCE

Depuis le 6 décembre 2016, Intelence sont couverts à titre de produit sans restrictions.

Ce changement s'applique aux DINs suivants:
02306778 INTELENCE 100MG COMPRIMÉ
02375931 INTELENCE 200MG COMPRIMÉ

CHANGEMENT DANS LA COUVERTURE DE ISENTRESS

Depuis le 6 décembre 2016, Isentress sont couverts à titre de produit sans restrictions.

Ce changement s'applique aux DINs suivants:
02301881 ISENTRESS 400MG COMPRIMÉ

CHANGEMENT DANS LA COUVERTURE DE BISMUTH SOUS FORME DE COMPRIMÉ ET DE LIQUIDE (PEPTO-BISMOL)

À compter du 3 janvier 2017, une limite de fréquence sera établie pour les produits de bismuth (Pepto-Bismol) sous forme de comprimé et de liquide. Le nombre maximal sera de 8 comprimés par jour pendant 14 jours, ou de 120 ml par jour du produit sous forme liquide pendant 14 jours. Le Comité consultatif sur les médicaments et les approches thérapeutiques (CCMAT) a recommandé ce changement dans la liste des produits admissibles par suite de l'examen des essais cliniques sur le bismuth. L'efficacité n'a été démontrée que pour le traitement de l'infection au *H. pylori* pendant une période maximale de 14 jours.

CHANGEMENT DANS LA COUVERTURE DE ZELDOX

Depuis le 20 janvier 2017, Zeldox sont couverts à titre de produit sans restrictions.

Ce changement s'applique aux DINs suivants:
02298597 ZELDOX 20MG CAPSULE
02298600 ZELDOX 40MG CAPSULE
02298619 ZELDOX 60MG CAPSULE
02298627 ZELDOX 80MG CAPSULE

CHANGEMENT DANS LA COUVERTURE DE ABILIFY MAINTENA

Depuis le 27 janvier 2017, Abilify Maintena sont couverts à titre de produit sans restrictions.

Ce changement s'applique aux DINs suivants:
02420864 ABILIFY MAINTENA 300MG INJECTION
02420872 ABILIFY MAINTENA 400MG INJECTION