



# Services de santé non assurés

Bulletin pharmaceutique

Janvier 2004

Le programme des SSNA fournit aux Indiens inscrits et aux Inuits résidant au Canada des services de santé supplémentaires, dont des médicaments d'ordonnance et des médicaments en vente libre.  
Consultez notre site Web : <http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ssna>

## AJOUTS À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

### MÉDICAMENTS COUVERTS SANS RESTRICTION

(En vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2003)

**1. Bimatoprost, solution ophtalmique, 0,03 % (Lumigan<sup>MD</sup> -Allergan Inc.)**

Le bimatoprost est indiqué pour réduire la pression intraoculaire chez les patients présentant un glaucome à angle ouvert ou une hypertension oculaire.

**2. Insuline asparte, solution injectable, 100 U/ml, (NovoRapid<sup>MD</sup> -NovoNordisk)**

Cet agent est indiqué pour le traitement du diabète sucré.

**3. Perindopril erbumine/indapamide, comprimé, 4 mg/1,25 mg (Coversyl Plus<sup>MD</sup>-Servier Canada Inc., autrefois appelé Biprel<sup>MD</sup>)**

Ce produit combiné est indiqué pour le traitement de l'hypertension légère ou modérée.

**4. Rosuvastatine, comprimé, 10 mg, 20 mg et 40 mg (Crestor<sup>MD</sup>- AstraZeneca)**

La rosuvastatine est indiquée pour abaisser les taux de lipides.

**5. Trandolapril, capsules, 1 et 2 mg, (Mavik<sup>MC</sup> - Laboratoires Abbott Ltée)**

Le trandolapril est indiqué pour le traitement de l'hypertension légère ou modérée.

## NOUVEAUX MÉDICAMENTS À USAGE RESTREINT

(Autorisation préalable requise)

(En vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2003)

**1. Ribavarin et peginterferon alfa 2b, injectable, (Pegetron<sup>MC</sup> - Schering Canada Inc.)**

Pegetron<sup>MC</sup> sera un médicament à usage restreint pour le traitement des patients novices aux essais cliniques présentant une hépatite C active confirmée par PCR, en l'absence de contre-indications documentées.

A. Pour les génotypes 1, 4, 5 et 6, un approvisionnement initial de 14 semaines sera autorisé. Un approvisionnement supplémentaire maximal de 34 semaines peut être autorisé si la charge virale du patient a diminué d'au moins 2 logs ou que le VHC est indétectable après 12 semaines (approvisionnement total de 48 semaines).

B. Pour les génotypes 2 ou 3, une couverture initiale d'au plus 24 semaines peut être autorisée. Les renouvellements ne seront pas couverts.

**2. Tiotropium, capsules pour inhalation, 18 mcg, (Spiriva<sup>MD</sup> - Pfizer Canada Inc.)**

Spiriva<sup>MD</sup> sera un médicament à usage restreint indiqué pour :

Le traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée\* ou sévère\* chez les patients qui présentent toujours des symptômes après un essai suffisamment long (2 à 4 mois) d'ipratropium, à raison de 4 bouffées 4 fois par jour.

\*Classification de la MPOC selon les symptômes/l'invalidité, établie par la Société canadienne de thoracologie :

This document is also available in English

"Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé"

Canada

Atteinte modérée : dyspnée attribuable à la MPOC, qui oblige le patient à s'arrêter après une marche d'environ 100 mètres (ou de quelques minutes) sur le plat.

Atteinte sévère : dyspnée attribuable à la MPOC, qui rend le patient incapable de quitter la maison ou à bout de souffle après s'être dévêtu, ou en présence d'une insuffisance respiratoire chronique ou de signes cliniques d'insuffisance cardiaque droite.

**3. Valdecoxib, comprimé, 10 mg, (Bextra<sup>MC</sup> - Pharmacia Canada Inc.)**

Le valdecoxib sera un médicament à usage restreint indiqué pour :

Les patients atteints d'arthrose qui ont été traités sans succès à l'acétaminophène et qui :

- A. n'ont pas obtenu de résultats adéquats avec deux autres AINS figurant sur la Liste, ou qui
- B. ont éprouvé un effet indésirable attribuable à deux autres AINS figurant sur la Liste, ou qui
- C. ont des antécédents de complications gastro-intestinales graves, telles que des saignements ou perforations;

Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde qui :

- A. n'ont pas obtenu de résultats adéquats avec deux autres AINS figurant sur la Liste, ou qui
- B. ont éprouvé un effet indésirable attribuable à deux autres AINS figurant sur la Liste, ou qui
- C. ont des antécédents de complications gastro-intestinales graves, telles que des saignements ou perforations.

**4. Sirolimus, comprimé, 1 mg, (Rapamune<sup>MD</sup> - Wyeth Pharmaceuticals)**

Ce médicament sera couvert en tant que deuxième traitement pour les patients traités sans succès au micophénolate mofétil.

**DÉCISION DU PROGRAMME DES SSNA DE NE PAS AJOUTER LES MÉDICAMENTS SUIVANTS À LA LISTE DES MÉDICAMENTS, APRÈS EXAMEN PAR LE COMITÉ FÉDÉRAL DE PHARMACOTHÉRAPIE**

Les médicaments suivants ne seront pas ajoutés à la Liste des médicaments des SSNA :

- 1. Desmopressin (Minirin<sup>MD</sup>), comprimé, 0,1 mg, 0,2 mg (Ferring Pharmaceuticals)**
- 2. Diclofénac (Pennsaid<sup>MD</sup>), solution topique à 1,5 % (Dimethaid Health Care Ltd.)**
- 3. Latanoprost/timolol (Xalacom<sup>MC</sup>), solution ophtalmique (Pharmacia Canada)**

**4. Pimecrolimus (Elidel<sup>MD</sup>), crème à 1 % (Novartis Pharmaceuticals Canada Inc.)**

**5. Rosiglitazone/metformine (Avandamet<sup>MC</sup>), comprimé (GlaxoSmithKline Inc.)**

**6. Trandolapril/vérapamil (Tarka<sup>MD</sup>), comprimé (Laboratoires Abbott Limitée)**

**7. Valdecoxib, comprimé, 20 mg, (Bextra<sup>MC</sup> - Pharmacia Canada Inc.)**

**PRODUITS RETIRÉS DE LA LISTE DES MÉDICAMENTS DES SSNA :**

Depuis le 27 novembre 2003, tous les produits contenant de la néfazodone ont été retirés de la Liste des médicaments des SSNA après que la néfazodone eut cessé d'être vendue au Canada.

**RESTRICTIONS DE LA QUANTITÉ ET DE LA FRÉQUENCE - BANDETTES RÉACTIVES POUR MESURER LA GLYCÉMIE**

À compter du 1<sup>er</sup> février 2004, une restriction de quantité sera appliquée aux bandelettes réactives servant à mesurer la glycémie. Le programme des SSNA couvrira en tout cinq bandelettes par jour pour une période de 100 jours (500 bandelettes tous les 100 jours). Tous les paiements effectués pour des bandelettes seront pris en compte dans le calcul de la quantité maximale autorisée. Le client n'aura pas besoin d'autorisation préalable pour obtenir la quantité permise pendant la période prescrite. Une fois la quantité maximale atteinte, une autorisation préalable sera requise. Pour plus de précisions concernant la couverture, veuillez consulter le site Web au :

[http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ssna/pharmacie/listedesmedicaments/therapeutique\\_3600.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/ssna/pharmacie/listedesmedicaments/therapeutique_3600.pdf)

**RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS CONCERNANT L'INNOCUITÉ DE PAXIL<sup>MD</sup> (TIRÉS DU SITE WEB DE LA DIRECTION DES PRODUITS THÉRAPEUTIQUES ET DATÉS DU 10-7-2003).**

Jusqu'à ce que de nouvelles données soient disponibles, PAXIL<sup>MD</sup> (chlorhydrate de paroxétine) ne devrait pas être employé chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans, en raison de la possibilité d'un risque accru de manifestations indésirables liées au suicide chez cette population de patients.

Pour de plus amples renseignements ou pour consulter d'autres avis émis par Santé Canada, veuillez consulter le site Web de Santé Canada au :

[http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index\\_advisories\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/index_advisories_f.html)