

Médicaments spécialisés et lignes directrices en matière d'approbation

(L'autorisation spéciale des médicaments peut varier selon les programmes)

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
ADCIRCA (tadalafil)	- Hypertension pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement de l'hypertension pulmonaire chez les patients qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel (p. ex. Flolan, Remodulin, etc.) - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
AMEVIVE (aléfacept)	- Pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques chronique d'intensité modérée à grave qui sont candidats au traitement par voie générale et à la photothérapie	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients âgés d'au moins 16 ans atteints de psoriasis en plaques chronique d'intensité modérée à grave couvrant au moins 10 % de la surface corporelle, qui ont connu un échec par la photothérapie ET par au moins deux traitements par voie générale ou qui y ont présenté une intolérance ET qui reçoivent un traitement administré par un dermatologue
APTIVUS (tipranavir)	- Traitement antiviral du VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui ont suivi au moins un traitement antirétroviral de chacune des sous-classes suivantes : inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et inhibiteurs de la protéase (IP). - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
ARANESP (érythropoïétine)	<ul style="list-style-type: none"> - Anémie liée à la chimiothérapie - Insuffisance rénale chronique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients dialysés atteints d'insuffisance rénale chronique - Pour les patients souffrant d'anémie liée à la chimiothérapie - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
ATRIPLA (éfavirenz emtricitabine ténofovir)	- Traitement antiviral du VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
AVONEX AVONEX PS (interféron bêta-1a)	<ul style="list-style-type: none"> - Sclérose en plaques, caractérisée par des rémissions et des rechutes - Sclérose en plaques chronique progressive 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial. - Cote de l'échelle EDSS requise
BARACLUDE (entécavir)	- Hépatite B chronique	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients atteints d'hépatite B chronique qui sont devenus réfractaires à la lamivudine ET qui ont connu un échec aux traitements d'association lamivudine/adéfovir ou lamivudine/ténofovir - Pour les patients souffrant d'hépatite B chroniques atteintes d'insuffisance hépatique grave (p. ex. cirrhose).

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
BETASERON (interféron bêta-1a)	<ul style="list-style-type: none"> - Sclérose en plaques, caractérisée par des rémissions et des rechutes - Sclérose en plaques chronique progressive 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial - Cote de l'échelle EDSS requise
BOTOX (toxine botulinique de type A)	<ul style="list-style-type: none"> - Blépharospasme - Strabisme - Torticolis - Dystonie cervicale - Paralyse cérébrale - Hyperhidrose 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement du blépharospasme et du strabisme chez les patients âgés d'au moins 12 ans - Pour le traitement du torticolis chez l'adulte - Pour le traitement de la spasticité et d'autres états cliniques approuvés - Pour le traitement de l'hyperhidrose axillaire
CAYSTON (aztréonam)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement des patients atteints de fibrose kystique qui présentent une infection pulmonaire par <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement des patients atteints de fibrose kystique confirmée qui présentent une infection par <i>Pseudomonas aeruginosa</i> et qui n'ont pas répondu ou qui ont manifesté une intolérance au traitement par TOBI - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial dans la mesure du possible
CELSENTRI (maraviroc)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement antiviral du VIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui ont suivi au moins un traitement antirétroviral de chacune des sous-classes suivantes : inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et inhibiteurs de la protéase (IP) - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
CIMZIA (Certolizumab pegol)	<ul style="list-style-type: none"> - Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients dont le diagnostic de polyarthrite active et évolutive a été confirmé et qui ont obtenu une réponse inadéquate avec le méthotrexate à une dose égale ou supérieure à 15 mg/semaine ET la léflunomide pendant une période de 3 mois
COPAXONE (acétate de glatiramère)	<ul style="list-style-type: none"> - Sclérose en plaques, caractérisée par des rémissions et des rechutes - Sclérose en plaques chronique progressive 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial. - Cote de l'échelle EDSS requise
DUODOPA (gel intestinal à base de lévodopa / carbidopa)	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie de Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé lorsque la maîtrise des symptômes moteurs invalidants et sévères n'a pas été satisfaisante avec d'autres traitements oraux - Les patients ayant répondu au médicament au cours de la phase d'essai sont soumis à un dépistage et suivis par des spécialistes dans des centres appropriés - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
ENBREL (étanercept)	<ul style="list-style-type: none"> - Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave - Polyarthrite rhumatoïde juvénile modérée à grave - Arthrite psoriasique - Spondylarthrite ankylosante - Pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques chronique, modéré ou grave, dont le cas relève d'un traitement général et de la photothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients dont le diagnostic de polyarthrite active et évolutive a été confirmé et qui ont obtenu une réponse inadéquate avec le méthotrexate à une dose égale ou supérieure à 15 mg/semaine ET la léflunomide pendant une période de 3 mois - Pour les patients dont le diagnostic de spondylarthrite ankylosante évolutive a été confirmé et que les AINS ne peuvent maîtriser et chez qui le score BASDAI est plus grand ou égal à 4 - Pour les patients âgés de plus de 18 ans atteints de psoriasis en plaques chronique, modéré ou grave, couvrant au moins 10 % de la surface corporelle, qui ont connu un échec par la photothérapie ET par au moins deux traitements à action générale ou qui y ont présenté une intolérance ET qui reçoivent un traitement administré par un dermatologue
EPREX (érythropoïétine)	<ul style="list-style-type: none"> - Anémie liée à la chimiothérapie - Insuffisance rénale chronique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients dialysés atteints d'insuffisance rénale chronique - Pour les patients souffrant d'anémie liée à la chimiothérapie - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
FASLODEX (fulvestrant)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement hormonal du cancer du sein localement avancé ou métastatique chez les femmes ménopausées 	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de deuxième intention chez les patientes qui n'ont pas répondu au tamoxifène et/ou aux inhibiteurs de l'aromatase ou chez qui ces agents ont entraîné des effets indésirables rebelles
FLUDARA (comprimé oral de fludarabine)	<ul style="list-style-type: none"> - Leucémie lymphoïde chronique (LLC) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui n'ont pas répondu adéquatement au traitement de première intention et qui ont satisfait aux critères suivants: - Le comprimé oral de fludarabine n'est pas remboursé par le régime d'assurance provincial où réside le candidat ET - Le candidat a d'abord fait l'essai du traitement par voie orale et par voie intraveineuse de la fludarabine et a manifesté une intolérance ou des effets indésirables à cet agent
FORTEO (tériparatide)	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéoporose - Ostéoporose associée à un traitement par glucocorticoïdes général prolongé 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients atteints d'ostéoporose grave et qui ont obtenu un résultat inférieur à -3,5 DS à la scintigraphie osseuse ET qui ont des antécédents de fractures non liés à un traumatisme au cours d'un traitement par bisphosphonates - Pour les patients atteints d'ostéoporose grave qui ont obtenu un résultat inférieur à -1,5 (É.T.) à la scintigraphie osseuse et ont reçu un traitement par glucocorticoïdes général prolongé d'au moins trois mois - Durée maximale du traitement à vie : 18 mois
FUZEON (enfuvirtide)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement antiviral du VIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui ont suivi au moins un traitement antirétroviral de chacune des sous-classes suivantes: inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et inhibiteurs de la protéase (IP) - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
GLEEVEC (imatinib)	<ul style="list-style-type: none"> - Leucémie myéloïde chronique - Tumeurs stromales gastro-intestinales 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique (LMC) en crise blastique ou en phase d'accélération lorsque le traitement par l'interféron est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré et que le patient est admissible à une greffe de cellules souches - Pour le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales récurrentes inopérables et/ou métastatiques - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
HEPSERA (adéfovir)	<ul style="list-style-type: none"> - Hépatite B chronique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients souffrant d'hépatite B chronique qui manifestent une résistance à la lamivudine ou atteints d'insuffisance hépatique grave (p. ex. cirrhose) - Pour les patients atteints d'hépatite B co-infectés par le VIH qui n'ont pas besoin d'un traitement antirétroviral extrêmement actif
HUMATROPE (hormone de croissance)	<ul style="list-style-type: none"> - Nanisme - Syndrome de Turner - Déficit en hormone de croissance chez l'adulte - Retard statural idiopathique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement des enfants et des adolescents âgés de moins de 17 ans atteints d'un déficit en hormone de croissance endogène ou d'insuffisance rénale associés au ralentissement de la croissance - Pour le traitement des patients de moins de 14 ans atteints du syndrome de Turner - Pour les adolescents/adultes qui présentaient un déficit en hormone de croissance au cours de leur enfance et chez qui le déficit en hormone de croissance a été confirmé à l'âge adulte. L'administration d'hormone de croissance pendant l'enfance doit être documentée. - Pour les adultes qui présentent un déficit en hormone de croissance ($GH \leq 5 \mu\text{g/L}$) accompagné d'autres déficits hormonaux, résultant d'une maladie hypophysaire (hypopituitarisme), d'une maladie hypothalamique, d'une chirurgie (ablation d'une tumeur de l'hypophyse), d'une radiothérapie ou d'un traumatisme. - Pour le traitement du retard statural idiopathique défini de la façon suivante : (i) poids normal à la naissance; (ii) évaluation diagnostique excluant d'autres causes connues de retard statural; (iii) taille d'au moins 2,25 écarts-types sous la moyenne pour l'âge et le sexe; (iv) vélocité staturale au-dessous du 25e percentile pour l'âge osseux; et (v) patients dont les épiphyses ne sont pas soudées - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
HUMIRA (adalimumab)	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie de Crohn - Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave - Arthrite psoriasique - Spondylarthrite ankylosante - Pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques chronique, modéré ou grave, dont le cas relève d'un traitement général et de la photothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients présentant une seule ou de nombreuses fistules de drainage ou pour les patients souffrant de la maladie de Crohn ET qui n'ont pas répondu à la corticothérapie par voie orale, à la sulfasalazine, à la mésalazine, à l'azathioprine, à la mercapto-6 purine, au méthotrexate ou à la cyclosporine - Pour les patients dont le diagnostic de polyarthrite active et évolutive a été confirmé et qui ont obtenu une réponse inadéquate avec le méthotrexate à une dose égale ou supérieure à 15 mg/semaine ET la léflunomide pendant une période de 3 mois - Pour les patients dont le diagnostic de spondylarthrite ankylosante évolutive a été confirmé et que les AINS ne peuvent maîtriser et chez qui le score BASDAI est plus grand ou égal à 4 - Pour les patients âgés de plus de 18 ans atteints de psoriasis en plaques chronique, modéré ou grave, couvrant au moins 10 % de la surface corporelle, qui ont connu un échec par la photothérapie ET par au moins deux traitements à action générale ou qui y ont présenté une intolérance ET qui reçoivent un traitement administré par un dermatologue
INFERGEN (interféron alfacon-1)	<ul style="list-style-type: none"> - Hépatite C 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui n'ont pas répondu au traitement par l'interféron alpha ou dont la maladie a récidivé après le traitement par cet agent
INTELENCE (etravirine)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement antiviral du VIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui ont suivi au moins un traitement antirétroviral de chacune des sous-classes suivantes : inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et inhibiteurs de la protéase (IP) - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
INTRON A (interféron alfa-2b)	<ul style="list-style-type: none"> - Hépatite chronique - Hépatite B chronique active - Leucémie myéloïde chronique (LMC) - Thrombocytose associée à la LMC - Myélome multiple - Lymphome non hodgkinien - Mélanome malin - Sarcome de Kaposi lié au SIDA - Leucémie à tricholeucocytes - Carcinome basocellulaire - Condylome acuminé 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
IRESSA (géfinitib)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de troisième intention du cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) localement avancé ou métastatique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui n'ont pas répondu à la chimiothérapie de première et de deuxième intention ou pour ceux qui ne sont pas admissibles au traitement de deuxième intention. Le traitement à base de platine et de docetaxel doit être documenté. Indice fonctionnel de l'ECOG de 3 ou moins - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
ISENTRESS (raltégravir)	- Traitement antiviral du VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui ont suivi au moins un traitement antirétroviral de chacune des sous-classes suivantes : inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et inhibiteurs de la protéase (IP) - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
KINERET (anakinra)	- Polyarthrite rhumatoïde	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients dont le diagnostic de polyarthrite active et évolutive d'intensité moyenne ou grave a été confirmé et qui ont obtenu une réponse inadéquate avec le méthotrexate à une dose égale ou supérieure à 15 mg/semaine ET la léflunomide pendant une période de 3 mois
LUCENTIS (ranibizumab)	- Dégénérescence maculaire à un stade avancé ou forme humide de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients ayant reçu un diagnostic de DMLA ET qui ne peuvent prendre Visudyne - Valider le lieu d'administration - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
MACUGEN (pegaptanib)	- Dégénérescence maculaire à un stade avancé ou forme humide de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients ayant reçu un diagnostic de DMLA ET qui ne peuvent prendre Visudyne - Valider le lieu d'administration - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
NEULASTA (pegfilgrastim)	- Neutropénie associée à la chimiothérapie ou à une greffe	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui requièrent un traitement au moyen de facteurs stimulants de colonies de granulocytes humains (G-CSF) pendant plus de 9 jours consécutifs OU qui n'ont pas répondu au traitement par Neupogen ou ont manifesté des effets indésirables intolérables - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
NEUPOGEN (filgrastim)	- Neutropénie associée à la chimiothérapie ou à une greffe	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
NEXAVAR (sorafenib)	<ul style="list-style-type: none"> - Hypernéphrome (à cellules claires) métastatique - Carcinome hépatocellulaire avancé 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui manifestent une résistance aux cytokines ou qui ne répondent pas à ce traitement - Pour les patients ayant un carcinome hépatocellulaire avancé qui ont une classification de Child-Pugh, classe A, et ont une électrocorticographie entre 0 et 2. - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
NUTROPIN SAIZEN SEROSTIM SOMATREM (somatropine)	<ul style="list-style-type: none"> - Nanisme - Syndrome de Turner - Déficit en hormone de croissance chez l'adulte 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement des enfants et des adolescents âgés de moins de 17 ans atteints d'un déficit en hormone de croissance endogène ou d'insuffisance rénale associés au ralentissement de la croissance - Pour le traitement des patients de moins de 14 ans atteints du syndrome de Turner. - Pour les adolescents/adultes qui présentaient un déficit en hormone de croissance au cours de leur enfance et chez qui le déficit en hormone de croissance a été confirmé à l'âge adulte. L'administration d'hormone de croissance pendant l'enfance doit être documentée. - Pour les adultes qui présentent un déficit en hormone de croissance ($GH \leq 5 \mu\text{g/L}$) accompagné d'autres déficits hormonaux, résultant d'une maladie hypophysaire (hypopituitarisme), d'une maladie hypothalamique, d'une chirurgie (ablation d'une tumeur de l'hypophyse), d'une radiothérapie ou d'un traumatisme. - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
OMNITROPE (somatropine)	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit en hormone de croissance chez l'enfant - Déficit en hormone de croissance chez l'adulte 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement des enfants et des adolescents âgés de moins de 17 ans atteints d'un déficit en hormone de croissance endogène ou d'insuffisance rénale associés au ralentissement de la croissance. - Pour les adolescents/adultes qui présentaient un déficit en hormone de croissance au cours de leur enfance et chez qui le déficit en hormone de croissance a été confirmé à l'âge adulte. L'administration d'hormone de croissance pendant l'enfance doit être documentée. - Pour les adultes qui présentent un déficit en hormone de croissance ($GH \leq 5 \mu\text{g/L}$) accompagné d'autres déficits hormonaux, résultant d'une maladie hypophysaire (hypopituitarisme), d'une maladie hypothalamique, d'une chirurgie (ablation d'une tumeur de l'hypophyse), d'une radiothérapie ou d'un traumatisme. - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
ORENCIA (abatacept)	<ul style="list-style-type: none"> - Polyarthrite rhumatoïde - Arthrite chronique juvénile modérée ou grave 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients dont le diagnostic de polyarthrite active et évolutive a été confirmé et qui ont obtenu une réponse inadéquate avec le méthotrexate à une dose égale ou supérieure à 15 mg/semaine ET la léflunomide pendant une période de 3 mois
PEGASYS, PEGASYS RBV PEGETRON PEGETRON REDIPEN REBETRON REDIPEN (peginterféron alfa-2b et ribavirine)	<ul style="list-style-type: none"> - Hépatite C - Hépatite B 	<ul style="list-style-type: none"> - Un traitement initial de 16 semaines sera approuvé pour tous les patients atteints d'hépatite C. Pour les patients infectés par les génotypes 2 et 3 de l'hépatite C, le traitement sera approuvé pour 8 semaines additionnelles et pour tous les autres génotypes, un traitement de 32 semaines additionnelles sera approuvé si les patients obtiennent une réponse au traitement initial mesurée par la réponse virale précoce - Pour les patients présentant une hépatite B chronique associée à une hépatopathie compensée, une inflammation du foie et une répllication virale (maladie cirrhotique et non cirrhotique). Un traitement initial de 16 semaines sera approuvé; un traitement de 32 semaines additionnelles sera approuvé en cas de réponse au traitement initial mesurée par séroconversion de l'AghBe ou par la réponse virale précoce

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
PREZISTA (darunavir)	- Traitement antiviral du VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients qui ont suivi au moins un traitement antirétroviral de chacune des sous-classes suivantes : inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et inhibiteurs de la protéase (IP) - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
PULMOZYME (dornase alfa)	- Mucoviscidose	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement des patients âgés d'au moins 5 ans ayant reçu un diagnostic de mucoviscidose dont la capacité vitale forcée est supérieure à 40 %
RAPTIVA (efalizumab)	- Pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques chronique, modéré ou grave, dont le cas relève d'un traitement général et de la photothérapie	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients âgés de plus de 18 ans atteints de psoriasis en plaques chronique, modéré ou grave, couvrant au moins 10 % de la surface corporelle, qui ont connu un échec par la photothérapie ET par au moins deux traitements à action générale ou qui y ont présenté une intolérance ET qui reçoivent un traitement administré par un dermatologue
REBIF REBIF –CARTOUCHE MULTIDOSE (interféron bêta-1a)	<ul style="list-style-type: none"> - Sclérose en plaques, caractérisée par des rémissions et des rechutes - Sclérose en plaques chronique progressive 	<ul style="list-style-type: none"> - Cote de l'échelle EDSS requise - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
RELISTOR (méthynaltrexone)	- Constipation due aux opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> - Patients atteints d'une maladie avancée, recevant des soins palliatifs, après un échec thérapeutique par laxatifs ou lavements classiques
REMICADE (infliximab)	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie de Crohn - Colite ulcéreuse évolutive modérée à grave - Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave - Arthrite psoriasique - Spondylarthrite ankylosante - Pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques chronique, modéré ou grave, dont le cas relève d'un traitement général et de la photothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients présentant une seule ou de nombreuses fistules de drainage ou pour les patients souffrant de la maladie de Crohn ET qui n'ont pas répondu à la corticothérapie par voie orale, à la sulfasalazine, à la mésalazine, à l'azathioprine, à la mercapto-6 purine, au méthotrexate ou à la cyclosporine - Pour les patients souffrant de colite ulcéreuse évolutive qui n'ont pas répondu ou ont manifesté une intolérance au traitement ou ne tolèrent pas la corticothérapie par voie orale, les produits de 5-ASA et/ou les immunosuppresseurs. - Pour les patients dont le diagnostic de polyarthrite active et évolutive a été confirmé et qui ont obtenu une réponse inadéquate avec le méthotrexate à une dose égale ou supérieure à 15 mg/semaine ET la léflunomide pendant une période de 3 mois - Pour les patients dont le diagnostic de spondylarthrite ankylosante évolutive a été confirmé et les symptômes ne peuvent être maîtrisés par les AINS, et chez qui le score BASDAI est plus grand ou égal à 4 - Pour les patients âgés de plus de 18 ans atteints de psoriasis en plaques chronique d'intensité modérée à grave couvrant au moins 10 % de la surface corporelle, qui ont connu un échec par la photothérapie ET par au moins deux traitements à action générale ou qui y ont présenté une intolérance ET qui reçoivent un traitement administré par un dermatologue
REVATIO (faible dose de sildénafil)	- Hypertension pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement de l'hypertension pulmonaire chez les patients qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel (p. ex. Flolan, Remodulin, etc.) - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
RILUTEK (riluzole)	- Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	- Pour le traitement de la SLA chez les patients qui présentent des symptômes depuis moins de 5 ans et qui ont encore une capacité vitale forcée de 60 % ou plus en l'absence de trachéotomie (6 mois, en vertu de l'autorisation)
RITUXAN (rituximab)	- Polyarthrite rhumatoïde	- Pour les patients qui n'ont pas répondu ou qui ont manifesté une intolérance à au moins un traitement anti-TNF.
SANDOSTATIN (octréotide)	- Tumeurs carcinoïdes métastatiques et tumeurs intestinales sécrétant des peptides vasoactifs (VIPomes) - Acromégalie	- Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
SATIVEX (tétrahydro-cannabinol et vaporisateur buccal de cannabidiol)	- Pour le soulagement de la douleur neuropathique en présence de sclérose en plaques chez l'adulte	- Pour le patient adulte atteint de sclérose en plaques souffrant de douleur neuropathique qui a essayé d'autres médicaments tels que des analgésiques, des opioïdes, des antidépresseurs ou des anticonvulsivants qui n'ont entraîné que peu ou pas d'effets
SENSIPAR (cinacalcet)	- Hyperparathyroïdie résultant d'une néphropathie chronique	- Pour les patients atteints d'hyperparathyroïdie résultant d'une néphropathie chronique et présentant des taux de parathormone supérieurs à 33 pmol/L ou 300 pg/mL
SIMPONI (golimumab)	- Polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave - Arthrite psoriasique - Spondylarthrite ankylosante	- Pour les patients dont le diagnostic de polyarthrite active et évolutive a été confirmé et qui ont obtenu une réponse inadéquate avec le méthotrexate à une dose égale ou supérieure à 15 mg/semaine ET la léflunomide pendant une période de 3 mois - Pour les patients dont le diagnostic de spondylarthrite ankylosante évolutive a été confirmé et les symptômes ne peuvent être maîtrisés par les AINS, et chez qui le score BASDAI est plus grand ou égal à 4
SOMATULINE AUTOGEL (lanréotide)	- Traitement de l'acromégalie	- Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
SOMAVERT (pegvisomant)	- Traitement de l'acromégalie	- Pour les patients qui n'ont pas répondu à la chirurgie et/ou à la radiothérapie et à d'autres traitements médicamenteux OU ne peuvent être soumis à une chirurgie, à la radiothérapie ou à d'autres traitements
SPRIAFIL (posaconazole)	- Traitement de l'aspergillose invasive - Prophylaxie ou prévention des infections à <i>Aspergillus</i> ou à <i>Candida</i> chez les patients atteints de neutropénie prolongée ou recevant une greffe de cellules souches - Traitement de la candidose oropharyngée	- Pour les patients atteints d'aspergillose invasive qui n'ont pas répondu à l'amphotéricine B ou à l'itraconazole ou qui ne peuvent tolérer ces agents - Pour la prophylaxie ou la prévention des infections à <i>Aspergillus</i> ou à <i>Candida</i> chez les patients qui n'ont pas répondu au fluconazole ou ne le tolèrent pas - Pour le traitement de la candidose oropharyngée chez les patients qui n'ont pas répondu au fluconazole ou à l'itraconazole ou ne tolèrent pas ces agents
SPRYCEL (dasatinib)	- Leucémie myéloïde chronique	- Pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique (LMC) chez les patients qui n'ont pas répondu à Gleevec - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
STELARA (ustekinumab)	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement des patients atteints de psoriasis en plaques chronique, modéré ou grave, dont le cas relève d'un traitement général et de la photothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients âgés de plus de 18 ans atteints de psoriasis en plaques chronique, modéré ou grave, couvrant au moins 10 % de la surface corporelle, qui ont connu un échec par la photothérapie ET par au moins deux traitements à action générale ou qui y ont présenté une intolérance ET qui reçoivent un traitement administré par un dermatologue.
SUTENT (sunitinib)	<ul style="list-style-type: none"> - Tumeurs stromales gastro-intestinales - Traitement de première intention de l'hypermérome métastatique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients atteints de tumeurs stromales gastro-intestinales qui ont connu un échec au traitement par Gleevec imatinib ou qui n'ont pas répondu à ce traitement - Diagnostic d'hypermérome métastatique. Indice fonctionnel de l'ECOG de 2 ou moins documenté - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
TARCEVA (erlotinib)	<ul style="list-style-type: none"> - Third-line treatment of locally advanced or metastatic Non-Small Cell Lung Cancer ("NSCLC") 	<ul style="list-style-type: none"> - For patients who have tried and failed first-line and second-line chemotherapy or are ineligible for second-line therapy. Treatment with platinum compounds and docetaxel must be documented. ECOG performance status must be three or less - Coordinate with provincial government program
TASIGNA (nilotinib)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de deuxième intention de la leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase d'accélération chez les patients porteurs du chromosome Philadelphie (Ph+) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les adultes réfractaires OU intolérants à au moins un traitement antérieur, dont l'imatinib - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
TEMODAL (témozolomide)	<ul style="list-style-type: none"> - Tumeurs du cerveau, astrocytome 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement de deuxième intention d'un glioblastome multiforme ou d'un astrocytome - Pour le traitement d'un glioblastome multiforme nouvellement diagnostiqué simultanément avec la radiothérapie et la thérapie post-radique.
THELIN (sitaxsentan)	<ul style="list-style-type: none"> - Hypertension pulmonaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement de l'hypertension pulmonaire chez les patients qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel (p. ex. Flolan, Remodulin, etc.) - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
THYROGEN (thyrotropine alfa pour injection)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement adjuvant de la scintigraphie à l'iode radioactif pour le suivi du cancer de la thyroïde 	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients doivent avoir un cancer bien différencié de la thyroïde ET avoir essayé, ou sans pouvoir le tolérer, de cesser la thérapie hormonale thyroïdienne suppressive (c.-à-d. sevrage de la thyroxine exogène - Eltroxin, Synthroid) - Valider le lieu d'administration
TRACLEER (bosentan)	<ul style="list-style-type: none"> - Hypertension pulmonaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement de l'hypertension pulmonaire chez les patients qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel (p. ex. Flolan, Remodulin, etc.) - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
TYKERB (lapatinib)	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer du sein métastatique ou avancé 	<ul style="list-style-type: none"> - Combiné à Xeloda, pour les patients avec des tumeurs qui ont une surexpression du récepteur ErbB-2 (HER2), qui ont essayé, mais sans succès le taxane, l'antracycline et le trastuzumab. - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
TYSABRI (natalizumab)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de la sclérose en plaques rémittente-récurrente chez les patients qui ont obtenu une réponse inadéquate ou ont manifesté une intolérance à d'autres traitements de la sclérose en plaques 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour la sclérose en plaques rémittente, chez les patients qui ont obtenu une réponse inadéquate ou ont manifesté une intolérance à d'autres traitements. Des lésions doivent être visibles à l'IRM cérébrale, le patient doit avoir une cote EDSS inférieure à 6 et avoir fait au moins une rechute au cours de l'année précédente - Les patients atteints de SEP grave évoluant rapidement doivent avoir eu au moins deux épisodes de récurrences invalidantes au cours d'une année et au moins 9 lésions hyperintenses en T2 à l'IRM cérébrale ou au moins une lésion rehaussée par injection de gadolinium - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
VALCYTE VALCYTE – poudre pour suspension buvable (valganciclovir)	<ul style="list-style-type: none"> - Rétinite à cytomégalovirus 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement de la rétinite causée par le cytomégalovirus (CMV) chez les patients atteints du VIH ou immunodéprimés
VFEND (voriconazole)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de l'aspergillose invasive - Traitement de la septicémie à <i>Candida</i> chez les patients non neutropéniques et des infections à <i>Candida</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement de l'aspergillose invasive réfractaire à d'autres traitements - Pour les patients atteints de septicémie à <i>Candida</i> qui n'ont pas répondu à l'amphotéricine B et au fluconazole ou qui ne les tolèrent pas, ou qui présentent une infection à <i>Candida</i> de souche réfractaire au fluconazole - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
VISUDYNE (vertéporfine)	<ul style="list-style-type: none"> - Dégénérescence maculaire liée à l'âge - Myopie pathologique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge chez les patients atteints d'une néovascularisation d'au moins 50 % de la surface maculaire ET sans couverture médicale dans la province de résidence
VOLIBRIS (ambrisentan)	<ul style="list-style-type: none"> - Hypertension pulmonaire primaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire primitive (HAP) et de l'hypertension pulmonaire résultant d'une maladie du tissu conjonctif ET - chez les patients dont les symptômes correspondent à la classe fonctionnelle II ou III, qui n'ont pas répondu au traitement classique et pour lesquels il n'existe aucun traitement de rechange - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
XELODA (capécitabine)	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer colorectal métastatique - Traitement adjuvant du cancer du côlon de stade C selon la classification de Dukes - Cancer du sein métastatique 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner avec le programme du gouvernement provincial
XEOMIN (toxine botulinique de type A)	<ul style="list-style-type: none"> - Blépharospasme - Dystonie cervicale (torticolis spasmodique) - Hypertonie spastique post-AVC des membres supérieurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le traitement du blépharospasme chez les patients âgés d'au moins 18 ans - Pour le traitement du torticolis chez l'adulte - Pour le traitement de l'hypertonie spastique post-AVC des membres supérieurs chez les adultes

MÉDICAMENT	MALADIE	LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE D'APPROBATION
XOLAIR (omalizumab)	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les adultes et les adolescents (âgés d'au moins 12 ans) atteints d'asthme modéré à grave et qui ont obtenu un résultat positif à un test cutané 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes atteintes d'asthme modéré à grave qui ont obtenu un résultat positif à un test cutané ou à une épreuve de réactivité in vitro à un pneumallergène aperiodique avec un taux initial d'IgE se situant entre 30-700 UI/mL et chez qui un traitement concomitant par des corticostéroïdes pour inhalation, des bêta-agonistes à longue durée d'action et des agonistes des récepteurs des leucotriènes ne permet pas de maîtriser adéquatement l'asthme OU - Si l'un des médicaments mentionnés précédemment ne peut être utilisé en concomitance avec une combinaison de trois des quatre agents suivants : corticostéroïdes pour inhalation, bêta-agonistes à longue durée d'action, agonistes des récepteurs des leucotriènes et/ou théophylline à action prolongée
XYREM (oxybate de sodium)	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement de la cataplexie (perte soudaine de la force musculaire) chez les patients narcoleptiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic de narcolepsie associée à des symptômes chroniques de cataplexie