

LISTE DE MÉDICAMENTS

Régime général d'assurance médicaments

Site Internet : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>
Courriel : services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca
INFO PROF : Québec (418) 528-7763
Montréal, ailleurs au Québec 1 800 463-7763

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

POUR RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :
Professionnels de la santé (autres que pharmaciens)
Service de l'assistance aux professionnels
Pharmaciens
Centre de support aux pharmaciens

Sillery, le 22 octobre 2002

À l'attention des pharmaciens propriétaires et des détenteurs de la Liste de médicaments (format de poche) d'octobre 2002

Modification n° 1 à la 12^e édition de la Liste de médicaments d'octobre 2002 en vigueur le 23 octobre 2002

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a autorisé la publication d'une modification à la Liste de médicaments d'octobre 2002.

Cette modification entrera en vigueur le **23 octobre 2002**.

En outre, veuillez prendre note de cet AVIS IMPORTANT :

En 2003, les dates des éditions des *Listes de médicaments* seront les 1^{er} février, 1^{er} juin et 1^{er} octobre. Conséquemment, il n'y aura pas de mise à jour le 1^{er} janvier 2003.

Vous trouverez en annexe à ce communiqué :

1.0 Des tableaux distincts concernant :

- 1.1 Modifications à certains produits (page 1/1);
- 1.2 Nouveaux produits inscrits (page 1/1);

2.0 D'autres renseignements concernant :

- 2.1 Mise à jour de l'annexe IX de la section des renseignements généraux concernant les médicaments d'exception (voir l'annexe A ci-jointe);
- 2.2 Capsules pharmacothérapeutiques du 23 octobre 2002 (voir l'annexe B ci-jointe);
- 2.3 Mise à jour de l'annexe VIII (voir l'annexe C ci-jointe);

1.0 TABLEAUX

1.1 [Modifications à certains produits](#) (page 1/1)

Ces changements peuvent viser d'autres éléments que le prix du médicament.

1.2 [Nouveaux produits inscrits](#) (page 1/1)

Trois nouvelles inscriptions concernant deux médicaments d'exception.

2.0 AUTRES RENSEIGNEMENTS

2.1 Mise à jour de l'annexe IX : Liste des médicaments d'exception et des indications reconnues pour leur paiement

Voir [l'annexe A](#) ci-jointe.

2.2 Capsules pharmacothérapeutiques du 23 octobre 2002

Voir [l'annexe B](#) ci-jointe.

2.3 Mise à jour de l'annexe VIII

« Produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum »

Ajout des produits ci-dessous à [l'annexe C](#) ci-jointe.

| Fabricant | Marque de commerce | Conditionnement |
|-----------|---------------------------|-----------------|
| W.A.C. | Enbrel Pd Inj. S.C. 25 mg | 4 fioles |
| Actelion | Tracleer Co. 62,5 mg | 60 comprimés |
| Actelion | Tracleer Co. 125 mg | 60 comprimés |

Veillez conserver ce communiqué jusqu'à la publication d'une nouvelle édition.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

Pièces jointes

c. c. Développeurs de logiciels de facturation – Pharmacie


MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

MODIFICATION À CERTAINS PRODUITS EN VIGUEUR LE 23 OCTOBRE 2002

| CODE | MARQUE DE COMMERCE | FABRICANT | FORMAT | COÛT DU FORMAT | PRIX UNITAIRE |
|------|--------------------|-----------|--------|----------------|---------------|
|------|--------------------|-----------|--------|----------------|---------------|

8:12.02

AMINOSIDES

TOBRAMYCINE (SULFATE DE) 

| | | | | | |
|------------|--------|-----------------|------|------|--|
| Sol. Inj. | | 40 mg/mL P.P.B. | | | |
| * 00325449 | Nebcin | Lilly | 2 mL | 4.82 | |

92:00

AUTRES MÉDICAMENTS

COLCHICINE

| | | | | | |
|------------|------------|--------|-----|-------|--------|
| Co. | | 0,6 mg | | | |
| * 00572349 | Colchicine | Odan | 500 | 97.50 | 0.1950 |
| Co. | | 1 mg | | | |
| * 00621374 | Colchicine | Odan | 100 | 37.80 | 0.3780 |

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

ÉPOÉTINE ALFA 

| | | | | | |
|------------|-------|------------------|---|--------|----------|
| Seringue | | 10 000 UI/1,0 mL | | | |
| * 02231587 | Eprex | J.O.I. | 6 | 803.70 | 133.9500 |

NOUVEAUX PRODUITS INSCRITS EN VIGUEUR LE 23 OCTOBRE 2002

| CODE | MARQUE DE COMMERCE | FABRICANT | FORMAT | COÛT DU FORMAT | PRIX UNITAIRE |
|------|--------------------|-----------|--------|----------------|---------------|
|------|--------------------|-----------|--------|----------------|---------------|

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

BOSENTAN 

| | | | | | |
|------------|----------|----------|----|---------|---------|
| Co. | | 62.5 mg | | | |
| + 02244981 | Tracleer | Actelion | 60 | 3594.00 | 59.9000 |
| Co. | | 125 mg | | | |
| + 02244982 | Tracleer | Actelion | 60 | 3594.00 | 59.9000 |

ÉTANERCEPT 

| | | | | | |
|--------------|--------|--------|---|--------|----------|
| Pd Inj. S.C. | | 25 mg | | | |
| + 02242903 | Enbrel | W.A.C. | 4 | 660.00 | 165.0000 |

ANNEXE A

MODIFICATIONS DE L'ANNEXE IX DE LA SECTION DES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

AJOUTER LES MÉDICAMENTS SUIVANTS :

BOSENTAN

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit primitive ou secondaire à la sclérodermie, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal;

Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

ÉTANERCEPT

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave;

Lors de l'initiation du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions au niveau radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la protéine C-réactive;
 - une élévation de la vitesse de sédimentation;

et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication significatives, l'un des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - le léflunomide à la dose de 20 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la protéine C-réactive;
 - une réduction de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une amélioration de 0,20 du score de HAQ;
 - un retour au travail.

La première demande de poursuite de traitement est autorisée pour une période de 6 mois, les suivantes le seront pour 12 mois.

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 25 mg 2 fois par semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique;

Lors de l'initiation du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la protéine C-réactive;
 - une élévation de la vitesse de sédimentation;

et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/M² ou plus (maximum 20 mg par dose) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants, soit :
 - une diminution de 20 % ou plus de la protéine C-réactive;
 - une réduction de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une amélioration de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du patient ou du parent (échelle visuelle analogue);

- une amélioration de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement.

La première demande de poursuite de traitement est autorisée pour une période de 6 mois, les suivantes le seront pour 12 mois.

| |
|--|
| Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 0,4 mg/kg (maximum 25 mg) 2 fois par semaine. |
|--|

IMATINIB

AJOUTER L'INDICATION SUIVANTE À LA SUITE DE CELLES DÉJÀ PRÉSENTES

- ◆ pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique avec présence du récepteur c-kit (CD117);

L'autorisation initiale est pour la dose quotidienne de 400 mg pour une durée de 6 mois.

Une autorisation pour la dose quotidienne de 600 mg pourra être obtenue avec l'évidence d'une progression de la maladie, confirmée par imagerie, après un minimum de 3 mois de traitement à la dose quotidienne de 400 mg.

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'une réponse complète, partielle ou d'une stabilisation de la maladie, confirmée par imagerie.

Les autorisations seront données pour des périodes de 6 mois.

INFLIXIMAB

AJOUTER LES INDICATIONS SUIVANTES À LA SUITE DE CELLES DÉJÀ PRÉSENTES

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave;

Lors de l'initiation du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois:

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions au niveau radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la protéine C-réactive;
 - une élévation de la vitesse de sédimentation;

et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication significatives, l'un des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - le léflunomide à la dose de 20 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la protéine C-réactive;
 - une réduction de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une amélioration de 0,20 du score de HAQ;
 - un retour au travail.

La première demande de poursuite de traitement est autorisée pour une période de 6 mois, les suivantes le seront pour 12 mois.

| |
|--|
| Les autorisations pour l'infliximab sont données à raison de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14 ^e semaine. |
|--|

- ◆ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique;

Lors de l'initiation du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la protéine C-réactive;
 - une élévation de la vitesse de sédimentation;

et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/M² ou plus (maximum 20 mg par dose) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants, soit:
 - une diminution de 20 % ou plus de la protéine C-réactive;
 - une réduction de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une amélioration de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du patient ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une amélioration de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement.

La première demande de poursuite de traitement est autorisée pour une période de 6 mois, les suivantes le seront pour 12 mois.

| |
|--|
| Les autorisations pour l'infliximab sont données à raison de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14 ^e semaine. |
|--|

**CAPSULES PHARMACOTHÉRAPEUTIQUES
LISTE DE MÉDICAMENTS DU RÉGIME GÉNÉRAL
AMENDEMENT DU 23 OCTOBRE 2002**

Avis d'inscription

1. Gleevec^{mc} (Novartis), imatinib (mésylate d') caps. 100 mg

L'imatinib est inscrit dans la section des médicaments d'exception depuis janvier 2002 pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique. Le 7 août dernier, un avis de conformité a été accordé pour l'imatinib dans le traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI). Comme il n'existe actuellement aucun autre traitement efficace pour les TSGI et qu'une intervention rapide est essentielle pour la survie de ces patients, le Conseil a recommandé de façon prioritaire l'ajout d'une nouvelle indication reconnue pour le paiement de l'imatinib dans la section des médicaments d'exception de la Liste de médicaments du régime général. **La nouvelle indication reconnue pour le paiement de l'imatinib est :**

- ◆ **pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique avec présence du récepteur c-kit (CD117);**

L'autorisation initiale est pour la dose quotidienne de 400 mg pour une durée de 6 mois.

Une autorisation pour la dose quotidienne de 600 mg pourra être obtenue avec l'évidence d'une progression de la maladie, confirmée par imagerie, après un minimum de 3 mois de traitement à la dose quotidienne de 400 mg.

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'une réponse complète, partielle ou d'une stabilisation de la maladie, confirmée par imagerie.

Les autorisations seront données pour des périodes de 6 mois.

2. Tracleer^{mc} (Actelion), bosentan co. 62,5 mg et 125 mg

Le Tracleer^{mc} est le premier antagoniste non peptidique des récepteurs de l'endothéline approuvé pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire primitive ou secondaire à la sclérodémie. Les données cliniques supportent l'usage de ce médicament, pour administration orale, dans cette indication. Le coût annuel de traitement avec Tracleer^{mc} pour un patient est de 43 727 \$. Comme l'hypertension artérielle pulmonaire est une maladie rare et que le coût du traitement est très élevé, le Conseil croit que le remboursement de Tracleer^{mc} doit être fait dans un cadre favorisant son utilisation optimale. C'est pourquoi il a recommandé l'inscription de Tracleer^{mc} dans la section des médicaments d'exception de la Liste de médicaments du régime général. **L'indication reconnue pour le paiement est :**

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit primitive ou secondaire à la sclérodermie, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal;

Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

Avis concernant les agents biologiques dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde

1. **Enbrel^{mc} (W.A.C.), étanercept pd inj. s.c. 25 mg**
Remicade^{mc} (Schering), infliximab pd perf.i.v. 100 mg

L'étanercept (Enbrel^{mc}) et l'infliximab (Remicade^{mc}) sont des médicaments d'une nouvelle classe d'anti-inflammatoires, les agents modulateurs de la réponse biologique. Le Remicade^{mc} est inscrit depuis janvier 2002 dans la section des médicaments d'exception pour le traitement de la maladie de Crohn. Les deux agents sont indiqués pour la réduction des signes et symptômes de la polyarthrite rhumatoïde modérée et grave chez les personnes qui ont présenté une réponse inadéquate à un ou à plusieurs agents de rémission de la maladie. Le Conseil est parvenu à cibler les personnes qui pourraient bénéficier le plus du traitement avec ces médicaments. C'est pourquoi, il a recommandé l'inscription d'Enbrel^{mc} dans la section des médicaments d'exception de la Liste de médicaments du régime général, et l'ajout d'une indication reconnue pour le paiement de Remicade^{mc} dans la Liste de médicaments du régime général. Les indications reconnues pour le paiement de l'étanercept et de l'infliximab sont les mêmes, mis à part les autorisations de doses spécifiques à chaque produit (encadrées dans le présent document).

Les indications reconnues pour le paiement d'Enbrel^{mc} et Remicade^{mc} sont :

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave;

Lors de l'initiation du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions au niveau radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la protéine C-réactive;
 - une élévation de la vitesse de sédimentation;

et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication significatives, l'un des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

ou

 - le léflunomide à la dose de 20 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la protéine C-réactive;
 - une réduction de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une amélioration de 0,20 du score de HAQ;
 - un retour au travail.

La première demande de poursuite de traitement est autorisée pour une période de 6 mois, les suivantes le seront pour 12 mois.

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 25 mg 2 fois par semaine.

Les autorisations pour l'infliximab sont données à raison de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique;

Lors de l'initiation du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la protéine C-réactive;
 - une élévation de la vitesse de sédimentation;

et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/M² ou plus (maximum 20 mg par dose) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants, soit :
 - une diminution de 20 % ou plus de la protéine C-réactive;
 - une réduction de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une amélioration de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du patient ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une amélioration de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement.

La première demande de poursuite de traitement est autorisée pour une période de 6 mois, les suivantes le seront pour 12 mois.

Les autorisations pour l'éтанercept sont données à raison de 0,4 mg/kg (maximum 25 mg) 2 fois par semaine.

Les autorisations pour l'infliximab sont données à raison de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

Avis de refus pour la valeur thérapeutique

2. Kineret^{mc} (Amgen), anakinra ser. 100 mg

L'anakinra est un antagoniste du récepteur de l'interleukine-1 (IL-1). C'est un modulateur de la réponse biologique tout comme l'infliximab et l'éтанercept, bien que son mécanisme d'action soit différent. Il est indiqué pour réduire les signes et symptômes de la polyarthrite rhumatoïde évolutive. Les membres considèrent que les données actuelles sont insuffisantes pour statuer sur la valeur thérapeutique de l'anakinra à la dose actuellement recommandée de 100 mg. C'est pourquoi le Conseil a recommandé le refus de l'inscription de Kineret^{mc} sur la Liste de médicaments du régime général.

Annulation de hausse de prix d'Éprex^{mc}, seringue, 10 000 U.I./ml

1. Éprex^{mc} (J.O.I.) époétine alfa ser. 10 000 U.I./ml

À l'occasion des travaux de la mise à jour des listes de médicaments qui entraînent en vigueur le 1^{er} octobre 2002, le fabricant Janssen-Ortho Inc. avait demandé une hausse du prix de cette teneur d'Éprex^{mc} (10 000 U.I. /mL) pour l'uniformiser à celui des autres teneurs inscrites à un prix plus élevé. Le Conseil avait recommandé d'accepter cette hausse qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2002. Or, le fabricant informait le Conseil qu'il annulait cette hausse de prix et confirmait que le prix d'Éprex en seringue préremplie de 10 000 U.I. demeurerait à 133,95 \$. Le Conseil a donc recommandé de modifier le prix de ce produit pour le ramener à son niveau d'avant le 1^{er} octobre 2002.

« Capsules pharmacothérapeutiques » est un bulletin d'information du Conseil consultatif de pharmacologie destiné à tous les médecins et pharmaciens du Québec. La reproduction totale ou partielle, sur quelque support que ce soit, des publications du Conseil consultatif de pharmacologie est permise, à la condition de ne pas modifier le texte et de mentionner la source. L'utilisation du nom du Conseil ou toute autre allusion aux guides ou aux bulletins du Conseil consultatif de pharmacologie à des fins publicitaires sont formellement interdites sous peine de poursuites.

Le texte des « Capsules pharmacothérapeutiques » est disponible sur le site Internet du Conseil consultatif de pharmacologie, dans la section « Publications », à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/ccp

Pour tout renseignement supplémentaire :

**Conseil consultatif de pharmacologie
1126, chemin St-Louis, 6^e étage,
Sillery (Québec)
G1S 1E5**

ANNEXE VIII

PRODUITS POUR LESQUELS LA MARGE BÉNÉFICIAIRE DU GROSSISTE
EST LIMITÉE À UN MONTANT MAXIMUM

| Fabricant | Marque de commerce | Conditionnement |
|-----------|--|-----------------|
| GSK | Agénérase Caps. 150 mg | 240 capsules |
| Shire | Agrylin Caps. 0.5 mg | 100 capsules |
| Novartis | Aredia Pd. Perf. I.V. 90 mg | 1 fiole |
| Biogen | Avonex Pd Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI) | 4 fioles |
| Berlex | Betaseron Pd. Inj. 0.3 mg | 15 x 3 mL |
| GWB | Combivir Co. 150 mg – 300 mg | 60 comprimés |
| Teva | Copaxone Pd. Inj. s.c. 20 mg | 32 fioles |
| Teva | Copaxone Seringue 20 mg/mL | 30 seringues |
| Merck | Crixivan Caps. 200 mg | 360 capsules |
| Roche | Cytovène Caps. 500 mg | 90 capsules |
| Abbott | Dilaudid-XP Sol. Inj. 50 mg/mL (50 mL) | 2 fioles |
| W.A.C. | Enbrel Pd Inj. S.C. 25 mg | 4 fioles |
| J.O.I. | Eporex Seringue 6,000 UI/0.6 mL | 6 seringues |
| J.O.I. | Eporex Seringue 8,000 UI/0.8 mL | 6 seringues |
| J.O.I. | Eporex Seringue 10,000 UI/1.0 mL | 6 seringues |
| Novartis | Gleevec Caps 100 mg | 120 capsules |
| Mc Gaw | Hepatic-Aid II 127 g/sac. | 24 sachets |
| Lilly | Humatrope Cartouche 12 mg | 1 cartouche |
| Sabex | Hydromorphone HP 50 Sol. Inj. 50 mg/mL (50 mL) | 1 fiole |
| Schering | Intron A (sans albumine) Sol. Inj. S.C. (Ser.) 60 millions U.I. / 1.2 mL | 1 x 1.2 mL |
| Roche | Invirase Caps. 200 mg | 270 capsules |
| Abbott | Kaletra Caps. 133.3 mg – 33.3 mg | 180 capsules |
| Novartis | Liorésal Intrathécal Sol. Inj. 0.5 mg/mL (20 mL) | 5 ampoules |
| Novartis | Liorésal Intrathécal Sol. Inj. 2 mg/mL (5 mL) | 5 ampoules |
| Abbott | Lupron Dépôt Trousse 11.25 mg | 1 trousse |
| Abbott | Lupron Dépôt Trousse 22.5 mg | 1 trousse |
| Abbott | Lupron Dépôt Trousse 30 mg | 1 trousse |
| GSK | Mepron Susp. orale 150 mg/mL | 210 mL |
| Amgen | Neupogen Sol. Inj. 300 mcg/mL (1.0 mL) | 10 fioles |
| Amgen | Neupogen Sol. Inj. 300 mcg/mL (1.6 mL) | 10 fioles |
| Bayer | Nimotop Caps. 30 mg | 100 capsules |
| W.A.C. | Norplant trousse 36 mg | 1 trousse |
| Fujisawa | Prograf Caps. 5 mg | 100 capsules |
| Roche | Protropin Pd. Inj. 10 mg | 2 fioles |
| Roche | Pulmozyme Sol. pour Inh. 1 mg/mL (2.5 mL) | 30 x 2.5 mL |
| Schering | Rebetron (70) Trousse 200 mg-6 millions U.I./mL | 1 trousse |
| Schering | Rebetron (70) Trousse 200 mg-15 millions U.I./mL (1.2 mL) | 1 trousse |
| Schering | Rebetron (84) Trousse 200 mg-6 millions U.I./mL | 1 trousse |
| Schering | Rebetron (84) Trousse 200 mg-15 millions U.I./mL (1.2 mL) | 1 trousse |
| Serono | Rebif Seringue 44 mcg (12 MUI) | 3 seringues |
| Serono | Rebif Seringue 44 mcg (12 MUI) | 12 seringues |
| J.O.I. | Regranex Gel. top. 0.01 % | 15 g |
| Schering | Remicade Pd. perf. I.V. | 1 fiole |
| Aventis | Rilutek Co. 50 mg | 60 comprimés |
| Novartis | Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 10 mg | 1 fiole |
| Novartis | Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 20 mg | 1 fiole |
| Novartis | Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 30 mg | 1 fiole |
| Aventis | Suprefact Dépôt Implant 6.3 mg | 1 implant |

| Fabricant | Marque de commerce | Conditionnement |
|------------|--|-----------------|
| Aventis | Suprefact Dépôt 3 mois Implant 9.45 mg | 1 implant |
| Schering | Temodal Caps. 100 mg | 5 capsules |
| Schering | Temodal Caps. 250 mg | 5 capsules |
| Chiron | Tobi Sol. pour inh. 300 mg/5 mL | 56 ampoules |
| Actelion | Tracleer Co. 62,5 mg | 60 comprimés |
| Actelion | Tracleer Co. 125 mg | 60 comprimés |
| GSK | Trizivir Co. 300 mg - 150 mg - 300 mg | 60 comprimés |
| Bristol | Vepesid Caps. 50 mg | 20 capsules |
| Roche | Vesanoid Caps. 10 mg | 100 capsules |
| Agouron | Viracept Co. 250 mg | 300 comprimés |
| Novartis-O | Visudyne Pd Inj. 15 mg | 1 fiole |
| Roche | Xeloda Co. 500 mg | 120 comprimés |
| AZC | Zoladex-LA Implant 10.8 mg | 1 implant |
| Novartis | Zometa Pd perf. I.V. 4 mg | 1 fiole |
| GSK | Zovirax Sol. Perf. I.V. 1 G | 5 fioles |
| Lilly | Zyprexa Co. 10 mg | 60 comprimés |
| Pharmacia | Zyvoxam Co. 600 mg | 20 comprimés |