

[www.ramq.gouv.qc.ca](http://www.ramq.gouv.qc.ca)

Courriel	POUR LES PHARMACIENS		POUR LES AUTRES PROFESSIONNELS	
<a href="mailto:services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca">services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca</a>	Téléphone :	Québec 418 643-9025 Ailleurs 1 888 883-7427	Québec 418 643-8210 Montréal 514 873-3480 Ailleurs 1 800 463-4776	
	Télécopieur :	Québec 418 528-5655 Ailleurs 1 866 734-4418	Québec 418 646-9251 Montréal 514 873-5951	
Nos préposés sont en service :	du lundi au vendredi, de 8 h à 18 h		du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30	

Québec, le 2 juin 2006

À l'intention des pharmaciens propriétaires et des détenteurs de la Liste de médicaments

**Modification n° 15  
à la Liste de médicaments - 15<sup>e</sup> édition (octobre 2003)  
en vigueur le 7 juin 2006**

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a autorisé la publication d'une modification à la 15<sup>e</sup> édition de la *Liste de médicaments* d'octobre 2003.

Cette modification entrera en vigueur le **7 juin 2006**.

Vous trouverez dans ce communiqué :

- 1.0 Le document « Modifications à la *Liste de médicaments* » :
  - 1.1 Légende;
  - 1.2 Nouveaux produits inscrits (pages 1 à 10);
  - 1.3 Produits modifiés (pages 11 à 13);
  - 1.4 Médicaments d'exception transférés à la liste régulière (page 14).
- 2.0 Des modifications à la section « Renseignements généraux » :
  - 2.1 Mise à jour de l'annexe III – Liste des fabricants de médicaments et des grossistes en médicaments;
  - 2.2 Mise à jour de l'annexe VII – Liste des médicaments pour lesquels la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas pour des raisons thérapeutiques ou autres;
  - 2.3 Mise à jour de l'annexe VIII – Produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum;
  - 2.4 Modifications à l'annexe IX – Liste des médicaments d'exception et des indications reconnues pour leur paiement.
- 3.0 D'autres renseignements :
  - 3.1 Capsules pharmacothérapeutiques au 7 juin 2006.
- 4.0 D'autres changements :
  - 4.1 Changement à la liste des médicaments d'exception soumis au processus d'autorisation par groupe.

## 1.0 DOCUMENT « MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS »

### 1.1 Légende

[Définition des indicateurs](#) qui apparaissent au document « Modifications à la *Liste de médicaments* » ci-joint.

### 1.2 Nouveaux produits inscrits

[Pages 1 à 10](#) du document « Modifications à la *Liste de médicaments* » ci-joint.

### 1.3 Produits modifiés

[Pages 11 à 13](#) du document « Modifications à la *Liste de médicaments* » ci-joint.

### 1.4 Médicaments d'exception transférés à la liste régulière


[Page 14](#) du document « Modifications à la *Liste de médicaments* » ci-joint.

## 2.0 MODIFICATIONS AUX RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### 2.1 Mise à jour de l'annexe III : Liste des fabricants de médicaments et des grossistes en médicaments

#### Ajout des fabricants suivants :

 MAYAKA	Mayaka International Inc.
 VALEANT	Valeant Canada Ltée

 = Ce symbole indique qu'il s'agit d'un fabricant québécois

Ci-joint l'[annexe III](#) corrigée.

### 2.2 Mise à jour de l'annexe VII : Liste des médicaments pour lesquels la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas pour des raisons thérapeutiques ou autres

#### Ajout des médicaments suivants :

pansement à îlot central	
pansement alginate (fibre d')	Mèche
pansement chlorure de sodium	
pansement multicouche	

Ci-joint l'[annexe VII](#) corrigée.

## 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 suivants :

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Novartis	Aclasta Sol. Perf. I.V. 5 mg/ 100 mL	1
Sanofi	Eligard Trousse 45 mg	1
Amgen	Sensipar Co. 60 mg	30
Amgen	Sensipar Co. 90 mg	30
Paladin	Trelstar LA Trousse 11,25 mg	1

Ci-joint l'[annexe VIII](#) corrigée.

## 2.4 Modifications à l'annexe IX : Liste des médicaments d'exception et des indications reconnues pour leur paiement

### Ajout de nouveaux médicaments d'exception et de leur indication de paiement

AMPHÉTAMINE (sels mixtes d') :

- ◆ pour le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;

Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.

CINACALCET (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes dialysées ayant une hyperparathyroïdie secondaire grave avec un taux de parathormone intacte supérieur à 88 pmol/L mesuré à 2 reprises à l'intérieur d'une période de 3 mois, malgré un traitement optimal à base de chélateurs du phosphore et de vitamine D à moins d'une intolérance importante ou d'une contre-indication à ces agents, et ayant soit :
  - une calcémie corrigée  $\geq 2,54$  mmol/L ou;
  - une phosphorémie  $\geq 1,78$  mmol/L ou;
  - un produit phosphocalcique  $\geq 4,5$  mmol<sup>2</sup>/L<sup>2</sup> ou;
  - des manifestations ostéoarticulaires symptomatiques;

Le traitement optimal à base de vitamine D se définit comme suit : une dose hebdomadaire minimale de 3 mcg de calcitriol ou d'alfacalcidol ou de 30 mcg de doxercalciferol.

ZOLÉDRONIQUE (acide), Sol. Perf. I.V. 5 mg/100 mL :

- ◆ pour le traitement de la maladie de Paget;

## **Modifications (en grisé) à certaines indications de paiement pour les médicaments d'exception suivants**

### ADALIMUMAB :

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

Lors de l'instauration 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 plan radiologique;
  - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation 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 sérieuses, l'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

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 qui permettent 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 valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période de 12 mois.

Les autorisations pour l'adalimumab sont données à raison de 40 mg aux 2 semaines. Cependant, après 12 semaines de traitement avec l'adalimumab en monothérapie, une autorisation pourra être donnée à raison de 40 mg par semaine.

### ATOMOXÉTINE (CHLORHYDRATE D') :

- ◆ pour le traitement des enfants et des adolescents avec trouble déficitaire de l'attention chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie avec le méthylphénidate et la dexamphétamine ou lorsque ceux-ci sont contre-indiqués;

Avant de conclure à l'inefficacité de ces médicaments, ils doivent avoir été titrés à doses optimales, et, de surcroît, une forme à libération contrôlée sur 12 heures de méthylphénidate ou de sels mixtes d'amphétamine doit avoir été essayée, à moins d'une justification pertinente empêchant ces exigences.

ERLOTINIB (chlorhydrate d') :

- ◆ pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique chez les personnes :
  - qui ont eu un échec à une thérapie de première intention et qui ne sont pas éligibles à une autre chimiothérapie, ou qui ont eu un échec à une thérapie de deuxième intention et;
  - qui ne présentent pas de métastase cérébrale symptomatique et;
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est  $\leq 3$ ;

La durée maximale de chaque autorisation est de trois mois. Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

ÉTANERCEPT :

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave et de l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde modérée ou grave;

Lors de l'instauration 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 pour la polyarthrite rhumatoïde seulement;
  - des érosions au plan radiologique;
  - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de celle-ci, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être :
  - pour la polyarthrite rhumatoïde :
    - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
  - pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde :
    - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
  - ou
    - la sulfasalazine à la dose de 2 000 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 qui permettent 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 valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période de 12 mois.

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 50 mg 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'instauration 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 valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/M<sup>2</sup> ou plus (dose maximale de 20 mg) 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 qui permettent 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 valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution 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 de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
  - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 0,8 mg/kg (dose maximale de 50 mg) par semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde;

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

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);  
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 sérieuses, l'un des 2 agents doit être :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
  - ou
  - la sulfasalazine à la dose de 2 000 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 valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois,

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 50 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est  $\geq 4$  sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication;
- Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
  - le score au BASDAI;
  - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10);

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
  - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
  - ou
  - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
  - ou
  - un retour au travail;

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour l'étanercept sont données pour un maximum de 50 mg par semaine.

IMATIMIB (mésylate d'):

- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique;
- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase blastique ou accélérée;
- ◆ 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 une dose quotidienne allant jusqu'à 800 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.

- ◆ chez les adultes atteints de la leucémie lymphoblastique aiguë avec chromosome de Philadelphie positif, réfractaire ou récidivante et chez qui une transplantation de cellules souches est prévisible;

La durée maximale de chaque autorisation est de trois mois. Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

- ◆ pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë, nouvellement diagnostiquée chez un adulte, avec chromosome Philadelphie positif, après une chimiothérapie parentérale, soit durant la phase de maintien;

Les autorisations sont accordées pour une dose maximale de 600 mg par jour.



La durée maximale de l'autorisation initiale est de six mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique, soit l'absence de progression de la maladie.

#### INFLIXIMAB :

- ◆ pour le traitement de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes. L'essai d'un immunosuppresseur doit avoir été d'au moins 8 semaines;

L'autorisation initiale est donnée pour un maximum de 3 doses de 5 mg/kg.

Lors de la demande initiale, le médecin devra mentionner l'immunosuppresseur utilisé ainsi que la durée du traitement. Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera alors autorisée pour une période de 12 mois.

- ◆ pour le traitement de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes, lorsque les immunosuppresseurs sont contre-indiqués, non tolérés ou qu'ils ont été inefficaces dans le passé lors d'un épisode similaire après un traitement combiné avec des corticostéroïdes;

L'autorisation initiale est donnée pour un maximum de 3 doses de 5 mg/kg.

Lors de la demande initiale, le médecin devra préciser la nature de la contre-indication ou de l'intolérance ainsi que l'immunosuppresseur utilisé. Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera alors autorisée pour une période de 12 mois.

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

Lors de l'instauration 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 plan radiologique;
  - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation 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 sérieuses, l'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

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 qui permettent 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 valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
  - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période de 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<sup>e</sup> 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'instauration 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 valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/M<sup>2</sup> ou plus (dose maximale de 20 mg) 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 qui permettent 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 valeur de la protéine C-réactive;
  - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
  - une diminution 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 de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
  - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 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<sup>e</sup> semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est  $\geq 4$  sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication;
  - Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
    - le score au BASDAI;
    - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10);

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit
  - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;ou
  - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;ou
  - un retour au travail;

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour l'infliximab sont données pour un maximum de 5 mg/Kg aux semaines 0, 2, 6, puis aux 6 à 8 semaines.

#### INSULINE GLARGINE :

- ◆ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable avec une insuline à action intermédiaire ou prolongée n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer un épisode d'hypoglycémie grave ou de fréquents épisodes d'hypoglycémie;

#### MÉTHYLPHÉNIDATE (chlorhydrate de) Co. L. A. :

- ◆ pour le traitement des enfants et des adolescents avec trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte durée d'action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;

Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.

ZOLÉDRONIQUE (acide), Pd Perf. I.V. 4 mg, Sol. Perf. I.V. 4 mg/5 mL :

- ◆ pour le traitement de l'hypercalcémie d'origine tumorale lors d'inefficacité ou d'intolérance au pamidronate;
- ◆ pour la prévention des événements osseux chez les personnes présentant un cancer du sein avec métastase osseuse lors d'intolérance au pamidronate;
- ◆ pour la prévention des événements osseux chez les personnes présentant un myélome multiple avec lésions osseuses lors d'intolérance au pamidronate;

Sans égard aux indications de paiement énoncées ci-dessus, l'acide zolédronique est couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 28 avril 2004.

Pour ce qui est des personnes visées au paragraphe précédent et assurées par la RAMQ, celles-ci n'auront pas à transmettre le formulaire « Demande d'autorisation – médicament d'exception ». La RAMQ en supportera le coût sans autre formalité si elle l'a déjà fait au cours de la période précitée.

#### **Retrait de certains médicaments d'exception et de leur indication de paiement**

Ces médicaments sont retirés de l'annexe IX puisqu'ils sont transférés à la section régulière de la *Liste de médicaments*.

DIDANOSINE caps. ent.

- ◆ pour le traitement des personnes présentant une interaction médicamenteuse ou une intolérance digestive lors de la prise de la formulation régulière de didanosine;

★MÉTHADONE (chlorhydrate de) co. :

- ◆ pour le traitement de la douleur cancéreuse et de la douleur chronique;

### 3.0 AUTRES RENSEIGNEMENTS

#### 3.1 Capsules pharmacothérapeutiques au 7 juin 2006

Voir [document](#) ci-joint.

### 4.0 AUTRES CHANGEMENTS

#### 4.1 Changement à la liste des médicaments d'exception soumis au processus d'autorisation par groupe

Pour permettre de faire des changements de thérapies sans soumettre de multiples demandes d'autorisation à la Régie, de nouveaux médicaments d'exception ayant des indications de paiement communes sont soumis au processus d'autorisation par groupe de médicaments.

Il faut ajouter aux groupes déjà ciblés et répertoriés dans la section des renseignements généraux (point 7.7.2) de la *Liste de médicaments*, le regroupement ci-dessous :

- méthylphénidate (chlorhydrate de); amphétamine (sels mixtes d')

Veillez conserver ce communiqué jusqu'à la prochaine édition complète de la *Liste de médicaments*.

Prendre note également que la *Liste de médicaments* format de poche comprenant cette modification est disponible dans le site Internet de la Régie.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. : [Légende](#)  
[Modifications](#)  
Annexes [III](#) – [VII](#) – [VIII](#)  
[Capsules pharmacothérapeutiques](#)

c. c. : Développeurs de logiciels de facturation – Pharmacie  
Association québécoise des pharmaciens propriétaires

2006-06

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

### Légende

- R** : Produit retiré du marché par le fabricant mais qui demeure payable par la Régie durant la période de validité de la présente édition.
- UE** : Médicament jugé unique et essentiel d'un fabricant non reconnu.
- SUP**: Le coût de service pour ce produit est celui applicable aux suppléments diététiques.
- MTS**: Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement.
- TUB**: Programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose.
- =>**: Ajout d'un conditionnement à un produit déjà existant.
- 1** : La durée du remboursement d'un traitement antitabagique avec les diverses préparations de nicotine est limitée à un total de 12 semaines consécutives par période de 12 mois. De plus, la quantité remboursable de gommes à mâcher durant ces 12 semaines est limitée à 840.
- 2** : Le phénylbutazone peut causer des effets secondaires importants. Son utilisation devrait être limitée aux seuls cas où les autres A.I.N.S. ne sont pas appropriés.
- 3** : Ce produit fait l'objet du suivi de son utilisation.
- 4** : La durée du remboursement d'un traitement antitabagique avec ce médicament est limitée à 12 semaines consécutives par période de 12 mois.
- 5** : Le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.
- 6** : Lorsque aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Nouveaux produits inscrits

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME	TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
Riva-Fluconazole 8:12.04	fluconazole Co.	100 mg	5	Riva	02271516	(1)	50	277,33	5,5466	5,5466
Sandoz Terbinafine 8:12.04	terbinafine (chlorhydrate de) Co.	250 mg	5	Sandoz	02262177	(1) (2)	28 100	70,68 252,43	2,5243 2,5243	
MTS Apo-Azithromycin 8:12.12	azithromycine Co.	250 mg	5	Apotex	02247423	(1) (2)	6 100	18,65 310,80	3,1083 3,1080	
MTS Co Azithromycin 8:12.12	azithromycine Co.	250 mg	5	Cobalt	02255340	(1) (2)	6 100	18,65 310,80	3,1083 3,1080	
MTS Novo-Azithromycin 8:12.12	azithromycine Co.	250 mg	5	Novopharm	02267845	(1) (2)	6 30	18,65 93,24	3,1083 3,1080	
MTS Sandoz Azithromycin 8:12.12	azithromycine Co.	250 mg	5	Rhoxal	02265826	(1)	6	18,65	3,1083	
Co Azithromycin 8:12.12	azithromycine Co.	600 mg	5	Cobalt	02256088	(1)	6	45,75	7,6250	
Méthotrexate 10:00	améthoptérine Co.	10 mg		Mayne	02182750	(1)	100	209,00	2,0900	
Trelstar 10:00	triptoréline (pamoate de) Trousse	3,75 mg		Paladin	02240000	(1)	1	343,58	343,5800	
Trelstar LA 10:00	triptoréline (pamoate de) Trousse	11,25 mg		Paladin	02243856	(1)	1	891,00	891,0000	
Lipidil EZ 24:06.06	fénofibrate (nanocristallisé) Co.	48 mg		Solvay	02269074	(1)	30	12,30	0,4100	
Lipidil EZ 24:06.06	fénofibrate (nanocristallisé) Co.	145 mg		Solvay	02269082	(1)	30	31,50	1,0500	
Riva-Lovastatin 24:06.08	lovastatine Co.	20 mg	5	Riva	02272288	(1)	100	109,07	1,0907	1,0907
Riva-Lovastatin 24:06.08	lovastatine Co.	40 mg	5	Riva	02272296	(2)	100	201,17	2,0117	2,0117
PravASA 24:06.08	pravastatine sodique/acétylsalicylique (acide) Co.	10 mg - 81 mg		Paladin	02272415	(1)	60	28,59	0,4765	
PravASA 24:06.08	pravastatine sodique/acétylsalicylique (acide) Co.	20 mg - 81 mg		Paladin	02272423	(1)	60	33,72	0,5620	

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Nouveaux produits inscrits

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
<b>PravASA</b> 24:06.08	<b>pravastatine sodique/acétylsalicylique (acide)</b> Co. 40 mg - 81 mg		Paladin	02272431	(1)	60	40,62	0,6770	
<b>Sandoz Pindolol</b> 24:24	<b>pindolol</b> Co. 5 mg	5	Sandoz	02261782	(1)	100	22,83	0,2283	0,2283
<b>Sandoz Pindolol</b> 24:24	<b>pindolol</b> Co. 10 mg	5	Sandoz	02261790	(1)	100	39,65	0,3965	0,3965
<b>Sandoz Pindolol</b> 24:24	<b>pindolol</b> Co. 15 mg	5	Sandoz	02261804	(1)	100	58,25	0,5825	0,5825
<b>Novo-Diltiazem HCl ER</b> 24:28	<b>diltiazem (chlorhydrate de)</b> Caps. L.A. 120 mg	5	Novopharm	02271605	(1)	100	50,94	0,5094	0,5094
<b>Sandoz Diltiazem T</b> 24:28	<b>diltiazem (chlorhydrate de)</b> Caps. L.A. 120 mg	5	Rhoxal	02245918	(1) (2)	100 500	50,94 254,70	0,5094 0,5094	0,5094 0,5094
<b>Novo-Diltiazem HCl ER</b> 24:28	<b>diltiazem (chlorhydrate de)</b> Caps. L.A. 180 mg	5	Novopharm	02271613	(1)	100	67,61	0,6761	0,6761
<b>Sandoz Diltiazem T</b> 24:28	<b>diltiazem (chlorhydrate de)</b> Caps. L.A. 180 mg	5	Rhoxal	02245919	(1) (2)	100 500	67,61 338,05	0,6761 0,6761	0,6761 0,6761
<b>Novo-Diltiazem HCl ER</b> 24:28	<b>diltiazem (chlorhydrate de)</b> Caps. L.A. 240 mg	5	Novopharm	02271621	(1)	100	89,68	0,8968	0,8968
<b>Sandoz Diltiazem T</b> 24:28	<b>diltiazem (chlorhydrate de)</b> Caps. L.A. 240 mg	5	Rhoxal	02245920	(1) (2)	100 500	89,68 448,40	0,8968 0,8968	0,8968 0,8968
<b>Novo-Diltiazem HCl ER</b> 24:28	<b>diltiazem (chlorhydrate de)</b> Caps. L.A. 300 mg	5	Novopharm	02271648	(1)	100	112,10	1,1210	1,1210
<b>Sandoz Diltiazem T</b> 24:28	<b>diltiazem (chlorhydrate de)</b> Caps. L.A. 300 mg	5	Rhoxal	02245921	(1) (2)	100 500	112,10 560,50	1,1210 1,1210	1,1210 1,1210
<b>Novo-Diltiazem HCl ER</b> 24:28	<b>diltiazem (chlorhydrate de)</b> Caps. L.A. 360 mg	5	Novopharm	02271656	(1)	100	135,22	1,3522	1,3522
<b>Sandoz Diltiazem T</b> 24:28	<b>diltiazem (chlorhydrate de)</b> Caps. L.A. 360 mg	5	Rhoxal	02245922	(1) (2)	100 500	135,22 676,10	1,3522 1,3522	1,3522 1,3522
<b>Riva-Verapamil SR</b> 24:28	<b>vérapamil (chlorhydrate de)</b> Caps.L.A. ou Co.LA 240 mg	5	Riva	02248082	(1)	100	87,20	0,8720	0,8720
<b>Diovan</b> 24:32.08	<b>valsartan</b> Co. 40 mg		Novartis	02270528	(1)	28	29,40	1,0500	



## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Nouveaux produits inscrits

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
<b>Sandoz Diclofenac SR 100 mg</b> 28:08.04	<b>diclofénac (potassique ou sodique)</b> Co. L.A. 100 mg	5	Sandoz	02261944	(1)	100	78,74	0,7874	0,7874
<b>Sandoz Diclofenac 50 mg</b> 28:08.04	<b>diclofénac (potassique ou sodique)</b> Co. ou Co. Ent. 50 mg	5	Sandoz	02261960	(1)	100	39,37	0,3937	0,3937
<b>Sandoz Diclofenac Rapide 50 mg</b> 28:08.04	<b>diclofénac (potassique ou sodique)</b> Co. ou Co. Ent. 50 mg	5	Sandoz	02261774	(1)	100	39,37	0,3937	0,3937
<b>Sandoz Diclofenac</b> 28:08.04	<b>diclofénac sodique</b> Co. Ent. 25 mg	5	Sandoz	02261952	(1)	100	19,02	0,1902	0,1902
<b>Sandoz Diclofenac SR 75 mg</b> 28:08.04	<b>diclofénac sodique</b> Co. L.A. 75 mg	5	Sandoz	02261901	(1)	100	57,06	0,5706	0,5706
<b>Sandoz Carbamazepine CR</b> 28:12.92	<b>carbamazépine</b> Co. L.A. 200 mg	5	Sandoz	02261839	(1)	100	18,87	0,1887	0,1887
<b>Sandoz Carbamazepine CR</b> 28:12.92	<b>carbamazépine</b> Co. L.A. 400 mg	5	Sandoz	02261847	(1)	100	37,74	0,3774	0,3774
<b>Sandoz Carbamazepine Chewtabs</b> 28:12.92	<b>carbamazépine</b> Co. Mast. 100 mg	5	Sandoz	02261855	(1)	100	8,56	0,0856	0,0856
<b>Sandoz Carbamazepine Chewtabs</b> 28:12.92	<b>carbamazépine</b> Co. Mast. 200 mg	5	Sandoz	02261863	(1)	100	16,89	0,1689	0,1689
<b>Gen-Divalproex</b> 28:12.92	<b>divalproex sodique</b> Co. Ent. 125 mg	5	Genpharm	02265133	(1)	100	13,77	0,1377	0,1377
<b>Gen-Divalproex</b> 28:12.92	<b>divalproex sodique</b> Co. Ent. 250 mg	5	Genpharm	02265141	(1) (2)	100 500	24,75 123,75	0,2475 0,2475	0,2475 0,2475
<b>Gen-Divalproex</b> 28:12.92	<b>divalproex sodique</b> Co. Ent. 500 mg	5	Genpharm	02265168	(1) (2)	100 500	49,52 247,60	0,4952 0,4952	0,4952 0,4952
<b>Co Levetiracetam</b> 28:12.92	<b>lévétiracetam</b> Co. 250 mg	5	Cobalt	02274183	(1) (2)	100 500	111,75 558,75	1,1175 1,1175	1,1175 1,1175
<b>Co Levetiracetam</b> 28:12.92	<b>lévétiracetam</b> Co. 500 mg	5	Cobalt	02274191	(1) (2)	100 500	136,50 682,50	1,3650 1,3650	1,3650 1,3650

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Nouveaux produits inscrits

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME	TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
<b>Co Levetiracetam</b> 28:12.92	<b>lévétiracetam</b> Co.	750 mg	5	Cobalt	02274205	(1) (2)	100 250	194,25 485,63	1,9425 1,9425	
<b>Gen-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	25 mg	5	Genpharm	02263351	(1)	100	73,50	0,7350	
<b>Novo-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	25 mg	5	Novopharm	02248860	(1)	100	73,50	0,7350	
<b>Phl-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	25 mg		Pharmel	02271184	(1) (2)	100 500	73,50 367,50	0,7350 0,7350	
<b>pms-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	25 mg	5	Phmscience	02262991	(1) (2)	100 500	73,50 367,50	0,7350 0,7350	
<b>Ratio-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	25 mg	5	Ratiopharm	02256827	(1)	100	73,50	0,7350	
<b>Rhoxal-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	25 mg	5	Rhoxal	02260050	(1)	100	73,50	0,7350	
<b>Gen-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	100 mg	5	Genpharm	02263378	(1)	100	139,30	1,3930	
<b>Novo-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	100 mg	5	Novopharm	02248861	(1)	60	83,58	1,3930	
<b>Phl-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	100 mg		Pharmel	02271192	(1) (2)	100 500	139,30 696,50	1,3930 1,3930	
<b>pms-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	100 mg	5	Phmscience	02263009	(1) (2)	100 500	139,30 696,50	1,3930 1,3930	
<b>Ratio-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	100 mg	5	Ratiopharm	02256835	(1)	100	139,30	1,3930	
<b>Rhoxal-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	100 mg	5	Rhoxal	02260069	(1)	100	139,30	1,3930	
<b>Gen-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	200 mg	5	Genpharm	02263386	(1)	100	220,50	2,2050	
<b>Novo-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	200 mg	5	Novopharm	02248862	(1)	60	132,30	2,2050	
<b>Phl-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	200 mg		Pharmel	02271206	(1)	100	220,50	2,2050	
<b>pms-Topiramate</b> 28:12.92	<b>topiramate</b> Co.	200 mg	5	Phmscience	02263017	(1)	100	220,50	2,2050	

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Nouveaux produits inscrits

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME	TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
Ratio-Topiramate 28:12.92	topiramate Co.	200 mg	5	Ratiopharm	02256843	(1)	100	220,50	2,2050	
Rhoxal-Topiramate 28:12.92	topiramate Co.	200 mg	5	Rhoxal	02267837	(1)	100	220,50	2,2050	
pms-Citalopram 28:16.04	citalopram (bromhydrate de) Co.	10 mg	5	Phmscience	02270609	(1)	100	43,75	0,4375	
pms-Mirtazapine 28:16.04	mirtazapine Co.ou Co. diss. Orale	15 mg	5	Phmscience	02273942	(2)	100	37,50	0,3750	
Ratio-Mirtazapine 28:16.04	mirtazapine Co.ou Co. diss. Orale	30 mg	5	Ratiopharm	02270927	(2)	100	78,00	0,7800	
Fluphenazine-5 28:16.08	fluphénazine (chlorhydrate de) Co.	5 mg	5	Pro Doc	00563803	(1) (2)	100 500	17,20 86,00	0,1720 0,1720	0,1720 0,1720
Novo-Methylphenidate 28:20	méthylphénidate (chlorhydrate de) Co.	5 mg	5	Novopharm	02274280	(1)	100	9,47	0,0947	0,0947
Novo-Methylphenidate 28:20	méthylphénidate (chlorhydrate de) Co.	10 mg	5	Novopharm	02274299	(1) (2)	100 500	15,90 79,50	0,1590 0,1590	0,1590 0,1590
Novo-Methylphenidate 28:20	méthylphénidate (chlorhydrate de) Co.	20 mg	5	Novopharm	02274302	(1)	100	35,36	0,3536	0,3536
Co Buspirone 28:24.92	bupirone (chlorhydrate de) Co.	10 mg	5	Cobalt	02262916	(1)	100	65,21	0,6521	
Apo-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co.	50 mg	5	Apotex	02268388	(1)	6	54,39	9,0650	
Co Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co.	50 mg	5	Cobalt	02257890	(1) (2)	6 100	54,39 906,50	9,0650 9,0650	
Gen-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co.	50 mg	5	Genpharm	02268914	(1)	6	54,39	9,0650	
Phl-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co.	50 mg		Pharmel	02270722	(1) (2)	6 30	54,39 271,95	9,0650 9,0650	
pms-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co.	50 mg	5	Phmscience	02256436	(1) (2)	6 30	54,39 271,95	9,0650 9,0650	
Ratio-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co.	50 mg	5	Ratiopharm	02271583	(1) (2)	6 30	54,39 271,95	9,0650 9,0650	

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Nouveaux produits inscrits

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
Rhoxal-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 50 mg	5	Rhoxal	02263025	(1)	6	54,39	9,0650	
Riva-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 50 mg	5	Riva	02271117	(1)	6	54,39	9,0650	
Apo-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 100 mg	5	Apotex	02268396	(1)	6	59,92	9,9867	
Co Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 100 mg	5	Cobalt	02257904	(1) (2)	6 100	59,92 998,67	9,9867 9,9867	
Gen-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 100 mg	5	Genpharm	02268922	(1)	6	59,92	9,9867	
Novo-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 100 mg	5	Novopharm	02239367	(1)	6	59,92	9,9867	
Phi-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 100 mg		Pharmel	02270730	(1) (2)	6 30	59,92 299,60	9,9867 9,9867	
pms-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 100 mg	5	Phmscience	02256444	(1) (2)	6 30	59,92 299,60	9,9867 9,9867	
Ratio-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 100 mg	5	Ratiopharm	02271591	(1) (2)	6 30	59,92 299,60	9,9867 9,9867	
Rhoxal-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 100 mg	5	Rhoxal	02263033	(1)	6	59,92	9,9867	
Riva-Sumatriptan 28:92	sumatriptan (succinate de) Co. 100 mg	5	Riva	02271125	(1)	6	59,92	9,9867	
Calcia 400 40:12	calcium (carbonate de)/ vitamine D Caps.Co.ouCo.Mast. 500 mg -400 UI		Medexus	80000159	(2)	180	21,60	0,1200	0,1200
LiquiCal D 400 40:12	calcium (carbonate de)/ vitamine D Caps.Co.ouCo.Mast. 500 mg -400 UI		Mayaka	80000408	(1)	100	12,00	0,1200	0,1200
Gen-Amilazide 40:28.10	amiloride (chlorhydrate d')/ hydrochlorothiazide Co. 5 mg -50 mg	5	Genpharm	02257378	(1)	100	19,17	0,1917	0,1917
Apo-Ciproflo 52:04.12	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Sol. Oph. 0,3%	5	Apotex	02263130	(1)	5ml	5,64		5,64
Cesamet 56:22	nabilone Caps. 0,5 mg		Valeant	02256193	(1)	50	155,13	3,1026	
Prevacid FasTab 56:40	lansoprazole Caps.L.A. ou Co.LA 30 mg		Abbott	02249472	(1)	30	60,00	2,0000	

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Nouveaux produits inscrits

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME	TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
<b>Methylprednisolone</b> 68:04	<b>méthylprednisolone (succinate sodique de)</b> Pd Inj.	1 g	5	Novopharm	02241299	(1)	1	31,00		31,00
<b>Taro-Clindamycin</b> 84:04.04	<b>clindamycine (phosphate de)</b> Sol. Top.	1%	5	Taro	02266938	(1) (2)	30 ml 60 ml	6,78 13,57		6,78 13,57
<b>Woun'dres</b> 84:36	<b>hydrogel</b> Gel			Cöloplast	99100300	(1) (2)	28 g 84 g	3,70 8,98	0,1321 0,1069	
<b>Guêpe (Polistes Spp.)</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	120 mcg		Oméga	99100278	(1)	6	160,00		26,6667
<b>Guêpe à taches blanches dolichovespula maculata</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	120 mcg		Oméga	99100279	(1)	6	149,00		24,8333
<b>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	120 mcg		Oméga	99100280	(1)	6	151,00		25,1667
<b>Guêpe jaune dolichovespula arenaria</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	120 mcg		Oméga	99100270	(1)	6	151,00		25,1667
<b>Vespidés combinés</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	360 mcg		Oméga	99100281	(1)	6	288,00		48,0000
<b>Frelon à tête blanche</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	550 mcg		Oméga	99100266	(1)	1	115,00		
<b>Frelon à tête jaune</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	550 mcg		Oméga	99100267	(1)	1	115,00		
<b>Guêpe (Polistes Spp.)</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	550 mcg		Oméga	99100268	(1)	1	121,00		
<b>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	550 mcg		Oméga	99100269	(1)	1	120,00		
<b>Venin d'abeille (apis mellifera)</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	550 mcg		Oméga	99100282	(1)	1	95,00		
<b>Vespidés combinés</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	1 650 mcg		Oméga	99100284	(1)	1	217,00		
<b>pms-Alendronate</b> 92:00.02	<b>alendronate monosodique</b> Co.	70 mg	5	Phmscience	02273179	(1) (2)	4 100	22,30 557,50	5,5750 5,5750	

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Nouveaux produits inscrits

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME	TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
Riva-Alendronate 92:00.02	alendronate monosodique Co.	70 mg	5	Riva	02270889	(1)	4	22,30	5,5750	
Eligard 92:00.02	leuprolide (acétate de) Trousse	45 mg		Sanofi	02268892	(1)	1	1782,00	1782,0000	
Flomax CR 92:00.02	tamsulosine( chlorhydrate de ) Caps.L.A. ou Co.LA	0,4 mg		Bo. Ing.	02270102	(1)	30	18,00	0,6000	
Adderall XR médicaments d'exception	amphétamine (sels mixtes d') Caps. L.A.	5 mg		Shire	02248808	(1)	100	275,00	2,7500	
Adderall XR médicaments d'exception	amphétamine (sels mixtes d') Caps. L.A.	10 mg		Shire	02248809	(1)	100	275,00	2,7500	
Adderall XR médicaments d'exception	amphétamine (sels mixtes d') Caps. L.A.	15 mg		Shire	02248810	(1)	100	275,00	2,7500	
Adderall XR médicaments d'exception	amphétamine (sels mixtes d') Caps. L.A.	20 mg		Shire	02248811	(1)	100	275,00	2,7500	
Adderall XR médicaments d'exception	amphétamine (sels mixtes d') Caps. L.A.	25 mg		Shire	02248812	(1)	100	275,00	2,7500	
Adderall XR médicaments d'exception	amphétamine (sels mixtes d') Caps. L.A.	30 mg		Shire	02248813	(1)	100	275,00	2,7500	
Bisacodyl-Odan médicaments d'exception	bisacodyl Co. Ent.	5 mg	5	Odan	02273411	(1) (2)	100 1000	4,86 40,50	0,0486 0,0405	0,0486 0,0405
Sensipar médicaments d'exception	cinacalcet (chlorhydrate de) Co.	30 mg		Amgen	02257130	(1)	30	321,21	10,7070	
Sensipar médicaments d'exception	cinacalcet (chlorhydrate de) Co.	60 mg		Amgen	02257149	(1)	30	585,60	19,5200	
Sensipar médicaments d'exception	cinacalcet (chlorhydrate de) Co.	90 mg		Amgen	02257157	(1)	30	852,30	28,4100	
Aricept RDT médicaments d'exception	donépézil (chlorhydrate de) Co.ou Co. diss. Orale	5 mg		Pfizer	02269457	(1)	28	123,48	4,4100	
Aricept RDT médicaments d'exception	donépézil (chlorhydrate de) Co.ou Co. diss. Orale	10 mg		Pfizer	02269465	(1)	28	123,48	4,4100	
SUP Peptinex 1,5 médicaments d'exception	formules nutritives - monomériques Liq.	235 mL à 250 mL		Novartis-N	99100263	(1)	1	9,00		
SUP Nutren 1.5 Fibre avec Prebio 1 médicaments d'exception	formules nutritives - polymériques avec résidus Liq.	1,5 L		Nestlé	99100265	(1)	1	16,88		

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Nouveaux produits inscrits

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME	TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
SUP	Nutren 1.5 Fibre avec Prebio 1 médicaments d'exception	formules nutritives - polymériques avec résidus Liq.	235 mL à 250 mL	Nestlé	99100264	(1)	1	2,21		
	Novo-Glimepiride médicaments d'exception	glimépiride Co.	1 mg	5	Novopharm	02273756	(1) (2)	30 100	14,70 49,00	0,4900 0,4900
	Ratio-Glimepiride médicaments d'exception	glimépiride Co.	1 mg	5	Ratiopharm	02273101	(1)	30	14,70	0,4900
	Novo-Glimepiride médicaments d'exception	glimépiride Co.	2 mg	5	Novopharm	02273764	(1) (2)	30 100	14,70 49,00	0,4900 0,4900
	Ratio-Glimepiride médicaments d'exception	glimépiride Co.	2 mg	5	Ratiopharm	02273128	(1)	30	14,70	0,4900
	Novo-Glimepiride médicaments d'exception	glimépiride Co.	4 mg	5	Novopharm	02273772	(1) (2)	30 100	14,70 49,00	0,4900 0,4900
	Ratio-Glimepiride médicaments d'exception	glimépiride Co.	4 mg	5	Ratiopharm	02273136	(1)	30	14,70	0,4900
	Mepilex Border Lite médicaments d'exception	pansement à îlot central Pans.	4 cm x 5 cm	Mölnlycke	99100293	(1)	10	13,89		1,3890
	Mepilex Border Lite médicaments d'exception	pansement à îlot central Pans.	5 cm x 12,5 cm	Mölnlycke	99100294	(1)	5	10,68		2,1360
	Mepilex Border Lite médicaments d'exception	pansement à îlot central Pans.	7,5 cm X 7,5 cm	Mölnlycke	99100295	(1)	5	8,90		1,7800
	Mepilex Border Lite médicaments d'exception	pansement à îlot central Pans.	10 cm X 10 cm	Mölnlycke	99100296	(1)	5	14,94		2,9880
	Mepilex Border Lite médicaments d'exception	pansement à îlot central Pans.	15 cm X 15 cm	Mölnlycke	99100297	(1)	5	24,88		4,9760
	Tegagen HI médicaments d'exception	pansement alginate (fibre d') Pans.	5 cm X 5 cm	3M Canada	99100286	(1)	1	1,86		
	Tegagen HI médicaments d'exception	pansement alginate (fibre d') Pans.	10 cm X 20 cm	3M Canada	99100285	(1)	1	7,53		
	Silvercel médicaments d'exception	pansement d'argent Pans.	5 cm X 5 cm	J. & J.	99100287	(1)	10	30,35		3,0350
	Silvercel médicaments d'exception	pansement d'argent Pans.	10 cm X 20 cm	J. & J.	99100288	(1)	5	78,03		15,6060
	Silvercel médicaments d'exception	pansement d'argent Pans.	11 cm x 11 cm	J. & J.	99100289	(1)	10	91,90		9,1900

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Nouveaux produits inscrits

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME	TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
<b>Tegasorb Thin</b> médicaments d'exception	<b>pansement hydrocolloïde</b> Pans.	10 cm X 10 cm		3M Canada	99100290	(1)	1	3,10		
<b>Tegasorb Thin</b> médicaments d'exception	<b>pansement hydrocolloïde</b> Pans.	10 cm X 12 cm		3M Canada	99100291	(1)	1	3,38		
<b>Tegasorb Thin</b> médicaments d'exception	<b>pansement hydrocolloïde</b> Pans.	14 cm X 17 cm		3M Canada	99100292	(1)	1	5,61		
<b>Biatin Soft-Hold</b> médicaments d'exception	<b>pansement mousse hydrophile</b> Pans.	10 cm X 10 cm		Coloplast	99100298	(1)	5	26,10	5,2200	
<b>Biatin Soft-Hold</b> médicaments d'exception	<b>pansement mousse hydrophile</b> Pans.	10 cm X 20 cm		Coloplast	99100299	(1)	5	57,66	11,5320	
<b>Saizen</b> médicaments d'exception	<b>somatotrophine</b> Pd Inj.	8,8 mg		Serono	02272083	(1)	1	338,80	338,8000	
<b>Aclasta</b> médicaments d'exception	<b>zolédronique (acide)</b> Sol. Perf. I.V.	5 mg/ 100 mL		Novartis	02269198	(1)	1	645,00		



## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Produits modifiés

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME	TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
TUB	Streptomycin 8:12.02	streptomycine (sulfate de) Pd Inj.	1 g	Sterimax	02243660	(1)	1	43,60		
MTS	Zithromax 8:12.12	azithromycine Co.	250 mg	Pfizer	02212021	(1)	30	136,16	4,5387	
	Zithromax 8:12.12	azithromycine Co.	600 mg	Pfizer	02231143	(1)	30	326,78	10,8927	
	Zithromax I.V. 8:12.12	azithromycine Pd Perf. I.V.	500 mg	Pfizer	02239952	(1)	10	192,00	19,2000	
MTS	Zithromax 8:12.12	azithromycine Susp. Orale	100 mg/5 mL	Pfizer	02223716	(1)	15 ml	15,36	1,0240	
MTS	Zithromax 8:12.12	azithromycine Susp. Orale	200 mg/5 mL	Pfizer	02223724	(1) (2)	15 ml 22,5 ml	21,76 32,64	1,4507 1,4507	
	Tiazac 24:28	diltiazem (chlorhydrate de) Caps. L.A.	120 mg	Biovail	02231150	(1)	100	80,85	0,8085	0,5094
	Tiazac 24:28	diltiazem (chlorhydrate de) Caps. L.A.	180 mg	Biovail	02231151	(1)	100	107,32	1,0732	0,6761
	Tiazac 24:28	diltiazem (chlorhydrate de) Caps. L.A.	240 mg	Biovail	02231152	(1)	100	142,35	1,4235	0,8968
	Tiazac 24:28	diltiazem (chlorhydrate de) Caps. L.A.	300 mg	Biovail	02231154	(1)	100	177,94	1,7794	1,1210
	Tiazac 24:28	diltiazem (chlorhydrate de) Caps. L.A.	360 mg	Biovail	02231155	(1)	100	214,64	2,1464	1,3522
	Calcia 400 40:12	calcium (carbonate de)/ vitamine D Caps.Co.ouCo.Mast.	500 mg -400 UI	Medexus	80000159	(1)	60	7,20	0,1200	0,1200
	Calcite 500 + D 400 40:12	calcium (carbonate de)/ vitamine D Caps.Co.ouCo.Mast.	500 mg -400 UI	Riva	02244130	(1) (2)	100 500	12,00 60,00	0,1200 0,1200	0,1200 0,1200
	Calcium 500 + D 400 40:12	calcium (carbonate de)/ vitamine D Caps.Co.ouCo.Mast.	500 mg -400 UI	Trianon	02244161	(1)	100	12,00	0,1200	0,1200
	Cal-D 400 40:12	calcium (carbonate de)/ vitamine D Caps.Co.ouCo.Mast.	500 mg -400 UI	Pro Doc	02246065	(1)	100	12,00	0,1200	0,1200
	Carbocal D 400 UI 40:12	calcium (carbonate de)/ vitamine D Caps.Co.ouCo.Mast.	500 mg -400 UI	Euro-Pharm	02245511	(1) (2)	100 500	12,00 60,00	0,1200 0,1200	0,1200 0,1200
	Neo-Cal-D Forte 40:12	calcium (carbonate de)/ vitamine D Caps.Co.ouCo.Mast.	500 mg -400 UI	Néolab	02246984	(2)	500	60,00	0,1200	0,1200

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Produits modifiés

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME	TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
<b>Prevacid</b> 56:40	<b>lansoprazole</b> Caps.L.A. ou Co.LA	30 mg		Abbott	02165511	(1) (2)	30 100	60,00 200,00	2,0000 2,0000	
<b>Dexasone</b> 68:04	<b>dexaméthasone</b> Co.	4 mg	5	ICN	00489158	(2)	100	76,73	0,7673	0,7673
<b>Solu-Medrol</b> 68:04	<b>méthylprednisolone (succinate sodique de)</b> Pd Inj.	1 g		Pfizer	02063697	(1)	1	43,33		31,00
<b>Minestrin 1/20</b> 68:12	<b>éthinyloestradiol/ noréthindrone (acétate de)</b> Co. (21)	0,02 mg -1 mg		Paladin	00315966	(1)	1	11,68		
<b>Loestrin 1.5/30</b> 68:12	<b>éthinyloestradiol/ noréthindrone (acétate de)</b> Co. (21)	0,03 mg -1,5 mg		Paladin	00297143	(1)	1	11,68		
<b>Minestrin 1/20</b> 68:12	<b>éthinyloestradiol/ noréthindrone (acétate de)</b> Co. (28)	0,02 mg -1 mg		Paladin	00343838	(1)	1	11,68		
<b>Loestrin 1.5/30</b> 68:12	<b>éthinyloestradiol/ noréthindrone (acétate de)</b> Co. (28)	0,03 mg -1,5 mg		Paladin	00353027	(1)	1	11,68		
<b>Dalacin T</b> 84:04.04	<b>clindamycine (phosphate de)</b> Sol. Top.	1 %		Pfizer	00582301	(1) (2)	30 ml 60 ml	8,48 16,96	0,2827 0,2827	0,2260 0,2262
<b>Frelon à tête blanche</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	1,1 mg		AllergiLab	99100226	(1)	1	219,00		
<b>Frelon Jaune</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	1,1 mg		AllergiLab	99100227	(1)	1	219,00		
<b>Guêpe de l'est</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	1,1 mg		AllergiLab	99100228	(1)	1	219,00		
<b>Guêpe poliste</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	1,1 mg		AllergiLab	99100229	(1)	1	239,00		
<b>Vespidés combinés</b> 92:00	<b>protéines de venin d'hyménoptères</b> Pd Inj.	3,3 mg		AllergiLab	99100230	(1)	1	433,00		
<b>Flomax</b> 92:00.02	<b>tamsulosine( chlorhydrate de )</b> Caps.L.A. ou Co.LA	0,4 mg		Bo. Ing.	02238123	(1)	100	95,00	0,9500	
<b>pms-Bisacodyl</b> médicaments d'exception	<b>bisacodyl</b> Co. Ent.	5 mg	5	Phmscience	00587273	(1) (2)	100 1000	4,86 40,50	0,0486 0,0405	0,0486 0,0405

## MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS

## Produits modifiés

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
Aricept médicaments d'exception	donépézil (chlorhydrate de) Co.ou Co. diss. 5 mg Orale		Pfizer	02232043	(1)	28	123,48	4,4100	
					(2)	30	132,30	4,4100	
Aricept médicaments d'exception	donépézil (chlorhydrate de) Co.ou Co. diss. 10 mg Orale		Pfizer	02232044	(1)	28	123,48	4,4100	
					(2)	30	132,30	4,4100	

**MODIFICATIONS À LA LISTE DE MÉDICAMENTS**  
**Médicaments d'exception transférés à la liste régulière**

MARQUE DE COMMERCE	DÉNOMINATION COMMUNE FORME	TENEUR	%GRO	FABRICANT	CODE	INDIC. ACQ.	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	PPB UNITAIRE
Videx EC 8:18.08	didanosine Caps. Ent.	125 mg		B.-M.S.	02244596	(1)	30	93,00	3,1000	
Videx EC 8:18.08	didanosine Caps. Ent.	200 mg		B.-M.S.	02244597	(1)	30	148,80	4,9600	
Videx EC 8:18.08	didanosine Caps. Ent.	250 mg		B.-M.S.	02244598	(1)	30	186,00	6,2000	
Videx EC 8:18.08	didanosine Caps. Ent.	400 mg		B.-M.S.	02244599	(1)	30	298,20	9,9400	
Métadol 28:08.08	méthadone (chlorhydrate de) Co.	1 mg		Phmscience	02247698	(1)	100	15,00	0,1500	
Métadol 28:08.08	méthadone (chlorhydrate de) Co.	5 mg		Phmscience	02247699	(1)	100	50,00	0,5000	
Métadol 28:08.08	méthadone (chlorhydrate de) Co.	10 mg		Phmscience	02247700	(1)	100	80,00	0,8000	
Métadol 28:08.08	méthadone (chlorhydrate de) Co.	25 mg		Phmscience	02247701	(1)	100	150,00	1,5000	

## ANNEXE III

## LISTE DES FABRICANTS DE MÉDICAMENTS ET DES GROSSISTES EN MÉDICAMENTS

Loi sur l'assurance médicaments - (L.R.Q., c. A-29.01, a.60)

## A) Fabricants reconnus par le ministre

✦ ABBOTT	Laboratoires Abbott Ltée
✦ ACTELION	Actelion Pharmaceutique Canada Inc.
AGOURON	Agouron Pharmaceuticals Canada Inc.
ALCON	Alcon Canada Inc.
ALLERGAN	Allergan Inc.
✦ ALLERGILAB	AllergiLab Inc.
ALLERGY	Allergy Canada Ltd
AMGEN	Amgen Canada Inc.
APOTEX	Apotex Inc.
✦ ATLAS	Laboratoire Atlas Inc.
AURIUM	Aurium Pharma
✦ AVENTIS	Aventis Pharma Inc.
✦ AXCAN	Axcan Pharma Inc.
AXXESS	Axxess Pharma Inc.
✦ AZC	AstraZeneca Inc.
B. & L.	Bausch & Lomb Canada Inc.
BAXTER	Laboratoires Baxter du Canada Limitée
BAYER	Bayer Inc.
B-D	Becton Dickinson Canada Inc.
✦ BERLEX	Berlex Canada Inc.
BIOGEN	Biogen Idec Canada Inc.
✦ BIOMED	Biomed 2002 Inc.
BIONICHE	Bioniche Inc.
BIOVAIL	Biovail Pharmaceuticals Division de Biovail Corporation
✦ B.-M.S.	La Société Bristol-Myers Squibb Canada
✦ BO. ING.	Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée.
✦ BRISTOL	Produits Bristol
✦ CANDERM	Canderm Pharma Inc.
CHIRON	Chiron Canada Ltée
COBALT	Cobalt Pharmaceuticals
COLOPLAST	Coloplast Corporation

## Renseignements généraux

---

CONVATEC	Convatec Div. de Bristol-Myers Squibb Canada Division de Bristol-Myers Squibb Canada Inc.
CYTEX	Cytex Pharmaceuticals inc.
DEL	Del Pharmaceuticals Inc.
DERMIK	Dermik Laboratories Canada Inc.
DIOPTIC	Dioptic Laboratories Division de Akorn Pharmaceuticals Canada Ltée
DISPENSA	Dispensapharm Inc.
✦ DRAXIS	Santé Draxis Inc.
✦ DUCHESNAY	Laboratoire Duchesnay Inc.
ERFA	Erfa Canada Inc.
✦ EURO-PHARM	Euro-Pharm International Canada Inc
FERRING	Ferring Inc.
FOURNIER	Fournier Pharma Inc.
FUJISAWA	Fujisawa Canada Inc.
✦ GALDERMA	Galderma Canada Inc.
GENPHARM	Genpharm Pharmaceuticals Inc.
GENZYME	Genzyme Canada Inc.
GILEAD	Gilead Sciences Inc.
GLADES	Glades Division de Stiefel Canada Inc. Division de Stiefel Canada Inc.
GLENWOOD	Glenwood Laboratoires Canada Ltd.
GSK	GlaxoSmithKline Inc.
GSK CONS	GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Inc.
HILL	Hill Dermaticals Inc.
HOFFMANN	Hoffmann-La Roche Ltée
✦ ICN	ICN Canada Ltée
INTERMUNE	InterMune Pharmaceuticals Inc.
J. & J.	Johnson & Johnson Inc.
J&J MERCK	Johnson & Johnson - Merck
J.O.I.	Janssen-Ortho Inc.
KEY	Produits Pharmaceutiques Key Division de Schering Canada Inc.
KINSMOR	Kinsmor Pharmaceuticals Canada Inc.
✦ LALCO	Laboratoire Lalco Enr. Laboratoire Lalco Inc.
LEE-ADAMS	Lee-Adams Division de Pharmascience Inc. Division de PharmaScience Inc.
LEO	Leo Pharma Inc.
LIFESCAN	Lifescan Canada Ltd
LILLY	Eli Lilly Canada Inc.
✦ LINSON	La Société Linson Pharma
✦ LUNDBECK	Lundbeck Canada Inc.
MAYAKA	Mayaka International Inc.
MAYNE	Mayne Pharma Canada Inc.

MEDEXUS	Medexus Caring Technologies
MEDICAN	Médican Pharma Inc.
✦ MEDICIS	Medicis Canada Ltée
MEDISENSE	MediSense Canada Inc. Division de Laboratoires Abbott Limitée
✦ MERCK	Merck Frost Canada & Cie
✦ MERCK-SCH M.J.	Merck Frosst-Schering Mead Johnson Canada Division de Bristol-Myers Squibb Canada Inc.
MÖLNLYCKE	Mölnlycke Health Inc.
✦ N.C.H.C.	Novartis consumer health Canada Inc.
✦ NÉOLAB	Néolab Inc.
NESTLÉ	Nestlé Nutrition Clinique Compagnie
N.NORDISK	Novo Nordisk Canada Inc.
NORTHERN T	Northern Therapeutics
✦ NOVARTIS	Novartis Pharma Canada Inc
✦ NOVARTIS-N NOVARTIS-O	Novartis Nutrition Canada Inc. Novartis Ophthalmic Division de Novartis Pharma Canada Inc.
NOVOPHARM	Novopharm Ltée
NU-PHARM	Nu-Pharm Inc.
✦ ODAN	Laboratoires Odan Ltée
✦ OMÉGA OPTIMA	Laboratoires Omega Ltée OptimaPharma Division de Taro Pharmaceuticals Inc.
ORGANON	Organon Canada Ltée
ORGANON SA	Organon SA Canada Ltée
ORPHAN	Orphan Medical Inc.
ORYX	Oryx Pharmaceuticals Inc.
PALADIN	Laboratoire Paladin Inc.
P&G PHARMA	Procter & Gamble Pharmaceuticals Inc.
✦ PANGEO	Pangeo Pharma Inc.
✦ PCH	Pfizer Consumer Healthcare Division de Pfizer Canada Inc
✦ PFIZER	Pfizer Canada Inc.
✦ PHARMEL	Pharmel Inc.
✦ PHMSCIENCE PPC	Pharmascience Inc. Pharmaceutical Partners of Canada Inc.

## Renseignements généraux

---

PREMPHARM	Prempharm Inc. Division de Genpharm Pharmaceuticals Inc.
PRINCETON	Produits Princeton Gr. Pharm. Bristol Myers Squibb
✦ PRO DOC	Laboratoires Pro Doc Ltée
✦ PROVAL	Proval Pharma Inc. Division de Servier Canada Inc.
PURDUE	Purdue Frederick Inc.
QUORUM	Quorum Pharmaceuticals Division de Western Allergy Services Ltd.
RANBAXY	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc. Ranbaxy Laboratories Limited, India
RATIOPHARM	Ratiopharm Inc.
✦ RHODIA	Rhodiapharm Inc.
✦ RHO-PHARM	Rho-Pharm Inc.
✦ RHOXAL	Rhoxalpharma Inc.
✦ RIVA	Laboratoire Riva Ltée
ROCHE	Hoffmann-La Roche Ltée
ROCHE DIAG	Roche Diagnostics div de Hoffman-La Roche Lté HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE
ROSS	Laboratoires Ross, Div. de lab. Abbott Ltée Division de Laboratoires Abbott Ltée
✦ ROUGIER	Rougier Pharma Division de Ratiopharm Inc.
✦ S. & N.	Smith & Nephew Inc.
✦ SABEX	Sabex Inc.
✦ SANDOZ	Sandoz Canada Inc
SANOFI	Sanofi-Synthelabo Canada Inc.
✦ SCHERING	Schering Canada Inc.
SEAFORD	Seaford Pharmaceuticals Inc.
SERONO	Serono Canada Inc.
✦ SERVIER	Servier Canada Inc.
SHIRE	Shire Canada Inc.
SHS	SHS North America
✦ SOLVAY	Solvay Pharma Inc.
SQUIBB	Groupe pharmaceutique Bristol-Myers Squibb
STERIMAX	Sterimax Inc.
✦ STIEFEL	Stiefel Canada Inc.
✦ T C D	Trans Canaderm Inc.
TARO	Taro Pharmaceuticals Inc.
✦ TEVA	Teva Neuroscience S.E.N.C.
THERAMED	Theramed Corporation
THERASENSE	Therensense Canada Inc.



THERMOR	Thermor Ltée
✦ TRIANON	Laboratoires Trianon Inc.
TRITON	Triton Pharma Inc.
✦ TYCO	Tyco Healthcare Inc.
✦ VALEANT	Valeant Canada Ltée
VALEO	Valéo Pharma
VIRCO	Virco
WELLSPRING	WellSpring Pharmaceuticals Canada Corp.
WESTWOOD	Westwood Squibb Division de Bristol-Myers Squibb Canada Inc.
WYETH	Wyeth Limited
✦ WYETH	Wyeth Pharmaceutique Inc. Division Wyeth Canada Inc.
3M CANADA	3M Canada Inc.
3M PHARMA	3M Pharmaceuticals Inc. Div.de 3M Canada Inc Division de 3M Canada Inc.

✦ Le symbole fleur de lys vis-à-vis du nom d'un fabricant indique qu'il s'agit d'un fabricant québécois.

**ANNEXE VII**

**LISTE DES MÉDICAMENTS POUR LESQUELS LA  
MÉTHODE DU PRIX LE PLUS BAS NE S'APPLIQUE PAS  
POUR DES RAISONS THÉRAPEUTIQUES OU AUTRES**

La méthode du prix le plus bas ne s'applique pas lorsque, pour des raisons thérapeutiques ou autres, elle n'est pas considérée souhaitable.

**Principes généraux quant aux exceptions à la méthode du prix le plus bas**

Les médicaments (dénominations communes) inscrits sur la Liste de médicaments depuis quinze ans et plus et produits par deux fabricants ou plus, pour lesquels la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas sont des substances qui possèdent une des caractéristiques suivantes :

- médicament hautement toxique ou ayant un index thérapeutique étroit;
- médicament dont le début d'action et le taux d'absorption sont cliniquement importants;
- médicament ayant une présentation ou une utilisation particulière;
- autres motifs thérapeutiques.

Les médicaments pour lesquels la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas sont énumérés à la page suivante

**24:04.04**  
**antiarythmiques**

amiodarone (chlorhydrate d')

**28:12.04**  
**barbituriques**

primidone

**28:28**  
**autres psychotropes**

lithium (carbonate de)

**36:26**  
**diabète sucré**

réactif quantitatif du glucose dans le sang  
réactif semi-quantitatif du glucose dans le  
sang

**36:88**  
**analyse d'urine**

réactif semi-quantitatif de l'acétone  
réactif semi-quantitatif de l'acétone et du  
glucose  
réactif semi-quantitatif du glucose

**56:40**  
**divers gastro-intestinaux**

5-aminosalicylique (acide)

Co. Ent.

**68:12**  
**anovulants**

éthynylestradiol/ noréthindrone  
éthynylestradiol/ noréthindrone (acétate de)  
mestranol/ noréthindrone

**68:20.08**  
**insulines**

insuline isophane (porc)  
insuline isophane bio-synthétique de  
séquence humaine  
insuline lente bio-synthétique de séquence  
humaine  
insuline ultralente bio-synthétique de  
séquence humaine  
insuline zinc cristalline (porc)

insuline zinc cristalline bio-synthétique de  
séquence humaine  
insulines zinc cristalline et isophane  
bio-synthétiques de séquence humaine

**68:36.04**  
**thyroïdiens**

lévothyroxine sodique

**84:36**  
**divers**

hydrogel

**86:16**  
**respiratoires**

théophylline

Co. L.A.

**92:00**  
**autres médicaments**

allergènes (extraits précipités à l'alun)  
allergènes(extraits aqueux d')

**92:00.02**  
**autres divers**

leuprolide (acétate de)

**médicaments d'exception**

pansement à îlot central  
pansement alginate (fibre d')  
pansement alginate (fibre d')  
pansement charbon activé  
pansement chlorure de sodium  
pansement d'argent  
pansement hydrocolloïde  
pansement hydrofibre  
pansement hydrogel  
pansement interface  
pansement iode (cadexomère d')  
pansement mousse hydrophile  
pansement multicouche

Mèche  
Pans.

## ANNEXE VIII

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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Novartis	Aclasta Sol. Perf. I.V. 5 mg/ 100 mL	1
GSK	Agenerase Caps. 150 mg	240
Shire	Agrylin Caps. 0,5 mg	100
Amgen	Aranesp Seringue 40 mcg/0,4 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 50 mcg/0,5 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 60 mcg/0,3 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 80 mcg/0,4 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 100 mcg/0,5 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 150 mcg/0,3 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 200 mcg/0,4 mL	1
Amgen	Aranesp Seringue 300 mcg/0,6 mL	1
Amgen	Aranesp Seringue 500 mcg/1,0 mL	1
Novartis	Aredia Pd/Sol. Perf. I.V. 90 mg	1
Bayer	Avelox I.V. Sol. Perf. I.V. 400 mg/250 mL	12
Biogen	Avonex Pd Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)	4
Biogen	Avonex PS Sol. Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)	4
Berlex	Betaseron Pd Inj. 0,3 mg	15
Merck	Cancidas Pd Inj. I.V. 50 mg	1
Merck	Cancidas Pd Inj. I.V. 70 mg	1
GSK	Combivir Co. 150 mg -300mg	60
Teva	Copaxone Pd Inj. S.C. 20 mg	32
Teva	Copaxone Sol.Inj. S.C.(ser) 20 mg/mL	30
Merck	Crixivan Caps. 200 mg	360
Roche	Cytovene Caps. 500 mg	90
Abbott	Dilaudid-XP Sol. Inj. 50 mg/mL (50 mL)	2
Sanofi	Eligard Trousse 22,5 mg	1
Sanofi	Eligard Trousse 30 mg	1
Sanofi	Eligard Trousse 45 mg	1
Amgen	Enbrel Pd Inj. S.C. 25 mg	4
J.O.I.	Eprex Seringue 5 000 UI/0,5 mL	6
J.O.I.	Eprex Seringue 6 000 UI/0,6 mL	6
J.O.I.	Eprex Seringue 8 000 UI/0,8 mL	6
J.O.I.	Eprex Seringue 10 000 UI/1,0 mL	6
J.O.I.	Eprex Seringue 40 000 U.I./mL (1 mL)	1
Berlex	Fludara Co. 10 mg	15
Berlex	Fludara Co. 10 mg	20
Berlex	Fludara Co. 10 mg	100

## Renseignements généraux

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Roche	Fuzeon Pd Inj. S.C. 108 mg	60
Genpharm	Gen-Pravastatin Co. 10 mg	1000
Genpharm	Gen-Pravastatin Co. 20 mg	1000
Novartis	Gleevec Caps. 100 mg	120
Novartis	Gleevec Co. 100 mg	120
Novartis	Gleevec Co. 400 mg	30
Lilly	Humatrope Cartouche 12 mg	1
Lilly	Humatrope Cartouche 24 mg	1
Abbott	Humira Sol.Inj. S.C.(ser) 40 mg	2
Sabex	Hydromorphone HP 50 Sol. Inj. 50 mg/mL (50 mL)	1
Schering	Intron A (sans albumine) Sol.Inj. S.C.(ser) 60 M UI/ 1,2 mL	1
Merck	Invanz Pd Inj. 1 g	10
Roche	Invirase Caps. 200 mg	270
Abbott	Kaletra Caps. 133,3 mg - 33,3 mg	180
GSK	Kivexa Co. 600 mg - 300 mg	30
Novartis	Lioresal Intrathécal Sol. Inj. 0,5 mg/mL (20 mL)	5
Novartis	Lioresal Intrathécal Sol. Inj. 2 mg/mL (5 mL)	5
Abbott	Lupron Depot Trousse 11,25 mg	1
Abbott	Lupron Depot Trousse 22,5 mg	1
Abbott	Lupron Depot Trousse 30 mg	1
Pfizer	Macugen Seringue 0,3 mg	1
Solvay	Marinol Caps. 10 mg	60
GSK	Mepron Susp. Orale 150 mg/mL	210 ml
Novartis	Myfortic Co. Ent. 360 mg	120
Amgen	Neupogen Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL)	10
Amgen	Neupogen Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6mL)	10
Bayer	Nimotop Caps. 30 mg	100
3M	Pansement en mousse (non adhesive) 3M	30
Canada	Pans. 20 cm X 20 cm	
Schering	Pegatron Trousse 200 mg-50 mcg/0,5 mL	1
Schering	Pegatron Trousse 200 mg-80 mcg/0,5 mL	1
Schering	Pegatron Trousse 200 mg-100 mcg/0,5 mL	1
Schering	Pegatron Trousse 200 mg-120 mcg/0,5 mL	1
Schering	Pegatron Trousse 200 mg-150 mcg/0,5 mL	1
Schering	Pegatron Redipen Trousse 200 mg-80 mcg/0,5 mL	1
Schering	Pegatron Redipen Trousse 200 mg-100 mcg/0,5 mL	1
Schering	Pegatron Redipen Trousse 200 mg-120 mcg/0,5 mL	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Schering	Pegetron Redipen Trousse 200 mg-150 mcg/0,5 mL	1
Pharmel	Phl-Fluoxétine Caps. 20 mg	500
Phmscience	pms-Docusate Sir. 50 mg/mL	500 ml
Fujisawa	Prograf Caps. 5 mg	100
Roche	Protropin Pd Inj. 10 mg	2
Roche	Pulmozyme Sol. pour Inh. 1 mg/mL (2,5 mL)	30
Wyeth	Rapamune Co. 1 mg	100
Wyeth	Rapamune Sol. Orale 1 mg/mL	60 ml
Wyeth	Rapamune Sol. Orale 1 mg/mL (2 mL)	30
Wyeth	Rapamune Sol. Orale 1 mg/mL (5 mL)	30
Schering	Rebetron (70) Trousse 200 mg- 15 millions UI/mL (1,2 mL)	1
Schering	Rebetron (84) Trousse 200 mg- 15 millions UI/mL (1,2 mL)	1
Serono	Rebif Sol.Inj. S.C.(ser) 44 mcg (12 MUI)	3
Serono	Rebif Sol.Inj. S.C.(ser) 44 mcg (12 MUI)	12
J.O.I.	Regranex Gel Top. 0,01 %	15 g
Schering	Remicade Pd Perf. I.V. 100 mg	1
Northern T	Remodulin Sol. Inj. 1 mg/mL	20 ml
Northern T	Remodulin Sol. Inj. 2,5 mg/mL	20 ml
Northern T	Remodulin Sol. Inj. 5 mg/mL	20 ml
Northern T	Remodulin Sol. Inj. 10 mg/mL	20 ml
B.-M.S.	Reyataz Caps. 150 mg	60
B.-M.S.	Reyataz Caps. 200 mg	60
Aventis	Rilutek Co. 50 mg	60
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 10 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 30 mg	1
Amgen	Sensipar Co. 60 mg	30
Amgen	Sensipar Co. 90 mg	30
Aventis	Suprefact Dépôt Implant 6,3 mg	1
Aventis	Suprefact Dépôt 3 mois Implant 9,45 mg	1
Roche	Tarceva Co. 100 mg	30
Roche	Tarceva Co. 150 mg	30
GSK	Telzir Co. 700 mg	60
Schering	Témodal Caps. 100 mg	5
Schering	Témodal Caps. 250 mg	5
Chiron	Tobi Sol. pour Inh. 300 mg/5 mL	56
Actelion	Tracleer Co. 62,5 mg	56
Actelion	Tracleer Co. 125 mg	56
Paladin	Trelstar LA Trousse 11,25 mg	1
GSK	Trizivir Co. 300 mg - 150 mg - 300 mg	60
Schering	Unitron-Peg Pd Inj. S.C. 50 mcg/0,5 mL	2

## Renseignements généraux

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Schering	Unitron-Peg Pd Inj. S.C. 80 mcg/0,5 mL	2
Schering	Unitron-Peg Pd Inj. S.C. 120 mcg/0,5 mL	2
Schering	Unitron-Peg Pd Inj. S.C. 150 mcg/0,5 mL	2
Roche	Valcyte Co. 450 mg	60
Bristol	Vepesid Caps. 50 mg	20
Roche	Vesanoid Caps. 10 mg	100
AllergiLab	Vespidés combinés Pd Inj. 3,3 mg	1
Oméga	Vespidés combinés Pd Inj. 3,3 mg	1
Allergy	Vespidés combinés Pd Inj. 3,3 mg	1
Oméga	Vespidés combinés Pd Inj. 3,9 mg	1
Pfizer	Vfend Co. 200 mg	30
Agouron	Viracept Co. 250 mg	300
Pfizer	Viracept Co. 625 mg	120
Gilead	Viread Co. 300 mg	30
Novartis-O	Visudyne Pd Inj. I.V. 15 mg	1
Roche	Xeloda Co. 500 mg	120
AZC	Zoladex LA Implant 10,8 mg	1
Novartis	Zometa Pd Perf. I.V. 4 mg	1
Novartis	Zometa Sol. Perf. I.V. 4 mg/5 mL	5 ml
Lilly	Zyprexa Co. 7,5 mg	100
Lilly	Zyprexa Co. 10 mg	100
Lilly	Zyprexa Co. 15 mg	100
Pfizer	Zyvoxam Co. 600 mg	20



## CAPSULES PHARMACOTHÉRAPEUTIQUES

Juin 2006

### Table des matières

<b>LISTE DE MÉDICAMENTS DU RÉGIME GÉNÉRAL et LISTE DE MÉDICAMENTS – ÉTABLISSEMENTS</b> .....	3
■ <b>Ajouts</b> .....	3
Lipidil <sup>MC</sup> EZ (Solvay), fénofibrate (nanocristallisé) .....	3
Trelstar <sup>MC</sup> et Trelstar <sup>MC</sup> LA (Paladin), triptoréline (pamoate de) .....	3
■ <b>Transfert à la section régulière de la Liste de médicaments</b> .....	4
Métadol <sup>MC</sup> (Phmscience), méthadone (chlorhydrate de) en comprimés .....	4
Videx <sup>MC</sup> EC (B.-M.S.), didanosine .....	4
■ <b>Avis de refus pour la valeur thérapeutique</b> .....	5
Advicor <sup>MC</sup> (Oryx), niacine / lovastatine .....	5
Raptiva <sup>MC</sup> (Serono), efalizumab .....	5
■ <b>Avis de refus pour la justesse du prix</b> .....	6
Levemir <sup>MC</sup> (N.Nordisk), insuline détémir .....	6
PhosLo <sup>MC</sup> (Prempharm), calcium (acétate de) .....	6
■ <b>Médicaments d'exception – Ajout de nouveaux médicaments</b> .....	7
Aclasta <sup>MC</sup> (Novartis), zolédronique (acide) .....	7
Adderall XR <sup>MC</sup> (Shire), amphétamine (sels mixtes d') .....	8
Sensipar <sup>MC</sup> (Amgen), cinacalcet (chlorhydrate de) .....	8
■ <b>Médicaments d'exception – Ajout de nouvelles indications de paiement et de nouveaux critères d'utilisation</b> .....	9
Gleevec <sup>MC</sup> (Novartis), imatinib (mésylate d'), LLA Ph+ <i>de novo</i> .....	9
Gleevec <sup>MC</sup> (Novartis), imatinib (mésylate d'), Tumeurs stromales gastro-intestinales .....	10
■ <b>Médicaments d'exception – Modifications des indications reconnues</b> .....	11
Agents biologiques pour le traitement de l'arthrite juvénile et de l'arthrite psoriasique .....	11
Enbrel <sup>MC</sup> (Amgen), étanercept .....	11
Remicade <sup>MC</sup> (Schering), infliximab .....	11
Agents biologiques utilisés pour le traitement de la spondylite ankylosante .....	12
Enbrel <sup>MC</sup> (Amgen), étanercept .....	12
Remicade <sup>MC</sup> (Schering), infliximab .....	12
Humira <sup>MC</sup> (Abbott), adalimumab .....	12
Lantus <sup>MC</sup> (Aventis), insuline glargine .....	13

Médicaments pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention .....	13
Concerta <sup>MC</sup> (J.O.I.), méthylphénidate (chlorhydrate de) .....	13
Strattera <sup>MC</sup> (Lilly), atomoxétine (chlorhydrate d').....	13
Tarceva <sup>MC</sup> (Roche), erlotinib (chlorhydrate d').....	14
■ <b>Avis concernant l'application de la méthode du prix le plus bas</b> .....	15
Lévothyroxine sodique .....	15
<b>AVIS CONCERNANT SEULEMENT LA LISTE DE MÉDICAMENTS – ÉTABLISSEMENTS...</b>	16
■ <b>Avis de refus pour la justesse du prix</b> .....	16
Zemplar <sup>MC</sup> (Abbott), paricalcitol .....	16

*Le texte des « Capsules pharmacothérapeutiques » est disponible sur le site Internet du Conseil du médicament, dans la section « Publications », à l'adresse suivante : [www.cdm.gouv.qc.ca](http://www.cdm.gouv.qc.ca)*

**Pour tout renseignement supplémentaire :**

**Conseil du médicament  
1195, avenue Lavigerie, 1<sup>er</sup> étage, bureau 100,  
Sainte-Foy (Québec) G1V 4N3  
418 643-3140**

▪ **Ajouts**

**Lipidil<sup>MC</sup> EZ (Solvay), fénofibrate (nanocristallisé)  
Co. 48 mg et 145 mg**

Le fénofibrate nanocristallisé est une nouvelle formulation de fénofibrate. Le procédé utilisé permet de réduire la taille des particules du médicament à l'échelle du nanomètre afin d'en accroître l'absorption et la biodisponibilité. Ceci permet d'administrer Lipidil<sup>MC</sup> EZ indépendamment des repas, contrairement aux préparations antérieures qui doivent être prises en mangeant pour augmenter leur biodisponibilité. La valeur thérapeutique de Lipidil<sup>MC</sup> EZ comme agent hypolipémiant est reconnue par le Conseil. Par ailleurs, le fabricant a soumis de nouveaux prix qui sont inférieurs à ceux du fénofibrate micronisé (Lipidil<sup>MC</sup> Micro et autres) pour lequel la méthode du prix le plus bas s'applique. Ainsi le coût de traitement mensuel avec Lipidil<sup>MC</sup> EZ est moins élevé que celui de toutes les autres formulations de fénofibrate. Le Conseil considère que Lipidil<sup>MC</sup> EZ rencontre maintenant le critère de la justesse du prix. C'est pourquoi il a recommandé l'inscription de Lipidil<sup>MC</sup> EZ sur les listes de médicaments.

**Trelstar<sup>MC</sup> et Trelstar<sup>MC</sup> LA (Paladin), triptoréline (pamoate de)  
Susp. Inj. I.M. 3,75 mg et 11,75 mg**

La triptoréline est un agoniste de la LHRH destiné au traitement du cancer avancé de la prostate. Il s'agit d'une formulation retard s'administrant en injection intramusculaire à raison de 3,75 mg à chaque mois ou de 11,25 mg aux trois mois. Cet agent partage les propriétés pharmacologiques des autres médicaments de sa classe. Des études comparent l'efficacité de la triptoréline à celle du leuprolide. Les résultats confirment que la triptoréline permet l'obtention d'un niveau de castration (concentration sérique de testostérone inférieure ou égale à 500 ng/L) comparable à celui du leuprolide, conformément aux recommandations du *National Comprehensive Cancer Network* à l'égard du traitement hormonal requis chez les hommes atteints d'un cancer prostatique. Un autre essai démontre l'équivalence pharmacodynamique entre la formulation de triptoréline 3,75 mg injectée aux 28 jours pendant trois mois et d'une dose de 11,25 mg aux trois mois. Le coût annuel d'un traitement avec l'une ou l'autre des présentations de Trelstar<sup>MC</sup> s'avère identique à celui de l'agoniste de la LHRH le moins onéreux. En conséquence, le Conseil est d'avis que la triptoréline rencontre les critères de la valeur thérapeutique et de la justesse du prix et a recommandé l'inscription de Trelstar<sup>MC</sup> sur les listes de médicaments.

- **Transfert à la section régulière de la Liste de médicaments**

**Métadol<sup>MC</sup> (Phmscience), méthadone (chlorhydrate de) en comprimés**  
**Co. 1 mg, 5 mg, 10 mg et 25 mg**

La méthadone est un analgésique opiacé synthétique possédant un mécanisme d'action s'apparentant à celui de la morphine. Elle est un agoniste puissant des récepteurs  $\mu$ ,  $\delta$  et  $\kappa$  ainsi qu'un antagoniste puissant des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA), tous impliqués dans la modulation de la douleur. La méthadone possède des propriétés analgésiques et sédatives et peut être utilisée lors du sevrage ou du maintien chez les personnes dépendantes aux opiacés. Les comprimés sont inscrits à la section des médicaments d'exception pour en réserver l'usage au traitement de la douleur cancéreuse ou chronique et non pour la toxicomanie. D'ailleurs, les lignes directrices émises conjointement par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec recommandent l'utilisation de la solution de méthadone chez les toxicomanes dans un cadre très précis. On souligne que les comprimés ne doivent pas être utilisés chez ces personnes, sauf dans des situations très exceptionnelles.

Compte tenu qu'il existe des modalités rigoureuses quant à la prescription et la distribution de la méthadone conformément aux exigences de Santé Canada et que les médecins et pharmaciens impliqués dans le traitement de la toxicomanie doivent respecter les lignes directrices, il appert que le processus habituel concernant les médicaments d'exception n'est pas nécessaire. C'est pourquoi le Conseil a recommandé le transfert des comprimés de méthadone à la section régulière de la Liste de médicaments du régime général et de retirer le critère d'utilisation sur la Liste de médicaments – établissements.

**Videx<sup>MC</sup> EC (B.-M.S.), didanosine**  
**Caps. Ent. 125 mg, 200 mg, 250 mg et 400 mg**

La didanosine est un antirétroviral de la classe des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI). Videx<sup>MC</sup> EC est une formulation dans laquelle la didanosine est protégée contre les acides gastriques grâce au revêtement entérique des granules contenus dans chaque capsule. Il est inscrit dans la section des médicaments d'exception depuis février 2003 pour le traitement des patients présentant une interaction médicamenteuse ou une intolérance digestive lors de la prise de la formulation régulière de didanosine. Le fabricant a avisé le Conseil qu'il abandonne la fabrication et la distribution des comprimés Videx<sup>MC</sup>. Le Conseil déplore le fait que la formulation régulière de didanosine soit discontinuée, ce qui entraîne une augmentation de coût qui aurait pu être évitée. Cependant, puisqu'il n'est pas souhaitable de modifier une thérapie efficace et qu'il faut s'assurer du plus faible taux de résistance virale possible chez la population traitée avec les antirétroviraux, le Conseil a recommandé le transfert de Videx<sup>MC</sup> EC à la section régulière de la Liste de médicaments du régime général et sur la Liste de médicaments – établissements sans critère d'utilisation.

## ▪ Avis de refus pour la valeur thérapeutique

### **Advicor<sup>MC</sup> (Oryx), niacine / lovastatine** **Co. L.A. 500 mg-20 mg et 1 000 mg-20 mg**

Advicor<sup>MC</sup> est une association de médicaments hypolipémiants de classes différentes. Il combine la niacine à libération prolongée (Niaspan<sup>MC</sup>, Oryx) et la lovastatine (Mevacor<sup>MC</sup>, Merck et autres), toutes deux déjà inscrites sur les listes de médicaments. Advicor<sup>MC</sup> est indiqué pour le traitement de l'hypercholestérolémie primaire et de la dyslipidémie mixte, chez des patients traités par la lovastatine qui ont besoin d'une plus grande réduction des triglycérides sériques ou d'une augmentation des taux de HDL-C, ainsi que chez des patients traités par la niacine à libération prolongée qui ont besoin d'une plus grande réduction des taux de LDL-C. Advicor<sup>MC</sup> ne doit pas être administré dans le cadre d'un traitement de première intention, car la dose doit être déterminée par l'ajustement préalable de la posologie de chaque composante.

Les résultats des études cliniques démontrent qu'une dose de 1 000 mg-20 mg d'Advicor<sup>MC</sup> permet une augmentation significative des taux de HDL-C. Cependant, cette combinaison possède une puissance limitée pour abaisser les taux de LDL-C et s'avère moins efficace que les statines à doses élevées en monothérapie. Or, les patients dont le profil lipidique requiert l'administration d'une association d'hypolipémiants ont généralement besoin d'une réduction substantielle des taux de LDL-C. L'administration concomitante de niacine à libération prolongée et d'une faible dose de lovastatine est donc peu attrayante. De fait, les statistiques de la RAMQ révèlent très peu de personnes utilisent cette combinaison actuellement. Par ailleurs, Santé Canada a fixé la dose maximale quotidienne d'Advicor<sup>MC</sup> à 1 000 mg-20 mg en raison d'une préoccupation au regard de l'innocuité du médicament. En conséquence, le Conseil juge que l'association de niacine à libération prolongée et de lovastatine dans un même comprimé à ces doses est peu utile sur le plan clinique et considère qu'Advicor<sup>MC</sup> ne rencontre pas le critère de la valeur thérapeutique. C'est pourquoi il a recommandé de refuser l'inscription de ce produit sur les listes de médicaments.

### **Raptiva<sup>MC</sup> (Serono), efalizumab** **Sol. Inj. S.C. 150 mg**

L'efalizumab est un anticorps monoclonal recombinant indiqué pour le traitement du psoriasis en plaques chronique modéré ou grave chez les adultes qui sont candidats pour un traitement systémique ou une photothérapie. L'efficacité de l'efalizumab a été mesurée à l'aide de l'échelle PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*). Le PASI est une échelle d'appréciation conçue pour évaluer l'ampleur du psoriasis et le degré d'érythème, de desquamation et d'épaisseur des lésions. Les données scientifiques étudiées par le Conseil indiquent que l'efalizumab est plus efficace que le placebo, sur une courte période de temps, pour le traitement du psoriasis en plaques modéré ou grave chez les sujets n'ayant jamais reçu de traitement et chez ceux qui n'ont pas répondu à des traitements antérieurs. Toutefois, aucune étude ne compare l'efficacité de l'efalizumab à celle des autres traitements systémiques utilisés pour traiter cette maladie et qui sont remboursés dans le cadre du régime général d'assurance médicaments. Finalement, les données d'efficacité à long terme ne sont pas disponibles pour l'instant, ne permettant donc pas de valider le maintien de l'efficacité du produit sur une période supérieure à 24 semaines. En conséquence, le Conseil n'est pas en mesure de statuer sur la valeur thérapeutique et c'est pourquoi il a recommandé le refus de l'inscription de Raptiva<sup>MC</sup> sur les listes de médicaments.

▪ **Avis de refus pour la justesse du prix**

**Levemir<sup>MC</sup> (N.Nordisk), insuline détémir**  
**Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (3 mL)**

L'insuline détémir est un analogue soluble de l'insuline humaine à action prolongée produit par la technologie de l'ADN recombinant. La molécule comporte une chaîne latérale d'acides gras libres qui se lie à l'albumine humaine au point d'injection sous-cutané pour assurer son effet prolongé. Levemir<sup>MC</sup> est indiqué dans le traitement des adultes atteints de diabète de type 1 ou de type 2 ayant besoin d'insuline à action prolongée, en association avec une insuline prandiale, pour maintenir l'homéostasie glucidique normale.

Les conclusions des études sont à l'effet que l'insuline détémir est d'efficacité comparable à celle de l'insuline à action intermédiaire NPH quant au contrôle glycémique global démontré par les résultats sur l'hémoglobine glyquée. Chez les personnes diabétiques de type 1 et de type 2, l'insuline détémir réduit davantage les variations intra-individuelles de la glycémie à jeun et elle entraîne moins de gain de poids que l'insuline NPH. Chez les diabétiques de type 1, elle provoque moins d'épisodes d'hypoglycémie nocturne, mais cet avantage de la détémir sur l'insuline NPH n'a pas été démontré dans les études réalisées chez les diabétiques de type 2. Au regard de l'incidence des épisodes d'hypoglycémies globales, les résultats de la plupart des études démontrent que l'insuline détémir est comparable à l'insuline NPH. Par ailleurs, le Conseil a reconnu que les bénéfices de l'insuline glargine se situent au niveau du risque d'hypoglycémies, et particulièrement pour les épisodes nocturnes. Aucune donnée scientifique comparant l'insuline détémir à l'insuline glargine n'est disponible. C'est pourquoi le Conseil n'a pu retenir l'insuline glargine comme comparateur. Le coût de l'insuline détémir est de 109,86 \$ pour un format de cinq cartouches contenant chacune 300 UI d'insuline. Ainsi le coût de l'insulinothérapie basale avec l'insuline détémir est trois fois plus élevé que celui de l'insuline intermédiaire NPH. Quoique le Conseil reconnaisse la valeur thérapeutique de l'insuline détémir, les bénéfices cliniques supplémentaires de Levemir<sup>MC</sup> sont modestes et insuffisants pour justifier cette différence de coût. C'est pourquoi le Conseil a recommandé le refus d'inscrire Levemir<sup>MC</sup> sur les listes de médicaments.

**PhosLo<sup>MC</sup> (Prempharm), calcium (acétate de)**  
**Co. 667 mg**

L'acétate de calcium est un agent chélateur qui se lie au phosphore d'origine alimentaire pour former le phosphate de calcium, un complexe insoluble éliminé par la suite dans les selles. L'acétate de calcium est hautement soluble au pH neutre. Cette caractéristique lui confère un grand pouvoir de chélation du phosphore. PhosLo<sup>MC</sup> est indiqué pour le contrôle de l'hyperphosphorémie dans les cas d'insuffisance rénale chronique au stade ultime. Le Conseil reconnaît l'efficacité de PhosLo<sup>MC</sup> comme chélateur du phosphore dans cette indication. De l'avis du Conseil, son comparateur le plus approprié est le carbonate de calcium, dont l'utilisation est très répandue chez la clientèle insuffisante rénale. Ces deux sels de calcium sont d'efficacité semblable pour diminuer la phosphorémie, à une dose exprimée en calcium élémentaire environ deux fois moins élevée pour l'acétate de calcium. Le traitement avec PhosLo<sup>MC</sup> permet donc l'administration d'une plus faible quantité de calcium élémentaire.

Toutefois, plusieurs essais cliniques ne montrent pas une incidence moins élevée d'hypercalcémie avec l'acétate de calcium comparativement au carbonate de calcium. Par surcroît, le coût de traitement mensuel avec PhosLo<sup>MC</sup> est environ quinze fois plus élevé que le coût de traitement avec le carbonate de calcium. En conséquence, le Conseil ne reconnaît pas la justesse du prix de PhosLo<sup>MC</sup> et a recommandé le refus de son inscription sur les listes de médicaments.

## ▪ **Médicaments d'exception – Ajout de nouveaux médicaments**

### **Aclasta<sup>MC</sup> (Novartis), zolédronique (acide) Sol. Perf. I.V. 5 mg/100 mL**

L'acide zolédronique est un bisphosphonate azoté inhibant la résorption osseuse médiée par les ostéoclastes. Son action sélective sur l'os minéralisé explique qu'il empêche la résorption osseuse sans nuire à la minéralisation ni altérer les propriétés mécaniques de l'os. L'acide zolédronique est actuellement inscrit dans la section des médicaments d'exception et sur la Liste de médicaments – établissements sous le nom commercial de Zometa<sup>MC</sup> Pd Inj. 4 mg, pour le traitement de l'hypercalcémie d'origine tumorale et pour la prévention des événements osseux chez les personnes présentant un cancer du sein ou un myélome multiple. L'acide zolédronique commercialisé sous le nom Aclasta<sup>MC</sup> est indiqué pour le traitement des patients atteints de la maladie de Paget.

Les données d'efficacité démontrent qu'une perfusion unique de 5 mg d'acide zolédronique est plus efficace pour réduire les concentrations de phosphatases alcalines sériques (PAS) chez les personnes atteintes de la maladie de Paget que 30 mg par jour de risédronate administré durant 60 jours. À six mois, la proportion de personnes sans récurrence est supérieure avec l'acide zolédronique qu'avec le traitement par le risédronate. De plus, l'effet du traitement par l'acide zolédronique est plus rapide et il se maintient jusqu'à un an après la dose. Les données de qualité de vie démontrent que l'acide zolédronique apporte un meilleur soulagement de la douleur que le risédronate. Tout comme les autres bisphosphonates, il n'existe pas de donnée d'efficacité portant sur les fractures et les compressions nerveuses au regard de l'acide zolédronique. Cependant, la corrélation entre la concentration de PAS et l'efficacité clinique est documentée. Le coût de traitement avec l'acide zolédronique est similaire à celui de son principal comparateur, le risédronate. Il est moindre que celui du pamidronate et supérieur à celui de l'alendronate. Concernant ce dernier, le Conseil est d'avis que les avantages de l'acide zolédronique au niveau de l'innocuité et de l'observance justifient la différence de coût. Ainsi le Conseil considère qu'Aclasta<sup>MC</sup> rencontre les critères de la valeur thérapeutique et de la justesse du prix. L'acide zolédronique est déjà commercialisé sous le nom de Zometa<sup>MC</sup> et est assujéti à des indications reconnues pour le paiement. Ainsi, afin d'éviter l'usage de l'acide zolédronique pour des utilisations qu'il n'a pas reconnues, le Conseil a recommandé l'inscription d'Aclasta<sup>MC</sup> dans la section des médicaments d'exception de la Liste de médicaments du régime général et sur la Liste de médicaments – établissements avec un critère d'utilisation. L'indication de paiement et le critère d'utilisation sont :

- ◆ **pour le traitement de la maladie de Paget;**

**Adderall XR<sup>MC</sup> (Shire), amphétamine (sels mixtes d')**  
**Caps. L.A. 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg et 30 mg<sup>1</sup>**

Adderall XR<sup>MC</sup> est une préparation de sels mixtes d'amphétamine à libération prolongée indiquée pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant. L'une des composantes d'Adderall XR<sup>MC</sup>, la dexamphétamine, existe depuis plusieurs années et est inscrite sur la Liste de médicaments sous forme de comprimé à libération immédiate (Dexedrine<sup>MC</sup>) et de capsule à libération prolongée (Dexedrine<sup>MC</sup> Spansule). Adderall XR<sup>MC</sup> a démontré une bonne efficacité sur les éléments mesurés. Cependant, les données permettant la comparaison avec l'actuelle formulation prolongée de dexamphétamine ne sont toujours pas disponibles. Ainsi les données cliniques revues ne permettent pas au Conseil de dégager, pour Adderall XR<sup>MC</sup>, des bénéfices cliniques suffisants pouvant justifier un coût de traitement aussi élevé comparativement aux autres traitements disponibles. Toutefois, le Conseil a pris avis auprès d'un groupe d'experts du traitement du trouble déficitaire de l'attention. Or, ces discussions ont permis de dégager des bénéfices additionnels pour Adderall XR<sup>MC</sup>, notamment la diminution des fluctuations sériques de médicament et l'observance chez la clientèle pédiatrique, pour certains enfants. Le coût d'un traitement par Adderall XR<sup>MC</sup> est de 2,75 \$ par jour, peu importe la dose utilisée. Lors de l'utilisation de Dexedrine<sup>MC</sup> aux mêmes doses quotidiennes, le coût varie de 0,28 \$ à 0,97 \$ par jour. D'après le Conseil, les bénéfices cliniques justifient le coût de traitement plus élevé pour les enfants avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage d'un stimulant à courte action ne permet pas un bon contrôle des symptômes de la maladie. Le Conseil a donc recommandé l'inscription d'Adderall XR<sup>MC</sup> dans la section des médicaments d'exception de la Liste de médicaments du régime général et sur la Liste de médicaments – établissements avec un critère d'utilisation reconnu.

L'indication reconnue pour le paiement d'Adderall XR<sup>MC</sup> et le critère d'utilisation sont :

- ◆ **pour le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;**

**Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.**

**Sensipar<sup>MC</sup> (Amgen), cinacalcet (chlorhydrate de)**  
**Co. 30 mg, 60 mg et 90 mg**

Le cinacalcet appartient à une nouvelle classe de médicaments, les calcimimétiques. Il est indiqué pour le traitement de l'hyperparathyroïdie secondaire chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique. Il agit directement sur le récepteur du calcium au niveau de la glande parathyroïde. Son action permet une réduction de la sécrétion de parathormone. Le Conseil a étudié de nouvelles données provenant d'une analyse combinée dont l'objectif est de déterminer l'effet du cinacalcet sur des objectifs cliniquement significatifs tels les événements

---

<sup>1</sup> Pour d'autres informations sur l'utilisation des stimulants dans le traitement du TDAH, veuillez vous référer au Bulletin CdM Express d'octobre 2004 disponible dans le site web du Conseil.



cardiovasculaires, les parathyroïdectomies et les fractures chez des dialysés. Les résultats représentent les premières données sur des objectifs cliniques pour cette condition médicale dont le diagnostic et le suivi reposent essentiellement sur des paramètres biochimiques. Le Conseil reconnaît les résultats en lien avec les parathyroïdectomies et par le fait même la valeur thérapeutique de Sensipar<sup>MC</sup>. Quant au coût de traitement annuel avec le cinacalcet, il varie de 4 000 \$ à un peu plus de 20 000 \$. Ce coût de traitement par le cinacalcet s'ajoute à celui du traitement actuel de l'hyperparathyroïdie. Or, le Conseil croit que les bénéfices additionnels de Sensipar<sup>MC</sup> justifient son coût supplémentaire lorsque les autres options thérapeutiques administrées à doses optimales ont échoué. En conséquence, le Conseil a recommandé l'inscription de Sensipar<sup>MC</sup> dans la section des médicaments d'exception de la Liste de médicaments du régime général ainsi que sur la Liste de médicaments – établissements avec un critère d'utilisation reconnu. L'indication de paiement et le critère d'utilisation pour Sensipar<sup>MC</sup> sont :

- ◆ **pour le traitement des personnes dialysées ayant une hyperparathyroïdie secondaire grave avec un taux de parathormone intacte supérieur à 88 pmol/L mesuré à 2 reprises à l'intérieur d'une période de 3 mois, malgré un traitement optimal à base de chélateurs du phosphore et de vitamine D à moins d'une intolérance importante ou d'une contre-indication à ces agents, et ayant soit :**
  - une calcémie corrigée  $\geq 2,54$  mmol/L ou;
  - une phosphorémie  $\geq 1,78$  mmol/L ou;
  - un produit phosphocalcique  $\geq 4,5$  mmol<sup>2</sup>/L<sup>2</sup> ou;
  - des manifestations ostéoarticulaires symptomatiques;

**Le traitement optimal à base de vitamine D se définit comme suit : une dose hebdomadaire minimale de 3 mcg de calcitriol ou d'alfacalcidol ou de 30 mcg de doxercalciferol.**

- **Médicaments d'exception – Ajout de nouvelles indications de paiement et de nouveaux critères d'utilisation**

**Gleevec<sup>MC</sup> (Novartis), imatinib (mésylate d'), LLA Ph+ *de novo*  
Caps. ou Co. 100 mg et Co. 400 mg**

Le mésylate d'imatinib est un inhibiteur spécifique de la tyrosine-kinase. Il inhibe sélectivement la prolifération de lignées cellulaires porteuses du gène *bcr-abl* à activité tyrosine-kinase impliqué dans la leucémie lymphoblastique aiguë (LLA).

En février 2006, le Conseil a recommandé l'ajout d'une indication de paiement et d'un critère d'utilisation pour Gleevec<sup>MC</sup> chez les adultes atteints de la leucémie lymphoblastique aiguë Ph+ (LLA Ph+), réfractaire ou récidivante chez qui une transplantation de cellules souches est prévisible. Le Conseil a maintenant évalué la pertinence de l'utilisation de Gleevec<sup>MC</sup> chez des personnes nouvellement diagnostiquées (*de novo*) avec une LLA Ph+. Selon les résultats de récentes études, l'ajout de l'imatinib à la chimiothérapie standard dès la phase d'induction permet d'augmenter significativement le taux de rémissions complètes et de prolonger la durée de ces rémissions. Ainsi, plus de patients deviennent éligibles à la transplantation de cellules souches hématopoïétiques (TCSH) et les chances de succès de cette greffe sont augmentées si celle-ci s'effectue lors de la première rémission. Les patients ne pouvant être candidats à la

TCSH bénéficient aussi d'un traitement combiné à l'imatinib puisque le délai de survie sans progression et la survie médiane sont prolongés. Bien que le coût de l'imatinib s'ajoute à celui du traitement standard, le Conseil croit que les bénéfices sont significatifs. C'est pourquoi, le Conseil recommande l'ajout d'une indication de paiement et d'un critère d'utilisation pour Gleevec<sup>MC</sup> pour le traitement des adultes atteints d'une LLA Ph+ *de novo*. Le critère recommandé pour la Liste de médicaments – établissements et l'indication de paiement du régime général d'assurance médicaments comportent un libellé différent afin de se conformer aux normes et pratiques de gestion émises par le ministère (Circulaire 2000-028). Ainsi, le critère d'utilisation recommandé pour la Liste de médicaments – établissements est :

- ◆ **pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë, nouvellement diagnostiquée chez un adulte, avec chromosome Philadelphie positif :**
  - **combiné à une chimiothérapie parentérale, soit durant les phases d'induction et de consolidation;**
- ou**
- **après une chimiothérapie parentérale, soit durant la phase de maintien;**

**Les autorisations sont accordées pour une dose maximale de 600 mg par jour. La durée maximale de l'autorisation initiale est de six mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique, soit l'absence de progression de la maladie.**

Alors que l'indication de paiement est :

- ◆ **pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë, nouvellement diagnostiquée chez un adulte, avec chromosome Philadelphie positif, après une chimiothérapie parentérale, soit durant la phase de maintien;**

**Les autorisations sont accordées pour une dose maximale de 600 mg par jour. La durée maximale de l'autorisation initiale est de six mois. Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique, soit l'absence de progression de la maladie.**

**Gleevec<sup>MC</sup> (Novartis), imatinib (mésylate d'), Tumeurs stromales gastro-intestinales  
Caps. ou Co. 100 mg et Co. 400 mg**

Le mésylate d'imatinib est un inhibiteur spécifique de la tyrosine-kinase. Il cible le récepteur de surface cellulaire *KIT* ayant une activité tyrosine-kinase dans les tumeurs stromales gastro-intestinales (TSGI). Santé Canada a autorisé la mise en marché conditionnelle de l'imatinib dans cette dernière indication.

Le Conseil a évalué de nouvelles données quant à la posologie à privilégier dans le cas de progression de la maladie en présence de TSGI. Actuellement, l'indication de paiement et le critère d'utilisation sont libellés afin que l'imatinib soit autorisé pour le traitement d'une TSGI inopérable, récidivante ou métastatique avec présence du récepteur KIT (CD117) à la dose initiale de 400 mg par jour, laquelle peut être augmentée à 600 mg par jour s'il y a progression.

Selon des études cliniques récentes, une augmentation de la dose à 800 mg peut se traduire en une prolongation de la survie sans progression pour près du tiers des personnes dont la maladie a évolué avec une dose quotidienne de 400 mg. Cette augmentation de dose permet une réduction additionnelle de 18 % du risque de progression et un sujet sur vingt est toujours vivant un an plus tard. D'autres études devront confirmer ces résultats. Néanmoins, les groupes d'experts internationaux s'entendent pour recommander dorénavant une hausse de la posologie à 800 mg par jour lors d'une progression de la maladie. Bien que le coût du traitement soit élevé, particulièrement à cette dose, l'imatinib est actuellement le seul traitement apportant des bénéfices cliniques aux patients atteints de TSGI. C'est pourquoi le Conseil a recommandé de modifier l'indication de paiement et le critère d'utilisation qui deviennent :

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

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

Une autorisation pour une dose quotidienne **allant jusqu'à 800 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 pour des périodes de 6 mois.

## ▪ **Médicaments d'exception – Modifications des indications reconnues**

### **Agents biologiques pour le traitement de l'arthrite juvénile et de l'arthrite psoriasique**

**Enbrel<sup>MC</sup> (Amgen), étanercept**

**Pd Inj. S.C. 25 mg**

**Remicade<sup>MC</sup> (Schering), infliximab**

**Pd Perf. I.V. 100 mg**

L'étanercept et l'infliximab sont des médicaments de la classe des agents modulateurs de la réponse biologique. Ils sont actuellement inscrits dans la section des médicaments d'exception de la Liste de médicaments du régime général et sur la Liste de médicaments – établissements avec des critères d'utilisation reconnus pour diverses indications. En février 2006, selon les conseils d'un groupe d'experts en rhumatologie, le Conseil a recommandé de modifier certaines modalités de renouvellement des autorisations pour l'étanercept et l'infliximab pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. En conformité avec la décision prise en février 2006, le Conseil a maintenant recommandé une modification aux indications reconnues pour le paiement et aux critères d'utilisation d'Enbrel<sup>MC</sup> et de Remicade<sup>MC</sup> pour le traitement de l'arthrite juvénile et à l'indication de paiement et au critère d'Enbrel<sup>MC</sup> pour le traitement de l'arthrite psoriasique. Plus spécifiquement la modification porte sur la durée des autorisations. La demande initiale continuera d'être autorisée pour une période maximale de 5 mois. Toutefois, les demandes de poursuite de traitement seront maintenant autorisées pour une période maximale de 12 mois.

## **Agents biologiques utilisés pour le traitement de la spondylite ankylosante**

**Enbrel<sup>MC</sup> (Amgen), étanercept**

**Pd Inj. S.C. 25 mg**

**Remicade<sup>MC</sup> (Schering), infliximab**

**Pd Perf. I.V. 100 mg**

Depuis 2005, Enbrel<sup>MC</sup> et Remicade<sup>MC</sup> sont tous deux indiqués pour réduire les signes et les symptômes de la spondylarthrite ankylosante évolutive. En février 2006, le Conseil a recommandé l'ajout d'une nouvelle indication de paiement pour l'étanercept et pour l'infliximab dans la Liste de médicaments du régime général et l'ajout d'un critère d'utilisation dans la Liste de médicaments – établissements pour le traitement de la spondylite ankylosante notamment après l'usage séquentiel de deux anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale. Le Conseil reconnaît qu'il existe de nombreuses situations où l'usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens est peu recommandé. Il s'agit généralement de situations où une surveillance permet d'identifier la survenue des problèmes, qui sont souvent assez faciles à éviter ou à traiter, le cas échéant. Les véritables contre-indications sont cependant beaucoup moins fréquentes, mais néanmoins réelles. En conséquence, le Conseil a recommandé une modification à l'indication de paiement et au critère d'utilisation de l'étanercept et de l'infliximab pour le traitement de la spondylite ankylosante, pour y inclure la notion de contre-indication aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Le début de l'indication de paiement et du critère d'utilisation devient :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est  $\geq 4$ , chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à **moins de contre-indication**;

La suite de l'indication de paiement et du critère d'utilisation demeure inchangée.

**Humira<sup>MC</sup> (Abbott), adalimumab**

**Sol. Inj. S.C. (ser) 40 mg**

L'adalimumab est un agent modulateur de la réponse biologique indiqué pour la réduction des signes et des symptômes de la polyarthrite rhumatoïde (PAR) modérée ou grave. Il est inscrit dans la section des médicaments d'exception pour cette indication. Concernant la dose, l'adalimumab est autorisé à raison de 40 mg aux deux semaines. Pour le traitement de la PAR, l'adalimumab devrait préférablement être combiné à un agent de rémission de la maladie tel le méthotrexate. En cas de contre-indication ou d'intolérance sérieuse aux agents de rémission de la maladie, Humira<sup>MC</sup> peut être utilisé en monothérapie. Cependant, cette pratique peut mener à la formation d'anticorps anti-adalimumab avec pour conséquence possible une perte d'efficacité. Selon les données probantes disponibles, certains patients qui utilisent Humira<sup>MC</sup> en monothérapie pourraient bénéficier d'une augmentation de la dose et ainsi recevoir 40 mg à chaque semaine. Pour ce qui est de l'utilisation de l'adalimumab en association avec un agent de rémission de la maladie, particulièrement le méthotrexate, l'administration d'une dose d'Humira<sup>MC</sup> supérieure à 40 mg aux deux semaines n'est pas recommandée, car elle n'a pas démontré une efficacité supérieure à celle de la dose habituelle. Ainsi le Conseil est d'avis de permettre l'administration d'une dose plus élevée d'adalimumab chez les patients qui l'utilisent en monothérapie et chez qui le traitement avec la dose habituelle ne donne pas des résultats satisfaisants. En conséquence, le Conseil a recommandé de modifier la portion de l'indication reconnue pour le paiement et du critère d'utilisation au regard de la dose utilisée comme suit :

Les autorisations pour l'adalimumab sont données à raison de 40 mg aux 2 semaines. **Cependant, après 12 semaines de traitement avec l'adalimumab en monothérapie, une autorisation pourra être donnée à raison de 40 mg par semaine.**

**Lantus<sup>MC</sup> (Aventis), insuline glargine**  
**Sol. Inj. S.C. 100 U/mL**

L'insuline glargine est un analogue recombiné de l'insuline humaine à action prolongée indiquée dans le traitement des personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 devant prendre de l'insuline basale afin de maîtriser leur glycémie. Actuellement, l'indication reconnue pour le paiement et le critère d'utilisation sont libellés de façon à ce que l'insuline glargine puisse être autorisée, notamment, après un essai non concluant avec une insuline à action prolongée. Ce sont les résultats d'une étude comparative d'efficacité et d'innocuité comparant le traitement avec l'insuline glargine au traitement avec l'insuline ultralente qui avaient motivé cette décision. En raison du retrait du marché de l'insuline ultralente, le Conseil a recommandé de modifier l'indication reconnue pour le paiement et le critère d'utilisation comme suit :

- ◆ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable avec une insuline à action intermédiaire ~~ou prolongée~~ n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer un épisode d'hypoglycémie grave ou de fréquents épisodes d'hypoglycémie;

**Médicaments pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention**

**Concerta<sup>MC</sup> (J.O.I.), méthylphénidate (chlorhydrate de)**  
**Co. L.A. 18 mg, 27 mg, 36 mg et 54 mg<sup>2</sup>**  
**Strattera<sup>MC</sup> (Lilly), atomoxétine (chlorhydrate d')**  
**Caps. 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg et 60 mg**

Concerta<sup>MC</sup> est une formulation à longue action de méthylphénidate. Ce dernier est un stimulant du système nerveux central indiqué dans le traitement du trouble déficitaire de l'attention. Pour sa part, l'atomoxétine, qui fait partie d'une autre classe thérapeutique, inhibe le recaptage de la noradrénaline par le neurone présynaptique. Contrairement aux médicaments actuellement utilisés pour cette pathologie, l'atomoxétine n'est pas un psychostimulant ni une substance contrôlée.

Étant donné la recommandation d'inscrire Adderall XR<sup>MC</sup> et compte tenu de la similitude des produits Adderall XR<sup>MC</sup> et Concerta<sup>MC</sup>, le Conseil souhaite que ces deux produits aient la même indication de paiement. Il a donc recommandé une modification à l'indication de paiement et au critère d'utilisation de Concerta<sup>MC</sup> pour s'harmoniser à ceux d'Adderall XR<sup>MC</sup>. L'indication de paiement et le critère d'utilisation de Concerta<sup>MC</sup> deviennent :

- ◆ pour le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage **du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine** n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie;

---

<sup>2</sup> Pour d'autres informations sur l'utilisation des stimulants dans le traitement du TDAH, veuillez vous référer au Bulletin CdM Express d'octobre 2004 disponible dans le site web du Conseil.

Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, **le stimulant doit avoir été titré de façon optimale**, à moins d'une justification pertinente.

De l'avis du Conseil, l'inscription d'Adderall XR<sup>MC</sup> influence également l'indication reconnue pour le paiement et le critère d'utilisation de Strattera<sup>MC</sup>. C'est pourquoi le Conseil a aussi recommandé une modification à l'indication de paiement et au critère d'utilisation de Strattera<sup>MC</sup> afin de permettre que l'essai d'Adderall XR<sup>MC</sup> donne droit à l'autorisation de Strattera<sup>MC</sup>, tout comme c'est le cas pour Concerta<sup>MC</sup>.

L'indication de paiement et le critère d'utilisation de Strattera<sup>MC</sup> deviennent :

- ◆ pour le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie avec le méthylphénidate et la dexamphétamine ou lorsque ceux-ci sont contre-indiqués;

Avant de conclure à l'inefficacité **de ces médicaments, ils doivent avoir été titrés à doses optimales**, et, de surcroît, **une forme à libération contrôlée sur 12 heures de méthylphénidate ou de sels mixtes d'amphétamine** doit avoir été essayée, à moins d'une justification pertinente empêchant ces exigences.

#### **Tarceva<sup>MC</sup> (Roche), erlotinib (chlorhydrate d')** **Co. 100 mg et 150 mg**

L'erlotinib est un inhibiteur de la tyrosine kinase du récepteur de type 1 du facteur de croissance épidermique humain. Il est indiqué en monothérapie chez les personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dont le statut EGFR est positif ou inconnu et après l'échec d'au moins une chimiothérapie. L'erlotinib est inscrit dans la section des médicaments d'exception depuis le 8 février 2006. Dans un but d'éclaircissement et en conformité avec la monographie et les critères d'inclusion de l'étude pivot (Shepherd 2005), le Conseil a recommandé d'apporter une modification à l'indication reconnue pour le paiement de l'erlotinib et au critère d'utilisation pour n'exclure que les patients avec métastase cérébrale symptomatique. L'indication de paiement et le critère d'utilisation deviennent :

- ◆ pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique chez les personnes
  - qui ont eu un échec à une thérapie de première intention et qui ne sont pas éligibles à une autre chimiothérapie, ou qui ont eu un échec à une thérapie de deuxième intention et;
  - qui ne présentent pas de métastase cérébrale **symptomatique** et;
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est  $\leq 3$ ;

## ▪ Avis concernant l'application de la méthode du prix le plus bas

### Lévothyroxine sodique

Trois formulations de lévothyroxine sodique sont inscrites sur les listes de médicaments : Synthroid<sup>MC</sup> (Abbott), Eltroxin<sup>MC</sup> (GSK) et Euthyrox<sup>MC</sup> (Genpharm). La lévothyroxine sodique est indiquée pour le traitement de remplacement chez les patients atteints d'hypothyroïdie. Elle est actuellement exclue de l'application de la méthode du prix le plus bas pour des motifs thérapeutiques. Le Conseil a de nouveau évalué la pertinence de cette exclusion. Il s'agit d'un médicament à index thérapeutique étroit et le Conseil ne statue pas sur la reconnaissance de bioéquivalence entre ces produits. Il est possible qu'un changement de marque de commerce de lévothyroxine puisse modifier significativement la concentration sérique de la thyrostimuline (TSH). En conséquence, le Conseil a recommandé que la lévothyroxine demeure exclue de l'application de la méthode du prix le plus bas.

Le Conseil rappelle que la *Liste de médicaments* n'a pas pour but d'établir, pour un médicament donné, son interchangeabilité avec d'autres produits inscrits à la liste. Par ailleurs, le *Guide sur la substitution en pharmacie* publié par l'Ordre des pharmaciens du Québec indique que « ni le Gouvernement du Canada, ni celui du Québec, n'assument actuellement la responsabilité de déterminer l'équivalence thérapeutique des médicaments comportant le même ingrédient actif. En vertu de l'article 21 de la Loi sur la pharmacie et selon les modalités prévues à cet article, le pharmacien assume donc la responsabilité de choisir, lors de l'exécution d'une ordonnance, un médicament susceptible de produire le résultat thérapeutique attendu. »

▪ **Avis de refus pour la justesse du prix**

**Zemplar<sup>MC</sup> (Abbott), paricalcitol  
Sol. Inj. I.V. 5 mcg/mL**

Le paricalcitol est un nouvel analogue synthétique de la vitamine D<sub>2</sub> indiqué pour prévenir et traiter l'hyperparathyroïdie secondaire associée à l'insuffisance rénale chronique. Il inhibe de façon sélective la parathormone tout en exerçant un effet minime sur la calcémie, la phosphorémie et l'activité ostéoclastique. Les résultats des études cliniques démontrent que le paricalcitol est efficace pour abaisser la concentration sérique de parathormone. Lorsqu'il est comparé au calcitriol, l'effet obtenu sur la parathormone et la phosphatase alcaline est semblable. Au regard de l'innocuité, l'augmentation de la calcémie, de la phosphorémie ainsi que du produit phosphocalcique se sont avérés similaires pour le paricalcitol et le calcitriol. Par ailleurs, le coût de traitement avec le paricalcitol est élevé. Considérant la dose moyenne utilisée dans des études observationnelles de banques de données, le coût s'élève à 363 \$ pour une période de 28 jours, alors qu'il est de 222 \$ avec le calcitriol pour une même durée de traitement. En conclusion, aucun avantage cliniquement significatif n'est démontré avec le paricalcitol par rapport aux autres analogues de la vitamine D. Donc, un coût de traitement plus élevé que celui des autres formulations intraveineuses déjà disponibles n'est pas justifié. Le Conseil considère que le critère de la justesse du prix n'est pas rencontré, c'est pourquoi il a recommandé de ne pas inscrire Zemplar<sup>MC</sup> à la Liste de médicaments – établissements.