

www.ramq.gouv.qc.ca

Courriel
services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

POUR LES PHARMACIENS

POUR LES AUTRES PROFESSIONNELS

Téléphone :	Québec	418 643-9025	Québec	418 643-8210
	Ailleurs	1 888 883-7427	Montréal	514 873-3480
Télécopieur :	Québec	418 528-5655	Ailleurs	1 800 463-4776
	Ailleurs	1 866 734-4418	Québec	418 646-9251
Nos préposés sont en service :	du lundi au vendredi, de 8 h à 18 h		Montréal	514 873-5951
			du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30	

Québec, le 31 mars 2006

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

**Modification n° 14
à la Liste de médicaments - 15^e édition (octobre 2003)
en vigueur le 5 avril 2006**

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

Cette modification entrera en vigueur le **5 avril 2006**.

Vous trouverez dans ce communiqué :

1.0 Le document « Modifications à la *Liste de médicaments* » :

- 1.1 Légende;
- 1.2 Nouveau produit inscrit (page 1);
- 1.3 Produits modifiés (pages 2 à 4);

2.0 Des modifications à la section « Renseignements généraux » :

- 2.1 Mise à jour de l'annexe VIII – Produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum;
- 2.2 Modifications de 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 5 avril 2006.

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 Nouveau produit inscrit

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

1.3 Produits modifiés

[Pages 2 à 4](#) du document « Modifications à la *Liste de médicaments* » ci-joint.

2.0 MODIFICATIONS AUX RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

2.1 Mise à jour de l'annexe VIII : Produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Ajout Pfizer	Macugen Seringue 0,3 mg	1
Retrait J.O.I.	Risperdal Consta Pd Inj. I.M. 50 mg	1

Ci-joint [l'Annexe VIII](#) corrigée.

2.2 Modifications de l'annexe IX : Liste des médicaments d'exception et des indications reconnues pour leur paiement

Ajout d'un nouveau médicament d'exception et de ses indications de paiement

PEGAPTANIB (sodique)

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge
 - en présence de néovascularisation choroïdienne minimalement classique, c'est-à-dire quand moins de 50 % des lésions sont de type classique, ou occulte sans lésion de type classique;
 - en présence de néovascularisation choroïdienne à prédominance classique, c'est-à-dire quand 50 % ou plus des lésions sont de type classique, à la suite de l'échec d'une thérapie comprenant quatre traitements avec la vertéporfine à moins d'intolérance ou de contre-indication;

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de six mois. Il en ira de même pour la demande concernant la poursuite du traitement, ce qui portera à douze mois la période globale autorisée. Cependant, dans le dernier cas, il faudra démontrer un effet clinique bénéfique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale, à partir d'une angiographie rétinienne. Il est à noter que le pegaptanib ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même œil.

Correction (en grisé) des indications de paiement de l'étanercept et l'infliximab pour assurer la concordance avec la réglementation en vigueur

1) ÉTANERCEPT

Correction de l'indication reconnue « pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave »

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 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;
 - 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.

2) INFLIXIMAB

Correction de l'alinéa suivant dans l'indication « pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique »

- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du patient parent (échelle visuelle analogue);

Correction de l'indication reconnue « pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave »

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 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;
 - 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.

3.0 AUTRES RENSEIGNEMENTS

3.1 Capsules pharmacothérapeutiques au 5 avril 2006

[Voir document](#) ci-joint.

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 sur le site Internet de la Régie.

Source : Direction des services à la clientèle professionnelle

p. j. : [Légende](#)
[Modifications](#)
[Annexe VIII](#)
[Capsules pharmacothérapeutiques](#)

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

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
Macugen médicaments d'exception	pegaptanib sodique Seringue	0,3 mg		Pfizer	02267225	(1)	1	995,00		

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
MTS-TUB	Apo-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg	5	Apotex	02229521	(1)	100	139,92	1,3992	1,3992
MTS-TUB	Ciprofloxac	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg	5	Pro Doc	02251752	(1)	100	139,92	1,3992	1,3992
MTS-TUB	Co-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg	5	Cobalt	02247339	(1)	100	139,92	1,3992	1,3992
MTS-TUB	Gen-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg	5	Genpharm	02245647	(1)	100	139,92	1,3992	1,3992
MTS-TUB	Novo-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg	5	Novopharm	02161737	(1)	100	139,92	1,3992	1,3992
MTS-TUB	Phl-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg		Pharmel	02251310	(1)	100	139,92	1,3992	1,3992
MTS-TUB	pms-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg	5	Phmscience	02248437	(1) (2)	100 500	139,92 699,60	1,3992 1,3992	1,3992 1,3992
MTS-TUB	Ran-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg		Ranbaxy	02267934	(1)	100	139,92	1,3992	1,3992
MTS-TUB	Ratio-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg	5	Ratiopharm	02246825	(1) (2)	100 250	139,92 349,80	1,3992 1,3992	1,3992 1,3992
MTS-TUB	Rhoxal-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg	5	Rhoxal	02248756	(1)	100	139,92	1,3992	1,3992
MTS-TUB	Riva-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 250 mg	5	Riva	02251221	(1)	100	139,92	1,3992	1,3992
MTS-TUB	Apo-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg	5	Apotex	02229522	(1) (2)	100 500	157,86 789,30	1,5786 1,5786	1,5786 1,5786
MTS-TUB	Ciprofloxac	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg	5	Pro Doc	02251760	(1) (2)	100 500	157,86 789,30	1,5786 1,5786	1,5786 1,5786
MTS-TUB	Co-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg	5	Cobalt	02247340	(1)	100	157,86	1,5786	1,5786
MTS-TUB	Gen-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg	5	Genpharm	02245648	(1) (2)	100 500	157,86 789,30	1,5786 1,5786	1,5786 1,5786
MTS-TUB	Novo-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg	5	Novopharm	02161745	(1)	100	157,86	1,5786	1,5786
MTS-TUB	Phl-Ciproflo	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg		Pharmel	02251329	(1)	100	157,86	1,5786	1,5786

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
MTS-TUB	pms-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg	5	Phmscience	02248438	(1) (2)	100 500	157,86 789,30	1,5786 1,5786	1,5786 1,5786
MTS-TUB	Ran-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg		Ranbaxy	02267942	(1)	100	157,86	1,5786	1,5786
MTS-TUB	Ratio-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg	5	Ratiopharm	02246826	(1)	100	157,86	1,5786	1,5786
MTS-TUB	Rhoxal-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg	5	Rhoxal	02248757	(1)	100	157,86	1,5786	1,5786
MTS-TUB	Riva-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 500 mg	5	Riva	02251248	(1) (2)	100 500	157,86 789,30	1,5786 1,5786	1,5786 1,5786
MTS-TUB	Apo-Ciproflox 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg	5	Apotex	02229523	(2)	100	297,74	2,9774	2,9774
MTS-TUB	Ciprofloxacin-750 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg	5	Pro Doc	02251779	(1)	100	297,74	2,9774	2,9774
MTS-TUB	Co-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg	5	Cobalt	02247341	(1)	50	148,87	2,9774	2,9774
MTS-TUB	Gen-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg	5	Genpharm	02245649	(1)	100	297,74	2,9774	2,9774
MTS-TUB	Novo-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg	5	Novopharm	02161753	(1) (2)	50 100	148,87 297,74	2,9774 2,9774	2,9774 2,9774
MTS-TUB	Phl-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg		Pharmel	02251337	(1) (2)	50 100	148,87 297,74	2,9774 2,9774	2,9774 2,9774
MTS-TUB	pms-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg	5	Phmscience	02248439	(1) (2)	50 100	148,87 297,74	2,9774 2,9774	2,9774 2,9774
MTS-TUB	Ran-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg		Ranbaxy	02267950	(1)	50	148,87	2,9774	2,9774
MTS-TUB	Ratio-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg	5	Ratiopharm	02246827	(1) (2)	50 100	148,87 297,74	2,9774 2,9774	2,9774 2,9774
MTS-TUB	Rhoxal-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg	5	Rhoxal	02248758	(1)	50	148,87	2,9774	2,9774
MTS-TUB	Riva-Ciprofloxacin 8:22	ciprofloxacine (chlorhydrate de) Co. 750 mg	5	Riva	02251256	(1)	100	297,74	2,9774	2,9774

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
Gen-Combo Sterinebs 12:08.08	ipratropium (bromure d')/ salbutamol (sulfate de) Sol. pour Inh.	0,2 mg -1 mg/mL (2,5 mL)	5	Genpharm	02246066	(1)	20	18,50	0,9250	0,9250
Ratio-Ipra Sal UDV 12:08.08	ipratropium (bromure d')/ salbutamol (sulfate de) Sol. pour Inh.	0,2 mg -1 mg/mL (2,5 mL)	5	Ratiopharm	02243789	(1)	20	18,50	0,9250	0,9250
Dilaudid 28:08.08	hydromorphone (chlorhydrate d') Sir.	1 mg/mL	5	Abbott	00786535	(1)	450 ml	29,34	0,0652	0,0652
pms-Hydromorphone 28:08.08	hydromorphone (chlorhydrate d') Sir.	1 mg/mL	5	Phmscience	01916386	(1)	500 ml	32,60	0,0652	0,0652

ANNEXE VIII

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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
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
Roche	Fuzeon Pd Inj. S.C. 108 mg	60
Genpharm	Gen-Pravastatin Co. 10 mg	1000

Renseignements généraux

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
Schering	Pegatron Redipen Trousse 200 mg-150 mcg/0,5 mL	1
Pharmel	Phl-Fluoxétine Caps. 20 mg	500

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
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
GSK	Trizivir Co. 300 mg - 150 mg - 300 mg	60
Schering	Unitron-Peg Pd Inj. S.C. 50 mcg/0,5 mL	2
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

Renseignements généraux

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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

Amendement avril 2006

Table des matières

LISTE DE MÉDICAMENTS DU RÉGIME GÉNÉRAL et LISTE DE MÉDICAMENTS – ÉTABLISSEMENTS	2
▪ Ajout d'un nouveau médicament d'exception.....	2
1. Macugen ^{MC} (Pfizer), pegaptanib sodique, Seringue 0,3 mg	2
AVIS CONCERNANT SEULEMENT LA LISTE DE MÉDICAMENTS – ÉTABLISSEMENTS.....	3
▪ Médicaments d'exception – Modifications des critères d'utilisation.....	3
1. Tamiflu ^{MC} (Roche), oseltamivir (phosphate d'), Caps. 75 mg	3

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.

Pour tout renseignement supplémentaire :

Conseil du médicament
1195, avenue Lavigerie, 1^{er} étage, bureau 100,
Sainte-Foy (Québec) G1V 4N3
418 643-3140

▪ **Ajout d'un nouveau médicament d'exception**

1. Macugen^{MC} (Pfizer), pegaptanib sodique, Seringue 0,3 mg

Le pegaptanib est un inhibiteur sélectif du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF). Il est indiqué pour le traitement de la néovascularisation choroïdienne (NVC) sous-fovéolaire consécutive à la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Le VEGF provoque l'angiogénèse, la perméabilité vasculaire et l'inflammation, toutes considérées comme des facteurs contribuant à l'évolution de la DMLA, l'une des principales causes de cécité irréversible chez les personnes âgées de plus de 50 ans. Les données étudiées sur l'usage du pegaptanib pour le traitement de la NVC associée à la DMLA démontrent les bienfaits de ce produit pour toutes les formes de DMLA. Les résultats démontrent plus spécifiquement que le pegaptanib réduit de façon statistiquement significative le pourcentage de patients ayant une perte de vision grave et qu'il ralentit la progression vers la cécité légale. Il s'agit de bénéfices importants pour ces personnes. Pour la DMLA à prédominance classique, bien que les données comparatives ne soient pas disponibles, l'efficacité du pegaptanib semble comparable à celle de la vertéporfine. Toutefois, les données concernant la vertéporfine montrent, en plus, des bienfaits sur la sensibilité de contraste ainsi qu'une amélioration objectivée par angiographie rétinienne.

Le coût de traitement par le pegaptanib est élevé. En effet, il en coûte plus de 8 000 \$ par année en médicament uniquement pour traiter un seul œil atteint de DMLA. Ce coût est plus élevé que celui de la vertéporfine. Du point de vue pharmacoéconomique, le rendement coût-utilité du pegaptanib, en comparaison avec la thérapie photodynamique et la vertéporfine, est jugé acceptable, compte tenu que Macugen^{MC} est le premier médicament approuvé au Canada dans le traitement de la DMLA exsudative sous-fovéale quel que soit le sous-type de lésion et considérant les conséquences graves de la maladie.

En conséquence, le Conseil a recommandé l'inscription de Macugen^{MC} 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 pour le traitement de la DMLA avec NVC minimalement classique ou occulte sans lésion classique et pour le traitement de la DMLA avec NVC à prédominance classique lors d'échec à la vertéporfine. L'indication reconnue pour le paiement de Macugen^{MC} et le critère d'utilisation sont :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge
 - en présence de néovascularisation choroïdienne minimalement classique, c'est-à-dire quand moins de 50 % des lésions sont de type classique, ou occulte sans lésion de type classique;
 - en présence de néovascularisation choroïdienne à prédominance classique, c'est-à-dire quand 50 % ou plus des lésions sont de type classique, à la suite de l'échec d'une thérapie comprenant quatre traitements avec la vertéporfine à moins d'intolérance ou de contre-indication;

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de six mois. Il en ira de même pour la demande concernant la poursuite du traitement, ce qui portera à douze mois la période globale autorisée. Cependant, dans le dernier cas, il faudra démontrer un effet clinique bénéfique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale, à partir d'une angiographie rétinienne. Il est à noter que le pegaptanib ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même œil.

AVIS CONCERNANT SEULEMENT LA LISTE DE MÉDICAMENTS – ÉTABLISSEMENTS

▪ Médicaments d'exception – Modifications des critères d'utilisation

1. Tamiflu^{MC} (Roche), oseltamivir (phosphate d'), Caps. 75 mg

L'oseltamivir est un inhibiteur sélectif de la neuraminidase des virus influenza de type A et de type B. La neuraminidase est une enzyme essentielle à la libération des particules virales récemment formées par les cellules infectées et à la dissémination du virus dans l'organisme. L'oseltamivir est indiqué pour le traitement de la grippe aiguë et pour la prévention du virus de l'influenza de type A ou de type B.

L'Agence de santé publique du Canada a publié en janvier 2006, une recommandation à l'effet que les fournisseurs de soins de santé au Canada ne prescrivent pas d'amantadine pour traiter ou prévenir la grippe au cours de la présente saison grippale. La recommandation temporaire fait suite à des tests démontrant que des virus actuellement en circulation sont résistants à ce médicament. La Direction générale de la santé publique du ministère québécois de la Santé et des Services sociaux a entériné la recommandation canadienne pour qu'elle soit appliquée au Québec.

Compte tenu des recommandations des autorités de santé publique canadienne et québécoise de ne pas utiliser, au cours de cette saison, l'amantadine pour la prévention de l'influenza de type A et puisque le libellé actuel du critère d'utilisation pour l'oseltamivir ne prévoit pas l'accès au médicament lors de période temporaire de résistance à l'amantadine, le Conseil a recommandé de modifier le critère d'utilisation portant sur la prophylaxie de l'infection à l'influenza A. De plus, en raison de la courte période d'incubation de l'influenza, le Conseil est d'avis que l'oseltamivir soit utilisé en prophylaxie de l'influenza de type A lorsque des cas confirmés surviennent après 72 heures de prophylaxie à l'amantadine. Le critère d'utilisation devient le suivant :

- ◆ pour la prophylaxie de l'infection à influenza de type A lors d'éclosion confirmée :
 - si des cas confirmés apparaissent **72 heures** après le début de la prophylaxie à l'amantadine;
 - chez les personnes à risque d'effets indésirables graves avec l'amantadine;
 - **si une recommandation temporaire des autorités de santé publique de ne pas utiliser l'amantadine en raison d'une résistance significative démontrée par des tests sur les souches en circulation est en vigueur.**