

A.M., 2006-002**Arrêté du ministre de la Santé et des Services sociaux édictant le Règlement modifiant le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en date du 18 janvier 2006**

Loi sur l'assurance médicaments
(L.R.Q., c. A-29.01; 2002, c. 27)

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,

VU l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments
(L.R.Q., c. A-29.01; 2002, c. 27, a. 22, par. 3^o);

VU l'arrêté numéro 1999-014 du 15 septembre 1999 du ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux et ministre de la Santé et des Services sociaux édictant le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments;

CONSIDÉRANT qu'il est nécessaire de modifier la Liste des médicaments annexée à ce règlement;

CONSIDÉRANT que le Conseil du médicament a été consulté sur ce projet de règlement;

ÉDICTE le «Règlement modifiant le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments», dont le texte apparaît en annexe.

Québec, le 18 janvier 2006

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,
PHILIPPE COUILLARD

Règlement modifiant le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments*

Loi sur l'assurance médicaments
(L.R.Q., c. A-29.01, a. 60; 2002, c. 27, a. 22, par. 3^o)

1. Le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments est modifié, dans la Liste des médicaments annexée à ce règlement, à l'annexe I intitulée «Liste des fabricants ayant soumis les prix de vente garantis différents pour les grossistes et les pharmaciens»:

1^o par l'insertion, après la ligne concernant le fabricant «Odan», de ce qui suit:

«* Oméga Laboratoires Oméga Ltée 5 %»;

2^o par le remplacement de la ligne concernant le fabricant «Prempharm» par la suivante:

«* Prempharm Prempharm Inc. 5 %».

2. La Liste des médicaments annexée à ce règlement est modifiée, à l'annexe III intitulée «Produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum»:

1^o par la suppression de la ligne concernant le médicament «Selegiline Co. 5 mg»;

* Les dernières modifications au Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments, édicté par l'arrêté n^o 1999-014 du 15 septembre 1999 (1999, *G.O.* 2, 4509) du ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux et ministre de la Santé et des Services sociaux, ont été apportées par les règlements édictés par les arrêtés numéros 2003-010 du 10 septembre 2003 (2003, *G.O.* 2, 4309A), 2003-012 du 28 octobre 2003 (2003, *G.O.* 2, 4907), 2003-013 du 2 décembre 2003 (2003, *G.O.* 2, 5222), 2004-002 du 19 janvier 2004 (2004, *G.O.* 2, 931), 2004-006 du 15 avril 2004 (2004, *G.O.* 2, 2026), 2004-008 du 17 juin 2004 (2004, *G.O.* 2, 2977), 2004-013 du 21 septembre 2004 (2004, *G.O.* 2, 4324), 2004-015 du 15 novembre 2004 (2004, *G.O.* 2, 4843), 2004-019 du 13 décembre 2004 (2004, *G.O.* 2, 5476), 2005-001 du 20 janvier 2005 (2005, *G.O.* 2, 623), 2005-006 du 13 mai 2005 (2005, *G.O.* 2, 2088), 2005-011 du 28 juillet 2005 (2005, *G.O.* 2, 4423), 2005-015 du 14 septembre 2005 (2005, *G.O.* 2, 5791) et 2005-016 du 7 octobre 2005 (2005, *G.O.* 2, 5942) de ce ministre. Pour les modifications antérieures, voir le «Tableau des modifications et Index sommaire», Éditeur officiel du Québec, 2005, à jour le 1^{er} septembre 2005.

2° par l'insertion, après la ligne concernant le médicament « Avonex Pd Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI) », de ce qui suit :

« Biogen Avonex PS Sol. Inj. I.M. 30 mcg 4 » ;
(6 MUI)

3° par l'insertion, après la ligne concernant le médicament « Eprex Seringue 10 000 UI/1,0 mL », de ce qui suit :

« J.O.I. Eprex Seringue 40 000 U.I./mL (1 mL) 1 » ;

4° par l'insertion, après la ligne concernant le médicament « Fuzeon Pd Inj. S.C. 108 mg », de ce qui suit :

« Genpharm Gen-Pravastatin Co. 10 mg 1 000
Genpharm Gen-Pravastatin Co. 20 mg 1 000 » ;

5° par l'insertion, après la ligne concernant le médicament « Kaletra Caps. 133,3 mg-33,3 mg », de ce qui suit :

« GSK Kivexa Co. 600 mg-300 mg 30 » ;

6° par l'insertion, après la ligne concernant le médicament « Suprefact Dépôt 3 mois Implant 9,45 mg », de ce qui suit :

« Roche Tarceva Co. 100 mg 30
Roche Tarceva Co. 150 mg 30 » ;

7° par l'insertion, après la ligne concernant le médicament « Vesanoid Caps. 10 mg », de ce qui suit :

« AllergiLab Vespидés combinés Pd Inj. 3,3 mg 1 » .

3. Cette liste est modifiée, à l'annexe IV intitulée « Liste des médicaments d'exception et des indications reconnues pour leur paiement » :

1° par la suppression de ce qui suit :

« TÉNOFOVIR DISOPROXIL (fumarate de) :

◆ pour le traitement des personnes infectées par le VIH ayant utilisé deux INTI qui se sont révélés, soit inefficaces, soit intolérables au point de remettre en cause la poursuite du traitement ; » ;

2° par l'insertion, selon l'ordre alphabétique des médicaments d'exception, des médicaments suivants et des indications qui les accompagnent :

« 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 et
• dont le statut de performance selon l'ECOG est = 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.

PANSEMENT ARGENT :

◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée. La demande est autorisée pour une période maximale de 12 semaines ;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

PANSEMENT INTERFACE :

◆ pour faciliter le traitement des personnes souffrant de brûlures graves très douloureuses ;

ROSIGLITAZONE (maléate de) / METFORMINE (chlorhydrate de) :

◆ chez les personnes diabétiques de type 2 sous traitement avec la metformine et une thiazolidinedione et dont les doses quotidiennes sont stables depuis au moins trois mois. Les personnes doivent répondre également aux exigences de l'indication reconnue pour le paiement des thiazolidinediones ; » ;

3^o par le remplacement de l'indication qui accompagne le médicament « ADALIMUMAB » par la suivante :

« ◆ 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. » ;

4^o par le remplacement de la première indication qui accompagne le médicament « CAPÉCITABINE » par la suivante :

« ◆ pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique qui n'a pas répondu à une chimiothérapie de première intention administrée en stade avancé ou métastatique à moins d'une contre-indication à l'administration de celle-ci ; » ;

5^o en ce qui concerne le médicament « ÉTANERCEPT » :

a) par le remplacement de la première indication qui l'accompagne par la suivante :

« ◆ 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. » ;

b) par l'ajout, à la suite des indications qui l'accompagnent, de l'indication suivante :

- « ♦ 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 points 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. » ;

6° par le remplacement de la deuxième indication qui accompagne le médicament « FORMULES NUTRITIVES-MONOMÉRIQUES » par la suivante :

- « ♦ pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées ; » ;

7° par l'ajout, à la suite de l'indication qui accompagne le médicament « GLATIRAMÈRE (acétate de) », de ce qui suit :

- « Chez les personnes ayant été préalablement traitées par un interféron bêta-1a dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée, le délai entre les 2 poussées peut excéder 2 années. » ;

8^o par l'ajout, à la suite des indications qui accompagnent le médicament «IMATINIB (mésylate d')», de l'indication suivante :

« ♦ 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. » ;

9^o en ce qui concerne le médicament «INFLIXIMAB» :

a) par la suppression du losange qui précède le troisième alinéa de la première indication qui l'accompagne, dans la version française de la Liste ;

b) par le remplacement de la troisième indication qui l'accompagne par la suivante :

« ♦ 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^e semaine. » ;

c) par l'ajout, à la suite des indications qui l'accompagnent, de l'indication suivante :

« ♦ 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.»;

10° par le remplacement, dans chacune des deux indications qui accompagnent le médicament «INTERFÉRON ALFA-2B PÉGUYLÉ», de la phrase «La demande sera renouvelée si la diminution du VHC-ARN est supérieure ou égale à 2 log, après 12 semaines de traitement.» par la phrase «La demande sera renouvelée si la diminution du VHC-ARN est supérieure ou égale à 1,8 log, après 12 semaines de traitement.»;

11° par le remplacement du médicament «INTERFÉRON BÊTA-1A pd inj. i.m.», et des indications qui l'accompagnent par le médicament suivant et les indications qui l'accompagnent :

«INTERFÉRON BÊTA-1A pd inj. i.m. et sol. inj. i.m. :

◆ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée;

Le médecin doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence de 4 lésions ou plus de la substance blanche dont une lésion localisée dans le cervelet, le corps calleux ou dans la région périventriculaire;

et

- le diamètre d'une de ces lésions est de 6 mm ou plus;

Les autorisations sont données à raison de 30 mcg 1 fois par semaine.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 2 poussées ou plus de la maladie dans les 2 dernières années et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7;

Le médecin doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Chez les personnes ayant été préalablement traitées par un interféron bêta-1a dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée, le délai entre les 2 poussées peut excéder 2 années.

◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire présentant des poussées cliniques et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7;

Le médecin doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Les autorisations sont données à raison de 30 mcg 1 fois par semaine.»;

12° par le remplacement de la deuxième indication qui accompagne le médicament «INTERFÉRON BÊTA-1A sol. inj. s.c. (ser)» par la suivante :

«◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 2 poussées ou plus de la maladie dans les 2 dernières années et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7;

Le médecin doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Chez les personnes ayant été préalablement traitées par un interféron bêta-1a dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée, le délai entre les 2 poussées peut excéder 2 années.» ;

13° par le remplacement de la première indication qui accompagne le médicament «INTERFÉRON BÉTA-1B» par la suivante :

« ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 2 poussées ou plus de la maladie dans les 2 dernières années et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7 ;

Le médecin doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Chez les personnes ayant été préalablement traitées par un interféron bêta-1a dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée, le délai entre les 2 poussées peut excéder 2 années.» ;

14° par l'ajout, à la suite de l'indication qui accompagne le médicament «MODAFINIL», de l'indication suivante :

« ♦ pour le traitement d'appoint de l'hypersomnolence diurne secondaire au syndrome d'apnée ou d'hypopnée du sommeil persistant malgré l'usage d'un appareil à pression positive continue par voie nasale.» ;

15° par le remplacement de l'indication qui accompagne le médicament «PANSEMENT IODE (cadexomère d')» par la suivante :

« ♦ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée. La demande est autorisée pour une période maximale de 12 semaines ;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.» ;

16° par le remplacement, dans chacune des deux indications qui accompagnent le médicament «PEGINTERFÉRON ALFA-2A», de la phrase «La demande sera renouvelée si la diminution du VHC-ARN est supérieure ou égale à 2 log, après 12 semaines de traitement.» par la phrase «La demande sera renouvelée si la diminution du VHC-ARN est supérieure ou égale à 1,8 log après 12 semaines de traitement.» ;

17° par le remplacement de la deuxième indication qui accompagne le médicament «RIBAVIRINE/INTERFÉRON ALFA-2B PÉGUYLÉ» par la suivante :

« ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique, de génotype autre que 2 ou 3

et

pour le traitement de l'hépatite C chronique chez les personnes infectées par le VIH de tous génotypes.

La durée totale de l'autorisation est un maximum de 48 semaines. Les autorisations seront accordées selon des modalités différentes en fonction du type de test effectué pour évaluer la réponse au traitement après les 12 premières semaines de traitement.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. À 12 semaines du début du traitement, un test quantitatif ou qualitatif de détection du VHC-ARN est nécessaire pour établir la réponse au traitement.

- Dans le cas d'un test qualitatif, une autre autorisation sera accordée pour terminer le traitement seulement si son résultat est négatif, et ce, pour une période maximale de 28 semaines ;

- Dans le cas d'un test quantitatif, une autre autorisation sera accordée pour une période additionnelle maximale de 12 semaines seulement si le résultat démontre une diminution de la virémie supérieure ou égale à 1,8 log comparativement à la virémie prétraitement.

Par la suite, une autorisation sera accordée pour terminer le traitement seulement si le résultat du VHC-ARN qualitatif à 24 semaines du début du traitement est négatif, et ce, pour une période maximale de 16 semaines.

Cependant les personnes qui, au cours d'un traitement antérieur avec une association ribavirine/interféron alfa-2B péguylé,

— n'ont pas obtenu une baisse de 1,8 log de la virémie à 12 semaines comparativement à la valeur prétraitement ;

— n'ont pas obtenu une négativation de leur virémie après un minimum de 24 semaines de traitement ;

— n'ont pas obtenu une réponse virologique soutenue 24 semaines après la fin du traitement ; ne sont pas admissibles à un deuxième traitement. » ;

18^o par le remplacement de la deuxième indication qui accompagne le médicament « RIBAVIRINE/PEGINTERFÉRON ALFA-2A » par la suivante :

« ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique, de génotype autre que 2 ou 3

et

pour le traitement de l'hépatite C chronique chez les personnes infectées par le VIH de tous génotypes.

La durée totale de l'autorisation est un maximum de 48 semaines. Les autorisations seront accordées selon des modalités différentes en fonction du type de test effectué pour évaluer la réponse au traitement après les 12 premières semaines de traitement.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. À 12 semaines du début du traitement, un test quantitatif ou qualitatif de détection du VHC-ARN est nécessaire pour établir la réponse au traitement.

• Dans le cas d'un test qualitatif, une autre autorisation sera accordée pour terminer le traitement seulement si son résultat est négatif, et ce, pour une période maximale de 28 semaines ;

• Dans le cas d'un test quantitatif, une autre autorisation sera accordée pour une période additionnelle maximale de 12 semaines seulement si le résultat démontre une diminution de la virémie supérieure ou égale à 1,8 log comparativement à la virémie prétraitement.

Par la suite, une autorisation sera accordée pour terminer le traitement seulement si le résultat du VHC-ARN qualitatif à 24 semaines du début du traitement est négatif, et ce, pour une période maximale de 16 semaines.

Cependant les personnes qui, au cours d'un traitement antérieur avec une association ribavirine/peginterféron alfa-2A,

— n'ont pas obtenu une baisse de 1,8 log de la virémie à 12 semaines comparativement à la valeur prétraitement ;

— n'ont pas obtenu une négativation de leur virémie après un minimum de 24 semaines de traitement ;

— n'ont pas obtenu une réponse virologique soutenue 24 semaines après la fin du traitement ;

ne sont pas admissibles à un deuxième traitement. ».

4. Cette liste est modifiée :

1^o par l'insertion, selon l'ordre de classification des médicaments, des médicaments suivants et des renseignements qui les accompagnent :

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
8:18.08					
ANTIRÉTROVIRAUX					
ABACAIR (SULFATE D')/LAMIVUDINE 					
Co.				600 mg - 300 mg	
02269341	<i>Kivexa</i>	GSK	30	639,00	21,3000
8:22					
QUINOLONES					
CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) 					
Co.				250 mg PPB	
02267934	<i>Ran-Ciprofloxacine</i>	Ranbaxy	100	155,47	➔ 1,5547
Co.				500 mg PPB	
02267942	<i>Ran-Ciprofloxacine</i>	Ranbaxy	100	175,40	➔ 1,7540
Co.				750 mg PPB	
02267950	<i>Ran-Ciprofloxacine</i>	Ranbaxy	50	165,41	➔ 3,3082
12:12					
SYMPATHOMIMÉTIQUES					
ÉPINÉPHRINE					
Sol. Inj. (App.)				0,15 mg	
02268205	<i>Twinject 0,15 mg Auto-Injecteur</i>	Paladin	1	79,00	
Sol. Inj. (App.)				0,3 mg	
02247310	<i>Twinject 0,3 mg Auto-Injecteur</i>	Paladin	1	79,00	
20:04.04					
PRÉPARATIONS DE FER					
FER (COMPLEXE DE GLUCONATE FERRIQUE/SUCROSE) 					
Sol. Inj. I.V.				12,5 mg (Fe)/mL (5 mL)	
02243333	<i>Ferlecit</i>	J.O.I.	10	234,38	23,4380
24:04.04					
ANTIARYTHMIQUES					
AMIODARONE (CHLORHYDRATE D') 					
Co.				200 mg	
02245781	<i>Phl-Amiodarone</i>	Pharmel	100	129,71	1,2971

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

24:06.08**INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE****LOVASTATINE** 

Co.			20 mg PPB		
02267969	<i>Ran-Lovastatin</i>	Ranbaxy	500	545,35	➔ 1,0907

Co.			40 mg PPB		
02267977	<i>Ran-Lovastatin</i>	Ranbaxy	100	201,17	➔ 2,0117

PRAVASTATINE SODIQUE 

Co.			10 mg PPB		
02257092	<i>Gen-Pravastatin</i>	Genpharm	1000	953,00	➔ 0,9530
02270234	<i>Riva-Pravastatin</i>	Riva	100	95,30	➔ 0,9530

Co.			20 mg PPB		
02257106	<i>Gen-Pravastatin</i>	Genpharm	1000	1124,30	➔ 1,1243
02270242	<i>Riva-Pravastatin</i>	Riva	100	112,43	➔ 1,1243

Co.			40 mg PPB		
02257114	<i>Gen-Pravastatin</i>	Genpharm	1000	1354,30	➔ 1,3543
02270250	<i>Riva-Pravastatin</i>	Riva	100	135,43	➔ 1,3543

SIMVASTATINE 

Co.			10 mg PPB		
02265885	<i>Taro-Simvastatin</i>	Taro	100	112,13	➔ 1,1213

Co.			20 mg PPB		
02265893	<i>Taro-Simvastatin</i>	Taro	100	138,60	➔ 1,3860

Co.			40 mg PPB		
02265907	<i>Taro-Simvastatin</i>	Taro	100	138,60	➔ 1,3860

24:24**BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES****ATÉNOLOL** 

Co.			25 mg PPB		
02266660	<i>Novo-Atenol</i>	Novopharm	100	17,58	➔ 0,1758

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg	PPB
02267985	<i>Ran-Atenolol</i>	Ranbaxy	500	175,65	➔ 0,3513

Co.				100 mg	PPB
02267993	<i>Ran-Atenolol</i>	Ranbaxy	500	288,85	➔ 0,5777

BISOPROLOL (FUMARATE DE) [P]

Co.				5 mg	
02267470	<i>Novo-Bisoprolol</i>	Novopharm	500	110,25	0,2205

Co.				10 mg	
02267489	<i>Novo-Bisoprolol</i>	Novopharm	100	36,54	0,3654

CARVEDILOL [P]

Co.				3,125 mg	
02268027	<i>Ran-Carvédilol</i>	Ranbaxy	100	80,01	0,8001

Co.				6,25 mg	
02268035	<i>Ran-Carvédilol</i>	Ranbaxy	100	80,01	0,8001

Co.				12,5 mg	
02268043	<i>Ran-Carvédilol</i>	Ranbaxy	100	80,01	0,8001

Co.				25 mg	
02268051	<i>Ran-Carvédilol</i>	Ranbaxy	100	80,01	0,8001

24:32.04**INH. ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)****FOSINOPRIL SODIQUE [P]**

Co.				10 mg	
02266008	<i>Apo-Fosinopril</i>	Apotex	100	49,77	0,4977
02265923	<i>Riva-Fosinopril</i>	Riva	100	49,77	0,4977

Co.				20 mg	
02266016	<i>Apo-Fosinopril</i>	Apotex	100	59,85	0,5985
02265931	<i>Riva-Fosinopril</i>	Riva	100	59,85	0,5985

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

28:12.12**HYDANTOÏNES****PHÉNYTOÏNE** 

Susp. Orale

125 mg/5 mL **PPB**

02250896	<i>Taro-Phenytoin</i>	Taro	237 ml	7,37	➔ 0,0311
----------	-----------------------	------	--------	------	----------

28:12.92**DIVERS ANTICONVULSIVANTS****PRÉGABALINE** 

Caps.

25 mg

02268418	<i>Lyrica</i>	Pfizer	60	44,86	0,7477
----------	---------------	--------	----	-------	--------

Caps.

50 mg

02268426	<i>Lyrica</i>	Pfizer	60	70,39	1,1732
----------	---------------	--------	----	-------	--------

Caps.

75 mg

02268434	<i>Lyrica</i>	Pfizer	60	91,07	1,5178
----------	---------------	--------	----	-------	--------

Caps.

150 mg

02268450	<i>Lyrica</i>	Pfizer	60	139,31	2,3218
----------	---------------	--------	----	--------	--------

Caps.

300 mg

02268485	<i>Lyrica</i>	Pfizer	60	139,31	2,3218
----------	---------------	--------	----	--------	--------

28:16.04**ANTIDÉPRESSEURS****CITALOPRAM (BROMHYDRATE DE)** 

Co.

20 mg

02268000	<i>Ran-Citalopram</i>	Ranbaxy	500	437,50	0,8750
----------	-----------------------	---------	-----	--------	--------

Co.

40 mg

02268019	<i>Ran-Citalopram</i>	Ranbaxy	100	87,50	0,8750
----------	-----------------------	---------	-----	-------	--------

MIRTAZAPINE 

Co.ou Co. diss. Orale

15 mg

02256096	<i>Gen-Mirtazapine</i>	Genpharm	100	37,50	0,3750
----------	------------------------	----------	-----	-------	--------

Co.ou Co. diss. Orale

30 mg

02267292	<i>Rhoxal-Mirtazapine FC</i>	Rhoxal	100	78,00	0,7800
----------	------------------------------	--------	-----	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.ou Co. diss. Orale				45 mg	
02256126	<i>Gen-Mirtazapine</i>	Genpharm	100	112,50	1,1250

28:16.08**TRANQUILLISANTS****RISPÉRIDONE** 

Co. Diss. Orale

				3 mg	
02268086	<i>Risperdal M-Tab</i>	J.O.I.	28	80,50	2,8750

Co. Diss. Orale

				4 mg	
02268094	<i>Risperdal M-Tab</i>	J.O.I.	28	107,33	3,8332

40:12**AGENTS DE SUPPLÉANCE****CALCIUM (CARBONATE DE)/ VITAMINE D**

Co.

				500 mg -400 UI	PPB	
80000159	<i>Calcina 400</i>	Medexus	60	7,20	➔ 0,1200	

52:36**AUTRES O.R.L.O.****BRIMONIDINE (TARTRATE DE)** 

Sol. Oph.

				0,2 %	
02260077	<i>Apo-Brimonidine</i>	Apotex	10 ml	20,79	

56:40**DIVERS GASTRO-INTESTINAUX****5-AMINOSALICYLIQUE (ACIDE)** 

Co. Ent.

				800 mg	
02267217	<i>Asacol</i>	P&G Pharma	180	178,20	0,9900

DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE) 

Co.

				10 mg	PPB	
02268078	<i>Ran-Dompéridone</i>	Ranbaxy	500	74,80	➔ 0,1496	

68:20.92**DIVERS ANTIDIABÉTIQUES****METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

				500 mg	PPB	
02269031	<i>Ran-Metformin</i>	Ranbaxy	500	60,80	➔ 0,1216	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				850 mg	PPB
02269058	<i>Ran-Metformin</i>	Ranbaxy	100	20,90	➔ 0,2090

68:32**PROGESTATIFS****MÉDROXYPROGESTÉRONNE (ACÉTATE DE) [R]**

Co.				100 mg	PPB
02267640	<i>Apo-Médorox</i>	Apotex	100	85,43	➔ 0,8543

84:06**ANTI-INFLAMMATOIRES****MOMÉTASONE (FUROATE DE) [R]**

Pom. Top.				0,1 %	
02264749	<i>Taro-Mométasone</i>	Taro	50 g	17,46	0,3492

92:00**AUTRES MÉDICAMENTS****PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES**

Pd Inj.				1,1 mg	
99100225	<i>Abeille domestique</i>	AllergiLab	1	173,00	173,0000
99100226	<i>Frelon à tête blanche</i>	AllergiLab	1	173,00	173,0000
99100227	<i>Frelon Jaune</i>	AllergiLab	1	173,00	173,0000
99100228	<i>Guêpe de l'est</i>	AllergiLab	1	173,00	173,0000
99100229	<i>Guêpe poliste</i>	AllergiLab	1	173,00	173,0000

Pd Inj.				3,3 mg	
99100230	<i>Vespidés combinés</i>	AllergiLab	1	401,00	401,0000

92:00.02**AUTRES DIVERS****ALENDRONATE MONOSODIQUE [R]**

Co.				40 mg	
02258102	<i>Co Alendronate</i>	Cobalt	30	78,29	2,6097

Co.				70 mg	
02248730	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	4	22,30	5,5750
02258110	<i>Co Alendronate</i>	Cobalt	4	22,30	5,5750
02261715	<i>Novo-Alendronate</i>	Novopharm	4	22,30	5,5750

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D') [P]					
Caps.				0,5 mg	
02253054	<i>Gen-Anagrelide</i>	Genpharm	100	334,91	3,3491
ISOTRÉTINOÏNE [P]					
Caps.				10 mg PPB	
02257955	<i>Clarus</i>	Prempharm	30	40,98	➔ 1,3660
Caps.				40 mg PPB	
02257963	<i>Clarus</i>	Prempharm	30	83,63	➔ 2,7877
PAMIDRONATE DISODIQUE [P]					
Pd/Sol. Perf. I.V.				90 mg	
02249685	<i>Pamidronate Disodium Omega</i>	Oméga	1	265,05	

2^o par l'insertion, selon l'ordre alphabétique des médicaments d'exception, des médicaments suivants et des renseignements qui les accompagnent :

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
MÉDICAMENTS D'EXCEPTION					
ÉPOÉTINE ALFA [P]					
Seringue				40 000 U.I./mL (1 mL)	
02240722	<i>Eprex</i>	J.O.I.	1	401,85	
ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D') [P]					
Co.				100 mg	
02269015	<i>Tarceva</i>	Roche	30	1600,00	53,3333
Co.				150 mg	
02269023	<i>Tarceva</i>	Roche	30	2400,00	80,0000
FORMULES NUTRITIVES - POLYMÉRIQUES RESTREINTES EN RÉSIDUS					
Liq.				1 L suppl.	
99100244	<i>Novasource Renal</i>	Novartis-N	1	14,07	
GLIMÉPIRIDE [P]					
Co.				1 mg	
02269589	<i>Rhoxal-Glimépiride</i>	Rhoxal	30	14,70	0,4900
Co.				2 mg	
02269597	<i>Rhoxal-Glimépiride</i>	Rhoxal	30	14,70	0,4900

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				4 mg	
02269619	<i>Rhoxal-Glimépiride</i>	Rhoxal	30	14,70	0,4900

INTERFÉRON BÉTA-1A 

Sol. Inj. I.M.				30 mcg (6 MUI)	
02269201	<i>Avonex PS</i>	Biogen	4	1292,30	323,0750

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) 

Co. L.A.				27 mg	
02250241	<i>Concerta</i>	J.O.I.	100	228,50	2,2850

MULTIVITAMINES ⁵

Co.				Vit A 4000 UI - Bêta-carotène 3 mg - Vit D 400 UI et autres	
02031388	<i>Adeks</i>	Axcan	60	18,00	0,3000

Sol. Orale				Vit A 1500 UI - Bêta-carotène 1 mg - Vit D 400 UI et autres	
02139650	<i>Adeks</i>	Axcan	60 ml	18,00	0,3000

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.

PANSEMENT D'ARGENT

Pans.				5 cm X 5 cm	
99100231	<i>Acticoat Brûlures</i>	S. & N.	1	5,68	

Pans.				10 cm X 10 cm	
99100232	<i>Acticoat Brûlures</i>	S. & N.	1	12,11	

Pans.				10 cm X 20 cm	
99100233	<i>Acticoat Brûlures</i>	S. & N.	1	18,82	

Pans.				10 cm x 120 cm	
99100234	<i>Acticoat Brûlures</i>	S. & N.	1	146,17	

Pans.				12,5 cm x 12,5 cm	
99100245	<i>Contreet Foam Adhesive</i>	Coloplast	5	73,27	14,6540

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.				18 cm x 18 cm	
99100246	<i>Contreet Foam Adhesive</i>	Coloplast	5	154,65	30,9300
Pans.				20 cm x 40 cm	
99100235	<i>Acticoat Brûlures</i>	S. & N.	1	66,28	
Pans.				23 cm x 23 cm (sacrum)	
99100247	<i>Contreet Foam Adhesive</i>	Coloplast	5	163,56	32,7120
Pans.				40 cm x 40 cm	
99100236	<i>Acticoat Brûlures</i>	S. & N.	1	130,27	
PANSEMENT INTERFACE					
Pans.				5 cm x 7,5 cm	
99100237	<i>Mepitel</i>	Mölnlycke	1	3,48	
Pans.				7,5 cm X 10 cm	
99100238	<i>Mepitel</i>	Mölnlycke	1	4,52	
Pans.				10 cm X 18 cm	
99100239	<i>Mepitel</i>	Mölnlycke	1	7,40	
Pans.				20 cm X 30 cm	
99100240	<i>Mepitel</i>	Mölnlycke	1	21,36	
PANSEMENT MOUSSE HYDROPHILE					
Pans.				5 cm X 6 cm	
99100241	<i>Allevyn Compression</i>	S. & N.	1	2,10	
Pans.				10 cm X 10 cm	
99100052	<i>Allevyn Compression</i>	S. & N.	1	5,22	5,2200
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE) / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 					
Co.				1 mg - 500 mg	
02247085	<i>Avandamet</i>	GSK	100	60,00	0,6000
Co.				2 mg - 500 mg	
02247086	<i>Avandamet</i>	GSK	100	108,50	1,0850

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			2 mg - 1000 mg		
02248440	Avandamet	GSK	100	118,50	1,1850
Co.			4 mg - 500 mg		
02247087	Avandamet	GSK	100	148,00	1,4800
Co.			4 mg - 1000 mg		
02248441	Avandamet	GSK	100	161,50	1,6150

3^o par l'insertion, selon l'ordre alphabétique des véhicules, solvants ou adjuvants, du produit suivant et des renseignements qui l'accompagnent :

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
VÉHICULES, SOLVANTS OU ADJUVANTS ⁶					
MAGNÉSIMUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D') SIMÉTHICONE					
Susp. Orale			400 mg - 400 mg - 40 mg/5 mL		
99100243			350 ml		

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.

5. Cette liste est modifiée par le remplacement des renseignements qui accompagnent les médicaments suivants par les renseignements qui suivent :

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

8:12.04**ANTIFONGIQUES****FLUCONAZOLE** 

Caps.

150 mg **PPB**

02241895	<i>Apo-Fluconazole-150</i>	Apotex	1	➔ 9,19	
02245697	<i>Gen-Fluconazole</i>	Genpharm	1	➔ 9,19	
02243645	<i>Novo-Fluconazole-150</i>	Novopharm	1	➔ 9,19	
02246620	<i>pms-Fluconazole-150</i>	Phmscience	1	➔ 9,19	
02255510	<i>Riva-Fluconazole</i>	Riva	1	➔ 9,19	
02141442	<i>Diflucan-150</i>	Pfizer	1	13,41	

Co.

50 mg **PPB**

02237370	<i>Apo-Fluconazole</i>	Apotex	50	156,33	➔ 3,1266
02245292	<i>Gen-Fluconazole</i>	Genpharm	50	156,33	➔ 3,1266
02236978	<i>Novo-Fluconazole</i>	Novopharm	100	312,66	➔ 3,1266
02245643	<i>pms-Fluconazole</i>	Phmscience	50	156,33	➔ 3,1266
02249294	<i>Taro-Fluconazole</i>	Taro	50	156,33	➔ 3,1266
00891800	<i>Diflucan</i>	Pfizer	50	223,38	4,4676

Co.

100 mg **PPB**

02237371	<i>Apo-Fluconazole</i>	Apotex	50	277,33	➔ 5,5466
02245293	<i>Gen-Fluconazole</i>	Genpharm	50	277,33	➔ 5,5466
02236979	<i>Novo-Fluconazole</i>	Novopharm	50	277,33	➔ 5,5466
02245644	<i>pms-Fluconazole</i>	Phmscience	50	277,33	➔ 5,5466
02249308	<i>Taro-Fluconazole</i>	Taro	50	277,33	➔ 5,5466
00891819	<i>Diflucan</i>	Pfizer	100	792,53	7,9253

Sol. Perf. I.V.

2 mg/mL **PPB**

02247922	<i>Fluconazole Injectable</i>	Novopharm	100 ml	36,59	➔ 0,3659
02248443	<i>Fluconazole Injection</i>	Sabex	100 ml	➔ 36,59	
02247749	<i>Fluconazole Oméga</i>	Oméga	100 ml	36,59	➔ 0,3659
00891835	<i>Diflucan</i>	Pfizer	100 ml	48,78	

8:16**ANTITUBERCULEUX****ISONIAZIDE** 

Co.

100 mg

00577790	<i>pms-Isoniazid</i>	Phmscience	100	26,80	0,2680
----------	----------------------	------------	-----	-------	--------

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

24:06.06**FIBRATES****FÉNOFIBRATE** 

Caps.

100 mg **PPB**

02225980	<i>Apo-Fenofibrate</i>	Apotex	500	216,25	➔ 0,4325
02223600	<i>Nu-Fenofibrate</i>	Nu-Pharm	100	43,25	➔ 0,4325

FÉNOFIBRATE (MICRONISÉ) 

Caps.

67 mg **PPB**

02243180	<i>Apo-Feno-Micro</i>	Apotex	100	43,25	➔ 0,4325
02243551	<i>Novo-Fénofibrate Micronisé</i>	Novopharm	100	43,25	➔ 0,4325
02230283	<i>Lipidil Micro</i>	Fournier	60	34,60	0,5767

Caps.

200 mg **PPB**

02239864	<i>Apo-Feno-Micro</i>	Apotex	100	108,90	➔ 1,0890
02240360	<i>Feno-Micro-200</i>	Pro Doc	100	108,90	➔ 1,0890
02240210	<i>Gen-Fenofibrate Micro</i>	Genpharm	100	108,90	➔ 1,0890
02146959	<i>Lipidil Micro</i>	Fournier	30	32,67	➔ 1,0890
02243552	<i>Novo-Fénofibrate Micronisé</i>	Novopharm	100	108,90	➔ 1,0890
02247489	<i>Phi-Fénofibrate Micro</i>	Pharmel	250	272,25	➔ 1,0890
02231780	<i>pms-Fenofibrate Micro</i>	Phmscience	250	272,25	➔ 1,0890
02250039	<i>Ratio-Fenofibrate MC</i>	Ratiopharm	100	108,90	➔ 1,0890
02247306	<i>Riva-Fénofibrate Micro</i>	Riva	100	108,90	➔ 1,0890

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

24:06.08**INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE****PRAVASTATINE SODIQUE** 

Co.

10 mg **PPB**

02243506	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	100	95,30	➔ 0,9530
02248182	<i>Co Pravastatin</i>	Cobalt	100	95,30	➔ 0,9530
02237373	<i>Lin-Pravastatin</i>	Linson	30	28,59	➔ 0,9530
02247008	<i>Novo-Pravastatin</i>	Novopharm	100	95,30	➔ 0,9530
02249766	<i>Phl-Pravastatin</i>	Pharmel	100	95,30	➔ 0,9530
02247655	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	95,30	➔ 0,9530
00893749	<i>Pravachol</i>	Squibb	30	28,59	➔ 0,9530
02243824	<i>Pravastatin-10</i>	Pro Doc	100	95,30	➔ 0,9530
02246930	<i>Ratio-Pravastatin</i>	Ratiopharm	100	95,30	➔ 0,9530
02247856	<i>Rhoxal-Pravastatin</i>	Rhoxal	100	95,30	➔ 0,9530
02256851	<i>Riva-Pravastatin</i>	Riva	100	95,30	➔ 0,9530

Co.

20 mg **PPB**

02237374	<i>Lin-Pravastatin</i>	Linson	30	33,72	➔ 1,1240
00893757	<i>Pravachol</i>	Squibb	30	33,72	➔ 1,1240
02243507	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	500	562,15	➔ 1,1243
02248183	<i>Co Pravastatin</i>	Cobalt	500	562,15	➔ 1,1243
02247009	<i>Novo-Pravastatin</i>	Novopharm	100	112,43	➔ 1,1243
02249774	<i>Phl-Pravastatin</i>	Pharmel	500	562,15	➔ 1,1243
02247656	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	500	562,15	➔ 1,1243
02243825	<i>Pravastatin-20</i>	Pro Doc	100	112,43	➔ 1,1243
02246931	<i>Ratio-Pravastatin</i>	Ratiopharm	500	562,15	➔ 1,1243
02247857	<i>Rhoxal-Pravastatin</i>	Rhoxal	100	112,43	➔ 1,1243
02256878	<i>Riva-Pravastatin</i>	Riva	100	112,43	➔ 1,1243

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg PPB		
02237375	<i>Lin-Pravastatin</i>	Linson	30	40,62	➔ 1,3540
02222051	<i>Pravachol</i>	Squibb	30	40,62	➔ 1,3540
02243508	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	100	135,43	➔ 1,3543
02248184	<i>Co Pravastatin</i>	Cobalt	100	135,43	➔ 1,3543
02247010	<i>Novo-Pravastatin</i>	Novopharm	100	135,43	➔ 1,3543
02249782	<i>Phl-Pravastatin</i>	Pharmel	100	135,43	➔ 1,3543
02247657	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	135,43	➔ 1,3543
02243826	<i>Pravastatin-40</i>	Pro Doc	100	135,43	➔ 1,3543
02246932	<i>Ratio-Pravastatin</i>	Ratiopharm	100	135,43	➔ 1,3543
02247858	<i>Rhoxal-Pravastatin</i>	Rhoxal	100	135,43	➔ 1,3543
02256886	<i>Riva-Pravastatin</i>	Riva	100	135,43	➔ 1,3543

SIMVASTATINE 

Co.			5 mg PPB		
02247011	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	100	56,70	➔ 0,5670
02248103	<i>Co Simvastatin</i>	Cobalt	100	56,70	➔ 0,5670
02246582	<i>Gen-Simvastatin</i>	Genpharm	100	56,70	➔ 0,5670
02250144	<i>Novo-Simvastatin</i>	Novopharm	100	56,70	➔ 0,5670
02253690	<i>Phl-Simvastatin</i>	Pharmel	100	56,70	➔ 0,5670
02252619	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	100	56,70	➔ 0,5670
02247067	<i>Ratio-Simvastatin</i>	Ratiopharm	100	56,70	➔ 0,5670
02247827	<i>Rhoxal-Simvastatin</i>	Rhoxal	100	56,70	➔ 0,5670
02247297	<i>Riva-Simvastatin</i>	Riva	100	56,70	➔ 0,5670
00884324	<i>Zocor</i>	Merck	30	27,00	0,9000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			10 mg PPB		
02247298	<i>Riva-Simvastatin</i>	Riva	100	112,13	➔ 1,1213
02247012	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	500	560,70	➔ 1,1214
02248104	<i>Co Simvastatin</i>	Cobalt	500	560,70	➔ 1,1214
02246583	<i>Gen-Simvastatin</i>	Genpharm	100	112,14	➔ 1,1214
02250152	<i>Novo-Simvastatin</i>	Novopharm	500	560,70	➔ 1,1214
02253704	<i>Phl-Simvastatin</i>	Pharmel	500	560,70	➔ 1,1214
02252635	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	100	112,14	➔ 1,1214
02247068	<i>Ratio-Simvastatin</i>	Ratiopharm	500	560,70	➔ 1,1214
02247828	<i>Rhoxal-Simvastatin</i>	Rhoxal	500	560,70	➔ 1,1214
02247221	<i>Simvastatin-10</i>	Pro Doc	500	560,70	➔ 1,1214
00884332	<i>Zocor</i>	Merck	500	890,00	1,7800
Co.			20 mg PPB		
02247013	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	500	693,00	➔ 1,3860
02248105	<i>Co Simvastatin</i>	Cobalt	500	693,00	➔ 1,3860
02246737	<i>Gen-Simvastatin</i>	Genpharm	100	138,60	➔ 1,3860
02250160	<i>Novo-Simvastatin</i>	Novopharm	100	138,60	➔ 1,3860
02253712	<i>Phl-Simvastatin</i>	Pharmel	100	138,60	➔ 1,3860
02252643	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	100	138,60	➔ 1,3860
02247069	<i>Ratio-Simvastatin</i>	Ratiopharm	500	693,00	➔ 1,3860
02247830	<i>Rhoxal-Simvastatin</i>	Rhoxal	500	693,00	➔ 1,3860
02247299	<i>Riva-Simvastatin</i>	Riva	100	138,60	➔ 1,3860
02247222	<i>Simvastatin-20</i>	Pro Doc	100	138,60	➔ 1,3860
00884340	<i>Zocor</i>	Merck	100	220,00	2,2000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg PPB		
02247014	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	100	138,60	➔ 1,3860
02248106	<i>Co Simvastatin</i>	Cobalt	500	693,00	➔ 1,3860
02246584	<i>Gen-Simvastatin</i>	Genpharm	100	138,60	➔ 1,3860
02250179	<i>Novo-Simvastatin</i>	Novopharm	100	138,60	➔ 1,3860
02253720	<i>Phl-Simvastatin</i>	Pharmel	100	138,60	➔ 1,3860
02252651	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	100	138,60	➔ 1,3860
02247070	<i>Ratio-Simvastatin</i>	Ratiopharm	500	693,00	➔ 1,3860
02247831	<i>Rhoxal-Simvastatin</i>	Rhoxal	100	138,60	➔ 1,3860
02247300	<i>Riva-Simvastatin</i>	Riva	100	138,60	➔ 1,3860
02247223	<i>Simvastatin-40</i>	Pro Doc	100	138,60	➔ 1,3860
00884359	<i>Zocor</i>	Merck	30	66,00	2,2000

Co.			80 mg PPB		
02247015	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	100	138,60	➔ 1,3860
02248107	<i>Co Simvastatin</i>	Cobalt	100	138,60	➔ 1,3860
02246585	<i>Gen-Simvastatin</i>	Genpharm	100	138,60	➔ 1,3860
02250187	<i>Novo-Simvastatin</i>	Novopharm	100	138,60	➔ 1,3860
02253739	<i>Phl-Simvastatin</i>	Pharmel	100	138,60	➔ 1,3860
02252678	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	100	138,60	➔ 1,3860
02247071	<i>Ratio-Simvastatin</i>	Ratiopharm	100	138,60	➔ 1,3860
02247833	<i>Rhoxal-Simvastatin</i>	Rhoxal	100	138,60	➔ 1,3860
02247301	<i>Riva-Simvastatin</i>	Riva	100	138,60	➔ 1,3860
02240332	<i>Zocor</i>	Merck	30	66,00	2,2000

28:08.04**ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS****ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)**

Co. Ent.			80 mg PPB		
02238545	<i>Asaphen E.C.</i>	Phmscience	1000	67,80	➔ 0,0678
02247355	<i>Phl-Asa</i>	Pharmel	500	33,90	➔ 0,0678

28:12.12**HYDANTOÏNES****PHÉNYTOÏNE **

Susp. Orale

			125 mg/5 mL PPB		
00023450	<i>Dilantin-125</i>	Pfizer	250 ml	11,10	0,0444

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

28:12.92**DIVERS ANTICONVULSIVANTS****VALPROATE SODIQUE** [P]

Sir.

250 mg/5 mL **PPB**

00443832	<i>Depakene</i>	Abbott	480 ml	41,24	0,0859
----------	-----------------	--------	--------	-------	--------

28:16.04**ANTIDÉPRESSEURS****MIRTAZAPINE** [P]

Co.ou Co. diss. Orale

15 mg

02250594	<i>Rhoxal-Mirtazapine</i>	Rhoxal	50	18,75	0,3750
----------	---------------------------	--------	----	-------	--------

40:12**AGENTS DE SUPPLÉANCE****CALCIUM (CARBONATE DE)/ VITAMINE D**

Co.

500 mg -400 UI **PPB**

02244161	<i>Calcium 500 + D 400</i>	Trianon	100	12,00	➔ 0,1200
02246065	<i>Cal-D 400</i>	Pro Doc	100	12,00	➔ 0,1200

60:00**SELS D'OR****AUROTHIOMALATE DE SODIUM** [P]

Sol. Inj. I.M.

10 mg/mL **PPB**

02245456	<i>Aurothiomalate de sodium</i>	Sabex	1 ml	➔ 6,31	
----------	---------------------------------	-------	------	--------	--

Sol. Inj. I.M.

25 mg/mL **PPB**

02245457	<i>Aurothiomalate de sodium</i>	Sabex	1 ml	➔ 7,66	
----------	---------------------------------	-------	------	--------	--

Sol. Inj. I.M.

50 mg/mL **PPB**

02245458	<i>Aurothiomalate de sodium</i>	Sabex	1 ml	➔ 11,89	
----------	---------------------------------	-------	------	---------	--

68:32**PROGESTATIFS****MÉDROXYPROGESTÉRONNE (ACÉTATE DE)** [P]

Co.

100 mg **PPB**

00030945	<i>Provera</i>	Pfizer	100	122,04	1,2204
----------	----------------	--------	-----	--------	--------

84:36**DIVERS****FLUOROURACILE** [P]

Cr. Top.

5 %

00330582	<i>Efudex</i>	ICN	40 g	32,00	0,8000
----------	---------------	-----	------	-------	--------

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

92:00.02**AUTRES DIVERS****DUTASTÉRIDE**

Caps.

				0,5 mg	
02247813	<i>Avodart</i>	GSK	30	46,45	1,5483

FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

				5 mg	PPB
02246082	<i>Apo-Flunarizine</i>	Apotex	100	53,08	➔ 0,5308
00846341	<i>Sibelium</i>	Phmscience	60	31,85	➔ 0,5308

ISOTRÉTINOÏNE

Caps.

				10 mg	PPB
00582344	<i>Accutane 10</i>	Roche	30	40,98	➔ 1,3660

Caps.

				40 mg	PPB
00582352	<i>Accutane 40</i>	Roche	30	83,63	➔ 2,7877

KÉTOTIFÈNE (FUMARATE DE)

Co.

				1 mg	PPB
02230730	<i>Novo-Ketotifen</i>	Novopharm	100	63,35	➔ 0,6335
02231680	<i>pms-Ketotifen</i>	Phmscience	100	63,35	➔ 0,6335
00577308	<i>Zaditen</i>	PanGeo	56	35,48	➔ 0,6335

Sir.

				1 mg/5 mL	PPB
02221330	<i>Apo-Ketotifen</i>	Apotex	250 ml	33,25	➔ 0,1330
02176084	<i>Novo-Ketotifen</i>	Novopharm	250 ml	33,25	➔ 0,1330
02218305	<i>Nu-Ketotifen</i>	Nu-Pharm	250 ml	33,25	➔ 0,1330
02231679	<i>pms-Ketotifen</i>	Phmscience	250 ml	33,25	➔ 0,1330
00600784	<i>Zaditen</i>	PanGeo	250 ml	33,25	➔ 0,1330

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

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION**FILGRASTIM** 

			300 mcg/mL (1,0 mL)		
01968017	<i>Neupogen</i>	Amgen	10	1645,71	164,5710

			300 mcg/mL (1,6mL)		
99001454	<i>Neupogen</i>	Amgen	10	2633,18	263,3180

LEVOFLOXACINE 

			5 mg/mL		
02236839	<i>Levaquin</i>	J.O.I.	150 ml	44,24	0,2949

RISPÉRIDONE

			25 mg		
02255707	<i>Risperdal Consta</i>	J.O.I.	1	184,48	

			37,5 mg		
02255723	<i>Risperdal Consta</i>	J.O.I.	1	260,91	

			50 mg		
02255758	<i>Risperdal Consta</i>	J.O.I.	1	330,46	

6. Cette liste est modifiée par l'insertion, à la sous-section 8:18.08, ANTIRÉTROVIRAUX et après le médicament «STAVUDINÉ» et les renseignements qui l'accompagnent, du médicament suivant et des renseignements qui l'accompagnent et par leur suppression de la section des médicaments d'exception :

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
8:18.08					
ANTIRÉTROVIRAUX					
TENOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 					
Co.					
02247128	Viread	Gilead	30	300 mg 487,50	16,2500

7. Le présent règlement entre en vigueur le 8 février 2006.

45715

A.M., 2006

Arrêté numéro AM 2006-003 du ministre des Ressources naturelles et de la Faune en date du 27 janvier 2006

Loi sur la conservation et la mise en valeur de la faune (L.R.Q., c. C-61.1)

CONCERNANT le Règlement sur les zones de pêche et de chasse*

LE MINISTRE DES RESSOURCES NATURELLES ET DE LA FAUNE,

VU que le gouvernement, par le décret n^o 27-90 du 10 janvier 1990, a édicté le Règlement sur les zones de pêche et de chasse;

VU l'article 84.1 de la Loi sur la conservation et la mise en valeur de la faune (L.R.Q., c. C-61.1) qui prévoit que le ministre peut diviser le Québec en zones de chasse, en zones de pêche ou en zones de piégeage et les délimiter;

VU l'article 84.3 de cette loi qui prévoit qu'un arrêté pris par le ministre en vertu de l'article 84.1 est publié à la *Gazette officielle du Québec* et entre en vigueur à la date de sa publication ou à toute autre date ultérieure qu'il indique;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de remplacer l'annexe X du Règlement sur les zones de pêche et de chasse afin d'enlever la référence aux parties est et ouest de la zone 10;

ARRÊTE CE QUI SUIT :

L'annexe X du Règlement sur les zones de pêche et de chasse est remplacée par l'annexe X ci-jointe;

Le présent arrêté entre en vigueur à la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

Québec, le 27 janvier 2006

Le ministre des Ressources naturelles et de la Faune,
PIERRE CORBEIL

* Les dernières modifications au Règlement sur les zones de pêche et de chasse édicté par le décret n^o 27-90 du 10 janvier 1990 (1990, *G.O.* 2, 417) ont été apportées par l'arrêté ministériel n^o 2004-037 du 3 septembre 2004 (2004, *G.O.* 2, 4062). Pour les modifications antérieures, voir le « Tableau des modifications et Index sommaire », 2005, à jour au 1^{er} septembre 2005.