



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Édition du 15 novembre 2021

Semaine
OFSP-Bulletin 46/2021

Magazine d'information pour professionnels de la santé et pour les médias

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**
www.ofsp-coronavirus.ch



Impressum

ÉDITEUR

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne (Suisse)
www.bag.admin.ch

RÉDACTION

Office fédéral de la santé publique
CH-3003 Berne
Téléphone 058 463 87 79
drucksachen-bulletin@bag.admin.ch

IMPRESSION

Stämpfli AG
Wölflistrasse 1
CH-3001 Berne
Téléphone 031 300 66 66

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 5050
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

Le bulletin de l'OFSP est une revue spécialisée hebdomadaire, en français et en allemand, qui s'adresse aux professionnels de la santé, aux médias et aux milieux intéressés. Ce périodique publie les derniers chiffres en matière de santé ainsi que des informations importantes de l'OFSP.

Abonnez-vous pour recevoir la version électronique du bulletin :
www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales	6
www.ofsp-coronavirus.ch/vaccination : Informations sur la vaccination COVID-19	7
Maladies transmises par les tiques – Situation en Suisse	8
Liste des spécialités Corrigendum	13
Liste des spécialités	14
Vol d'ordonnances	31

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 44^e semaine (09.11.2021)^a

^a Déclarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. Sont exclus les cas de personnes domiciliées en dehors de la Suisse et de la principauté du Liechtenstein. Données provisoires selon la date de la déclaration. Les chiffres écrits en gris correspondent aux données annualisées : cas/an et 100 000 habitants (population résidente selon Annuaire statistique de la Suisse). Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.

^b Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella www.bag.admin.ch/rapport-grippe.

^c N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

^e Le nombre de cas de gonorrhée a augmenté en raison d'une adaptation de la définition de réinfection et n'est pas comparable à celui des éditions précédentes du Bulletin. Les déclarations pour le même patient arrivant à des intervalles d'au moins 4 semaines sont maintenant comptées comme cas séparés.

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^g Les nombres de cas de syphilis ne sont plus comparables à ceux des éditions précédentes du Bulletin en raison d'une adaptation de la définition de cas.

^h Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

ⁱ Les nombres de cas ont été adaptés en raison de corrections.

Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 44^e semaine (09.11.2021)^a

	Semaine 44			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	4 2.40	3 1.80	1 0.60	6 0.90	8 1.20	8 1.20	73 0.80	92 1.10	129 1.50	63 0.90	74 1.00	106 1.40
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	5 3.00		4 2.40	8 1.20	2 0.30	18 2.70	66 0.80	11761 136.00	13698 158.40	53 0.70	11332 154.90	13339 182.40
Légionellose	11 6.60	6 3.60	12 7.20	58 8.70	34 5.10	53 8.00	644 7.40	501 5.80	571 6.60	591 8.10	421 5.80	501 6.80
Méningocoques: maladie invasive				1 0.20		3 0.40	9 0.10	27 0.30	44 0.50	7 0.10	18 0.20	35 0.50
Pneumocoques: maladie invasive	16 9.60	4 2.40	9 5.40	57 8.60	16 2.40	48 7.20	457 5.30	640 7.40	892 10.30	400 5.50	497 6.80	731 10.00
Rougeole								47 0.50	213 2.50		37 0.50	211 2.90
Rubéole^c									1 0.01			1 0.01
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	6 3.60	4 2.40	1 0.60	22 3.30	12 1.80	19 2.90	359 4.20	381 4.40	427 4.90	307 4.20	319 4.40	369 5.00
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	81 48.70	59 35.50	154 92.60	501 75.30	402 60.40	653 98.20	6499 75.20	6297 72.80	7342 84.90	5731 78.40	5309 72.60	6302 86.20
Hépatite A	3 1.80	1 0.60	1 0.60	8 1.20	3 0.40	3 0.40	54 0.60	77 0.90	88 1.00	48 0.70	61 0.80	61 0.80
Hépatite E	2 1.20		1 0.60	4 0.60	5 0.80	5 0.80	163 1.90	79 0.90	113 1.30	156 2.10	60 0.80	94 1.30
Infection à E. coli entérohémorragique	21 12.60	5 3.00	28 16.80	101 15.20	46 6.90	99 14.90	894 10.30	750 8.70	1087 12.60	815 11.10	611 8.40	959 13.10
Listériose			1 0.60	1 0.20	3 0.40	3 0.40	32 0.40	55 0.60	36 0.40	25 0.30	49 0.70	30 0.40
Salmonellose, S. typhi/paratyphi							1 0.01	14 0.20	22 0.20	1 0.01	11 0.20	18 0.20
Salmonellose, autres	32 19.20	12 7.20	36 21.60	148 22.30	103 15.50	174 26.20	1524 17.60	1278 14.80	1502 17.40	1369 18.70	1066 14.60	1329 18.20
Shigellose	2 1.20		11 6.60	17 2.60	2 0.30	34 5.10	88 1.00	88 1.00	221 2.60	82 1.10	53 0.70	181 2.50

	Semaine 44			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019	2021	2020	2019
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydirose	382 229.80	177 106.50	246 148.00	1056 158.80	803 120.80	1064 160.00	11928 138.00	11425 132.20	12122 140.20	10251 140.10	9408 128.60	10393 142.10
Gonorrhée ^e	97 58.40		68 40.90	384 57.80	219 32.90	346 52.00	3891 45.00	3405 39.40	3873 44.80	3334 45.60	2811 38.40	3352 45.80
Hépatite B, aiguë ⁱ		1 0.60	1 0.60	1 0.20	1 0.20	3 0.40	23 0.30	24 0.30	28 0.30	19 0.30	19 0.30	24 0.30
Hépatite B, total déclarations	23	22	23	95	60	73	1044	968	1076	897	780	910
Hépatite C, aiguë ⁱ			1 0.60			2 0.30	10 0.10	14 0.20	31 0.40	8 0.10	14 0.20	27 0.40
Hépatite C, total déclarations	21	16	27	80	72	72	949	907	1037	824	752	874
Infection à VIH	6 3.60	4 2.40	6 3.60	17 2.60	23 3.50	32 4.80	320 3.70	300 3.50	419 4.80	270 3.70	230 3.10	360 4.90
Sida	2 1.20	1 0.60	2 1.20	8 1.20	5 0.80	5 0.80	49 0.60	61 0.70	75 0.90	43 0.60	45 0.60	65 0.90
Syphilis, stades précoces ^f	12 7.20		16 9.60	39 5.90	32 4.80	61 9.20	572 6.60	625 7.20	712 8.20	496 6.80	495 6.80	618 8.40
Syphilis, total ^g	13 7.80		20 12.00	43 6.50	44 6.60	84 12.60	766 8.90	845 9.80	1016 11.80	656 9.00	671 9.20	878 12.00
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose					1 0.20	1 0.20	5 0.06	5 0.06	6 0.07	5 0.07	3 0.04	5 0.07
Chikungunya			1 0.60			3 0.40	3 0.03	17 0.20	36 0.40	3 0.04	11 0.20	35 0.50
Dengue			5 3.00			22 3.30	16 0.20	133 1.50	225 2.60	15 0.20	75 1.00	199 2.70
Encéphalite à tiques		4 2.40	4 2.40	15 2.30	15 2.30	15 2.30	293 3.40	449 5.20	268 3.10	275 3.80	433 5.90	246 3.40
Fièvre du Nil occidental					1 0.20	1 0.20		1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01
Fièvre jaune												
Fièvre Q			1 0.60	10 1.50	2 0.30	5 0.80	96 1.10	56 0.60	106 1.20	89 1.20	48 0.70	96 1.30
Infection à Hantavirus	1 0.60			2 0.30			6 0.07			6 0.08		
Infection à virus Zika								1 0.01				
Paludisme	4 2.40	2 1.20	7 4.20	11 1.60	7 1.00	21 3.20	239 2.80	152 1.80	278 3.20	223 3.00	106 1.40	240 3.30
Trichinellose							3 0.03	3 0.03	2 0.02	2 0.03	3 0.04	2 0.03
Tularémie			3 1.80	9 1.40	2 0.30	14 2.10	225 2.60	123 1.40	133 1.50	200 2.70	94 1.30	119 1.60
Autres déclarations												
Botulisme							1 0.01			1 0.01		
Diphthérie ^h						1 0.20	3 0.03	3 0.03	2 0.02	3 0.04	3 0.04	2 0.03
Maladie de Creutzfeldt-Jakob					4 0.60		26 0.30	20 0.20	21 0.20	22 0.30	17 0.20	14 0.20
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 5.11.2021 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	41		42		43		44		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	2	0.2	2	0.2	0	0	0	0	1	0.1
Piqûre de tiques	5	0.5	3	0.3	3	0.2	1	0.1	3	0.3
Borréliose de Lyme	3	0.3	5	0.4	6	0.5	2	0.2	4	0.4
Herpès zoster	12	1.3	10	0.9	7	0.6	7	0.6	9	0.8
Néuralgies post-zostériennes	0	0	4	0.3	1	0.1	0	0	1.3	0.1
Médecins déclarants	123		134		145		148		137.5	

Rapport hebdomadaire des affections grippales

Le rapport sur la grippe est disponible en ligne à l'adresse :
www.bag.admin.ch/rapport-grippe



Coronavirus

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER :**



**Avant chaque
voyage,
l'angoisse de se
faire tester ?**

**MIEUX VAUT
SE FAIRE
VACCINER**

ofsp-coronavirus.ch/vaccination



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Uffizi federal da sanadad publica UFSP

Cette campagne d'information est soutenue par les organisations suivantes :



Maladies transmises par les tiques – Situation en Suisse

2 novembre 2021 – La saison pendant laquelle les tiques sont particulièrement actives, s'étend de mars à novembre. Durant cette période, l'OFSP publie chaque première moitié du mois un rapport de la situation indiquant le nombre rapporté de cas de méningo-encéphalite verno-estivale (FSME). L'OFSP publie également une estimation du nombre de consultations médicales à la suite de borréliose ainsi que le nombre de cas rapporté de tularémie transmit par les tiques. De plus, l'OFSP présente le nombre de piqûres de tiques rapporté par les citoyens.

Ce rapport permet d'informer et de sensibiliser le public sur les maladies transmises par les tiques. Les personnes intéressées peuvent se renseigner auprès de l'OFSP et par l'application mobile «Tique», qui bénéficie de son soutien. En collaboration avec Swisstopo, l'OFSP produit des cartes qui permettent d'informer les citoyens sur le risque de se faire piquer par une tique, selon la région où ils se trouvent. Cette carte a été mise à jour le 14 juin 2021. Une seconde carte renseigne sur les communes où ont été déclarés des cas de FSME.

Nombre de cas de méningo-encéphalites verno-estivales (FSME)

L'OFSP surveille la FSME au moyen du système de déclaration obligatoire des maladies infectieuses. On dispose ainsi du nombre exact de cas, d'informations relatives à la source d'infection et du statut vaccinal des personnes atteintes. La FSME est une maladie soumise à déclaration obligatoire, depuis 1988.

Le nombre mensuel de cas de FSME évolue pendant la saison chaude par vagues et illustre le caractère saisonnier de cette épidémie. Il fluctue considérablement en cours de saison et d'une saison à l'autre (figure 1). 12 cas ont ainsi été enregistrés au cours du mois d'octobre de cette année.

Figure 1
Nombre de cas de FSME par mois 2019–2021

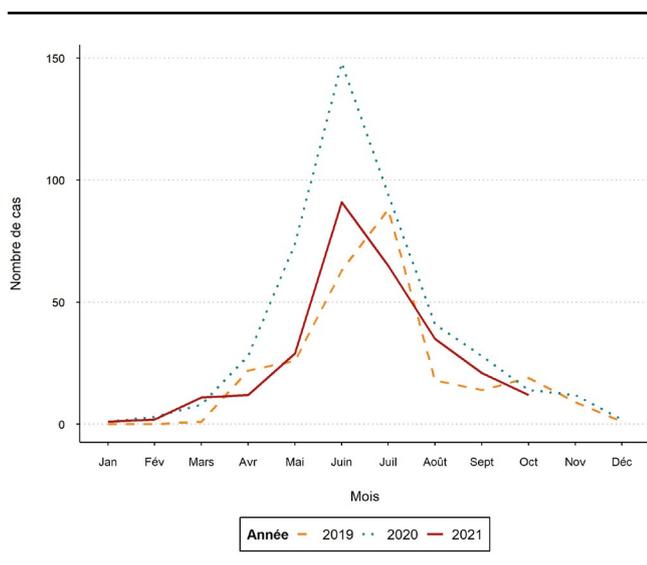


Figure 2
Nombre de cas de FSME, données cumulées depuis le début de l'année, comparaison 2000–2021 (2021 : situation fin du mois d'octobre)

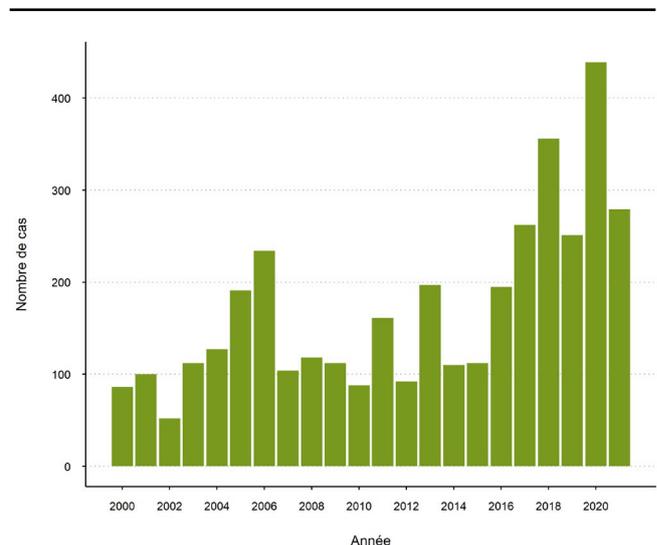
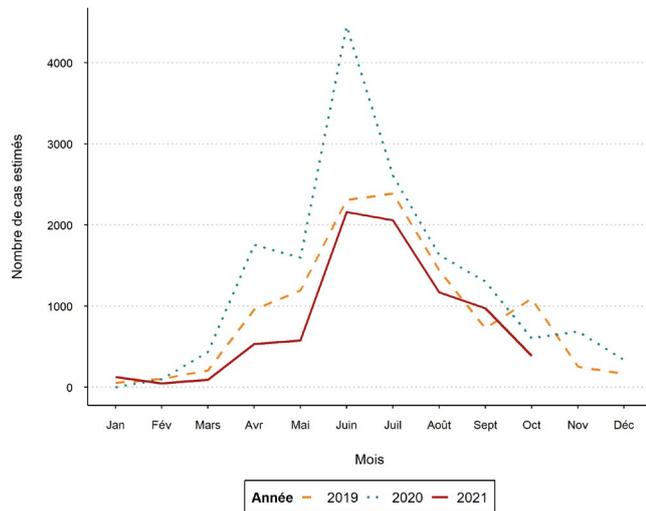


Figure 3
Estimation du nombre de consultations médicales pour borréliose par mois, 2019–2021



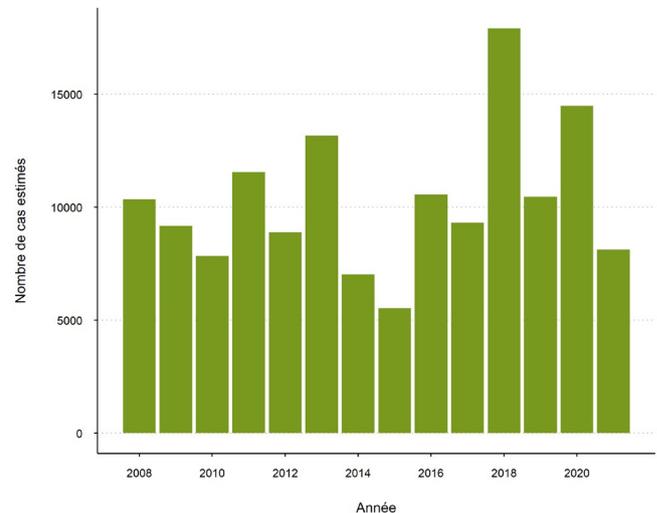
Le nombre de cas, cumulé depuis janvier d'une année civile jusqu'au mois précédant le rapport, fluctue considérablement d'année en année (figure 2). Depuis l'année 2000, entre 52 et 439 cas ont été déclarés pendant la même période. À la fin du mois d'octobre de l'année en cours, 279 cas avaient été enregistrés (figure 2).

Nombre de cas de borréliose

La borréliose, également appelée maladie de Lyme, n'est pas une maladie à déclaration obligatoire en Suisse. La borréliose est suivie par le système de déclaration Sentinella. L'extrapolation des cas de borréliose ne concerne que les cas aigus (érythème migrant et lymphocytome borrélien). Les formes chroniques de borréliose sont déclarées, mais ne sont pas comprises dans les données de ce rapport. Celui-ci vise exclusivement à mettre en évidence les nouveaux cas, qui se sont déclarés pendant la saison concernée.

Le système Sentinella est constitué d'un réseau de médecins de premier recours, qui déclarent chaque semaine leurs observations à l'OFSP sur une base volontaire. Le système comptabilise le nombre de consultations médicales pour la borréliose. Sur cette base, les données sont extrapolées pour l'ensemble de la Suisse et permettent d'estimer un nombre de cas. Des données sont disponibles pour cette maladie depuis 2008. Le nombre mensuel de consultations médicales à la suite de cas de borréliose évolue par vagues pendant la saison chaude et illustre le caractère saisonnier de ces observations. En octobre, 8 consultations médicales ont été recensées par le système Sentinella. Le nombre de cas de borréliose présente d'importantes fluctuations en cours de saison et en comparaison pluriannuelle (figure 3).

Figure 4
Estimation du nombre de consultations médicales pour borréliose, données cumulées depuis le début de l'année, 2008–2021 (situation fin du mois d'octobre)



La somme des cas extrapolés, accumulés du début de l'année, de janvier au mois précédant la publication du rapport varie également considérablement d'une année à l'autre. Depuis 2008, dans la même période entre 5500 et 17900 visites chez le médecin en raison de borréliose sont estimés. Ce nombre est estimé à 8100 cas depuis le début de l'année en cours (figure 4).

Appel à la prévention

La vaccination contre la FSME est recommandée aux adultes et aux enfants, généralement à partir de six ans, qui habitent ou séjournent dans une région à risque (tous les cantons sauf ceux de Genève et du Tessin). La vaccination des enfants de 1 à 5 ans doit être évaluée au cas par cas. Pour plus d'information veuillez consulter les recommandations de vaccinations contre la **FSME**.

Pour de plus amples informations, veuillez observer nos recommandations concernant la manière de se protéger contre les **maladies transmises par les tiques**.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone: 058 463 87 06

Figure 5
Nombre de cas de tularémie associés à une piqûre de tique ou d'insecte par mois, 2019–2021

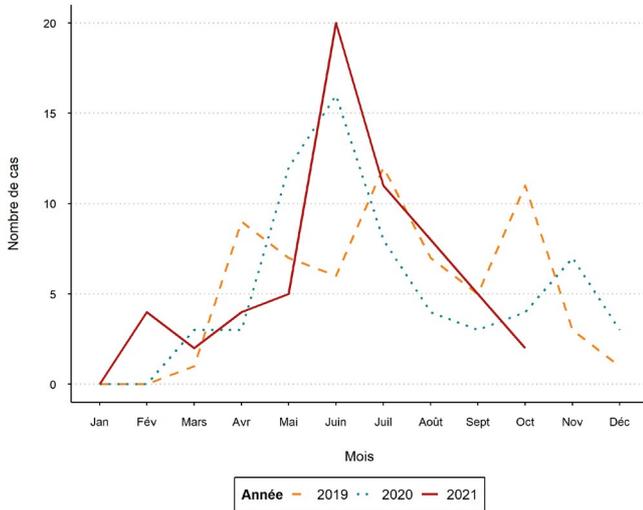
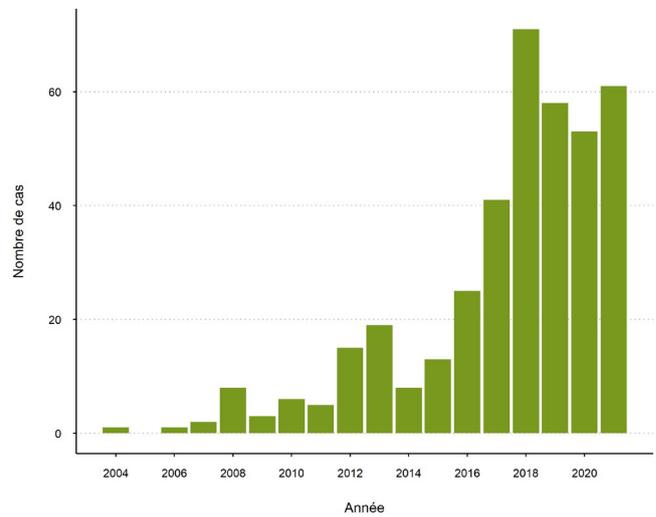


Figure 6
Nombre de cas de tularémie associés à une piqûre de tique ou d'insecte, données cumulées depuis le début de l'année, 2004–2021 (situation fin du mois d'octobre)



Nombre de cas de tularémie

La tularémie est une maladie soumise à déclaration obligatoire depuis 2004. On dispose ainsi du nombre exact de cas et d'informations relatives à la source d'infection. De janvier 2019 à octobre 2021, l'exposition à une piqûre de tique et/ou d'insecte a été rapportée dans 45 % des cas de tularémie. Au cours de la même période, 33 % des cas rapportent une exposition à des animaux sauvages, une source d'eau non potable ou l'inhalation de poussière ou d'aérosols, notamment dans le milieu agricole. Dans 22 % des cas, l'exposition à la maladie est inconnue. Cette évaluation est limitée aux cas, pour lesquels une piqûre de tique ou d'insecte est vraisemblablement à l'origine de la maladie. Le nombre mensuel de cas de tularémie évolue, par vagues. Il fluctue considérablement en cours de saison et d'une saison à l'autre (figure 5). Deux cas ont été enregistrés au mois d'octobre.

Le nombre de cas, cumulé depuis janvier d'une année civile jusqu'au mois précédant le rapport, fluctue aussi considérablement d'une année à l'autre. Depuis 2004, entre 0 et 71 cas ont été déclarés pendant la même période. À la fin du mois d'octobre de l'année en cours, 61 cas ont été enregistrés (figure 6).

Nombre de piqûres tiques

Jusqu'en 2020 inclus, l'OFSP a extrapolé le nombre de piqûres de tiques à partir des données fournies par Sentinella. Par ailleurs, depuis 2015, la fréquence des piqûres de tiques est également enregistrée par l'application **Tique**, cofinancée par l'OFSP. Ces données sont présentées dans ce rapport depuis mars 2021. De plus, l'application fournit des informations géographiques précises sur le lieu des piqûres. Ces données sont également utilisées afin de produire le **Modèle des piqûres de tiques**. Ce dernier représente le risque de piqûre de tique en fonction de la situation géographique. Les piqûres de tiques présentent le même caractère saisonnier que toutes les maladies transmises par les tiques (figure 7).

Contact

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique
Division Maladies transmissibles
Téléphone: 058 463 87 06

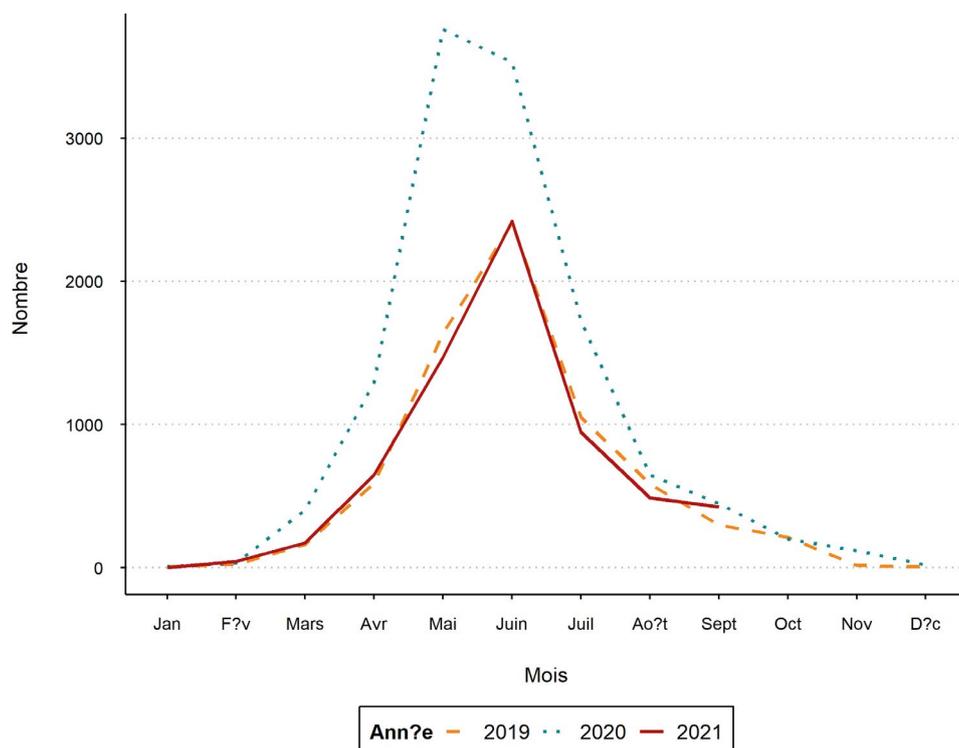
Évaluation de la situation épidémiologique

En conclusion, la situation épidémiologique actuelle des maladies transmises par les tiques par rapport aux années précédentes est la suivante :

- FSME: après le pic de l'année 2020, le nombre de cas observés de janvier à septembre se situe dans la moyenne des fluctuations des dernières années. Dans les cinq dernières années l'OFSP observe une augmentation de l'incidence annuelle du nombre de cas de FSME. Cette situation est également observée dans plusieurs pays d'Europe, notamment l'Allemagne. Un excellent moyen de se protéger de cette maladie est la vaccination (voir section ci-dessous).
- Borréliose: les nombres de cas estimés sont également de retour dans la fourchette des fluctuations annuelles observées, après les pointes des années 2018 et 2020.
- Tularémie: a après une tendance à la hausse des dernières années, en 2021 le nombre de cas de tularémie causé par une piqûre de tique ou d'insecte se situe dans la moyenne des trois dernières années.
- Le nombre de piqûre de tiques signalées via l'application **Tique** reflète la situation épidémiologique et la saisonnalité, de la FSME et de la Borréliose.

Figure 7

Nombre de piqûres de tiques signalés via l'application « Tique » par mois, 2019–2021



Invitation
Swiss Hepatitis Symposium 2021

Late
Presenters
with
viral
hepatitis

Lundi 29 novembre 2021, 13h30 à 18h00
Université de Zurich, avec un livestream

Modération : Catherine Boss, Reporter Research Desk Tamedia

Conférenciers principaux :
Joaquin Cabezas, Santander / Espagne
Jürgen Rockstroh, Bonn / Allemagne

La participation est gratuite.

Programme et informations complémentaires sur www.hepatite-suisse.ch.

Inscrivez-vous maintenant.
Contact : info@hepatitis-schweiz.ch



HÉPATITE SUISSE



PUBLIC HEALTH SCHWEIZ
SANTE PUBLIQUE SUISSE
SALUTE PUBBLICA SVIZZERA

The Swiss Society for Public Health

Liste des spécialités Corrigendum

« V. MODIFICATIONS DE LA LIMITATION/DE L'INDICATION » (BULLETIN 34/21)

Le code dans la limitation pour **(19225) REVOLADE cpr pell 12.5 mg, 25 mg, 50 mg 14 pce. et 25 mg, 50 mg, 75 mg 28 pce.** dans l'indication 2L AAS qui figure dans l'édition du Bulletin 34/21 sous V. Changements de la limitation/de l'indication ainsi que dans la liste des spécialités depuis le 1er août 2021 a été adapté. Le code valable à partir du 1er novembre 2021 est le suivant:

Limitation dès le 01.11.2021 :

Pour le traitement des patients adultes présentant un purpura thrombopénique auto-immun (idiopathique) (PTI) dont le diagnostic a été posé depuis au moins 6 mois, réfractaire aux autres traitements (par exemple corticostéroïdes, immunoglobulines ou splénectomie), avec risque hémorragique accru en raison d'une thrombocytopenie prononcée. Le traitement doit être interrompu si le taux plaquettaire n'augmente pas suffisamment après quatre semaines de traitement à une posologie de 75 mg/jour.

Pour le traitement des patients pédiatriques (6 ans et plus) présentant un purpura thrombopénique auto-immun (idiopathique) (PTI) dont le diagnostic a été posé depuis au moins 6 mois et ayant une tendance pertinente aux hémorragies, n'ayant pas répondu à un traitement établi (par exemple IgIV, corticostéroïdes) et pour lesquels la splénectomie n'est pas une option thérapeutique. La possibilité de réduire la dose doit être régulièrement évaluée chez les patients pédiatriques.

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2023

Pour le traitement de première intention de l'anémie aplasique sévère (AAS) acquise en association avec un traitement immunosuppresseur standard chez les patients adultes et pédiatriques âgés de 6 ans et plus qui ne sont pas éligibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques au moment du diagnostic. La durée totale du traitement par Revolade est de 6 mois maximum.

Après approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 19225.01.

Novartis Pharma Schweiz AG remboursera à l'assureur-maladie 21,36% du prix de fabrique par boîte de Revolade sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'achat.

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2023

Pour le traitement des cytopénies chez les patients adultes atteints d'anémie aplasique sévère (AAS) acquise, réfractaires ou lourdement prétraités et qui ne sont pas éligibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques au moment du diagnostic. Si aucune réponse hématologique n'est obtenue après 16 semaines de traitement par Revolade, celui-ci doit être interrompu.

Après approbation des coûts par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: **19225.02.**

Novartis Pharma Schweiz AG remboursera à l'assureur-maladie 21,36% du prix de fabrique par boîte de Revolade sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'achat.

Liste des spécialités :

La liste des spécialités peut être consultée sur internet sous : www.listedesspecialites.ch

[] Le prix de fabrique servant de base au prix public autorisé

Valable à partir du 1^{er} novembre 2021

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
0.00.01		LUXTURNA (Voretigenum neparvocum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21179	conc inj c solv 1 pce Fr. 368319.15 (359095.77)		67371001	01.11.2021, A
Limitation limitée jusqu'au 30.11.2022					
Après la garantie de la prise en charge de l'assurance maladie et la consultation préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie, pour le traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de perte de vision due à une dystrophie rétinienne héréditaire basée sur des mutations bi-alléliques confirmées du gène RPE65 et disposant de suffisamment de cellules rétinienne viables (une région rétinienne dans le pôle postérieur > 100 micromètres d'épaisseur).					
Aucun remboursement pour les patients pédiatriques de moins de 3 ans. Luxturna n'est remboursé qu'une seule fois par oeil et par patient. Luxturna est administré uniquement par un centre de traitement certifié.					
Pour chaque boîte de Luxturna achetée, Novartis Pharma Schweiz AG rembourse une partie fixe du prix de fabrication à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement, à la première demande de l'assureur. L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.					
01.99		TEGSEDI (Inotersenum)	Swedish Orphan Biovitrum AG		
	21287	sol inj 284 mg/1.5 ml 4 ser pré 1.5 ml Fr. 25504.85 (24642.78)		67451001	01.11.2021, B

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2024

Dans le traitement en monothérapie de l'hATTR chez le patient symptomatique (score PND \geq I et \leq IIIb ou FAP > 0 et \leq 2) présentant une mutation TTR pathogène héréditaire (amyloïdose hATTR) et une manifestation polyneuropathique primaire (polyneuropathie stades 1 et 2, score NIS entre 5 et 130) avec début confirmée de la maladie. Il est impératif d'examiner les autres causes possibles de neuropathie périphérique, telles que le diabète ou la carence en vitamine B12. En présence d'autres causes de polyneuropathie, il doit être démontré que malgré le traitement adéquat de ces causes, la polyneuropathie a continué à évoluer.

Avant le début du traitement:

Avant de pouvoir initier le traitement dans un centre de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), le patient doit être informé par écrit des critères de remboursement (y compris des critères d'arrêt du traitement).

Un centre de référence pour l'amyloïdose doit, après consultation préalable du médecin-conseil, obtenir une garantie de prise en charge des frais auprès de l'assurance-maladie avant de commencer le traitement. L'assurance-maladie ne peut accorder une garantie de prise en charge des frais que si le neurologue traitant (pour une demande initiale de prise en charge des frais : le neurologue d'un centre de référence, pour les demandes ultérieures de prise en charge des frais : le neurologue d'un centre neuromusculaire en coopération avec un centre de référence ou le neurologue d'un centre de référence) – avec autorisation du patient acceptant le recueil de ses données dans le registre existant – enregistre en continu tout au long du traitement les données pertinentes pour le remboursement dans le registre existant du centre de référence ou les fait enregistrer et confirme l'enregistrement au médecin-conseil dans le cadre de la demande de prise en charge des frais.

Si un patient ne consent pas à l'enregistrement de ses données dans le registre existant, il convient de l'indiquer. Sur demande, les données utilisées pour prendre la décision quant à la poursuite ou à l'interruption d'un traitement doivent être envoyées au médecin-conseil.

Le traitement doit être instauré dans un centre de référence pour l'amyloïdose (Hôpital universitaire de Zurich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois). Le traitement de l'hATTR chez des patients symptomatiques ayant un indice de performance de Karnofsky \geq 60% avec une manifestation polyneuropathique primaire peut être initié si le score NIS est \geq 5 et le score PND se situe entre \geq I et \leq IIIb et si le patient ne souffre pas d'insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV et présente une espérance de vie d'au moins 2 ans.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
---------------	---------------	--	--------------------	----------	-------------------

Poursuite du traitement:

Le traitement peut également être poursuivi dans un centre neuromusculaire qui a rejoint le réseau suisse de l'amyloïdose et coopère avec l'un des centres de référence. Des évaluations doivent avoir lieu au moins une fois par année dans un centre de référence.

Le traitement peut être poursuivi si une réponse a pu être observée au bout d'un an et si les critères suivants sont remplis:

- o Augmentation du score NIS \leq 10 points
- o Pas d'augmentation du score PND.

Lors d'un traitement au long cours, la prise de Tegsedi peut être poursuivie à condition que l'augmentation du score NIS soit \leq 10 points par an et que le score PND n'ait pas augmenté de plus d'un stade (une augmentation du score PND IIIa au score PND IIIb correspond à un stade) dans les 12 mois. Si le score PND atteint le stade IV, le traitement doit être arrêté. L'activité de la maladie et l'effet thérapeutique doivent être évalués tous les 6 mois dans un centre de référence ou un centre neuromusculaire.

Arrêt du traitement:

Le traitement doit être arrêté si

- la maladie progresse sous Tegsedi jusqu'au stade FAP 3 correspondant au stade IV du score PND (patients ayant besoin d'un fauteuil roulant);
- l'on constate, sous Tegsedi, une progression s'accompagnant d'une augmentation du score NIS de $>$ 10 points et d'une augmentation du score PND ainsi que d'une détérioration d'au moins 2 des paramètres suivants dans un intervalle de 12 mois:
- Score composite ENMG: $>$ 50% de diminution par an de l'amplitude par rapport à la situation initiale (Score composite moteur + sensoriel), ESC (Somme de scores pieds et mains) $>$ 25% de diminution
- Test de marche de 6 minutes (réduction cliniquement significative de la distance parcourue)
- Perte de poids involontaire
- Augmentation des troubles gastro-intestinaux (par exemple en cas de constipation/diarrhée de $<$ 2 fois par semaine à $>$ 3 fois par semaine, ou en cas de constipation/diarrhée $>$ 2 fois par semaine à tous les jours) après exclusion des autres causes
- Problèmes urinaires (augmentation de la rétention urinaire jusqu'à l'incontinence urinaire permanente) après exclusion des autres causes
- Détérioration cliniquement significative de la qualité de vie (par exemple, en utilisant le questionnaire sur la QdV-ND de Norfolk)
- le patient développe une insuffisance cardiaque de classe NYHA III ou IV malgré un traitement optimal de l'insuffisance cardiaque.

Les patients hATTR présentant une manifestation cardiomyopathique primaire et les patients présentant une forme de type sauvage (sans mutation du gène TTR) ne peuvent bénéficier du remboursement du traitement par Tegsedi.

Si le traitement par Tegsedi ou par un autre oligonucléotide ou un pARNi doit être interrompu en raison d'une efficacité insuffisante (voir les critères d'arrêt du traitement ci-dessus), toute nouvelle tentative de traitement par Tegsedi, ou par un autre oligonucléotide ou un pARNi ne sera plus remboursée.

Sur demande de l'assurance-maladie de l'assuré au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation, Swedish Orphan Biovitrum AG, remboursera un montant fixe du prix ex-factory pour chaque boîte de Tegsedi achetée. Il informera l'assureur-maladie du montant correspondant qui sera remboursé en fonction du prix ex-factory par boîte. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette partie du prix ex-factory. La demande de remboursement doit être effectuée à partir de la date de l'administration.

01.99	VUMERITY (Diroximeli fumaras)	Biogen Switzerland AG		
	21277 caps 231 mg bte 120 pce Fr. 1454.05 (1269.71)		68066001	01.11.2021, B
	21277 caps 231 mg bte 360 pce Fr. 4150.35 (3809.12)		68066002	01.11.2021, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
02.05.10		AJOVY (Fremanezumabum)	Teva Pharma AG		
	20977	sol inj 225 mg/1.5 ml ser pré 1.5 ml Fr. 527.35 (445.08)		67284001	01.02.2020, B
	20977	sol inj 225 mg/1.5 ml 3 ser pré 1.5 ml Fr. 1523.05 (1332.62)		67284002	01.02.2020, B
	20977	sol inj 225 mg/1.5 ml s.c. stylo pré 1.5 ml Fr. 527.35 (445.08)		67843001	01.11.2020, B

Limitation limitée jusqu'au 29.02.2024

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une période de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription d'AJOVY et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie. L'emballage d'AJOVY contenant 3 seringues prérépimées est uniquement remboursé pour la prescription explicite du schéma posologique trimestriel.

AJOVY est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence: au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence: au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique, un anticonvulsivant ou l'amitriptyline ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés sont contre-indiqués ou si ces traitements ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux aucune réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie:

- Documentation de la durée du traitement avant le traitement par AJOVY et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine).
- Avant le début du traitement: Journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le début du traitement par AJOVY.
- Après le début du traitement: Journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois de traitement par AJOVY.

Contrôle après 3 mois:

- Le traitement par AJOVY ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine par mois, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport à la valeur moyenne des 3 mois précédant le début du traitement par AJOVY et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.

Contrôle après 6 mois:

- Le traitement par AJOVY ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine par mois, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50% par rapport à la valeur moyenne des 3 mois précédant le début du traitement par AJOVY et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- La réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.

Si le traitement par AJOVY doit être interrompu après 3 ou 6 mois en raison d'une efficacité insuffisante, toute nouvelle tentative de traitement par AJOVY, ou par un autre antagoniste des récepteurs du CGRP ou inhibiteur du CGRP, ne sera plus remboursée.

Arrêt du traitement après un an:

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si le patient présente une rechute dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement (au moins 8 jours de migraine sur 30 jours), la reprise d'un traitement par un antagoniste des récepteurs CGRP ou un inhibiteur du CGRP peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période de 12 mois. Si la rechute survient après 6 mois, le patient doit à nouveau répondre aux critères comme pour la première prescription.

Après la 2e année de traitement et pour les années suivantes:

Une interruption du traitement doit être observée telle qu'indiquée ci-dessus après la 2ème année de traitement et au-delà. Le patient pourra ensuite reprendre le traitement avec des antagonistes des récepteurs du CGRP ou des inhibiteurs du CGRP s'il remplit à nouveau les critères. Ceci pourra être poursuivi tant que la thérapie sera nécessaire et efficace.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
02.07.10 G		AMBRISENTAN DEVATIS (Ambrisentanum)	Devatis AG		
	21319	cpr pell 5 mg 30 pce Fr. 1200.05 (1038.10)		67799002	01.11.2021, B
	21319	cpr pell 10 mg 30 pce Fr. 1200.05 (1038.10)		67799004	01.11.2021, B
Traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire idiopathique (HTAPI) et de l'HTAP associée à des affections de tissus conjonctifs chez les patients en classes fonctionnelles II et III (classification OMS), pour améliorer la performance physique.					
05.99 G		DUTASTÉRIDE TAMSULOSINE XIROMED (Dutasteridum, Tamsulosini hydrochloridum)	Xiromed SA		
	21328	caps 0.5/0.4 mg bte 7 pce Fr. 8.10 (3.50)		68212001	01.11.2021, B
	21328	caps 0.5/0.4 mg bte 30 pce Fr. 29.50 (14.99)		68212002	01.11.2021, B
	21328	caps 0.5/0.4 mg bte 90 pce Fr. 65.50 (42.79)		68212003	01.11.2021, B
05.99 G		DUTASTÉRIDE XIROMED (Dutasteridum)	Xiromed SA		
	21329	caps 0.5 mg blist 30 pce Fr. 29.50 (14.99)		68201001	01.11.2021, B
	21329	caps 0.5 mg blist 90 pce Fr. 65.50 (42.79)		68201002	01.11.2021, B
07.08.20 G		VAGIRUX (Estradiolum)	Gedeon Richter (Schweiz) AG		
	21305	cpr vag 10 mcg blist 18 pce Fr. 26.60 (12.44)		67823001	01.11.2021, B
07.16.10		ALECENSA (Alectinibum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20594	caps 150 mg 224 pce Fr. 5348.55 (4978.12)		65970001	01.08.2017, A
Limitation limitée jusqu'au 31.10.2024					
Traitement de première ligne					
Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie pour le traitement de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) exprimant la kinase du lymphome anaplasique (ALK positif), localement avancé ou métastatique. En cas de progression de la maladie, le traitement doit être interrompu. Le code suivant doit être transmis à la caisse maladie: 20594.01					
Limitation limitée jusqu'au 31.10.2024					
Traitement de deuxième ou de troisième ligne					
Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. En monothérapie pour le traitement de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) exprimant la kinase du lymphome anaplasique (ALK positif), localement avancé ou métastatique, dont la maladie a progressé sous crizotinib ou qui présentent une intolérance documentée au crizotinib, dans la mesure où ALECENSA n'a pas encore été utilisé précédemment. En cas de progression de la maladie, le traitement doit être interrompu.					
Roche Pharma (Suisse) SA remboursera à la caisse maladie auprès de laquelle le patient était assuré au moment de l'achat un montant de 351.37 CHF pour chaque boîte de ALECENSA achetée, sur demande de la caisse maladie.					
La TVA ne peut pas être récupérée en plus.					
Le code suivant doit être transmis à la caisse maladie: 20594.02					
07.16.10 G		CABAZITAXEL ACCORD (Cabazitaxelum)	Accord Healthcare AG		
	21332	conc perf 60 mg/3 ml flac 3 ml Fr. 3261.60 (2942.06)		68299001	01.11.2021, A
En association avec la prednisone ou la prednisolone, pour le traitement de patients atteints d'un cancer métastatique de la prostate hormonorésistant (mHRPC) ayant été traités au préalable avec une chimiothérapie à base de docétaxel, mais qui n'ont pas répondu au traitement ou chez lesquels le carcinome a progressé dans les 6 mois après l'arrêt de la thérapie avec le docétaxel.					
Après entente préalable par le médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie.					
Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 10.					
En cas d'arrêt de la thérapie avant le 2ème cycle de Cabazitaxel Accord, la firme Accord Healthcare sa remboursera au payeur, sur demande de l'assureur, les coûts de la dose de Cabazitaxel Accord administrée pour le 1er cycle en termes de prix public.					

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		IBRANCE (Palbociclibum)	Pfizer AG		
	20588	caps 75 mg 21 pce Fr. 2922.80 (2611.50)		66138001	01.03.2017, A
	20588	caps 100 mg 21 pce Fr. 2922.80 (2611.50)		66138002	01.03.2017, A
	20588	caps 125 mg 21 pce Fr. 2922.80 (2611.50)		66138003	01.03.2017, A

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024

Pour le traitement des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique, positif aux récepteurs hormonaux (RH) et négatif aux récepteurs du facteur de croissance épidermique humain 2 (HER2):

- En association avec un inhibiteur de l'aromatase, en traitement de première ligne lorsqu'une monothérapie endocrinienne n'est pas indiquée pour des raisons justifiées. Ne pas utiliser en cas de crise viscérale. L'intervalle sans maladie après la fin du traitement endocrinien néoadjuvant ou adjuvant par l'anastrozole ou le létrozole doit être > 12 mois.
- En association avec le fulvestrant, en traitement de première ligne d'une récidive survenant pendant un traitement endocrinien néoadjuvant ou adjuvant ou dans les 12 mois après la fin du traitement endocrinien adjuvant.
- En association avec le fulvestrant, en traitement de deuxième ligne chez des patientes qui ont déjà reçu un traitement endocrinien au stade métastatique.

Chez les femmes pré/périménopausées, le traitement endocrinien doit être associé avec un agoniste de la LHRH (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone).

Pas d'utilisation en cas de progression sous un traitement préalable par un inhibiteur des kinases dépendantes des cyclines (CDK) 4 et 6.

Le traitement ne peut être poursuivi que jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande, Pfizer AG rembourse à l'assureur qui couvrait l'assurée au moment de l'achat une partie fixe du prix de fabrication pour chaque boîte d'Ibrance achetée. Pfizer AG fait connaître à l'assurance-maladie la hauteur du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Adresse de contact: Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com

07.16.10		IMBRUVICA (Ibrutinibum)	Janssen-Cilag AG		
	21011	cpr pell 140 mg 28 pce Fr. 1760.45 (1549.09)		67109005	01.12.2019, A
	21011	cpr pell 280 mg 28 pce Fr. 3425.45 (3101.88)		67109006	01.12.2019, A
	21011	cpr pell 420 mg 28 pce Fr. 5017.05 (4654.67)		67109007	01.12.2019, A

Ibrutinib n'est pas remboursé chez les patients ayant progressé sous acalabrutinib.

Après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Leucémie lymphoïde chronique en 1ère ligne (LLC, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'une LLC non préalablement traitée et présentant une délétion 17p ou une mutation TP53.

Leucémie lymphoïde chronique dès la 2è ligne (LLC, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'une LLC ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Maladie de Waldenström (MW, monothérapie et thérapie combinée)

Ibrutinib monothérapie

- En monothérapie pour le traitement de première ligne de patients adultes symptomatiques atteints d'une MW pour lesquels une immunochemiothérapie (DRC, BR, BDR, VR) n'est pas envisageable ou en monothérapie pour le traitement de patients adultes symptomatiques atteints d'une MW ayant reçu au moins un traitement antérieur et qui ont eu une rechute dans les 24 mois suivant un régime thérapeutique à base de rituximab.

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

Thérapie d'ibrutinib en association avec le rituximab

- En association avec le rituximab dès la première ligne de traitement pour des patients adultes symptomatiques atteints d'une MW pour lesquels au moins l'un des traitements suivants n'est pas envisageable : immunochemiothérapie (DRC, BR, BDR, VR), chimiothérapie, rituximab en monothérapie (sur la base de la charge tumorale, de l'état de santé du patient ou des contre-indications).

Lymphome à cellules du manteau (LCM, monothérapie)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau caractérisé par une translocation t(11;14) et/ou une expression de la cycline D1, et n'ayant pas obtenu de réponse partielle avec un traitement antérieur ou ayant présenté une progression après le traitement antérieur.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10 G		SUNITINIB MYLAN (Sunitinibum)	Mylan Pharma GmbH		
	21330	caps 12.5 mg blist 28 pce Fr. 1132.90 (976.88)		68094001	01.11.2021, A
	21330	caps 25 mg blist 28 pce Fr. 2204.15 (1953.62)		68094002	01.11.2021, A
	21330	caps 50 mg blist 28 pce Fr. 4055.05 (3716.13)		68094003	01.11.2021, A
Traitement de patients atteints de tumeurs stromales gastro-intestinales malignes (GIST) en cas de résistance ou d'intolérance au mésylate d'imatinib. Traitement de patients atteints d'un néphrocarcinome avancé et/ou métastatique.					
07.16.10 G		SUNITINIB TEVA (Sunitinibum)	Teva Pharma AG		
	21333	caps 12.5 mg blist 28 pce Fr. 1132.90 (976.88)		67781001	01.11.2021, A
	21333	caps 25 mg blist 28 pce Fr. 2204.15 (1953.62)		67781002	01.11.2021, A
	21333	caps 50 mg blist 28 pce Fr. 4055.05 (3716.13)		67781004	01.11.2021, A
Traitement de patients atteints de tumeurs stromales gastro-intestinales malignes (GIST) en cas de résistance ou d'intolérance au mésylate d'imatinib. Traitement de patients atteints d'un néphrocarcinome avancé et/ou métastatique.					
07.99		LIVOGIVA (Teriparatidum)	Future Health Pharma GmbH		
	21182	sol inj 20 mcg/80mcl stylo pré 1 pce Fr. 313.65 (258.93)		67826001	01.11.2021, B
Pour un traitement en deuxième ligne de femmes post-ménopausées ou d'hommes qui développent de nouvelles fractures vertébrales ostéoporotiques documentées radiologiquement, après une thérapie d'au minimum 6 mois sous Calcitonine, SERM (modulateur sélectif des récepteurs oestrogéniques), denosumabe ou bisphosphonates. Pour le traitement des hommes et des femmes présentant une ostéoporose avérée induite par les glucocorticoïdes (GLOP), ayant suivi préalablement une thérapie aux bisphosphonates insuffisamment efficace ou mal tolérée. Durée maximum du traitement 24 mois. La pose de l'indication ne doit être effectuée que par un médecin spécialiste (endocrinologues, rhumatologues).					
08.01.60 G		AZITHROMYCINE SPIRIG HC (Azithromycinum)	Spirig HealthCare AG		
	21326	cpr pell 250 mg blist 4 pce Fr. 15.30 (6.19)		67654001	01.11.2021, A
	21326	cpr pell 250 mg blist 6 pce Fr. 18.85 (9.29)		67654002	01.11.2021, A
	21326	cpr pell 500 mg blist 3 pce Fr. 18.85 (9.29)		67654003	01.11.2021, A

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
01.01.30		KAPANOL (Morphini sulfas pentahydricus (2:1))	Lipomed AG		
	16626	caps ret 20 mg 28 pce Fr. 25.85 (11.79)			01.11.2021, A
	16626	caps ret 50 mg 28 pce Fr. 44.25 (24.24)			01.11.2021, A
	16626	caps ret 100 mg 28 pce Fr. 63.65 (41.16)			01.11.2021, A
07.16.10		IMBRUVICA (Ibrutinibum)	Janssen-Cilag AG		
	21011	cpr pell 560 mg 28 pce Fr. 6544.90 (6145.26)		67109008	01.11.2021, A
Lymphome à cellules du manteau (LCM, monothérapie)					
En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau caractérisé par une translocation t(11;14) et/ou une expression de la cycline D1, et n'ayant pas obtenu de réponse partielle avec un traitement antérieur ou ayant présenté une progression après le traitement antérieur.					
14.01.13		XENETIX (Iobitridolum)	Guerbet AG		
	16503	sol inj 300 mg vial 200 ml Fr. 146.10 (112.96)		53001002	01.11.2021, B
	16503	sol inj 300 mg vial 500 ml Fr. 340.60 (282.40)		53001003	01.11.2021, B
	16503	sol inj 350 mg vial 200 ml Fr. 158.20 (123.50)		53001007	01.11.2021, B
	16503	sol inj 350 mg vial 500 ml Fr. 370.85 (308.75)		53001008	01.11.2021, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.01.30		MST CONTINUS (Morphini sulfas pentahydricus (2:1))	Spital Eigenprodukte		
	16188	susp 20 mg sach 30 pce Fr. 43.95 (24.01)		51697014	01.11.2021, A
	16188	susp 30 mg sach 30 pce Fr. 46.20 (25.94)		51697022	01.11.2021, A
	16188	susp 60 mg sach 30 pce Fr. 67.85 (44.82)		51697030	01.11.2021, A
	16188	susp 100 mg sach 30 pce Fr. 90.60 (64.63)		51697049	01.11.2021, A
01.05 G		RISPÉRIDONE SPIRIG HC (Risperidonum)	Spirig HealthCare AG		
	19045	cpr pell 0.500 mg 20 pce Fr. 9.40 (4.61)		58285013	01.11.2021, B
	19045	cpr pell 1 mg 20 pce Fr. 17.75 (8.34)		58285014	01.11.2021, B
	19045	cpr pell 1 mg 60 pce Fr. 40.80 (21.25)		58285015	01.11.2021, B
	19045	cpr pell 2 mg 20 pce Fr. 28.15 (13.79)		58285016	01.11.2021, B
	19045	cpr pell 2 mg 60 pce Fr. 56.75 (35.15)		58285017	01.11.2021, B
	19045	cpr pell 3 mg 20 pce Fr. 39.90 (20.48)		58285018	01.11.2021, B
	19045	cpr pell 3 mg 60 pce Fr. 76.15 (52.05)		58285019	01.11.2021, B
	19045	cpr pell 4 mg 20 pce Fr. 46.80 (26.50)		58285020	01.11.2021, B
	19045	cpr pell 4 mg 60 pce Fr. 94.00 (67.59)		58285021	01.11.2021, B
	19045	cpr pell 6 mg 20 pce Fr. 54.95 (33.59)		58285022	01.11.2021, B
	19045	cpr pell 6 mg 60 pce Fr. 114.40 (85.36)		58285023	01.11.2021, B
01.07.10 0		LAMICTAL (Lamotriginum)	GlaxoSmithKline AG		
	16046	cpr disp 5 mg 56 pce Fr. 7.15 (2.64)		52853028	01.11.2021, B
02.04.50		PRAXILENE 200 (Naftidrofuryli hydrogenoxalas)	Merck (Schweiz) AG		
	14147	cpr 200 mg 60 pce Fr. 27.45 (13.19)		43742027	01.11.2021, B
03.04.30		BRICANYL TURBUHALER (Terbutalini sulfas (2:1))	AstraZeneca AG		
	15330	pdr inh 0.500 mg 100 dos Fr. 15.25 (6.12)		48943001	01.11.2021, B
07.06.20 G		METFORMINE STREULI (Metformini hydrochloridum)	Streuli Pharma AG		
	17759	cpr pell 500 mg 50 pce Fr. 6.45 (2.06)		55871002	01.11.2021, B
	17759	cpr pell 850 mg 30 pce Fr. 6.65 (2.21)		55871004	01.11.2021, B
	17759	cpr pell 850 mg 100 pce Fr. 9.80 (4.98)		55871006	01.11.2021, B
	17759	cpr pell 1000 mg 60 pce Fr. 8.35 (3.69)		55871007	01.11.2021, B
	17759	cpr pell 1000 mg 120 pce Fr. 15.40 (6.28)		55871008	01.11.2021, B
07.08.10		PERGOVERIS 150/75 (Follitropinum alfa, Lutropinum alfa)	Merck (Schweiz) AG		
	19192	subst sèche c sol flac 1 pce Fr. 108.60 (80.30)		58154001	01.11.2021, A
	19192	subst sèche c sol flac 10 pce Fr. 938.20 (802.94)		58154005	01.11.2021, A
10.02		SKINOREN (Acidum azelaicum)	LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd.		
	17791	gel tb 30 g Fr. 18.10 (8.64)		55784003	01.11.2021, B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Mutation de prix normale					
AJOVY sol inj 225 mg/1.5 ml ser pré 1.5 ml sol inj 225 mg/1.5 ml s.c. stylo pré 1.5 ml	Teva Pharma AG	020510	20977 20977	527.35 527.35	445.08 445.08
ALECENSA caps 150 mg 224 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610	20594	5348.55	4978.12
IBRANCE caps 75 mg 21 pce caps 100 mg 21 pce caps 125 mg 21 pce	Pfizer AG	071610	20588 20588 20588	2922.80 2922.80 2922.80	2611.50 2611.50 2611.50
IMBRUVICA cpr pell 140 mg 28 pce cpr pell 280 mg 28 pce cpr pell 420 mg 28 pce	Janssen-Cilag AG	071610	21011 21011 21011	1760.45 3425.45 5017.05	1549.09 3101.88 4654.67
OPDIVO conc perf 40 mg/4 ml flac 4 ml conc perf 100 mg/10 ml flac 10 ml conc perf 240 mg/24 ml flac 24 ml	Bristol-Myers Squibb SA	071610	20461 20461 20461	638.00 1546.10 3418.30	541.45 1353.62 3094.92
SAXENDA sol inj 6 mg/ml 3 stylo pré 3 ml sol inj 6 mg/ml 5 stylo pré 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	079900	20574 20574	128.55 203.30	97.68 162.79
IV.b. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet					
CRESTASTATIN cpr pell 5 mg 30 pce cpr pell 5 mg 100 pce cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 100 pce cpr pell 20 mg 30 pce cpr pell 20 mg 100 pce	AstraZeneca AG	071200	20628 20628 20628 20628 20628 20628	16.35 43.65 17.50 47.50 25.80 61.50	7.12 23.75 8.12 27.08 11.78 39.28
DEFERASIROX ACCORD cpr pell 90 mg blist 30 pce cpr pell 90 mg blist 90 pce cpr pell 180 mg blist 30 pce cpr pell 180 mg blist 90 pce cpr pell 360 mg blist 30 pce cpr pell 360 mg blist 90 pce	Accord Healthcare AG	069900	21246 21246 21246 21246 21246 21246	267.20 655.95 427.75 1063.55 691.00 1704.90	218.47 557.12 358.30 913.67 587.62 1498.42
DEFERASIROX NOBEL cpr pell 90 mg blist 30 pce cpr pell 90 mg blist 90 pce cpr pell 180 mg blist 30 pce cpr pell 180 mg blist 90 pce cpr pell 360 mg blist 30 pce cpr pell 360 mg blist 90 pce	NOBEL Pharma Schweiz AG	069900	21237 21237 21237 21237 21237 21237	267.20 655.95 427.75 1063.55 691.00 1704.90	218.47 557.12 358.30 913.67 587.62 1498.42

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
DEFERASIROX-MEPHA	Mepha Pharma AG	069900			
Lactab 90 mg blist 30 pce			21244	267.20	218.47
Lactab 90 mg blist 90 pce			21244	655.95	557.12
Lactab 180 mg blist 30 pce			21244	427.75	358.30
Lactab 180 mg blist 90 pce			21244	1063.55	913.67
Lactab 360 mg blist 30 pce			21244	691.00	587.62
Lactab 360 mg blist 90 pce			21244	1704.90	1498.42
GLIVEC GIST	Novartis Pharma Schweiz AG	071610			
cpr pell 100 mg 60 pce			20430	883.00	754.88
cpr pell 400 mg 30 pce			20430	1693.85	1488.35
IMATINIB GIST-TEVA	Teva Pharma AG	071610			
cpr pell 100 mg blist 60 pce			21139	623.05	528.42
cpr pell 400 mg blist 30 pce			21139	1204.15	1041.85
JADENU	Novartis Pharma Schweiz AG	069900			
cpr pell 90 mg 30 pce			20623	374.70	312.11
cpr pell 90 mg 90 pce			20623	930.05	795.88
cpr pell 180 mg 30 pce			20623	604.00	511.86
cpr pell 180 mg 90 pce			20623	1493.05	1305.25
cpr pell 360 mg 30 pce			20623	980.10	839.45
cpr pell 360 mg 90 pce			20623	2409.20	2140.59
ROSUVASTATINE AXAPHARM	Axapharm AG	071200			
cpr pell 5 mg blist 30 pce			20729	16.35	7.12
cpr pell 5 mg blist 100 pce			20729	43.65	23.75
cpr pell 10 mg blist 30 pce			20729	17.50	8.12
cpr pell 10 mg blist 100 pce			20729	47.50	27.08
cpr pell 20 mg blist 30 pce			20729	25.80	11.78
cpr pell 20 mg blist 100 pce			20729	61.50	39.28
ROSUVASTATINE MEPHA	Mepha Pharma AG	071200			
Lactab 5 mg 30 pce			20658	16.35	7.12
Lactab 5 mg 100 pce			20658	43.65	23.75
Lactab 5 mg bte 100 pce			20658	43.65	23.75
Lactab 10 mg 30 pce			20658	17.50	8.12
Lactab 10 mg 100 pce			20658	47.50	27.08
Lactab 10 mg bte 100 pce			20658	47.50	27.08
Lactab 20 mg 30 pce			20658	25.80	11.78
Lactab 20 mg 100 pce			20658	61.50	39.28
Lactab 20 mg bte 100 pce			20658	61.50	39.28
ROSUVASTATINE NOBEL	NOBEL Pharma Schweiz AG	071200			
cpr pell 5 mg blist 30 pce			21052	16.35	7.12
cpr pell 5 mg blist 105 pce			21052	45.00	24.93
cpr pell 10 mg blist 30 pce			21052	17.50	8.12
cpr pell 10 mg blist 105 pce			21052	49.05	28.43
cpr pell 20 mg blist 30 pce			21052	25.80	11.78
cpr pell 20 mg blist 105 pce			21052	63.75	41.24

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ROSUVASTATINE SANDOZ	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200			
cpr pell 5 mg (nouv) blist 30 pce			20661	16.35	7.12
cpr pell 5 mg (nouv) blist 50 pce			20661	25.95	11.87
cpr pell 5 mg (nouv) blist 100 pce			20661	43.65	23.75
cpr pell 10 mg (nouv) blist 30 pce			20661	17.50	8.12
cpr pell 10 mg (nouv) blist 50 pce			20661	27.85	13.53
cpr pell 10 mg (nouv) blist 100 pce			20661	47.50	27.08
cpr pell 20 mg (nouv) blist 30 pce			20661	25.80	11.78
cpr pell 20 mg (nouv) blist 50 pce			20661	38.95	19.63
cpr pell 20 mg (nouv) blist 100 pce			20661	61.50	39.28
ROSUVASTATINE SPIRIG HC	Spirig HealthCare AG	071200			
cpr pell 5 mg 30 pce			20666	16.35	7.12
cpr pell 5 mg 100 pce			20666	43.65	23.75
cpr pell 10 mg 30 pce			20666	17.50	8.12
cpr pell 10 mg 100 pce			20666	47.50	27.08
cpr pell 20 mg 30 pce			20666	25.80	11.78
cpr pell 20 mg 100 pce			20666	61.50	39.28
ROSUVASTATINE ZENTIVA	Helvepharm AG	071200			
cpr pell 5 mg blist 28 pce			20728	15.85	6.65
cpr pell 5 mg blist 98 pce			20728	43.10	23.27
cpr pell 10 mg blist 28 pce			20728	16.90	7.58
cpr pell 10 mg blist 98 pce			20728	46.85	26.53
cpr pell 20 mg blist 28 pce			20728	24.95	11.00
cpr pell 20 mg blist 98 pce			20728	60.60	38.49
ROSUVASTAX	Drossapharm AG	071200			
cpr pell 5 mg 30 pce			20692	16.35	7.12
cpr pell 5 mg 100 pce			20692	43.65	23.75
cpr pell 10 mg 30 pce			20692	17.50	8.12
cpr pell 10 mg 100 pce			20692	47.50	27.08
cpr pell 20 mg 30 pce			20692	25.80	11.78
cpr pell 20 mg 100 pce			20692	61.50	39.28
SUTENT	Pfizer AG	071610			
caps 12.500 mg 28 pce			18397	1400.75	1221.10
caps 25 mg 28 pce			18397	2739.80	2442.03
caps 50 mg 28 pce			18397	5007.30	4645.16

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

V. Modifications de la limitation/de l'indication

LORVIQUA	Pfizer AG	071610			
cpr pell 100 mg blist 30 pce			20952	5497.95	5123.83
cpr pell 25 mg blist 90 pce			20952	4184.95	3842.87

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.10.2024

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

LORVIQUA est utilisé pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique et positif pour la kinase du lymphome anaplasique (ALK).

En cas de progression de la maladie, le traitement doit être interrompu.

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2023

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

LORVIQUA est remboursé pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique ALK (kinase du lymphome anaplasique)-positif après progression de la maladie sous un traitement précédent par au moins deux inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK) de l'ALK.

En cas de progression de la maladie, le traitement doit être interrompu.

Pfizer AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, et à sa demande, respectivement 638.51 Fr. pour chaque boîte de LORVIQUA de 30 comprimés pelliculés à 100 mg, et 478.88 Fr. pour chaque boîte de LORVIQUA de 90 comprimés pelliculés à 25 mg.

Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrique.

Adresse de contact: Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com

OPDIVO	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
conc perf 40 mg/4 ml flac 4 ml			20461	638.00	541.45
conc perf 100 mg/10 ml flac 10 ml			20461	1546.10	1353.62

Vieille limitation:

Mélanome

En **combinaison avec YERVOY** pour le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte, de la manière suivante: YERVOY à une dose maximale de 3 mg/kg de poids corporel combiné à l'OPDIVO à une dose maximale de 1mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines pour 4 cycles au maximum.

Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines (cf. Limitation 240 mg).

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 17.04% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation susmentionnée, valable à partir du 01.09.2021, s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.03

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome

En **combinaison avec YERVOY** pour le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte, de la manière suivante: YERVOY à une dose maximale de 3 mg/kg de poids corporel combiné à l'OPDIVO à une dose maximale de 1mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines pour 4 cycles au maximum. A cet effet, les flacons de 100 mg et 40 mg d'OPDIVO sont prévus.

Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines (cf. Limitation 240 mg).

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 16.98% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation susmentionnée, valable à partir du 01.09.2021, s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.03

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

OPDIVO conc perf 240 mg/24 ml flac 24 ml	Bristol-Myers Squibb SA	071610	20461	3418.30	3094.92
--	-------------------------	--------	-------	---------	---------

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC)

En monothérapie dans le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique après une chimiothérapie.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.01

Vieille limitation :

Mélanome

En monothérapie dans le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte. Pour le traitement du mélanome, Bristol-Myers Squibb SA rembourse pour chaque patient, après demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne concernée était assurée au moment de l'achat, 2,46% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.02

En **combinaison avec YERVOY** pour le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte: Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines. Pour des informations sur la phase de traitement combiné, veuillez-vous référer au Limitatio des flacons de 40 mg /100 mg.

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 17,04% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation susmentionnée, valable à partir du 01.09.2021, s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO ou de YERVOY, administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.03

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome

En monothérapie dans le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte.

Pour le traitement du mélanome, Bristol-Myers Squibb SA rembourse pour chaque patient, après demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne concernée était assurée au moment de l'achat, 2,32% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO et d'YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.02

En **combinaison avec YERVOY** pour le traitement du mélanome avancé (non résecable ou métastatique) chez l'adulte: Lors d'une monothérapie suivant la phase de traitement combiné, OPDIVO doit être administré à une dose maximale de 240 mg toutes les deux semaines. Pour des informations sur la phase de traitement combiné, veuillez-vous référer au Limitatio des flacons de 40 mg /100 mg.

Pour le traitement du mélanome combiné avec YERVOY, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 16,98% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO et de YERVOY administré de manière prouvée pour un mélanome.

Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été achevée avant le 01.09.2021 et que le traitement est poursuivi par une monothérapie avec OPDIVO, aucun remboursement ne peut être demandé pour la phase de monothérapie conformément à la limitation valable jusqu'au 31.08.2021. Si la phase de traitement combiné avec OPDIVO et YERVOY a été commencée avant le 01.09.2021 et si d'autres cycles de combinaison sont administrés après le 01.09.2021, la limitation susmentionnée, valable à partir du 01.09.2021, s'applique par boîte ou mg d'OPDIVO ou de YERVOY, administré de manière prouvée pour un mélanome à partir du 01.09.2021.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.03

Vieille limitation :

Mélanome adjuvant

En monothérapie pour le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte ganglionnaire régionale ou métastases distantes (stade IIIB, IIIC ou IV selon la 7e édition de l'AJCC) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le traitement adjuvant par nivolumab doit être commencé dans les 15 semaines à compter de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie.

Pour le traitement du mélanome adjuvant, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 2,46% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un mélanome adjuvant.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.07

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Mélanome adjuvant

En monothérapie pour le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte ganglionnaire régionale ou métastases distantes (stade IIIB, IIIC ou IV selon la 7e édition de l'AJCC) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le traitement adjuvant par nivolumab doit être commencé dans les 15 semaines à compter de la résection.

Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie.

Pour le traitement du mélanome adjuvant, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 2,32% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un mélanome adjuvant.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.07

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

Vieille limitation :**Carcinome à cellules rénales (CCR)**

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome à cellules rénales ayant suivi un traitement anti-angiogénique.

Pour le traitement du carcinome à cellules rénales, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 29.68% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CCR.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.04

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Carcinome à cellules rénales (CCR)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome à cellules rénales ayant suivi un traitement anti-angiogénique.

Pour le traitement du carcinome à cellules rénales, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 29.58% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CCR.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.04

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (CETC)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou récidivant ou métastatique après une chimiothérapie à base de platine.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.05

Vieille limitation :**Lymphome de Hodgkin classique (LHc)**

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome de Hodgkin classique (LHc) en rechute ou réfractaire après greffe de cellules souches autologues (GCSA) et traitement par brentuximab védotine.

Pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 2.46% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un LHc.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.06

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Lymphome de Hodgkin classique (LHc)

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un lymphome de Hodgkin classique (LHc) en rechute ou réfractaire après greffe de cellules souches autologues (GCSA) et traitement par brentuximab védotine.

Pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 2.32% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un LHc.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.06

Vieille limitation :**Cancer colorectal (CRC) avec dMMR/ MSI-H**

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) après traitement préalable à base de fluoropyrimidine en association avec l'irinotécan ou l'oxaliplatine.

Pour le traitement du CRC avec dMMR/MSI-H, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 23.14% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CRC.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.08

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Cancer colorectal (CRC) avec dMMR/MSI-H

En monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique avec déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) après traitement préalable à base de fluoropyrimidine en association avec l'irinotécan ou l'oxaliplatine.

Pour le traitement du CRC avec dMMR/MSI-H, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assureur maladie auprès duquel le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 23.03% du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CRC.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.08

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2024

Traitement adjuvant du cancer de l'oesophage ou de la jonction oesogastrique (CO ou CJOG)

En monothérapie pour le traitement adjuvant de patients adultes atteints d'un cancer de l'oesophage ou de la jonction oesogastrique entièrement réséqué présentant une maladie résiduelle pathologique après une précédente radiochimiothérapie néoadjuvante.

La dose recommandée d'OPDIVO est de 240 mg toutes les 2 semaines les 16 premières semaines, suivis de 480 mg toutes les 4 semaines. Les patients peuvent être traités jusqu'à un maximum de 12 mois ou jusqu'à une récurrence de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur maladie: 20461.09

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
--	--------------------	---------------	---------------	--------------	------------------

VII. Limitation de la nouvelle admission

BE0VU sol inj 6 mg/0.05ml seringue prête ser pré seringue prête ser pré 0.165 ml	Novartis Pharma Schweiz AG	119900	21026	1041.90	893.91
--	----------------------------	--------	-------	---------	--------

Vieille limitation :

Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative (humide) – DMLA.

BE0VU ne doit être utilisé que par des ophtalmologistes qualifiés dans les cliniques/centres A, B et C (conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH (<http://www.siwf-register.ch>) et pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Réglementation exceptionnelle: les cliniques de formation A, B et C ont le droit de collaborer avec des ophtalmologistes en cabinet pour assurer des soins qui soient proches du patient.

La collaboration se déroule sur une base consensuelle entre les deux partenaires et respecte les conditions suivantes:

- La clinique de formation assure le premier examen ou la confirmation du diagnostic. Ce point doit être documenté pour les caisses-maladie.
- Sur accord concernant l'indication autorisée, le médecin en cabinet peut également assurer la poursuite du traitement du patient.

Le traitement simultané des deux yeux chez un patient nécessite l'autorisation de l'assurance maladie, après consultation préalable du médecin-conseil.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 28.02.2022

Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge exsudative (humide) – DMLA.

BE0VU ne doit être utilisé que par des ophtalmologistes qualifiés dans les cliniques/centres A, B et C (conformément à la liste des centres de formation continue de la FMH (<http://www.siwf-register.ch>) et pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Réglementation exceptionnelle: les cliniques de formation A, B et C ont le droit de collaborer avec des ophtalmologistes en cabinet pour assurer des soins qui soient proches du patient.

La collaboration se déroule sur une base consensuelle entre les deux partenaires et respecte les conditions suivantes:

- La clinique de formation assure le premier examen ou la confirmation du diagnostic. Ce point doit être documenté pour les caisses-maladie.
- Sur accord concernant l'indication autorisée, le médecin en cabinet peut également assurer la poursuite du traitement du patient.

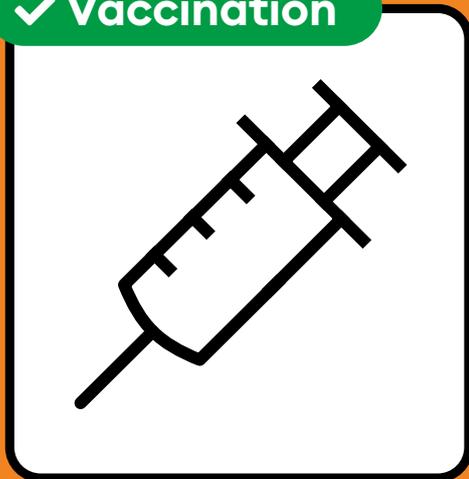
Le traitement simultané des deux yeux chez un patient nécessite l'autorisation de l'assurance maladie, après consultation préalable du médecin-conseil.

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**



Règles de conduite et d'hygiène en vigueur :

✓ Vaccination



Recommandé : la vaccination
contre le COVID-19.

✓ Certificat



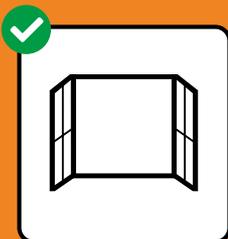
Si c'est exigé : prendre son
certificat et une pièce d'identité.



Respecter l'obligation de porter
le masque.



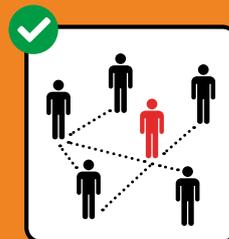
Garder ses
distances.



Aérer plusieurs fois
par jour.



Se laver ou se
désinfecter
soigneusement
les mains et éviter
de se serrer la
main.



Fournir les coordon-
nées complètes
pour le traçage.



En cas de symp-
tômes, se faire
tester tout de
suite et rester à
la maison.

www.ofsp-coronavirus.ch

Les règles peuvent varier selon les cantons.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Uffizi federal da sanadad publica UFSP



Application SwissCovid
Download

Et... action!



1. Pénétration vaginale ou anale avec préservatif.
2. Et parce que chacun(e) l'aime à sa façon : faites sans tarder votre safer sex check personnel sur lovelife.ch

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Tessin		8363949

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

46/2021