



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Édition du 14 janvier 2019

# OFSP-Bulletin Semaine 3/2019

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

Maladies invasives à pneumocoques 2013–2017, p. 10

Liste des spécialités Corrigenda, p. 20

Liste des spécialités, p. 21

Vol d'ordonnances, p. 30

# Impressum

## **ÉDITEUR**

Office fédéral de la santé publique  
CH-3003 Berne (Suisse)  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

## **RÉDACTION**

Office fédéral de la santé publique  
CH-3003 Berne  
Téléphone 058 463 87 79  
[drucksachen-bulletin@bag.admin.ch](mailto: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](mailto: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](http://www.bag.admin.ch/ofsp-bulletin)

# Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses _____	4
Statistique Sentinella _____	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales _____	6
Maladies invasives à pneumocoques 2013–2017 _____	10
Liste des spécialités Corrigenda _____	20
Liste des spécialités _____	21
Vol d'ordonnances _____	30

# Déclarations des maladies infectieuses

## Situation à la fin de la 1<sup>re</sup> semaine (08.01.2019)<sup>a</sup>

<sup>a</sup> 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.

<sup>b</sup> Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella [www.bag.admin.ch/rapport-grippe](http://www.bag.admin.ch/rapport-grippe).

<sup>c</sup> N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.

<sup>d</sup> Femmes enceintes et nouveau-nés.

<sup>e</sup> 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.

<sup>f</sup> Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

<sup>g</sup> 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.

<sup>h</sup> Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

### Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 1<sup>re</sup> semaine (08.01.2019)<sup>a</sup>

	Semaine 01			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
<b>Transmission respiratoire</b>												
<b>Haemophilus influenzae: maladie invasive</b>	9 5.50	5 3.00	1 0.60	16 2.40	11 1.70	11 1.70	141 1.60	116 1.40	117 1.40	9 5.50	5 3.00	1 0.60
<b>Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers<sup>b</sup></b>	197 120.20	1428 871.40	1433 874.40	432 65.90	2616 399.10	3022 461.00	12796 150.20	9094 106.70	6662 78.20	197 120.20	1428 871.40	1433 874.40
<b>Légionellose</b>	14 8.50	12 7.30	4 2.40	30 4.60	34 5.20	11 1.70	569 6.70	498 5.80	360 4.20	14 8.50	12 7.30	4 2.40
<b>Méningocoques: maladie invasive</b>		1 0.60	2 1.20	1 0.20	2 0.30	4 0.60	62 0.70	54 0.60	48 0.60		1 0.60	2 1.20
<b>Pneumocoques: maladie invasive</b>	49 29.90	76 46.40	49 29.90	122 18.60	141 21.50	134 20.40	939 11.00	971 11.40	843 9.90	49 29.90	76 46.40	49 29.90
<b>Rougeole</b>	1 0.60		1 0.60	2 0.30		8 1.20	49 0.60	104 1.20	66 0.80	1 0.60		1 0.60
<b>Rubéole<sup>c</sup></b>							2 0.02	1 0.01				
<b>Rubéole, materno-fœtale<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberculose</b>	6 3.70	6 3.70	5 3.00	20 3.00	29 4.40	44 6.70	514 6.00	535 6.30	610 7.20	6 3.70	6 3.70	5 3.00
<b>Transmission féco-orale</b>												
<b>Campylobactériose</b>	233 142.20	200 122.00	234 142.80	563 85.90	444 67.70	564 86.00	7737 90.80	7191 84.40	7875 92.40	233 142.20	200 122.00	234 142.80
<b>Hépatite A</b>	1 0.60	1 0.60	2 1.20	10 1.50	4 0.60	4 0.60	105 1.20	113 1.30	42 0.50	1 0.60	1 0.60	2 1.20
<b>Hépatite E</b>				2 0.30			66 0.80					
<b>Infection à E. coli entérohémorragique</b>	7 4.30	15 9.20	9 5.50	49 7.50	35 5.30	27 4.10	838 9.80	705 8.30	472 5.50	7 4.30	15 9.20	9 5.50
<b>Listériose</b>		2 1.20		1 0.20	3 0.50	3 0.50	52 0.60	46 0.50	50 0.60		2 1.20	
<b>Salmonellose, S. typhi/ paratyphi</b>	1 0.60			3 0.50	1 0.20	1 0.20	26 0.30	22 0.30	23 0.30	1 0.60		
<b>Salmonellose, autres</b>	19 11.60	32 19.50	19 11.60	77 11.80	83 12.70	86 13.10	1467 17.20	1845 21.60	1508 17.70	19 11.60	32 19.50	19 11.60
<b>Shigellose</b>	2 1.20	1 0.60	1 0.60	14 2.10	4 0.60	6 0.90	250 2.90	141 1.60	173 2.00	2 1.20	1 0.60	1 0.60

	Semaine 01			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
<b>Transmission par du sang ou sexuelle</b>												
Chlamydieuse	115 70.20	131 79.90	182 111.00	671 102.40	681 103.90	728 111.00	11141 130.70	11053 129.70	10997 129.00	115 70.20	131 79.90	182 111.00
Gonorrhée <sup>e</sup>	45 27.50	57 34.80	40 24.40	230 35.10	169 25.80	178 27.20	2905 34.10	2575 30.20	2494 29.30	45 27.50	57 34.80	40 24.40
Hépatite B, aiguë		2 1.20			5 0.80	3 0.50	26 0.30	37 0.40	42 0.50		2 1.20	
Hépatite B, total déclarations	4	23	17	61	91	82	1186	1204	1434	4	23	17
Hépatite C, aiguë		1 0.60	1 0.60		2 0.30	3 0.50	24 0.30	40 0.50	44 0.50		1 0.60	1 0.60
Hépatite C, total déclarations	7	28	10	70	88	76	1272	1411	1502	7	28	10
Infection à VIH	1 0.60		5 3.00	20 3.00	22 3.40	41 6.20	414 4.90	461 5.40	541 6.40	1 0.60		5 3.00
Sida				1 0.20	1 0.20	3 0.50	73 0.90	82 1.00	70 0.80			
Syphilis, stades précoces <sup>f</sup>		1 0.60		12 1.80	1 0.20		527 6.20	1 0.01			1 0.60	
Syphilis, total <sup>g</sup>		16 9.80	13 7.90	19 2.90	55 8.40	61 9.30	725 8.50	980 11.50	869 10.20		16 9.80	13 7.90
<b>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</b>												
Brucellose			1 0.60	1 0.20		1 0.20	7 0.08	8 0.09	8 0.09			1 0.60
Chikungunya				2 0.30			6 0.07	18 0.20	32 0.40			
Dengue		6 3.70		6 0.90	13 2.00	10 1.50	156 1.80	161 1.90	198 2.30		6 3.70	
Encéphalite à tiques	2 1.20			7 1.10		1 0.20	378 4.40	269 3.20	202 2.40	2 1.20		
<b>Fièvre du Nil occidental</b>												
Fièvre jaune							1 0.01					
Fièvre Q		2 1.20		2 0.30	3 0.50		50 0.60	41 0.50	48 0.60		2 1.20	
Infection à Hantavirus						1 0.20	1 0.01	1 0.01	3 0.04			
Infection à virus Zika					2 0.30	2 0.30	4 0.05	16 0.20	54 0.60			
Paludisme	1 0.60	13 7.90	3 1.80	9 1.40	28 4.30	12 1.80	286 3.40	350 4.10	315 3.70	1 0.60	13 7.90	3 1.80
Trichinellose					1 0.20			1 0.01				
Tularémie		4 2.40	2 1.20	1 0.20	10 1.50	6 0.90	110 1.30	133 1.60	59 0.70		4 2.40	2 1.20
<b>Autres déclarations</b>												
Botulisme								2 0.02	2 0.02			
Diphthérie <sup>h</sup>						1 0.20	5 0.06	2 0.02	6 0.07			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob				1 0.20	1 0.20	1 0.20	17 0.20	19 0.20	13 0.20			
Tétanos												

# Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 04.01.2019 et incidence pour 1000 consultations (N/10<sup>3</sup>)  
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	50		51		52		1		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Suspicion d'influenza	41	2.9	80	5.5	35	8.1	56	13.8	53	7.6
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	2	0.1	6	0.4	1	0.2	2	0.5	2.8	0.3
Piqûre de tiques	0	0	1	0.1	0	0	1	0.2	0.5	0.1
Borréliose de Lyme	0	0	0	0	0	0	3	0.7	0.8	0.2
Herpès zoster	9	0.6	9	0.6	4	0.9	3	0.7	6.3	0.7
Néuralgies post-zostériennes	2	0.1	0	0	1	0.2	0	0	0.8	0.1
Médecins déclarants	160		158		101		104		130.8	

## Rapport hebdomadaire des affections grippales

Sous nos latitudes, les affections grippales surviennent de façon saisonnière. Jusqu'à présent, une vague de grippe est observée chaque hiver. D'une année à l'autre, l'intensité, la durée, les souches virales et les répercussions sur la population varient. Afin d'informer la population et les médecins en temps voulu de la vague de la grippe et de la couverture de la grippe par le vaccin, l'OFSP publie d'octobre à avril un rapport hebdomadaire avec une évaluation des risques.

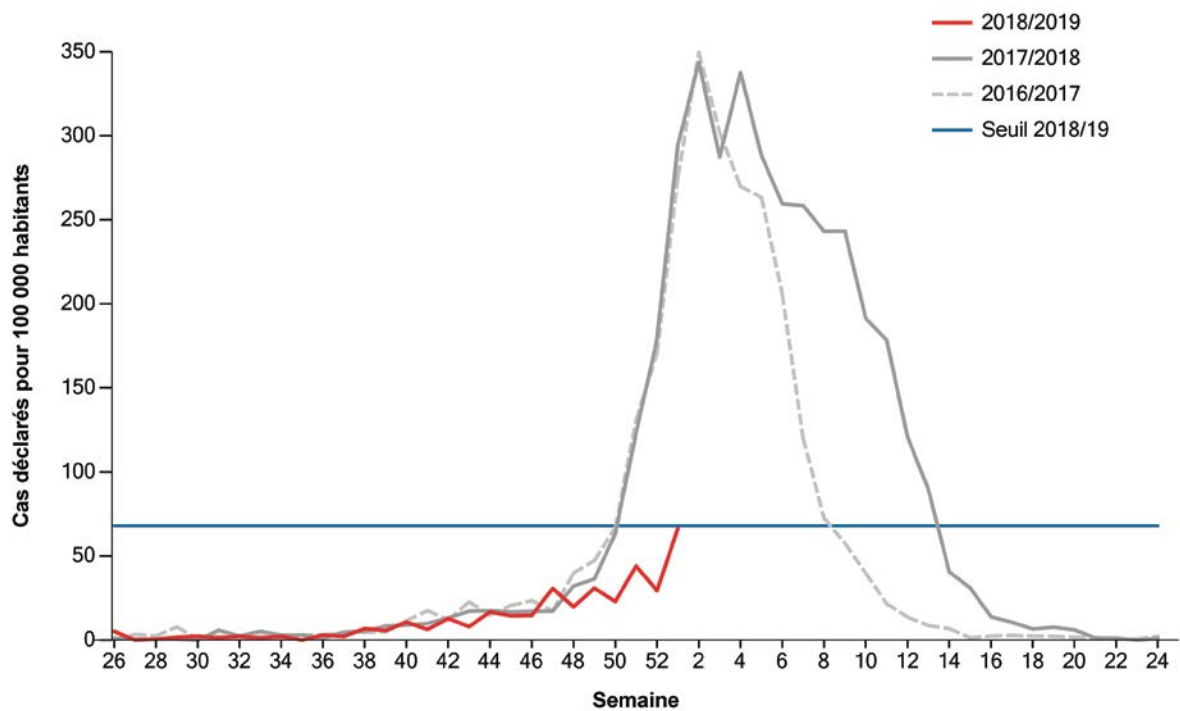
### Semaine 1/2019

La propagation des affections grippales en Suisse est actuellement sporadique. Durant la semaine 1/2019, 104 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 13,8 cas d'affections grippales pour 1000 consultations. Extrapolé à l'en-

semble de la population, ce taux correspond à une incidence de 66 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants.

Le seuil épidémique saisonnier de 68 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants n'a pas été atteint (Figure 1).

Figure 1  
Nombre de consultations hebdomadaires dues à une affection grippale, extrapolé pour 100 000 habitants



L'incidence était la plus élevée dans la classe d'âge des 30 à 64 ans (Tableau 1). La propagation de la grippe était répandue dans les régions 1 (GE, NE, VD, VS), 2 (BE, FR, JU), 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) et 6 (GR, TI) et sporadique dans la région 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH) (Figure 2, Encadré). Dans la région 3 (AG, BL, BS, SO), aucun virus Influenza n'a été mis en évidence dans des échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella pendant les deux dernières semaines.

Tableau 1:  
Incidence en fonction de l'âge durant la semaine 1/2019

	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Tendance
<b>Incidence par âge</b>		
0-4 ans	31	-
5-14 ans	69	-
15-29 ans	70	-
30-64 ans	76	-
≥65 ans	50	-
<b>Suisse</b>	<b>66</b>	<b>-</b>

Tableau 2:

### Virus Influenza circulant en Suisse

Fréquence des types et sous-types d'Influenza isolés durant la semaine actuelle et les semaines cumulées, et couverture par les vaccins 2018/19

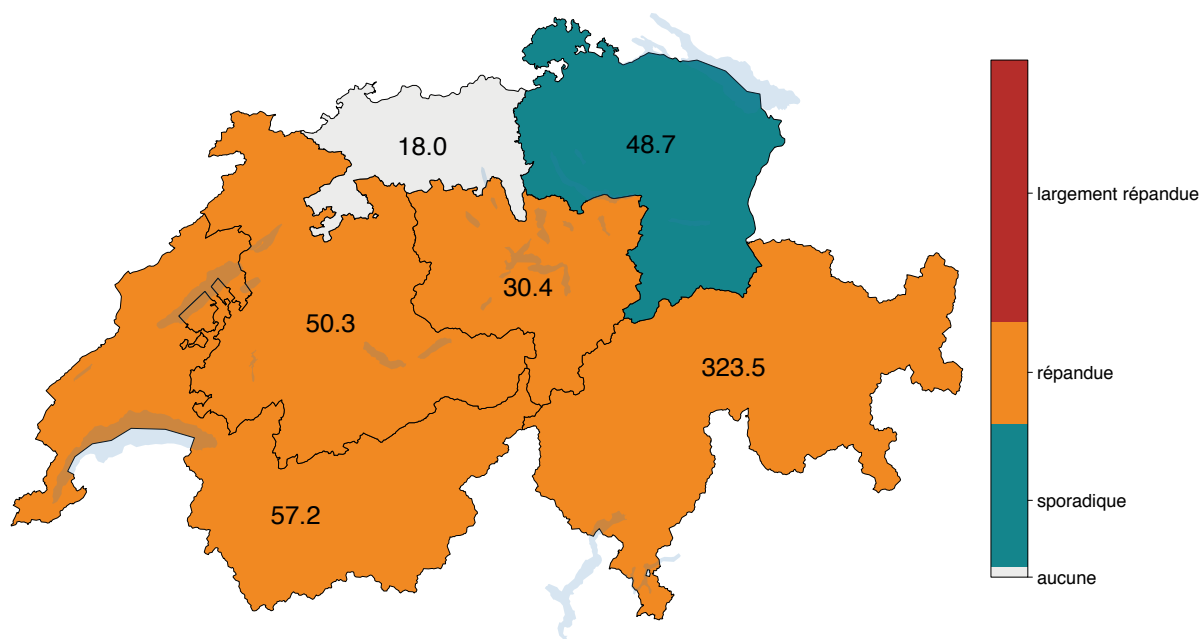
	Semaine 1/2019	Semaines cumulées 2018/19	
	Fréquence des virus	Fréquence des virus	Couverture par les vaccins#
			▲ ■
Part d'échantillons positifs	16 %	11 %	- -
Nombre d'échantillons testés	19	263	- -
B Victoria	0 %	0 %	- -
B Yamagata	0 %	0 %	- -
B non sous-typé	0 %	4 %	- -
A(H3N2)	0 %	36 %	- -
A(H1N1)pdm09	0 %	39 %	- -
A non sous-typé	100 %	21 %	- -

▲ Couvert par le vaccin trivalent 2018/19

■ Couvert par le vaccin quadrivalent 2018/19

# La couverture vaccinale n'est calculée qu'avec suffisamment de virus caractérisés

Figure 2  
Incidence pour 100 000 habitants et propagation par région Sentinella durant la semaine 1/2019



Région 1 (GE, NE, VD, VS), Région 2 (BE, FR, JU), Région 3 (AG, BL, BS, SO), Région 4 (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG), Région 5 (AI, AR, GL, SG, SH, TG, ZH), Région 6 (GR, TI). Chiffre: incidence des affections grippales pour 100 000 habitants. Couleur: propagation (cf. glossaire).

Durant la semaine 1/2019, le Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) a mis en évidence des virus Influenza A dans 3 des 19 échantillons analysés dans le cadre du système de surveillance Sentinella (Tableau 2).

Depuis le début de la saison de la grippe, le CNRI a mis en évidence par inhibition de l'hémagglutination les virus suivants dans des échantillons Sentinella:

Influenza A(H1N1)pdm09  
– A/St Petersburg/27/2011  
– A/Michigan/45/2015  
– A/California/7/2009

Influenza A(H3N2)  
– A/Singapore/INFIMH-016-19/2016  
– A/Switzerland/9715293/2013

### Situation internationale

En Europe, on a généralement observé une activité grippale basse à moyenne, avec une tendance à la hausse [1]. L'Amérique du Nord et l'Asie ont également enregistré une activité basse avec une tendance à la hausse, le Canada et les États-Unis ayant tous deux déjà dépassé leur seuil saisonnier [2–5]. La majorité des virus détectés dans toutes les régions appartenaient au sous-type Influenza A(H1N1)pdm09 suivi par Influenza A(H3N2).

### Contact

Office fédéral de la santé publique  
Unité de direction Santé publique  
Division Maladies transmissibles  
Téléphone 058 463 87 06  
E-mail epi@bag.admin.ch

### Pour les médias

Téléphone 058 462 95 05  
E-mail media@bag.admin.ch



## GLOSSAIRE

- Incidence :** Nombre de consultations pour affections grippales pour 100 000 habitants par semaine.
- Intensité :** Comparaison de l'incidence actuelle avec l'incidence historique. L'intensité est fournie seulement pendant l'épidémie. Elle se subdivise en quatre catégories : basse, moyenne, élevée et très élevée.
- Propagation :** La propagation se base :
- sur la proportion des médecins Sentinella qui ont déclaré des cas d'affections grippales et
  - sur la mise en évidence de virus Influenza au CNRI dans les échantillons prélevés par les médecins Sentinella.
- Elle est classée dans les catégories suivantes : aucune, sporadique, répandue, largement répandue.
- Seuil épidémique :** Niveau de l'incidence à partir duquel la saison de la grippe se situe dans sa phase épidémique. Il est basé sur les données des dix saisons précédentes. Le seuil épidémique se situe à 68 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants pour la saison 2018/19.
- Tendance :** Comparaison du niveau d'intensité de la semaine actuelle à celui des deux semaines précédentes. La tendance n'est fournie qu'après le dépassement du seuil épidémique et se subdivise en trois catégories : ascendante, descendante et constante.

### Références

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza - Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 8.1.2019).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 8.1.2019).
3. Canada Rapports hebdomadaires d'influenza. <http://www.canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/flu-grippe/surveillance/fluwatch-reports-rapports-surveillance-influenza-fra.php> (accessed on 8.1.2019).
4. China National Influenza Center weekly reports. <http://www.chinaivdc.cn/cnic/> (accessed on 8.1.2019).
5. World Health Organisation (WHO) Influenza update – 332 [http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/latest\\_update\\_GIP\\_surveillance/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/) (accessed on 8.1.2019).

## La surveillance Sentinella de la grippe en Suisse

L'évaluation épidémiologique de la grippe saisonnière est basée :

- sur les déclarations hebdomadaires des affections grippales transmises par les médecins Sentinella ;
- sur les frottis nasopharyngés envoyés pour analyse au Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) à Genève ;
- sur tous les sous-types d'Influenza soumis à la déclaration obligatoire, confirmés par les laboratoires.

Les typages effectués par le CNRI en collaboration avec le système de déclaration Sentinella permettent une description en continu des virus grippaux circulant en Suisse.

Ce n'est que grâce à la précieuse collaboration des médecins Sentinella que la surveillance de la grippe en Suisse est possible. Elle est d'une grande utilité pour tous les autres médecins, de même que pour la population en Suisse. Nous tenons donc ici à exprimer nos plus vifs remerciements à tous les médecins Sentinella !

## Maladies invasives à pneumocoques 2013–2017

Le nombre de maladies invasives à pneumocoques a légèrement diminué en Suisse ces cinq dernières années. C'est dans le groupe d'âge des moins de 2 ans et dans celui des 2 à 4 ans que le taux de morbidité a connu la baisse la plus notable. La baisse est corrélée à l'augmentation du taux de couverture vaccinale contre les pneumocoques. La vaccination est recommandée depuis 2006 pour tous les enfants de moins de 5 ans au moyen du vaccin conjugué 7-valent (PCV7) jusqu'en 2010 et du vaccin 13-valent dès 2011 (PCV13).

Durant la période 2013–2017, environ 40 % des maladies invasives étaient dues aux sérotypes couverts par le PCV13. L'incidence des maladies dues à ces sérotypes a baissé durant cette période quinquennale, à l'exception du sérogroupe 3, tandis que l'incidence et la proportion des infections non évitables par la vaccination ont augmenté.

Selon les antibiotiques considérés, les résistances sont restées stables ou ont légèrement diminué.

La maladie invasive à pneumocoques (MIP) est une infection qui se manifeste principalement par une pneumonie ou une septicémie et qui présente une létalité élevée malgré les possibilités thérapeutiques existantes. Elle touche surtout les jeunes enfants et les personnes âgées.

Il s'agit d'une maladie essentiellement endémique provoquée par différents sérotypes de *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoques). Occasionnellement, des épidémies sont également rapportées.

Le présent rapport se fonde sur les informations transmises par les médecins et les laboratoires à l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la déclaration obligatoire. Il s'appuie également sur les données du Centre national pour les pneumocoques invasifs, à Berne [1]. Celui-ci caractérise les pneumocoques isolés qui lui sont transmis pour analyse par les laboratoires de diagnostic primaire.

### DÉCLARATIONS ET CAS

Durant la période 2013–2017, 4801 suspicions de maladies invasives à pneumocoques ont été déclarées. Sur ce nombre, 4517 ont été classées comme certaines ou probables (voir encadré). L'analyse ci-après n'a retenu que les 4406 cas concernant des personnes domiciliées en Suisse (4389 cas) ou dans la principauté de Liechtenstein (12 cas), ainsi que des personnes dont le domicile n'était pas connu (5 cas).

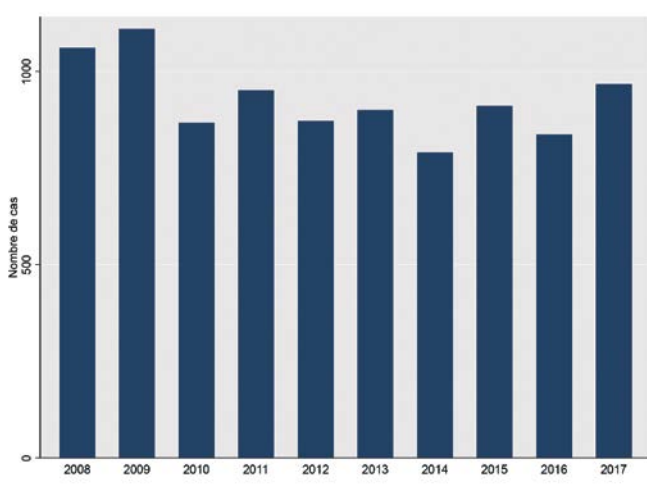
### SAISONNALITÉ

Les MIP surviennent principalement durant les mois d'hiver : sur l'ensemble de cette période quinquennale, presque la moitié des maladies (38–45 %) a été enregistrée chaque année entre décembre et février, et le maximum a été observé en février (123 cas par an en moyenne). Un lien existe entre l'apparition de la grippe saisonnière et celle des MIP [2, 3].

### NOMBRE DE CAS ET INCIDENCE

Dans les années 2013–2017, le nombre de MIP enregistrées chaque année a varié entre 791 et 968, ce qui correspond à une incidence annuelle comprise entre 9,7 et 11,4 cas pour 100 000 habitants.

Figure 1 :  
**Nombre de cas de MIP en Suisse et dans la principauté de Liechtenstein, par an, 2008–2017**



Globalement, le nombre annuel de cas et l'incidence correspondante ont légèrement baissé durant cette période (cf. figure 1, tableau 1). L'incidence moyenne a diminué par rapport à la période quinquennale précédente (-1,8 MIP pour 100 000 habitants, soit -14 %), principalement à cause du très grand nombre de MIP enregistrées en 2008 et 2009 et du petit nombre enregistré en 2014.

En France, l'incidence a également baissé en 2016 par rapport à 2009, à savoir de 11,2 à 7,6 MIP pour 100 000 habitants [4]. Elle se situe ainsi à un niveau comparable à celui de la Suisse. Dans l'ensemble des pays de l'UE et de l'EEE, elle est restée quasiment constante entre 2012 et 2016, même si les taux varient considérablement d'un pays à l'autre. Ils étaient particulièrement élevés dans les pays scandinaves, dépassant ceux observés en Suisse : le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède ont connu, dans la période 2013-2016, des incidences moyennes variant entre 11,3 et 14,0 MIP pour 100 000 habitants [5].

#### Nombre de cas et incidence en fonction du sexe

Pendant la période quinquennale sous revue, les hommes ont contracté la maladie 1,1 fois plus souvent que les femmes. Toutefois, cet écart ne se retrouve pas dans tous les groupes

d'âge : par rapport aux femmes et aux filles du même âge, la maladie a touché plus souvent les hommes de 16 ans et plus (1,2 à 1,5 fois plus), mais à la même fréquence ou moins souvent les garçons de 2 à 15 ans (0,8 fois).

#### Nombre de cas et incidence en fonction de l'âge

Le taux d'incidence annuel était le plus élevé chez les personnes de plus de 64 ans, suivis des 50 à 64 ans et des enfants de moins de 2 ans (cf. tableau 1). Les groupes d'âge les plus touchés étaient les mêmes que durant les périodes précédentes mais, en 2013-2017, les moins de 2 ans étaient, pour la première fois, moins souvent touchés que les personnes de 50 à 64 ans. Parmi les enfants de moins de 2 ans, près d'un quart (23 %) a contracté une MIP entre 0 et 3 mois, âge auquel la vaccination avec deux doses n'est pas encore possible.

L'incidence a eu tendance à baisser dans tous les groupes d'âge (cf. figure 2), mais surtout chez les enfants de moins de 2 ans et chez ceux de 2 à 4 ans. L'incidence moyenne a ainsi diminué de 8,1 MIP pour 100 000 habitants durant la période 2013-2017 par rapport à la période quinquennale précédente dans le premier groupe cité (-51 %) et de 6,0 dans le deuxième (-47 %). Le taux a également baissé dans les autres groupes d'âge : de 0,9 MIP pour 100 000 habitants (-28 %)

Figure 2 :

#### Incidence des MIP en fonction de l'âge, 2002-2017

Incidence (cas pour 100 000 habitants), par année et par groupe d'âge, 2002-2017 (état de la population résidente permanente en Suisse et dans la principauté de Liechtenstein au 31 décembre de l'année précédente)

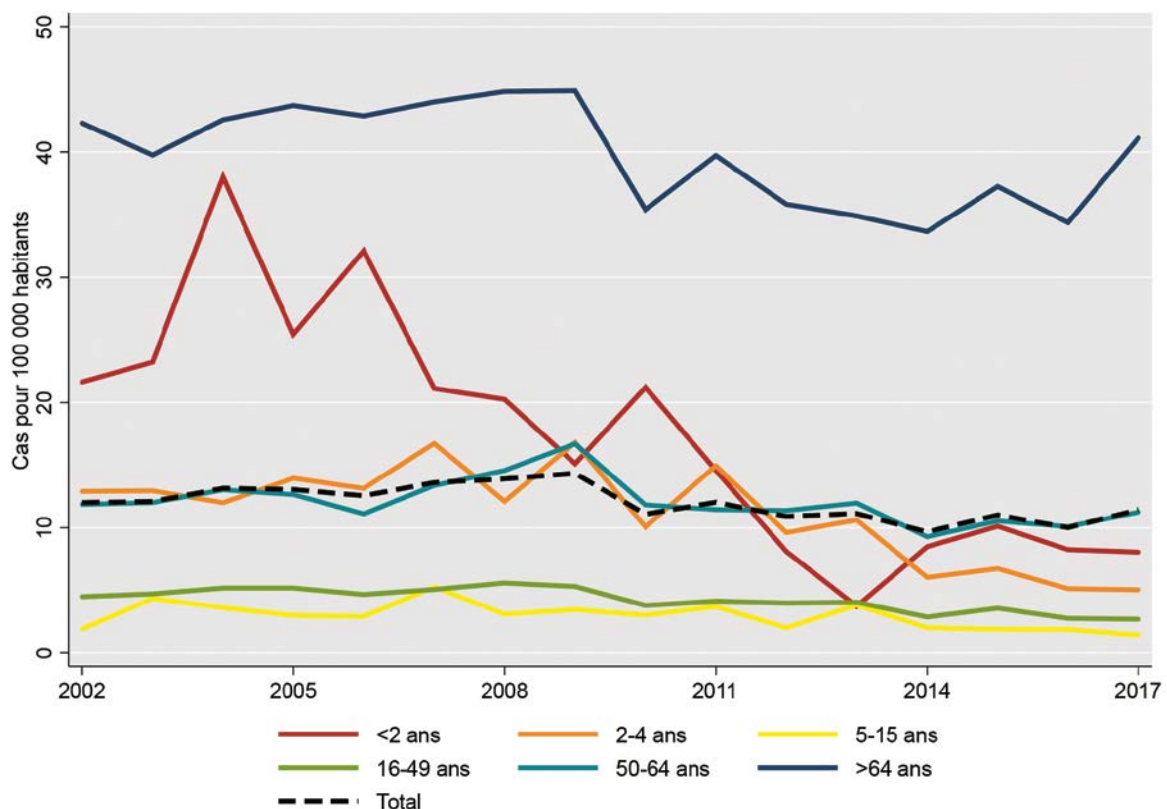


Tableau 1 :

**Nombre de cas de MIP en fonction de l'âge et incidence correspondante, 2013–2017**

Nombre de cas et incidence (cas pour 100 000 habitants), par année et par groupe d'âge, 2013–2017 ainsi que moyennes 2008–2012 et 2013–2017 (état de la population résidente permanente en Suisse et dans la principauté de Liechtenstein au 31 décembre de l'année précédente)

Année	Groupe d'âge						Total
	< 2 ans	2–4 ans	5–15 ans	16–49 ans	50–64 ans	> 64 ans	
2013	6	26	34	154	189	490	899
2014	14	15	18	110	150	484	791
2015	17	17	17	137	175	548	911
2016	14	13	17	106	171	516	837
2017	14	13	13	104	195	629	968
Moyenne 2008–2012	24,4	29,2	27,4	170	196,8	524,2	972,0
Moyenne 2013–2017	13,0	16,8	19,8	122,2	176,0	533,4	881,2

Année	Groupe d'âge						Total
	< 2 ans	2–4 ans	5–15 ans	16–49 ans	50–64 ans	> 64 ans	
2013	3,7	10,6	3,8	4,1	12,0	34,9	11,1
2014	8,5	6,0	2,0	2,9	9,3	33,6	9,7
2015	10,1	6,7	1,9	3,6	10,6	37,2	11,0
2016	8,3	5,1	1,9	2,8	10,1	34,4	10,0
2017	8,0	5,0	1,4	2,7	11,2	41,1	11,4
Moyenne 2008–2012	15,8	12,7	3,1	4,6	13,2	40,1	12,5
Moyenne 2013–2017	7,7	6,7	2,2	3,2	10,6	36,3	10,7

chez les enfants de 5 à 15 ans, de 1,4 (–30 %) chez les personnes de 16 à 49 ans, de 2,6 (–19 %) chez celles de 50 à 64 ans et de 3,9 (–10 %) chez les plus de 64 ans. L'évolution était similaire en ce qui concerne le nombre de cas (cf. tableau 1).

Cette baisse est probablement due à la vaccination contre les pneumocoques et, en partie, aux variations endémiques naturelles. La vaccination est recommandée depuis 2006 pour tous les enfants de moins de 5 ans, au moyen du vaccin conjugué 7-valent (PCV7) jusqu'en 2010 et du vaccin 13-valent (PCV13) depuis 2011 [6].

En France et dans les pays de l'UE/EEE, les groupes d'âge les plus touchés par les MIP étaient aussi les plus de 64 ans, suivis des enfants de moins de 1 an ou de moins de 2 ans. L'incidence a également baissé en France entre 2009 et 2016 dans tous les groupes d'âge mais, contrairement à la Suisse, surtout chez les enfants de 5 à 14 ans [4, 5].

#### **NOMBRE DE MIP FATALES (CAS DE DÉCÈS) ET POURCENTAGE DE MIP FATALES (LÉTALITÉ)**

Pendant la période quinquennale 2013–2017, en moyenne, 99 malades par année (83 à 109 malades) sont décédés d'une

MIP<sup>1</sup>, ce qui correspond à une létalité de 11 %. Celle-ci était la plus élevée chez les plus de 64 ans (14 %), alors que quasiment aucune MIP n'était fatale chez les enfants de 5 à 15 ans (cf. tableau 2).

#### **MANIFESTATIONS ET FACTEURS DE RISQUE**

Durant la période 2013–2017, presque tous les patients atteints de MIP (97 %) et pour lesquels on dispose d'informations sur une éventuelle hospitalisation (95 % des cas) ont été hospitalisés. Parmi les 113 cas restants, quatre (4 %) sont décédés le jour même de l'apparition de la maladie.

Une pneumonie a été diagnostiquée chez près de trois quarts des malades (73 %) et une septicémie chez la moitié (51 %). Contrairement à tous les autres groupes d'âge, les enfants de moins de 2 ans ont contracté plus souvent une septicémie qu'une pneumonie (51 % contre 29 %). Les autres manifestations telles que la méningite (7 %) ou l'arthrite (3 %) ont été plus rarement recensées, la fréquence de la première étant inversement proportionnelle à l'âge (29 % chez les moins de 2 ans contre 5 % chez les plus de 64 ans). Les MIP se manifestent

<sup>1</sup> Il est fortement probable que les indications relatives aux décès soient incomplètes, car l'OFSP n'en a pas connaissance si ceux-ci surviennent après la déclaration de la MIP.

Tableau 2:

**Nombre de décès dus à une MIP en fonction de l'âge et létalité correspondante, 2013–2017**

Nombre de MIP fatales (cas de décès) et pourcentage de MIP fatales (létalité), par année et par groupe d'âge, 2013–2017 ainsi que moyennes 2008–2012 et 2013–2017

Décès	Groupe d'âge						Total
Année	< 2 ans	2–4 ans	5–15 ans	16–49 ans	50–64 ans	> 64 ans	
2013	0	0	0	6	19	70	95
2014	0	0	1	5	24	76	106
2015	1	2	0	7	13	86	109
2016	1	1	0	4	5	72	83
2017	1	2	0	6	15	78	102
Moyenne 2008–2012	1,0	0,0	0,0	6,6	18,0	75,4	101,0
Moyenne 2013–2017	0,6	1,0	0,2	5,6	15,2	76,4	99,0

Létalité	Groupe d'âge						Total
Année	< 2 ans	2–4 ans	5–15 ans	16–49 ans	50–64 ans	> 64 ans	
2013	0 %	0 %	0 %	4 %	10 %	14 %	11 %
2014	0 %	0 %	6 %	5 %	16 %	16 %	13 %
2015	6 %	12 %	0 %	5 %	7 %	16 %	12 %
2016	7 %	8 %	0 %	4 %	3 %	14 %	10 %
2017	7 %	15 %	0 %	6 %	8 %	12 %	11 %
Moyenne 2008–2012	4 %	0 %	0 %	4 %	9 %	14 %	10 %
Moyenne 2013–2017	4 %	7 %	1 %	5 %	9 %	14 %	11 %

tant par une septicémie étaient plus souvent ou plus rapidement létales.

Près des deux tiers des personnes atteintes de MIP (62 %) pour lesquelles on dispose d'informations sur les maladies préexistantes (82 % des cas) présentaient des facteurs de risque prédisposant à une MIP. Ce pourcentage dépend fortement de l'âge : seuls 4 % des enfants de moins de 2 ans étaient à risque, contre 70 % des plus de 64 ans. Parmi ces derniers, les maladies préexistantes les plus souvent citées étaient une insuffisance rénale chronique et une affection pulmonaire chronique, tandis que la plus fréquente dans tous les autres groupes était une immunodépression.

Chez les personnes à risque élevé de MIP [7], celle-ci se manifestait plus souvent sous la forme d'une septicémie (odds ratio contrôlé pour l'âge 1,4) et plus rarement sous celle d'une méningite (odds ratio contrôlé pour l'âge 0,6). Ces personnes avaient en outre un risque plus élevé de mourir d'une MIP.

**STATUT VACCINAL**

Durant la période 2013–2017, 15 % des malades (soit 231 cas) pour lesquels on dispose d'informations sur le statut vaccinal (ceux-ci représentant 34 % de tous les cas) avaient eu une vaccination partielle ou complète.

Le pourcentage des personnes vaccinées dépendait fortement de l'âge. Les vaccins utilisés variaient également en fonction de l'âge et selon les recommandations de vaccination correspondantes.

**Statut vaccinal et vaccination en fonction de l'âge**

Aucune conclusion ne peut être tirée quant à la vaccination des cas adultes, du fait du nombre limité de données. Le statut vaccinal n'est pas connu pour la majorité d'entre eux (69 %). De plus, des informations sur le vaccin et le nombre de doses ne sont pas disponibles pour plus de la moitié des cas adultes vaccinés (54 %).

Par contre, pour environ trois quarts (77 %) des enfants de 15 ans et moins, les informations sur le statut vaccinal sont disponibles, dont deux tiers étaient vaccinés (128 cas). Le nombre de doses et le vaccin sont connus pour 81 % de ces derniers. Tous avaient reçu entre une et trois doses du vaccin conjugué : 29 % de PCV7 et 71 % de PCV13 ou de PCV7 plus PCV13. Chez les enfants vaccinés, la majorité des MIP étaient dues aux sérotypes non vaccinaux. Seuls 3 des 32 enfants vaccinés par le PCV7 (pour lesquels les sérotypes étaient connus) avaient contracté une MIP associée à des sérotypes du PCV7 (9 %) et 22 des 52 enfants vaccinés par le PCV13 une MIP associée à des sérotypes du PCV13 (42 %). Chez ces derniers, la plupart

Tableau 3 :

**Répartition des sérotypes et incidence des MIP en fonction du sérotype, 2013–2017**

A) Pourcentage des MIP par sérotype et sérotype des pneumocoques responsables de la maladie (répartition des sérotypes) et nombre des cas pour lesquels le sérotype ou le sérotype des pneumocoques est connu, 2013–2017, ainsi que moyennes 2008–2012 et 2013–2017

A) Pourcentage	Année						
Sérogroupe/-type	2013	2014	2015	2016	2017	2008–2012	2013–2017
4	3%	3%	2%	2%	2%	6%	2%
6B	1%	1%	0%	1%	1%	2%	1%
9V	2%	1%	1%	1%	1%	3%	1%
14	5%	4%	4%	2%	2%	7%	3%
18C	1%	2%	0%	1%	0%	2%	1%
19F	3%	2%	2%	2%	2%	3%	2%
23F	2%	1%	1%	0%	0%	4%	1%
1	3%	3%	1%	1%	0%	5%	1%
3	17%	16%	17%	19%	16%	15%	17%
5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6A	2%	2%	1%	1%	1%	3%	1%
7F	10%	5%	4%	3%	2%	10%	5%
19A	8%	6%	7%	5%	6%	9%	6%
8	7%	7%	10%	13%	15%	5%	10%
22F	9%	11%	8%	9%	9%	5%	9%
9N	3%	4%	4%	7%	6%	3%	5%
23B	2%	3%	3%	2%	3%	1%	3%
15A	1%	2%	3%	3%	3%	1%	2%
12F	2%	2%	3%	2%	3%	1%	2%
10A	2%	3%	3%	2%	3%	1%	2%
23A	2%	3%	2%	2%	3%	1%	2%
15B/C	1%	3%	2%	2%	3%	1%	2%
11A	2%	3%	3%	2%	2%	1%	2%
6C	4%	1%	3%	2%	2%	2%	3%
Autres <sup>a</sup>	11%	15%	18%	15%	15%	10%	15%
PCV7 <sup>b</sup>	15%	13%	10%	9%	8%	26%	11%
PCV13 <sup>c</sup>	55%	46%	40%	38%	33%	69%	42%
Non-PCV	45%	55%	61%	62%	67%	32%	58%
Cas connu	817	709	838	780	832	867	795
Cas total	899	791	911	837	968	972	881

<sup>a</sup> Sérogroupes/-types : 2, 6 (sans A/B/C), 7 (sans F), 9 (sans N/V), 10 (sans A), 12 (sans F), 13, 16, 17F, 18 (sans C), 19 (sans A/F), 20, 21, 24, 25, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42

<sup>b</sup> Sérogroupes/-types 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F et 23F

<sup>c</sup> Sérotypes vaccinaux du PCV7 plus sérogroupes/-types 1, 3, 5, 6A, 7F et 19A

des cas étaient dus au sérotype 3 (68 %). Les échecs vaccinaux possibles étaient donc assez rares, sauf pour les MIP provoquées par le sérotype 3. Les données d'autres pays permettent aussi de conclure que le PCV13 confère une moins bonne protection contre ce sérotype [8, 9]. Globalement, les enfants vaccinés par le PCV13 ont contracté plus rarement une

MIP due aux sérotypes vaccinaux que les non-vaccinés (odds ratio de 0,15, contrôlé pour l'âge et le risque accru de maladie).

**SÉROGROUPES ET SÉROTYPES DES PNEUMOCOQUES**

Les pneumocoques se distinguent les uns des autres par leur capsule; ils sont subdivisés en sérogroupes et en sérotypes, dont

Tableau 3:

**Répartition des sérotypes et incidence des MIP en fonction du sérotype, 2013–2017**

B) Incidence des MIP (cas pour 100 000 habitants) par sérotype des pneumocoques responsables de la maladie, 2013–2017 ainsi que moyennes 2008–2012 et 2013–2017. On admet que la répartition des sérotypes des MIP pour lesquelles le sérotype des pneumocoques est connu vaut pour toutes les MIP (état de la population résidente permanente de Suisse et de la principauté de Liechtenstein au 31 décembre de l'année précédente).

B) Incidence	Année							
	Sérogroupe/-type	2013	2014	2015	2016	2017	2008–2012	2013–2017
4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,7	0,3
6B	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
9V	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1
14	0,5	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,9	0,3
18C	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1
19F	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
23F	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1
1	0,3	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,6	0,2
3	1,9	1,5	1,8	1,9	1,8	1,8	1,9	1,8
5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6A	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1
7F	1,1	0,5	0,5	0,3	0,2	0,2	1,3	0,5
19A	0,9	0,6	0,8	0,5	0,7	0,7	1,1	0,7
8	0,7	0,6	1,1	1,3	1,7	1,7	0,6	1,1
22F	1,0	1,1	0,9	0,9	1,1	1,1	0,7	1,0
9N	0,3	0,4	0,4	0,7	0,7	0,7	0,4	0,5
23B	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,4	0,1	0,3
15A	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3
12F	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2
10A	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3
23A	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2
15B/C	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
11A	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3
6C	0,5	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3
Autres <sup>a</sup>	1,3	1,4	1,9	1,5	1,7	1,7	1,3	1,6
PCV7 <sup>b</sup>	1,7	1,3	1,1	0,9	1,0	1,0	3,4	1,2
PCV13 <sup>c</sup>	6,1	4,4	4,4	3,8	3,8	3,8	8,6	4,5
Non-PCV	5,1	5,3	6,7	6,2	7,7	7,7	3,9	6,2

<sup>a</sup> Sérogroupes/-types : 2, 6 (sans A/B/C), 7 (sans F), 9 (sans N/V), 10 (sans A), 12 (sans F), 13, 16, 17F, 18 (sans C), 19 (sans A/F), 20, 21, 24, 25, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42

<sup>b</sup> Sérogroupes/-types 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F et 23F

<sup>c</sup> Sérotypes vaccinaux du PCV7 plus sérogroupes/-types 1, 3, 5, 6A, 7F et 19A

la pathogénicité est différente. Pour la période 2013–2017, le sérotype ou le sérotype est connu dans 90 % des cas.

**Répartition des sérogroupes et incidence par sérotype**

Durant la période 2013–2017, les pneumocoques des sérogroupes ou sérotypes 3, 8 et 22F constituaient la cause la plus

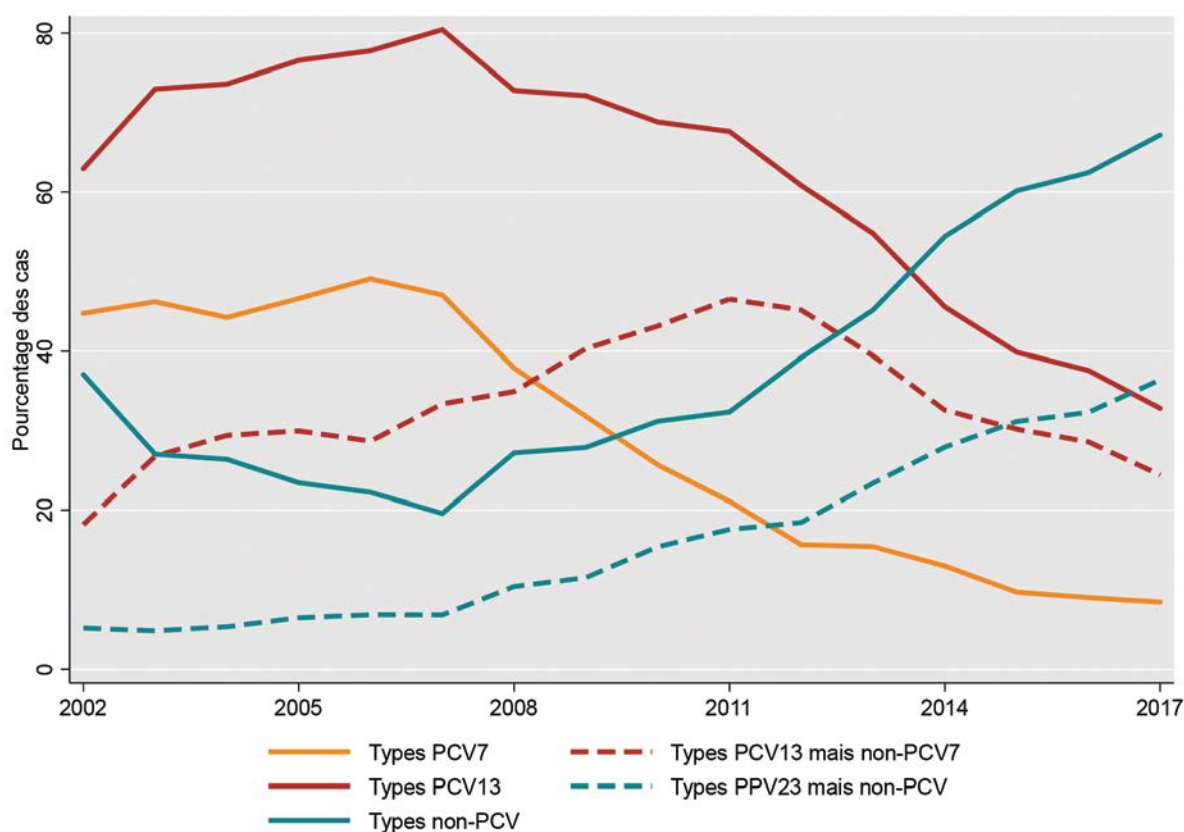
fréquente des MIP (respectivement 17 %, 10 % et 9 %). Tant le pourcentage que l'incidence des MIP dues aux sérotypes couverts par le PCV13 ont baissé par rapport à la période 2008–2012 (–26 %, soit –4,1 MIP pour 100 000 habitants), sauf pour le sérotype vaccinal 3. Alors que les sérotypes du PCV13 étaient à l'origine des deux tiers des MIP en 2008–2012



Figure 3:

**Couverture des types vaccinaux, 2002–2017**

Pourcentage des MIP en Suisse et dans la principauté de Liechtenstein, causées par les sérotypes vaccinaux et par les sérotypes non vaccinaux, par vaccin, 2002–2017



(69 %), ils ne l'étaient plus que de moins de la moitié en 2013–2017 (42 %). En revanche, le pourcentage et l'incidence des MIP dues aux autres sérotypes ont augmenté (cf. tableau 3, figure 3). Une augmentation était observée aussi bien pour les sérotypes contenus dans le vaccin polysaccharidique 23-valent (PPV23) – mais pas dans le PCV13 – que pour ceux qui ne sont couverts par aucun des vaccins. Les MIP non évitables par la vaccination gagnent donc du terrain.

Dans les pays de l'UE/EEE, les MIP dues au séro-groupe 8 sont également les plus fréquentes, suivies de celles dues au séro-groupe 3 et au sérotype 12F. Le pourcentage de ces deux séro-groupe et de ce sérotype a augmenté en 2016 par rapport à 2014 (de respectivement 52 %, 17 % et 57 %), de même que le pourcentage des MIP non évitables par la vaccination [5], tandis que celui des MIP dues aux sérotypes du PCV13 a diminué [10, 12].

#### Répartition des sérogroupes et incidence par séro-groupe en fonction de l'âge

Les MIP dues aux sérotypes du PCV13 ont diminué dans tous les groupes d'âge – que la vaccination complémentaire contre

les pneumocoques soit, de manière générale, recommandée ou non (cf. tableau 4). L'incidence moyenne<sup>2</sup> des MIP dues aux sérotypes du PCV13 durant la période quinquennale 2013–2017 était inférieure de 9,7 MIP pour 100 000 habitants à celle de la période quinquennale précédente (–82 %) dans le groupe des enfants de moins de 2 ans. La baisse était de 7,1 MIP pour 100 000 habitants chez les enfants de 2 à 4 ans (–64 %), ce qui pourrait s'expliquer directement par la vaccination. En effet, dans le même temps, le taux de couverture vaccinale contre les pneumocoques a augmenté : la vaccination avec trois doses est passée de 37 % durant la période 2008–2010 à 80 % durant la période 2014–2016 chez les enfants de 2 ans, et de 1 % à 47 % chez les enfants de 8 ans [11]. L'incidence des MIP dues aux sérotypes du PCV13 a aussi nettement diminué dans les autres groupes d'âge. Cette diminution pourrait s'expliquer directement par la recommandation de vaccination avec le PCV13 pour toutes les personnes qui pré-

<sup>2</sup> Pour calculer l'incidence en fonction des sérogroupes, on est parti de l'hypothèse que la répartition des sérotypes, dans les cas où l'information sur le séro-groupe ou le sérotype manquait, était identique à celle des cas où le séro-groupe ou le sérotype était connu.



Tableau 4:

**Évolution de l'incidence des MIP par sérotype et groupe d'âge, 2008–2012 versus 2013–2017**

Incidence des MIP (cas pour 100 000 habitants) par sérotype vaccinal des pneumocoques responsables des MIP, moyennes 2008–2012 versus 2013–2017. On admet ici que la répartition des sérotypes pour les MIP pour lesquelles le sérotype ou le sérotype des pneumocoques est connu vaut pour toutes les MIP (état de la population résidente permanente de Suisse et de la principauté de Liechtenstein au 31 décembre de l'année précédente).

Incidence	Groupe d'âge						Total
	< 2 ans	2–4 ans	5–15 ans	16–49 ans	50–64 ans	> 64 ans	
<b>Types PCV13</b>							
Moyenne 2008–2012	11,8	11,1	2,5	3,2	8,8	27,1	8,6
Moyenne 2013–2017	2,1	4,0	1,4	1,5	4,5	14,6	4,5
Différence	-9,7	-7,1	-1,1	-1,7	-4,4	-12,5	-4,1
Différence %	-82 %	-64 %	-45 %	-53 %	-49 %	-46 %	-48 %
<b>Types non-PCV</b>							
Moyenne 2008–2012	4,0	1,6	0,6	1,4	4,4	13,0	3,9
Moyenne 2013–2017	5,6	2,8	0,8	1,7	6,2	21,6	6,2
Différence	1,6	1,1	0,3	0,3	1,8	8,6	2,3
Différence %	39 %	67 %	48 %	23 %	41 %	66 %	57 %
<b>Total</b>							
Moyenne 2008–2012	15,8	12,7	3,1	4,6	13,2	40,1	12,5
Moyenne 2013–2017	7,7	6,7	2,2	3,2	10,6	36,2	10,7
Différence	-8,1	-6,0	-0,9	-1,4	-2,6	-3,9	-1,8
Différence %	-51 %	-47 %	-28 %	-30 %	-19 %	-10 %	-14 %

sentent un risque accru de maladie (entre autres en raison d'une maladie chronique préexistante, d'une transplantation, d'une néoplasie ou de troubles immunitaires [7]) ou par une certaine protection indirecte (immunité de groupe). Plusieurs pays européens, de même que le Canada et les États-Unis, ont observé une telle protection pour les adultes [10, 12, 13].

Contrairement aux MIP dues aux sérotypes couverts par le PCV13, celles dues aux sérotypes non couverts ont augmenté dans tous les groupes d'âge. La raison en est certainement le phénomène de remplacement des sérotypes vaccinaux, que l'on observe actuellement dans d'autres pays [13]. La plus forte augmentation de l'incidence moyenne durant la période 2013–2017 par rapport à 2008–2012 a été constatée chez les personnes de plus de 64 ans (+8,6 MIP pour 100 000 habitants, soit +66 %).

Mais l'augmentation des MIP dues aux sérotypes non couverts a été largement compensée, dans tous les groupes d'âge, par la diminution des MIP dues aux sérotypes du PCV13.

Une telle diminution des MIP dues aux sérotypes du PCV13 dans tous les groupes d'âge a également été constatée en France, bien que la vaccination n'y soit recommandée que pour les enfants de moins de 2 ans et pour les personnes à risque [4, 14]. Le pourcentage des sérotypes du PCV13 a également diminué globalement dans les pays de l'UE/EEE [5], dont plusieurs ont observé une immunité de groupe [12, 13].

**Résistance des pneumocoques aux antibiotiques**

Les résistances aux antibiotiques ne sont pas rares dans les MIP. Durant la période 2013–2017, la situation en la matière est restée stable par rapport à la période quinquennale 2008–2012 ou s'est légèrement améliorée. Les résistances répandues contre l'érythromycine ont diminué. En 2013–2017, en moyenne, environ 10 % des pneumocoques présentaient une résistance complète ou intermédiaire au cotrimoxazole ou à l'érythromycine, et 6 % à la pénicilline (orale). Les résistances à la lévofloxacine n'ont été observées que de manière sporadique.

Les multirésistances n'ont que peu diminué par rapport à la période quinquennale 2008–2012 (cf. tableau 5). Cette évolution est probablement la conséquence d'une modification dans la répartition des sérotypes: d'une part, le nombre des MIP dues aux sérotypes multirésistants du PCV13, soit 6B, 9V, 14 et 19A, a diminué, d'autre part, celui des MIP dues aux sérotypes multirésistants non couverts par le PCV, soit 15A et 23B, a augmenté [15].

Contrairement à la Suisse, les pays de l'UE/EEE ont constaté que le pourcentage des pneumocoques résistants à la pénicilline ou l'érythromycine était plus élevé en 2016 qu'en 2014, tandis que le pourcentage de ceux résistants à la ceftriaxone était resté constant. Les résistances diffèrent cependant selon les pays: la résistance la plus élevée à l'érythromycine a été

Tableau 5 :

**Résistance aux antibiotiques des pneumocoques analysés, 2013–2017**

Pourcentage des isolats de pneumocoques invasifs analysés qui présentent une résistance complète ou intermédiaire à la pénicilline, à l'érythromycine, au cotrimoxazole et à la lévofloxacine ; pourcentage des cas qui présentent une résistance simple ou multiple contre ces antibiotiques, nombre de cas pour lesquels on dispose d'indications sur la résistance et nombre total de cas, 2013–2017, ainsi que moyennes 2008–2012 et 2013–2017. La sensibilité (concentration minimale inhibitrice CMI) a été interprétée conformément aux valeurs limites du Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI).

Pourcentage de résistances	Année						
	2013	2014	2015	2016	2017	2008–2012	2013–2017
Antibiotique							
Penicilline (CMI 0,064–2,0 µg/ml)	6 %	7 %	6 %	5 %	7 %	9 %	6 %
Penicilline (CMI >2,0 µg/ml)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Erythromycine	10 %	8 %	7 %	8 %	8 %	11 %	8 %
Cotrimoxazole	10 %	11 %	15 %	9 %	10 %	12 %	11 %
Lévofloxacine	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Monorésistant	12 %	12 %	14 %	10 %	11 %	13 %	12 %
Multirésistant	6 %	6 %	6 %	5 %	7 %	8 %	6 %
Résistant total	18 %	18 %	20 %	15 %	17 %	21 %	18 %
Cas avec indications sur la de résistance	817	709	838	780	832	867	795
Cas	899	791	911	837	968	972	881

constatée en Hongrie (33 %), à la pénicilline en France (25 %) et à la ceftriaxone en Espagne (12 %) [5].

L'Office fédéral de la santé publique remercie les médecins et les laboratoires, en particulier le Centre national pour les pneumocoques invasifs, pour leur engagement au bénéfice de la santé publique.

**Contact**

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

**Bibliographie**

- Institut für Infektionskrankheiten de l'Université de Berne. Centre national de référence des pneumocoques invasifs, consulté le 31.8.2018 : [http://www.ifik.unibe.ch/dienstleistungen/pneumokokken\\_zentrum/index\\_ger.html](http://www.ifik.unibe.ch/dienstleistungen/pneumokokken_zentrum/index_ger.html)
- Vernatter J, Pirofski L.A. (2013) Current concepts in host-microbe interaction leading to pneumococcal pneumonia. *Curr Opin Infect Dis.* 26(3) : 277–83.
- Short K.R, Habets M.N, Hermans P.W, Diavatopoulos D.A. (2012) Interactions between *Streptococcus pneumoniae* and influenza virus: a mutually beneficial relationship? *Future Microbiol.* 7(5) : 609–24.
- Santé publique France. (2017) Bilan annuel 2016 : Impact de la vaccination par le vaccin pneumococcique conjugué 13-valent (VPC13) sur l'incidence des infections invasives à pneumocoques, Epibac et CNR des pneumocoques (réseau CNRP-ORP), consulté le 31.8.2018 : [http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/128173/457318/version/6/file/pneumo\\_2016.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/128173/457318/version/6/file/pneumo_2016.pdf)
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2018) Invasive pneumococcal disease – Annual Epidemiological Report for 2016, consulté le 31.8.2018 : [http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER\\_for\\_2016-invasive-pneumococcal-disease\\_0.pdf](http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-invasive-pneumococcal-disease_0.pdf)
- Office fédéral de la santé publique. (2010) Recommandations de vaccination contre les pneumocoques pour les enfants de moins de cinq ans : Remplacement du vaccin conjugué 7-valent par le vaccin conjugué 13-valent, Bulletin OFSP 51 : 1202–5.
- Office fédéral de la santé publique. (2014) Recommandations visant à prévenir les maladies à pneumocoques chez les groupes à risque, Bulletin OFSP 8 : 129–41.
- Silva-Costa C, Brito M.J, Pinho, Friaes A, Aguiar S.I, Ramirez M, Melo-Cristino J, Portuguese Group for the Study of Streptococcal Infections, Portuguese Study Group of Invasive Pneumococcal Disease of the Paediatric Infectious Disease Society. (2018) Paediatric complicated pneumonia caused by *Streptococcus pneumoniae* serotype 3 in 13-valent pneumococcal conjugate vaccine, Portugal, 2010–2015, *Emerg. Infect. Dis.* 24(7) : 1307–14.
- Naucler P, Galanis I, Morefeldt E, Darenberg J, Örtqvist A, Henriques-Normark B. (2017) Comparison of the impact of pneumococcal conjugate vaccine 10 or pneumococcal conjugate vaccine 13 on invasive pneumococcal disease in equivalent populations, *Clin Infect Dis.* 65(11) : 1780–9.
- Camara J, Marimon J.M, Cercenado E, Larrosa N, Quesada M.D, Fontanals D, Cubero M, Perez-Trallero E, Fenoll A, Linares J, Ardanuy C. (2017) Decrease of invasive pneumococcal disease (IPD) in adults after introduction of pneumococcal 13-valent conjugate vaccine in Spain, *Plos One.* 12(4) : e0175224.
- Office fédéral de la santé publique. (2018) Couverture vaccinale des enfants âgés de 2, 8 et 16 ans en Suisse, 1999–2017, consulté le 31.8.2018 : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/i-und-b/durchimpfung/tabelle-durchimpfung.xlsx.download.xlsx/tabelle-durchimpfung-fr.xlsx>

## Système de déclaration

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) surveille les maladies invasives à pneumocoques depuis 1999. Les laboratoires et les médecins sont légalement tenus de déclarer dans un délai d'une semaine les mises en évidence de pneumocoques, respectivement les maladies confirmées à pneumocoques. Les critères de déclaration et la classification des cas ont été modifiés en 2005, puis en 2012.

## Critères de déclaration

Les médecins sont obligés depuis 2001 de déclarer les résultats d'analyses cliniques dès qu'une infection est confirmée par le laboratoire. Les laboratoires doivent déclarer les mises en évidence de pneumocoques par culture (depuis 1999), par détection du génome (depuis 2005) ou par détection d'antigènes (depuis 2012) à partir de matériel normalement stérile (sauf urine).

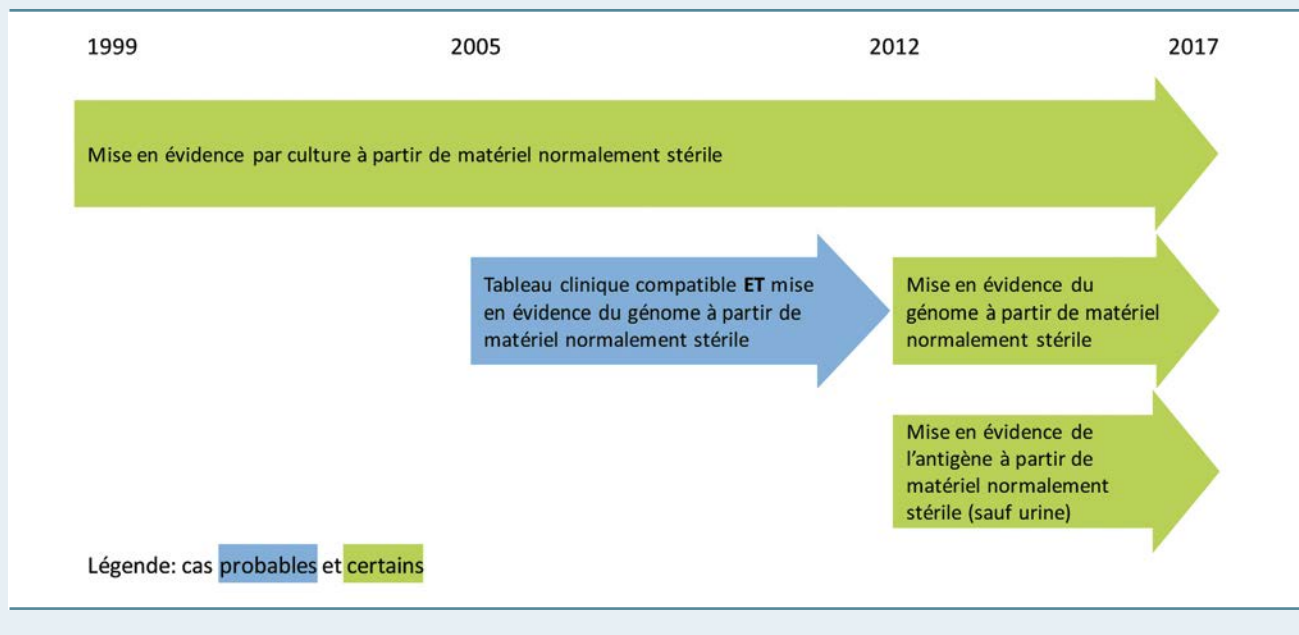
## Classification des cas

La classification des maladies déclarées depuis le début de la déclaration obligatoire est représentée dans le schéma ci-dessous.

Les maladies pour lesquelles les pneumocoques ont été mis en évidence par culture étaient et sont toujours considérées comme des cas de MIP certains. De 2005 à 2011, les cas dans lesquels le génome avait été mis en évidence ont été considérés comme des cas probables seulement lorsque le tableau clinique était compatible avec une MIP. Depuis 2012, les cas où le génome ou l'antigène ont été mis en évidence sont considérés comme certains, même en l'absence de tableau clinique compatible ou d'indications sur celui-ci.

Figure:

Critères de classification des cas de MIP probables et certains, 1999–2017



12. Tsaban G, Ben-Shimol S. (2017) Indirect (herd) protection, following pneumococcal conjugated vaccines introduction: A systematic review of the literature, *Vaccine*. 35(22): 2882–91.

13. Waight P.A, Andrews N.J, Ladhani S.N, Sheppard C.L, Slack M.P, Miller E. (2015) Effect of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine on invasive pneumococcal disease in England and Wales 4 years after its introduction: an observational cohort study, *Lancet Infect Dis*. 15(5): 535–43.

14. Santé publique France. Infections à pneumocoques – recommandations vaccinales, consulté le 31.8.2018 : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Infections-a-pneumocoque/Point-sur-les-connaissances>

15. Hauser C, Kronenbrg A, Allemann A, Mühlemann K, Hilty M. (2016) Serotype/serogroup-specific antibiotic non-susceptibility of invasive and non-invasive *Streptococcus pneumoniae*, Switzerland, 2004 to 2014, *Euro Surveill*. 21(21).

## Liste des spécialités

### Corrigenda concernant « II. Autres emballages et dosages » (Bulletin 52/18)

Par inadvertance la limitation mauvaise a été publié pour (18899) XARELTO Filmtabl 10 mg Blist 98 Stk dans le numéro 52/18 du Bulletin. Dans la liste des spécialités valable dès le 1<sup>er</sup> décembre 2018 la limitation correcte a été publié et est la suivante :

*Pas pour la prophylaxie de la thrombose en cas d'interventions orthopédiques majeures des extrémités inférieures telles que prothèse de la hanche ou du genou.*

L'OFSP regrette vivement cet incident. La version en ligne du Bulletin 52/18 a pu être corrigée.

## Liste des spécialités :

La liste des spécialités peut être consultée sur internet sous : [www.listedesspecialites.ch](http://www.listedesspecialites.ch)

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

Valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
<b>I. Nouvelle admissions des préparations</b>					
01.05 G		<b>CLOZAPIN-MEPHA</b> (Clozapinum)	Mepha Pharma AG		
	20851	Tabl 25 mg 50 Stk Fr. 19.60 [9.94]		66937001	01.01.2019, A
G		<b>CLOZAPIN-MEPHA</b> (Clozapinum)	Mepha Pharma AG		
	20851	Tabl 100 mg 50 Stk Fr. 46.40 [26.15]		66937002	01.01.2019, A
G		<b>CLOZAPIN-MEPHA</b> (Clozapinum)	Mepha Pharma AG		
	20851	Tabl 200 mg 50 Stk Fr. 65.65 [42.89]		66937003	01.01.2019, A
		<b>REXULTI</b> (Brexpiprazolum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	20807	Filmtabl 0.500 mg Blist 7 Stk Fr. 25.65 [11.64]		66475001	01.01.2019, B
		<b>REXULTI</b> (Brexpiprazolum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	20807	Filmtabl 1 mg Blist 10 Stk Fr. 54.60 [33.26]		66475002	01.01.2019, B
	20807	Filmtabl 1 mg Blist 28 Stk Fr. 123.30 [93.12]		66475003	01.01.2019, B
		<b>REXULTI</b> (Brexpiprazolum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	20807	Filmtabl 2 mg Blist 28 Stk Fr. 230.20 [186.23]		66475004	01.01.2019, B
		<b>REXULTI</b> (Brexpiprazolum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	20807	Filmtabl 3 mg Blist 28 Stk Fr. 289.00 [237.45]		66475005	01.01.2019, B
		<b>REXULTI</b> (Brexpiprazolum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	20807	Filmtabl 4 mg Blist 28 Stk Fr. 367.00 [305.42]		66475006	01.01.2019, B

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
03.99 (L)		<b>KALYDECO</b> (Ivacaftorum)	Vertex Pharmaceu- ticals (CH) GmbH		
	20145	Filmtabl 150 mg 56 Stk Fr. 20342.55 [19606.41]		62686002	01.01.2015, A
<p>KALYDECO est indiqué dans le traitement de la mucoviscidose chez les patients âgés de 6 ans et plus porteurs de la mutation G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R du gène CFTR. Le traitement par KALYDECO de tous les patients souffrant de mucoviscidose ne peut avoir lieu que dans des centres spécialisés dans cette maladie. L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose et traités par KALYDECO doit en règle générale être enregistrée dans le registre européen de lutte contre la mucoviscidose [ECFSPR] tous les trois mois (anamnèse, qualité de vie, fonction pulmonaire, posologie de KALYDECO, observance, interruptions de traitement). Le taux de chlorure dans la sueur ainsi que la valeur initiale du VEMS (%) doivent être déterminés chez tous les patients souffrant de mucoviscidose avant le début du traitement (= situation initiale). Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement par KALYDECO. Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % n'est atteinte, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois. Tous les séjours en établissement hospitalier doivent être portés dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation). Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être répertoriés dans le registre. Lors d'une exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être indiqué comme suit : désignation de la substance active de l'antibiotique ; durée du traitement antibiotique, voie intraveineuse vs voie orale vs voie inhalée ; hospitalisation vs traitement ambulatoire.</p> <p>Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par KALYDECO doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis :</p> <p>a) Le taux de chlorure dans la sueur du patient tombe au-dessous de 60 mmol/l ou</p> <p>b) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou</p> <p>c) le patient présente une amélioration absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.</p> <p>Dans les cas où le taux de chlorure dans la sueur est déjà inférieur à 60 mmol/l en situation initiale, le patient est considéré comme répondant au traitement si</p> <p>a) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou</p> <p>b) le patient présente une amélioration absolue durable du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.</p>					
(L)		<b>TRELEGY ELLIPTA</b> (Fluticasoni furoas, Umeclidinium, Vilanterolum)	GlaxoSmithKline AG		
	20837	Inh Plv 92/55/22 mcg 30 Dos Fr. 94.95 [68.44]		66808001	01.01.2019, B
	20837	Inh Plv 92/55/22 mcg 3 x 30 Dosen Fr. 252.10 [205.32]		66808002	01.01.2019, B
<p>Pour les patients atteints de BPCO modérée après = 1 exacerbation, qui sont insuffisamment traités malgré au moins 3 mois de traitement optimisé sous LABA/LAMA avec numération cellulaire éosinophile dans le sang = 100 cellules/<math>\mu</math>l</p> <p>ou</p> <p>pour les patients atteints de BPCO modérée à sévère après = 2 exacerbations modérées ou 1 exacerbation ayant entraîné une hospitalisation, qui sont insuffisamment traités malgré au moins 3 mois de traitement optimisé sous ICS/LABA ou LABA/LAMA (pour LABA/LAMA avec numération des cellules éosinophiles dans le sang = 100 cellules/<math>\mu</math>l)</p> <p>ou</p> <p>pour les patients atteints de BPCO qui sont déjà traités avec une combinaison de LABA/LAMA et ICS ou ICS/LABA et LAMA avec plusieurs inhalateurs.</p>					
04.08.11 (L)		<b>MOVENTIG</b> (Naloxegolum)	AstraZeneca AG		
	20309	Filmtabl 12.500 mg 30 Stk Fr. 108.20 [79.95]		65205002	01.01.2016, B
<p>Pour les patients adultes traités depuis plus de 4 semaines par des opioïdes en raison de douleurs chroniques non associées à une tumeur et qui, en dépit d'un traitement adjuvant avec des laxatifs de différentes classes pendant au moins 4 semaines, présentent une constipation réfractaire induite par les opioïdes, c.-à-d. moins de 3 défécations par semaine et au moins 1 symptôme supplémentaire lors de la défécation (efforts de poussée importants et/ou selles grumeleuses ou dures, et/ou sensation d'évacuation incomplète et/ou sensation d'occlusion).</p> <p>En cas d'absence de réponse à MOVENTIG après 4 semaines (augmentation de la fréquence des selles d'au moins 1 évacuation spontanée par semaine et diminution d'au moins un des symptômes supplémentaires), le traitement doit être arrêté.</p> <p>Un traitement par MOVENTIG de plus de 52 semaines nécessite une demande de prise en charge des coûts auprès de l'assurance, après consultation du médecin-conseil.</p>					
(L)		<b>MOVENTIG</b> (Naloxegolum)	Kyowa Kirin Sàrl		
	20309	Filmtabl 25 mg 30 Stk Fr. 108.20 [79.95]		65205006	01.01.2016, B
	20309	Filmtabl 25 mg 90 Stk Fr. 289.70 [238.07]		65205007	01.01.2016, B
<p>Pour les patients adultes traités depuis plus de 4 semaines par des opioïdes en raison de douleurs chroniques non associées à une tumeur et qui, en dépit d'un traitement adjuvant avec des laxatifs de différentes classes pendant au moins 4 semaines, présentent une constipation réfractaire induite par les opioïdes, c.-à-d. moins de 3 défécations par semaine et au moins 1 symptôme supplémentaire lors de la défécation (efforts de poussée importants et/ou selles grumeleuses ou dures, et/ou sensation d'évacuation incomplète et/ou sensation d'occlusion).</p> <p>En cas d'absence de réponse à MOVENTIG après 4 semaines (augmentation de la fréquence des selles d'au moins 1 évacuation spontanée par semaine et diminution d'au moins un des symptômes supplémentaires), le traitement doit être arrêté.</p> <p>Un traitement par MOVENTIG de plus de 52 semaines nécessite une demande de prise en charge des coûts auprès de l'assurance, après consultation du médecin-conseil.</p>					
		<b>PLENVU</b> (Macrogolum 3350, Natrii sulfas anhydricus, Natrii chloridum)	Norgine AG		
	20817	Plv für Trinklösung Btl 3 Stk Fr. 27.95 [13.65]		66751001	01.01.2019, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
05.99 G		<b>DUTASTERID DUO SPIRIG HC</b> (Tamsulosini hydrochloridum, Dutasteridum)	Spirig HealthCare AG		
	20867	Kaps 0.5 mg/0.4 mg 7 Stk Fr. 8.35 [3.71]		66875001	01.01.2019, B
	20867	Kaps 0.5 mg/0.4 mg 30 Stk Fr. 34.60 [15.87]		66875002	01.01.2019, B
	20867	Kaps 0.5 mg/0.4 mg 90 Stk Fr. 71.05 [47.61]		66875003	01.01.2019, B
07.06.20 (L)		<b>SEGLUROMET</b> (Ertugliflozinum, Metformini hydrochloridum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20804	Filmtabl 2.5/1000 mg Blist 56 Stk Fr. 66.90 [44.00]		66579002	01.01.2019, B
	20804	Filmtabl 2.5/1000 mg Blist 196 Stk Fr. 193.20 [154.02]		66579006	01.01.2019, B
SEGLUROMET (ertugliflozine et metformine) est indiqué, en plus d'un régime alimentaire et d'une activité physique, pour le traitement de patients adultes avec un diabète sucré de type 2:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- À la place de la metformine, si avec la dose maximale tolérée de la metformine seule ou en association avec un inhibiteur de la DPP4 ou une sulfonylurée, un contrôle adéquat de la glycémie n'est pas obtenu.</li> <li>- En remplacement des principes actifs ertugliflozine et metformine qui, administrés séparément, permettent un contrôle glycémique adéquat.</li> <li>- Seul un dosage quotidien maximal de 5 mg d'ertugliflozine sera remboursé.</li> </ul>					
(L)		<b>STEGLATRO</b> (Ertugliflozinum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20805	Filmtabl 5 mg Blist 28 Stk Fr. 65.95 [43.15]		66577001	01.01.2019, B
	20805	Filmtabl 5 mg Blist 98 Stk Fr. 189.80 [151.03]		66577002	01.01.2019, B
Pour le traitement de patients avec un diabète sucré de type 2 pour l'amélioration du contrôle glycémique:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En monothérapie si un régime alimentaire et une augmentation de l'activité physique ne permettent pas de diminuer suffisamment la glycémie.</li> <li>- En association avec la metformine, des inhibiteurs de la DPP-4 (avec ou sans metformine) ou des sulfonylurées, si ces traitements associés à un régime alimentaire et à une augmentation de l'activité physique ne permettent pas d'obtenir un contrôle suffisant de la glycémie.</li> <li>- Seul un dosage quotidien maximal de 5 mg d'ertugliflozine sera remboursé.</li> </ul>					
(L)		<b>STEGLUJAN</b> (Ertugliflozinum, Sitagliptinum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20806	Filmtabl 5 mg/100 mg Blist 28 Stk Fr. 106.15 [78.17]		66578003	01.01.2019, B
	20806	Filmtabl 5 mg/100 mg Blist 98 Stk Fr. 330.50 [273.60]		66578004	01.01.2019, B
Pour améliorer la glycémie chez les patients adultes présentant un diabète de type 2:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- À la place de l'ertugliflozine lorsque le contrôle glycémique atteint avec un régime alimentaire, une activité physique et un traitement par l'ertugliflozine et la metformine ou par l'ertugliflozine et une sulfonylurée est insuffisant.</li> <li>- À la place de la sitagliptine lorsque le contrôle glycémique atteint avec un régime alimentaire, une activité physique et un traitement par la sitagliptine et la metformine ou par la sitagliptine et une sulfonylurée est insuffisant.</li> <li>- En remplacement de l'association libre d'ertugliflozine et de sitagliptine chez les patients adultes atteints d'un diabète de type 2 qui sont déjà traités par cette association.</li> <li>- Seul un dosage quotidien maximal de 5 mg d'ertugliflozine sera remboursé.</li> </ul>					
07.16.10 (L)		<b>IMBRUVICA</b> (Ibrutinibum)	Janssen-Cilag AG		
	20330	Kaps 140 mg 90 Stk Fr. 6663.90 [6261.37]		65173002	01.05.2015, A
	20330	Kaps 140 mg 120 Stk Fr. 8791.50 [8337.09]		65173001	01.05.2015, A
Le traitement exige l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de lymphome à cellules du manteau (LCM), caractérisé par une translocation t(11; 14) et/ou une expression de cycline D1, et n'ayant pas obtenu de réponse partielle avec un traitement antérieur ou ayant présenté une progression après le traitement antérieur.					
En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- à partir de la première ligne chez les patients présentant une délétion 17p ou une mutation TP53</li> <li>- à partir de la deuxième ligne dans le cas de récurrences précoces (récidive correspondant au traitement antérieur conformément aux lignes directrices jusqu'à 3 ans maximum) ou chez les patients ne se prêtant pas à une chimio-immunothérapie.</li> </ul>					
Comme monothérapie chez les patients adultes atteints de la maladie de Waldenström (MW) ayant reçu au moins un traitement préalable.					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
(L)		<b>TRUXIMA</b> (Rituximabum)	iQone Healthcare switzerland Sàrl		
	20815	Inf Konz 100 mg/10 ml 2 Vial 10 ml Fr. 505.50 (426.05)		66648001	01.01.2019, A
<p>Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.</p> <p>Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;</li> <li>- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;</li> <li>- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).</li> </ul>					
(L)		<b>TRUXIMA</b> (Rituximabum)	iQone Healthcare switzerland Sàrl		
	20815	Inf Konz 500 mg/50 ml Vial 50 ml Fr. 1225.70 (1061.49)		66648002	01.01.2019, A
<p>Traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère, en association avec le méthotrexate (MTX), après échec d'un ou plusieurs traitements par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Après une garantie de la prise en charge par le médecin-conseil de l'assureur.</p> <p>Pour le traitement de patients présentant une vascularite associée aux ANCA sévère active (granulomatose avec polyangéite (aussi appelée maladie de Wegener) et polyangéite microscopique) en combinaison avec des corticostéroïdes, lorsque les critères suivants sont remplis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- après une récurrence sous cyclophosphamide ou après l'échec du cyclophosphamide;</li> <li>- en cas d'intolérance ou d'hypersensibilité au cyclophosphamide ou si le cyclophosphamide est contre-indiqué;</li> <li>- lorsque le patient souhaite encore avoir un ou des enfants (risque d'infertilité).</li> </ul>					
08.01.23 G		<b>AMOXICILLIN SPIRIG HC</b> (Amoxicillinum anhydricum)	Spirig HealthCare AG		
	20845	Plv 200 mg/4 ml f Susp 100 ml Fr. 7.80 [3.23]		66700001	01.01.2019, A
08.03		<b>PREVYMIS</b> (Letermovirum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20765	Filmtabl 240 mg 28 Stk Fr. 5699.00 [5319.99]		66652001	01.01.2019, A
		<b>PREVYMIS</b> (Letermovirum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20765	Filmtabl 480 mg 28 Stk Fr. 11163.90 [10651.60]		66652002	01.01.2019, A
11.08.20 G		<b>LACRI-VISION</b> (Natrii hyaluronas)	OmniVision AG		
	20869	Augengel 20 Tagesdosen 0.650 ml Fr. 14.50 [5.50]		66942001	01.01.2019, B
<b>II. Autres emballages et dosages</b>					
01.01.10		<b>PARACETAMOL SPIRIG HC</b> (Paracetamolum)	Spirig HealthCare AG		
	20516	Filmtabl 500 mg Ds 100 Stk Fr. 14.90 [5.85]		63235006	01.01.2019, B
		<b>PARACETAMOL SPIRIG HC</b> (Paracetamolum)	Spirig HealthCare AG		
	20516	Filmtabl 1000 mg Ds 100 Stk Fr. 19.35 [9.70]		63235007	01.01.2019, B
01.99		<b>TECFIDERA</b> (Dimethylis fumaras)	Biogen Switzerland AG		
	20242	Kaps 240 mg 168 Stk Fr. 4542.90 [4192.08]		62831004	01.01.2019, B
02.07.10 G		<b>CANDESARTAN SPIRIG HC</b> (Candesartanum cilixetilum)	Spirig HealthCare AG		
	19967	Tabl 4 mg (neu) 10 Stk Fr. 6.55 [2.14]		66096008	01.01.2019, B
G		<b>CANDESARTAN SPIRIG HC</b> (Candesartanum cilixetilum)	Spirig HealthCare AG		
	19967	Tabl 8 mg (neu) 30 Stk Fr. 16.50 [7.23]		66096009	01.01.2019, B
	19967	Tabl 8 mg (neu) 100 Stk Fr. 42.35 [22.60]		66096010	01.01.2019, B



Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
G		<b>CANDESARTAN SPIRIG HC</b> (Candesartanum cilexetilum)	Spirig HealthCare AG		
	19967	Tabl 16 mg (neu) 30 Stk Fr. 18.20 [8.73]		66096011	01.01.2019, B
	19967	Tabl 16 mg (neu) 100 Stk Fr. 50.15 [29.38]		66096012	01.01.2019, B
G		<b>CANDESARTAN SPIRIG HC</b> (Candesartanum cilexetilum)	Spirig HealthCare AG		
	19967	Tabl 32 mg (neu) 30 Stk Fr. 27.50 [13.23]		66096013	01.01.2019, B
	19967	Tabl 32 mg (neu) 100 Stk Fr. 64.10 [41.53]		66096014	01.01.2019, B
<b>III. Préparations/emballages radiés</b>					
02.05.10		<b>IMIGRAN</b> Sumatriptanum	GlaxoSmithKline AG		
	16752	Supp 25 mg 6 Stk Fr. 56.15 [34.66]		53881025	01.01.2019, B
07.16.20 (L)		<b>ZYTIGA</b> (Abirateroni acetat)	Janssen-Cilag AG		
	19608	Tabl 120 Stk Fr. 4005.85 [3668.15]		62084001	01.01.2019, B
08.01.94 0		<b>AUGMENTIN DUO</b> (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	GlaxoSmithKline AG		
	17080	Plv 457 mg f Susp Fl 35 ml Fr. 9.75 [4.94]		53974074	01.01.2019, A
11.06.30		<b>POSIFORMIN</b> (Bibrocatholum)	Ursapharm Schweiz GmbH		
	19997	Augensalbe 2% 5 g Fr. 9.45 [4.66]		62179001	01.01.2019, B
11.09 G		<b>CO-DORZOLAMID MEPHA</b> (Dorzolamidum, Timololum)	Mepha Pharma AG		
	19439	Gtt Opht 5 ml Fr. 27.10 [12.90]		61137003	01.01.2019, B
	19439	Gtt Opht 3 x 5 ml Fr. 59.95 [37.92]		61137004	01.01.2019, B
G		<b>DORZOLAMID MEPHA</b> (Dorzolamidum)	Mepha Pharma AG		
	19154	Gtt Opht 2% 5 ml Fr. 24.90 [11.00]		59176003	01.01.2019, B
	19154	Gtt Opht 2% 3 x 5 ml Fr. 44.15 [24.20]		59176004	01.01.2019, B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>IV. Réductions de prix</b>					
<b>IV.a Baissement de prix volontairement</b>					
<b>AROMASIN</b> Drag 25 mg 30 Stk Drag 25 mg 100 Stk	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071620	17410 17410	107.60 320.45	79.45 264.87
<b>GEMCITABIN ACCORD</b> Inf Konz 1000 mg/10 ml Durchstf 10 ml	Accord Healthcare AG	071610	20860	120.00	90.25
<b>GEMCITABIN LABATEC</b> Trockensub 200 mg Durchstf 1 Stk	Labatec Pharma SA	071610	19178	39.25	19.92
<b>GEMCITABIN LABATEC</b> Trockensub 1 g Durchstf 1 Stk	Labatec Pharma SA	071610	19178	120.00	90.25
<b>IMIGRAN 50</b> Filmtabl 50 mg 6 Stk Filmtabl 50 mg 12 Stk	GlaxoSmithKline AG	020510	16358 16358	38.85 59.30	19.56 37.35
<b>PACLITAXEL LABATEC</b> Inf Konz 30 mg/5 ml Durchstf 8 ml	Labatec Pharma SA	071610	19366	42.75	22.95
<b>ZOLEDRONAT ONCO LABATEC</b> Inf Konz 4 mg/5 ml 5 ml	Labatec Pharma SA	079900	20091	140.75	108.31
<b>IV.b Mutation de prix normale</b>					
<b>MOVENTIG</b> Filmtabl 12.500 mg 30 Stk	Kyowa Kirin Sàrl	040811	20309	108.20	79.95
<b>MOVENTIG</b> Filmtabl 25 mg 30 Stk Filmtabl 25 mg 90 Stk	Kyowa Kirin Sàrl	040811	20309 20309	108.20 289.70	79.95 238.07
<b>ZYTIGA</b> Filmtabl 500 mg 56 Stk	Janssen-Cilag AG	071620	19608	3529.05	3202.98
<b>V. Augmentations de prix</b>					
<b>V.a. Demande d'augmentation de prix</b>					
<b>MEASLES VACCINE LIVE</b> Trockensub c solv Amp 0.500 ml	PaxVax Berna GmbH	080800	18807	39.15	19.80
<b>VI. Modifications de la limitation/de l'indication</b>					
<b>OPDIVO</b> Inf Konz 40 mg/4 ml Durchstf 4 ml Inf Konz 100 mg/10 ml Durchstf 10 ml Inf Konz 240 mg/24 ml Durchstf 24 ml	Bristol-Myers Squibb SA	071610	20461 20461 20461	682.75 1653.05 3458.80	580.45 1451.14 3134.43
<b>Vieille limitation:</b> <i>Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021</i>					
<b>Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC)</b> En monothérapie dans le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique après une chimiothérapie. La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu. Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression. Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.					

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

*Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021*

#### Mélanome

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

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

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 1 mg/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.

Pour la phase de traitement combiné, Bristol-Myers Squibb SA rembourse la caisse maladie, à la demande de la caisse maladie à laquelle la personne assurée est inscrite au moment de la visite, pour chaque patient, Fr. 5690.34 par cycle combiné avec 3 mg/kg YERVOY manifestement administré. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration. 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. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

*Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021*

#### 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.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients seront traités jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité intolérable. Les patients cliniquement stables avec des indices de progression peuvent poursuivre le traitement jusqu'à ce confirmation de la progression.

Pour le traitement du carcinome à cellules rénales, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 31,77 % du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CCR. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

*Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021*

#### 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.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Pour le traitement du carcinome épidermoïde de la tête et du cou, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 4,75 % du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CETC. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

*Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021*

#### 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 autologue (GCSA) et traitement par brentuximab védotine.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique, Bristol-Myers Squibb SA rembourse pour chaque patient, après demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne concernée était assurée au moment de l'achat, 4,75 % du prix de fabrique par paquet LHc ou par mg d'OPDIVO/E effectivement administré. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus du prix de fabrication. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

#### Nouvelle limitation:

*Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021*

#### 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.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

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

*Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021*

#### Mélanome

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

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

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 1 mg/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.

Pour la phase de traitement combiné, Bristol-Myers Squibb SA rembourse la caisse maladie, à la demande de la caisse maladie à laquelle la personne assurée est inscrite au moment de la visite, pour chaque patient, Fr. 5690.34 par cycle combiné avec 3 mg/kg YERVOY manifestement administré. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration. 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. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

*Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021*

#### Mélanome adjuvant

En monothérapie pour le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte ganglionnaire régionale ou métastases distantes (stade IIIB, IIIC ou IV selon la 7<sup>e</sup> 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.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

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

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

*Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021*

#### 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.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients seront traités jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à l'apparition d'une toxicité intolérable. Les patients cliniquement stables avec des indices de progression peuvent poursuivre le traitement jusqu'à ce confirmation de la progression.

Pour le traitement du carcinome à cellules rénales, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 31,77 % du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CCR. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

*Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021*

#### 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.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Pour le traitement du carcinome épidermoïde de la tête et du cou, Bristol-Myers Squibb SA rembourse, sur demande, à l'assurance maladie auprès de laquelle le patient était assuré au moment où il a reçu le médicament, 4,75 % du prix de fabrication par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CETC. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

*Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021*

#### 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.

La posologie maximale est de 240 mg toutes les deux semaines. A cet effet, le flacon de 240 mg d'OPDIVO est prévu.

Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables, chez lesquels une première progression de la maladie a été constatée, peuvent continuer le traitement jusqu'à confirmation de la progression.

Pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique, Bristol-Myers Squibb SA rembourse pour chaque patient, après demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne concernée était assurée au moment de l'achat, 4,75 % du prix de fabrication par paquet LHc ou par mg d'OPDIVO effectivement administré. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus du prix de fabrication. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 3 mois qui suivent l'administration.

Le traitement est soumis à l'accord de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation du médecin conseil.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>TYSABRI</b> Inf Konz 300 mg/15 ml Fl 15 ml	Biogen Switzerland AG	019900	18520	1972.20	1742.16
<p><b>Vielle limitation:</b> Comme monothérapie de la sclérose en plaques rémittente-récurrente très active chez des patients présentant une forme agressive de la maladie malgré un traitement par interféron bêta ou patients présentant un sclérose en plaque rémittente-récurrente sévère d'évolution rapide. Garantie préalable de prise en charge des coûts par le médecin-conseil. Traitement par le neurologue FMH avec accès IRM.</p> <p><b>Nouvelle limitation:</b> Au moment de la pose de l'indication ou avant le traitement, le risque de LEMP (LEMP = leucoencéphalopathie multifocale progressive) doit être pris en considération. Comme traitement de fond en monothérapie des formes agressives de sclérose en plaques (SEP) rémittente-récurrente pour les groupes de patients suivants : - Patients présentant une forme agressive de la maladie malgré un traitement complet et bien conduit par au moins un traitement de fond (de moins 6 mois), ou - Patients présentant une sclérose en plaques rémittente-récurrente sévère d'évolution rapide, définie par 2 ou plusieurs poussées à caractère invalidant au cours d'une année, et présentant une ou plusieurs lésions rehaussées par le gadolinium à l'examen IRM cérébral ou une augmentation significative des lésions T2 par rapport à un examen IRM pratiqué récemment. Le traitement nécessite une confirmation de la prise en charge par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Traitement par le neurologue FMH avec accès IRM.</p>					
<b>ZYTIGA</b> Filmtabl 500 mg 56 Stk	Janssen-Cilag AG	071620	19608	3529.05	3202.98
<p><b>Vielle limitation:</b> En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou de la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC), sans métastases viscérales et sans métastases hépatiques, chez des patients asymptomatiques ou ne présentant que des symptômes légers, après échec d'un traitement par suppression androgénique et chez lesquels une chimiothérapie n'est pas indiquée cliniquement. En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique avancé de la prostate en progression chez des patients déjà traités par docétaxel, après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil. En cas d'arrêt du traitement rendu nécessaire par des effets indésirables survenus au cours des 10 jours suivant le début du traitement, Janssen-Cilag AG remboursera à l'assureur-maladie les coûts de la totalité de l'emballage. Les arrêts de traitement doivent être immédiatement notifiés à l'assureur-maladie par le médecin traitant.</p> <p><b>Nouvelle limitation:</b> En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou de la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC), sans métastases viscérales et sans métastases hépatiques, chez des patients asymptomatiques ou ne présentant que des symptômes légers, après échec d'un traitement par suppression androgénique et chez lesquels une chimiothérapie n'est pas indiquée cliniquement. En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique avancé de la prostate en progression chez des patients déjà traités par docétaxel, après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil. Pour le traitement en association avec de la prednisone ou de la prednisolone (5 mg/jour) et un traitement par suppression androgénique (ADT) chez les patients présentant un carcinome métastatique de la prostate hormonosensible (mHSPC) à haut risque nouvellement diagnostiqué au cours des 3 derniers mois. Chez les patients n'ayant pas subi d'orchidectomie, l'administration d'abiratéron doit commencer au cours des 3 mois suivant le début de la suppression androgénique. Un risque élevé est défini par la présence d'au moins 2 des 3 facteurs de risque suivants: (1) score de Gleason <math>\geq 8</math>; (2) présence d'au moins 3 lésions à la scintigraphie osseuse; (3) présence de métastases viscérales mesurables (hors atteinte ganglionnaire). En cas d'arrêt du traitement rendu nécessaire par des effets indésirables survenus au cours des 10 jours suivant le début du traitement, Janssen-Cilag AG remboursera à l'assureur-maladie les coûts de la totalité de l'emballage. Les arrêts de traitement doivent être immédiatement notifiés à l'assureur-maladie par le médecin traitant.</p>					

## Vol d'ordonnances

---

Swissmedic, Stupéfiants

---

Vol d'ordonnances

**Les ordonnances suivantes sont bloquées**

Canton	N° de bloc	Ordonnances n <sup>os</sup>
Berne		7582723
Saint-Gall		7502177

---

« Prendre les antibiotiques  
à bon escient – c'est  
important pour l'homme,  
l'animal et l'environnement. »



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Plus d'infos :  
[quand-il-faut-comme-il-faut.ch](http://quand-il-faut-comme-il-faut.ch)



Les antibiotiques :  
**quand il faut,  
comme il faut.**



OFSP-Bulletin  
OFCL, Diffusion publications  
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# OFSP-Bulletin

Semaine  
3/2019