



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 8 juin 2020

Semaine

OFSP-Bulletin 24/2020

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
Voici comment nous protéger: www.ofsp-coronavirus.ch	7
Liste des spécialités	9
Vol d'ordonnances	23

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 22^e semaine (02.06.2020)^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.

^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.

Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 22^e semaine (02.06.2020)^a

	Semaine 22			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année			
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	
Transmission respiratoire													
Haemophilus influenzae: maladie invasive		3	2	1	8	5	99	134	136	47	72	76	
	1.80	1.20	0.20	1.20	0.80	1.20	1.20	1.60	1.60	1.30	2.00	2.10	
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b		7	19	3	26	29	11812	13690	14988	11324	13280	13576	
	4.20	11.50	0.40	3.90	4.40	4.40	137.60	159.50	174.60	311.80	365.70	373.90	
Légionellose	8	4	12	28	24	48	527	568	552	125	179	178	
	4.80	2.40	7.30	4.20	3.60	7.30	6.10	6.60	6.40	3.40	4.90	4.90	
Méningocoques: maladie invasive		3	1	1	4	4	35	50	52	13	21	34	
	1.80	0.60	0.20	0.60	0.60	0.60	0.40	0.60	0.60	0.40	0.60	0.90	
Pneumocoques: maladie invasive		4	11	15	6	56	54	697	882	989	369	545	629
	2.40	6.70	9.10	0.90	8.50	8.20	8.10	10.30	11.50	10.20	15.00	17.30	
Rougeole		1			23	2	54	226	61	34	201	23	
	0.60				3.50	0.30	0.60	2.60	0.70	0.90	5.50	0.60	
Rubéole^c						1	1		2			2	
						0.20	0.01		0.02			0.06	
Rubéole, materno-fœtale^d													
Tuberculose	2	9	9	31	42	33	393	460	530	163	198	248	
	1.20	5.40	5.40	4.70	6.40	5.00	4.60	5.40	6.20	4.50	5.40	6.80	
Transmission féco-orale													
Campylobactériose	84	124	178	298	479	525	6557	7788	7266	1687	2436	2321	
	50.90	75.10	107.80	45.10	72.60	79.50	76.40	90.70	84.70	46.50	67.10	63.90	
Hépatite A		2	1	4	8	7	96	95	101	43	26	35	
		1.20	0.60	0.60	1.20	1.10	1.10	1.10	1.20	1.20	0.70	1.00	
Hépatite E	1	1		6	9	4	98	102	24	38	53	24	
	0.60	0.60		0.90	1.40	0.60	1.10	1.20	0.30	1.00	1.50	0.70	
Infection à E. coli entérohémorragique	9	10	16	38	52	42	1063	866	764	212	280	255	
	5.40	6.10	9.70	5.80	7.90	6.40	12.40	10.10	8.90	5.80	7.70	7.00	
Listériose		1	1	11	2	3	57	41	48	33	12	25	
		0.60	0.60	1.70	0.30	0.40	0.70	0.50	0.60	0.90	0.30	0.70	
Salmonellose, S. typhi/paratyphi				4	1	23	20	29	10	8	11		
				0.60	0.20	0.30	0.20	0.30	0.30	0.20	0.30		
Salmonellose, autres	11	13	25	55	103	114	1430	1473	1891	333	453	458	
	6.70	7.90	15.20	8.30	15.60	17.30	16.70	17.20	22.00	9.20	12.50	12.60	
Shigellose			1	3	8	13	184	255	158	43	75	69	
			0.60	0.40	1.20	2.00	2.10	3.00	1.80	1.20	2.10	1.90	

	Semaine 22			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydieuse	152 92.10	196 118.80	235 142.40	752 113.90	980 148.40	834 126.30	11825 137.80	11551 134.60	11073 129.00	4479 123.40	5064 139.50	4662 128.40
Gonorrhée ^e	45 27.30	57 34.50	51 30.90	208 31.50	308 46.60	203 30.80	3695 43.00	3439 40.10	2596 30.20	1365 37.60	1587 43.70	1085 29.90
Hépatite B, aiguë				1 0.20		4 0.60	22 0.30	30 0.40	42 0.50	6 0.20	12 0.30	16 0.40
Hépatite B, total déclarations	19	14	42	82	79	102	1019	1152	1223	402	479	530
Hépatite C, aiguë		1 0.60	1 0.60		3 0.40	4 0.60	13 0.20	30 0.40	36 0.40	2 0.06	16 0.40	15 0.40
Hépatite C, total déclarations	10	18	30	46	76	104	918	1144	1394	339	450	593
Infection à VIH	1 0.60	10 6.10	8 4.80	15 2.30	28 4.20	37 5.60	369 4.30	408 4.80	434 5.10	113 3.10	174 4.80	173 4.80
Sida		1 0.60	1 0.60	1 0.20	6 0.90	4 0.60	75 0.90	78 0.90	74 0.90	24 0.70	30 0.80	30 0.80
Syphilis, stades précoces ^f	1 0.60	5 3.00	23 13.90	27 4.10	57 8.60	74 11.20	610 7.10	642 7.50	244 2.80	192 5.30	286 7.90	244 6.70
Syphilis, total ^g	2 1.20	13 7.90	34 20.60	31 4.70	82 12.40	102 15.40	866 10.10	934 10.90	926 10.80	260 7.20	396 10.90	389 10.70
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose					1 0.20		7 0.08	6 0.07	5 0.06	2 0.06	2 0.06	1 0.03
Chikungunya		2 1.20			4 0.60		30 0.40	24 0.30	13 0.20	10 0.30	21 0.60	2 0.06
Dengue		6 3.60	3 1.80	1 0.20	22 3.30	16 2.40	221 2.60	174 2.00	173 2.00	58 1.60	92 2.50	89 2.40
Encéphalite à tiques	17 10.30	2 1.20	29 17.60	44 6.70	16 2.40	51 7.70	300 3.50	340 4.00	298 3.50	67 1.80	29 0.80	64 1.80
Fièvre du Nil occidental							1 0.01					
Fièvre jaune									1 0.01			1 0.03
Fièvre Q	1 0.60	12 7.30	3 1.80	8 1.20	27 4.10	5 0.80	68 0.80	82 1.00	46 0.50	18 0.50	52 1.40	23 0.60
Infection à Hantavirus								1 0.01	1 0.01			
Infection à virus Zika						1 0.20	1 0.01		14 0.20			3 0.08
Paludisme		3 1.80	5 3.00	4 0.60	22 3.30	23 3.50	245 2.80	279 3.20	339 4.00	77 2.10	118 3.20	132 3.60
Trichinellose							4 0.05		1 0.01	2 0.06		
Tularémie		5 3.00	6 3.60	3 0.40	17 2.60	12 1.80	137 1.60	121 1.40	137 1.60	19 0.50	30 0.80	30 0.80
Autres déclarations												
Botulisme									1 0.01			
Diphthérie ^h							3 0.03	5 0.06	2 0.02	1 0.03		
Maladie de Creutzfeldt-Jakob		1 0.60			2 0.30	1 0.20	12 0.10	22 0.30	14 0.20	3 0.08	8 0.20	5 0.10
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 29.5.2020 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	19		20		21		22		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Suspicion d'influenza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oreillons	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Coqueluche	1	0.1	0	0	0	0	1	0.1	0.5	0.1
Piqûre de tiques	9	0.9	18	1.7	16	2.0	31	3.0	18.5	1.9
Borréliose de Lyme	11	1.0	12	1.1	5	0.6	14	1.4	10.5	1.0
Herpès zoster	11	1.0	5	0.5	7	0.9	7	0.7	7.5	0.8
Néuralgies post-zostériennes	2	0.2	1	0.1	2	0.2	0	0	1.3	0.1
Médecins déclarants	161		160		148		140		152.3	

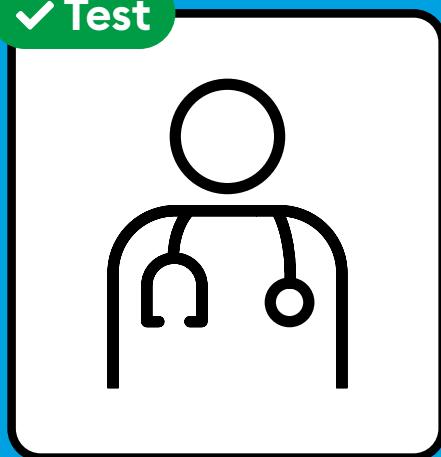
La pandémie actuelle de COVID-19 influence la collecte de données auprès des médecins de famille. La situation actuelle modifie le comportement de consultation médicale des personnes malades, ce qui doit être pris en compte lors de l'interprétation des données. Les données sont donc peu représentatives pour tous les thèmes de déclaration. Cela concerne particulièrement la grippe, car, en plus, les symptômes de la grippe et du COVID-19 sont très similaires. Les chiffres de COVID-19 résultant de la surveillance Sentinella figurent dans le rapport sur les cas suspects déclarés sur le site de l'OFSP (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html>).

VOICI COMMENT NOUS PROTÉGER:



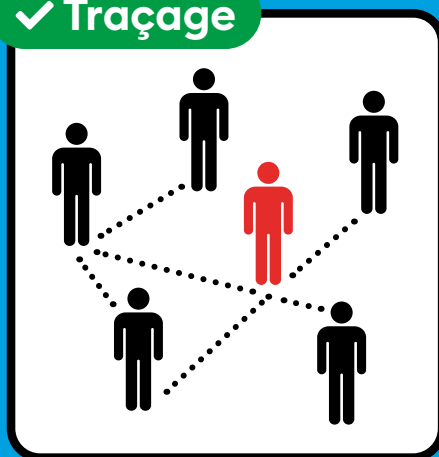
Suivre impérativement les nouvelles règles :

✓ Test



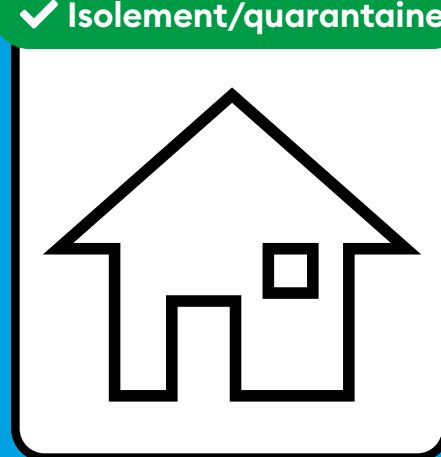
En cas de symptômes, se faire tester tout de suite et rester à la maison.

✓ Traçage



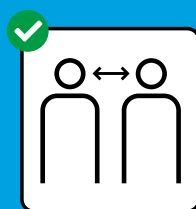
Chaque fois que c'est possible, fournir ses coordonnées pour le traçage.

✓ Isolement/quarantaine

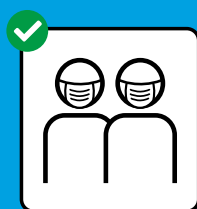


En cas de test positif : isolement. En cas de contact avec une personne testée positive : quarantaine.

Pour rappel :



Garder ses distances.



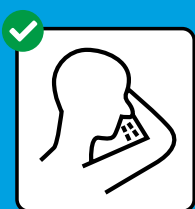
Recommandé : un masque si on ne peut pas garder ses distances.



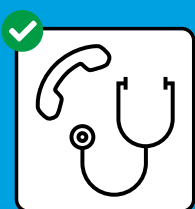
Se laver soigneusement les mains.



Éviter les poignées de main.



Tousser et éternuer dans un mouchoir ou dans le creux du coude.



Toujours téléphoner avant d'aller chez le médecin ou aux urgences.



Si possible, continuer de travailler à la maison.

www.ofsp-coronavirus.ch



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



Scan for translation

Gemeinsam mit Verantwortung und Solidarität.

Cuminaivlamain cun responsablidad e cun solidaritad.

WIR NUS NOUS ION

Ensemble, responsables et solidaires.

Insieme, responsabili e solidali.

**Ensemble contre le nouveau coronavirus.
Informations sur ofsp-coronavirus.ch**



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

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} juin 2020

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.05		REAGILA (Cariprazinum)	Recordati AG		
	20780	caps 1.500 mg 28 pce Fr. 190.00 [151.24]		66364001	01.09.2018, B
	20780	caps 1.500 mg 56 pce Fr. 322.00 [266.19]		66364002	01.09.2018, B
01.05		REAGILA (Cariprazinum)	Recordati AG		
	20780	caps 3 mg 28 pce Fr. 301.15 [248.04]		66364003	01.09.2018, B
	20780	caps 3 mg 56 pce Fr. 517.55 [436.54]		66364004	01.09.2018, B
01.05		REAGILA (Cariprazinum)	Recordati AG		
	20780	caps 4.500 mg 28 pce Fr. 412.25 [344.83]		66364005	01.09.2018, B
	20780	caps 4.500 mg 56 pce Fr. 713.10 [606.90]		66364006	01.09.2018, B
01.05		REAGILA (Cariprazinum)	Recordati AG		
	20780	caps 6 mg 28 pce Fr. 502.55 [423.48]		66364007	01.09.2018, B
	20780	caps 6 mg 56 pce Fr. 872.05 [745.32]		66364008	01.09.2018, B
01.06 C		AGOMELATIN SERVIER (Agomelatinum)	Servier (Suisse) SA		
	21059	cpr pell 25 mg 28 pce Fr. 46.50 [26.20]		67631001	01.06.2020, B
	21059	cpr pell 25 mg 98 pce Fr. 118.50 [88.95]		67631002	01.06.2020, B
Pas de prise en charge lors de l'initiation de traitement chez les patients âgés de 65 ans ou plus et qui n'ont jamais été traités au préalable avec le AGOMELATIN SERVIER.					
01.99		LEMTRADA (Alemtuzumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20217	conc perf 12 mg flac 2 ml Fr. 8330.15 [7886.97]		63025001	01.05.2015, A

Chez les patients adultes atteints de sclérose en plaques rémittente-récurrente (SEP-RR) hautement active qui ont préalablement reçu un traitement complet et adéquatement avec au moins deux autres thérapies de base modifiant le cours de la maladie (disease modifying treatments – DMT) ou chez les patients atteints de SEP-RR hautement active chez lesquels tous les autres DMT sont contre-indiqués ou inappropriés pour d'autres raisons.

En raison de son profil de sécurité, LEMTRADA ne peut être utilisé que par des spécialistes de neurologie FMH disposant de l'expertise nécessaire, en tant que produit de réserve dans les cliniques neurologiques de formation continue de catégorie A et B (avec accès aux soins intensifs).

Un maximum de 4 cycles de traitement de LEMTRADA peut être remboursé.

Le traitement requiert une confirmation de la prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
03.04.50		CINQAERO (Reslizumabum)	Teva Pharma AG		
	20662	conc perf 100 mg/10 ml flac 10 ml Fr. 685.35 (582.70)		66340003	01.06.2018, B

À la suite de la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Seuls les médecins spécialistes en pneumologie, en allergologie et en immunologie sont en droit de prescrire ce médicament.

À une dose ne dépassant pas 3 mg/kg une fois toutes les quatre semaines, chez l'adulte d'au moins 18 ans, en traitement additionnel de l'asthme éosinophilique sévère caractérisé par les critères suivants:

Taux sanguin d'éosinophiles =0,4 G/l et au moins 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximale (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques

OU

Taux sanguin d'éosinophiles =0,4 G/l avant l'instauration d'un traitement par des corticostéroïdes systémiques et au moins 2 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois chez des patients ou patientes qui ont eu besoin d'un traitement de fond d'au moins 6 mois par des corticostéroïdes systémiques (palier GINA 5) au cours des 12 derniers mois pour atteindre un contrôle de la maladie.

Une évaluation du succès thérapeutique par un médecin spécialiste en pneumologie, allergologie ou immunologie doit être faite au plus tard après 8 administrations et annuellement par la suite.

La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge sous couvert de confirmation du succès thérapeutique. Un succès thérapeutique est caractérisé comme suit:

- Dans le cas d'un traitement de palier GINA 4: réduction d'au moins 50 % des exacerbations par rapport au début du traitement, puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint, OU
- Dans le cas d'un traitement de palier GINA 5 par des corticostéroïdes systémiques: réduction du taux d'exacerbations sous une dose inchangée ou réduite de corticostéroïdes oraux, puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations sous une dose stable de corticostéroïdes oraux

OU taux d'exacerbations inchangé ou réduit après réduction de la dose de corticostéroïdes oraux à 50 % de la dose initiale (en équivalent de prednisone), puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations en poursuivant la corticothérapie à cette nouvelle dose ou à une dose encore plus faible

OU passage à un traitement de palier GINA 4 lors d'un nombre maximal de 2 exacerbations par an, puis maintien ou réduction supplémentaire du taux d'exacerbations par la suite.

Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.

03.99		KALYDECO (Ivacaftorum)	Vertex Pharma- ceuticals (CH) GmbH		
	20145	cpr pell 150 mg (nouv) 56 pce Fr. 18593.90 (17900.37)		62686001	01.01.2015, A

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.

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:

- a) Le taux de chlorure dans la sueur du patient tombe au-dessous de 60 mmol/l ou
- b) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou
- c) le patient présente une amélioration absolue du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.

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

- a) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30 % (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou
- b) le patient présente une amélioration absolue durable du VEMS (%) d'au moins 5 % par rapport à la valeur initiale.

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
06.01.10		HEMLIBRA (Elicizumabum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	20818	sol inj 30 mg/ml flac 1 pce Fr. 2157.80 (2065.18)		66694001	01.07.2019, A
	20818	sol inj 30 mg/ml flac 1 pce Fr. 2157.80 (2065.18)		66694001	01.07.2019, A
	20818	sol inj 30 mg/ml flac 1 pce Fr. 2157.80 (2065.18)		66694001	01.07.2019, A
	20818	sol inj 60 mg/0.4 ml flac 1 pce Fr. 4274.60 (4130.36)		66694002	01.07.2019, A
	20818	sol inj 60 mg/0.4 ml flac 1 pce Fr. 4274.60 (4130.36)		66694002	01.07.2019, A
	20818	sol inj 60 mg/0.4 ml flac 1 pce Fr. 4274.60 (4130.36)		66694002	01.07.2019, A
	20818	sol inj 105 mg/0.7 ml flac 1 pce Fr. 7449.85 (7228.13)		66694003	01.07.2019, A
	20818	sol inj 105 mg/0.7 ml flac 1 pce Fr. 7449.85 (7228.13)		66694003	01.07.2019, A
	20818	sol inj 105 mg/0.7 ml flac 1 pce Fr. 7449.85 (7228.13)		66694003	01.07.2019, A
	20818	sol inj 150 mg/ml flac 1 pce Fr. 10625.05 (10325.90)		66694004	01.07.2019, A
	20818	sol inj 150 mg/ml flac 1 pce Fr. 10625.05 (10325.90)		66694004	01.07.2019, A
	20818	sol inj 150 mg/ml flac 1 pce Fr. 10625.05 (10325.90)		66694004	01.07.2019, A

Calculations des prix pour préparations sanguines sur la base des prix «ex factory» plus une marge fixe de fr. 40.- à cause de la situation particulière de distribution (pratiquement pas de commerce de grossiste et détailliste) plus la TVA. Cette calcul n'est pas valable pour l'albumine humaine.

06.07.30		FULPHILA (Pegfilgrastimum)	Mylan Pharma GmbH		
	21047	sol inj 6 mg/0.6 ml ser pré 0.600 ml Fr. 1266.85 (1099.00)		67478001	01.06.2020, A

Administration au cours des chimiothérapies fortement myélotoxiques permettant d'espérer une évolution positive chez les patients particulièrement exposés au risques d'infection du fait d'une aplasie médullaire.

07.11.20		ZURAMPIC (Lesinuradum)	Grünenthal Pharma AG		
	20659	cpr pell 200 mg 30 pce Fr. 46.60 (26.31)		65925001	01.12.2017, B
	20659	cpr pell 200 mg 100 pce Fr. 111.75 (83.07)		65925002	01.12.2017, B

Pour le traitement de l'hyperurémie en association avec l'allopurinol chez les patients adultes présentant une goutte symptomatique lorsque les valeurs cibles d'acide urique sérique (<6 mg/dL) ne peuvent être atteintes avec l'allopurinol seul. Une goutte symptomatique est présente lorsqu'une plusieurs crises de goutte se sont produites et/ou lorsque des cristaux de goutte (tophi) sont présents et/ou lorsqu'une arthrite goutteuse est diagnostiquée.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		TALZENNA (Talazoparibum)	Pfizer AG		
	20978	caps 0.2500 mg fl 30 pce Fr. 2173.10 (1925.33)		67141002	01.06.2020, A
	20978	caps 1 mg fl 30 pce Fr. 6201.25 (5810.02)		67141006	01.06.2020, A
<p>Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie et après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour la monothérapie chez des patients adultes atteints d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique HER2 négatif et présentant une mutation germinale BRCA délétère avérée ou soupçonnée, lorsque toutes les conditions énumérées ci-dessous sont remplies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cancer du sein n'a pas de caractère inflammatoire actif. - Les patients ont reçu un traitement préalable par un taxane et/ou une anthracycline dans une situation néoadjuvante, adjuvante ou localement avancée/métastatique (sauf en présence d'une contre-indication documentée). Les patients souffrant d'un cancer du sein HR positif doivent avoir développé une progression sous traitement endocrinien antérieur ou être considérés comme non éligibles à un traitement endocrinien. - Les patients ont reçu au maximum 3 protocoles de chimiothérapie préalables pour le traitement de leur cancer localement avancé et/ou métastatique. - Les patients ayant reçu une chimiothérapie à base de platine dans le cas d'un traitement néoadjuvant ou adjuvant n'ont présenté aucune récurrence dans l'espace de 6 mois après la dernière dose de platine. Les patients n'ont pas présenté de progression objective pendant une chimiothérapie à base de platine normalement dosée, administrée pour le traitement du cancer du sein localement avancé ou métastatique. - Aucun traitement antérieur par un inhibiteur de PARP n'a eu lieu. <p>Les patients doivent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Un traitement au-delà de 24 mois présuppose la présence d'une tumeur résiduelle mesurable.</p> <p>Pfizer AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, une part convenue du prix de fabrique pour chaque emballage remis de Talzenna. Cette part augmente à partir du 25e mois de traitement. Dès la première demande, Pfizer AG communique à l'assureur-maladie le montant des remboursements qui seront versés à partir du 1er ainsi qu'à partir du 25e mois de traitement. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.</p>					
07.16.10		TEMOZOLOMID ACCORD (Temozolomidum)	Accord Healthcare AG		
G	21060	caps 5 mg 5 pce Fr. 33.80 (15.17)		67020001	01.06.2020, A
	21060	caps 5 mg 20 pce Fr. 80.30 (55.68)		67020002	01.06.2020, A
	21060	caps 20 mg 5 pce Fr. 86.05 (60.68)		67020005	01.06.2020, A
	21060	caps 20 mg 20 pce Fr. 263.40 (215.16)		67020006	01.06.2020, A
	21060	caps 100 mg 5 pce Fr. 312.85 (258.25)		67020009	01.06.2020, A
	21060	caps 100 mg 20 pce Fr. 1059.50 (909.95)		67020010	01.06.2020, A
	21060	caps 140 mg 5 pce Fr. 504.00 (424.76)		67020013	01.06.2020, A
	21060	caps 140 mg 20 pce Fr. 1702.95 (1496.66)		67020014	01.06.2020, A
	21060	caps 180 mg 5 pce Fr. 547.90 (462.97)		67020017	01.06.2020, A
	21060	caps 180 mg 20 pce Fr. 2092.55 (1851.89)		67020018	01.06.2020, A
	21060	caps 250 mg 5 pce Fr. 757.95 (645.95)		67020021	01.06.2020, A
07.16.10		ZYKADIA (Ceritinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20375	caps 150 mg 150 pce (3x 50 pce) Fr. 6173.95 (5783.38)		65386001	01.09.2017, A
<p>Après prise en charge par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) à un stade localement avancé ou métastatique ALK (anaplastic lymphoma kinase) positif, dont la maladie a progressé sous crizotinib ou qui ne tolèrent pas ce médicament et qu'ils présentent un indice de performance ECOG compris entre 0 et 2. En cas de progression de la maladie, interrompre le traitement. ZYKADIA ne doit pas être combiné avec un autre médicament antinéoplasique pour le traitement des tumeurs pulmonaires.</p>					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.99		GALAFOLD (Migalastatum)	Amicus Therapeutics Switzerland GmbH		
	20573	caps 123 mg 14 pce Fr. 18352.20 (17664.59)		66108001	01.03.2017, B
<p>Le traitement nécessite l'accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. L'accord sur la prise en charge des frais doit être renouvelé chaque année. GALAFOLD est indiqué, à la posologie de 123 mg (1 gélule) une fois tous les deux jours à heure fixe, dans le traitement à long terme des adultes et des adolescents âgés de 16 ans et plus, qui présentent un diagnostic confirmé de maladie de Fabry (déficit en a-galactosidase A), et qui sont porteurs d'une mutation sensible au traitement.</p> <p>Les coûts du test pour une mutation non caractérisée pour sa sensibilité au migalastat jusqu'à présent seront pris en charge par Amicus Therapeutics Switzerland GmbH (info@amicusrx.ch).</p> <p>GALAFOLD peut seulement être administré à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les centres de traitement qualifiés (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselspital], Spital Linth à Uznach), ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry. Exception: Les spécialistes ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry sont autorisés à coopérer avec les centres de traitement qualifiés listés ci-dessus pour assurer des soins qui soient orientés vers le patient. La coopération se fait d'un commun accord entre les deux partenaires.</p> <p>GALAFOLD ne doit pas être administré en association avec un traitement enzymatique de substitution tel que l'agalsidase alfa (REPLAGAL) ou l'agalsidase bêta (FABRAZYME).</p> <p>Tous les patients traités par GALAFOLD doivent être recensés dans un registre. Si un patient ne donne pas son consentement à la saisie de ses données dans le registre, cela doit faire l'objet d'un rapport.</p> <p>Le médecin traitant s'engage à rapporter régulièrement dans le registre (https://sffd.ch/fr/fondation-sffd/swiss-registre-fabry) les données suivantes:</p> <p>1) Indication des données anonymisées du patient (sexe, âge et poids corporel; année du diagnostic, symptômes de la maladie de Fabry, éventuels affections et traitements associés).</p> <p>2) Précédents traitements de la maladie de Fabry (absence de traitement précédent/changement de traitement enzymatique de substitution), date du début du traitement par GALAFOLD, éventuellement date de l'arrêt du traitement par GALAFOLD et indication du motif de l'arrêt du traitement.</p> <p>3) Enregistrement des paramètres suivants, pertinents pour l'évaluation de l'évolution du traitement (avant le début du traitement et pendant le traitement): a-Gal en % de la moyenne normale chez les témoins en bonne santé, lyso-Gb3, IMVG (écho/IRM), DFG (estimé), créatinine, protéinurie, symptômes gastro-intestinaux, symptômes neurologiques, événements rénaux/cardiaques/affectant le SNC, autres événements indésirables.</p>					
08.01.60 G		CLARITHROMYCINE SPIRIG HC (Clarithromycinum)	Spirig HealthCare AG		
	21072	cpr pell 250 mg 14 pce Fr. 25.55 (11.53)		67169001	01.06.2020, A
	21072	cpr pell 250 mg 20 pce Fr. 34.05 (15.36)		67169002	01.06.2020, A
	21072	cpr pell 500 mg 14 pce Fr. 38.00 (18.82)		67169004	01.06.2020, A
	21072	cpr pell 500 mg 20 pce Fr. 49.30 (28.68)		67169005	01.06.2020, A
08.01.93 G		CO-AMOXICILLIN ZENTIVA (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Helvepharm AG		
	21074	cpr pell 625 mg blist 20 pce Fr. 28.35 (13.99)		67111002	01.06.2020, A
	21075	cpr pell 1000 mg blist 12 pce Fr. 28.50 (14.13)		67110001	01.06.2020, A
	21075	cpr pell 1000 mg blist 20 pce Fr. 40.60 (21.09)		67110002	01.06.2020, A
08.03		DOVATO (Dolutegravirum, Lamivudinum)	ViiV Healthcare GmbH		
	21042	cpr pell 50/300 mg fl 30 pce Fr. 866.70 (740.69)		67313001	01.06.2020, A

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
10.04		SENSICUTAN (Levomenolum, Heparinum natricum)	Biomed AG		
	20954	crème tb 80 g Fr. 23.55 (12.76)		66821002	01.06.2020, D

Un maximum de 3 paquets par 3 mois sera remboursé.

11.99		BE0VU (Brolucizumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21026	sol inj 6 mg/0.05 ml ser préremp ser pré 0.165 ml Fr. 1041.90 (893.91)		67244001	01.06.2020, B

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.

II. Autres emballages et dosages

03.04.30		BRICANYL TURBUHALER (Terbutalini sulfas (2:1))	AstraZeneca AG		
	15330	pdr inh 0.500 mg 120 dos Fr. 16.65 (7.34)		48943002	01.06.2020, B
03.04.50		CINQAERO (Reslizumabum)	Teva Pharma AG		
	20662	conc perf 25 mg/2.5 ml flac 2.500 ml Fr. 183.65 (145.68)		66340002	01.10.2018, B

À la suite de la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Seuls les médecins spécialistes en pneumologie, en allergologie et en immunologie sont en droit de prescrire ce médicament.

À une dose ne dépassant pas 3 mg/kg une fois toutes les quatre semaines, chez l'adulte d'au moins 18 ans, en traitement additionnel de l'asthme éosinophilique sévère caractérisé par les critères suivants:

Taux sanguin d'éosinophiles = 0,4 G/l et au moins 4 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois malgré un traitement de palier GINA 4 aux doses maximale (corticostéroïdes inhalés à haute dose en association avec un traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques

OU
Taux sanguin d'éosinophiles = 0,4 G/l avant l'instauration d'un traitement par des corticostéroïdes systémiques et au moins 2 exacerbations cliniquement significatives au cours des 12 derniers mois chez des patients ou patientes qui ont eu besoin d'un traitement de fond d'au moins 6 mois par des corticostéroïdes systémiques (palier GINA 5) au cours des 12 derniers mois pour atteindre un contrôle de la maladie.

Une évaluation du succès thérapeutique par un médecin spécialiste en pneumologie, allergologie ou immunologie doit être faite au plus tard après 8 administrations et annuellement par la suite.

La poursuite du traitement après cette évaluation exige une nouvelle garantie de prise en charge sous couvert de confirmation du succès thérapeutique. Un succès thérapeutique est caractérisé comme suit:

- Dans le cas d'un traitement de palier GINA 4: réduction d'au moins 50 % des exacerbations par rapport au début du traitement, puis maintien ou réduction du taux d'exacerbations atteint, OU
- Dans le cas d'un traitement de palier GINA 5 par des corticostéroïdes systémiques: réduction du taux d'exacerbations sous une dose inchangée ou réduite de corticostéroïdes oraux, puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations sous une dose stable de corticostéroïdes oraux

OU taux d'exacerbations inchangé ou réduit après réduction de la dose de corticostéroïdes oraux à 50 % de la dose initiale (en équivalent de prednisone), puis maintien ou réduction du nouveau taux d'exacerbations en poursuivant la corticothérapie à cette nouvelle dose ou à une dose encore plus faible

OU passage à un traitement de palier GINA 4 lors d'un nombre maximal de 2 exacerbations par an, puis maintien ou réduction supplémentaire du taux d'exacerbations par la suite.

Ne pas utiliser en association avec d'autres anticorps monoclonaux pour le traitement de l'asthme sévère.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
05.99 0		PROSCAR (Finasteridum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	16067	cpr 5 mg blist 30 pce Fr. 41.10 (21.50)		51774001	01.06.2020, B
	16067	cpr 5 mg blist 105 pce Fr. 101.15 (73.82)		51774002	01.06.2020, B
07.02.10		MAGNESIocard (Magnesium ionisatum)	Biomed AG		
	14664	gran 5 mmol citron nouv sach 50 pce Fr. 34.00 (15.33)		45726133	01.06.2020, B
07.02.10		MAGNESIocard 5 (Magnesium ionisatum)	Biomed AG		
	14664	gran 5 mmol orange 50 sach 5 g Fr. 34.00 (15.33)		45726126	01.06.2020, B
07.02.10		MAGNESIocard 7.5 (Magnesium ionisatum)	Biomed AG		
	16143	cpr eff 7.500 mmol 60 pce Fr. 46.00 (25.77)		51458052	01.06.2020, B
07.07.24		TRIAMJECT (Triamcinoloni hexacetonidum)	Gebro Pharma AG		
	20271	susp inj 20 mg/ml amp 10 pce Fr. 116.40 (87.10)		62962002	01.06.2020, B
Administration intra-articulaire lors d'une inflammation persistante d'une ou d'un petit nombre d'articulations après un traitement général d'arthropathies inflammatoires chroniques, arthrite lors de pseudogoutte/chondrocalcinose, arthrose active.					
07.10.10		KETESSE (Dexketoprofenum)	A. Menarini AG		
	18040	sol inj 50 mg/2 ml 20 amp 2 ml Fr. 43.30 (23.42)		56059004	01.06.2020, B
07.10.30		TAUREDON (Natrii aurothiomalas)	Takeda Pharma AG		
	12106	sol inj 50 mg/0.5 ml 10 amp 0.500 ml Fr. 129.55 (98.56)		38036076	01.06.2020, B
07.10.60		METOJECT AUTO-INJECTEUR (Methotrexatum)	Gebro Pharma AG		
	20664	sol inj 7.5000 mg/0.15 ml auto-injecteurinjecteur 1 pce Fr. 34.30 (15.58)		65672001	01.06.2020, A
	20664	sol inj 25 mg/0.5 ml auto-injecteur injecteur 1 pce Fr. 43.45 (23.58)		65672036	01.06.2020, A
07.16.10 0		TEMODAL (Temozolomidum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	17424	caps 100 mg sach 20 pce Fr. 1307.40 (1136.00)		54577097	01.06.2020, A
14.01.13 6		ACCUPAQUE (Iohexolum)	GE Healthcare AG		
	17827	sol inj 300 mg fl plast 500 ml Fr. 362.50 (301.50)		54637184	01.06.2020, B
	17827	sol inj 350 mg fl plast 500 ml Fr. 387.45 (323.20)		54637248	01.06.2020, B
14.01.14		VISIPAQUE (Iodixanolum)	GE Healthcare AG		
	16339	sol inj 270 mg fl pp 500 ml Fr. 464.05 (389.93)		52228441	01.06.2020, B
	16339	sol inj 320 mg fl pp 500 ml Fr. 546.70 (461.93)		52228514	01.06.2020, B

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
III. Préparations/emballages radiés					
01.01.30 G		TRAMUNDIN (Tramadoli hydrochloridum)	Mundipharma Medical Company Hamilton Bermuda, Basel Branch		
	17896	gouttes 100 mg/ml 10 ml Fr. 7.45 (2.90)		53544010	01.06.2020, A
	17896	gouttes 100 mg/ml 20 ml Fr. 14.00 (5.05)		53544029	01.06.2020, A
	17896	gouttes 100 mg/ml av pomp dos50 ml Fr. 29.10 (14.62)		53544037	01.06.2020, A
	17896	gouttes 100 mg/ml av pomp dos100 ml Fr. 47.30 (26.93)		53544045	01.06.2020, A
01.06		SAROTEN RETARD (Amitriptylinum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	11997	caps ret 25 mg 30 pce Fr. 7.35 (2.83)		37360015	01.06.2020, B
	11997	caps ret 25 mg 100 pce Fr. 17.45 (8.04)		37360023	01.06.2020, B
	11997	caps ret 50 mg 30 pce Fr. 9.40 (4.61)		37360058	01.06.2020, B
	11997	caps ret 50 mg 100 pce Fr. 26.45 (12.33)		37360066	01.06.2020, B
07.07.21 O		HYDROCORTONE (Hydrocortisonum)	Mepha Pharma AG		
	14505	cpr 10 mg 25 pce Fr. 19.75 (10.05)		18979012	01.06.2020, B
07.16.10		ZAVEDOS (Idarubicini hydrochloridum)	Pfizer PFE Switzerland GmbH		
	16987	caps 5 mg 1 pce Fr. 73.65 (49.87)		52256011	01.06.2020, A
	16987	caps 10 mg 1 pce Fr. 131.80 (100.53)		52256038	01.06.2020, A
08.01.93 G		PIPERAZILLIN TAZOB. TEVA (Piperacillinum, Tazobactamum)	Teva Pharma AG		
	18711	subst sèche 2.250 g flac 1 pce Fr. 19.40 (9.75)		58060001	01.06.2020, A
	18711	subst sèche 4.500 g flac 1 pce Fr. 38.75 (19.49)		58060005	01.06.2020, A
10.02		ACNÉFUGE BP 5 (Benzoylis peroxidum)	Galderma SA		
	14539	lot 5 % 55 ml Fr. 9.05 (4.91)		45539032	01.06.2020, C
10.02		BENZAC 10 (Benzoylis peroxidum)	Galderma SA		
	14446	gel 100 mg/g 60 g Fr. 13.20 (7.15)		45185036	01.06.2020, D
10.02		NIDAZEA (Metronidazolium)	Louis Widmer AG		
	19039	gel 30 ml Fr. 9.55 (4.75)		57701002	01.06.2020, B
10.05.10		ALFACORTON (Hydrocortisoni acetat)	Galderma SA		
	15883	crème 2.500 % 30 g Fr. 8.95 (4.23)		51784014	01.06.2020, B
10.07		CALMURID (Acidum lacticum, Ureum)	Galderma SA		
	11601	crème tb 50 g Fr. 9.05 (4.91)		35984011	01.06.2020, D
	11601	crème tb 100 g Fr. 14.15 (7.67)		35984038	01.06.2020, D
10.10		EXCIPIAL	Galderma SA		
	13291	crème tb 30 g Fr. 5.20 (2.82)		39903040	01.06.2020, D
	13291	crème tb 100 g Fr. 11.85 (6.42)		39903059	01.06.2020, D

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS					
XARELTO VASCULAR blist 56 pce	Bayer (Schweiz) AG	060340	20856	83.65	58.58
IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
HARPAGOMED 30 pce	A.Vogel AG	571060	18510	14.70	7.98
SPORTUSAL tb 50 g 50 g	Permamed AG Betriebsstandort Therwil	020820	15015 15014	13.10 13.10	7.10 7.10
ZAVESCA 84 pce	Actelion Pharmaceuticals Ltd	079900	18079	6820.20	6413.85
IV.c. Baissement de prix volontairement					
GROFENAC tb 50 g	Dr. Grossmann AG Pharmaca	071040	17983	4.55	2.47
MÉTHOTREXATE PFIZER blist 30 pce	Pfizer PFE Switzerland GmbH	071610	8446	16.25	7.01
IV.d. Mutation de prix normale					
CIMZIA 2 ser prête 1 ml	UCB-Pharma SA	071500	19229	1212.60	1049.55
CIMZIA AUTOCLICKS stylo pré 2 pce	UCB-Pharma SA	071500	19229	1212.60	1049.55
HEMLIBRA flac 1 pce flac 1 pce flac 1 pce flac 1 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110	20818 20818 20818 20818	2157.80 4274.60 7449.85 10625.05	2065.18 4130.36 7228.13 10325.90
STELARA ser prête 0.500 ml ser prête 1 ml flac 1 pce flac 1 pce	Janssen-Cilag AG	071500	19301 19301 20638 20717	3765.55 3765.55 3765.55 3765.55	3433.73 3433.73 3433.73 3433.73
ZURAMPIC 30 pce	Grünenthal Pharma AG	071120	20659	46.60	26.31

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

V. Modifications de la limitation /de l'indication

CIMZIA sol inj 200 mg/ml 2 seringue prête ser pré 1 ml	UCB-Pharma SA	071500	19229	1212.60	1049.55
sol inj 200 mg/ml stylo pré 2 pce			19229	1212.60	1049.55

Vieille limitation :

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active et de l'arthrite psoriasique active en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.
 Traitement de la maladie de Crohn active en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel (par exemple avec azathioprine, 6-mercaptopurine, stéroïdes). Les patients répondant à la thérapie peuvent poursuivre le traitement jusqu'à une durée maximale de 6 mois.
 Traitement de la spondylarthrite axiale active sévère de patients adultes (axSpA), y compris des patients souffrant de spondylarthrite ankylosante (SA) active et de patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques (nr-axSpA), qui n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement conventionnel ou qui n'ont pas toléré les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Les patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques devraient montrer des signes objectifs d'inflammation à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et un taux élevé de CRP (protéine C réactive).

Nouvelle limitation :

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active et de l'arthrite psoriasique active en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.
 Traitement de la maladie de Crohn active en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel (par exemple avec azathioprine, 6-mercaptopurine, stéroïdes). Les patients répondant à la thérapie peuvent poursuivre le traitement jusqu'à une durée maximale de 6 mois.
 Traitement de la spondylarthrite axiale active sévère de patients adultes (axSpA), y compris des patients souffrant de spondylarthrite ankylosante (SA) active et de patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques (nr-axSpA), qui n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement conventionnel ou qui n'ont pas toléré les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Les patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques devraient montrer des signes objectifs d'inflammation à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et un taux élevé de CRP (protéine C réactive).
 Les traitements nécessitent l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Traitement des patients adultes atteints de psoriasis en plaques sévère chez qui les UVB et la PUVA ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes (Ciclosporine, Méthotrexate, Acitrétine) n'ont montré aucun succès thérapeutique.

Après application de la dose initiale la plus élevée, une dose d'entretien maximale de 200 mg toutes les deux semaines est remboursée.

Si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

CIMZIA AUTOCLICKS sol inj 200 mg/ml 2 seringue prête ser pré 1 ml	UCB-Pharma SA	071500	19229	1212.60	1049.55
sol inj 200 mg/ml stylo pré 2 pce			19229	1212.60	1049.55

Vieille limitation :

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active et de l'arthrite psoriasique active en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.
 Traitement de la maladie de Crohn active en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel (par exemple avec azathioprine, 6-mercaptopurine, stéroïdes). Les patients répondant à la thérapie peuvent poursuivre le traitement jusqu'à une durée maximale de 6 mois.
 Traitement de la spondylarthrite axiale active sévère de patients adultes (axSpA), y compris des patients souffrant de spondylarthrite ankylosante (SA) active et de patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques (nr-axSpA), qui n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement conventionnel ou qui n'ont pas toléré les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Les patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques devraient montrer des signes objectifs d'inflammation à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et un taux élevé de CRP (protéine C réactive).
 Les traitements nécessitent l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Nouvelle limitation :

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde active et de l'arthrite psoriasique active en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique.
 Traitement de la maladie de Crohn active en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel (par exemple avec azathioprine, 6-mercaptopurine, stéroïdes). Les patients répondant à la thérapie peuvent poursuivre le traitement jusqu'à une durée maximale de 6 mois.
 Traitement de la spondylarthrite axiale active sévère de patients adultes (axSpA), y compris des patients souffrant de spondylarthrite ankylosante (SA) active et de patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques (nr-axSpA), qui n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement conventionnel ou qui n'ont pas toléré les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Les patients présentant une spondylarthrite axiale active sévère sans signes radiographiques devraient montrer des signes objectifs d'inflammation à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et un taux élevé de CRP (protéine C réactive).
 Les traitements nécessitent l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Traitement des patients adultes atteints de psoriasis en plaques sévère chez qui les UVB et la PUVA ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes (Ciclosporine, Méthotrexate, Acitrétine) n'ont montré aucun succès thérapeutique.

Après application de la dose initiale la plus élevée, une dose d'entretien maximale de 200 mg toutes les deux semaines est remboursée.

Si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
EMPLICITI	Bristol-Myers Squibb SA	071610			
subst sèche 300 mg flac 1 pce			20544	1389.65	1210.98
subst sèche 400 mg flac 1 pce			20544	1832.35	1614.64

Vieille limitation :**Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021**

EMPLICITI est remboursé après garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, lorsque utilisé en association avec légalidomide et dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant ayant reçu au moins un précédent traitement. Le schéma posologique et le dosage pour le traitement combiné doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle, et un maximum de 10 mg d'élotuzumab par kg de poids corporel peut être utilisé.

Si la maladie progresse ou des phénomènes de toxicité inacceptables surviennent, le traitement par EMLICITI doit être interrompu.

Bristol-Myers Squibb SA rembourse 28.19% du prix de sortie d'usine pour chaque emballage d'EMPLICITI acheté dans le cadre du traitement combiné d'EMPLICITI avec légalidomide, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'administration. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

Nouvelle limitation :**Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021**

EMPLICITI est remboursé après garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, lorsque utilisé en association avec légalidomide et dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple récidivant ayant reçu au moins un précédent traitement. Le schéma posologique et le dosage pour le traitement combiné doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle, et un maximum de 10 mg d'élotuzumab par kg de poids corporel peut être utilisé.

Si la maladie progresse ou des phénomènes de toxicité inacceptables surviennent, le traitement par EMLICITI doit être interrompu.

Bristol-Myers Squibb SA rembourse 28.19% du prix de sortie d'usine pour chaque emballage d'EMPLICITI acheté dans le cadre du traitement combiné d'EMPLICITI avec légalidomide, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée était assurée au moment de l'administration. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assurance-maladie et consultation préalable du médecin conseil.

EMPLICITI est remboursé en association avec le pomalidomide et la dexaméthasone pour le traitement de patients adultes atteints de myélome multiple ayant déjà reçu auparavant au moins deux traitements, dont le légalidomide et un inhibiteur du protéasome, et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement. Le schéma posologique et la posologie pour le traitement combiné doivent être conformes aux indications de l'information professionnelle. Si la maladie progresse ou si des phénomènes de toxicité inacceptables surviennent, le traitement par EMLICITI doit être interrompu.

Bristol-Myers Squibb SA rembourse une part définie du prix de sortie d'usine pour chaque emballage d'EMPLICITI acheté dans le cadre du traitement combiné par EMLICITI avec pomalidomide et dexaméthasone, sur demande de l'assurance-maladie auprès duquel la personne assurée l'était au moment de l'administration. Elle communique à l'assurance-maladie le montant du remboursement. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant de remboursement.

GALAFOLD	Amicus Therapeutics Switzerland GmbH	079900			
caps 123 mg 14 pce			20573	18352.20	17664.59

Vieille limitation :

Galafold est indiqué dans le traitement à long terme des adultes et des adolescents âgés de 16 ans et plus qui présentent un diagnostic confirmé de maladie de Fabry (déficit en a-galactosidase A) et qui sont porteurs d'une mutation sensible. Après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil. Le coût du test pour une mutation non caractérisée pour sa sensibilité au migalastat jusqu'à présent sera pris en charge par SFL Pharma GmbH (info@sfl-pharma.ch). GALAFOLD peut seulement être administré à la charge de l'assurance obligatoire de soins (AOS) dans les centres de traitement qualifiés (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselspital]). Dérogation: les spécialistes ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry sont autorisés à coopérer avec les centres de traitement qualifiés listés ci-dessus pour assurer des soins qui soient proches du patient. La coopération se fait d'un commun accord entre les deux partenaires. GALAFOLD ne doit pas être administré en association avec un traitement enzymatique tel que l'agalsidase alfa (REPLAGAL) ou l'agalsidase bêta (FABRAZYME). Le médecin traitant s'engage à rapporter régulièrement les données nécessaires dans le logiciel internet prédéterminé du Registre (<http://sfl-pharma.ch/Galafold-Patientenregister/>). Un consentement écrit du patient doit être disponible.

Nouvelle limitation :

Le traitement nécessite l'accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. L'accord sur la prise en charge des frais doit être renouvelé chaque année. GALAFOLD est indiqué, à la posologie de 123 mg (1 gélule) une fois tous les deux jours à heure fixe, dans le traitement à long terme des adultes et des adolescents âgés de 16 ans et plus, qui présentent un diagnostic confirmé de maladie de Fabry (déficit en a-galactosidase A), et qui sont porteurs d'une mutation sensible au traitement.

Les coûts du test pour une mutation non caractérisée pour sa sensibilité au migalastat jusqu'à présent seront pris en charge par Amicus Therapeutics Switzerland GmbH (info@amicusrx.ch).

GALAFOLD peut seulement être administré à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les centres de traitement qualifiés (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselspital], Spital Linth à Uznach), ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry. Exception: Les spécialistes ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry sont autorisés à coopérer avec les centres de traitement qualifiés listés ci-dessus pour assurer des soins qui soient orientés vers le patient. La coopération se fait d'un commun accord entre les deux partenaires.

GALAFOLD ne doit pas être administré en association avec un traitement enzymatique de substitution tel que l'agalsidase alfa (REPLAGAL) ou l'agalsidase bêta (FABRAZYME).

Tous les patients traités par GALAFOLD doivent être recensés dans un registre. Si un patient ne donne pas son consentement à la saisie de ses données dans le registre, cela doit faire l'objet d'un rapport.

Le médecin traitant s'engage à rapporter régulièrement dans le registre (<https://sffd.ch/fr/fondation-sffd/swiss-registre-fabry>) les données suivantes:

- 1) Indication des données anonymisées du patient (sexe, âge et poids corporel; année du diagnostic, symptômes de la maladie de Fabry, éventuels affections et traitements associés).
- 2) Précédents traitements de la maladie de Fabry (absence de traitement précédent/changement de traitement enzymatique de substitution), date du début du traitement par GALAFOLD, éventuellement date de l'arrêt du traitement par GALAFOLD et indication du motif de l'arrêt du traitement.
- 3) Enregistrement des paramètres suivants, pertinents pour l'évaluation de l'évolution du traitement (avant le début du traitement et pendant le traitement): a-Gal en % de la moyenne normale chez les témoins en bonne santé, lyso-Cb3, IMVG (écho/IRM), DFG (estimé), créatinine, protéinurie, symptômes gastro-intestinaux, symptômes neurologiques, événements rénaux/cardiaques/affectant le SNC, autres événements indésirables

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
HEMLIBRA	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
sol inj 30 mg/ml flac 1 pce			20818	2157.80	2065.18
sol inj 60 mg/0.4ml flac 1 pce			20818	4274.60	4130.36
sol inj 105 mg/0.7ml flac 1 pce			20818	7449.85	7228.13
sol inj 150 mg/ml flac 1 pce			20818	10625.05	10325.90

Vieille limitation :

Pour la prophylaxie des patients atteints d'hémophilie A congénitale et présentant des inhibiteurs du facteur VIII > 5 BU à l'anamnèse, exigeant l'utilisation d'un agent by-passant pour le traitement épisodique ou prophylactique.

Une fois l'induction de la tolérance immune réussie, le traitement de l'hémophilie A doit être poursuivi avec des préparations à base de facteur VIII prises en charge.

L'émicizumab est remboursé à la dose de 3 mg/kg de PC par semaine durant les 4 premières semaines, puis à la dose de 1,5 mg/kg de PC par semaine (entretien), administrée par voie sous-cutanée.

La pose du diagnostic, la prescription de l'émicizumab, l'instauration du traitement et le suivi ultérieur doivent être réalisés uniquement dans les centres d'hémophilie universitaires et/ou spécialisés suivants, qui disposent de l'expérience nécessaire dans la prise en charge des adultes et/ou des enfants atteints d'hémophilie A présentant des inhibiteurs du facteur VIII. Il s'agit notamment du Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires de Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais à Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St.Gallen, Ostschweizer Kinderhospital St.Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderhospital Zürich.

Avant l'instauration du traitement, il faut obtenir l'accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022**Patients atteints d'hémophilie A avec inhibiteurs**

Pour la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A congénitale et d'inhibiteurs du facteur VIII > 5 BU dans l'anamnèse nécessitant l'utilisation d'une préparation d'agent de bypass pour un traitement épisodique ou prophylactique.

Après une induction réussie de l'immunotolérance, le traitement de l'hémophilie A doit être poursuivi avec des préparations de facteur VIII ou de l'émicizumab, qui sont soumis à remboursement, si l'indication est respectée et si les conditions de remboursement de la prophylaxie sont remplies.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022**Patients atteints d'hémophilie A sans inhibiteurs**

Pour la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A sévère (déficit congénital en facteur VIII, FVIII < 1 %) qui ont déjà été traités avec des préparations de facteur VIII.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022**Pour les deux indications, les conditions de remboursement suivantes s'appliquent :**

Le diagnostic et la prescription de l'émicizumab, l'initiation du traitement et la prise en charge ultérieure ne peuvent être effectués que dans les centres universitaires et/ou spécialisés dans l'hémophilie suivants. En font partie:

Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St.Gallen, Ostschweizer Kinderhospital St.Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderhospital Zürich.

Avant le début du traitement, une demande de prise en charge des coûts doit être obtenue auprès de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil, en indiquant le schéma posologique utilisé: dose de charge pendant les 4 premières semaines (3 mg/kg de poids corporel par voie sous-cutanée une fois par semaine pendant les 4 premières semaines) et dose d'entretien à partir de la semaine 5 (1,5 mg/kg PC s.c. une fois par semaine ou 3 mg/kg PC toutes les deux semaines s.c. ou 6 mg/kg PC toutes les quatre semaines s.c.).

Dans le cadre de la demande de prise en charge des coûts, le médecin traitant doit justifier auprès de l'assureur-maladie pourquoi il choisit le régime de dosage pour le traitement d'entretien et dans quelle mesure les quantités de rejets sont minimisées avec le régime de dosage appliqué. Comme le taux de rejet pour le schéma de dosage de 1,5 mg/kg PC une fois par semaine devrait correspondre au taux de rejet le plus élevé, il est particulièrement important, lors de l'utilisation de ce schéma de dosage, de justifier pourquoi ce schéma particulier devrait être utilisé. Des adaptations de la posologie dues à des changements de poids des patients sont possibles dans le cadre des dosages remboursés sans nouvelle demande de prise en charge des coûts.

Sur la base de la documentation continue du patient, les données correspondantes devraient être enregistrées dans le registre SHN, à condition que le patient donne son accord.

Le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA rembourse sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, resp. sur demande de l'Al, pour chaque boîte d'Hemlibra, un pourcentage fixe du prix départ usine. Il informe l'assureur-maladie ou l'Al du pourcentage du montant remboursé par rapport au prix départ usine. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

Par ailleurs, le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, resp. l'Al, le montant déterminé par mg pour la quantité d'émicizumab administrée par année civile et par patient qui dépasse un nombre défini de mg par patient et par année civile. Il communique à l'assureur-maladie ou à l'Al la valeur seuil (le nombre de mg par patient et par année) ainsi que le montant défini par mg. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de ce montant (base PDU). Le remboursement doit être effectué rétroactivement sur une base calendaire annuelle (avec une date de référence au 31 décembre). La demande de remboursement peut intervenir à partir de ce moment.

Le prix des préparations sanguines est calculé sur la base du prix départ usine plus une marge fixe de Fr. 40.- plus TVA en raison de la situation particulière de l'approvisionnement (pratiquement pas de commerce intermédiaire).

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IMNOVID	Celgene GmbH	071640			
caps 1 mg 21 pce			20221	9965.95	9482.90
caps 2 mg 21 pce			20221	10092.75	9606.59
caps 3 mg 21 pce			20221	10219.55	9730.28
caps 4 mg 21 pce			20221	10304.35	9813.03

Vieille limitation :

Seulement après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil.

Imnovid, en association avec la dexaméthasone, est indiqué pour le traitement du myélome multiple (MM) en rechute et réfractaire chez les patients ayant déjà reçu au moins deux traitements antérieurs (comportant le lénalidomide et le bortézomib) et dont la maladie a progressé pendant le dernier traitement.

Nouvelle limitation :

Seulement après accord préalable sur la prise en charge des frais par la caisse maladie après consultation du médecin-conseil.

Imnovid, en association avec la dexaméthasone, est indiqué pour le traitement du myélome multiple (MM) en rechute et réfractaire chez les patients ayant déjà reçu au moins deux traitements antérieurs (comportant le lénalidomide et le bortézomib) et dont la maladie a progressé pendant le dernier traitement.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.07.2021

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assurance-maladie et consultation préalable du médecin conseil.

IMNOVID est remboursé en association avec l'élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement chez des patients adultes atteints de myélome multiple ayant déjà reçu au moins deux traitements, dont le lénalidomide et un inhibiteur de protéasome et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement.

La société Celgene GmbH rembourse à l'assureur-maladie 17,97% du prix de sortie d'usine par emballage d'IMNOVID sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne assurée l'était au moment de l'achat.

La demande de remboursement par l'assurance-maladie ne s'applique qu'à l'association d'élotuzumab et d'IMNOVID et elle ne peut avoir lieu que si l'utilisation des deux médicaments peut être démontrée. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigé en sus de ce montant de remboursement.

STELARA	Janssen-Cilag AG	071500			
sol inj 45 mg/0.5ml seringue prête ser pré 0.500 ml			19301	3765.55	3433.73
Inf Konz 130 mg/26ml flac 1 pce			20638	3765.55	3433.73
sol inj 45 mg/0.5ml flac flac 1 pce			20717	3765.55	3433.73
sol inj 90 mg/ml seringue prête ser pré 1 ml			19301	3765.55	3433.73

Vieille limitation :

Traitement de patients adultes et adolescents à partir de 12 ans atteints de psoriasis en plaques sévère, chez lesquels les UVB et la PUVA thérapie ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes, à savoir la ciclosporine, le méthotrexate et l'acitrétine, n'ont pas entraîné le succès thérapeutique escompté. Au cas où aucun succès thérapeutique n'est apparu avant la 3e injection, le traitement doit être interrompu.

Traitement du rhumatisme psoriasique actif chez des patients adultes en monothérapie ou en combinaison avec du méthotrexate (MTX), lorsque la réponse à un précédent traitement antirhumatismal modifiant le cours de la maladie (DMARDs) a été insuffisante.

Traitement de patients adultes atteints de maladie de Crohn active modérée à sévère chez lesquels des thérapies conventionnelles ou le traitement par un antagoniste du TNF- α n'ont pas provoqué de réponse suffisante ou n'ont plus provoqué de réponse, sont contre-indiqués ou n'ont pas été tolérés.

Un raccourcissement de l'intervalle de dosage à huit semaines chez les patients avec activité inflammatoire muqueuse ou systémique élevée ainsi qu'une prolongation d'un an du traitement par STELARA nécessitent une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation du médecin-conseil.

Seuls des spécialistes en gastroentérologie, en dermatologie ou en rhumatologie, ou encore des hôpitaux/policliniques universitaires, sont habilités à prescrire ce médicament.

Nouvelle limitation :**Psoriasis en plaques**

Traitement de patients adultes et adolescents à partir de 12 ans atteints de psoriasis en plaques sévère, chez lesquels les UVB et la PUVA thérapie ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes, à savoir la ciclosporine, le méthotrexate et l'acitrétine, n'ont pas entraîné le succès thérapeutique escompté. Au cas où aucun succès thérapeutique n'est apparu avant la 3e injection, le traitement doit être interrompu.

Seuls des spécialistes en dermatologie ou des hôpitaux/polycliniques universitaires sont habilités à prescrire ce médicament.

Psoriasis-Arthritisme**Rhumatisme psoriasique**

Traitement du rhumatisme psoriasique actif chez des patients adultes en monothérapie ou en combinaison avec du méthotrexate (MTX), lorsque la réponse à un précédent traitement antirhumatismal modifiant le cours de la maladie (DMARDs) a été insuffisante.

Seuls des spécialistes en rhumatologie ou des hôpitaux/polycliniques universitaires sont habilités à prescrire ce médicament

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.06.2020**Maladie de Crohn**

Traitement de patients adultes atteints de maladie de Crohn active modérée à sévère chez lesquels des thérapies conventionnelles ou le traitement par un antagoniste du TNF- α n'ont pas provoqué de réponse suffisante ou n'ont plus provoqué de réponse, sont contre-indiqués ou n'ont pas été tolérés.

Un raccourcissement de l'intervalle de dosage à huit semaines chez les patients avec activité inflammatoire muqueuse ou systémique élevée ainsi qu'une prolongation d'un an du traitement par STELARA nécessitent une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation du médecin-conseil.

Seuls des spécialistes en gastroentérologie ou des hôpitaux/polycliniques universitaires sont habilités à prescrire ce médicament.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.05.2022**Colite ulcéreuse**

Traitement de patients adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à sévère active chez lesquels les thérapies conventionnelles ou le traitement par un agent biologique n'ont pas provoqué de réponse suffisante ou n'ont plus provoqué de réponse, sont contre-indiqués ou n'ont pas été tolérés.

Un raccourcissement de l'intervalle de dosage à huit semaines chez les patients avec activité inflammatoire muqueuse ou systémique élevée ainsi qu'une prolongation d'un an du traitement par STELARA nécessitent une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation du médecin-conseil.

Seuls des spécialistes en gastroentérologie ou des hôpitaux/polycliniques universitaires sont habilités à prescrire ce médicament.

« Les antibiotiques agissent contre les bactéries, mais pas contre les virus. »



Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Saint-Gall		8033984
Zurich		8682885 8195921

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

24/2020