



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Édition du 20 janvier 2020

# OFSP-Bulletin

Semaine

# 4/2020

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

Liste des spécialités *Corrigenda*, p. 10

Liste des spécialités, p. 11

# 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
Mesures de prévention et d'hygiène essentielles _____	6
Rapport hebdomadaire des affections grippales _____	7
Liste des spécialités Corrigenda _____	10
Liste des spécialités _____	11
Vol d'ordonnances _____	27

# Déclarations des maladies infectieuses

## Situation à la fin de la 2<sup>e</sup> semaine (14.01.2020)<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

<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 2<sup>e</sup> semaine (14.01.2020)<sup>a</sup>

	Semaine 2			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Transmission respiratoire</b>												
<b>Haemophilus influenzae: maladie invasive</b>	4 2.40	6 3.60	5 3.00	16 2.40	19 2.90	14 2.10	121 1.40	143 1.70	117 1.40	12 3.60	15 4.50	10 3.00
<b>Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers<sup>b</sup></b>	286 173.30	413 250.20	1277 773.70	794 120.30	782 118.40	3679 557.20	13703 159.60	11902 138.70	8893 103.60	544 164.80	609 184.50	2693 815.80
<b>Légionellose</b>	8 4.80	15 9.10	4 2.40	25 3.80	39 5.90	33 5.00	569 6.60	580 6.80	494 5.80	15 4.50	29 8.80	16 4.80
<b>Méningocoques: maladie invasive</b>			3 1.80	5 0.80	1 0.20	5 0.80	46 0.50	59 0.70	51 0.60	3 0.90		4 1.20
<b>Pneumocoques: maladie invasive</b>	33 20.00	22 13.30	42 25.40	100 15.20	118 17.90	159 24.10	863 10.00	926 10.80	971 11.30	70 21.20	78 23.60	118 35.80
<b>Rougeole</b>	2 1.20	1 0.60		14 2.10	2 0.30		227 2.60	50 0.60	101 1.20	7 2.10	2 0.60	
<b>Rubéole<sup>c</sup></b>							1 0.01	2 0.02	1 0.01			
<b>Rubéole, materno-fœtale<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberculose</b>	3 1.80	7 4.20	6 3.60	11 1.70	29 4.40	24 3.60	414 4.80	514 6.00	532 6.20	4 1.20	16 4.80	12 3.60
<b>Transmission féco-orale</b>												
<b>Campylobactériose</b>	217 131.50	230 139.40	142 86.00	625 94.70	635 96.20	484 73.30	7293 85.00	7789 90.80	7199 83.90	423 128.10	457 138.40	341 103.30
<b>Hépatite A</b>	6 3.60	2 1.20	1 0.60	12 1.80	8 1.20	4 0.60	86 1.00	104 1.20	108 1.30	8 2.40	2 0.60	2 0.60
<b>Hépatite E</b>	4 2.40	3 1.80	1 0.60	11 1.70	8 1.20	1 0.20	114 1.30	75 0.90	1 0.01	4 1.20	3 0.90	1 0.30
<b>Infection à E. coli entérohémorragique</b>	18 10.90	23 13.90	7 4.20	49 7.40	50 7.60	34 5.20	1132 13.20	848 9.90	708 8.20	25 7.60	29 8.80	22 6.70
<b>Listériose</b>		1 0.60	1 0.60	1 0.20	1 0.20	4 0.60	35 0.40	52 0.60	46 0.50		1 0.30	3 0.90
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>		1 0.60	1 0.60	1 0.20	3 0.40	2 0.30	21 0.20	23 0.30	23 0.30		1 0.30	1 0.30
<b>Salmonellose, autres</b>	29 17.60	34 20.60	27 16.40	76 11.50	86 13.00	89 13.50	1540 17.90	1472 17.20	1836 21.40	43 13.00	53 16.10	59 17.90
<b>Shigellose</b>	2 1.20	6 3.60	1 0.60	6 0.90	12 1.80	4 0.60	212 2.50	255 3.00	141 1.60	4 1.20	8 2.40	2 0.60

	Semaine 2			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Transmission par du sang ou sexuelle</b>												
Chlamydieuse	213 129.00	240 145.40	168 101.80	712 107.80	663 100.40	571 86.50	11978 139.60	11204 130.50	11029 128.50	316 95.70	352 106.60	299 90.60
Gonorrhée <sup>e</sup>	99 60.00	89 53.90	52 31.50	285 43.20	232 35.10	172 26.00	3932 45.80	2961 34.50	2571 30.00	144 43.60	134 40.60	109 33.00
Hépatite B, aiguë			1 0.60		2 0.30	6 0.90	23 0.30	32 0.40	37 0.40		1 0.30	3 0.90
Hépatite B, total déclarations	14	24	39	65	68	97	1098	1174	1212	23	32	62
Hépatite C, aiguë		1 0.60			2 0.30	2 0.30	23 0.30	29 0.30	36 0.40		1 0.30	1 0.30
Hépatite C, total déclarations	6	25	19	44	74	86	1012	1277	1392	13	37	47
Infection à VIH	6 3.60	13 7.90	6 3.60	32 4.80	29 4.40	18 2.70	426 5.00	416 4.80	461 5.40	11 3.30	15 4.50	6 1.80
Sida		1 0.60	4 2.40	1 0.20	7 1.10	4 0.60	80 0.90	74 0.90	81 0.90		1 0.30	4 1.20
Syphilis, stades précoces <sup>f</sup>	4 2.40	12 7.30	5 3.00	11 1.70	41 6.20	6 0.90	623 7.30	608 7.10	6 0.07	7 2.10	19 5.80	6 1.80
Syphilis, total <sup>g</sup>	5 3.00	18 10.90	17 10.30	17 2.60	61 9.20	55 8.30	854 10.00	919 10.70	967 11.30	8 2.40	27 8.20	31 9.40
<b>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</b>												
Brucellose							6 0.07	5 0.06	8 0.09			
Chikungunya	2 1.20			2 0.30	1 0.20		42 0.50	5 0.06	18 0.20	2 0.60		
Dengue	1 0.60	5 3.00	2 1.20	7 1.10	12 1.80	10 1.50	235 2.70	173 2.00	158 1.80	3 0.90	10 3.00	8 2.40
Encéphalite à tiques	2 1.20		3 1.80	5 0.80	4 0.60	3 0.40	264 3.10	374 4.40	272 3.20	3 0.90	2 0.60	3 0.90
Fièvre du Nil occidental							1 0.01					
Fièvre jaune								1 0.01				
Fièvre Q				2 0.30	2 0.30	3 0.40	102 1.20	51 0.60	41 0.50			2 0.60
Infection à Hantavirus								1 0.01	1 0.01			
Infection à virus Zika							1 0.01	3 0.03	14 0.20			
Paludisme	10 6.10		4 2.40	18 2.70	2 0.30	22 3.30	295 3.40	277 3.20	344 4.00	10 3.00	1 0.30	17 5.20
Trichinellose				1 0.20			3 0.03		1 0.01	1 0.30		
Tularémie			1 0.60	2 0.30	1 0.20	8 1.20	142 1.60	115 1.30	133 1.60			5 1.50
<b>Autres déclarations</b>												
Botulisme									2 0.02			
Diphthérie <sup>h</sup>							2 0.02	5 0.06	2 0.02			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob					2 0.30		17 0.20	19 0.20	17 0.20			
Tétanos												

# Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 10.01.2020 et incidence pour 1000 consultations (N/10<sup>3</sup>)  
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	51		52		1		2		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	78	5.4	47	9.8	53	12.4	149	12.1	81.8	9.9
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	3	0.2	2	0.4	4	0.9	3	0.2	3	0.4
Piqûre de tiques	0	0	0	0	0	0	1	0.1	0.3	0
Borreliose de Lyme	3	0.2	0	0	1	0.2	0	0	1	0.1
Herpès zoster	7	0.5	10	2.1	2	0.5	17	1.4	9	1.1
Néuralgies post-zostériennes	2	0.1	0	0	0	0	3	0.2	1.3	0.1
Médecins déclarants	158		119		105		156		134.5	

## Mesures de prévention et d'hygiène essentielles

Tant les personnes en bonne santé que les personnes atteintes de la grippe devraient suivre ces mesures de prévention et ces règles d'hygiène, qui permettent de réduire à la fois le risque de transmission et le risque d'infection.



### Lavez-vous les mains

Lavez-vous soigneusement les mains avec de l'eau et du savon plusieurs fois par jour.



### Toussez et éternuez dans le creux du coude

Si vous n'avez pas de mouchoir en papier sur vous, tousssez et éternuez dans le creux du coude. Ce geste est plus hygiénique que de mettre la main devant la bouche. Si vous deviez toutefois utiliser les mains, lavez-les soigneusement avec de l'eau et du savon le plus rapidement possible.



### Toussez et éternuez dans un mouchoir en papier

Placez un mouchoir en papier devant la bouche et le nez pour tousssez et éternuez. Après usage, jetez les mouchoirs en papier dans une poubelle et lavez-vous soigneusement les mains avec de l'eau et du savon.



### Restez à la maison

Si vous souffrez de symptômes grippaux, restez impérativement à la maison. Vous éviterez ainsi la propagation de la maladie. Restez à la maison jusqu'à la guérison complète de votre grippe. Attendez au moins un jour après la disparition de la fièvre avant de retourner à vos occupations habituelles.

# 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.

Le seuil épidémique saisonnier a été dépassé, l'incidence est en hausse.

Le seuil épidémique saisonnier de 69 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants a été dépassé (Figure 1).

## Semaine 2/2020

La propagation des affections grippales en Suisse est actuellement répandue. Durant la semaine 2, 156 médecins du système de surveillance Sentinella ont rapporté 12,1 cas d'affections grippales pour 1000 consultations. Extrapolé à l'ensemble de la population, ce taux correspond à une incidence de 95 consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants, avec une tendance à la hausse.

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

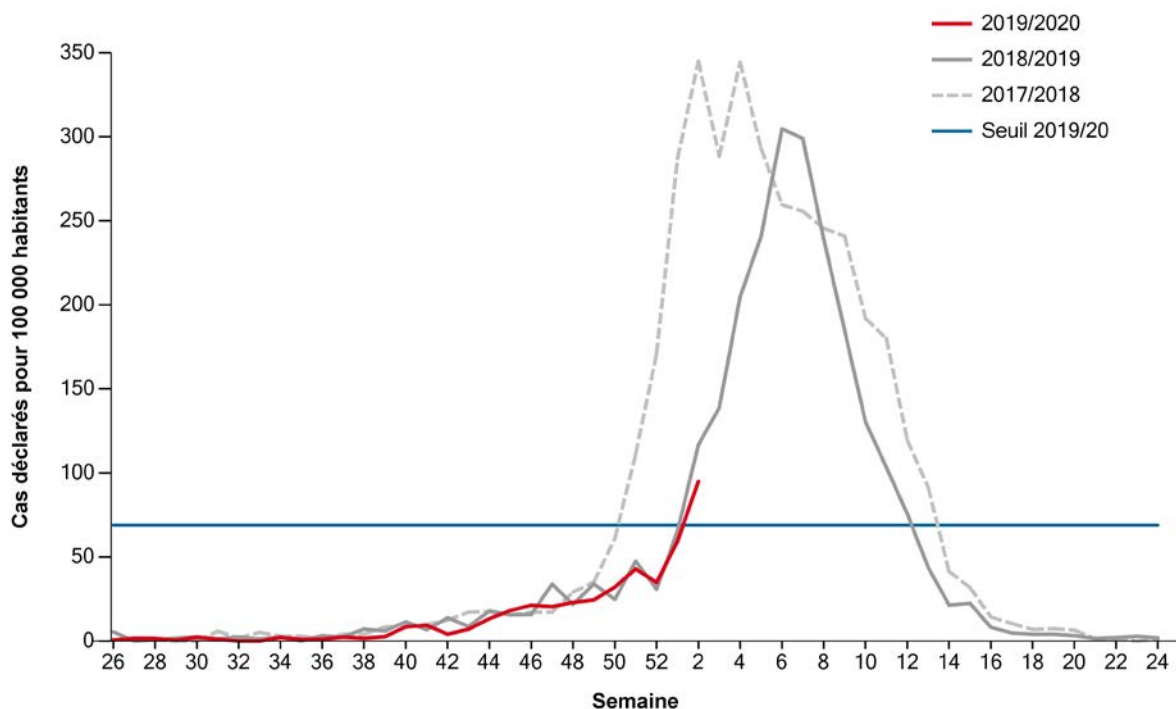
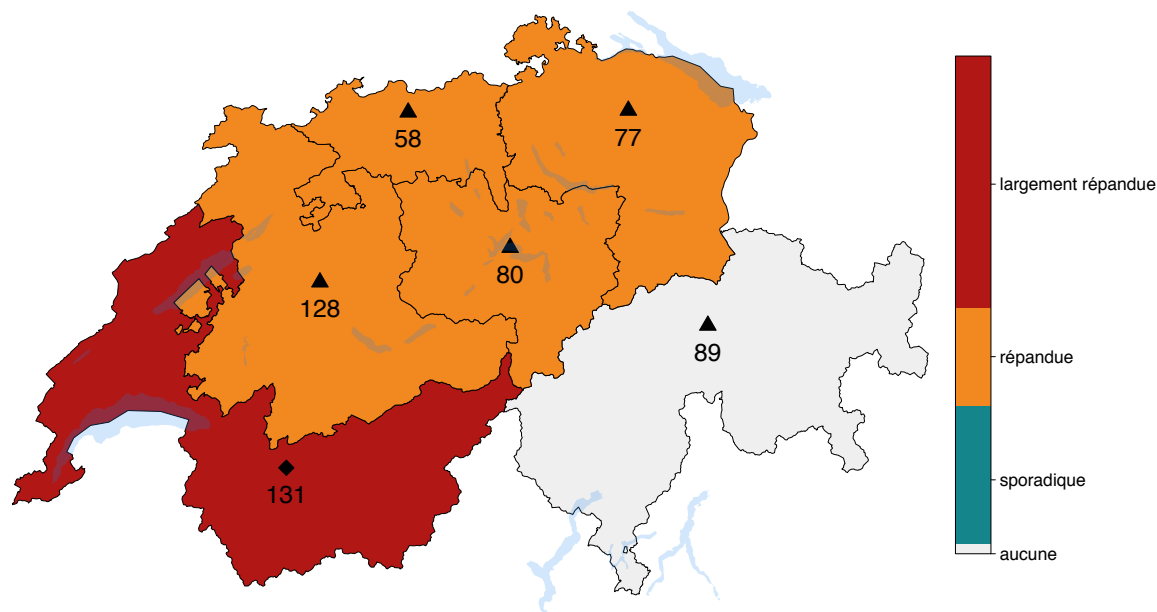


Figure 2  
Incidence des affections grippales pour 100 000 habitants et propagation des virus Influenza par région Sentinella durant la semaine 2/2020



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).  
Tendance: ▲ ascendante ▼ descendante ◆ constante

L'incidence était la plus élevée dans la classe d'âge des 15 à 29 ans (Tableau 1). La propagation de la grippe était largement répandue dans la région 1 et répandue dans les régions 2 à 5 (Figure 2, Encadré). Les échantillons de la région 6 étaient tous négatifs au cours des deux dernières semaines, d'où l'absence de propagation des virus Influenza dans cette région. Dans presque toutes les régions et tous les groupes d'âge, l'incidence était en hausse.

Durant la semaine 2, le Centre National de Référence de l'Influenza (CNRI) a mis en évidence 14 virus Influenza A et 3 virus Influenza B dans les 52 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  
– *Similaire à A/Michigan/45/2015*
- Influenza A(H3N2)  
– *Similaire à A/Kansas/14/2017*
- Influenza B-Victoria  
– *Similaire à B/Colorado/06/2017*

Tableau 1:  
Incidence des consultations dues à une affection grippale en fonction de l'âge durant la semaine 2/2020

Classe d'âge	Consultations dues à une affection grippale pour 100 000 habitants	Tendance
0-4 ans	108	constante
5-14 ans	87	ascendante
15-29 ans	142	ascendante
30-64 ans	95	ascendante
≥65 ans	50	ascendante
<b>Suisse</b>	<b>95</b>	<b>ascendante</b>

Tableau 2:  
Virus Influenza circulant en Suisse  
Fréquence des types et sous-types d'Influenza isolés

	Semaines cumulées 2019/20
Echantillons positifs	50 de 258 (19 %)
B Victoria	20 %
B Yamagata	0 %
B non sous-typé	8 %
A(H3N2)	16 %
A(H1N1)pdm09	42 %
A non sous-typé	14 %



## 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 69 cas d'affections grippales pour 100 000 habitants pour la saison 2019/20.
- 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.

### Situation internationale

Récemment en Europe, on a généralement observé une activité grippale moyenne, avec une tendance à la hausse dans presque tous les pays [1]. L'Amérique du Nord a enregistré une activité à la hausse [2-4]. En Asie, l'activité rapportée était basse à moyenne, avec une tendance à la hausse [4].

En Europe et en Asie, les virus Influenza en circulation appartenaient tant au sous-type A(H3N2) et A(H1N1)pdm09 qu'à la lignée B-Victoria [1, 4]. En Amérique du Nord, les virus de la lignée B-Victoria dominaient, suivis par le sous-type A(H1N1)pdm09, puis par A(H3N2) au Canada seulement.

### 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](mailto:epi@bag.admin.ch)

### Pour les médias

Téléphone 058 462 95 05  
E-mail [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch)

### Références

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal Influenza – Latest surveillance data <http://flunewseurope.org/> (accessed on 14.01.2020).
2. Weekly U.S. Influenza Surveillance Report <http://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm> (accessed on 14.01.2020).
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 14.01.2020).
4. World Health Organisation (WHO) Influenza update – 358 [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 14.01.2020).

## 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 !

## Liste des spécialités

### Corrigenda concernant « IV.c. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans » (Bulletin 51/19)

Dans le numéro 51/2019 du Bulletin, la partie « IV.c. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans » indiquait par erreur une modification de prix pour le TIMO COMOD Gtt Opht 0,250 % 5 ml. Étant donné que cet emballage a été supprimé de la LS le 1<sup>er</sup> décembre 2019, son prix n'a pas baissé à ce moment-là et la publication de l'information dans le bulletin était erronée.

L'OFSP regrette vivement cet incident. La version en ligne du Bulletin 51/19 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 2020

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
<b>I. Nouvelle admissions des préparations</b>					
01.06 G		<b>DULOXÉTINE NOBEL</b> (Duloxetine)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	20936	caps 30 mg blist 28 pce Fr. 28.80 (14.37)		67645002	01.01.2020, B
	20936	caps 30 mg blist 84 pce Fr. 63.90 (41.36)		67645003	01.01.2020, B
	20936	caps 60 mg blist 14 pce Fr. 27.65 (13.35)		67645004	01.01.2020, B
	20936	caps 60 mg blist 28 pce Fr. 45.45 (25.30)		67645005	01.01.2020, B
	20936	caps 60 mg blist 84 pce Fr. 101.20 (73.86)		67645006	01.01.2020, B
04.99 G		<b>PANTOPRAZOLE NOBEL</b> (Pantoprazolum)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	20998	cpr pell 20 mg blist 15 pce Fr. 9.25 (4.47)		67644001	01.01.2020, B
	20998	cpr pell 20 mg blist 30 pce Fr. 17.25 (7.87)		67644002	01.01.2020, B
	20998	cpr pell 20 mg blist 60 pce Fr. 28.20 (13.84)		67644003	01.01.2020, B
	20998	cpr pell 20 mg blist 120 pce Fr. 44.35 (24.36)		67644004	01.01.2020, B
	20998	cpr pell 40 mg blist 7 pce Fr. 8.15 (3.53)		67644005	01.01.2020, B
	20998	cpr pell 40 mg blist 15 pce Fr. 15.75 (6.58)		67644006	01.01.2020, B
	20998	cpr pell 40 mg blist 30 pce Fr. 26.85 (12.67)		67644007	01.01.2020, B
	20998	cpr pell 40 mg blist 60 pce Fr. 41.70 (22.03)		67644008	01.01.2020, B
	20998	cpr pell 40 mg blist 105 pce Fr. 54.35 (33.04)		67644009	01.01.2020, B
06.07.12		<b>MONOFER</b> (Ferrum(III) ionisatum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	20961	prép inj perf 100 mg/ml 5 flac 1 ml Fr. 170.60 (134.33)		67001001	01.01.2020, B
	20961	prép inj perf 500 mg/5 ml flac 5 ml Fr. 170.60 (134.33)		67001002	01.01.2020, B
	20961	prép inj perf 500 mg/5 ml 5 flac 5 ml Fr. 787.45 (671.66)		67001003	01.01.2020, B
	20961	prép inj perf 1000 mg/10 ml flac 10 ml Fr. 324.80 (268.66)		67001004	01.01.2020, B
	20961	prép inj perf 1000 mg/10 ml 2 flac 10 ml Fr. 633.25 (537.33)		67001005	01.01.2020, B
06.07.30	21014	<b>PELMEG</b> (Pegfilgrastimum) sol inj 6 mg/0.6 ml sécurisée ser pré 1 pce Fr. 857.55 (732.73)	Mundipharma Medical Company Hamilton,- Bermuda, Basel Branch	67448001	01.01.2020, 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.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.02.30		<b>VI-DE 3 DOSE MENS</b> (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Dr. Wild & Co. AG		
	20590	sol buv 4800 UI/ml unidos 5 ml Fr. 2.60 (1.42)		65698001	01.01.2020, D
	20590	sol buv 4800 UI/ml 3 fl 5 ml Fr. 9.00 (4.26)		65698002	01.01.2020, B
	20590	sol buv 4800 UI/ml 6 fl 5 ml Fr. 18.00 (8.52)		65698003	01.01.2020, B
Pour le traitement d'une grave carence en vitamine D attestée [concentrations 25(OH)D < 25 nmol/l ou 10 ng/ml] chez les personnes âgées de plus de 70 ans. L'utilisation doit se faire sous contrôle médical.					
07.14		<b>XIAPEX</b> (Collagenasum clostridium histolyticum)	Swedish Orphan Biovitrum AG		
	19464	subst sèche 0.900 mg c solv flac 1 pce Fr. 956.00 (818.48)		61390001	01.01.2012, B
Dans le traitement de la contracture de Dupuytren chez les patients adultes ayant une corde palpable. XIAPEX ne peut être administré que par des spécialistes de la chirurgie de la main et par d'autres spécialistes ayant une expérience avérée dans le traitement des contractures de Dupuytren.					
07.15		<b>TALTZ</b> (Ixekizumabum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	20532	sol inj 80 mg/ml seringue pré-rempli 1 pce Fr. 1348.95 (1173.89)		65906001	01.01.2017, B
	20532	sol inj 80 mg/ml seringue pré-rempli 2 pce Fr. 2636.45 (2347.78)		65906002	01.01.2017, B
	20532	sol inj 80 mg/ml stylo pré-rempli 1 pce Fr. 1348.95 (1173.89)		65907001	01.01.2017, B
	20532	sol inj 80 mg/ml stylo pré-rempli 2 pce Fr. 2636.45 (2347.78)		65907002	01.01.2017, B
La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie / rhumatologie. Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques grave, pour laquelle les thérapies UVB et PUVA ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine) n'ont pas donné de résultat thérapeutique. Le traitement doit être interrompu si aucun résultat thérapeutique ne s'est produit après 20 semaines.					
07.16.10		<b>ZYKADIA</b> (Ceritinibum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20375	caps 150 mg 150 pce (3x 50 pce) Fr. 6173.95 (5783.38)		65386001	01.09.2017, A
Après prise en charge par l'assurance-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.					
08.03		<b>PREVYMIS</b> (Letermovirum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20765	cpr pell 240 mg 28 pce Fr. 5209.65 (4842.57)		66652001	01.01.2019, A
	20765	cpr pell 480 mg 28 pce Fr. 10064.35 (9578.88)		66652002	01.01.2019, A
08.06 G		<b>POSACONAZOL ZENTIVA</b> (Posaconazolium)	Helvepharm AG		
	21016	cpr 100 mg 24 pce Fr. 670.70 (561.22)		67185001	01.01.2020, B
	21016	cpr 100 mg 96 pce Fr. 2523.55 (2244.86)		67185002	01.01.2020, B
La prophylaxie chez des patients à risque élevé (voir 1a et 1b) peut être prescrit seulement par des centres qualifiés. 1a. Pour la prophylaxie des mycoses invasives (en particulier l'aspergillose) chez des patients neutropéniques avec leucémie myéloïde aiguë ou syndrome myélodysplasique, qui ont déjà reçus une chimiothérapie cytotoxique. 1b. Pour la prophylaxie des mycoses invasives (en particulier l'aspergillose) chez des patients avec Graft Versus Host Disease (réaction du greffon contre l'hôte). 2. Fusariose chez des patients résistants au traitement par l'amphotéricine B ou présentant une intolérance à l'amphotéricine B. 3. Chromoblastomycose et mycétome chez des patients résistants au traitement par l'itraconazole ou présentant une intolérance à l'itraconazole. 4. Coccidioïdomycose chez des patients résistants au traitement par l'amphotéricine B, l'itraconazole ou le fluconazole ou présentant une intolérance à ces substances.					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
09.99 G		<b>DIENOGEST MEPHA</b> (Dienogestum)	Mepha Pharma AG		
	21015	cpr 2 mg blist 28 pce Fr. 68.20 (45.12)		67453001	01.01.2020, B
	21015	cpr 2 mg 3 blist 28 pce Fr. 148.50 (115.05)		67453002	01.01.2020, B
11.09 G		<b>TRAVOPROST MEPHA PLUS</b> (Travoprostum, Timololum)	Mepha Pharma AG		
	21012	gtt opht 0.04 mg/5 mg fl 2.500 ml Fr. 33.65 (15.02)		66730001	01.01.2020, B
	21012	gtt opht 0.04 mg/5 mg 3 fl 2.500 ml Fr. 65.55 (42.80)		66730002	01.01.2020, B
<b>II. Autres emballages et dosages</b>					
04.08.11		<b>CITRAFLEET</b> (Natrii picosulfas, Magnesii oxidum leve, Acidum citricum anhydricum)	Recordati AG		
	20260	pdr 100 pce Fr. 550.60 (465.31)		65202002	01.01.2020, B
<b>III. Préparations/emballages radiés</b>					
01.06 G		<b>DULOXETIN MEPHA</b> (Duloxetine)	Mepha Pharma AG		
	20482	caps 30 mg 28 pce Fr. 28.80 (14.37)		65784001	01.01.2020, B
	20482	caps 30 mg blist 84 pce Fr. 58.45 (36.64)		65784007	01.01.2020, B
	20482	caps 30 mg fl 100 pce Fr. 66.50 (43.62)		65784002	01.01.2020, B
	20482	caps 60 mg 14 pce Fr. 27.65 (13.35)		65784003	01.01.2020, B
	20482	caps 60 mg 28 pce Fr. 45.45 (25.30)		65784004	01.01.2020, B
	20482	caps 60 mg 84 pce Fr. 101.20 (73.86)		65784005	01.01.2020, B
	20482	caps 60 mg fl 100 pce Fr. 112.30 (83.53)		65784006	01.01.2020, B
01.06 0		<b>TOLVON</b> (Mianserini hydrochloridum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	12221	cpr 30 mg 30 pce Fr. 19.60 (9.94)		38417134	01.01.2020, B
	12221	cpr 30 mg 100 pce Fr. 47.75 (27.32)		38417096	01.01.2020, B
	12221	cpr 60 mg 30 pce Fr. 34.25 (15.56)		38417118	01.01.2020, B
	12221	cpr 60 mg 100 pce Fr. 75.90 (51.84)		38417126	01.01.2020, B
01.14		<b>UBRETID</b> (Distigmini bromidum)	Takeda Pharma AG		
	11918	cpr 5 mg 20 pce Fr. 15.05 (6.00)		37746010	01.01.2020, B
	11918	cpr 5 mg 50 pce Fr. 27.95 (13.65)		37746029	01.01.2020, B
02.08.10		<b>PHLEBODRIL N</b> (Rusci extractum ethanolicum siccum, Hesperidini methylchalconum)	Pierre Fabre Pharma AG		
	15020	caps 30 pce Fr. 11.80 (6.39)		54307012	01.01.2020, D
	15020	caps 100 pce Fr. 33.80 (18.32)		54307020	01.01.2020, D
05.99 G		<b>DUTASTERID TAMSULOSIN SANDOZ</b> (Dutasteridum, Tamsulosini hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20853	caps 0.5/0.4 mg 7 pce Fr. 8.35 (3.71)		66661001	01.01.2020, B
	20853	caps 0.5/0.4 mg 30 pce Fr. 34.60 (15.87)		66661002	01.01.2020, B
	20853	caps 0.5/0.4 mg 90 pce Fr. 71.05 (47.61)		66661003	01.01.2020, B

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.02.10		<b>MAGNEGON</b> (Magnesium ionisatum)	Takeda Pharma AG		
	17757	cpr mâcher 120 mg 20 pce Fr. 6.45 (3.36)		55348001	01.01.2020, D
	17757	cpr mâcher 120 mg 60 pce Fr. 15.35 (7.95)		55348002	01.01.2020, D
07.06.10		<b>INSULINE NOVOMIX 30 FLEXPEN</b> (Insulinum aspartum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	17640	susp inj stylo préemp 5 stylo pré 3 ml Fr. 69.85 (46.57)		55757003	01.01.2020, B
07.06.10		<b>INSULINE NOVOMIX 30 PENFILL</b> (Insulinum aspartum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	17543	susp inj cartouche 5x 3 ml Fr. 64.20 (41.62)		55415003	01.01.2020, B
07.13.30		<b>PHARMALGEN APIS MELLIFERA</b> (Apis melliferae venenum)	ALK-Abelló AG		
	13625	subst sèche trait cont c solv 4 pce Fr. 245.50 (199.56)		60687002	01.01.2020, A
07.13.30		<b>PHARMALGEN VESPUA SPP</b> (Vesputae spp. venenum)	ALK-Abelló AG		
	13625	subst sèche trait cont c solv 4 pce Fr. 317.20 (262.01)		60688002	01.01.2020, A
07.16.20		<b>LUTRATE DEPOT</b> (Leuprorelini acetat)	Labatec Pharma SA		
	20499	subst sèche 22.5000 mg i.m. c solv kit1 pce Fr. 415.95 (348.05)		65430001	01.01.2020, A
	20500	subst sèche 3.7500 mg i.m. c solv kit1 pce Fr. 152.45 (118.50)		65303001	01.01.2020, A
08.03		<b>INVIRASE</b> (Saquinavirum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	18264	cpr pell 500 mg fl 120 pce Fr. 547.80 (462.88)		57318001	01.01.2020, A
11.99		<b>LUCENTIS</b> (Ranibizumabum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	18483	sol inj 2.3000 mg/0.23 ml av accessoireflac 0.230 ml Fr. 1020.15 (874.34)		57664002	01.01.2020, B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>IV. Réduction de prix</b>					
<b>IV.a. Baisses de prix volontaires dans les 18 mois suivant l'admission sur la LS</b>					
<b>ODEFSEY</b> fl 30 pce	Gilead Sciences Switzerland Sàrl	080300	20732	1003.10	859.51
<b>IV.b. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS</b>					
<b>REFIXIA</b> 1 pce	Novo Nordisk Pharma AG	060110	20684	988.35	924.22
1 pce			20684	1935.65	1848.44
1 pce			20684	3830.30	3696.88
<b>REXULTI</b> blis 7 pce	Lundbeck (Schweiz) AG	010500	20807	20.25	10.48
blis 10 pce			20807	50.75	29.94
blis 28 pce			20807	170.65	134.36
blis 28 pce			20807	213.05	171.31
blis 28 pce			20807	269.35	220.35
<b>IV.c. Comparaison des prix avec l'étranger</b>					
<b>PREVYMIS</b> 28 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	20765	5209.65	4842.57
28 pce			20765	10064.35	9578.88
<b>XIAPEX</b> flac 1 pce	Swedish Orphan Biovitrum AG	071400	19464	956.00	818.48
<b>IV.d. Baissement de prix volontairement</b>					
<b>BENDAMUSTIN ACCORD</b> flac 1 pce	Accord Healthcare AG	071610	20972	76.95	52.76
flac 1 pce			20972	212.45	170.78
<b>CARVÉDILOL MEPHA</b> 30 pce	Mepha Pharma AG	020710	18460	17.50	8.10
<b>CLARITHROMYCINE MEPHA</b> blis 14 pce	Mepha Pharma AG	080160	18197	25.55	11.53
<b>GEMCITABIN ACCORD</b> flac 20 ml	Accord Healthcare AG	071610	20860	214.90	172.92
<b>IV.e. Correction d'un baissement de prix volontairement</b>					
<b>RISPERDAL</b> 1mg/ml 30 ml	Janssen-Cilag AG	0105	16515	35.65	16.79
<b>IV.f. Mutation de prix normale</b>					
<b>TALTZ</b> 1 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	071500	20532	1348.95	1173.89
2 pce			20532	2636.45	2347.78
1 pce			20532	1348.95	1173.89
2 pce			20532	2636.45	2347.78
<b>VENCLYXTO</b> blis 14 pce	AbbVie AG	071610	20764	99.10	72.05
blis 7 pce			20764	223.15	180.11
blis 7 pce			20764	429.95	360.23

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>IV.g. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet</b>					
<b>EZETIMIB SIMVA SPIRIG HC</b> blis 30 pce	Spirig HealthCare AG	071200	20971	27.80	13.52
blis 30 pce			20971	33.90	15.23
blis 30 pce			20971	36.80	17.75
blis 30 pce			20971	41.05	21.49
<b>ÉZÉTIMIB SIMVASTATIN AXAPHARM</b> blis 28 pce	Axapharm AG	071200	20976	26.80	12.62
blis 28 pce			20976	28.60	14.22
blis 28 pce			20976	35.40	16.56
<b>EZETIMIB SIMVASTATIN SANDOZ</b> 28 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	071200	20711	26.80	12.62
28 pce			20711	28.60	14.22
28 pce			20711	35.40	16.56
<b>EZETIMIB SIMVASTATIN ZENTIVA</b> blis 28 pce	Helvepharm AG	071200	20967	26.80	12.62
blis 28 pce			20967	28.60	14.22
blis 28 pce			20967	35.40	16.56
<b>EZETIMIB SIMVASTATIN MEPHA</b> bte 28 pce	Mepha Pharma AG	071200	20762	26.80	12.62
bte 28 pce			20762	28.60	14.22
bte 28 pce			20762	35.40	16.56
<b>INEGY</b> 28 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071200	18299	52.60	31.54
28 pce			18299	57.20	35.54
28 pce			18299	63.95	41.41
<b>NOXAFIL</b> flac 1 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080600	20409	526.40	444.25
<b>RENAGEL</b> fl 180 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	079900	17944	216.30	174.12
<b>RENVELA</b> 180 pce	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	079900	19528	190.65	151.78
60 pce			19516	190.65	151.78
<b>RIVASTIGMIN MEPHA PATCH</b> 30 pce	Mepha Pharma AG	019900	20783	61.75	39.51
30 pce			20783	61.75	39.51
30 pce			20783	61.75	39.51
<b>RIVASTIGMIN ZENTIVA PATCH</b> sach 30 pce	Helvepharm AG	019900	20796	61.75	39.51
sach 30 pce			20796	61.75	39.51
<b>SEVELAMERCARBONATE SALMON PHARMA</b> 180 pce	Salmon Pharma GmbH	079900	20582	155.80	121.42
<b>V. Augmentations de prix</b>					
<b>V.a. Changement de catégorie de remise</b>					
<b>MOTILIUM</b> 30 pce	Janssen-Cilag AG	040600	13408	8.20	3.55



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

#### VI. Modifications de la limitation /de l'indication

<b>HEMLIBRA</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	060110			
sol inj 30 mg/ml flac 1 pce			20818	2803.40	2695.04
sol inj 60 mg/0.4ml flac 1 pce			20818	5565.85	5390.08
sol inj 105 mg/0.7ml flac 1 pce			20818	9709.45	9432.64
sol inj 150 mg/ml flac 1 pce			20818	13853.10	13475.20

#### 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, Universitätskinderspital 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, Kantonsspital St. Gallen, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderspital 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 30.06.2021

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, Universitätskinderspital 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 Kinderspital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderspital 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.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>LYNPARZA</b>	AstraZeneca AG	071610			
cpr pell 150 mg blist 112 pce			20852	5360.25	4989.53
cpr pell 100 mg blist 112 pce			20852	5360.25	4989.53

**Vieille limitation:****Cancer de l'ovaire récidivant après chimiothérapie**

Uniquement après prescription par un gynécologue ou un oncologue et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, comme traitement d'entretien (monothérapie) chez des patients atteints d'un cancer avancé séreux de haut grade de l'ovaire, sensible au platine, et suite à une réponse (partielle ou complète) à une chimiothérapie à base de platine dans les conditions suivantes:

- = 2 chimiothérapies préalables à base de platine, la dernière de ces chimiothérapies à base de platine avec = 4 cycles de thérapie.
- pas de traitement/traitement d'entretien préalable avec des inhibiteurs de PARP.
- Le traitement est poursuivi jusqu'à la progression de la maladie.

Des thérapies combinées telles que olaparib avec des traitements immuno-oncologiques ainsi que la reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute ne sont pas remboursés.

Durant les 24 premiers mois, les montants remboursés sont ceux figurant sur la LS. Pour un traitement d'une durée supérieure (à partir de 25 mois), le titulaire de l'autorisation rembourse 50% du prix départ usine pour l'achat de toute boîte supplémentaire de Lynparza, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat.

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 6 mois qui suivent l'administration.

**Nouvelle limitation limitée jusqu'au 31.08.2022****Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne**

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie et après accord de prise en charge par la caisse d'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil concernant le traitement d'entretien (en monothérapie) du cancer séreux de haut grade de l'ovaire de stade avancé (stades FIGO III et IV) avec une mutation du gène BRCA chez les patientes en rémission complète ou partielle (réduction = 30% du volume de la tumeur ou taux de CA-125 n'ayant pas baissé jusqu'aux valeurs normales) suite à une première ligne de chimiothérapie (néo)adjuvante à base de platine et sans signe clinique de progression ou taux de CA-125 en augmentation après la fin de la chimiothérapie, dans les conditions suivantes:

- au moins 6 cycles de chimiothérapie à base de platine ou au moins 4 cycles en cas d'interruption de la chimiothérapie en raison de toxicité
- Maintien du traitement jusqu'à la progression.
- La durée maximale de remboursement du traitement est de 24 mois pour les patientes en rémission complète (aucune tumeur mise en évidence par radiographie) après 2 ans.

Pour les patientes avec une tumeur résiduelle mesurable après un traitement d'une durée supérieure à 24 mois (à partir de 25 mois), le titulaire de l'autorisation rembourse 50% du prix départ usine pour l'achat de toute boîte supplémentaire de Lynparza, sur demande de la caisse d'assurance-maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat. Durant les 24 premiers mois, les montants remboursés sont ceux figurant sur la LS. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en sus de cette partie du prix départ usine. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration.

Des thérapies combinées telles que olaparib avec des traitements immuno-oncologiques ainsi que la reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute ne sont pas remboursés.

**Cancer de l'ovaire récidivant après chimiothérapie**

Uniquement après prescription par un gynécologue ou un oncologue et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil, comme traitement d'entretien (monothérapie) chez des patients atteints d'un cancer avancé séreux de haut grade de l'ovaire, sensible au platine, et suite à une réponse (partielle ou complète) à une chimiothérapie à base de platine dans les conditions suivantes:

- = 2 chimiothérapies préalables à base de platine, la dernière de ces chimiothérapies à base de platine avec = 4 cycles de thérapie.
- pas de traitement/traitement d'entretien préalable avec des inhibiteurs de PARP.
- Le traitement est poursuivi jusqu'à la progression de la maladie.

Des thérapies combinées telles que olaparib avec des traitements immuno-oncologiques ainsi que la reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute ne sont pas remboursés.

Durant les 24 premiers mois, les montants remboursés sont ceux figurant sur la LS. Pour un traitement d'une durée supérieure (à partir de 25 mois), le titulaire de l'autorisation rembourse 50% du prix départ usine pour l'achat de toute boîte supplémentaire de Lynparza, sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel l'assuré était assuré au moment de l'achat.

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 6 mois qui suivent l'administration.

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

<b>OPDIVO</b> flac 240 mg/24ml	Bristol-Myers Squibb SA	071610	20461	3458.80	3134.43
-----------------------------------	-------------------------	--------	-------	---------	---------

**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.

**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 1mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines pour 4 cycles au maximum. A cet effet, les flacons de 100 mg et 40 mg d'OPDIVO sont prévus.

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. 5'690.34 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 7e édition de l'AJCC) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le traitement adjuvant par nivolumab doit être commencé dans les 15 semaines à compter de la résection.

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.

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

**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 fabrique 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.

**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.

**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 1mg/kg de poids corporel toutes les 3 semaines pour 4 cycles au maximum. A cet effet, les flacons de 100 mg et 40 mg d'OPDIVO sont prévus.

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. 5'690.34 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 7e édition de l'AJCC) après résection complète chez des patients sans thérapie systémique antérieure pour le traitement du mélanome. Le traitement adjuvant par nivolumab doit être commencé dans les 15 semaines à compter de la résection.

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 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.

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

**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 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 fabrique 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.

**Limitation limitée jusqu'au 31.03.2021****Cancer colorectal (CRC) avec dMMR/ MSI-H**

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

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.

La déficience du système de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ou haute instabilité microsatellitaire (MSI-H) doit être prouvée par un test validé.

Pour le traitement du cancer colorectal métastatique, 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, 24,00% du prix de fabrique par boîte ou par mg d'OPDIVO administré de manière prouvée pour un CRCm. 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.

<b>PELMEG</b>	Mundipharma Medical Company	060730			
sol inj 6 mg/0.6ml			0	0.00	0.00
seringue p. à l'emploi 24 pce					

**Nouvelle limitation:**

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

<b>PERJETA</b>	Roche Pharma (Schweiz) AG	071610			
flac 420 mg/14ml Vial 14 ml			19972	3304.10	2983.53

**Vieille limitation:****Limitation limitée jusqu'au 30.04.2021****Cancer du sein métastatique (mBC)**

Perjeta est indiqué en association à Herceptin et au docétaxel dans le traitement des patientes souffrant d'un cancer du sein HER2-positif métastatique ou localement récurrent, non résécable, non prétraitées par chimiothérapie pour leur maladie métastatique.

Après l'arrêt de la chimiothérapie (environ 6 cycles de docétaxel), Perjeta est administré en association à Herceptin jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, l'entreprise Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour l'association Perjeta et Herceptin la somme de Fr. 452.33 à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Perjeta achetée en cas d'un cancer du sein métastatique. 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 6 mois qui suivent l'administration.

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

**Limitation limitée jusqu'au 30.04.2021****Traitement néoadjuvant du cancer du sein**

Perjeta est indiqué en association avec Herceptin et le docétaxel dans le traitement néoadjuvant de patientes souffrant d'un cancer du sein HER2-positif, localement avancé, inflammatoire ou d'un cancer du sein au stade précoce avec risque élevé de récurrence (taille de la tumeur >2 cm de diamètre ou avec atteinte des ganglions lymphatiques) dans le cadre d'un plan thérapeutique pour le cancer du sein au stade précoce. Le traitement néoadjuvant par Perjeta est limité à 6 cycles thérapeutiques maximum.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat (début du traitement), l'entreprise Roche Pharma (Suisse) SA rembourse un montant forfaitaire unique sur la combinaison de Perjeta et Herceptin de Fr. 4485.95 par cas de néoadjuvant ou patiente. Le remboursement est indépendant du nombre réel de cycles thérapeutiques d'administration de néoadjuvant et ne peut être combiné à des remboursements supplémentaires par flacon. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit en règle générale avoir lieu dans les 6 mois après réception de la facture.

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

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

**Nouvelle limitation:****Limitation limitée jusqu'au 30.04.2021****Cancer du sein métastatique**

Perjeta est indiqué en association avec Herceptin et docétaxel dans le traitement des patientes souffrant d'un cancer du sein HER2-positif métastatique ou localement récurrent, non résécable, non prétraitées par chimiothérapie pour leur maladie métastatique. Après l'arrêt de la chimiothérapie (environ 6 cycles de docétaxel), Perjeta est administré en association à Herceptin jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA rembourse pour l'association Perjeta et Herceptin la somme de Fr. 452.33 à l'assureur-maladie pour chaque boîte de Perjeta achetée en cas d'un cancer du sein métastatique. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

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

**Limitation limitée jusqu'au 30.04.2021****Traitement néoadjuvant du cancer du sein**

Perjeta est indiqué en association avec Herceptin et le docétaxel (et la carboplatine pour 6 cycles néoadjuvants) dans le traitement néoadjuvant de patientes souffrant d'un cancer du sein HER2-positif, localement avancé, inflammatoire ou d'un cancer du sein au stade précoce avec risque élevé de récurrence (taille de la tumeur > 2 cm de diamètre ou avec atteinte des ganglions lymphatiques) dans le cadre d'un plan thérapeutique pour le cancer du sein au stade précoce. Le traitement néoadjuvant par Perjeta est limité à 6 cycles thérapeutiques maximum.

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat (début du traitement), le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA rembourse un montant forfaitaire unique sur la combinaison de Perjeta et Herceptin de Fr. 4485.95 par cas de néoadjuvant ou patiente. Le remboursement est indépendant du nombre réel de cycles thérapeutiques d'administration de néoadjuvant et ne peut être combiné à des remboursements supplémentaires par flacon. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

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

**Limitation limitée jusqu'au 30.04.2021****Traitement adjuvant du cancer du sein**

Perjeta est indiqué en association avec Herceptin et la chimiothérapie dans le traitement adjuvant de patientes souffrant d'un cancer du sein HER2-positif au stade précoce avec risque élevé de récurrence (atteinte des ganglions lymphatiques). Après accord préalable sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Les patientes ayant reçu un traitement néoadjuvant par Perjeta et Herceptin peuvent poursuivre avec le traitement adjuvant par Perjeta et Herceptin sans nouvel accord sur la prise en charge des frais. Le traitement adjuvant est limité à 18 cycles maximum, indépendamment du moment de l'opération. En cas de prétraitement néoadjuvant par Perjeta et Herceptin, le traitement est complété par un traitement adjuvant pour un total n'excédant pas 18 cycles (par ex. 4 cycles néoadjuvants suivis de 14 cycles adjuvants, ou 6 cycles néoadjuvants suivis de 12 cycles adjuvants).

Sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA rembourse à l'assureur-maladie une partie déterminée du prix départ usine pour l'association de Perjeta et Herceptin pour chaque boîte de Perjeta achetée dans le cadre d'un traitement adjuvant (post-opératoire). Il indique à l'assureur-maladie la hauteur du remboursement. Pour le prétraitement néoadjuvant, c'est le schéma de remboursement adjuvant qui s'applique à partir 5e ou 7e cycle thérapeutique (correspond au 6<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> flacon de Perjeta, premier cycle = 2 flacons de Perjeta). La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

REVLIMID	Celgene GmbH	071610			
5 mg 21 pce			18541	5423.00	5050.71
10 mg 21 pce			18541	5694.00	5315.13
15 mg 21 pce			18541	5971.85	5586.20
25 mg 21 pce			18541	6544.90	6145.26
20 mg 21 pce			18541	6258.35	5865.73
2.500 mg 21 pce			18541	5287.45	4918.50
7.500 mg 21 pce			18541	5558.50	5182.92

**Vieille limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Revlimid, jusqu'à la progression ou l'intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques.

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

**Limitation limitée jusqu'au 30.11.2021**

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches se fait aux prix LS valide au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement d'entretien dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 décembre 2019.

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

**Limitation limitée jusqu'au 31.05.2021**

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec carfilzomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 20,62% du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie dans le cadre de la thérapie d'entretien par REVLIMID administrée après la polythérapie par carfilzomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant au moins 12 cycles complets de polythérapie par carfilzomib plus REVLIMID. Si l'administration de carfilzomib est arrêtée avant la complétion des 12 cycles, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

**Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021**

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec elotuzumab et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 25,87% du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'elotuzumab et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'elotuzumab est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

**Limitation limitée jusqu'au 31.03.2020**

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec ixazomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes qu'ont déjà reçu au moins un traitement auparavant et montrent des caractéristiques de haut risque (définies comme risque élevé d'anomalies cytogénétiques [risque élevé pour del[17], t[4;14], t[14;16]] ou 1q21) ou stade III selon ISS) ou qui ont reçu au moins deux traitements préalables.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 23,50% du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'ixazomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'ixazomib est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

**Nouvelle limitation:**

Pour le traitement

- des patients adultes non éligibles à une greffe qui souffrent du myélome multiple non préalablement traité, en association avec la dexaméthasone ou en association avec le melphalan et la prednisone, respectivement suivi d'un traitement d'entretien par Revlimid, jusqu'à la progression ou l'intolérance
- des patients souffrant d'un myélome multiple qui ont déjà reçu au moins un traitement médicamenteux antérieurement, en association avec la dexaméthasone
- des patients qui présentent une anémie dépendante de transfusion à la suite d'un syndrome myélodysplasique avec un risque faible ou intermédiaire 1, en relation avec une anomalie cytogénétique comportant une délétion 5q, accompagnée ou non d'autres anomalies cytogénétiques.

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

**Limitation limitée jusqu'au 30.11.2021**

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement du myélome multiple chez les patients adultes en traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement d'entretien après l'autogreffe de cellules souches se fait aux prix LS valide au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement d'entretien dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assuré lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50% du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 décembre 2019.

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

#### Limitation limitée jusqu'au 31.05.2021

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec carfilzomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 20,62 % du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie dans le cadre de la thérapie d'entretien par REVLIMID administrée après la polythérapie par carfilzomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant au moins 12 cycles complets de polythérapie par carfilzomib plus REVLIMID. Si l'administration de carfilzomib est arrêtée avant la complétion des 12 cycles, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

#### Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec elotuzumab et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes ayant déjà reçu au moins un traitement auparavant. Le traitement par REVLIMID peut être remboursé jusqu'à progression de la maladie.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 25,87 % du prix départ usine de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'elotuzumab et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'elotuzumab est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

#### Limitation limitée jusqu'au 31.03.2020

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, REVLIMID en association avec ixazomib et la dexaméthasone est utilisé pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les patients adultes qu'ont déjà reçu au moins un traitement auparavant et montrent des caractéristiques de haut risque (définies comme risque élevé d'anomalies cytogénétiques [risque élevé pour (del[17], t[4;14], t[14;16]) ou 1q21] ou stade III selon ISS) ou qui ont reçu au moins deux traitements préalables.

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, CELGENE GmbH rembourse à cet assureur maladie 23,50 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie pour la combinaison d'ixazomib et REVLIMID n'est admissible que si la personne assurée a reçu auparavant les deux médicaments au même temps. Si l'administration d'ixazomib est arrêtée, l'assureur maladie ne peut pas demander de remboursement pour la thérapie d'entretien consécutive. Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement doit normalement être soumise en l'espace de 6 mois après administration.

#### Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

##### L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (induction avant la greffe de cellules souches).

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement d'induction en association avec Bortezomib et la dexaméthasone chez les patients atteints de myélome multiple non traités jusque-là avant la greffe de cellules souches.

Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du REVLIMID avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, la préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette une substitution pour les mêmes raisons.

#### Limitation limitée jusqu'au 31.12.2021

##### L'association de REVLIMID avec le bortezomib et la dexaméthasone (sans la greffe de cellules souches).

Après accord de la prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement des patients adultes atteints de myélome multiple qui ne peuvent pas être traités avec une greffe de cellules souches, en combinaison avec le bortezomib et la dexaméthasone.

Le remboursement pendant les premiers 24 mois effectives du traitement se fait aux prix LS valides au moment de l'achat du produit. Si la durée du traitement dépasse les 25 mois, CELGENE GmbH rembourse, sur demande de l'assureur maladie chez lequel le patient était assurée lorsque REVLIMID lui a été délivré, 50 % du prix de fabrique de chaque boîte de REVLIMID.

La demande de remboursement soumise par l'assureur maladie après 24 mois de thérapie n'est admissible que s'il est prouvé que la personne assurée a reçu auparavant la combinaison REVLIMID, Bortezomib et la dexaméthasone (RVd) pendant 16 semaines.

Une demande de remboursement de la TVA en plus des montants à rembourser n'est pas admissible. La demande de remboursement n'est pas admissible que pour des traitements initiés après le 1 janvier 2020.

Une fois que les génériques du bortezomib seront admis dans la liste des spécialités, la combinaison ne sera économique qu'au niveau de prix de l'association du REVLIMID avec un générique du bortezomib et la dexaméthasone, sauf si le médecin ne prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.



PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>VENCLYXTO</b>	AbbVie AG	071610			
cpr pell 100 mg blist 7 pce			20764	429.95	360.23
cpr pell 50 mg blist 7 pce			20764	223.15	180.11
cpr pell 10 mg blist 14 pce			20764	99.10	72.05
cpr pell 100 mg blist 14 pce			20764	843.50	720.46
cpr pell 100 mg blist 112 pce			20764	6153.75	5763.66

**Vieille limitation:****Limitation limitée jusqu'au 31.10.2020**

Le traitement exige une garantie de prise en charge par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil.

En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en présence d'une délétion 17p ou d'une mutation TP53 chez les patients adultes en échec de traitement par un inhibiteur de la voie de signalisation du récepteur des cellules B. Le traitement sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité inacceptable.

**Nouvelle limitation:**

Le traitement exige une garantie de prise en charge par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil.

Venclyxto est indiqué en association avec le rituximab pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) ayant reçu au moins un traitement antérieur.

Le traitement (incluant au maximum 6 cycles de rituximab) est remboursé pendant une durée maximale de 24 mois + 5 semaines (durée du traitement conformément à l'information professionnelle).

Aucun autre traitement médicamenteux anti-LLC n'est remboursé jusqu'à l'apparition d'une progression de la maladie.

**Limitation limitée jusqu'au 31.10.2020**

Le traitement exige une garantie de prise en charge par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil.

En monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique (LLC) en présence d'une délétion 17p ou d'une mutation TP53 chez les patients adultes en échec de traitement par un inhibiteur de la voie de signalisation du récepteur des cellules B. Le traitement sera remboursé jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité inacceptable.

<b>XIAPEX</b>	Swedish Orphan Biovitrum AG	0714			
subst sèche 0.900 mg c Solv			19464 956.00	429.95	360.23
flac 1 pce			818.48		

**Vieille limitation:**

Utilisation par des médecins spécialistes en chirurgie de la main et d'autres médecins spécialistes bénéficiant d'une expérience attestée dans le traitement de la contracture de Dupuytren.

L'admission est limitée au 31.12.2019.

**Nouvelle limitation:**

Dans le traitement de la contracture de Dupuytren chez les patients adultes ayant une corde palpable. XIAPEX ne peut être administré que par des spécialistes de la chirurgie de la main et par d'autres spécialistes ayant une expérience avérée dans le traitement des contractures de Dupuytren.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>TALTZ</b> sol inj 80 mg/ml seringue p. à l'emploi 1 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	0715	20532	1348.95	1173.89
sol inj 80 mg/ml seringue p. à l'emploi 2 pce			20532	2636.45	2347.78
sol inj 80 mg/ml stylo prérempli 1 pce			20532	1348.95	1173.89
sol inj 80 mg/ml stylo prérempli 2 pce			20532	2636.45	2347.78

**Vieille limitation:****Limitation limitée jusqu'au 31.12.2019**

La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie / rhumatologie.

Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques grave, pour laquelle les thérapies UVB et PUVA ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine) n'ont pas donné de résultat thérapeutique.

Le traitement doit être interrompu si aucun résultat thérapeutique ne s'est produit après 20 semaines.

Seul ou en association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs) conventionnels, chez les patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs DMARDs ou ne l'ayant pas toléré.

**Nouvelle limitation:**

La prescription médicale ne peut être délivrée que par des médecins spécialisés en dermatologie ou en rhumatologie ou appartenant aux cliniques universitaires spécialisées en dermatologie / rhumatologie.

Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques grave, pour laquelle les thérapies UVB et PUVA ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes (ciclosporine/méthotrexate/acitrétine) n'ont pas donné de résultat thérapeutique.

Le traitement doit être interrompu si aucun résultat thérapeutique ne s'est produit après 20 semaines.

**Limitation limitée jusqu'au 31.12.2020**

Seul ou en association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs) conventionnels, chez les patients adultes atteints d'arthrite psoriasique active n'ayant pas suffisamment répondu à un traitement par un ou plusieurs DMARDs ou ne l'ayant pas toléré.

Dans cette indication, Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 94.93 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 189.86 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

<b>CITRAFLEET</b> sol inj 80 mg/ml seringue p. à l'emploi 1 pce	Recordati AG	040811	20532	1348.95	1173.89
--	--------------	--------	-------	---------	---------

**Nouvelle limitation:**

Pour le lavage intestinal avant les examens radiologiques ou endoscopiques et avant une intervention chirurgicale. En règle générale, 2 sachets sont remboursés par lavage intestinal et par patient. Le prix du nombre de sachets délivrés doit être calculé proportionnellement au prix public de l'emballage utilisé.

**LIMITATION IT-CODE 08.08****Vaccins**

La prise en charge des coûts des vaccins au titre de mesure préventive dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des soins est régie par les conditions contraignantes fixées à l'article 12a OPAS pour les vaccinations correspondantes. En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins. Les prix des vaccins sont des prix maximaux (art. 52, al. 3, LAMal) et ne s'appliquent pas aux vaccinations en série (par ex. dans le service médical scolaire). Dans ce cas, les tarifs négociés par les assureurs maladie avec les autorités compétentes ou, le cas échéant, ceux fixés par les autorités, sont applicables. Si le vaccin est acheté à un prix inférieur (par exemple dans le cadre d'une série de vaccinations), le médecin ne peut pas le facturer au prix public de la LS. L'avantage doit être répercuté conformément à l'article 56, al. 3, LAMal.

**Nouvelle limitation:**

La prise en charge des coûts des vaccins au titre de mesure préventive dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire des soins est régie par les conditions contraignantes fixées à l'article 12a OPAS pour les vaccinations correspondantes. En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins. Les prix des vaccins sont des prix maximaux (art. 52, al. 3, LAMal) et ne s'appliquent pas aux vaccinations en série (par ex. dans le service médical scolaire). Dans ce cas, les tarifs négociés par les assureurs maladie avec les autorités compétentes ou, le cas échéant, ceux fixés par les autorités, sont applicables. Si le vaccin est acheté à un prix inférieur (par exemple dans le cadre d'une série de vaccinations), le médecin ne peut pas le facturer au prix public de la LS. L'avantage doit être répercuté conformément à l'article 56, al. 3, LAMal.

L'avantage doit être répercuté conformément à l'article 56, al. 3, LAMal, hormis si des conventions au sens de l'art. 56, al. 3bis, LAMal, ont été conclues.

# Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

**Les ordonnances suivantes sont bloquées**

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Berne		8204913
Saint-Gall		8032173

OFSP-Bulletin  
OFCL, Diffusion publications  
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# OFSP-Bulletin

Semaine

# 4/2020