



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Édition du 17 mai 2021

Semaine

# OFSP-Bulletin<sup>Semaine</sup>20/2021

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

**VOICI COMMENT  
NOUS PROTÉGER:**  
**[www.ofsp-coronavirus.ch](http://www.ofsp-coronavirus.ch)**



# 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  |
| <a href="http://www.ofsp-coronavirus.ch/vaccination">www.ofsp-coronavirus.ch/vaccination</a> : Informations sur la vaccination COVID-19 | 7  |
| Maladies transmises par les tiques – Situation en Suisse  | 8  |
| Corrigenda  | 12 |
| Liste des spécialités   | 13 |
| Vol d'ordonnances   | 27 |

# Déclarations des maladies infectieuses

## Situation à la fin de la 18<sup>e</sup> semaine (11.05.2021)<sup>a</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

### Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 18<sup>e</sup> semaine (11.05.2021)<sup>a</sup>

|   | Semaine 18  |             |              | Dernières 4 semaines |              |              | Dernières 52 semaines |                 |                 | Depuis début année |                 |                 |
|---|-------------|-------------|--------------|----------------------|--------------|--------------|-----------------------|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------|-----------------|
|   | 2021        | 2020        | 2019         | 2021                 | 2020         | 2019         | 2021                  | 2020            | 2019            | 2021               | 2020            | 2019            |
| <b>Transmission respiratoire</b>  |             |             |              |                      |              |              |                       |                 |                 |                    |                 |                 |
| <b>Haemophilus influenzae: maladie invasive</b>                                 | 2<br>1.20   |             | 2<br>1.20    | 8<br>1.20            |              | 8<br>1.20    | 56<br>0.60            | 106<br>1.20     | 131<br>1.50     | 22<br>0.70         | 46<br>1.50      | 64<br>2.10      |
| <b>Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers<sup>b</sup></b> |             | 2<br>1.20   | 14<br>8.40   |                      | 38<br>5.70   | 259<br>39.00 | 51<br>0.60            | 11835<br>136.90 | 13693<br>158.40 | 26<br>0.90         | 11321<br>378.30 | 13254<br>442.90 |
| <b>Légionellose</b>   | 6<br>3.60   | 7<br>4.20   | 10<br>6.00   | 23<br>3.50           | 15<br>2.30   | 31<br>4.70   | 500<br>5.80           | 524<br>6.10     | 592<br>6.80     | 121<br>4.00        | 98<br>3.30      | 155<br>5.20     |
| <b>Méningocoques: maladie invasive</b>  |             |             |              |                      |              | 4<br>0.60    | 9<br>0.10             | 39<br>0.40      | 50<br>0.60      | 1<br>0.03          | 12<br>0.40      | 17<br>0.60      |
| <b>Pneumocoques: maladie invasive</b>   | 9<br>5.40   | 13<br>7.80  | 22<br>13.20  | 46<br>6.90           | 26<br>3.90   | 87<br>13.10  | 326<br>3.80           | 748<br>8.60     | 880<br>10.20    | 134<br>4.50        | 364<br>12.20    | 489<br>16.30    |
| <b>Rougeole</b>   |             |             | 12<br>7.20   |                      | 2<br>0.30    | 52<br>7.80   |                       | 78<br>0.90      | 205<br>2.40     |                    | 35<br>1.20      | 178<br>6.00     |
| <b>Rubéole<sup>c</sup></b>  |             |             |              |                      |              |              |                       | 1<br>0.01       | 1<br>0.01       |                    |                 |                 |
| <b>Rubéole, materno-fœtale<sup>d</sup></b>                                      |             |             |              |                      |              |              |                       |                 |                 |                    |                 |                 |
| <b>Tuberculose</b>  | 8<br>4.80   | 2<br>1.20   | 13<br>7.80   | 29<br>4.40           | 35<br>5.30   | 35<br>5.30   | 344<br>4.00           | 409<br>4.70     | 450<br>5.20     | 118<br>3.90        | 134<br>4.50     | 156<br>5.20     |
| <b>Transmission féco-orale</b>  |             |             |              |                      |              |              |                       |                 |                 |                    |                 |                 |
| <b>Campylobactériose</b>  | 59<br>35.50 | 46<br>27.70 | 132<br>79.40 | 219<br>32.90         | 147<br>22.10 | 437<br>65.70 | 6239<br>72.20         | 6734<br>77.90   | 7834<br>90.60   | 1484<br>49.60      | 1386<br>46.30   | 1957<br>65.40   |
| <b>Hépatite A</b>   | 1<br>0.60   | 1<br>0.60   | 1<br>0.60    | 16<br>2.40           | 5<br>0.80    | 2<br>0.30    | 63<br>0.70            | 98<br>1.10      | 94<br>1.10      | 35<br>1.20         | 38<br>1.30      | 18<br>0.60      |
| <b>Hépatite E</b>   | 2<br>1.20   | 2<br>1.20   | 4<br>2.40    | 7<br>1.00            | 5<br>0.80    | 12<br>1.80   | 148<br>1.70           | 100<br>1.20     | 97<br>1.10      | 109<br>3.60        | 31<br>1.00      | 44<br>1.50      |
| <b>Infection à E. coli entérohémorragique</b>                                   | 7<br>4.20   | 8<br>4.80   | 8<br>4.80    | 39<br>5.90           | 19<br>2.90   | 39<br>5.90   | 706<br>8.20           | 1023<br>11.80   | 850<br>9.80     | 173<br>5.80        | 156<br>5.20     | 222<br>7.40     |
| <b>Listériose</b>   |             | 3<br>1.80   | 1<br>0.60    | 3<br>0.40            | 11<br>1.60   | 3<br>0.40    | 37<br>0.40            | 48<br>0.60      | 42<br>0.50      | 8<br>0.30          | 22<br>0.70      | 10<br>0.30      |
| <b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>   |             |             |              |                      | 1<br>0.20    | 1<br>0.20    | 1<br>0.01             | 27<br>0.30      | 17<br>0.20      |                    | 10<br>0.30      | 4<br>0.10       |
| <b>Salmonellose, autres</b>   | 19<br>11.40 | 15<br>9.00  | 25<br>15.00  | 74<br>11.10          | 44<br>6.60   | 93<br>14.00  | 1277<br>14.80         | 1476<br>17.10   | 1484<br>17.20   | 299<br>10.00       | 277<br>9.30     | 350<br>11.70    |
| <b>Shigellose</b>   |             | 2<br>1.20   | 2<br>1.20    | 3<br>0.40            | 5<br>0.80    | 10<br>1.50   | 30<br>0.40            | 189<br>2.20     | 260<br>3.00     | 10<br>0.30         | 40<br>1.30      | 67<br>2.20      |

|  | Semaine 18    |              |               | Dernières 4 semaines |              |               | Dernières 52 semaines |                 |                 | Depuis début année |                |                |
|--|---------------|--------------|---------------|----------------------|--------------|---------------|-----------------------|-----------------|-----------------|--------------------|----------------|----------------|
|  | 2021          | 2020         | 2019          | 2021                 | 2020         | 2019          | 2021                  | 2020            | 2019            | 2021               | 2020           | 2019           |
| <b>Transmission par du sang ou sexuelle</b>                    |               |              |               |                      |              |               |                       |                 |                 |                    |                |                |
| Chlamydirose   | 211<br>126.90 | 148<br>89.00 | 188<br>113.10 | 904<br>135.90        | 488<br>73.40 | 814<br>122.40 | 11637<br>134.60       | 12054<br>139.40 | 11404<br>131.90 | 4277<br>142.90     | 3727<br>124.60 | 4084<br>136.50 |
| Gonorrhée*   | 53<br>31.90   | 35<br>21.00  | 78<br>46.90   | 247<br>37.10         | 105<br>15.80 | 266<br>40.00  | 3502<br>40.50         | 3820<br>44.20   | 3340<br>38.60   | 1214<br>40.60      | 1158<br>38.70  | 1285<br>42.90  |
| Hépatite B, aiguë  |               |              |               |                      |              | 5<br>0.80     | 1<br>0.01             | 21<br>0.20      | 34<br>0.40      |                    | 5<br>0.20      | 12<br>0.40     |
| Hépatite B,<br>total déclarations                              | 29            | 13           | 14            | 82                   | 45           | 69            | 986                   | 1018            | 1175            | 381                | 321            | 400            |
| Hépatite C, aiguë  |               |              | 2<br>1.20     |                      | 1<br>0.20    | 3<br>0.40     |                       | 16<br>0.20      | 31<br>0.40      |                    | 2<br>0.07      | 13<br>0.40     |
| Hépatite C,<br>total déclarations                              | 26            | 8            | 13            | 90                   | 46           | 60            | 966                   | 947             | 1172            | 359                | 292            | 374            |
| Infection à VIH  | 2<br>1.20     | 1<br>0.60    | 11<br>6.60    | 27<br>4.10           | 6<br>0.90    | 33<br>5.00    | 300<br>3.50           | 379<br>4.40     | 417<br>4.80     | 119<br>4.00        | 95<br>3.20     | 146<br>4.90    |
| Sida   |               |              | 1<br>0.60     | 2<br>0.30            | 7<br>1.00    | 8<br>1.20     | 45<br>0.50            | 80<br>0.90      | 76<br>0.90      | 18<br>0.60         | 23<br>0.80     | 24<br>0.80     |
| Syphilis,<br>stades précoces <sup>f</sup>                      | 4<br>2.40     | 11<br>6.60   | 13<br>7.80    | 22<br>3.30           | 30<br>4.50   | 45<br>6.80    | 509<br>5.90           | 703<br>8.10     | 674<br>7.80     | 149<br>5.00        | 202<br>6.80    | 239<br>8.00    |
| Syphilis, total <sup>g</sup>                                   | 5<br>3.00     | 14<br>8.40   | 14<br>8.40    | 29<br>4.40           | 39<br>5.90   | 57<br>8.60    | 704<br>8.10           | 1003<br>11.60   | 974<br>11.30    | 216<br>7.20        | 286<br>9.60    | 330<br>11.00   |
| <b>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</b> |               |              |               |                      |              |               |                       |                 |                 |                    |                |                |
| Brucellose   |               |              |               |                      | 1<br>0.20    |               | 2<br>0.02             | 7<br>0.08       | 5<br>0.06       |                    | 1<br>0.03      | 1<br>0.03      |
| Chikungunya  |               |              | 1<br>0.60     |                      | 1<br>0.20    | 3<br>0.40     |                       | 35<br>0.40      | 20<br>0.20      |                    | 11<br>0.40     | 17<br>0.60     |
| Dengue   |               | 2<br>1.20    | 5<br>3.00     |                      | 4<br>0.60    | 11<br>1.60    | 14<br>0.20            | 252<br>2.90     | 169<br>2.00     | 5<br>0.20          | 66<br>2.20     | 71<br>2.40     |
| Encéphalite à tiques   | 5<br>3.00     | 7<br>4.20    | 3<br>1.80     | 17<br>2.60           | 19<br>2.90   | 10<br>1.50    | 455<br>5.30           | 271<br>3.10     | 375<br>4.30     | 28<br>0.90         | 22<br>0.70     | 13<br>0.40     |
| Fièvre du Nil occidental                                       |               |              |               |                      |              |               | 1<br>0.01             | 1<br>0.01       |                 |                    |                |                |
| <b>Fièvre jaune</b>  |               |              |               |                      |              |               |                       |                 |                 |                    |                |                |
| Fièvre Q   |               | 2<br>1.20    | 1<br>0.60     | 5<br>0.80            | 3<br>0.40    | 7<br>1.00     | 73<br>0.80            | 96<br>1.10      | 60<br>0.70      | 37<br>1.20         | 17<br>0.60     | 25<br>0.80     |
| Infection à Hantavirus   |               |              |               |                      |              |               |                       |                 | 1<br>0.01       |                    |                |                |
| Infection à virus Zika   |               |              |               |                      |              |               |                       | 1<br>0.01       | 1<br>0.01       |                    |                |                |
| Paludisme  | 7<br>4.20     |              | 6<br>3.60     | 16<br>2.40           | 2<br>0.30    | 19<br>2.90    | 113<br>1.30           | 265<br>3.10     | 280<br>3.20     | 60<br>2.00         | 75<br>2.50     | 96<br>3.20     |
| Trichinellose  |               |              |               |                      | 1<br>0.20    |               | 3<br>0.03             | 4<br>0.05       |                 | 1<br>0.03          | 2<br>0.07      |                |
| Tularémie  |               | 1<br>0.60    | 2<br>1.20     | 6<br>0.90            | 7<br>1.00    | 3<br>0.40     | 154<br>1.80           | 154<br>1.80     | 116<br>1.30     | 57<br>1.90         | 19<br>0.60     | 13<br>0.40     |
| <b>Autres déclarations</b>                                     |               |              |               |                      |              |               |                       |                 |                 |                    |                |                |
| Botulisme  |               |              |               |                      |              |               | 1<br>0.01             |                 |                 | 1<br>0.03          |                |                |
| Diphthérie <sup>h</sup>  |               |              |               |                      |              |               | 2<br>0.02             | 3<br>0.03       | 5<br>0.06       |                    | 1<br>0.03      |                |
| Maladie de<br>Creutzfeldt-Jakob                                |               |              |               |                      | 3<br>0.40    | 2<br>0.30     | 18<br>0.20            | 19<br>0.20      | 21<br>0.20      | 4<br>0.10          | 8<br>0.30      | 6<br>0.20      |
| Tétanos  |               |              |               |                      |              |               |                       |                 |                 |                    |                |                |

# Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 7.5.2021 et incidence pour 1000 consultations (N/10<sup>3</sup>)

Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

| Semaine                      | 15         |                   | 16         |                   | 17         |                   | 18         |                   | Moyenne de 4 semaines |                   |
|------------------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
|                              | N          | N/10 <sup>3</sup> | N                     | N/10 <sup>3</sup> |
| Oreillons                    | 0          | 0                 | 0          | 0                 | 0          | 0                 | 0          | 0                 | 0                     | 0                 |
| Coqueluche                   | 0          | 0                 | 0          | 0                 | 1          | 0.1               | 0          | 0                 | 0.3                   | 0                 |
| Piqûre de tiques             | 1          | 0.1               | 5          | 0.4               | 3          | 0.2               | 2          | 0.2               | 2.8                   | 0.2               |
| Borréliose de Lyme           | 4          | 0.3               | 8          | 0.6               | 1          | 0.1               | 2          | 0.2               | 3.8                   | 0.3               |
| Herpès zoster                | 7          | 0.6               | 6          | 0.5               | 10         | 0.8               | 4          | 0.3               | 6.8                   | 0.6               |
| Néuralgies post-zostériennes | 0          | 0                 | 2          | 0.2               | 0          | 0                 | 0          | 0                 | 0.5                   | 0.1               |
| <b>Médecins déclarants</b>   | <b>142</b> |                   | <b>157</b> |                   | <b>149</b> |                   | <b>145</b> |                   | <b>148.3</b>          |                   |



# UN GESTE DU COEUR POUR TOUS



**Renseignez-vous  
sur les dates  
de vaccination**

Par la vaccination, nous contribuons  
à endiguer la pandémie. Pour que,  
à terme, nous puissions à nouveau profiter  
de la vie sans restrictions.

**[ofsp-coronavirus.ch/vaccination](https://ofsp-coronavirus.ch/vaccination)**

Infoline sur la vaccination COVID-19 : 0800 88 66 44



# Maladies transmises par les tiques – Situation en Suisse

6 mai 2021 – La saison, pendant laquelle les tiques sont particulièrement actives, s'étend de mars à novembre. Durant cette période, l'OFSP publie chaque première moitié du mois un rapport de la situation indiquant le nombre rapporté de cas de méningo-encéphalite verno-estivale (FSME). L'OFSP publie également une estimation du nombre de consultations médicales à la suite de borréliose ainsi que le nombre de cas rapporté de tularémie transmit par les tiques. De plus, l'OFSP présente le nombre de piqûres de tique rapporté par les citoyens. Ce rapport permet d'informer et de sensibiliser le public sur les maladies transmises par les tiques. Les personnes intéressées peuvent se renseigner auprès de l'OFSP et par l'application mobile Tique, qui bénéficie de son soutien. D'autre part, en collaboration avec Swisstopo, l'OFSP produit des cartes qui permettent d'informer les citoyens sur le risque de se faire piquer par une tique, selon la région où ils se trouvent. Une seconde carte renseigne sur les communes où ont été déclarés les cas de FSME. Cette carte a été mise à jour le 10 mars 2021.

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

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

Le nombre mensuel de cas de FSME évolue pendant la saison chaude par vagues et illustre le caractère saisonnier de cette épidémie. Il fluctue considérablement en cours de saison et d'une saison à l'autre (figure 1). 11 cas ont ainsi été enregistrés au cours du mois d'avril de cette année.

Figure 1

**Nombre de cas de FSME par mois, en cours de saison, comparaison 2019–2021 (2021 : situation fin du mois d'avril)**

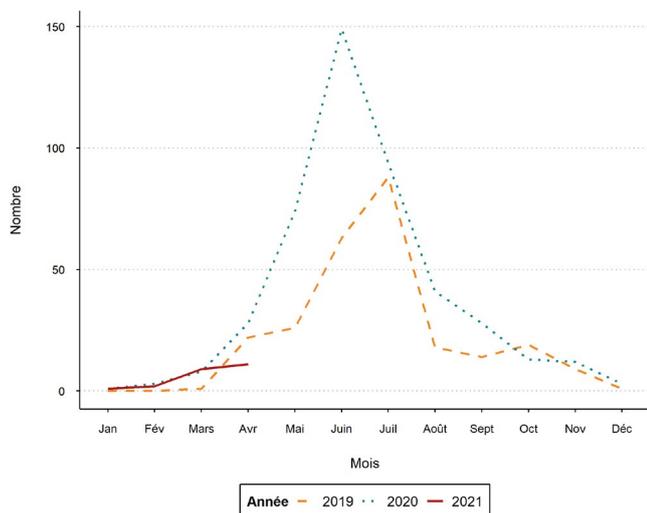


Figure 2

**Nombre de cas de FSME, données cumulées depuis le début de l'année, comparaison 2000–2021 (2020 : situation fin du mois d'avril)**

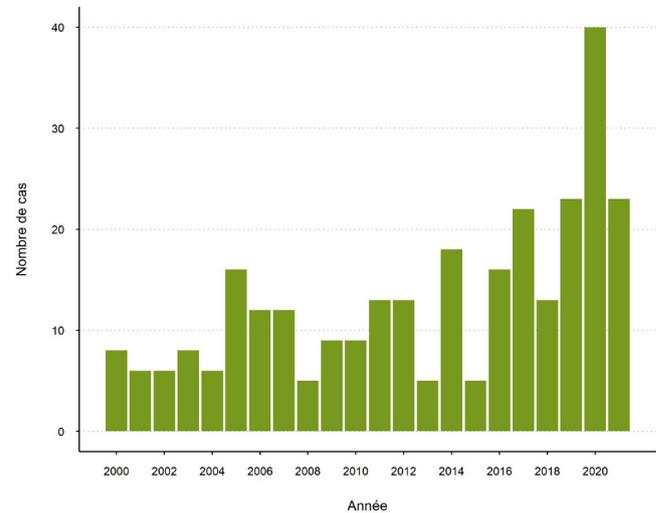
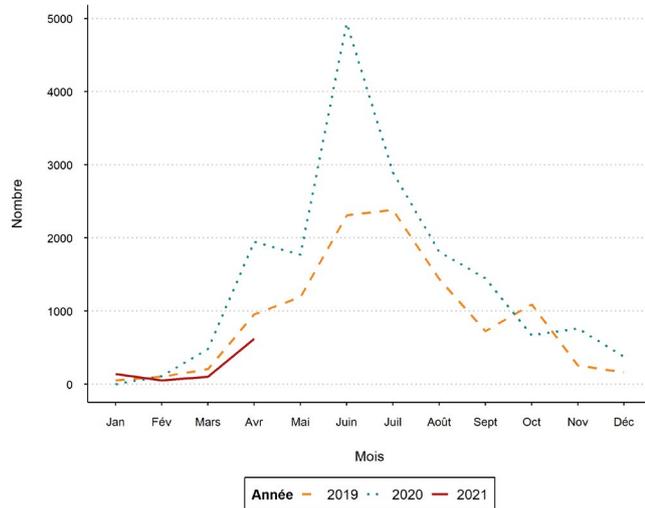


Figure 3  
**Nombre de cas de borréliose par mois, en cours de saison, comparaison 2019–2021** (2021 : situation fin du mois d'avril)



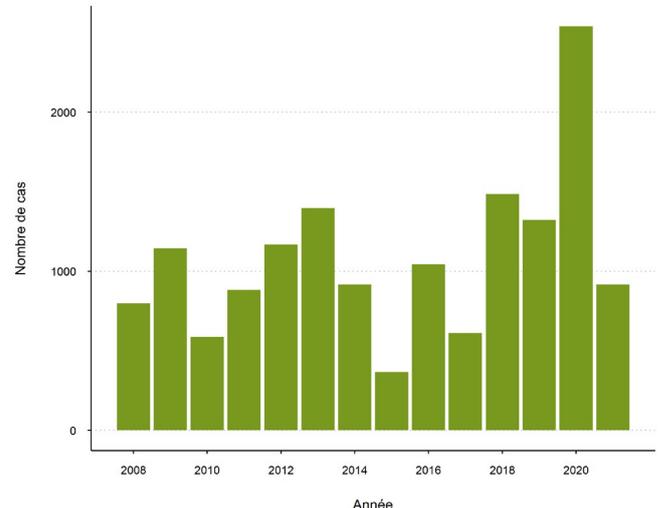
Le nombre de cas, cumulé depuis janvier d'une année civile jusqu'au mois précédant le rapport, fluctue considérablement d'une année à l'autre. Depuis l'année 2000, entre 5 et 40 cas ont été déclarés pendant la même période. À la fin du mois d'avril de l'année en cours, 22 cas ont été enregistrés (figure 2).

### Nombre de cas de borréliose

La Borréliose, également appelée maladie de Lyme, n'est pas une maladie à déclaration obligatoire en Suisse. La borréliose est suivie par le système de déclaration Sentinella. L'extrapolation des cas de borréliose ne concerne que les cas aigus (érythème migrant et lymphocytome borrélien). Les formes chroniques de borréliose sont déclarées, mais ne sont pas comprises dans les données de ce rapport. Celui-ci vise exclusivement à mettre en évidence les nouveaux cas, qui se sont déclarés pendant la saison concernée. Le système Sentinella est constitué d'un réseau de médecins de premier recours, qui déclarent chaque semaine leurs observations à l'OFSP sur une base volontaire. Le système comptabilise le nombre de consultations médicales pour la borréliose.

Sur cette base, les données sont extrapolées pour l'ensemble de la Suisse et permettent d'estimer un nombre de cas. Des données sont disponibles pour cette maladie depuis 2008. Le nombre mensuel de consultations médicales à la suite de cas de borréliose évolue par vagues pendant la saison chaude et illustre le caractère saisonnier de ces observations. Il présente d'importantes fluctuations en cours de saison et en comparaison pluriannuelle (figure 3).

Figure 4  
**Nombre de cas de tularémie, cumulés depuis le début de l'année, comparaison 2004–2020** (2021 : situation fin du mois d'avril)



La somme des cas extrapolés, accumulés du début de l'année civile en janvier au mois précédant la publication du rapport varie également considérablement d'une année à l'autre. Depuis 2008, dans la même période entre 400 et 2'500 visites chez le médecin en raison de borréliose ont été enregistrées. Ce nombre est estimé à 900 depuis le début de l'année en cours, cette estimation a été réalisée sur la base de 12 consultations médicales recensées par le système Sentinella (figure 4).

### Appel à la prévention

L'arrivée du printemps et des températures clémentes nous amène à pratiquer des activités de loisirs et sportives en plein air. L'OFSP invite les citoyens à s'informer et à demeurer vigilants quant au risque de piqûre de tique.

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

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

Figure 5

**Nombre de cas de tularémie associé à une piqûre de tique ou d'insecte par mois, en cours de saison, 2019–2021** [2021 : situation fin du mois d'avril]

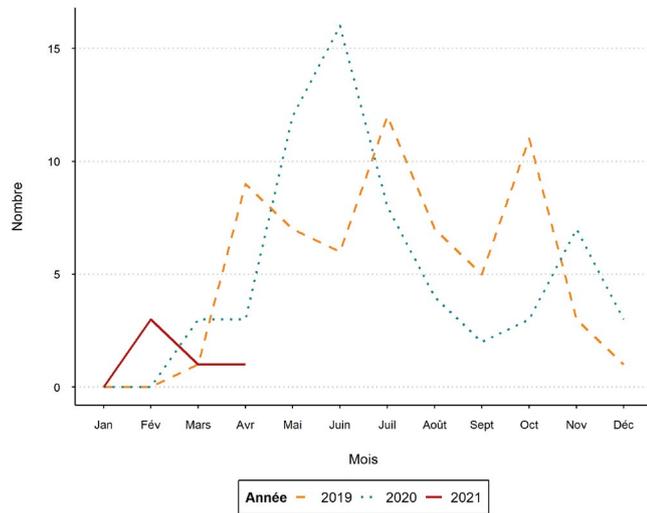
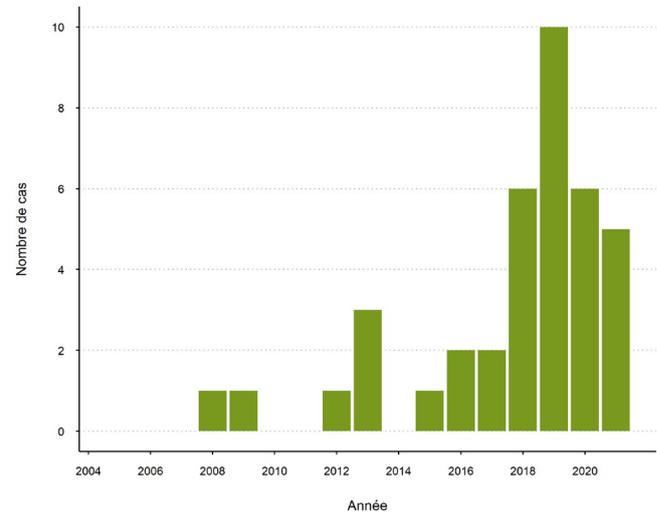


Figure 6

**Nombre de cas de tularémie associé à une piqûre de tique ou d'insecte, données cumulées depuis le début de l'année, comparaison 2004–2021** (situation fin du mois d'avril)



### Nombre de cas de tularémie

La tularémie est une maladie soumise à déclaration obligatoire depuis 2004. On dispose ainsi du nombre exact de cas et d'informations relatives à la source d'infection. La présente évaluation se limite aux cas, pour lesquels une piqûre de tique ou d'insecte est vraisemblablement à l'origine de la maladie. De janvier 2019 à avril 2021, l'exposition à une piqûre de tique et/ou d'insecte a été rapportée en tant que mode de transmission dans 46 % des cas de tularémie. Au cours de la même période, 15 % des cas ont rapporté une exposition à des animaux sauvages, une source d'eau non potable, l'inhalation de poussière ou d'aérosols, notamment dans le milieu agricole. Dans 39 % des cas, l'exposition à la maladie est inconnue. Le nombre mensuel de cas de tularémie évolue, par vagues. Il fluctue considérablement en cours de saison et d'une saison à l'autre (figure 5). Un cas a été enregistré au mois d'avril.

Le nombre de cas cumulé depuis janvier d'une année civile jusqu'au mois précédant le rapport, fluctue aussi considérablement d'une année à l'autre. Depuis 2004, entre 0 et 10 cas ont été déclarés pendant la même période. À la fin du mois d'avril de l'année en cours, 5 cas ont été enregistrés (figure 6).

### Nombre de piqûres tiques

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

### Contact

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

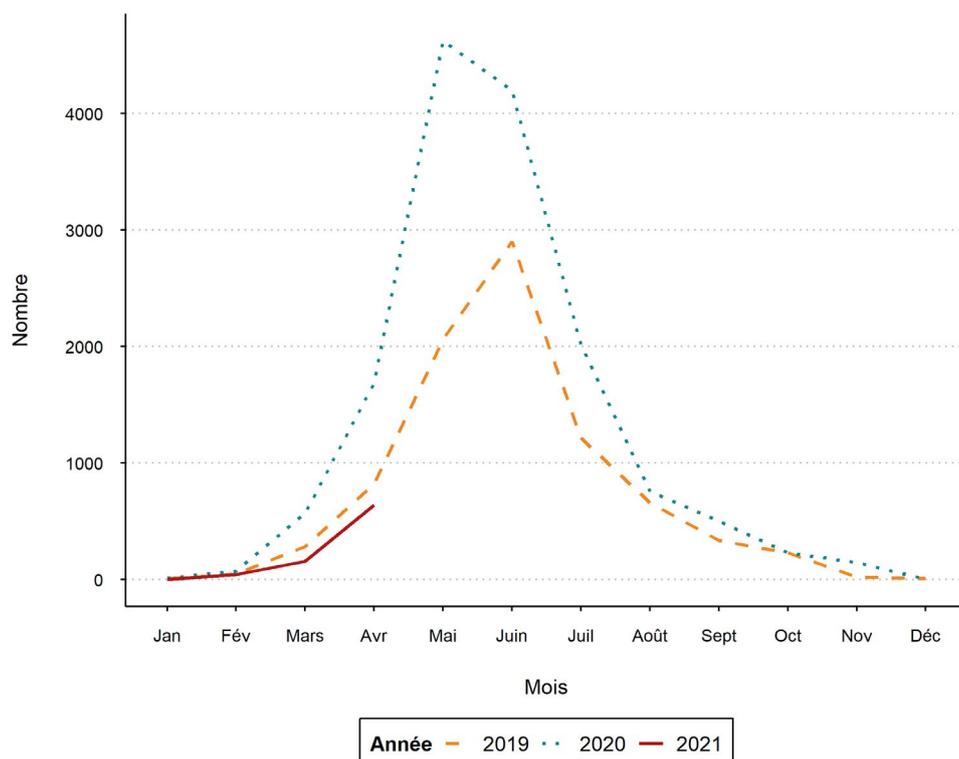
## Évaluation de la situation épidémiologique

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

- FSME : après le pic en 2020, le nombre de cas observés de janvier à mars 2021 se situe dans la moyenne des fluctuations des dernières années. Dans les cinq dernières années, l'OFSP observe une augmentation de l'incidence annuelle du nombre de cas de FSME. Cette situation est également observée dans plusieurs pays d'Europe, notamment l'Allemagne. Un excellent moyen de se protéger de cette maladie est la vaccination (voir section ci-dessous).
- Borréliose : le nombre de cas extrapolé jusqu'à maintenant correspond aux valeurs moyennes des années précédentes.
- Tularémie : après une tendance à la hausse dans les dernières années, depuis le début de 2021 et jusqu'à maintenant, le nombre de cas est inférieur à celui des deux années précédentes.
- Pour terminer, le nombre de piqûres de tiques signalées via l'application Tique reflète la situation épidémiologique et la saisonnalité, de la FSME et de la Borréliose.

Figure 7

**Nombre de piqûres de tique signalé via l'application Tique par mois pendant la saison, comparaison 2019–2021**  
(2021 : situation fin du mois d'avril)



## Corrigenda « V. Modifications de la limitation/ de l'indication » (Bulletin 15/21)

Dans le numéro 15/21 du Bulletin, la limitation pour (21000) XTANDI cpr pell 40 mg 112 pce n'a malheureusement pas été publiée sous V. Modifications de la limitation/de l'indication. Cependant, la limitation correcte, entrée en vigueur dès le 1<sup>er</sup> avril 2021, a été publiée dans la liste des spécialités et est la suivante :

### **Limitation dès le 01.04.2021 :**

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

XTANDI est remboursé en association aux agonistes de la LHRH pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (CRPC) chez les hommes ne présentant que peu ou pas de symptômes, après échec du traitement par suppression androgénique et pour lesquels une chimiothérapie n'est pas encore cliniquement indiquée. Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.01

XTANDI est remboursé en association aux agonistes de la LHRH pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration chez les hommes dont la maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie à base de docétaxel. Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.02

Limitation limitée jusqu'au 31.03.2023

XTANDI est remboursé en association aux agonistes de la LHRH pour le traitement du cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC).

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21000.03

Au cas où des effets secondaires imposent l'arrêt du traitement dans les dix jours suivant son instauration, Astellas Pharma SA rembourse à l'assureur-maladie les coûts de l'emballage complet. Le médecin traitant est tenu d'annoncer immédiatement les arrêts de traitement à l'assureur-maladie.

L'OFSP regrette vivement cet incident et vous demande d'en prendre note.

# 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> mai 2021

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

## I. Nouvelle admissions des préparations

|          |       |  |                    |          |               |
|----------|-------|--|--------------------|----------|---------------|
| 01.10.20 |       | <b>ATTENTIN</b><br>(Dexamphetamini sulfas) | Salmon Pharma GmbH |          |               |
|          | 21176 | cpr 5 mg blist 30 pce Fr. 53.80 (32.59)    |                    | 67475001 | 01.05.2021, A |
|          | 21176 | cpr 10 mg blist 30 pce Fr. 77.75 (53.45)   |                    | 67475002 | 01.05.2021, A |

Uniquement en traitement de seconde ligne du trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH), soit en cas d'intolérance, de contre-indication ou d'absence de réponse au méthylphénidate chez les enfants à partir de 6 ans et les adolescents jusqu'à 18 ans, dans le cadre d'une stratégie thérapeutique globale. Le diagnostic, l'initiation, ainsi que le suivi du traitement se fait par un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, un spécialiste en médecine de l'enfant et de l'adolescent spécialisé en pédiatrie du développement ou un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Pour les patients traités sur une durée supérieure à un an, il doit être réalisé une nouvelle évaluation de la nécessité de traitement par l'un des médecins spécialistes listés ci-dessus.

|          |       |  |                       |          |               |
|----------|-------|--|-----------------------|----------|---------------|
| 02.05.10 |       | <b>EMGALITY</b><br>(Galcanezumabum)                        | Eli Lilly (Suisse) SA |          |               |
|          | 20880 | sol inj 120 mg/ml stylo prérempli 1 ml Fr. 532.25 (449.36) |                       | 67026001 | 01.05.2019, B |

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2024

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

Le diagnostic, la prescription d'EMGALITY et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

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

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

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

Contrôle après 3 mois:

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

Contrôle après 6 mois:

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

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

Arrêt du traitement au bout d'un an:

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

Après la 2<sup>e</sup> année de traitement et pour les années suivantes:

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

A la demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne était assurée au moment correspondant, la société Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 449.36 pour 1 stylo pré-rempli pour l'utilisation de 2 stylos pré-remplis au cours du premier mois. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit généralement être effectuée au cours des 6 mois suivant la facturation.

| Groupe théér.   | N° du dossier | PRÉPARATION/ (Substances actives)<br>Emballages                                    | Maison responsable   | N° d'ISM | Année d'admission |
|---|---------------|--|----------------------|----------|-------------------|
| 02.07.10  |               | <b>CANDESARTAN-AMLODIPIN-MEPHA</b><br>(Candesartanum cilexetilum, Amlodipinum)     | Mepha Pharma AG      |          |                   |
|   | 21223         | caps 8 mg/5 mg blist 28 pce Fr. 29.00 (14.54)                                      |                      | 67656001 | 01.05.2021, B     |
|   | 21223         | caps 8 mg/5 mg blist 98 pce Fr. 65.95 (43.16)                                      |                      | 67656002 | 01.05.2021, B     |
|   | 21223         | caps 8 mg/10 mg blist 28 pce Fr. 37.05 (17.98)                                     |                      | 67656005 | 01.05.2021, B     |
|   | 21223         | caps 8 mg/10 mg blist 98 pce Fr. 88.65 (62.93)                                     |                      | 67656006 | 01.05.2021, B     |
|   | 21223         | caps 16 mg/5 mg blist 28 pce Fr. 34.65 (15.91)                                     |                      | 67656003 | 01.05.2021, B     |
|   | 21223         | caps 16 mg/5 mg blist 98 pce Fr. 73.60 (49.82)                                     |                      | 67656004 | 01.05.2021, B     |
|   | 21223         | caps 16 mg/10 mg blist 28 pce Fr. 38.60 (19.35)                                    |                      | 67656007 | 01.05.2021, B     |
|   | 21223         | caps 16 mg/10 mg blist 98 pce Fr. 94.15 (67.73)                                    |                      | 67656008 | 01.05.2021, B     |
| Le traitement combiné d'une association fixe de candésartan et amlodipine et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06. et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA n'est pas remboursé par l'assurance de base.   |               |  |                      |          |                   |
| 02.07.10<br>G   |               | <b>TADALAFIL PAH ORPHA</b><br>(Tadalafilum)  | OrPha Swiss GmbH     |          |                   |
|   | 21236         | cpr pell 20 mg 56 pce Fr. 567.45 (480.00)  |                      | 67968001 | 01.05.2021, B     |
| Garantie de prise en charge des coûts par l'assureur après consultation préalable du médecin-conseil sur la base de la première pose de l'indication par des centres tertiaires pour l'hypertension pulmonaire, resp. par des spécialistes qualifiés en pneumologie et cardiologie.   |               |  |                      |          |                   |
| 04.09   |               | <b>YALDIGO</b><br>(Mesalazinum)  | Tillotts Pharma AG   |          |                   |
|   | 20979         | cpr 1600 mg 60 pce Fr. 88.20 (62.55)   |                      | 53108002 | 01.05.2021, B     |
| 05.99<br>G  |               | <b>DUTASTERID TAMSULOSIN ZENTIVA</b><br>(Dutasteridum, Tamsulosini hydrochloridum) | Helvepharm AG        |          |                   |
|   | 21228         | caps 0.5/0.4 mg fl 7 pce Fr. 8.35 (3.71)   |                      | 67959001 | 01.05.2021, B     |
|   | 21228         | caps 0.5/0.4 mg fl 30 pce Fr. 34.60 (15.87)  |                      | 67959002 | 01.05.2021, B     |
|   | 21228         | caps 0.5/0.4 mg fl 90 pce Fr. 71.05 (47.61)  |                      | 67959003 | 01.05.2021, B     |
| 07.12<br>G  |               | <b>EZÉTIMIBE ATORVASTATINE SPIRIG HC</b><br>(Ezetimibum, Atorvastatinum)           | Spirig HealthCare AG |          |                   |
|   | 21233         | cpr 10 mg/10 mg blist 30 pce Fr. 39.45 (20.08)                                     |                      | 68105001 | 01.05.2021, B     |
|   | 21233         | cpr 10 mg/10 mg blist 90 pce Fr. 85.55 (60.24)                                     |                      | 68105002 | 01.05.2021, B     |
|   | 21233         | cpr 10 mg/20 mg blist 30 pce Fr. 39.45 (20.08)                                     |                      | 68105003 | 01.05.2021, B     |
|   | 21233         | cpr 10 mg/20 mg blist 90 pce Fr. 85.55 (60.24)                                     |                      | 68105004 | 01.05.2021, B     |
|   | 21233         | cpr 10 mg/40 mg blist 30 pce Fr. 39.45 (20.08)                                     |                      | 68105005 | 01.05.2021, B     |
|   | 21233         | cpr 10 mg/40 mg blist 90 pce Fr. 85.55 (60.24)                                     |                      | 68105006 | 01.05.2021, B     |
|   | 21233         | cpr 10 mg/80 mg blist 30 pce Fr. 39.45 (20.08)                                     |                      | 68105007 | 01.05.2021, B     |
|   | 21233         | cpr 10 mg/80 mg blist 90 pce Fr. 85.55 (60.24)                                     |                      | 68105008 | 01.05.2021, B     |
| Pour la réduction du risque cardiovasculaire lorsque la catégorie de risque est très élevée, respectivement élevée (selon la catégorie de risque du GSLA), si les valeurs cibles du cholestérol LDL correspondantes (1.8 mmol/l pour un risque très élevé, respectivement 2.5 mmol/l pour un risque élevé) n'ont pas été atteintes sous un traitement par statine à la dose maximale tolérée. |               |  |                      |          |                   |
| 07.12   |               | <b>LIPERCOSYL</b><br>(Atorvastatinum, Perindoprilum argininum)                     | Servier (Suisse) SA  |          |                   |
|   | 20996         | caps 20 mg/5 mg bte 30 pce Fr. 38.85 (19.55)                                       |                      | 67197015 | 01.05.2021, B     |
|   | 20996         | caps 20 mg/5 mg bte 90 pce Fr. 73.65 (49.85)                                       |                      | 67197016 | 01.05.2021, B     |
|   | 20996         | caps 40 mg/5 mg bte 30 pce Fr. 39.20 (19.88)                                       |                      | 67197017 | 01.05.2021, B     |
|   | 20996         | caps 40 mg/5 mg bte 90 pce Fr. 74.60 (50.69)                                       |                      | 67197018 | 01.05.2021, B     |
|   | 20996         | caps 20 mg/10 mg bte 30 pce Fr. 41.95 (22.26)                                      |                      | 67197021 | 01.05.2021, B     |
|   | 20996         | caps 20 mg/10 mg bte 90 pce Fr. 81.55 (56.76)                                      |                      | 67197022 | 01.05.2021, B     |
|   | 20996         | caps 40 mg/10 mg bte 30 pce Fr. 42.35 (22.60)                                      |                      | 67197023 | 01.05.2021, B     |
|   | 20996         | caps 40 mg/10 mg bte 90 pce Fr. 82.55 (57.63)                                      |                      | 67197024 | 01.05.2021, B     |

| Groupe théér.  | N° du dossier | PRÉPARATION / (Substances actives)<br>Emballages  | Maison responsable            | N° d'ISM | Année d'admission |
|--|---------------|---|-------------------------------|----------|-------------------|
| 07.16.10<br>G  |               | <b>AZACITIDINE MYLAN</b><br>(Azacitidinum)        | Mylan Pharma GmbH             |          |                   |
|  | 21235         | subst sèche 100 mg flac 1 pce Fr. 273.85 (224.25) |                               | 67676001 | 01.05.2021, A     |
| <p>Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- syndrome myélodysplasique (SMD) de risque intermédiaire ou élevé selon l'index pronostique international (International Prognostic Scoring System, IPSS), de type cytopénie réfractaire avec dysplasie de lignées multiples (RCMD) ou anémie réfractaire avec 5 à 19% de blastes médullaires (RAEB I et II)</li> <li>- leucémie myélomonocytaire chronique (LMMC)</li> <li>- leucémie aiguë myéloblastique (LAM) avec 20 à 30% de blastes médullaires et dysplasie de lignées multiples (selon la classification de 2008 de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS])</li> <li>- leucémie aiguë myéloblastique (LAM) avec &gt; 30% de blastes médullaires, selon la classification de l'OMS, chez les patients âgés, pour lesquels une chimiothérapie intensive ne convient pas ou qui ne la supportent pas.</li> </ul> |               |   |                               |          |                   |
| 07.16.10<br>G  |               | <b>AZACITIDINE SPIRIG HC</b><br>(Azacitidinum)    | Spirig HealthCare AG          |          |                   |
|  | 21234         | subst sèche 100 mg flac 1 pce Fr. 273.85 (224.25) |                               | 68273001 | 01.05.2021, A     |
| <p>Traitement des patients non éligibles pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant l'un des tableaux cliniques suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- syndrome myélodysplasique (SMD) de risque intermédiaire ou élevé selon l'index pronostique international (International Prognostic Scoring System, IPSS), de type cytopénie réfractaire avec dysplasie de lignées multiples (RCMD) ou anémie réfractaire avec 5 à 19% de blastes médullaires (RAEB I et II)</li> <li>- leucémie myélomonocytaire chronique (LMMC)</li> <li>- leucémie aiguë myéloblastique (LAM) avec 20 à 30% de blastes médullaires et dysplasie de lignées multiples (selon la classification de 2008 de l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS])</li> <li>- leucémie aiguë myéloblastique (LAM) avec &gt;30% de blastes médullaires, selon la classification de l'OMS, chez les patients âgés, pour lesquels une chimiothérapie intensive ne convient pas ou qui ne la supportent pas.</li> </ul>  |               |   |                               |          |                   |
| 07.16.10   |               | <b>CAPRELSA</b><br>(Vandetanibum)                 | Sanofi-Aventis<br>(Suisse) SA |          |                   |
|  | 19924         | cpr 100 mg blist 30 pce Fr. 2565.20 (2282.82)     |                               | 62341001 | 01.12.2012, A     |
|  | 19924         | cpr 300 mg blist 30 pce Fr. 5208.35 (4841.34)     |                               | 62341002 | 01.12.2012, A     |
| <p>Limitation limitée jusqu'au 30.04.2022</p> <p>Traitement du cancer médullaire de la thyroïde métastatique et non opérable avec progression rapide et présence de symptômes. Les patients peuvent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Le traitement nécessite la garantie de prise en charge des frais de l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p>  |               |   |                               |          |                   |
| 07.16.10   |               | <b>IMBRUVICA</b><br>(Ibrutinibum)                 | Janssen-Cilag AG              |          |                   |
|  | 21011         | cpr pell 140 mg 28 pce Fr. 2087.95 (1847.69)      |                               | 67109005 | 01.12.2019, A     |
|  | 21011         | cpr pell 280 mg 28 pce Fr. 4033.75 (3695.38)      |                               | 67109006 | 01.12.2019, A     |
|  | 21011         | cpr pell 420 mg 28 pce Fr. 5927.65 (5543.07)      |                               | 67109007 | 01.12.2019, A     |
| <p>Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021</p> <p>Le traitement exige l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p>   |               |   |                               |          |                   |
| <b>Leucémie lymphoïde chronique (LLC)</b>  |               |   |                               |          |                   |
| En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC)  |               |   |                               |          |                   |
| - à partir de la première ligne chez les patients présentant une délétion 17p ou une mutation TP53   |               |   |                               |          |                   |
| - à partir de la deuxième ligne dans le cas de récives précoces (récidive correspondant au traitement antérieur conformément aux lignes directrices jusqu'à 3 ans maximum) ou chez les patients ne se prêtant pas à une chimio-immunothérapie.   |               |   |                               |          |                   |
| <b>Morbus Waldenström (MW)</b>   |               |   |                               |          |                   |
| En monothérapie pour le traitement de patients adultes symptomatiques atteints de la maladie de Waldenström (MW) qui ont reçu au moins un traitement antérieur et qui ont eu une rechute dans les 12 mois suivant un régime thérapeutique à base de rituximab.   |               |   |                               |          |                   |

| Groupe théor.  | N° du dossier | PRÉPARATION/ (Substances actives)<br>Emballages            | Maison responsable           | N° d'ISM | Année d'admission |
|--|---------------|--|------------------------------|----------|-------------------|
| 07.16.10   |               | <b>PERJETA</b><br>(Pertuzumabum)                           | Roche Pharma<br>(Schweiz) AG |          |                   |
|  | 19972         | conc perf 420 mg/14 ml vial 14 ml Fr. 3304.10<br>(2983.53) |                              | 62510001 | 01.07.2015, A     |
| Limitation limitée jusqu'au 31.07.2021   |               |  |                              |          |                   |
| <b>Cancer du sein métastatique</b>   |               |  |                              |          |                   |
| 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 31.07.2021   |               |  |                              |          |                   |
| <b>Traitement néoadjuvant du cancer du sein</b>  |               |  |                              |          |                   |
| 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 31.07.2021   |               |  |                              |          |                   |
| <b>Traitement adjuvant du cancer du sein</b>   |               |  |                              |          |                   |
| 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 6e ou 8e 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. |               |  |                              |          |                   |
| 08.01.60   |               | <b>AZITHROMYCIN MEPHA</b><br>(Azithromycinum)              | Mepha Pharma AG              |          |                   |
| G  | 21230         | cpr pell 250 mg blist 4 pce Fr. 15.35 (6.24)               |                              | 67761001 | 01.05.2021, A     |
|  | 21230         | cpr pell 250 mg blist 6 pce Fr. 18.90 (9.30)               |                              | 67761002 | 01.05.2021, A     |
|  | 21230         | cpr pell 500 mg blist 3 pce Fr. 18.90 (9.30)               |                              | 67761003 | 01.05.2021, A     |
| 10.03  |               | <b>PSOTRIOL</b><br>(Calcipotriolum, Betamethasonum)        | Dermapharm AG                |          |                   |
| G  | 21221         | ong tb 30 g Fr. 37.95 (18.75)                              |                              | 67932001 | 01.05.2021, B     |
|  | 21221         | ong tb 60 g Fr. 56.75 (35.15)                              |                              | 67932002 | 01.05.2021, B     |

| Groupe théér.   | N° du dossier | PRÉPARATION / (Substances actives)<br>Emballages                   | Maison responsable            | N° d'ISM | Année d'admission |
|---|---------------|--|-------------------------------|----------|-------------------|
| <b>II. Autres emballages et dosages</b>   |               |  |                               |          |                   |
| 07.15   |               | <b>HYRIMOZ</b><br>(Adalimumabum)                                   | Sandoz<br>Pharmaceuticals AG  |          |                   |
|   | 20968         | sol inj 40 mg/0.8 ml 6 ser pré 0.800 ml Fr. 2490.80<br>(2215.00)   |                               | 67258003 | 01.05.2021, B     |
| <p>Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire à partir de l'âge de 13 ans d'une surface corporelle supérieure à 1.7 m<sup>2</sup>, arthrite psoriasique: traitement par HYRIMOZ en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) : traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>Maladie de Crohn active : traitement des patients adultes par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.</p> <p>Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes : traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>Psoriasis en plaques grave : traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.</p> <p>Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil): traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique.</p> <p>Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50 % après 12 semaines.</p> <p>Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/policlinique de dermatologie.</p> <p>Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.</p> |               |  |                               |          |                   |
| 07.15   |               | <b>HYRIMOZ SENSOREADY</b><br>(Adalimumabum)                        | Sandoz<br>Pharmaceuticals AG  |          |                   |
|   | 20969         | sol inj 40 mg/0.8 ml 6 stylo pré 0.800 ml<br>Fr. 2490.80 (2215.00) |                               | 67259003 | 01.05.2021, B     |
| <p>Polyarthrite rhumatoïde active, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire à partir de l'âge de 13 ans d'une surface corporelle supérieure à 1.7 m<sup>2</sup>, arthrite psoriasique: traitement par HYRIMOZ en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond classique. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) : traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>Maladie de Crohn active : traitement des patients adultes par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant, ainsi que pour les patients qui ne répondent plus à Remicade ou qui ne le tolèrent pas. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil et renouvellement de la prise en charge après deux ans de traitement ininterrompu.</p> <p>Colite ulcéreuse modérée à grave chez les patients adultes: traitement par HYRIMOZ lorsque le traitement de fond classique (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré. Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>Psoriasis en plaques grave: traitement des patients adultes pour lesquels le traitement par UVB et la puvathérapie ou l'un des trois traitements systémiques suivants (cyclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas été efficaces. Si le traitement n'est pas efficace après 12 semaines, il doit être interrompu. Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/polyclinique de dermatologie.</p> <p>Formes actives modérées à sévères d'hydradénite suppurée (maladie de Verneuil): traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique.</p> <p>Prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HiSCR d'au moins 50% après 12 semaines.</p> <p>Le traitement ne peut être prescrit que par un dermatologue ou par une clinique universitaire/policlinique de dermatologie.</p> <p>Renouvellement de la prise en charge par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu</p>     |               |  |                               |          |                   |
| 10.05.20  |               | <b>TRIDERM</b><br>(Betamethasonum, Clotrimazolum,<br>Gentamicinum) | MSD Merck Sharp &<br>Dohme AG |          |                   |
|   | 15183         | crème 15 g Fr. 15.65 (6.47)  |                               | 46532001 | 01.05.2021, B     |
|   | 19368         | subst sèche 1 g flac 10 pce Fr. 298.10 (245.39)                    |                               | 60569002 | 01.05.2021, A     |

| Groupe théér.                              | N° du dossier | PRÉPARATION/ (Substances actives)<br>Emballages                                      | Maison responsable           | N° d'ISM   | Date de la suppression |               |
|--|---------------|--|------------------------------|--|------------------------|---------------|
| <b>III. Préparations/emballages radiés</b> |               |  |                              |  |                        |               |
| 01.01.40<br>G                              |               | <b>TRAMADOL-PARACETAMOL SANDOZ</b><br>(Tramadoli hydrochloridum, Paracetamololum)    | Sandoz<br>Pharmaceuticals AG |  |                        |               |
|  | 20132         | cpr pell 37.5/325 mg 10 pce Fr. 5.85 (1.53)  |                              | 62802004   | 01.05.2021, A          |               |
|  | 20132         | cpr pell 37.5/325 mg 20 pce Fr. 7.20 (2.70)  |                              | 62802005   | 01.05.2021, A          |               |
|  | 20132         | cpr pell 37.5/325 mg 60 pce Fr. 17.40 (8.01)   |                              | 62802006   | 01.05.2021, A          |               |
| 07.02.30                                   |               | <b>VITAMINE D3 SANDOZ</b><br>(Cholecalciferolum (Vitamin D3))                        | Sandoz<br>Pharmaceuticals AG |  |                        |               |
|  | 20635         | cpr 500 UI 50 pce Fr. 2.60 (1.42)  |                              | 66466001   | 01.05.2021, D          |               |
|  | 20635         | cpr 500 UI 100 pce Fr. 5.25 (2.84)   |                              | 66466002   | 01.05.2021, D          |               |
| 07.02.50                                   |               | <b>CALCIUM D3 SANDOZ</b><br>(Calcium ionisatum, Cholecalciferolum (Vitamin D3))      | Sandoz<br>Pharmaceuticals AG |  |                        |               |
|  | 17923         | cpr eff 1200/800 30 pce Fr. 20.40 (11.05)  |                              | 55755024   | 01.05.2021, D          |               |
|  | 17923         | cpr eff 1200/800 90 pce Fr. 52.00 (28.19)  |                              | 55755026   | 01.05.2021, D          |               |
| 07.12<br>G                                 |               | <b>ATORVASTATIN MEPHA</b><br>(Atorvastatinum)  | Mepha Pharma AG              |  |                        |               |
|  | 20239         | lactabs 10 mg 100 pce Fr. 70.30 (46.94)  |                              | 61322018   | 01.05.2021, B          |               |
|  | 20239         | lactabs 20 mg 100 pce Fr. 70.30 (46.94)  |                              | 61322020   | 01.05.2021, B          |               |
| 07.12                                      |               | <b>COLESTID</b><br>(Colestipoli hydrochloridum)                                      | Pfizer AG                    |  |                        |               |
|  | 13127         | gran 50 sach 5 g Fr. 46.45 (26.17)   |                              | 40855017   | 01.05.2021, B          |               |
| 07.16.10<br>G                              |               | <b>METHOTREXAT TEVA ONCO</b><br>(Methotrexatum)                                      | Teva Pharma AG               |  |                        |               |
|  |               | 17336  |                              | sol inj 5 mg/2 ml 2 ml Fr. 7.55 (2.99)             | 47999005               | 01.05.2021, A |
| 07.16.10                                   |               | <b>ROFERON A</b><br>(Interferonum alfa-2a ADNr)                                      | Roche Pharma<br>(Schweiz) AG |  |                        |               |
|  | 16619         | sol inj 3 mio U ser prêt 5 pce Fr. 142.15 (109.54)                                   |                              | 53568084   | 01.05.2021, A          |               |
| 08.01.25<br>G                              |               | <b>MÉROPÉNÈME SANDOZ</b><br>(Meropenemum)  | Sandoz<br>Pharmaceuticals AG |  |                        |               |
|  |               | 19368  |                              | subst sèche 500 mg flac 10 pce Fr. 162.50 (127.27) | 60569001               | 01.05.2021, A |
|  |               | 19368  |                              | subst sèche 1 g flac 10 pce Fr. 298.10 (245.39)    | 60569002               | 01.05.2021, A |
| 10.10                                      |               | <b>EXCIPIAL BALMANDOL HUILE DE BAIN</b><br>(Amygdalae oleum, Paraffinum perliquidum) | Galderma SA                  |  |                        |               |
|  | 14878         | Solf 225 ml Fr. 11.35 (6.14)   |                              | 46935001   | 01.05.2021, D          |               |

| PRÉPARATION/ (Substances actives)<br>Emballages  | Maison responsable        | Groupe<br>thér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau<br>ex-fact. |
|--|---------------------------|-----------------|---------------|--------------|---------------------|
| <b>IV. Réduction de prix</b>   |                           |                 |               |              |                     |
| <b>IV.a. Mutation de prix 1 année après l'introduction dans LS</b>                               |                           |                 |               |              |                     |
| <b>ZAVICEFTA</b><br>subst sèche 2 g/0.5 g fl verre 10 pce  | Pfizer AG                 | 080194          | 20924         | 1324.20      | 1151.31             |
| <b>IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans</b> |                           |                 |               |              |                     |
| <b>ACTOS</b><br>cpr 15 mg 28 pce   | Takeda Pharma AG          | 070620          | 17585         | 38.85        | 19.57               |
| cpr 15 mg 98 pce   |                           |                 | 17585         | 94.90        | 68.38               |
| cpr 30 mg 28 pce   |                           |                 | 17585         | 46.90        | 26.56               |
| cpr 30 mg 98 pce   |                           |                 | 17585         | 122.60       | 92.51               |
| cpr 45 mg 28 pce   |                           |                 | 17585         | 53.00        | 31.86               |
| cpr 45 mg 98 pce   |                           |                 | 17585         | 143.75       | 110.92              |
| <b>COMPETACT</b><br>cpr pell 15/850 mg 28 pce  | Takeda Pharma AG          | 070620          | 18532         | 40.80        | 21.27               |
| cpr pell 15/850 mg 98 pce  |                           |                 | 18532         | 89.00        | 63.25               |
| <b>CRESTOR</b><br>cpr pell 5 mg 30 pce   | AstraZeneca AG            | 071200          | 18471         | 40.80        | 21.27               |
| cpr pell 5 mg 100 pce  |                           |                 | 18471         | 97.80        | 70.90               |
| cpr pell 10 mg 30 pce  |                           |                 | 18471         | 44.25        | 24.25               |
| cpr pell 10 mg 100 pce   |                           |                 | 18471         | 109.20       | 80.85               |
| cpr pell 20 mg 30 pce  |                           |                 | 18471         | 56.80        | 35.18               |
| cpr pell 20 mg 100 pce   |                           |                 | 18471         | 151.05       | 117.28              |
| <b>IMNOVID</b><br>caps 1 mg 21 pce   | Celgene GmbH              | 071640          | 20221         | 9457.90      | 8987.24             |
| caps 2 mg 21 pce   |                           |                 | 20221         | 9578.05      | 9104.46             |
| caps 3 mg 21 pce   |                           |                 | 20221         | 9698.25      | 9221.69             |
| caps 4 mg 21 pce   |                           |                 | 20221         | 9778.60      | 9300.11             |
| <b>LACRYVISC</b><br>gel opht 10 g  | Alcon Switzerland SA      | 110820          | 16426         | 6.00         | 3.26                |
| <b>LACRYVISC SE</b><br>gel opht 20x 0.500 g  | Alcon Switzerland SA      | 110820          | 17345         | 10.05        | 5.44                |
| gel opht 50x 0.500 g   |                           |                 | 17345         | 22.40        | 12.15               |
| <b>OCULAC</b><br>gtt opht 10 ml  | Alcon Switzerland SA      | 110820          | 16719         | 4.65         | 2.52                |
| gtt opht 3x 10 ml  |                           |                 | 16719         | 11.85        | 6.43                |
| <b>OCULAC SDU</b><br>gtt opht 20x 0.400 ml   | Alcon Switzerland SA      | 110820          | 16847         | 8.30         | 4.51                |
| gtt opht 60x 0.400 ml  |                           |                 | 16847         | 21.00        | 11.37               |
| <b>PIOGLITAZON MEPHA</b><br>cpr 15 mg 28 pce   | Mepha Pharma AG           | 070620          | 19943         | 36.60        | 17.61               |
| cpr 15 mg 98 pce   |                           |                 | 19943         | 87.05        | 61.54               |
| cpr 30 mg 28 pce   |                           |                 | 19943         | 43.85        | 23.91               |
| cpr 30 mg 98 pce   |                           |                 | 19943         | 112.00       | 83.26               |
| cpr 45 mg 28 pce   |                           |                 | 19943         | 49.30        | 28.68               |
| cpr 45 mg 98 pce   |                           |                 | 19943         | 131.00       | 99.82               |
| <b>PIOGLITAZON SANDOZ</b><br>cpr 15 mg 28 pce  | Sandoz Pharmaceuticals AG | 070620          | 19978         | 36.65        | 17.62               |
| cpr 15 mg 98 pce   |                           |                 | 19978         | 87.05        | 61.55               |
| cpr 30 mg 28 pce   |                           |                 | 19978         | 43.85        | 23.91               |
| cpr 30 mg 98 pce   |                           |                 | 19978         | 112.00       | 83.26               |
| cpr 45 mg 28 pce   |                           |                 | 19978         | 49.30        | 28.67               |
| cpr 45 mg 98 pce   |                           |                 | 19978         | 131.00       | 99.83               |

| PRÉPARATION/ (Substances actives)<br>Emballages                          | Maison responsable         | Groupe<br>thér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau<br>ex-fact. |
|--|----------------------------|-----------------|---------------|--------------|---------------------|
| <b>STARLIX</b><br>cpr pell 120 mg 84 pce                                 | Novartis Pharma Schweiz AG | 070620          | 17587         | 45.50        | 25.34               |
| <b>STARLIX MITE</b><br>cpr pell 60 mg 84 pce                             | Novartis Pharma Schweiz AG | 070620          | 17587         | 45.50        | 25.34               |
| <b>VIDAZA</b><br>subst sèche 100 mg flac 1 pce                           | Celgene GmbH               | 071610          | 18384         | 475.55       | 399.94              |
| <b>IV.c. Mutation de prix normale</b>                                    |                            |                 |               |              |                     |
| <b>CAPRELSA</b><br>cpr 100 mg blist 30 pce                               | Sanofi-Aventis (Suisse) SA | 071610          | 19924         | 2565.20      | 2282.82             |
| cpr 300 mg blist 30 pce  |                            |                 | 19924         | 5208.35      | 4841.34             |
| <b>EMGALITY</b><br>sol inj 120 mg/ml stylo prérempli<br>1 ml             | Eli Lilly (Suisse) SA      | 020510          | 20880         | 532.25       | 449.36              |
| <b>SOLIRIS</b><br>conc perf 300 mg/30 ml flac 30 ml                      | Alexion Pharma GmbH        | 071500          | 19016         | 4667.00      | 4513.18             |
| <b>IV.d. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet</b> |                            |                 |               |              |                     |
| <b>AFINITOR</b><br>cpr 5 mg 30 pce                                       | Novartis Pharma Schweiz AG | 071610          | 19175         | 1292.60      | 1122.49             |
| cpr 10 mg 30 pce   |                            |                 | 19175         | 1833.70      | 1615.88             |

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

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

|                  |                            |        |       |         |         |
|------------------|----------------------------|--------|-------|---------|---------|
| <b>AFINITOR</b>  | Novartis Pharma Schweiz AG | 071610 |       |         |         |
| cpr 5 mg 30 pce  |                            |        | 19175 | 1292.60 | 1122.49 |
| cpr 10 mg 30 pce |                            |        | 19175 | 1833.70 | 1615.88 |

##### Vieille limitation:

Traitement des patients atteints d'un carcinome à cellules rénales avancé après échec d'un traitement par le sunitinib ou le sorafénib.  
Traitement des patients avec des tumeurs neuroendocrines d'origine pancréatique, avancées, progressives, bien ou modérément différenciées.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021

Traitement des femmes ménopausées avec du cancer du sein avancé, à récepteur hormonal positif, HER 2 négatif en combinaison avec l'exémestane, après l'échec du traitement par létrozole ou anastrozole.

##### Nouvelle limitation:

Traitement des patients atteints d'un carcinome à cellules rénales avancé après échec d'un traitement par le sunitinib ou le sorafénib.  
Traitement des patients avec des tumeurs neuroendocrines d'origine pancréatique, avancées, progressives, bien ou modérément différenciées.  
Traitement des femmes ménopausées avec du cancer du sein avancé, à récepteur hormonal positif, HER 2 négatif en combinaison avec l'exémestane, après l'échec du traitement par létrozole ou anastrozole.

|                                  |                       |        |       |        |        |
|----------------------------------|-----------------------|--------|-------|--------|--------|
| <b>EMGALITY</b>                  | Eli Lilly (Suisse) SA | 020510 |       |        |        |
| sol inj 120 mg/ml stylo pré 1 ml |                       |        | 20880 | 532.25 | 449.36 |

##### Vieille limitation:

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

Le diagnostic, la prescription d'EMGALITY et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

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

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

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

Contrôle après 3 mois:

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

Contrôle après 6 mois:

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

Arrêt du traitement au bout d'un an:

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si, 3 mois après l'arrêt du traitement, le diagnostic d'une migraine chronique (cf. critères susmentionnés) ou d'une migraine épisodique (cf. critères susmentionnés) est de nouveau posé, une reprise d'un traitement par EMGALITY peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période maximale de 12 mois.

En cas de baisse d'efficacité ou d'efficacité insuffisante (définie selon les critères susmentionnés) d'EMGALITY, une rotation au sein des classes de principes actifs (antagonistes des récepteurs du CGRP, inhibiteurs du CGRP) n'est pas remboursée.

A la demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne était assurée au moment correspondant, la société Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 487.07 pour 1 stylo pré-rempli pour l'utilisation de 2 stylos pré-remplis au cours du premier mois. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit généralement être effectuée au cours des 6 mois suivant la facturation.

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

**Nouvelle limitation :**

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2024

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

Le diagnostic, la prescription d'EMGALITY et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

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

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

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

Contrôle après 3 mois:

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

Contrôle après 6 mois:

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

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

Arrêt du traitement au bout d'un an:

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

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

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

A la demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne était assurée au moment correspondant, la société Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 449.36 pour 1 stylo pré-rempli pour l'utilisation de 2 stylos pré-remplis au cours du premier mois. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit généralement être effectuée au cours des 6 mois suivant la facturation.

| PRÉPARATION/(Substances actives)<br>Emballages | Maison responsable | Groupe théér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau ex-fact. |
|--|--------------------|---------------|---------------|--------------|------------------|
| <b>IMFINZI</b>                                 | AstraZeneca AG     | 071610        |               |              |                  |
| conc perf 120 mg flac 2.4 ml                   |                    |               | 20791         | 676.35       | 574.88           |
| conc perf 500 mg flac 10 ml                    |                    |               | 20791         | 2688.55      | 2395.32          |

**Vieille limitation :**

Comme monothérapie après approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé et non résécable de stade III confirmé par des analyses histologiques ou cytologiques, dont la maladie n'a pas progressé après une chimiothérapie définitive à base de platine.

Les patients cliniquement stables avec une progression comme résultat initial peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de l'affection. La condition pour la thérapie est une pré-thérapie avec  $\geq 2$  cycles de chimiothérapie à base de platine plus une radiothérapie concomitante, âge  $\geq 18$  ans ainsi qu'une espérance de vie résiduelle estimée à  $\geq 12$  semaines. La durée de la thérapie est limitée à 12 mois.

**Nouvelle limitation :****CPNPC**

Comme monothérapie après approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour le traitement de patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé et non résécable de stade III confirmé par des analyses histologiques ou cytologiques, dont la maladie n'a pas progressé après une chimiothérapie définitive à base de platine.

Les patients cliniquement stables avec une progression comme résultat initial peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de l'affection. La condition pour la thérapie est une pré-thérapie avec  $\geq 2$  cycles de chimiothérapie à base de platine plus une radiothérapie concomitante, âge  $\geq 18$  ans ainsi qu'une espérance de vie résiduelle estimée à  $\geq 12$  semaines. La durée de la thérapie est limitée à 12 mois.

Limitation limitée jusqu'au 31.08.2023

**CPPC**

Comme thérapie de première ligne, en association avec l'étoposide et le carboplatine ou le cisplatine, des patients atteints de cancer du poumon à petites cellules de stade avancé (CPPC-SA ou ES-SCLC, extensive-stage small cell lung cancer), non traité, confirmé histologiquement ou cytologiquement au stade avancé (ES-SCLC) selon les critères de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC, version 8, stade IV (T tous, N tous, M1a-c) ou T3-4 sans option de radiation tolérable).

Les conditions préalables au traitement sont un âge de 18 ans, une espérance de vie restante estimée à 12 semaines et une maladie mesurable, selon les critères RECIST v1.1. Les patients doivent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Les patients cliniquement stables après la découverte initiale d'une progression peuvent continuer à être traités jusqu'à la confirmation de la progression de la maladie.

L'assureur doit être informé de l'indication au début du traitement.

Le titulaire de l'autorisation, AstraZeneca SA, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur demande de celui-ci, une part définie du prix départ usine pour chaque boîte de IMFINZI achetée pour l'indication secondaire traitement du CPPC. Le titulaire de l'autorisation indique à l'assureur-maladie la hauteur des remboursements. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

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

#### VI. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2020

| ACTOS            | Takeda Pharma AG | 070620 |       |        |        |
|------------------|------------------|--------|-------|--------|--------|
| cpr 15 mg 28 pce |                  |        | 17585 | 38.85  | 19.57  |
| cpr 30 mg 28 pce |                  |        | 17585 | 46.90  | 26.56  |
| cpr 45 mg 28 pce |                  |        | 17585 | 53.00  | 31.86  |
| cpr 15 mg 98 pce |                  |        | 17585 | 94.90  | 68.38  |
| cpr 30 mg 98 pce |                  |        | 17585 | 122.60 | 92.51  |
| cpr 45 mg 98 pce |                  |        | 17585 | 143.75 | 110.92 |

**Vieille limitation :**

Utilisation lorsque les valeurs d'HbA1c n'ont pas été atteintes lors de traitement antérieur par antidiabétiques oraux standards.

**Nouvelle limitation :**

A utiliser lorsque d'autres antidiabétiques oraux sont contre-indiqués ou non appropriés pour des raisons médicales ou pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.

| COMPETACT                 | Takeda Pharma AG | 070620 |       |       |       |
|---------------------------|------------------|--------|-------|-------|-------|
| cpr pell 15/850 mg 28 pce |                  |        | 18532 | 40.80 | 21.27 |
| cpr pell 15/850 mg 98 pce |                  |        | 18532 | 89.00 | 63.25 |

**Vieille limitation :**

Pour patients chez lesquels une monothérapie avec la metformine ne permet pas d'obtenir un équilibre glycémique satisfaisant, ou bien en remplacement d'un traitement par une glitazone et la metformine pris sous forme séparée.

**Nouvelle limitation :**

Pour les patients chez lesquels une monothérapie par metformine ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie, lorsque d'autres antidiabétiques oraux sont contre-indiqués ou non appropriés pour des raisons médicales, ou en remplacement d'une glitazone et de metformine administrées séparément. Ainsi que pour les patients qui sont déjà contrôlés avec ce médicament.

| IMNOVID          | Celgene GmbH | 071640 |       |         |         |
|------------------|--------------|--------|-------|---------|---------|
| caps 1 mg 21 pce |              |        | 20221 | 9457.90 | 8987.24 |
| caps 2 mg 21 pce |              |        | 20221 | 9578.05 | 9104.46 |
| caps 3 mg 21 pce |              |        | 20221 | 9698.25 | 9221.69 |
| caps 4 mg 21 pce |              |        | 20221 | 9778.60 | 9300.11 |

**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 légalidomide et le bortézomib) et dont la maladie a progressé pendant le dernier traitement.

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 légalidomide 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.

**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 légalidomide et le bortézomib) et dont la maladie a progressé pendant le dernier traitement.

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.

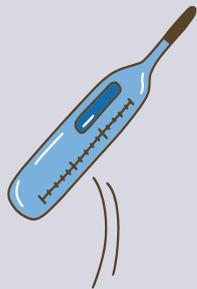
IMNOVID est remboursé en association avec l'élotuzumab et la dexaméthasone pour le traitement chez des patients adultes atteints de myélome multiple ayant déjà reçu au moins deux traitements, dont le légalidomide et un inhibiteur de protéasome et qui ont présenté une progression sous leur dernier traitement.

La société Celgene GmbH rembourse à l'assureur-maladie 13.44% 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.

| PRÉPARATION/(Substances actives)<br>Emballages   | Maison responsable         | Groupe théér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau ex-fact. |
|--|----------------------------|---------------|---------------|--------------|------------------|
| <b>LIVAZO</b>  | Recordati AG               | 071200        |               |              |                  |
| cpr pell 1 mg 30 pce   |                            |               | 19952         | 49.15        | 28.51            |
| cpr pell 1 mg 90 pce   |                            |               | 19952         | 114.60       | 85.53            |
| cpr pell 2 mg 30 pce   |                            |               | 19952         | 56.20        | 34.70            |
| cpr pell 2 mg 90 pce   |                            |               | 19952         | 135.90       | 104.10           |
| cpr pell 4 mg 30 pce   |                            |               | 19952         | 74.20        | 50.34            |
| cpr pell 4 mg 90 pce   |                            |               | 19952         | 189.75       | 151.02           |
| <b>Nouvelle limitation:</b><br>Prise en charge exclusivement chez les adultes présentant une hypercholestérolémie primaire, y compris les hypercholestérolémies familiales hétérozygotes ou une dyslipidémie mixte pour la réduction des taux élevés de cholestérol total et de LDL-cholestérol; en association avec un régime alimentaire, lorsque la réponse au régime et aux autres mesures non pharmacologiques (p.ex. exercice physique et réduction pondérale) est insuffisante. |                            |               |               |              |                  |
| <b>NOVONORM</b>  | Novo Nordisk Pharma AG     | 070620        |               |              |                  |
| cpr 0.500 mg 90 pce  |                            |               | 17417         | 20.35        | 10.58            |
| cpr 1 mg 90 pce  |                            |               | 17417         | 27.00        | 12.81            |
| cpr 2 mg 90 pce  |                            |               | 17417         | 33.65        | 15.02            |
| <b>Nouvelle limitation:</b><br>A utiliser lorsque d'autres antidiabétiques oraux sont contre-indiqués ou non appropriés pour des raisons médicales ou pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.  |                            |               |               |              |                  |
| <b>PIOGLITAZON MEPHA</b>   | Mepha Pharma AG            | 070620        |               |              |                  |
| cpr 15 mg 28 pce   |                            |               | 19943         | 36.60        | 17.61            |
| cpr 15 mg 98 pce   |                            |               | 19943         | 87.05        | 61.54            |
| cpr 30 mg 28 pce   |                            |               | 19943         | 43.85        | 23.91            |
| cpr 30 mg 98 pce   |                            |               | 19943         | 112.00       | 83.26            |
| cpr 45 mg 28 pce   |                            |               | 19943         | 49.30        | 28.68            |
| cpr 45 mg 98 pce   |                            |               | 19943         | 131.00       | 99.82            |
| <b>Vieille limitation:</b><br>Utilisation lorsque les valeurs d'HbA1c n'ont pas été atteintes lors de traitement antérieur par antidiabétiques oraux standards.  |                            |               |               |              |                  |
| <b>Nouvelle limitation:</b><br>A utiliser lorsque d'autres antidiabétiques oraux sont contre-indiqués ou non appropriés pour des raisons médicales ou pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.  |                            |               |               |              |                  |
| <b>PIOGLITAZON SANDOZ</b>  | Sandoz Pharmaceuticals AG  | 070620        |               |              |                  |
| cpr 15 mg 28 pce   |                            |               | 19978         | 36.65        | 17.62            |
| cpr 15 mg 98 pce   |                            |               | 19978         | 87.05        | 61.55            |
| cpr 30 mg 28 pce   |                            |               | 19978         | 43.85        | 23.91            |
| cpr 30 mg 98 pce   |                            |               | 19978         | 112.00       | 83.26            |
| cpr 45 mg 28 pce   |                            |               | 19978         | 49.30        | 28.67            |
| cpr 45 mg 98 pce   |                            |               | 19978         | 131.00       | 99.83            |
| <b>Vieille limitation:</b><br>Utilisation lorsque les valeurs d'HbA1c n'ont pas été atteintes lors de traitement antérieur par antidiabétiques oraux standards.  |                            |               |               |              |                  |
| <b>Nouvelle limitation:</b><br>A utiliser lorsque d'autres antidiabétiques oraux sont contre-indiqués ou non appropriés pour des raisons médicales ou pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.  |                            |               |               |              |                  |
| <b>REPAGLINIDE ZENTIVA</b>   | Rivopharm SA               | 070620        |               |              |                  |
| cpr 0.500 mg 90 pce  |                            |               | 20321         | 19.15        | 9.53             |
| cpr 1 mg 90 pce  |                            |               | 20321         | 25.55        | 11.54            |
| cpr 2 mg 90 pce  |                            |               | 20321         | 27.80        | 13.52            |
| <b>Nouvelle limitation:</b><br>A utiliser lorsque d'autres antidiabétiques oraux sont contre-indiqués ou non appropriés pour des raisons médicales ou pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.  |                            |               |               |              |                  |
| <b>STARLIX</b>   | Novartis Pharma Schweiz AG | 070620        |               |              |                  |
| cpr pell 120 mg 84 pce   |                            |               | 17587         | 45.50        | 25.34            |
| <b>Nouvelle limitation:</b><br>A utiliser lorsque d'autres antidiabétiques oraux sont contre-indiqués ou non appropriés pour des raisons médicales ou pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.  |                            |               |               |              |                  |
| <b>STARLIX MITE</b>  | Novartis Pharma Schweiz AG | 070620        |               |              |                  |
| cpr pell 60 mg 84 pce  |                            |               | 17587         | 45.50        | 25.34            |
| <b>Nouvelle limitation:</b><br>A utiliser lorsque d'autres antidiabétiques oraux sont contre-indiqués ou non appropriés pour des raisons médicales ou pour les patients qui sont déjà traités avec ce médicament.  |                            |               |               |              |                  |

**VOICI COMMENT  
NOUS PROTÉGER:**



# Merci de vous faire tester régulièrement.



**S'il vous plaît, restez prudents.  
Ensemble, nous surmonterons la crise.**

[ofsp-coronavirus.ch](https://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



Application SwissCovid  
Download

# Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

**Les ordonnances suivantes sont bloquées**

| Canton | N° de bloc | Ordonnances n°s |
|--------|------------|-----------------|
| Zurich |            | 8753740         |

OFSP-Bulletin  
OFCL, Diffusion publications  
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# OFSP-Bulletin

Semaine  
20/2021