



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 19 septembre 2022

Semaine
OFSP-Bulletin 38/2022

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

Nombreuses offres de formation continue sur la prise en charge scolaire
des enfants atteints de TDAH, p. 7

Liste des spécialités, p. 8

Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 50 00
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses _____	4
Statistique Sentinella _____	6
Nombreuses offres de formation continue sur la prise en charge scolaire des enfants atteints de TDAH _____	7
Liste des spécialités _____	8
Vol d'ordonnances _____	23

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 36^e semaine (14.09.2022)^a

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

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

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

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

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

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

^h Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 36^e semaine (14.09.2022)^a

	Semaine 36			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	1 0.60		1 0.60	7 1.00	4 0.60	3 0.40	114 1.30	67 0.80	94 1.10	78 1.30	46 0.80	62 1.00
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	26 15.50	2 1.20		103 15.40	7 1.00		12006 137.80	57 0.60	11781 135.30	11579 192.00	40 0.70	11329 187.90
Légionellose	14 8.40	15 9.00	27 16.10	61 9.10	65 9.70	72 10.80	647 7.40	594 6.80	504 5.80	418 6.90	448 7.40	321 5.30
Méningocoques: maladie invasive				1 0.20			11 0.10	7 0.08	29 0.30	7 0.10	4 0.07	16 0.30
Pneumocoques: maladie invasive	4 2.40	11 6.60	9 5.40	16 2.40	39 5.80	15 2.20	628 7.20	406 4.70	675 7.80	427 7.10	298 4.90	444 7.40
Rougeole									51 0.60			37 0.60
Rubéole^c												
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	10 6.00	6 3.60	9 5.40	33 4.90	23 3.40	23 3.40	367 4.20	346 4.00	399 4.60	274 4.50	267 4.40	286 4.70
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	170 101.50	192 114.60	271 161.80	854 127.50	809 120.80	795 118.70	7614 87.40	6435 73.90	6480 74.40	5533 91.80	4658 77.20	4270 70.80
Hépatite A	1 0.60	1 0.60	4 2.40	5 0.80	3 0.40	6 0.90	56 0.60	43 0.50	85 1.00	39 0.60	32 0.50	57 1.00
Hépatite E	1 0.60		2 1.20	7 1.00	4 0.60	3 0.40	75 0.90	163 1.90	78 0.90	49 0.80	142 2.40	48 0.80
Infection à E. coli entérohémorragique	37 22.10	32 19.10	47 28.10	169 25.20	138 20.60	95 14.20	1230 14.10	840 9.60	783 9.00	904 15.00	620 10.30	469 7.80
Listériose	1 0.60	1 0.60		3 0.40	4 0.60	6 0.90	71 0.80	34 0.40	54 0.60	59 1.00	21 0.40	44 0.70
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	2 1.20			2 0.30			8 0.09	1 0.01	15 0.20	6 0.10		10 0.20
Salmonellose, autres	63 37.60	47 28.10	52 31.00	297 44.30	245 36.60	203 30.30	1733 19.90	1454 16.70	1308 15.00	1254 20.80	1017 16.90	772 12.80
Shigellose	2 1.20			17 2.50	11 1.60		160 1.80	58 0.70	144 1.60	110 1.80	48 0.80	50 0.80

	Semaine 36			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022	2021	2020
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydirose	252 150.50	264 157.60	337 201.20	1109 165.50	987 147.30	878 131.00	12702 145.80	11694 134.30	11552 132.60	8701 144.30	8181 135.70	7515 124.60
Gonorrhée ^e	103 61.50	82 49.00	108 64.50	381 56.90	372 55.50	273 40.80	5022 57.70	3756 43.10	3507 40.30	3507 58.20	2568 42.60	2227 36.90
Hépatite B, aiguë			1 0.60		2 0.30	2 0.30	27 0.30	27 0.30	23 0.30	19 0.30	19 0.30	14 0.20
Hépatite B, total déclarations	19	16	18	84	65	63	1121	988	984	793	703	642
Hépatite C, aiguë			1 0.60			1 0.20	10 0.10	16 0.20	13 0.20	5 0.08	8 0.10	8 0.10
Hépatite C, total déclarations	32	38	29	105	68	81	1022	957	916	726	666	602
Infection à VIH	8 4.80	5 3.00	6 3.60	16 2.40	22 3.30	21 3.10	331 3.80	317 3.60	319 3.70	229 3.80	226 3.80	192 3.20
Sida	1 0.60		1 0.60	4 0.60	3 0.40	7 1.00	42 0.50	46 0.50	75 0.90	26 0.40	33 0.60	38 0.60
Syphilis, stades précoces ^f	3 1.80	12 7.20	14 8.40	34 5.10	45 6.70	31 4.60	723 8.30	631 7.20	666 7.60	499 8.30	460 7.60	422 7.00
Syphilis, total ^g	5 3.00	17 10.20	21 12.50	43 6.40	63 9.40	48 7.20	986 11.30	845 9.70	905 10.40	675 11.20	610 10.10	567 9.40
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose					2 0.30		5 0.06	7 0.08	4 0.05	4 0.07	5 0.08	1 0.02
Chikungunya							5 0.06	3 0.03	23 0.30	2 0.03	3 0.05	11 0.20
Dengue	1 0.60		1 0.60	4 0.60	1 0.20	1 0.20	64 0.70	14 0.20	161 1.80	49 0.80	11 0.20	74 1.20
Encéphalite à tiques	12 7.20	8 4.80	12 7.20	34 5.10	28 4.20	48 7.20	365 4.20	291 3.30	442 5.10	318 5.30	238 4.00	396 6.60
Fièvre du Nil occidental								1 0.01	1 0.01			
Fièvre jaune												
Fièvre Q		5 3.00			10 1.50	2 0.30	65 0.80	89 1.00	58 0.70	35 0.60	78 1.30	41 0.70
Infection à Hantavirus							4 0.05	2 0.02			2 0.03	
Infection à virus Zika									1 0.01			
Paludisme	9 5.40	9 5.40	2 1.20	36 5.40	48 7.20	4 0.60	304 3.50	220 2.50	175 2.00	238 4.00	186 3.10	93 1.50
Trichinellose				2 0.30			6 0.07	2 0.02	3 0.03	6 0.10	1 0.02	3 0.05
Tularémie		5 3.00	3 1.80	6 0.90	28 4.20	12 1.80	136 1.60	206 2.40	145 1.70	66 1.10	169 2.80	82 1.40
Autres déclarations												
Botulisme							1 0.01	1 0.01		1 0.02	1 0.02	
Diphthérie ^h	1 0.60	1 0.60		11 1.60	1 0.20		22 0.20	4 0.05	3 0.03	21 0.40	3 0.05	2 0.03
Maladie de Creutzfeldt-Jakob			1 0.60	4 0.60	1 0.20	2 0.30	26 0.30	31 0.40	17 0.20	20 0.30	22 0.40	13 0.20
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 9.9.2022 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	33		34		35		36		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³						
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	2	0.2	0	0	2	0.2	2	0.2	1.5	0.2
Piqûre de tiques	4	0.4	5	0.4	3	0.3	5	0.5	4.3	0.4
Borréliose de Lyme	4	0.4	9	0.8	2	0.2	11	1.1	6.5	0.6
Herpès zoster	12	1.1	9	0.8	4	0.4	8	0.8	8.3	0.8
Néuralgies post-zostériennes	3	0.3	2	0.2	0	0	2	0.2	1.8	0.2
Médecins déclarants	147		158		162		139		151.5	

Nombreuses offres de formation continue sur la prise en charge scolaire des enfants atteints de TDAH

En Suisse, de nombreuses possibilités de formation continue sont à la disposition des enseignants qui souhaitent approfondir leurs connaissances concernant les enfants présentant des troubles du comportement. Telle est la conclusion d'un rapport adopté par le Conseil fédéral à sa séance du 31 août 2022.

En classe, les enfants atteints de TDAH ou d'autres troubles du comportement ont souvent besoin d'un soutien particulier des enseignants. Un postulat invite le Conseil fédéral à examiner les possibilités d'intégrer dans la formation des enseignants et d'autres spécialistes les résultats du projet de recherche FOKUS sur l'encouragement à l'école des enfants présentant un trouble de l'attention ou d'autres troubles du comportement. La formation continue élaborée sur cette base fournit des outils aux enseignants pour mieux accompagner les enfants concernés. Il ressort par exemple que l'introduction de rituels et un programme bien structuré favorisent leur intégration et permettent de mieux retenir leur attention.

Le rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Herzog 19.4283 « Intégrer dans la formation des enseignants les résultats du projet Fokus sur les troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » fait le constat qu'aujourd'hui déjà, les TDAH et les autres troubles du comportement sont largement couverts dans le cadre de la formation initiale et continue du corps enseignant. Le module de formation continue FOKUS fait partie de l'offre variée disponible sur ce thème. Les hautes écoles pédagogiques, qui relèvent de la compétence des cantons, sont libres de décider en toute autonomie du contenu qu'elles souhaitent intégrer à leurs cursus et quels cours de formation continue elles entendent proposer.

MESURES DE LA CONFÉDÉRATION

Les TDAH sont des troubles du développement neurologique survenant majoritairement dans l'enfance et qui englobent trois types de symptômes : déficit de l'attention et/ou hyperactivité et impulsivité. On estime que 5 % des élèves en école primaire sont concernés. Le Conseil fédéral considère les TDAH chez les enfants comme un thème important. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est ainsi doté d'un groupe d'experts chargé de cette problématique et observe les développements dans ce domaine. En outre, dans le cadre de ses stratégies de la santé, il s'engage en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes en général.

Contact

Office fédéral de la santé publique
Communication
Téléphone 058 462 95 05
media@bag.admin.ch

Liste des spécialités :

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

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

Valable à partir du 1^{er} septembre 2022

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.07.10 G		LACOSAMID DESITIN (Lacosamidum)	Desitin Pharma GmbH		
	21483	cpr pell 50 mg 14 pce Fr. 18.40 (8.90)		68277001	01.09.2022, B
	21483	cpr pell 100 mg 14 pce Fr. 36.60 (17.60)		68277002	01.09.2022, B
	21483	cpr pell 100 mg 56 pce Fr. 92.55 (66.33)		68277003	01.09.2022, B
	21483	cpr pell 100 mg 168 pce Fr. 238.80 (193.73)		68277004	01.09.2022, B
	21483	cpr pell 150 mg 14 pce Fr. 46.00 (25.78)		68277005	01.09.2022, B
	21483	cpr pell 150 mg 56 pce Fr. 128.85 (97.97)		68277006	01.09.2022, B
	21483	cpr pell 150 mg 168 pce Fr. 345.25 (286.46)		68277007	01.09.2022, B
	21483	cpr pell 200 mg 14 pce Fr. 55.85 (34.36)		68277008	01.09.2022, B
	21483	cpr pell 200 mg 56 pce Fr. 166.30 (130.56)		68277009	01.09.2022, B
	21483	cpr pell 200 mg 168 pce Fr. 454.90 (381.95)		68277010	01.09.2022, B
En association dans le traitement des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire chez des patients épileptiques âgés de 18 ans et plus.					
01.09 G		ONDANSÉTRON FRESENIUS (Ondansetronum)	Fresenius Kabi (Schweiz) AG		
	21486	conc perf 4 mg/2 ml 5 amp 2 ml Fr. 56.25 (34.70)		63071001	01.09.2022, B
	21486	conc perf 8 mg/4 ml 5 amp 4 ml Fr. 90.55 (64.60)		63071003	01.09.2022, B
Chimiothérapie fortement émétogène.					
07.12 G		PITAVASTATINE SANDOZ (Pitavastatinum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21461	cpr pell 1 mg 28 pce Fr. 39.10 (19.76)		68321001	01.09.2022, B
	21461	cpr pell 1 mg 84 pce Fr. 84.45 (59.27)		68321002	01.09.2022, B
	21461	cpr pell 2 mg 28 pce Fr. 44.00 (24.04)		68321003	01.09.2022, B
	21461	cpr pell 2 mg 84 pce Fr. 99.20 (72.14)		68321004	01.09.2022, B
	21461	cpr pell 4 mg 28 pce Fr. 56.45 (34.88)		68321005	01.09.2022, B
	21461	cpr pell 4 mg 84 pce Fr. 136.55 (104.66)		68321006	01.09.2022, B
Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1% selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).					
Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.					

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.12 G		PITAVASTATIN ZENTIVA (Pitavastatinum)	Helvepharm AG		
	21457	cpr pell 1 mg 28 pce Fr. 39.10 (19.76)		68219001	01.09.2022, B
	21457	cpr pell 1 mg 84 pce Fr. 84.45 (59.27)		68219002	01.09.2022, B
	21457	cpr pell 2 mg 28 pce Fr. 44.00 (24.04)		68219003	01.09.2022, B
	21457	cpr pell 2 mg 84 pce Fr. 99.20 (72.14)		68219004	01.09.2022, B
	21457	cpr pell 4 mg 28 pce Fr. 56.45 (34.88)		68219005	01.09.2022, B
	21457	cpr pell 4 mg 84 pce Fr. 136.55 (104.66)		68219006	01.09.2022, B

Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1% selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).

Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.

07.12 G		PITAVASTATIN-MEPHA (Pitavastatinum)	Mepha Pharma AG		
	21484	cpr pell 1 mg 30 pce Fr. 40.70 (21.17)		68173001	01.09.2022, B
	21484	cpr pell 1 mg 90 pce Fr. 89.30 (63.50)		68173002	01.09.2022, B
	21484	cpr pell 2 mg 30 pce Fr. 45.95 (25.76)		68173003	01.09.2022, B
	21484	cpr pell 2 mg 90 pce Fr. 105.15 (77.30)		68173004	01.09.2022, B
	21484	cpr pell 4 mg 30 pce Fr. 59.30 (37.38)		68173005	01.09.2022, B
	21484	cpr pell 4 mg 90 pce Fr. 145.15 (112.14)		68173006	01.09.2022, B

Chez les adultes de 18 à 75 ans, le traitement par statines est remboursé en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires ainsi qu'en prévention primaire chez les personnes à risque élevé ou très élevé, selon la catégorie de risque du GSLA, et chez les personnes présentant un risque supérieur à 1% selon la catégorie de risque du GSLA. Un traitement par statine continue d'être remboursé après l'âge de 75 ans révolus s'il a été débuté jusqu'à l'âge de 75 ans (inclus).

Un traitement par statine initié chez les personnes de plus de 75 ans, est remboursé uniquement en prévention secondaire d'événements cardiovasculaires et en prévention primaire chez les personnes présentant un risque élevé ou très élevé selon la catégorie de risque du GSLA.

07.15		KEVZARA (Sarilumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20779	sol inj 150 mg/1.14 ml stylo pré-remp 2 pce Fr. 1151.50 (993.85)		66425001	01.09.2018, B
	20779	sol inj 150 mg/1.14 ml ser pré-rempli 2 pce Fr. 1151.50 (993.85)		66424001	01.09.2018, B
	20779	sol inj 200 mg/1.14 ml stylo pré-remp 2 pce Fr. 1151.50 (993.85)		66425003	01.09.2018, B
	20779	sol inj 200 mg/1.14 ml ser pré-rempli 2 pce Fr. 1151.50 (993.85)		66424003	01.09.2018, B

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil de l'assureur-maladie dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde active chez les patients adultes qui n'ont pas suffisamment répondu à un DMARD (disease modifying anti-rheumatic drug) ou à un traitement par des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF).

En cas d'intolérance au méthotrexate ou si le traitement par méthotrexate est inadéquat, Kevzara peut être administré en monothérapie.

07.16.10		GAVRETO (Pralsetinibum)	Roche Pharma (Schweiz) AG		
	21321	caps 100 mg fl 120 pce Fr. 7839.80 (7408.58)		68182001	01.09.2022, A

Limitation limitée jusqu'au 12.08.2023

2L NSCLC

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

GAVRETO est indiqué en monothérapie dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique présentant une fusion du gène RET (RET=REarranged during Transfection), qui nécessitent un traitement systémique et chez lesquels une progression est survenue après un traitement antérieur.

Le traitement par GAVRETO se poursuit jusqu'à progression de la maladie.

Une rotation au sein des inhibiteurs de RET ne sera remboursée qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance.

Le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, rembourse intégralement, au prix de fabrication actuel, les deux premiers emballages de GAVRETO 100 mg 120 pce acquis, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament. De plus, le titulaire de l'autorisation, Roche Pharma (Suisse) SA, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament, dès la première demande de l'assurance, un montant de Fr. 432.40 pour chaque emballage supplémentaire de GAVRETO 100 mg 120 pce acquis.

La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée exigée en plus de cette part du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21321.01.

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

Limitation limitée jusqu'au 12.08.2023

Cancer médullaire de la thyroïde présentant une mutation du gène RET

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

GAVRETO en monothérapie est indiqué dans le traitement du cancer médullaire de la thyroïde (CMT) avancé ou métastatique présentant une mutation du gène RET, chez les patients adultes nécessitant un traitement systémique et ayant présenté une progression après un traitement antérieur par des inhibiteurs de la tyrosine kinase.

Le traitement par GAVRETO se poursuit jusqu'à progression de la maladie.

Une rotation au sein des inhibiteurs de RET ne sera remboursée qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance.

Des modèles de prix existent pour GAVRETO. Le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA informera à la première demande l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la réception du traitement.

Pour chaque boîte de GAVRETO achetée, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse une partie fixe du prix de fabrication à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la réception du traitement, à sa première demande. Le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA informe l'assureur-maladie du montant du remboursement.

La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée exigée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21321.02.

Limitation limitée jusqu'au 12.08.2023

Cancer de la thyroïde présentant une fusion du gène RET

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

GAVRETO en monothérapie est indiqué dans le traitement du cancer de la thyroïde avancé ou métastatique présentant une fusion du gène RET, chez les patients adultes nécessitant un traitement systémique et ayant présenté une progression après un traitement antérieur, notamment par l'iode radioactif.

Le traitement par GAVRETO se poursuit jusqu'à progression de la maladie.

Une rotation au sein des inhibiteurs de RET ne sera remboursée qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance.

Des modèles de prix existent pour GAVRETO. Le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA informera à la première demande l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la réception du traitement.

Pour chaque boîte de GAVRETO achetée, Roche Pharma (Suisse) SA rembourse une partie fixe du prix de fabrication à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la réception du traitement, à sa première demande. Le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA informe l'assureur-maladie du montant du remboursement.

La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée exigée en plus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21321.03.

07.16.10	RYBREVANT (Amivantamabum)	Janssen-Cilag AG			
	21390 conc perf 350 mg/7 ml 1 pce Fr. 1577.40 (1382.19)		68380001	01.09.2022, A	

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

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

RYBREVANT est indiqué en monothérapie pour traiter les patients atteints de cancer du poumon non à petites cellules (CBNPC) métastatique ou non résécable, présentant des mutations d'insertion activatrices dans l'exon 20 du gène du récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR) et dont la maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie contenant du platine. Le traitement par RYBREVANT se poursuit jusqu'à progression de la maladie.

Des modèles de prix existent pour RYBREVANT. Janssen-Cilag AG informera à la première demande l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la réception du traitement.

Pour chaque boîte de RYBREVANT achetée, Janssen-Cilag AG rembourse une partie fixe du prix de fabrication à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la réception du traitement, à sa première demande. Janssen-Cilag AG informe l'assureur-maladie du montant du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de cette réduction sur le prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

07.16.20 G	ABIRATERON ZENTIVA (Abirateroni acetat)	Helvepharm AG			
	21481 cpr pell 500 mg blist 56 pce Fr. 1046.15 (897.80)		68334001	01.09.2022, B	

En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou de la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC), sans métastases viscérales et sans métastases hépatiques, chez des patients asymptomatiques ou ne présentant que des symptômes légers, après échec d'un traitement par suppression androgénique et chez lesquels une chimiothérapie n'est pas indiquée cliniquement.

En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique avancé de la prostate en progression chez des patients déjà traités par docétaxel, après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.

Pour le traitement en association avec de la prednisone ou de la prednisolone (5 mg/jour) et un traitement par suppression androgénique (ADT) chez les patients présentant un carcinome métastatique de la prostate hormonosensible (mHSPC) à haut risque nouvellement diagnostiqué au cours des 3 derniers mois. Chez les patients n'ayant pas subi d'orchidectomie, l'administration d'abiraterone doit commencer au cours des 3 mois suivant le début de la suppression androgénique.

Un risque élevé est défini par la présence d'au moins 2 des 3 facteurs de risque suivants: (1) score de Gleason \geq 8; (2) présence d'au moins 3 lésions à la scintigraphie osseuse; (3) présence de métastases viscérales mesurables (hors atteinte ganglionnaire).

En cas d'arrêt du traitement rendu nécessaire par des effets indésirables survenus au cours des 10 jours suivant le début du traitement, Helvepharm AG remboursera à l'assureur-maladie les coûts de la totalité de l'emballage. Les arrêts de traitement doivent être immédiatement notifiés à l'assureur-maladie par le médecin traitant.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.20 G		ABIRATERON-TEVA (Abirateroni acetas)	Teva Pharma AG		
	21460	cpr pell 500 mg blist 56 pce Fr. 1046.15 (897.80)		68319001	01.09.2022, B
<p>En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou de la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration (mCRPC), sans métastases viscérales et sans métastases hépatiques, chez des patients asymptomatiques ou ne présentant que des symptômes légers, après échec d'un traitement par suppression androgénique et chez lesquels une chimiothérapie n'est pas indiquée cliniquement.</p> <p>En association avec des agonistes de la LH-RH et la prednisone ou la prednisolone pour le traitement du cancer métastatique avancé de la prostate en progression chez des patients déjà traités par docétaxel, après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie et consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>Pour le traitement en association avec de la prednisone ou de la prednisolone (5 mg/jour) et un traitement par suppression androgénique (ADT) chez les patients présentant un carcinome métastatique de la prostate hormonosensible (mHSPC) à haut risque nouvellement diagnostiqué au cours des 3 derniers mois. Chez les patients n'ayant pas subi d'orchidectomie, l'administration d'abiraterone doit commencer au cours des 3 mois suivant le début de la suppression androgénique. Un risque élevé est défini par la présence d'au moins 2 des 3 facteurs de risque suivants: (1) score de Gleason \geq 8; (2) présence d'au moins 3 lésions à la scintigraphie osseuse; (3) présence de métastases viscérales mesurables (hors atteinte ganglionnaire).</p> <p>En cas d'arrêt du traitement rendu nécessaire par des effets indésirables survenus au cours des 10 jours suivant le début du traitement, Teva Pharma AG remboursera à l'assureur-maladie les coûts de la totalité de l'emballage. Les arrêts de traitement doivent être immédiatement notifiés à l'assureur-maladie par le médecin traitant.</p>					
08.03		VEKLURY (Remdesivirum)	Gilead Sciences Switzerland Sàrl		
	21439	subst sèche 100 mg flac 1 pce Fr. 526.65 (444.46)		68026001	01.09.2022, A
<p>Limitation limitée jusqu'au 30.09.2023</p> <p>VEKLURY est remboursé en tant que monothérapie antivirale dans le traitement d'une infection COVID-19 confirmée (symptomatique et détection positive du pathogène par antigène/PCR):</p> <ul style="list-style-type: none"> – chez les adultes avec une pneumonie exigeant un apport d'oxygène supplémentaire et – pour le traitement précoce chez les adultes sans apport supplémentaire d'oxygène avec risque nettement accru d'une évolution sévère de la COVID-19. <p>Le traitement doit être instauré par des centres spécialisés ou des hôpitaux universitaires (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/heilmittel/COVID-19/liste-kant-zentren-mak-covid-2021.pdf.download.pdf/Liste%20der%20kantonalen%20Zentren.pdf) dans le cadre des directives en vigueur de la Société Suisse d'Infectiologie (SSI) et de l'indication précitée, selon les recommandations posologiques prévues pour cette indication dans l'information professionnelle.</p> <p>Étant donné la distribution directe de VEKLURY, le titulaire de l'autorisation doit déduire CHF 63.96 du prix de vente à l'usine à la facturation. Les fournisseurs de prestations doivent répercuter cette réduction au payeur (art. 56, al. 3, lettre b LAMal). Avec la part relative à la distribution, le montant à facturer est de CHF 453.20. Dans le secteur stationnaire, le remboursement de la rémunération supplémentaire fixée a lieu en fonction du P-Exf économique.</p>					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
II. Autres emballages et dosages					
01.01.30		DIAPHIN (Diamorphini hydrochloridum monohydricum)	DiaMo Narcotics GmbH		
	17747	subst sèche 5 g i.v. amp 1 pce Fr. 174.50 (152.00)		55561001	01.09.2022, A
Conformément à l'annexe 1 de l'OPAS (RS 832.112.31), v. chiffre 8, psychiatrie et psychothérapie, Traitement par agonistes opioïdes (TAO) en cas de syndrome de dépendance aux opioïdes.					
Détermination du prix pour Diaphin sur la base du prix de fabrication, plus la prime relative au prix de 12%, TVA en sus. En raison de la situation particulière de distribution (livraison directe) sans prime par emballage.					
01.07.10 G		LAMOTRIGIN DESITIN (Lamotriginum)	Desitin Pharma GmbH		
	18569	cpr 5 mg blist 50 pce Fr. 5.95 (1.62)		57437001	01.09.2022, B
07.08.10		MENOPUR MULTIDOSE STYLO PRÉ (Menotropinum)	Ferring AG		
	21415	sol inj 600 UI/0.96 ml stylo pré 1 pce Fr. 206.45 (165.53)		68020001	01.09.2022, A
Non admis pour le traitement de l'adiposité. Prise en charge seulement après examen endocrinologique préalable si la caisse a donné une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. La durée maximale du traitement se limite à une année. Stimulation folliculaire simple.					
01.07.10		ZEBINIX (Eslicarbazepini acetat)	Bial SA		
	21145	cpr 800 mg 90 pce Fr. 285.65 (234.54)		67375005	01.09.2022, B
04.99 G		PANPRAX (Pantoprazolum)	Drossapharm AG		
	19261	cpr pell 40 mg 100 pce Fr. 50.70 (29.88)		60408009	01.09.2022, B
07.10.20		VIMOVO (Naproxenum, Esomeprazolom)	Grünenthal Pharma AG		
	19426	cpr pell 30 pce Fr. 20.55 (10.75)		61330007	01.09.2022, B
	19426	cpr pell 60 pce Fr. 41.10 (21.50)		61330008	01.09.2022, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
III. Préparations/emballages radiés					
01.01.30		DIAPHIN (Diamorphini hydrochloridum monohydricum)	DiaMo Narcotics GmbH		
	17747	subst sèche 10 g i.v. amp 1 pce Fr. 251.75 (205.00)		55561004	01.09.2022, A
01.01.30 G		OXYCODON STREULI (Oxycodoni hydrochloridum)	Streuli Pharma AG		
	20419	cpr ret 5 mg 30 pce Fr. 16.75 (7.45)		65113001	01.09.2022, A
	20419	cpr ret 5 mg 60 pce Fr. 27.40 (13.14)		65113002	01.09.2022, A
	20419	cpr ret 10 mg 30 pce Fr. 19.85 (10.16)		65113003	01.09.2022, A
	20419	cpr ret 10 mg 60 pce Fr. 36.95 (17.88)		65113004	01.09.2022, A
	20419	cpr ret 20 mg 30 pce Fr. 36.10 (17.15)		65113005	01.09.2022, A
	20419	cpr ret 20 mg 60 pce Fr. 54.05 (32.79)		65113006	01.09.2022, A
	20419	cpr ret 40 mg 30 pce Fr. 57.25 (35.58)		65113009	01.09.2022, A
	20419	cpr ret 40 mg 60 pce Fr. 95.30 (68.72)		65113010	01.09.2022, A
	20419	cpr ret 80 mg 30 pce Fr. 88.05 (62.41)		65113007	01.09.2022, A
	20419	cpr ret 80 mg 60 pce Fr. 159.60 (124.73)		65113008	01.09.2022, A
01.07.10 G		LÉVÉTIRACÉTAM SANDOZ (Levetiracetamum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21037	sol 100 mg/ml fl 300 ml Fr. 69.25 (46.05)		67229001	01.09.2022, B
01.99 G		MÉMANTINE SANDOZ EMBALLAGE DÉPART (Memantinum hydrochloridum, Memantinum hydrochloridum, Memantinum hydrochloridum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20387	cpr pell 7x5/7x10/7x15/7x20 mg 28 pce Fr. 49.10 (28.50)		65207003	01.09.2022, B
04.99 G		PANTOPRAZOLE SANDOZ (Pantoprazolum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19265	subst sèche 40 mg i.v. flac 1 pce Fr. 6.40 (2.03)		58279001	01.09.2022, B
06.03.20		DUOPLAVIN (Clopidogrelum, Acidum acetylsalicylicum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	19292	cpr 75/100 28 pce Fr. 50.75 (29.93)		58696001	01.09.2022, B
	19292	cpr 75/100 84 pce Fr. 119.50 (89.80)		58696002	01.09.2022, B
06.07.30		ZIEXTENZO (Pegfilgrastimum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21017	sol inj 6 mg/0.6 ml ser pré 24 pce Fr. 27283.60 (26378.16)		67569002	01.09.2022, A
07.02.30		VITAMINE D3 SANDOZ (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20635	cpr 1000 UI 50 pce Fr. 5.15 (2.78)		66466003	01.09.2022, D
	20635	cpr 1000 UI 100 pce Fr. 10.25 (5.56)		66466004	01.09.2022, D
07.06.10		INSULINE INSUMAN BASAL (Insulinum humanum ADNr isophanum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	17317	susp inj Optipen 5x 3 ml Fr. 53.20 (32.07)		53964028	01.09.2022, B
07.06.10		INSULINE INSUMAN COMB25 (Insulinum humanum ADNr)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	17315	susp inj Optipen 5x 3 ml Fr. 53.55 (32.35)		53962017	01.09.2022, B
07.06.10		INSULINE INSUMAN RAPID (Insulinum humanum ADNr solutum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	17313	sol inj Optipen 5x 3 ml Fr. 53.65 (32.46)		53960014	01.09.2022, B

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Date de la suppression
07.12 G		SIMVASINE SPIRIG HC (Simvastatinum)	Spirig HealthCare AG		
	18347	cpr pell 20 mg 28 pce Fr. 34.25 (15.55)		57452016	01.09.2022, B
	18347	cpr pell 20 mg 98 pce Fr. 63.80 (41.27)		57452017	01.09.2022, B
	18347	cpr pell 40 mg 28 pce Fr. 34.15 (15.46)		57452018	01.09.2022, B
	18347	cpr pell 40 mg 98 pce Fr. 72.95 (49.26)		57452019	01.09.2022, B
	18347	cpr pell 80 mg 28 pce Fr. 29.50 (14.99)		57452020	01.09.2022, B
07.16.10 G		DOCÉTAXEL SANDOZ (Docetaxelum)	Sandoz Pharmaceuti- cals AG		
	19798	conc perf 20 mg/2 ml flac 1 pce Fr. 89.50 (63.69)		61404001	01.09.2022, A
	19798	conc perf 80 mg/8 ml flac 1 pce Fr. 308.85 (254.75)		61404002	01.09.2022, A
07.16.10		FARMORUBICIN RD (Epirubicini hydrochloridum)	Pfizer AG		
	15774	subst sèche 50 mg amp 2 pce Fr. 186.10 (147.83)		50359034	01.09.2022, A
07.16.10		VERZENIOS (Abemaciclibum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	20839	cpr pell 200 mg 56 pce Fr. 3158.40 (2841.39)		66833011	01.09.2022, A
07.16.20 G		EXÉMESTANE SANDOZ (Exemestatum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	19511	cpr pell 25 mg 15 pce Fr. 57.45 (35.76)		61522001	01.09.2022, B
07.16.20 G		FULVESTRANT MYLAN (Fulvestrantum)	Mylan Pharma GmbH		
	21198	sol inj 250 mg/5 ml 2 ser prêt 5 ml Fr. 517.20 (436.23)		67151002	01.09.2022, B
08.01.93 G		PIPERACILLIN TAZOB. SANDOZ (Piperacillinum, Tazobactamum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	18710	subst sèche 4.5 g flac 50 ml Fr. 38.75 (19.49)		58151001	01.09.2022, A
08.03 0		ZOVIRAX (Aciclovirum)	GlaxoSmithKline AG		
	14456	cpr pell 400 mg blist 25 pce Fr. 41.85 (22.16)		45343001	01.09.2022, A
08.08		POLIORIX (Virus poliomyelitis typus 1 inactivatum (Mahoney), Virus poliomyelitis typus 2 inactiva- tum (MEF-1), Virus poliomyelitis typus 3 inactiva- tum (Saukett))	GlaxoSmithKline AG		
	17952	sol inj flac 0.5 ml Fr. 19.45 (9.82)		00669001	01.09.2022, B
11.09 G		TIMISOL SDU (Timololum)	Sandoz Pharmaceuti- cals AG		
	17195	gtt opht 0.25 % 30x0.4 ml Fr. 5.55 (1.27)		54370016	01.09.2022, B
	17195	gtt opht 0.5 % 30x0.4 ml Fr. 5.75 (1.44)		54370024	01.09.2022, B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS					
TRIKAFTA cpr pell 50 mg/25 mg/37.5 mg + 75 mg blist 84 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	21144	17516.15	16848.92
cpr pell 100 mg/50 mg/75 mg + 150 mg blist 84 pce			21144	17516.15	16848.92
IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
LIPANTHYL 200 M caps 200 mg 30 pce	Mylan Pharma GmbH	071200	16559	20.05	10.31
caps 200 mg 100 pce			16559	53.00	31.86
LIPANTHYL 267 M caps 267 mg 30 pce	Mylan Pharma GmbH	071200	16559	28.10	13.75
caps 267 mg 90 pce			16559	60.30	38.23
SOLARAZE gel 3 % 25 g	Almirall AG	109900	19364	37.20	18.10
gel 3 % 50 g			19364	53.00	31.86
IV.c. Mutation de prix exceptionnelle					
JINARC cpr 45 mg/15 mg 56 pce	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH	050200	20456	1652.55	1450.70
cpr 60 mg/30 mg 56 pce			20456	1652.55	1450.70
cpr 90 mg/30 mg 56 pce			20456	1652.55	1450.70
cpr 15 mg 28 pce			20456	1652.55	1450.70
cpr 30 mg 28 pce			20456	1652.55	1450.70
IV.d. Baissement de prix volontairement					
AMGEVITA sol inj 40 mg/0.8 ml ser pré 6 pce	Amgen Switzerland AG	071500	20992	2176.20	1928.17
sol inj 40 mg/0.8 ml stylo pré 6 pce			21009	2176.20	1928.17
HYRIMOZ sol inj 20 mg/0.4 ml 2 ser pré 0.4 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	20968	437.75	367.04
sol inj 40 mg/0.8 ml ser pré 0.8 ml			20968	437.75	367.04
sol inj 40 mg/0.8 ml 2 ser pré 0.8 ml			20968	859.10	734.08
sol inj 40 mg/0.8 ml 6 ser pré 0.8 ml			20968	2476.80	2202.24
HYRIMOZ SENSOREADY sol inj 40 mg/0.8 ml stylo pré 0.8 ml	Sandoz Pharmaceuticals AG	071500	20969	437.75	367.04
sol inj 40 mg/0.8 ml 2 stylo pré 0.8 ml			20969	859.10	734.08
sol inj 40 mg/0.8 ml 6 stylo pré 0.8 ml			20969	2476.80	2202.24

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV.e. Mutation de prix normale					
KEVZARA	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071500			
sol inj 150 mg/1.14 ml stylo pré-rempl 2 pce			20779	1151.50	993.85
sol inj 150 mg/1.14 ml ser pré-rempli 2 pce			20779	1151.50	993.85
sol inj 200 mg/1.14 ml stylo pré-rempl 2 pce			20779	1151.50	993.85
sol inj 200 mg/1.14 ml ser pré-rempli 2 pce			20779	1151.50	993.85
SKYRIZI	AbbVie AG	071500			
sol inj 75 mg/0.83 ml 2 ser pré 0.83 ml			20922	3622.10	3293.76
sol inj 150 mg/ml ser pré 1 pce			20922	3622.10	3293.76
sol inj 150 mg/ml stylo pré 1 pce			21327	3622.10	3293.76
IV.f. Mutation du prix lors de la première admission					
ZEBINIX	Bial SA	010710			
cpr 200 mg 60 pce			21145	63.90	41.37
cpr 800 mg 30 pce			21145	106.15	78.18

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

V. Modifications de la limitation/de l'indication

AMGEVITA	Amgen Switzerland AG	071500			
sol inj 40 mg/0.8 ml stylo pré 1 pce			21009	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8 ml stylo pré 2 pce			21009	984.50	843.28
sol inj 40 mg/0.8 ml stylo pré 6 pce			21009	2176.20	1928.17
sol inj 40 mg/0.8 ml ser pré 1 pce			20992	500.45	421.64
sol inj 40 mg/0.8 ml ser pré 2 pce			20992	984.50	843.28
sol inj 40 mg/0.8 ml ser pré 6 pce			20992	2176.20	1928.17

Vieille limitation :

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17 ans avec un poids corporel ≥ 30 kg

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par AMGEVITA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

Maladie de Crohn active

Traitement par AMGEVITA des patients adultes et pédiatriques avec un poids corporel ≥ 40 kg lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. 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.

Colite ulcéreuse modérée à grave

Traitement des patients adultes par AMGEVITA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.

Dans les traitements suivants, le AMGEVITA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques:

Psoriasis en plaques sévère

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.

Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)

Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HISCR d'au moins 50 % après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.

Nouvelle limitation :

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

Polyarthrite rhumatoïde

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire chez les enfants et adolescents de 4 à 17

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Arthrite psoriasique

Traitement par AMGEVITA lorsque le traitement antirhumatismal standard antérieur par des médicaments antirhumatismeux modificateurs de la maladie (DMARD) a été inadéquat.

Maladie de Bechterew/Spondylarthrite Ankylosante

Traitement par AMGEVITA en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
Maladie de Crohn active					
Traitement des patients adultes et pédiatriques par AMGEVITA lorsque le traitement conventionnel antérieur (par exemple, azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été inadéquat, et chez les patients qui ne répondent plus ou qui présentent une intolérance à l'Infliximab. 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.					
Colite ulcéreuse modérée à grave					
Traitement des patients adultes par AMGEVITA lorsque le traitement de fond conventionnel (par ex. azathioprine, 6-mercaptopurine ou glucocorticoïdes) a été insuffisant ou n'a pas été toléré.					
Dans les traitements suivants, le AMGEVITA ne peut être prescrit que par des médecins spécialistes en dermatologie ou des cliniques universitaires/polycliniques dermatologiques:					
Psoriasis en plaques sévère					
Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaques, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). En l'absence de succès thérapeutique après 16 semaines, le traitement doit être interrompu.					
Formes actives modérées à sévères d'hidradénite suppurée (maladie de Verneuil)					
Traitement des patients adultes n'ayant pas répondu de façon satisfaisante à une antibiothérapie systémique. Le traitement doit être abandonné chez les patients qui n'atteignent pas une réponse HISCR d'au moins 50% après 12 semaines. Renouvellement de la garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie après consultation préalable du médecin-conseil après 52 semaines de traitement ininterrompu.					
DIAPHIN IR cpr 200 mg 100 pce	DiaMo Narcotics GmbH	010130	20521	387.50	337.52
Vieille limitation: Conformément à l'annexe 1 de l'OPAS (RS 832.112.31), v. chiffre 8, psychiatrie, traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés.					
Nouvelle limitation: Conformément à l'annexe 1 de l'OPAS (RS 832.112.31), v. chiffre 8, psychiatrie et psychothérapie, Traitement par agonistes opioïdes (TAO) en cas de syndrome de dépendance aux opioïdes. Détermination du prix pour Diaphin sur la base du prix de fabrique, plus la prime relative au prix de 12%, TVA en sus. En raison de la situation particulière de distribution (livraison directe) sans prime par emballage.					
DIAPHIN SR cpr pell ret 200 mg 100 pce	DiaMo Narcotics GmbH	010130	20522	387.50	337.52
Vieille limitation: Conformément à l'annexe 1 de l'OPAS (RS 832.112.31), v. chiffre 8, psychiatrie, traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés.					
Nouvelle limitation: Conformément à l'annexe 1 de l'OPAS (RS 832.112.31), v. chiffre 8, psychiatrie et psychothérapie, Traitement par agonistes opioïdes (TAO) en cas de syndrome de dépendance aux opioïdes. Détermination du prix pour Diaphin sur la base du prix de fabrique, plus la prime relative au prix de 12%, TVA en sus. En raison de la situation particulière de distribution (livraison directe) sans prime par emballage.					
OCREVUS conc perf 300 mg/10 ml flac 1 pce	Roche Pharma (Schweiz) AG	071060	20624	5703.60	5324.47
Vieille limitation: Pour le traitement des patients adultes atteints de formes actives de sclérose en plaques (SEP) récurrente. Pour le traitement des patients adultes atteints de sclérose en plaques primaire progressive (SEP-PP) pour ralentir la progression de la maladie et réduire l'aggravation de la vitesse de marche. Roche Pharma (Suisse) SA rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur demande de celui-ci, la somme de Fr. 496.41 pour chaque flacon perforable de OCREVUS conc perf 300 mg/10 ml acheté. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.					
Limitation limitée jusqu'au 30.09.2025 Pour le traitement des patients adultes atteints de formes actives de sclérose en plaques (SEP) récurrente. Pour le traitement des patients adultes atteints de sclérose en plaques primaire progressive (SEP-PP) pour ralentir la progression de la maladie et réduire l'aggravation de la vitesse de marche. Roche Pharma (Suisse) SA rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, et sur demande de celui-ci, la somme de Fr. 944.61 pour chaque flacon perforable de OCREVUS conc perf 300 mg/10 ml acheté. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.					

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théor.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
JINARC	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH	071060			
cpr 45 mg/15 mg 56 pce			20456	1652.55	1450.70
cpr 60 mg/30 mg 56 pce			20456	1652.55	1450.70
cpr 90 mg/30 mg 56 pce			20456	1652.55	1450.70
cpr 15 mg 28 pce			20456	1652.55	1450.70
cpr 30 mg 28 pce			20456	1652.55	1450.70

Vielle limitation:

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil. Pour freiner la progression du développement de kystes et de l'insuffisance rénale dans la polykystose rénale autosomique dominante typique (PKRAD classe 1) chez l'adulte atteint d'une maladie rénale chronique (MRC) de stade 1 à 3 au début du traitement, avec des signes d'évolution rapide de la maladie, lorsque le volume rénal total (VRT) est d'au moins 750 ml au début du traitement et le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) d'au moins 30 ml/min/1,73 m² et lorsqu'il existe en outre une classe Mayo 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 1 ou une classe Mayo 1C, 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 2 et 3.

Le diagnostic, la prescription et la surveillance du traitement avec JINARC doivent être effectués exclusivement par un spécialiste en néphrologie exerçant dans un hôpital possédant un centre de néphrologie selon la définition de l'OFSP (cf. <http://www.bag.admin.ch/st-ref>) remplissent au moins deux des trois critères suivants:

- Le centre est une clinique de néphrologie définie comme centre de formation postgraduée FMH de catégorie A ou B.
- Au moins un spécialiste en néphrologie formé par Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH exerce dans le centre.
- Le centre s'est engagé à participer à l'étude PASS portant sur JINARC. Dans ce contexte, les données suivantes doivent être relevées: âge du patient au début du traitement, sexe du patient, DFGe avant le début du traitement, stade de la MRC et volume rénal total au début du traitement, classe Mayo au début du traitement ainsi que posologie initiale. Doivent ensuite être communiqués, tous les 6 mois: le DFGe, les modifications de la dose, la raison d'une réduction de la dose, le cas échéant, et la raison de l'arrêt du traitement, le cas échéant.

La demande de prise en charge des frais doit comporter les mentions suivantes:

- Diagnostic de PKRAD typique (classe 1) confirmé par le nombre de kystes/rein et l'âge (selon les critères de Pei-Ravine) ou au moyen d'un test génétique.
- Stade de la MRC, DFGe, volume rénal total, âge du patient et classe Mayo au début du traitement.
- Posologie initiale.

Si un patient arrête le traitement au bout d'une durée de thérapie de 3 mois ou moins, le coût total du traitement, sur la base du prix «départ usine», est remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH à l'assureur-maladie auprès duquel ce patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrique. Est considéré comme arrêt du traitement le fait qu'un patient, après avoir acheté la première, les deux premières ou les trois premières boîtes mensuelles, n'achète plus de boîte pendant 2 mois. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. La demande doit avoir lieu dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement.

Si en raison d'un ajustement de la dose, le coût annuel du traitement dépasse celui de 13 boîtes à CHF 1695.85, le surcoût excédant ce montant devra être remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH, sur la base du prix de fabrique, à l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrique. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. Une période d'achat de 15 mois sera prise en compte pour l'évaluation du coût annuel du traitement. La demande de remboursement doit être faite dans le mois qui suit cette période d'achat de 15 mois.

Limitation limitée jusqu'au 31.10.2022

Après la garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil. Pour freiner la progression du développement de kystes et de l'insuffisance rénale dans la polykystose rénale autosomique dominante typique (PKRAD classe 1) chez l'adulte atteint d'une maladie rénale chronique (MRC) de stade 1 à 3 au début du traitement, avec des signes d'évolution rapide de la maladie, lorsque le volume rénal total (VRT) est d'au moins 750 ml au début du traitement et le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) d'au moins 30 ml/min/1,73 m² et lorsqu'il existe en outre une classe Mayo 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 1 ou une classe Mayo 1C, 1D ou 1E chez les patients atteints d'une MRC de stade 2 et 3.

Le diagnostic, la prescription et la surveillance du traitement avec JINARC doivent être effectués exclusivement par un spécialiste en néphrologie exerçant dans un hôpital possédant un centre de néphrologie selon la définition de l'OFSP (cf. <http://www.bag.admin.ch/st-ref>) remplissent au moins deux des trois critères suivants:

- Le centre est une clinique de néphrologie définie comme centre de formation postgraduée FMH de catégorie A ou B.
- Au moins un spécialiste en néphrologie formé par Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH exerce dans le centre.
- Le centre s'est engagé à participer à l'étude PASS portant sur JINARC. Dans ce contexte, les données suivantes doivent être relevées: âge du patient au début du traitement, sexe du patient, DFGe avant le début du traitement, stade de la MRC et volume rénal total au début du traitement, classe Mayo au début du traitement ainsi que posologie initiale. Doivent ensuite être communiqués, tous les 6 mois: le DFGe, les modifications de la dose, la raison d'une réduction de la dose, le cas échéant, et la raison de l'arrêt du traitement, le cas échéant.

La demande de prise en charge des frais doit comporter les mentions suivantes:

- Diagnostic de PKRAD typique (classe 1) confirmé par le nombre de kystes/rein et l'âge (selon les critères de Pei-Ravine) ou au moyen d'un test génétique.
- Stade de la MRC, DFGe, volume rénal total, âge du patient et classe Mayo au début du traitement.
- Posologie initiale.

Si un patient arrête le traitement au bout d'une durée de thérapie de 3 mois ou moins, le coût total du traitement, sur la base du prix «départ usine», est remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH à l'assureur-maladie auprès duquel ce patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrique. Est considéré comme arrêt du traitement le fait qu'un patient, après avoir acheté la première, les deux premières ou les trois premières boîtes mensuelles, n'achète plus de boîte pendant 2 mois. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. La demande doit avoir lieu dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement.

Si en raison d'un ajustement de la dose, le coût annuel du traitement dépasse celui de 13 boîtes à CHF 1695.85, le surcoût excédant ce montant devra être remboursé par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH, sur la base du prix de fabrique, à l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être remboursée en plus du prix de fabrique. L'assureur-maladie demande le remboursement par la société Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH. Une période d'achat de 15 mois sera prise en compte pour l'évaluation du coût annuel du traitement. La demande de remboursement doit être faite dans le mois qui suit cette période d'achat de 15 mois.

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

Vieille limitation :**Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne****Monothérapie**

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

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

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2022

Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne**Monothérapie**

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

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

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

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

Limitation limitée jusqu'au 30.11.2023

Cancer de l'ovaire après chimiothérapie de première ligne**Traitement en association avec bévécizumab**

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie, et après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil. Pour le traitement d'entretien en association avec le bévécizumab dans le cancer séreux de haut grade de l'ovaire de stade avancé (stades FIGO III et IV) avec une mutation du gène BRCA ou une autre déficience de recombinaison homologue (HRD) associée à une instabilité génomique (test Myriad myChoice CDx avec un score d'instabilité génomique [GIS] ≥ 42 ou un autre test validé avec un seuil équivalent) chez les patientes en rémission complète ou partielle suite à une première ligne de chimiothérapie à base de platine et de taxane associée au bévécizumab.

Dans les conditions suivantes:

- Pas de preuve clinique de progression ou taux de CA-125 en augmentation après la fin de la chimiothérapie.
- Au moins 6 cycles et jusqu'à maximum 9 cycles de chimiothérapie à base de platine et de taxane (au moins 4 cycles en cas de toxicité non hématologique due au platine).
- Au moins 3 cycles de bévécizumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine. En cas de chirurgie cytoréductrice d'intervalle, les patientes ne peuvent recevoir que deux cycles de bévécizumab en association avec les trois derniers cycles de chimiothérapie à base de platine.
- Le traitement par bévécizumab peut être administré pendant une durée totale maximale de 15 mois (incluant la période d'administration avec la chimiothérapie).
- Le traitement par Lynparza est maintenu jusqu'à la progression de la maladie.
- Pour les patientes en rémission complète (aucune tumeur mise en évidence par radiographie) après 2 ans, la durée maximale de remboursement du traitement est de 24 mois.

En cas de rechute, toutes reprises du traitement pour des lignes de traitement ultérieures sont exclues du remboursement.

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

Pour l'association de Lynparza avec bévacizumab, une part fixe du prix départ usine doit être remboursée à l'assurance-maladie pour chaque emballage de Lynparza acheté et chaque emballage de bévacizumab acheté.

À la première demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne concernée est assurée au moment de l'achat, le titulaire de l'autorisation de Lynparza rembourse à cette caisse une part fixe du prix départ usine pour tout emballage de Lynparza acheté et utilisé en association avec bévacizumab. Le titulaire de l'autorisation communique le montant du remboursement à l'assurance-maladie. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du début de l'administration du traitement.

Pour une durée de traitement supérieure à 24 mois (à partir du 25e mois), le titulaire de l'autorisation rembourse 50% du prix départ usine pour tout emballage supplémentaire de Lynparza acheté, sur demande de l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne concernée est assurée au moment de l'achat.

Le remboursement de la préparation de bévacizumab utilisée en association avec Lynparza est défini dans la limitation de la préparation de bévacizumab. Pour cette indication sont uniquement remboursées les préparations de bévacizumab qui ont été approuvées avec la limitation olaparib en association avec le bévacizumab correspondante.

Vieille limitation :

Cancer de l'ovaire récidivant après chimiothérapie

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

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

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

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

La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2022

Cancer de l'ovaire récidivant après chimiothérapie

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

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

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

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

La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de ce montant. La demande de remboursement doit intervenir en règle générale dans les 6 mois qui suivent l'administration.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2022

Cancer du pancréas après thérapie de première ligne

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en oncologie et après accord de prise en charge par la caisse d'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil concernant le traitement d'entretien (monothérapie) chez des patients adultes atteints d'un adénocarcinome du pancréas métastatique avec mutation du gène gBRCA délétère suspectée ou confirmée dont la maladie n'a pas progressé pendant au moins 16 semaines d'une première ligne de chimiothérapie à base de platine dans les conditions suivantes:

- Statut de performance ECOG 0 - 1
- Le traitement est poursuivi jusqu'à la progression de la maladie.

La reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute n'est pas remboursée.

Vieille limitation :

Cancer du pancréas après thérapie de première ligne

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en oncologie et après accord de prise en charge par la caisse d'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil concernant le traitement d'entretien (monothérapie) chez des patients adultes atteints d'un adénocarcinome du pancréas métastatique avec mutation du gène gBRCA délétère suspectée ou confirmée dont la maladie n'a pas progressé pendant au moins 16 semaines d'une première ligne de chimiothérapie à base de platine dans les conditions suivantes:

- Statut de performance ECOG 0 - 1
- Le traitement est poursuivi jusqu'à la progression de la maladie.

La reprise de traitements sur des lignes de traitement supérieures après une nouvelle rechute n'est pas remboursée.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NORDIMET	Nordic Pharma GmbH	071060			
sol inj 7.5 mg/0.3 ml ser pré 1 pce			20596	27.00	12.81
sol inj 10 mg/0.4 ml ser pré 1 pce			20596	34.55	15.80
sol inj 12.5 mg/0.5 ml ser pré 1 pce			20596	36.45	17.46
sol inj 15 mg/0.6 ml ser pré 1 pce			20596	37.30	18.22
sol inj 17.5 mg/0.7 ml ser pré 1 pce			20596	39.15	19.83
sol inj 20 mg/0.8 ml ser pré 1 pce			20596	39.80	20.40
sol inj 22.5 mg/0.9 ml ser pré 1 pce			20596	41.30	21.70
sol inj 25 mg/1 ml ser pré 1 pce			20596	42.80	23.00

Nouvelle limitation:

N'est pas remboursé dans l'indication suivante : induction d'une rémission lors de la maladie de Crohn modérée dépendante des stéroïdes chez les patients adultes, en association avec des corticostéroïdes, et le maintien de la rémission, en monothérapie, chez les patients ayant répondu au méthotrexate.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
NORDIMET	Nordic Pharma GmbH	071060			
sol inj 7.5 mg/0.3 ml stylo pré 1 pce			20660	27.00	12.81
sol inj 10 mg/0.4 ml stylo pré 1 pce			20660	34.55	15.80
sol inj 12.5 mg/0.5 ml stylo pré 1 pce			20660	36.45	17.46
sol inj 15 mg/0.6 ml stylo pré 1 pce			20660	37.30	18.22
sol inj 17.5 mg/0.7 ml stylo pré 1 pce			20660	39.15	19.83
sol inj 20 mg/0.8 ml stylo pré 1 pce			20660	39.80	20.40
sol inj 22.5 mg/0.9 ml stylo pré 1 pce			20660	41.30	21.70
sol inj 25 mg/1 ml stylo pré 1 pce			20660	42.80	23.00

Nouvelle limitation:

N'est pas remboursé dans l'indication suivante : induction d'une rémission lors de la maladie de Crohn modérée dépendante des stéroïdes chez les patients adultes, en association avec des corticostéroïdes, et le maintien de la rémission, en monothérapie, chez les patients ayant répondu au méthotrexate.

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
SKYRIZI	AbbVie AG	071500			
sol inj 75 mg/0.83 ml 2 ser pré 0.83 ml			20922	3622.10	3293.76
sol inj 150 mg/ml ser pré 1 pce			20922	3622.10	3293.76
sol inj 150 mg/ml Fertpen 1 pce			21327	3622.10	3293.76

Vieille limitation:**Formes sévères de psoriasis en plaque:**

Traitement de patients adultes atteints de formes sévères de psoriasis en plaque, qui n'ont pas répondu à la photothérapie ou à l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine). Le traitement doit être interrompu si aucun succès thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement.

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

Nouvelle limitation:

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

Formes sévères de psoriasis en plaque:

Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques sévère chez lesquels la photothérapie ou l'un des traitements systémiques conventionnels suivants (ciclosporine, méthotrexate, acitrétine) n'ont pas eu d'effet thérapeutique. Si aucun résultat thérapeutique n'est obtenu après 16 semaines de traitement, celui-ci doit être interrompu.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20922.01.

Arthrite psoriasique:

Traitement de patients adultes souffrant d'arthrite psoriasique active, seuls ou en association avec des antirhumatismes modificateurs de la maladie systémiques conventionnels (csDMARD), qui n'ont pas répondu suffisamment à un traitement préalable par un ou plusieurs csDMARD ou qui ne l'ont pas toléré.

AbbVie AG rembourse à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de l'achat, à la demande de ce dernier, une part de Fr. 243.93 par emballage, pour chaque boîte de SKYRIZI achetée pour le traitement de l'arthrite psoriasique. La TVA ne peut pas être récupérée en plus des montants de remboursement. La demande de remboursement doit être effectuée à partir du moment de l'administration du médicament.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance-maladie: 20922.02.

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n ^{os}
Bâle-Campagne		9151326

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine
38/2022