



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

Édition du 16 novembre 2020

Semaine

# OFSP-Bulletin 47/2020

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
Rapport hebdomadaire des affections grippales _____	6
Voici comment nous protéger : <a href="http://www.ofsp-coronavirus.ch">www.ofsp-coronavirus.ch</a> _____	7
Liste des spécialités _____	8
Vol d'ordonnances _____	17

# Déclarations des maladies infectieuses

## Situation à la fin de la 45<sup>e</sup> semaine (10.11.2020)<sup>a</sup>

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

<sup>b</sup> Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella [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 45<sup>e</sup> semaine (10.11.2020)<sup>a</sup>

	Semaine 45			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Transmission respiratoire</b>												
<b>Haemophilus influenzae: maladie invasive</b>		1	4	7	8	12	88	126	134	71	107	119
	0.60	2.40	1.10	1.20	1.80	1.00	1.50	1.60	1.00	1.40	1.60	
<b>Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers<sup>b</sup></b>	8	11	2	19	21	11753	13695	14968	11332	13347	13638	
	4.80	6.70	0.30	2.90	3.20	136.90	159.60	174.40	152.60	179.70	183.60	
<b>Légionellose</b>	6	16	12	27	53	53	494	575	560	430	517	509
	3.60	9.70	7.30	4.10	8.00	8.00	5.80	6.70	6.50	5.80	7.00	6.80
<b>Méningocoques: maladie invasive</b>		1			4	2	26	45	58	18	36	54
	0.60			0.60	0.30	0.30	0.50	0.70	0.20	0.50	0.70	
<b>Pneumocoques: maladie invasive</b>	7	17	9	17	58	42	626	898	957	500	747	815
	4.20	10.30	5.40	2.60	8.80	6.40	7.30	10.50	11.20	6.70	10.10	11.00
<b>Rougeole</b>						3	45	213	48	35	211	46
						0.40	0.50	2.50	0.60	0.50	2.80	0.60
<b>Rubéole<sup>c</sup></b>								1	2		1	2
								0.01	0.02		0.01	0.03
<b>Rubéole, materno-fœtale<sup>d</sup></b>												
<b>Tuberculose</b>	2	10	10	10	23	27	371	427	513	319	379	461
	1.20	6.10	6.10	1.50	3.50	4.10	4.30	5.00	6.00	4.30	5.10	6.20
<b>Transmission féco-orale</b>												
<b>Campylobactériose</b>	44	139	135	340	596	609	6102	7361	7488	5252	6456	6768
	26.70	84.20	81.80	51.50	90.30	92.20	71.10	85.80	87.20	70.70	86.90	91.10
<b>Hépatite A</b>	2		5	6	3	16	85	84	91	69	62	82
	1.20		3.00	0.90	0.40	2.40	1.00	1.00	1.10	0.90	0.80	1.10
<b>Hépatite E</b>	3	1	1	8	6	5	82	113	55	64	95	55
	1.80	0.60	0.60	1.20	0.90	0.80	1.00	1.30	0.60	0.90	1.30	0.70
<b>Infection à E. coli entérohémorragique</b>	8	22	12	35	111	73	762	1124	789	640	1008	725
	4.80	13.30	7.30	5.30	16.80	11.10	8.90	13.10	9.20	8.60	13.60	9.80
<b>Listériose</b>	2	1	1	3	3	3	56	36	52	51	31	49
	1.20	0.60	0.60	0.40	0.40	0.40	0.60	0.40	0.60	0.70	0.40	0.70
<b>Salmonellose, S. typhi/paratyphi</b>			1			1	14	21	21	11	18	20
			0.60			0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.30
<b>Salmonellose, autres</b>	35	40	18	105	173	131	1285	1530	1475	1111	1375	1323
	21.20	24.20	10.90	15.90	26.20	19.80	15.00	17.80	17.20	15.00	18.50	17.80
<b>Shigellose</b>	1	9	4	3	38	30	81	226	231	55	190	213
	0.60	5.40	2.40	0.40	5.80	4.50	0.90	2.60	2.70	0.70	2.60	2.90

	Semaine 45			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
<b>Transmission par du sang ou sexuelle</b>												
Chlamydieuse	35 21.20	309 187.20	249 150.90	531 80.40	1029 155.90	850 128.70	10644 124.00	12182 141.90	11095 129.30	8936 120.30	10702 144.10	9667 130.20
Gonorrhée <sup>e</sup>	42 25.40	103 62.40	75 45.40	227 34.40	357 54.10	262 39.70	3328 38.80	3875 45.20	2831 33.00	2840 38.20	3429 46.20	2491 33.50
Hépatite B, aiguë			1 0.60		3 0.40	5 0.80	10 0.10	27 0.30	41 0.50	6 0.08	24 0.30	31 0.40
Hépatite B, total déclarations	4	19	19	38	80	90	948	1075	1247	779	928	1056
Hépatite C, aiguë					2 0.30	2 0.30	2 0.02	31 0.40	30 0.40	2 0.03	27 0.40	25 0.30
Hépatite C, total déclarations	10	22	16	42	81	89	886	1043	1327	753	896	1140
Infection à VIH	3 1.80	5 3.00	5 3.00	26 3.90	35 5.30	32 4.80	299 3.50	419 4.90	414 4.80	234 3.20	365 4.90	353 4.80
Sida		3 1.80	1 0.60	5 0.80	6 0.90	7 1.10	58 0.70	77 0.90	76 0.90	45 0.60	68 0.90	69 0.90
Syphilis, stades précoces <sup>f</sup>	4 2.40	16 9.70	14 8.50	19 2.90	59 8.90	45 6.80	556 6.50	700 8.20	525 6.10	445 6.00	622 8.40	525 7.10
Syphilis, total <sup>g</sup>	5 3.00	23 13.90	18 10.90	26 3.90	83 12.60	62 9.40	746 8.70	1011 11.80	922 10.70	597 8.00	893 12.00	810 10.90
<b>Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs</b>												
Brucellose				2 0.30			11 0.10	6 0.07	4 0.05	9 0.10	5 0.07	4 0.05
Chikungunya		1 0.60			3 0.40	1 0.20	15 0.20	37 0.40	4 0.05	10 0.10	36 0.50	4 0.05
Dengue		13 7.90	1 0.60		33 5.00	16 2.40	115 1.30	237 2.80	163 1.90	70 0.90	212 2.80	146 2.00
Encéphalite à tiques	3 1.80	2 1.20	7 4.20	14 2.10	12 1.80	19 2.90	455 5.30	263 3.10	369 4.30	441 5.90	248 3.30	360 4.80
Fièvre du Nil occidental					1 0.20		1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Fièvre jaune									1 0.01			1 0.01
Fièvre Q			2 1.20		5 0.80	2 0.30	50 0.60	103 1.20	52 0.60	43 0.60	95 1.30	45 0.60
Infection à Hantavirus									1 0.01			1 0.01
Infection à virus Zika							1 0.01		6 0.07			3 0.04
Paludisme	6 3.60	7 4.20	6 3.60	12 1.80	22 3.30	20 3.00	154 1.80	279 3.20	300 3.50	115 1.60	247 3.30	261 3.50
Trichinellose							3 0.03	2 0.02	1 0.01	3 0.04	2 0.03	
Tularémie		4 2.40	1 0.60		15 2.30	12 1.80	112 1.30	136 1.60	130 1.50	87 1.20	123 1.70	108 1.40
<b>Autres déclarations</b>												
<b>Botulisme</b>												
Diphthérie <sup>h</sup>					1 0.20	2 0.30	3 0.03	2 0.02	5 0.06	3 0.04	2 0.03	5 0.07
Maladie de Creutzfeldt-Jakob				3 0.40			19 0.20	21 0.20	15 0.20	16 0.20	14 0.20	12 0.20
<b>Tétanos</b>												

# Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 06.11.2020 et incidence pour 1000 consultations (N/10<sup>3</sup>)

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

Semaine	42		43		44		45		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>	N	N/10 <sup>3</sup>
Oreillons	0	0	0	0	1	0.1	0	0	0.3	0
Coqueluche	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Piqûre de tiques	1	0.1	5	0.4	1	0.1	1	0.1	2	0.2
Borreliose de Lyme	4	0.4	5	0.4	2	0.2	2	0.2	3.3	0.3
Herpès zoster	5	0.4	9	0.7	8	0.6	6	0.5	7	0.6
Néuralgies post-zostériennes	6	0.5	1	0.1	0	0	0	0	1.8	0.2
<b>Médecins déclarants</b>	<b>150</b>		<b>158</b>		<b>164</b>		<b>155</b>		<b>156.8</b>	

## Rapport hebdomadaire des affections grippales

Le rapport sur la grippe a subi un remaniement lié à la pandémie de COVID-19. Il est disponible à l'adresse: [www.bag.admin.ch/rapport-grippe](http://www.bag.admin.ch/rapport-grippe)



**VOICI COMMENT  
NOUS PROTÉGER.**

# STOP CORONA

Actualisé au 29.10.2020

- 

Rencontrer moins de personnes.
- 

Garder ses distances.
- 

Masque obligatoire si on ne peut pas garder ses distances.
- 

Masque obligatoire dans les espaces publics intérieurs et extérieurs et dans les transports publics.
- 

Travailler à domicile si possible.
- 

Se laver soigneusement les mains.
- 

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

Ne pas se serrer la main.
- 

Aérer plusieurs fois par jour.
- 

Manifestations : publiques max. 50 pers. privées max. 10 pers. Rassemblements dans l'espace public max. 15 pers.
- 

En cas de symptômes, se faire tester immédiatement et rester à la maison.
- 

Fournir les coordonnées complètes pour le traçage.
- 

Interrompre les chaînes de transmission avec l'application SwissCovid.
- 

Test positif : isolement. Contact avec une personne testée positive : quarantaine.
- 

Se rendre chez le médecin ou aux urgences seulement après avoir téléphoné.

[www.ofsp-coronavirus.ch](http://www.ofsp-coronavirus.ch)

Règles plus strictes dans certains cantons



## 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> novembre 2020

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
<b>I. Nouvelle admissions des préparations</b>					
01.06 G		<b>AGOMELATIN SPIRIG HC</b> (Agomelatinum)	Spirig HealthCare AG		
	21131	cpr pell 25 mg blist 28 pce Fr. 46.50 [26.20]		67423001	01.11.2020, B
	21131	cpr pell 25 mg blist 98 pce Fr. 118.50 [88.95]		67423002	01.11.2020, B
Pas de prise en charge lors de l'initiation de traitement chez les patients âgés de 65 ans ou plus et qui n'ont jamais été traités au préalable avec le Agomélatine.					
01.06 G		<b>AGOMELATIN-MEPHA</b> (Agomelatinum)	Mepha Pharma AG		
	21142	Lactab 25 mg blist 28 pce Fr. 46.50 [26.20]		67502001	01.11.2020, B
	21142	Lactab 25 mg blist 98 pce Fr. 118.50 [88.95]		67502002	01.11.2020, B
Pas de prise en charge lors de l'initiation de traitement chez les patients âgés de 65 ans ou plus et qui n'ont jamais été traités au préalable avec le Agomélatine.					
02.05.10		<b>AJOVY</b> (Fremanezumabum)	Teva Pharma AG		
	20977	sol inj 225 mg/1.5 ml s.c. stylo pré 1.5 ml Fr. 589.15 [498.92]		67843001	01.11.2020, B

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'AJOVY et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie. L'emballage d'AJOVY contenant 3 seringues préremplies est uniquement remboursé pour la prescription explicite du schéma posologique trimestriel.

AJOVY 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 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 ou un anticonvulsivant 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 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 AJOVY
- Journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois de traitement par AJOVY

Contrôle après 3 mois:

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

Contrôle après 6 mois:

- Le traitement par AJOVY ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie 6 mois après le début du traitement, a diminué d'au moins 50% par rapport au début du traitement par AJOVY 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 après un an:

- Le traitement doit être arrêté au bout d'un an au plus tard. 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 AJOVY 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'AJOVY, une rotation au sein des classes de principes actifs (antagonistes des récepteurs du CGRP, inhibiteurs du CGRP) n'est pas remboursée.



Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
02.07.20		<b>ENTRESTO</b> (Sacubitrilum, Valsartanum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20415	cpr pell 50 mg 28 pce Fr. 87.50 (61.95)		65673001	01.11.2015, B
	20415	cpr pell 50 mg 56 pce Fr. 158.65 (123.90)		65673006	01.11.2015, B
	20415	cpr pell 100 mg 56 pce Fr. 158.65 (123.90)		65673002	01.11.2015, B
	20415	cpr pell 100 mg 168 pce Fr. 495.40 (417.24)		65673003	01.11.2015, B
	20415	cpr pell 100 mg blist 168 pce Fr. 443.10 (371.70)		65673007	01.11.2015, B
	20415	cpr pell 200 mg 56 pce Fr. 158.65 (123.90)		65673004	01.11.2015, B
	20415	cpr pell 200 mg 168 pce Fr. 495.40 (417.24)		65673005	01.11.2015, B
	20415	cpr pell 200 mg blist 168 pce Fr. 443.10 (371.70)		65673008	01.11.2015, B

S'administre associé, de manière appropriée, avec d'autres traitements de l'insuffisance cardiaque (par ex. bêtabloquants, diurétiques et antagonistes des minéralocorticoïdes), pour le traitement des patients adultes qui souffrent d'insuffisance cardiaque systolique de classe NYHA II, III ou IV, dont la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) s'élève à <math>\leq 40\%</math> avant le traitement avec Entresto, et qui ont été traités auparavant avec une dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ou d'un antagoniste du récepteur de l'angiotensine (ARA).

05.01 G		<b>TORASEMID MYLAN</b> (Torasemidum)	Mylan Pharma GmbH		
	21124	cpr 2.500 mg blist 20 pce Fr. 5.20 (0.95)		67971001	01.11.2020, B
	21124	cpr 2.500 mg blist 100 pce Fr. 8.90 (4.17)		67971002	01.11.2020, B
	21124	cpr 5 mg blist 20 pce Fr. 5.80 (1.47)		67971003	01.11.2020, B
	21124	cpr 5 mg blist 100 pce Fr. 15.65 (6.48)		67971004	01.11.2020, B
	21124	cpr 10 mg blist 20 pce Fr. 6.60 (2.17)		67971005	01.11.2020, B
	21124	cpr 10 mg blist 100 pce Fr. 20.65 (10.85)		67971006	01.11.2020, B
	21124	cpr 200 mg blist 20 pce Fr. 25.80 (11.77)		67971007	01.11.2020, B
	21124	cpr 200 mg blist 100 pce Fr. 76.80 (52.61)		67971008	01.11.2020, B

06.07.30		<b>PELGRAZ</b> (Pegfilgrastimum)	Accord Healthcare AG		
	21137	sol inj 6 mg/0.6 ml injecteur pré injecteur 0.6 ml Fr. 1266.85 (1099.00)		68116001	01.11.2020, A

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

07.02.30		<b>VIFEROL D3 25'000</b> (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Vifor SA		
	21085	sol buv 25000 UI/ml amp 4 pce Fr. 15.05 (5.96)		67173001	01.11.2020, B

Traitement d'une carence sévère prouvée en vitamine D (concentration sérique de 25-hydroxycholecalciférol <math>< 25 \text{ nmol/l}</math> ou <math>< 10 \text{ ng/ml}</math>) chez les adultes et les adolescents âgés de 12 ans et plus.

07.06.20		<b>OZEMPIC DUALDOSE</b> (Semaglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	20753	sol inj 2 mg/1.5 ml stylo pré 1.500 ml Fr. 129.80 (98.79)		66604001	01.09.2018, B

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2; dans les combinaisons thérapeutiques suivantes uniquement, si ces antidiabétiques n'assurent pas un contrôle adéquat de la glycémie:

- En double combinaison avec la metformine ou une sulfonylurée
- En triple combinaison avec une combinaison de metformine et d'une sulfonylurée
- En combinaison avec l'insuline basale avec ou sans metformine

Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires destinés à une réduction pondérale ne sont pas pris en charge par les assureurs-maladie.

07.15		<b>SKYRIZI</b> (Risankizumabum)	AbbVie AG		
	20922	sol inj 75 mg/0.83 ml 2 ser pré 0.830 ml Fr. 3816.85 (3483.74)		66944001	01.08.2019, B

Traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques sévère et n'ayant pas présenté le succès thérapeutique escompté avec les UVB et la PUVA thérapie ou l'une des trois thérapies systémiques suivantes (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.

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		<b>DARZALEX SC</b> (Daratumumabum)	Janssen-Cilag AG		
	21150	sol inj 1800 mg/15 ml flac 15 ml Fr. 5909.15 (5525.04)		67689001	01.11.2020, A
Après prise en charge des frais par l'assureur à la suite d'une consultation préalable du médecin-conseil.					
Seulement jusqu'à la progression de la maladie.					
Uniquement en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple, chez les patients qui ont déjà reçu au moins trois lignes de traitement antérieur, incluant >1 inhibiteur du protéasome (IP) et >1 principe actif immunomodulateur (IMiD) et n'ont encore jamais été traités par Darzalex ou en monothérapie pour le traitement de patients réfractaires au dernier traitement dans la quatrième ligne du myélome multiple qui ont été doublement réfractaires à >1 IP et IMiD et n'ont encore jamais été traités par Darzalex.					
La prise en charge des frais est tout d'abord valable pour 4 semaines et sera prolongée ensuite par l'assureur-maladie uniquement si le médecin traitant annonce à l'assureur après 4 semaines que le traitement sera poursuivi. Dans ce cas-là, la prolongation de la prise en charge des frais doit être accordée sans exiger de documents supplémentaires. Si le traitement ne se poursuit pas au-delà des 4 semaines initiales, la société Janssen-Cilag AG remboursera, sur demande de l'assureur-maladie auprès de qui la personne assurée était assurée au moment de l'achat, les coûts correspondant aux emballages remis jusqu'à ce moment-là ou aux quantités de Darzalex administrées. La TVA ne peut pas être remboursée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit normalement être effectuée dans les 6 mois.					
07.16.10 G		<b>IMATINIB GIST-TEVA</b> (Imatinibum)	Teva Pharma AG		
	21139	cpr pell 100 mg blist 60 pce Fr. 1086.85 (934.92)		66621001	01.11.2020, A
	21139	cpr pell 400 mg blist 30 pce Fr. 2083.15 (1843.32)		66621002	01.11.2020, A
Traitement des tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) malignes non résécables et/ou métastatiques chez l'adulte.					
Traitement adjuvant des adultes présentant un risque élevé de récurrence après résection d'une GIST KIT-(CD117)-positive: les patients à risque de récurrence faible ne recevront pas de traitement adjuvant.					
07.16.10 G		<b>IMATINIB MYLAN</b> (Imatinibum)	Mylan Pharma GmbH		
	21125	cpr pell 100 mg blist 60 pce Fr. 546.85 (462.06)		63199001	01.11.2020, A
	21125	cpr pell 400 mg blist 30 pce Fr. 1074.05 (923.22)		63199002	01.11.2020, A
Traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de leucémie myéloïde chronique Ph+ (LMC Ph+) en phase chronique, en phase accélérée ou en crise blastocytaire.					
Traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de leucémie lymphoïde aiguë Ph+ (LLA Ph+) en association avec la chimiothérapie standard.					
Traitement des patients adultes atteints de syndrome hyperéosinophilique (SHE), de maladies myélodysplasiques/myéloprolifératives (MMD/MMP) atypiques ou de mastocytose systémique (MS) agressive accompagnée d'éosinophilie et d'une mutation alpha ou bêta du récepteur du facteur de croissance plaquette-dérivé (PDGF) ou d'une protéine de fusion FIP1L1-PDGFR-alpha.					
Traitement du dermatofibrosarcome protubérant (DFSP) récidivant, non résécable ou métastatique, chez l'adulte.					
07.16.10		<b>VENCLYXTO</b> (Venetoclaxum)	AbbVie AG		
	20764	cpr pell 10 mg blist 14 pce Fr. 99.10 (72.05)		66235002	01.11.2018, A
	20764	cpr pell 50 mg blist 7 pce Fr. 223.15 (180.11)		66235004	01.11.2018, A
	20764	cpr pell 100 mg blist 7 pce Fr. 429.95 (360.23)		66235005	01.11.2018, A
	20764	cpr pell 100 mg blist 14 pce Fr. 843.50 (720.46)		66235006	01.11.2018, A
	20764	cpr pell 100 mg blist 112 pce Fr. 6153.75 (5763.66)		66235007	01.11.2018, A
Le traitement exige une garantie de prise en charge par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil.					
Venclyxto est indiqué en association avec le rituximab pour le traitement des patients adultes atteints d'une leucémie lymphoïde chronique (LLC) ayant reçu au moins un traitement antérieur.					
Le traitement (incluant au maximum 6 cycles de rituximab) est remboursé pendant une durée maximale de 24 mois + 5 semaines (durée du traitement conformément à l'information professionnelle).					
Aucun autre traitement médicamenteux anti-LLC n'est remboursé jusqu'à l'apparition d'une progression de la maladie.					
07.16.20		<b>ERLEADA</b> (Apalutamidum)	Janssen-Cilag AG		
	20901	cpr pell 60 mg 4 blist 28 pce Fr. 3467.35 (3142.80)		67072001	01.11.2020, B
Après prise en charge des frais par l'assureur-maladie à la suite d'une consultation préalable du médecin-conseil.					
ERLEADA est remboursé en association avec un traitement par privation androgénique (ADT) dans le traitement de patients adultes atteints d'un cancer de la prostate métastatique et hormonosensible (mHSPC).					

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.99 G		<b>MIGLUSTAT DIPHARMA</b> (Miglustatum)	Dipharma SA		
	21114	caps 100 mg blist 84 pce Fr. 5376.35 (5005.23)		67633001	01.11.2020, B
Pour le traitement des patients adultes atteints d'une maladie de Gaucher de type 1 dans sa forme légère à modérée, pour lesquels un traitement enzymatique substitutif n'est pas possible.					
08.01.93 G		<b>CO-AMOXICILLINE DEVATIS</b> (Amoxicillinum anhydricum, Acidum clavulanicum)	Devatis AG		
	21081	cpr pell 625 mg blist 10 pce Fr. 16.60 (7.33)		67327003	01.11.2020, A
	21081	cpr pell 625 mg blist 20 pce Fr. 28.35 (13.99)		67327004	01.11.2020, A
	21082	cpr pell 1 g blist 12 pce Fr. 28.50 (14.13)		67329003	01.11.2020, A
	21082	cpr pell 1 g blist 20 pce Fr. 40.60 (21.09)		67329004	01.11.2020, A
08.01.93 G		<b>DAPTOMYCIN ACCORD</b> (Daptomycinum)	Accord Healthcare AG		
	21136	subst sèche 350 mg flac 1 pce Fr. 101.75 (74.35)		67273001	01.11.2020, A
	21136	subst sèche 500 mg flac 1 pce Fr. 138.30 (106.20)		67273002	01.11.2020, A
Chez l'adulte dans le traitement des infections compliquées de la peau et des tissus mous liées aux microorganismes à Gram positif sensibles et dans le traitement de la Bactériémie à Staphylococcus aureus (BSA) et endocardite infectieuse droite due à des germes sensibles et résistants à la méthicilline. L'efficacité de DAPTOMYCIN ACCORD n'a pas été établie chez les patients présentant une endocardite gauche due à S. aureus. Le traitement doit être initié en milieu hospitalier sous la supervision d'un spécialiste.					
08.03 G		<b>ABACAVIR LAMIVUDIN MEPHA</b> (Abacavirum, Lamivudinum)	Mepha Pharma AG		
	20836	Lactab 600/300 mg blist 30 pce Fr. 304.45 (250.93)		67064001	01.11.2020, A
08.03		<b>PREVMIS</b> (Letermovirum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20765	cpr pell 240 mg 28 pce Fr. 4929.75 (4569.50)		66652001	01.01.2019, A
	20765	cpr pell 480 mg 28 pce Fr. 9514.15 (9042.08)		66652002	01.01.2019, A
	20765	conc perf 240 mg/12 ml 1 pce Fr. 218.65 (176.17)		66653001	01.11.2020, A
	20765	conc perf 480 mg/24 ml 1 pce Fr. 419.65 (351.26)		66653002	01.11.2020, A
11.09 G		<b>TRAVOTIM-VISION</b> (Travoprostum, Timololum)	OmniVision AG		
	21141	gtt opht fl 2.5 ml Fr. 33.60 (15.00)		67232001	01.11.2020, B
	21141	gtt opht 3 fl 2.5 ml Fr. 62.30 (40.00)		67232002	01.11.2020, B
17.02		<b>XOFIGO</b> (Radium-223 dichloridum)	Bayer (Schweiz) AG		
	20252	sol inj 1100 kBq Ra-223/ml vial 6.000 ml Fr. 5286.85 (4917.92)		62732001	01.10.2014, A

Xofigo est indiqué dans le traitement du cancer de la prostate résistant à la castration (CPRC), avec métastases osseuses symptomatiques et sans métastases viscérales connues, quand une chimiothérapie n'est pas indiquée ou en cas de progression après Docétaxel. Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 6. Chez les patients non orchietomisés, un traitement antiandrogène destiné à faire baisser le taux de testostérone au niveau de castration doit être poursuivi.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
<b>II. Autres emballages et dosages</b>					
01.05		<b>LATUDA</b> (Lurasidoni hydrochloridum)	Medius AG		
	20064	cpr pell 20 mg blist 28 pce Fr. 128.35 (97.53)		62785007	01.11.2020, B
Latuda 20 mg est remboursé exclusivement pour le traitement des épisodes dépressifs dans le cadre d'un trouble bipolaire de type 1. Si le coût du traitement des épisodes dépressifs dans le cadre d'un trouble bipolaire de type 1 est doublé en raison d'un ajustement de la dose à 60 mg (20 mg + 40 mg), Medius AG remboursera, sur la base du prix de fabrique, les coûts respectifs des emballages de Latuda 20 mg à l'assureur maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être exigée en plus du prix de fabrique. L'assureur maladie demande le remboursement à la firme Medius AG. La demande de remboursement doit généralement être faite dans les trois mois suivant la fin de la thérapie.					
01.12 G		<b>BACLOCALM</b> (Baclofenum)	Labatec Pharma SA		
	21054	cpr 10 mg blist 200 pce Fr. 49.50 (28.84)		66571002	01.11.2020, B
02.07.20		<b>ENTRESTO</b> (Sacubitrilum, Valsartanum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	20415	cpr pell 50 mg 56 pce Fr. 158.65 (123.90)		65673006	01.07.2018, B
S'administre associé, de manière appropriée, avec d'autres traitements de l'insuffisance cardiaque [par ex. bêtabloquants, diurétiques et antagonistes des minéralocorticoïdes), pour le traitement des patients adultes qui souffrent d'insuffisance cardiaque systolique de classe NYHA II, III ou IV, dont la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) s'élève à <math>\leq 40\%</math> avant le traitement avec Entresto, et qui ont été traités auparavant avec une dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ou d'un antagoniste du récepteur de l'angiotensine (ARA).					
06.01.10		<b>RESPREEZA</b> (Alpha-1-proteinase inhibitor)	CSL Behring AG		
	20393	subst sèche 4000 mg c Solvflac 1 pce Fr. 1416.85 (1342.28)		65337006	01.11.2020, B
Calculations des prix pour préparations sanguines sur la base des prix «ex factory» plus une marge fixe de fr. 40.- à cause de la situation particulière de distribution (pratiquement pas de commerce de grossiste et détailliste) plus la TVA. Cette calculations n'est pas valable pour l'albumine humaine.					
07.06.20		<b>OZEMPIC FIXDOSE</b> (Semaglutidum)	Novo Nordisk Pharma AG		
	20753	sol inj 4 mg/3 ml (1 mg/dose) stylo pré 3 ml Fr. 129.80 (98.79)		66604003	01.12.2019, B
Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2; dans les combinaisons thérapeutiques suivantes uniquement, si ces antidiabétiques n'assurent pas un contrôle adéquat de la glycémie: - En double combinaison avec la metformine ou une sulfonylurée - En triple combinaison avec une combinaison de metformine et d'une sulfonylurée - En combinaison avec l'insuline basale avec ou sans metformine					
Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires destinés à une réduction pondérale ne sont pas pris en charge par les assureurs-maladie.					
<b>III. Préparations/emballages radiés</b>					
08.03 G		<b>LAMIVUDIN-ZIDOVUDIN MEPHA</b> (Lamivudinum, Zidovudinum)	Mepha Pharma AG		
	20052	lactabs 150/300 mg 60 pce Fr. 359.55 (298.89)		62324001	01.11.2020, A
08.08		<b>INFLUVAC</b> (Vaccinum influenzae-Subunit inactivatum 2019/2020)	Mylan Pharma GmbH		
	16593	susp inj 2019/2020 ser pré 0.500 ml Fr. 17.90 (8.46)		00485019	01.11.2020, B

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
<b>IV. Réduction de prix</b>					
<b>IV.a. Mutation de prix 1 année après l'introduction dans LS</b>					
<b>SKYRIZI</b> sol inj 75 mg/0.83 ml 2 ser pré 0.830 ml	AbbVie AG	071500	20922	3816.85	3483.74
<b>IV.b. Comparaison des prix avec l'étranger</b>					
<b>ENTRESTO</b> cpr pell 50 mg 28 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	020720	20415	87.50	61.95
cpr pell 50 mg 56 pce			20415	158.65	123.90
cpr pell 100 mg 56 pce			20415	158.65	123.90
cpr pell 100 mg blist 168 pce			20415	443.10	371.70
cpr pell 200 mg 56 pce			20415	158.65	123.90
cpr pell 200 mg blist 168 pce			20415	443.10	371.70
<b>IV.c. Baissement de prix volontairement</b>					
<b>VALSARTAN AMLO SPIRIG HC</b> cpr pell 5/80 mg 28 pce	Spirig HealthCare AG	020720	20913	26.65	12.49
cpr pell 5/80 mg 98 pce			20913	62.75	40.38
cpr pell 5/160 mg 28 pce			20913	29.30	14.83
cpr pell 5/160 mg 98 pce			20913	75.90	51.84
cpr pell 10/160 mg 28 pce			20913	29.30	14.83
cpr pell 10/160 mg 98 pce			20913	75.90	51.84
<b>IV.d. Mutation de prix normale</b>					
<b>LATUDA</b> cpr pell 40 mg 28 pce	Medius AG	010500	20064	128.35	97.53
cpr pell 40 mg 56 pce			20064	240.30	195.05
cpr pell 80 mg 28 pce			20064	179.40	142.00
cpr pell 80 mg 56 pce			20064	342.45	284.01
<b>OZEMPIC DUALDOSE</b> sol inj 2 mg/1.5 ml stylo pré 1.500 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	129.80	98.79
<b>OZEMPIC FIXDOSE</b> sol inj 4 mg/3 ml (1 mg/dose) stylo pré 3 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	129.80	98.79
<b>PREVMIS</b> cpr pell 240 mg 28 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	080300	20765	4929.75	4569.50
cpr pell 480 mg 28 pce			20765	9514.15	9042.08
<b>IV.e. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet</b>					
<b>ABACA VIR LAMIVUDINE SANDOZ</b> cpr pell 600/300 mg blist 30 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	080300	20759	304.45	250.93
<b>KIVEXA</b> cpr pell 600 mg/300 mg 30 pce	ViiV Healthcare GmbH	080300	18307	427.95	358.48
<b>MEZAVANT</b> cpr ret 1.200 g 60 pce	Takeda Pharma AG	040900	20617	70.70	47.32

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

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

ENTRESTO	Novartis Pharma Schweiz AG	020720			
cpr pell 50 mg 28 pce			20415	87.50	61.95
cpr pell 50 mg 56 pce			20415	158.65	123.90
cpr pell 100 mg 56 pce			20415	158.65	123.90
cpr pell 100 mg blist 168 pce			20415	443.10	371.70
cpr pell 100 mg blist 168 pce			20415	443.10	371.70
cpr pell 200 mg 56 pce			20415	158.65	123.90
cpr pell 200 mg 168 pce			20415	495.40	417.24
cpr pell 200 mg blist 168 pce			20415	443.10	371.70

##### Vieille limitation :

S'administre associé, de manière appropriée, avec d'autres traitements de l'insuffisance cardiaque (par ex. bêtabloquants, diurétiques et antagonistes des minéralocorticoïdes), pour le traitement des patients adultes qui souffrent d'insuffisance cardiaque systolique de classe NYHA II, III ou IV, dont la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) s'élève à =40% avant le traitement avec Entresto, et qui ont été traités auparavant avec une dose stable d'un inhibiteur de l'ECA ou d'un ARA.

##### Nouvelle limitation :

###### Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023

S'administre associé, de manière appropriée, avec d'autres traitements de l'insuffisance cardiaque (par ex. bêtabloquants, diurétiques et antagonistes des minéralocorticoïdes), pour le traitement des patients adultes qui souffrent d'insuffisance cardiaque systolique de classe NYHA II, III ou IV, dont la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) s'élève à =40% avant le traitement avec Entresto, et qui ont été traités auparavant avec une dose stable d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ou d'un antagoniste du récepteur de l'angiotensine (ARA).

LATUDA	Medius AG	010500			
cpr pell 40 mg 28 pce			20064	128.35	97.53
cpr pell 80 mg 28 pce			20064	179.40	142.00
cpr pell 40 mg 56 pce			20064	240.30	195.05
cpr pell 80 mg 56 pce			20064	342.45	284.01

##### Nouvelle limitation :

Latuda 20 mg est remboursé exclusivement pour le traitement des épisodes dépressifs dans le cadre d'un trouble bipolaire de type 1.

Si le coût du traitement des épisodes dépressifs dans le cadre d'un trouble bipolaire de type 1 est doublé en raison d'un ajustement de la dose à 60 mg (20 mg + 40 mg), Medius AG remboursera, sur la base du prix de fabrication, les coûts respectifs des emballages de Latuda 20 mg à l'assureur maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat. La TVA ne peut pas être exigée en plus du prix de fabrication. L'assureur maladie demande le remboursement à la firme Medius AG. La demande de remboursement doit généralement être faite dans les trois mois suivant la fin de la thérapie.

MYOVIEW MARKIERUNGSBESTECK	GE Healthcare AG	170400			
subst sèche 0.230 mg Fl 2 pce			17408	747.60	636.95
subst sèche 0.230 mg Fl 5 pce			17408	1727.05	1518.64

##### Nouvelle limitation :

Au maximum 2 injections dans les 48 heures.

Prix de facturation par application et patient 230.27 (Division 7.5.)

OZEMPIC FIXDOSE	Novo Nordisk Pharma AG	070620			
sol inj 4 mg/3 ml (1 mg/Dosis) stylo pré3 ml			20753	129.80	98.79

##### Vieille limitation :

Pour le traitement de patients souffrant du diabète de type 2, exclusivement en association avec la metformine, une sulfonylurée ou une combinaison de la metformine et une sulfonylurée, n'ayant pas obtenu un contrôle glycémique adéquat avec ces traitements oraux. Pour le traitement en association avec une insuline basale seule ou une combinaison d'une insuline basale et la metformine, lorsque ces traitements ne permettent pas d'obtenir un contrôle adéquat de la glycémie. Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires destinés à une réduction pondérale ne sont pas pris en charge par les assureurs-maladie.

##### Nouvelle limitation :

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2; dans les combinaisons thérapeutiques suivantes uniquement, si ces antidiabétiques n'assurent pas un contrôle adéquat de la glycémie:

- En double combinaison avec la metformine ou une sulfonylurée
- En triple combinaison avec une combinaison de metformine et d'une sulfonylurée
- En combinaison avec l'insuline basale avec ou sans metformine

Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires destinés à une réduction pondérale ne sont pas pris en charge par les assureurs-maladie.

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

<b>OZEMPIC DUALDOSE</b> sol inj 2 mg/1.5ml stylo pré1.500 ml	Novo Nordisk Pharma AG	070620	20753	129.80	98.79
---	------------------------	--------	-------	--------	-------

**Vieille limitation :**

Pour le traitement de patients souffrant du diabète de type 2, exclusivement en association avec la metformine, une sulfonyleurée ou une combinaison de la metformine et une sulfonyleurée, n'ayant pas obtenu un contrôle glycémique adéquat avec ces traitements oraux. Pour le traitement en association avec une insuline basale seule ou une combinaison d'une insuline basale et la metformine, lorsque ces traitements ne permettent pas d'obtenir un contrôle adéquat de la glycémie. Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires destinés à une réduction pondérale ne sont pas pris en charge par les assureurs-maladie.

**Nouvelle limitation :**

Pour le traitement des patients atteints de diabète sucré de type 2; dans les combinaisons thérapeutiques suivantes uniquement, si ces antidiabétiques n'assurent pas un contrôle adéquat de la glycémie:

- En double combinaison avec la metformine ou une sulfonyleurée
- En triple combinaison avec une combinaison de metformine et d'une sulfonyleurée
- En combinaison avec l'insuline basale avec ou sans metformine

Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires destinés à une réduction pondérale ne sont pas pris en charge par les assureurs-maladie.

<b>VENCLYXTO</b>	AbbVie AG	071610			
cpr pell 10 mg blist 14 pce			20764	99.10	72.05
cpr pell 50 mg blist 7 pce			20764	223.15	180.11
cpr pell 100 mg blist 7 pce			20764	429.95	360.23
cpr pell 100 mg blist 14 pce			20764	843.50	720.46
cpr pell 100 mg blist 112 pce			20764	6'153.75	5'763.66

**Vieille limitation :**

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

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

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

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

**Limitation limitée jusqu'au 31.10.2020**

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

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

**Nouvelle limitation :**

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

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

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

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

**Limitation limitée jusqu'au 31.10.2023**

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

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

Sur demande de l'assureur maladie chez lequel la personne assurée était assurée lorsque Venclyxto lui a été délivré, AbbVie AG rembourse à cet assureur maladie 4,2 % du prix de fabrique de chaque boîte de Venclyxto. Le remboursement ne s'applique pas aux boîtes utilisées dans l'indication vénétoclax + rituximab. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut être récupérée en plus de cette partie du prix de fabrique.





*Et... action!*



1. Pénétration vaginale ou anale avec préservatif.
2. Et parce que chacun(e) l'aime à sa façon : faites sans tarder votre safer sex check personnel sur [lovelife.ch](http://lovelife.ch)



# Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

**Les ordonnances suivantes sont bloquées**

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Argovie		8718851-8718875
Bâle-Ville		8476301-8476325

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







**LE DON D'ORGANES : PARLEZ-EN  
POUR LE BIEN DE VOS PROCHES**

**VIVRE-PARTAGER.CH**

**Parler au nom des autres, ce n'est pas facile.  
Je fais part de ma volonté à mes proches.  
Ils pourront ainsi prendre la décision appropriée.**



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

swiss  
transplant 

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

OFSP-Bulletin  
OFCL, Diffusion publications  
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern  
Post CH AG

# OFSP-Bulletin

Semaine

# 47/2020



