



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 11 janvier 2021

Semaine

OFSP-Bulletin 1+2/2021

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

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**
www.ofsp-coronavirus.ch



Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne
Téléphone 058 465 5050
Fax 058 465 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses, Situation à la fin de la 52 ^e semaine	4
Déclarations des maladies infectieuses, Situation à la fin de la 53 ^e semaine	6
Statistique Sentinella	8
Rapport hebdomadaire des affections grippales	8
www.ofsp-coronavirus.ch/vaccination : Informations sur la vaccination COVID-19	9
Liste des spécialités	10
Vol d'ordonnances	31

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 52^e semaine (29.12.2020)^a

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

^b Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella 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, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 52^e semaine (29.12.2020)^a

	Semaine 52			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	1 0.60	3 1.80	3 1.80	5 0.80	13 2.00	9 1.40	79 0.90	124 1.40	138 1.60	79 0.90	124 1.40	138 1.60
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	1 0.60	143 86.60	106 64.20	11 1.70	361 54.70	291 44.10	11347 132.20	13768 160.40	13986 163.00	11347 132.20	13768 160.40	13986 163.00
Légionellose	10 6.10	3 1.80	4 2.40	34 5.20	25 3.80	28 4.20	481 5.60	581 6.80	567 6.60	481 5.60	581 6.80	567 6.60
Méningocoques: maladie invasive					5 0.80	4 0.60	19 0.20	44 0.50	63 0.70	19 0.20	44 0.50	63 0.70
Pneumocoques: maladie invasive	6 3.60	14 8.50	23 13.90	23 3.50	68 10.30	98 14.80	549 6.40	873 10.20	966 11.20	549 6.40	873 10.20	966 11.20
Rougeole		4 2.40			8 1.20	1 0.20	35 0.40	221 2.60	48 0.60	35 0.40	221 2.60	48 0.60
Rubéole^c								1 0.01	2 0.02		1 0.01	2 0.02
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	8 4.80	4 2.40	8 4.80	24 3.60	28 4.20	24 3.60	361 4.20	431 5.00	509 5.90	361 4.20	431 5.00	509 5.90
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	41 24.80	89 53.90	101 61.20	293 44.40	443 67.10	453 68.60	5991 69.80	7306 85.10	7673 89.40	5991 69.80	7306 85.10	7673 89.40
Hépatite A		2 1.20	5 3.00	3 0.40	10 1.50	8 1.20	71 0.80	78 0.90	104 1.20	71 0.80	78 0.90	104 1.20
Hépatite E		1 0.60	3 1.80	4 0.60	11 1.70	11 1.70	71 0.80	113 1.30	73 0.80	71 0.80	113 1.30	73 0.80
Infection à E. coli entérohémorragique	7 4.20	7 4.20	13 7.90	40 6.10	68 10.30	54 8.20	731 8.50	1130 13.20	841 9.80	731 8.50	1130 13.20	841 9.80
Listériose	1 0.60			3 0.40	1 0.20	2 0.30	57 0.70	36 0.40	54 0.60	57 0.70	36 0.40	54 0.60
Salmonellose, S. typhi/paratyphi			2 1.20		1 0.20	2 0.30	11 0.10	21 0.20	23 0.30	11 0.10	21 0.20	23 0.30
Salmonellose, autres	17 10.30	9 5.40	15 9.10	73 11.10	83 12.60	81 12.30	1242 14.50	1549 18.00	1478 17.20	1242 14.50	1549 18.00	1478 17.20
Shigellose		1 0.60	2 1.20	5 0.80	13 2.00	22 3.30	61 0.70	216 2.50	249 2.90	61 0.70	216 2.50	249 2.90

	Semaine 52			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydieuse	106 64.20	106 64.20	120 72.70	820 124.20	892 135.10	737 111.60	11146 129.90	12410 144.60	11147 129.90	11146 129.90	12410 144.60	11147 129.90
Gonorrhée ^e	42 25.40	42 25.40	48 29.10	248 37.60	283 42.90	233 35.30	3450 40.20	3941 45.90	2936 34.20	3450 40.20	3941 45.90	2936 34.20
Hépatite B, aiguë		2 1.20			4 0.60	3 0.40	6 0.07	28 0.30	34 0.40	6 0.07	28 0.30	34 0.40
Hépatite B, total déclarations	12	16	15	77	102	76	938	1097	1203	938	1097	1203
Hépatite C, aiguë			1 0.60			2 0.30	2 0.02	27 0.30	29 0.30	2 0.02	27 0.30	29 0.30
Hépatite C, total déclarations	10	9	20	65	75	80	893	1029	1287	893	1029	1287
Infection à VIH	11 6.70	10 6.10	9 5.40	39 5.90	33 5.00	39 5.90	284 3.30	430 5.00	407 4.70	284 3.30	430 5.00	407 4.70
Sida			1 0.60	1 0.20	6 0.90	7 1.10	50 0.60	81 0.90	78 0.90	50 0.60	81 0.90	78 0.90
Syphilis, stades précoces ^f	1 0.60	11 6.70	9 5.40	6 0.90	62 9.40	51 7.70	518 6.00	735 8.60	603 7.00	518 6.00	735 8.60	603 7.00
Syphilis, total ^g	2 1.20	15 9.10	13 7.90	12 1.80	83 12.60	75 11.40	703 8.20	1043 12.20	928 10.80	703 8.20	1043 12.20	928 10.80
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose		1 0.60		1 0.20	1 0.20		11 0.10	7 0.08	5 0.06	11 0.10	7 0.08	5 0.06
Chikungunya			1 0.60		2 0.30	1 0.20	11 0.10	41 0.50	5 0.06	11 0.10	41 0.50	5 0.06
Dengue		1 0.60	1 0.60		27 4.10	13 2.00	73 0.80	257 3.00	171 2.00	73 0.80	257 3.00	171 2.00
Encéphalite à tiques				7 1.10		4 0.60	457 5.30	262 3.00	375 4.40	457 5.30	262 3.00	375 4.40
Fièvre du Nil occidental							1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Fièvre jaune									1 0.01			1 0.01
Fièvre Q		1 0.60			5 0.80	4 0.60	43 0.50	102 1.20	53 0.60	43 0.50	102 1.20	53 0.60
Infection à Hantavirus									1 0.01			1 0.01
Infection à virus Zika								1 0.01	3 0.03		1 0.01	3 0.03
Paludisme	4 2.40	4 2.40	1 0.60	6 0.90	19 2.90	12 1.80	126 1.50	286 3.30	293 3.40	126 1.50	286 3.30	293 3.40
Trichinellose	1 0.60			1 0.20			4 0.05	2 0.02		4 0.05	2 0.02	
Tularémie				3 0.40	11 1.70	5 0.80	104 1.20	148 1.70	121 1.40	104 1.20	148 1.70	121 1.40
Autres déclarations												
Botulisme												
Diphthérie ^h							3 0.03	2 0.02	5 0.06	3 0.03	2 0.02	5 0.06
Maladie de Creutzfeldt-Jakob			1 0.60			5 0.80	18 0.20	17 0.20	19 0.20	18 0.20	17 0.20	19 0.20
Tétanos												

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 53^e semaine (05.01.2021)^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, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 53^e semaine (05.01.2021)^a

	Semaine 53			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	1 0.60			5 0.80	13 2.00	9 1.40	72 0.80	124 1.40	138 1.60	80 0.90	124 1.40	138 1.60
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b				9 1.40	361 54.70	291 44.10	11089 129.20	13768 160.40	13986 163.00	11347 129.70	13768 157.40	13986 159.90
Légionellose	5 3.00			33 5.00	25 3.80	28 4.20	479 5.60	581 6.80	567 6.60	486 5.60	581 6.60	567 6.50
Méningocoques: maladie invasive	1 0.60			1 0.20	5 0.80	4 0.60	17 0.20	44 0.50	63 0.70	20 0.20	44 0.50	63 0.70
Pneumocoques: maladie invasive	9 5.40			27 4.10	68 10.30	98 14.80	522 6.10	873 10.20	966 11.20	558 6.40	873 10.00	966 11.00
Rougeole					8 1.20	1 0.20	29 0.30	221 2.60	48 0.60	35 0.40	221 2.50	48 0.60
Rubéole^c								1 0.01	2 0.02		1 0.01	2 0.02
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	3 1.80			25 3.80	28 4.20	24 3.60	362 4.20	431 5.00	509 5.90	366 4.20	431 4.90	509 5.80
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	183 110.90			415 62.90	443 67.10	453 68.60	6004 70.00	7306 85.10	7673 89.40	6206 70.90	7306 83.50	7673 87.70
Hépatite A	1 0.60			2 0.30	10 1.50	8 1.20	70 0.80	78 0.90	104 1.20	72 0.80	78 0.90	104 1.20
Hépatite E				3 0.40	11 1.70	11 1.70	71 0.80	113 1.30	73 0.80	71 0.80	113 1.30	73 0.80
Infection à E. coli entérohémorragique	8 4.80			31 4.70	68 10.30	54 8.20	732 8.50	1130 13.20	841 9.80	738 8.40	1130 12.90	841 9.60
Listériose	1 0.60			3 0.40	1 0.20	2 0.30	58 0.70	36 0.40	54 0.60	58 0.70	36 0.40	54 0.60
Salmonellose, S. typhi/paratyphi					1 0.20	2 0.30	11 0.10	21 0.20	23 0.30	11 0.10	21 0.20	23 0.30
Salmonellose, autres	24 14.50			75 11.40	83 12.60	81 12.30	1253 14.60	1549 18.00	1478 17.20	1266 14.50	1549 17.70	1478 16.90
Shigellose				5 0.80	13 2.00	22 3.30	59 0.70	216 2.50	249 2.90	61 0.70	216 2.50	249 2.80

	Semaine 53			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydie	95 57.60			679 102.80	892 135.10	737 111.60	11195 130.40	12410 144.60	11147 129.90	11298 129.20	12410 141.90	11147 127.40
Gonorrhée ^e	30 18.20			219 33.20	283 42.90	233 35.30	3457 40.30	3947 46.00	2936 34.20	3501 40.00	3947 45.10	2936 33.60
Hépatite B, aiguë					4 0.60	3 0.40	6 0.07	28 0.30	34 0.40	6 0.07	28 0.30	34 0.40
Hépatite B, total déclarations	4			56	102	76	934	1097	1203	942	1097	1203
Hépatite C, aiguë						2 0.30	2 0.02	27 0.30	29 0.30	2 0.02	27 0.30	29 0.30
Hépatite C, total déclarations	8			50	75	80	900	1029	1287	905	1029	1287
Infection à VIH				23 3.50	33 5.00	39 5.90	277 3.20	430 5.00	407 4.70	283 3.20	430 4.90	407 4.60
Sida					6 0.90	7 1.10	50 0.60	81 0.90	78 0.90	50 0.60	81 0.90	78 0.90
Syphilis, stades précoces ^f	1 0.60			8 1.20	62 9.40	51 7.70	515 6.00	735 8.60	603 7.00	522 6.00	735 8.40	603 6.90
Syphilis, total ^g	2 1.20			11 1.70	83 12.60	75 11.40	696 8.10	1043 12.20	928 10.80	709 8.10	1043 11.90	928 10.60
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose				1 0.20	1 0.20		11 0.10	7 0.08	5 0.06	11 0.10	7 0.08	5 0.06
Chikungunya					2 0.30	1 0.20	10 0.10	41 0.50	5 0.06	11 0.10	41 0.50	5 0.06
Dengue					27 4.10	13 2.00	69 0.80	257 3.00	171 2.00	73 0.80	257 2.90	171 2.00
Encéphalite à tiques				5 0.80		4 0.60	457 5.30	262 3.00	375 4.40	457 5.20	262 3.00	375 4.30
Fièvre du Nil occidental							1 0.01	1 0.01		1 0.01	1 0.01	
Fièvre jaune									1 0.01			1 0.01
Fièvre Q					5 0.80	4 0.60	43 0.50	102 1.20	53 0.60	43 0.50	102 1.20	53 0.60
Infection à Hantavirus									1 0.01			1 0.01
Infection à virus Zika								1 0.01	3 0.03		1 0.01	3 0.03
Paludisme	4 2.40			9 1.40	19 2.90	12 1.80	130 1.50	286 3.30	293 3.40	130 1.50	286 3.30	293 3.40
Trichinellose				1 0.20			3 0.03	2 0.02		4 0.05	2 0.02	
Tularémie				1 0.20	11 1.70	5 0.80	104 1.20	148 1.70	121 1.40	104 1.20	148 1.70	121 1.40
Autres déclarations												
Botulisme												
Diphthérie ^h							3 0.03	2 0.02	5 0.06	3 0.03	2 0.02	5 0.06
Maladie de Creutzfeldt-Jakob						5 0.80	18 0.20	17 0.20	19 0.20	18 0.20	17 0.20	19 0.20
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella:

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 1.1.2021 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)

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

Semaine	50		51		52		53		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Piqûre de tiques	0	0	1	0.1	0	0	0	0	0.3	0
Borréliose de Lyme	1	0.1	3	0.2	0	0	0	0	1	0.1
Herpès zoster	9	0.7	6	0.4	4	0.5	5	1.2	6	0.7
Néuralgies post-zostériennes	0	0	2	0.1	1	0.1	0	0	0.8	0.1
Médecins déclarants	180		180		154		96		152.5	

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



Coronavirus

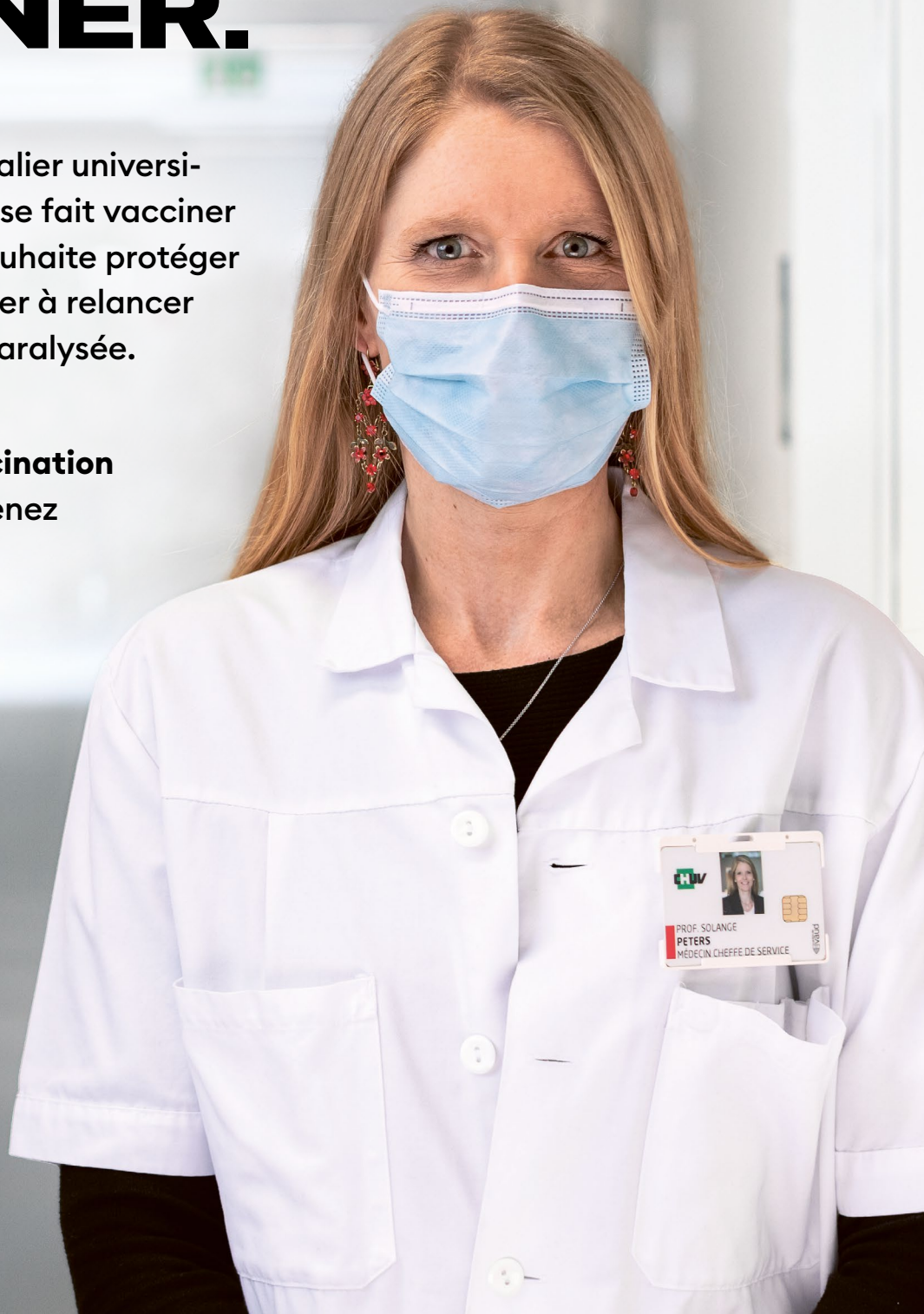
**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:**



JE ME FERAI VACCINER.

Pr Solange Peters,
médecin du Centre hospitalier universi-
taire vaudois à Lausanne, se fait vacciner
contre le COVID-19. Elle souhaite protéger
les groupes à risque et aider à relancer
la société, actuellement paralysée.

Informez-vous sur
ofsp-coronavirus.ch/vaccination
ou au **058 377 88 92** et prenez
votre propre décision.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Uffizi federal da sanadad publica UFSP

Cette campagne d'information est soutenue par les organisations suivantes :



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} janvier 2021

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.05		REXULTI (Brexiprazolum)	Lundbeck (Schweiz) AG		
	20807	cpr pell 0.500 mg blist 7 pce Fr. 17.45 (8.04)		66475001	01.01.2019, B
	20807	cpr pell 1 mg blist 10 pce Fr. 42.80 (22.98)		66475002	01.01.2019, B
	20807	cpr pell 1 mg blist 28 pce Fr. 90.25 (64.33)		66475003	01.01.2019, B
	20807	cpr pell 2 mg blist 28 pce Fr. 127.50 (96.78)		66475004	01.01.2019, B
	20807	cpr pell 3 mg blist 28 pce Fr. 152.85 (118.85)		66475005	01.01.2019, B
	20807	cpr pell 4 mg blist 28 pce Fr. 184.10 (146.06)		66475006	01.01.2019, B
01.06 G		AGOMELATIN ZENTIVA (Agomelatinum)	Helvepharm AG		
	21168	cpr pell 25 mg blist 28 pce Fr. 46.50 (26.20)		67666001	01.01.2021, B
	21168	cpr pell 25 mg blist 98 pce Fr. 118.50 (88.95)		67666002	01.01.2021, 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.					
01.99		LEMTRADA (Alemtuzumabum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20217	conc perf 12 mg flac 2 ml Fr. 8061.05 (7624.46)		63025001	01.05.2015, A
Chez les patients adultes atteints de sclérose en plaques rémittente-récurrente (SEP-RR) hautement active qui ont préalablement reçu un traitement complet et adéquat avec au moins deux autres thérapies de base modifiant le cours de la maladie (disease modifying treatments – DMT) ou chez les patients atteints de SEP-RR hautement active chez lesquels tous les autres DMT sont contre-indiqués ou inappropriés pour d'autres raisons. En raison de son profil de sécurité, LEMTRADA ne peut être utilisé que par des spécialistes de neurologie FMH disposant de l'expertise nécessaire, en tant que produit de réserve dans les cliniques neurologiques de formation continue de catégorie A et B (avec accès aux soins intensifs). Un maximum de 4 cycles de traitement de LEMTRADA peut être remboursé. Le traitement requiert une confirmation de la prise en charge des coûts par l'assureur maladie après consultation préalable du médecin-conseil.					
02.07.20 G		CO-OLMÉSARTAN AMLO SPIRIG HC (Olmesartani medoxomilum, Amlodipinum, Hydrochlorothiazidum)	Spirig HealthCare AG		
	21156	cpr pell 20/5/12.5 mg blist 30 pce Fr. 36.00 (17.06)		67447001	01.01.2021, B
	21156	cpr pell 20/5/12.5 mg blist 100 pce Fr. 69.65 (46.40)		67447002	01.01.2021, B
	21156	cpr pell 40/5/12.5 mg blist 30 pce Fr. 40.60 (21.09)		67447003	01.01.2021, B
	21156	cpr pell 40/5/12.5 mg blist 100 pce Fr. 82.80 (57.82)		67447004	01.01.2021, B
	21156	cpr pell 40/5/25 mg blist 30 pce Fr. 40.60 (21.09)		67447005	01.01.2021, B
	21156	cpr pell 40/5/25 mg blist 100 pce Fr. 82.80 (57.82)		67447006	01.01.2021, B
	21156	cpr pell 40/10/12.5 mg blist 30 pce Fr. 41.65 (21.99)		67447007	01.01.2021, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
02.07.20 6	21156	cpr pell 40/10/12.5 mg blist 100 pce Fr. 89.25 (63.45)	Spirig HealthCare AG	67447008	01.01.2021, B
	21156	cpr pell 40/10/25 mg blist 30 pce Fr. 41.65 (21.99)		67447009	01.01.2021, B
	21156	cpr pell 40/10/25 mg blist 100 pce Fr. 89.25 (63.45)		67447010	01.01.2021, B

Le traitement combiné d'une association fixe d'olmésartan-amlodipine ou d'olmésartan-amlodipine-hydrochlorothiazide et d'un antagoniste du calcium I.T. 02.06. et/ou d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine II et/ou d'un inhibiteur de l'ECA n'est pas remboursé.

03.04.50		ATECTURA BREEZHALER (Indacaterolum, Mometasoni-17 furoas)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21106	caps inh 150mcg/80 mcg blist 30 pce Fr. 54.70 (33.36)		67597001	01.01.2021, B
	21106	caps inh 150mcg/80 mcg blist 90 pce Fr. 131.20 (99.99)		67597002	01.01.2021, B
	21106	caps inh 150mcg/160 mcg blist 30 pce Fr. 54.70 (33.36)		67597003	01.01.2021, B
	21106	caps inh 150mcg/160 mcg blist 90 pce Fr. 131.20 (99.99)		67597004	01.01.2021, B
	21106	caps inh 150mcg/320 mcg blist 30 pce Fr. 54.70 (33.36)		67597005	01.01.2021, B
	21106	caps inh 150mcg/320 mcg blist 90 pce Fr. 131.20 (99.99)		67597006	01.01.2021, B

03.04.50		ENERZAIR BREEZHALER INHA (Indacaterolum, Glycopyrronium, Mometasoni-17 furoas)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21104	caps inh 150/50/160 mcg blist 30 pce Fr. 96.90 (70.11)		67596004	01.01.2021, B
	21104	caps inh 150/50/160 mcg blist 90 pce Fr. 257.95 (210.42)		67596005	01.01.2021, B

Pour le traitement d'entretien des patients souffrant d'asthme sévère qui ne sont pas suffisamment contrôlés par une thérapie d'entretien consistant en un bêta2-agoniste à longue durée d'action et un corticostéroïde inhalé à forte dose et qui ont connu une ou plusieurs exacerbations au cours des 12 derniers mois
ou
pour les patients souffrant d'asthme sévère qui sont déjà traités avec une combinaison LABA/LAMA et de CSI avec plusieurs inhalateurs.

03.04.50		ENERZAIR BREEZHALER INHA+CAPT (Indacaterolum, Glycopyrronium, Mometasoni-17 furoas)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	21104	caps inh 150/50/160mcg blist 30 pce Fr. 96.90 (70.11)		67596006	01.01.2021, B

Pour le traitement d'entretien des patients souffrant d'asthme sévère qui ne sont pas suffisamment contrôlés par une thérapie d'entretien consistant en un bêta2-agoniste à longue durée d'action et un corticostéroïde inhalé à forte dose et qui ont connu une ou plusieurs exacerbations au cours des 12 derniers mois
ou
pour les patients souffrant d'asthme sévère qui sont déjà traités avec une combinaison LABA/LAMA et de CSI avec plusieurs inhalateurs.

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
03.99		KALYDECO (Ivacaftorum)	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH		
	20145	cpr pell 150 mg 56 pce Fr. 17915.50 (17238.55)		62686001	01.01.2015, A
<p>KALYDECO est indiqué dans le traitement de la mucoviscidose chez les patients âgés de 6 ans et plus porteurs de la mutation G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R du gène CFTR.</p> <p>Le traitement par KALYDECO de tous les patients souffrant de mucoviscidose ne peut avoir lieu que dans des centres spécialisés dans cette maladie.</p> <p>L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose et traités par KALYDECO doit en règle générale être enregistrée dans le registre européen de lutte contre la mucoviscidose (ECFSPR) tous les trois mois (anamnèse, qualité de vie, fonction pulmonaire, posologie de KALYDECO, observance, interruptions de traitement). Le taux de chlorure dans la sueur ainsi que la valeur initiale du VEMS (%) doivent être déterminés chez tous les patients souffrant de mucoviscidose avant le début du traitement (= situation initiale). Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement par KALYDECO. Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5% n'est atteinte, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois. Tous les séjours en établissement hospitalier doivent être portés dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation). Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être répertoriés dans le registre. Lors d'une exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être indiqué comme suit: désignation de la substance active de l'antibiotique; durée du traitement antibiotique, voie intraveineuse vs voie orale vs voie inhalée; hospitalisation vs traitement ambulatoire.</p> <p>Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par KALYDECO doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis :</p> <p>a) Le taux de chlorure dans la sueur du patient tombe au-dessous de 60 mmol/l OU</p> <p>b) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30% (valeur relative) par rapport à la valeur initiale OU</p> <p>c) le patient présente une amélioration absolue du VEMS (%) d'au moins 5% par rapport à la valeur initiale.</p> <p>Dans les cas où le taux de chlorure dans la sueur est déjà inférieur à 60 mmol/l en situation initiale, le patient est considéré comme répondant au traitement si</p> <p>a) le taux de chlorure dans la sueur du patient baisse d'au moins 30% (valeur relative) par rapport à la valeur initiale ou</p> <p>b) le patient présente une amélioration absolue durable du VEMS (%) d'au moins 5% par rapport à la valeur initiale.</p> <p>La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte de KALYDECO administrée. Elle indique à l'assureur-maladie ou à l'AI le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.</p> <p>Contact: Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH, Juan Gomez, Head of Pricing & Market Access Baarerstrasse 88, 6300 Zug Tel: +41 41 560 05 11, E-Mail: Juan_Gomez@vrtx.com</p>					
04.08.11		MOVENTIG (Naloxegolum)	AstraZeneca AG		
	20309	cpr pell 12.500 mg 30 pce Fr. 108.20 (79.95)		65205002	01.01.2016, B
	20309	cpr pell 25 mg 30 pce Fr. 108.20 (79.95)		65205006	01.01.2016, B
	20309	cpr pell 25 mg 90 pce Fr. 289.70 (238.07)		65205007	01.01.2016, B
<p>Pour les patients adultes traités depuis plus de 4 semaines par des opioïdes en raison de douleurs chroniques non associées à une tumeur et qui, en dépit d'un traitement adjuvant avec des laxatifs de différentes classes pendant au moins 4 semaines, présentent une constipation réfractaire induite par les opioïdes, c.-à-d. moins de 3 défécations par semaine et au moins 1 symptôme supplémentaire lors de la défécation (efforts de poussée importants et/ou selles grumeleuses ou dures, et/ou sensation d'évacuation incomplète et/ou sensation d'occlusion).</p> <p>En cas d'absence de réponse à MOVENTIG après 4 semaines (augmentation de la fréquence des selles d'au moins 1 évacuation spontanée par semaine et diminution d'au moins un des symptômes supplémentaires), le traitement doit être arrêté.</p> <p>Un traitement par MOVENTIG de plus de 52 semaines nécessite une demande de prise en charge des coûts auprès de l'assurance, après consultation du médecin-conseil.</p>					
05.02 G		SOLIFÉNACINE NOBEL (Solifenacinum succinas)	NOBEL Pharma Schweiz AG		
	21161	cpr pell 5 mg blist 30 pce Fr. 36.95 (17.90)		67838001	01.01.2021, B
	21161	cpr pell 5 mg blist 90 pce Fr. 73.75 (49.94)		67838002	01.01.2021, B
	21161	cpr pell 10 mg blist 30 pce Fr. 40.95 (21.39)		67838003	01.01.2021, B
	21161	cpr pell 10 mg blist 90 pce Fr. 84.90 (59.69)		67838004	01.01.2021, B
05.02 G		SOLIFÉNACINE SANDOZ (Solifenacinum succinas)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21166	cpr pell 5 mg blist 30 pce Fr. 36.95 (17.90)		66823001	01.01.2021, B
	21166	cpr pell 5 mg blist 90 pce Fr. 73.75 (49.94)		66823002	01.01.2021, B
	21166	cpr pell 10 mg blist 30 pce Fr. 40.95 (21.39)		66823003	01.01.2021, B
	21166	cpr pell 10 mg blist 90 pce Fr. 84.90 (59.69)		66823004	01.01.2021, B
05.02 G		SOLIFÉNACINE SPIRIG HC (Solifenacinum succinas)	Spirig HealthCare AG		
	21162	cpr pell 5 mg blist 30 pce Fr. 36.95 (17.90)		66972001	01.01.2021, B
	21162	cpr pell 5 mg blist 90 pce Fr. 73.75 (49.94)		66972002	01.01.2021, B
	21162	cpr pell 10 mg blist 30 pce Fr. 40.95 (21.39)		66972003	01.01.2021, B
	21162	cpr pell 10 mg blist 90 pce Fr. 84.90 (59.69)		66972004	01.01.2021, B

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
05.02 G		SOLIFENACIN-MEPHA (Solifenacinum succinas)	Mepha Pharma AG		
	21164	Lactab 5 mg blist 30 pce Fr. 36.95 (17.90)		66335001	01.01.2021, B
	21164	Lactab 5 mg blist 90 pce Fr. 73.75 (49.94)		66335002	01.01.2021, B
	21164	Lactab 5 mg bte 100 pce Fr. 80.10 (55.49)		66335003	01.01.2021, B
	21164	Lactab 10 mg blist 30 pce Fr. 40.95 (21.39)		66335004	01.01.2021, B
	21164	Lactab 10 mg blist 90 pce Fr. 84.90 (59.69)		66335005	01.01.2021, B
	21164	Lactab 10 mg bte 100 pce Fr. 92.55 (66.32)		66335006	01.01.2021, B
07.02.30		VITAMINE D3 SPIRIG HC (Cholecalciferolum (Vitamin D3))	Spirig HealthCare AG		
	21129	caps 800 UI blist 30 pce Fr. 2.50 (1.36)		67495001	01.01.2021, D
	21129	caps 800 UI blist 90 pce Fr. 7.55 (4.08)		67495002	01.01.2021, D
	21129	huile 2740 UI/ml fl 25 ml Fr. 7.15 (3.88)		67496001	01.01.2021, D
		- Pour le traitement en cas de carence sévère prouvée en vitamine D (concentrations de 25(OH)D <25 nmol/l ou <10 ng/ml).			
		- Pour le traitement du rachitisme et de l'ostéomalacie.			
		- Pour la prophylaxie du rachitisme durant la première année de vie.			
07.06.10		LYUMJEV (Insulinum lisprum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	21097	sol inj 100 UI/ml flac 10 ml Fr. 44.20 (24.22)		67550001	01.01.2021, B
	21097	sol inj 100 UI/ml p pen 5 amp 3 ml Fr. 61.70 (39.46)		67793001	01.01.2021, B
07.06.10		LYUMJEV KWIKPEN (Insulinum lisprum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	21097	sol inj 100 UI/ml 5 stylo pré 3 ml Fr. 66.05 (43.23)		67794001	01.01.2021, B
07.16		BLINCYTO (Blinatumomabum)	Amgen Switzerland AG		
	20662	subst sèche flac 1 pce Fr. 2835.30 (2529.11)		65654001	01.10.2017, A
		BLINCYTO est remboursé conformément à la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable auprès du médecin-conseil dans le cadre du traitement d'adultes présentant une LAL (leucémie aiguë lymphoblastique) à précurseurs B avec chromosome Philadelphie négatif, en rechute ou réfractaire.			
		BLINCYTO est remboursé conformément à la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable auprès du médecin-conseil dans le cadre du traitement d'adultes présentant une LAL (leucémie aiguë lymphoblastique) à précurseurs B avec chromosome Philadelphie négatif, en rémission complète avec MRD (minimal residual disease) =0,1%.			
		BLINCYTO est remboursé conformément à la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable auprès du médecin-conseil dans le cadre du traitement d'adultes présentant une LAL (leucémie aiguë lymphoblastique) à précurseurs B avec chromosome Philadelphie positif, en rechute ou réfractaire, avec une résistance ou une intolérance aux traitements antérieurs, y compris les inhibiteurs de la tyrosine kinase (ITK).			
		BLINCYTO n'est remboursé que si les données requises sont saisies dans le cadre de l'étude d'observation 20150136 (NCT03117621) (Inclusion de nouveaux patients dans l'étude observationnelle jusqu'en mars 2021 environ).			
		Un traitement par BLINCYTO devrait être réalisé dans des centres spécialisés en hématologie possédant l'infrastructure, l'expertise et l'expérience nécessaires pour gérer des patients atteints de LAL. BLINCYTO peut être utilisé sur 5 cycles, mais n'est remboursé que pour 2 cycles maximum. Si BLINCYTO doit être utilisé > 2 cycles, le laboratoire AMGEN Switzerland AG rembourse, dans le cadre d'un traitement par BLINCYTO et sur demande de l'assureur maladie auquel la personne assurée était affiliée au moment de l'achat, le prix de fabrique à partir du 52ème emballage de BLINCYTO. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus des montants de remboursement. La demande de remboursement doit généralement être effectuée dans les 6 mois suivant l'administration du traitement.			
07.16.10 G		FULVESTRANT-TEVA (Fulvestrantum)	Teva Pharma AG		
	21163	sol inj 250 mg/5 ml 2 ser pré 5 ml Fr. 517.20 (436.23)		66470002	01.01.2021, B
		Traitements des patientes à la post-ménopause (ménopause naturelle ou induite) avec cancer du sein localement avancé ou métastatique à récepteurs oestrogéniques positifs et qui ne répondent pas, ou plus, à un autre traitement anti-hormonal.			

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10		KEYTRUDA (Pembrolizumabum)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	20416	conc perf 100 mg/4 ml flac 1 pce Fr. 2548.15 (2267.29)		66231001	01.09.2017, A
	20416	conc perf 100 mg/4 ml flac 2 pce Fr. 4893.95 (4534.58)		66231002	01.09.2017, A

Valable pour toutes les indications remboursées:

Avant le début du traitement une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie doit être obtenue après consultation du médecin conseil pour toutes les indications remboursées. **Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (KNXXX).**

Le dosage maximal est de 200 mg toutes les trois semaines.

Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35, sauf indication contraire. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Si un traitement de première ligne par KEYTRUDA a été remboursé dans une indication définie et que la maladie a progressé après une brève réponse au traitement, KEYTRUDA ne doit plus être remboursé pour les lignes de traitement ultérieures dans la même indication.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021**Mélanome (monothérapie) KN006**

(sans modèle de prix)

Monothérapie du mélanome non résecable ou métastatique chez les patients adultes.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN006

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021**Mélanome adjuvant (monothérapie) KN054**

(sans modèle de prix)

En monothérapie dans le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux et métastases des ganglions lymphatiques > 1 mm et sans récurrence locorégionale après résection complète chez des patients sans traitement systémique préalable du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:

Selon l'AJCC, 7e édition: stade IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) et IIIC (sans métastases en transit et sans [micro-]satellites).

Selon l'AJCC, 8e édition: pour autant qu'aucun [micro-]satellite ou aucune métastase en transit ne soient présents aux stades IIIB, IIIC, IIID.

Le traitement adjuvant avec KEYTRUDA doit être effectué dans les 15 semaines suivant la résection.

Les patients devraient être traités jusqu'à une récurrence de la maladie, le nombre maximal de traitements, respectivement de cycles, étant toutefois de 18.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN054

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021**1L NSCLC (monothérapie) KN024**

(sans modèle de prix)

Monothérapie en première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique de stade IV chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) ≥ 50% sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK. Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge par l'assurance maladie après consultation du médecin conseil.

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN024

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021**2L NSCLC (monothérapie) KN010**

(sans modèle de prix)

Monothérapie du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade avancé, métastatique après une chimiothérapie chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1. Les patients porteurs d'aberrations génomiques tumorales de type EGFR ou ALK doivent également avoir reçu un traitement approuvé pour ces aberrations avant de recevoir KEYTRUDA.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN010

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021**Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) KN087**

(sans modèle de prix)

Monothérapie du lymphome de Hodgkin classique réfractaire ou récidivant (rrcHL) chez les adultes ayant reçu au moins 3 traitements préalables, y compris avec Brentuximab vedotin.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN087

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021**Carcinome urothélial (monothérapie) KN045**

(sans modèle de prix)

Monothérapie du carcinome urothélial localement avancé ou métastatique chez les adultes ayant été prétraités par chimiothérapie à base de platine au cours des 24 derniers mois. Les patients dont le traitement à base de platine remonte à plus de 24 mois doivent de nouveau recevoir un traitement de première ligne à base de platine avant le traitement par KEYTRUDA; un traitement de 2e ligne avec KEYTRUDA ne peut être initié qu'en cas de nouvelle progression dans les 24 mois suivant le traitement à base de platine.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN045

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023**1L NSCLC épidermoïde (en association au carboplatine et au paclitaxel) chez des patients avec TPS < 50% KN407**

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association au carboplatine et au paclitaxel, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) épidermoïde au stade métastatique chez les adultes avec un TPS < 50%, qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN407

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

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L NSCLC non-épidermoïde (en association à une chimiothérapie avec pémétréxed + sel de platine) chez des patients avec TPS < 50% KN189

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie avec pémétréxed et sel de platine, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade métastatique, non-épidermoïde chez les adultes avec un TPS < 50%, sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK, et

- qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois ET
- n'ont pas reçu de radiothérapie pulmonaire avec > 30 Gy au cours des 6 mois précédents.

À l'arrivée de génériques, l'économicité exige que l'on utilise ces derniers.

Avant l'arrivée de génériques, les principes suivants sont applicables:

L'économicité en vue du remboursement est évaluée au cas par cas par l'assurance maladie. L'OFSP recommande que le montant remboursé pour le médicament original du pémétréxed s'élève à au moins 40% du prix de fabrique de l'original. Après admission de génériques du pémétréxed dans la LS, seule l'association de KEYTRUDA à des préparations de pémétréxed au prix de génériques répondra au critère d'économicité.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN189

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) (en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU)) KN048

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU) pour le traitement d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) récidivant ou métastatique, exprimant le PD-L1 (à l'exception des carcinomes rhinopharyngés), chez les adultes n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur pour la maladie récidivante, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, localement avancée ou métastatique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN048

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

Patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) prétraités par une chimiothérapie à base de sels de platine (monothérapie) KN040

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du carcinome épidermoïde récidivant ou métastatique de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou du larynx, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, chez les adultes préalablement traités par une chimiothérapie à base de sels de platine et dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) ≥ 50%.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN040

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

3L Lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B (rrPMBCL) (monothérapie) KN170

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B réfractaire ou récidivant (rrPMBCL), chez les adultes

qui ont reçu au moins 2 traitements antérieurs, dont au moins un par le rituximab, ET

qui n'entrent pas en ligne de compte pour une greffe autologue de cellules souches ou qui ont subi une récidive après une greffe.

N'est pas indiqué pour le traitement des patients atteints d'un PMBCL qui nécessitent un traitement cytoréducteur en urgence.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN170

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

2L Carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN164

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement d'un carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR), après un traitement antérieur à base de fluoropyrimidine en association avec de l'irinotécan ou de l'oxaliplatine chez les adultes

- sans traitement par des anticorps monoclonaux dans les 2 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN164

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

2L Carcinomes de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN158

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement des carcinomes métastatiques de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ayant progressé après le traitement standard et sans alternatives thérapeutiques satisfaisantes chez les adultes

- sans traitement préalable par des anticorps monoclonaux dans les 4 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN158

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

1L Carcinome colorectal (CRC) métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN177

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement de patients adultes atteints de carcinome colorectal (CRC) métastatique non traité antérieurement et présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR). KEYTRUDA ne doit pas être remboursé si le patient a reçu une radiothérapie dans les 4 semaines précédant le début du traitement.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN177

Sur demande de l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la prescription, le titulaire de l'autorisation, MSD Merck Sharp & Dohme AG, lui rembourse pour chaque emballage de KEYTRUDA une part du prix de fabrique fixée en fonction de la taille de l'emballage (1 ou 2 flacons). Il communique à l'assurance maladie le montant correspondant à la part du prix de fabrique du flacon qui lui sera remboursé par emballage. Dans sa demande de remboursement, l'assurance maladie doit indiquer le code de l'indication (cf. ci-dessus) au titulaire de l'autorisation. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette part du prix de fabrique.

La demande de remboursement doit être faite dès le moment de l'administration.

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
09.99 6		DIENOGEST SANDOZ (Dienogestum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	21165	cpr 2 mg blist 28 pce Fr. 68.20 (45.12)		67801001	01.01.2021, B
	21165	cpr 2 mg 3 blist 28 pce Fr. 148.50 (115.05)		67801002	01.01.2021, B
11.09		FIXAPROST (Latanoprostum, Timololum)	Théa PHARMA SA		
	21096	gtt opht (monodoses) 30 monodos 0.200 ml Fr. 35.55 (16.70)		67295001	01.01.2021, B
	21096	gtt opht (monodoses) 90 monodos 0.200 ml Fr. 71.05 (47.60)		67295002	01.01.2021, B
17.02		XOFIGO (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 et non simultanément avec un traitement par déprivation androgénique (TDA) de deuxième génération (par exemple l'acétate d'abiratéronne et l'enzalutamide), ou cabazitaxel. Le nombre maximal de cycles à rembourser est de 6. Chez les patients non orchectomisés, un traitement antiandrogène destiné à faire baisser le taux de testostérone au niveau de castration doit être poursuivi.

II. Autres emballages et dosages

01.10.20 0		RITALINE (Methylphenidati hydrochloridum)	Novartis Pharma Schweiz AG		
	7524	cpr 10 mg 200 pce Fr. 54.10 (32.86)		20736038	01.01.2021, A
03.03.10		RESYL PLUS (Guaifenesinum, Codeini phosphas hemihydricus)	Spirig HealthCare AG		
	11571	gouttes fl 30 ml Fr. 8.75 (4.05)		12806002	01.01.2021, B
04.08.12		IMPORTAL (Lactitolum monohydricum)	Zambon Switzerland Ltd		
	16463	sol 12x 500 ml Fr. 140.15 (75.95)		52785049	01.01.2021, D
04.09		PERENTEROL (Saccharomyces boulardii cryodesiccatus)	Zambon Switzerland Ltd		
	16065	caps 250 mg 10x 20 pce Fr. 196.30 (106.40)		47571051	01.01.2021, D
	16066	pdr 250 mg 10 sach 20 pce Fr. 168.80 (91.50)		47572002	01.01.2021, D

En traitement des récidives des maladies associées au Clostridium difficile récurrent et en prophylaxie des maladies associées au Clostridium difficile récurrent, et dans les cas où en raison de l'état général une diarrhée grave induite par les antibiotiques n'est pas à exclure.

04.99 6		ESOPRAX (Esomeprazolium)	Drossapharm AG		
	20800	cpr pell 20 mg 10 pce Fr. 8.65 (3.96)		66321015	01.01.2021, B
	20800	cpr pell 40 mg 10 pce Fr. 9.15 (4.39)		66321016	01.01.2021, B
08.08		HBVAXPRO 10 (Vaccinum hepatitis B (ADNr) HBsAg)	MSD Merck Sharp & Dohme AG		
	18654	sol inj 10 mcg a 20 aiguilles ser prête 10 pce Fr. 306.05 (252.30)		00663012	01.01.2021, B

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

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

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
10.01		ANESDERM (Lidocainum, Prilocainum)	Pierre Fabre (Suisse) S.A.		
	19776	crème 5 % 5 tb 5 g Fr. 39.55 (20.15)		56682005	01.01.2021, B
Pour des enfants jusqu'à 16 ans et des patients dialysés.					
14.02		DOTAREM (Acidum gadotericum)	Guerbet AG		
	15913	sol inj 2.793 g/10 ml ser prê plast 10 ml Fr. 75.40 (51.38)		49784001	01.01.2021, B
	15913	sol inj 4.189 g/15 ml ser prê plast 15 ml Fr. 96.55 (69.82)		49784002	01.01.2021, B
	15913	sol inj 5.586 g/20 ml ser prê plast 20 ml Fr. 117.70 (88.23)		49784003	01.01.2021, B
III. Préparations/emballages radiés					
01.02.20		CHIROCAÏNE (Levobupivacainum)	AbbVie AG		
	18127	sol perf 0.125 % sach 100 ml Fr. 34.70 (15.96)		55512017	01.01.2021, B
	18127	sol perf 0.125 % sach 200 ml Fr. 47.55 (27.13)		55512019	01.01.2021, B
01.07.10 G		TOPIRAMATE MEPHA TEVA (Topiramatum)	Mepha Pharma AG		
	19128	lactabs 25 mg 60 pce Fr. 35.25 (16.40)		58869007	01.01.2021, B
	19128	lactabs 50 mg 60 pce Fr. 49.90 (29.17)		58869008	01.01.2021, B
	19128	lactabs 100 mg 60 pce Fr. 78.25 (53.88)		58869009	01.01.2021, B
	19128	lactabs 200 mg 60 pce Fr. 122.85 (92.72)		58869010	01.01.2021, B
02.07.10 G		TELMISARTAN MEPHA (Telmisartanum)	Mepha Pharma AG		
	20475	cpr 40 mg 98 pce Fr. 65.55 (42.80)		62921006	01.01.2021, B
	20475	cpr 80 mg 98 pce Fr. 80.05 (55.43)		62921008	01.01.2021, B
05.02		DITROPAN (Oxybutynini hydrochloridum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	15451	cpr 60 pce Fr. 25.60 (11.58)		46680014	01.01.2021, B
07.03.20 O		MINIRIN (Desmopressini acetat)	Ferring AG		
	15241	spray nasal nouv forme 6 ml Fr. 60.80 (38.66)		48069053	01.01.2021, B
07.10.30		TAUREDON (Natrii aurothiomalas)	Takeda Pharma AG		
	12106	sol inj 50 mg/0.5 ml amp 0.500 ml Fr. 26.40 (12.32)		38036068	01.01.2021, B
	12106	sol inj 50 mg/0.5 ml 10 amp 0.500 ml Fr. 129.55 (98.56)		38036076	01.01.2021, B
07.12 G		FLUVASTATIN MEPHA (Fluvastatinum)	Mepha Pharma AG		
	20633	caps 20 mg 28 pce Fr. 14.45 (5.46)		58671001	01.01.2021, B
	20633	caps 40 mg 28 pce Fr. 18.55 (9.00)		58671003	01.01.2021, B
	20633	caps 40 mg 98 pce Fr. 50.05 (29.32)		58671004	01.01.2021, B
07.13.30		PHOSTAL 5-GRAMINÉES (Pollinis allergeni extractum, Pollinis allergeni extractum, Pollinis allergeni extractum)	Stallergenes AG		
	19682	susp inj trait dép 4 fl 5 ml Fr. 268.25 (219.36)		61088001	01.01.2021, A
	19682	susp inj trait cont fl 5 ml Fr. 208.90 (167.70)		61088002	01.01.2021, A

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.13.30		PHOSTAL ACARIENS (Acari allergeni extractum, Acari allergeni extractum, Acari allergeni extractum)	Stallergenes AG		
	19701	susp inj trait dép 4 fl 5 ml Fr. 268.25 (219.36)		61104001	01.01.2021, A
	19701	susp inj trait cont fl 5 ml Fr. 208.90 (167.70)		61104002	01.01.2021, A
07.14		ALDURAZYME (Laronidasum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	18380	conc perf 500 UI/5 ml flac 5 ml Fr. 814.55 (695.26)		57428001	01.01.2021, A
07.16.10 0		GEMZAR (Gemcitabinum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	16986	subst sèche 200 mg vial 1 pce Fr. 46.85 (26.54)		53056016	01.01.2021, A
	16986	subst sèche 1 g vial 1 pce Fr. 167.75 (131.84)		53056024	01.01.2021, A
07.16.20 6		ANASTROZOL ORION (Anastrozolum)	Orion Pharma AG		
	19477	cpr pell 1 mg 30 pce Fr. 87.65 (62.05)		60010001	01.01.2021, B
	19477	cpr pell 1 mg 100 pce Fr. 250.95 (204.30)		60010002	01.01.2021, B
08.01.23 6		AMOXICILLINE SANDOZ (Amoxicillinum anhydricum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	18195	cpr pell 375 mg 16 pce Fr. 9.05 (4.31)		57317002	01.01.2021, A
10.05.10		LOCAPRED (Desonidum)	Pierre Fabre (Suisse) S.A.		
	14411	crème 0.100 % 15 g Fr. 6.15 (1.80)		43426028	01.01.2021, B
10.05.10		TOPSYM (Fluocinonidum)	Farmaceutica Teofarma Suisse SA		
	11490	ong tb 15 g Fr. 7.40 (2.87)		36428082	01.01.2021, B
	11490	ong tb 30 g Fr. 22.20 (10.16)		36428023	01.01.2021, B
10.05.20		MYCOLOG N (Fluocinonidum, Gramicidinum, Neomycinum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	18026	ong 15 g Fr. 17.55 (8.13)		56849002	01.01.2021, B
	18026	ong 30 g Fr. 34.00 (15.31)		56849004	01.01.2021, B
	18027	crème 15 g Fr. 17.50 (8.12)		56850001	01.01.2021, B
	18027	crème 30 g Fr. 33.70 (15.06)		56850003	01.01.2021, B
10.10		CREMOLAN (Ureum)	Gebro Pharma AG		
	19467	crème 100 mg/g 100 ml Fr. 10.50 (5.69)		62089001	01.01.2021, D
	19467	crème 100 mg/g 300 ml Fr. 26.75 (14.51)		62089002	01.01.2021, D
10.10		CREMOLAN LOTION NETTOYANTE (Triclosanum)	Gebro Pharma AG		
	19468	lot 150 ml Fr. 11.90 (6.44)		38658053	01.01.2021, E
11.99		JETREA (Ocriplasminum)	mmpharm GmbH		
	20223	conc inj 0.5 mg/0.2 ml flac 0.500 ml Fr. 3495.35 (3170.08)		63053001	01.01.2021, B
14.03		ISOCOLAN (Macrogolum 4000, Natrii sulfas anhydricus, Natrii hydrogenocarbonas)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	16131	gran sach 2 pce Fr. 8.70 (4.03)		51163028	01.01.2021, B
	16131	gran sach 6 pce Fr. 20.20 (10.45)		51163036	01.01.2021, B

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
17.04		NANOCOLL SET MARQUAGE (Albuminum humanum, Stanni(III) chloridum dihydricum)	GE Healthcare AG		
	17406	subst sèche 0.500 mg flac 5 pce Fr. 295.15 (242.83)		47657024	01.01.2021, A
57.16.10 K		HELIXOR A (Viscum album abietis)	Target BioScience AG		
	18612	sol inj 0.010 mg amp 8 pce Fr. 74.35 (50.50)		56206001	01.01.2021, A
57.16.10 K		HELIXOR M (Viscum album mali)	Target BioScience AG		
	18612	sol inj 0.010 mg amp 8 pce Fr. 74.35 (50.50)		56207002	01.01.2021, A
57.16.10 K		HELIXOR P (Viscum album pini)	Target BioScience AG		
	18612	sol inj 0.010 mg amp 8 pce Fr. 74.35 (50.50)		56208001	01.01.2021, A

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réduction de prix					
IV.a. Baisses de prix volontaires dans les 18 mois suivant l'admission sur la LS					
BILAXTEN KIDS sol 10 mg/4 ml buvable fl 120 ml	A. Menarini AG	071310	20912	25.20	11.24
cpr orodisp 10 mg blist 10 pce			20911	9.35	4.57
cpr orodisp 10 mg blist 30 pce			20911	26.50	12.35
cpr orodisp 10 mg blist 50 pce			20911	39.90	20.46
IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
ACTIKERALL sol fl 25 ml	Almirall AG	071640	19521	59.00	37.12
ALIMTA subst sèche 100 mg pour sol perf flac 1 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	18262	372.00	309.77
subst sèche 500 mg pour sol perf flac 1 pce			18262	1760.25	1548.89
BLISSEL gel vag 0.050 mg/g 30 g	Effik SA	070820	20154	41.00	21.43
gel vag 50 mcg/g av applicateur tb 30 g			20154	41.00	21.43
BYDUREON PEN subst sèche 2 mg cum solv 4 pce	AstraZeneca AG	070620	20335	124.95	94.55
FIXATEUR PHOS-CALCIQUE BICHSEL caps 500 mg 100 pce	Grosse Apotheke Dr. G. Bichsel AG Hauptstandort Produktion/Ver	079900	16307	8.05	3.42
cpr 500 mg 100 pce			16306	8.05	3.42
caps 500 mg 250 pce			16307	17.20	7.82
cpr 500 mg 250 pce			16306	17.20	7.82
cpr 1000 mg 100 pce			16306	9.80	4.95
cpr 1000 mg 250 pce			16306	25.30	11.33
CLOPIN ECO cpr 25 mg 50 pce	Sandoz Pharmaceuticals AG	010500	17998	19.05	9.46
cpr 100 mg 50 pce			17998	44.95	24.88
CLOZAPIN-MEPHA cpr 25 mg 50 pce	Mepha Pharma AG	010500	20851	19.05	9.46
cpr 100 mg 50 pce			20851	44.95	24.88
cpr 200 mg 50 pce			20851	63.25	40.80
COPAXONE PEN sol inj 40 mg/ml 12 stylo pré 1 ml	Teva Pharma AG	019900	21051	1060.45	910.81
DACOGEN subst sèche 50 mg i.v. flac 1 pce	Janssen-Cilag AG	071610	19990	1434.95	1252.27
DIVIGEL gel 28x 0.500 g	Orion Pharma AG	070820	16796	9.40	4.61
gel 91x 0.500 g			16796	27.05	12.85
gel 28x 1 g			16796	15.70	6.52
gel 91x 1 g			16796	38.30	19.07

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
ESTRADOT patchs mat 25 mcg/24 h 8 pce patchs mat 25 mcg/24h 24 pce patchs mat 37.500 mcg/24 h 8 pce patchs mat 37.500 mcg/24 h 24 pce patchs mat 50 mcg/24 h 8 pce patchs mat 50 mcg/24h 24 pce patchs mat 75 mcg/24 h 8 pce patchs mat 75 mcg/24 h 24 pce patchs mat 100 mcg/24 h 8 pce patchs mat 100 mcg/24 h 24 pce	Novartis Pharma Schweiz AG	070820	17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808 17808	16.80 38.55 16.80 38.55 16.80 38.55 16.80 38.55 16.80 38.55	7.48 19.31 7.48 19.31 7.48 19.31 7.48 19.31 7.48 19.31
ESTRING anneau vag avec depot oestrogène 1 pce	Pfizer AG	070820	16317	44.80	24.74
ETOPOPHOS subst sèche 113.6 mg flac 1 pce subst sèche 1136 mg flac 1 pce	CPS Cito Pharma Services GmbH	071610	16816 16816	62.40 434.95	40.09 364.57
METOJECT sol inj 7.500 mg/0.15 ml ser prête 0.150 ml sol inj 10 mg/0.2 ml ser prête 0.200 ml sol inj 12.500 mg/0.25 ml ser prête 0.250 ml sol inj 15 mg/0.3 ml ser prête 0.300 ml sol inj 17.500 mg/0.35 ml ser prête 0.350 ml sol inj 20 mg/0.4 ml ser prête 0.400 ml sol inj 22.500 mg/0.45 ml ser prête 0.450 ml sol inj 25 mg/0.5 ml ser prête 0.500 ml sol inj 30 mg/0.6 ml ser prête 0.600 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298 18298 18298 18298 18298 18298 18298 18298 18298 18298	33.90 34.55 35.95 37.35 38.60 39.85 41.60 42.85 46.85	15.23 15.83 17.04 18.25 19.36 20.44 21.97 23.04 26.51
METOJECT AUTO-INJECTEUR sol inj 7.5000 mg/0.15 ml auto-injec- teur injecteur 1 pce	Gebro Pharma AG	071060	20664	33.90	15.23
METOJECT AUTO-INJECTEUR sol inj 10 mg/0.2 ml auto-injecteur injecteur 1 pce sol inj 15 mg/0.3 ml auto-injecteur injecteur 1 pce sol inj 20 mg/0.4 ml auto-injecteur injecteur 1 pce	Gebro Pharma AG	071060	20664 20664 20664	34.75 37.60 40.10	16.00 18.45 20.66
METOJECT AUTO-INJECTEUR sol inj 25 mg/0.5 ml auto-injecteur injecteur 1 pce	Gebro Pharma AG	071060	20664	42.85	23.04
TORA-DOL sol inj 30 mg/ml amp 5 pce	Recordati AG	071010	15951	15.40	6.26
VAGIFEM cpr vag 10 mcg 24 pce	Novo Nordisk Pharma AG	070820	17185	40.20	20.73

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe thér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV.c. Mutation de prix normale					
BLINCYTO subst sèche flac 1 pce	Amgen Switzerland AG	071600	20662	2835.30	2529.11
KEYTRUDA conc perf 100 mg/4 ml flac 1 pce	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610	20416	2548.15	2267.29
conc perf 100 mg/4 ml flac 2 pce			20416	4893.95	4534.58
LEMRADA conc perf 12 mg flac 2 ml	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	20217	8061.05	7624.46
REXULTI cpr pell 0.500 mg blist 7 pce	Lundbeck (Schweiz) AG	010500	20807	17.45	8.04
cpr pell 1 mg blist 10 pce			20807	42.80	22.98
cpr pell 1 mg blist 28 pce			20807	90.25	64.33
cpr pell 2 mg blist 28 pce			20807	127.50	96.78
cpr pell 3 mg blist 28 pce			20807	152.85	118.85
cpr pell 4 mg blist 28 pce			20807	184.10	146.06
IV.d. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet					
MYCAMINE subst sèche 50 mg flac 1 pce	Astellas Pharma AG	080600	20249	320.75	265.12
subst sèche 100 mg flac 1 pce			20249	525.70	443.66
VESICARE cpr pell 5 mg 30 pce	Astellas Pharma AG	050200	18336	45.75	25.57
cpr pell 5 mg 90 pce			18336	98.30	71.34
cpr pell 10 mg 30 pce			18336	51.50	30.56
cpr pell 10 mg 90 pce			18336	114.30	85.27
IV.e. Mutation du prix lors de la première admission					
FULVESTRANT-TEVA sol inj 250 mg/5 ml 2 ser prêt 5 ml	Teva Pharma AG	071610	21163	517.20	436.23
V. Augmentations de prix					
V.a. Demande d'augmentation de prix					
OESTRO GYNAEDRON 50 g	Drossapharm AG	070820	12625	19.25	9.62

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

VI. Modifications de la limitation /de l'indication

BLINCYTO subst sèche flac 1 pce	Amgen Switzerland AG	071600	20662	2835.30	2529.11
---	----------------------	--------	-------	---------	---------

Vieille limitation:

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2020

BLINCYTO est remboursé conformément à la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable auprès du médecin-conseil dans le cadre du traitement d'adultes atteints de LAL (leucémie aiguë lymphoblastique) à précurseurs B avec chromosome Philadelphie négatif, – réfractaires à leur traitement primaire d'induction ou de sauvetage, ou – présentant une première récurrence, une récurrence consécutive à une première récurrence, ou une récurrence après une greffe de cellules souches et qui ont reçu une chimiothérapie combinée lors du traitement initial de la LAL ou lors d'un traitement de sauvetage et présentent un nombre de blastes = 5 %. Blincyto n'est remboursé que si les données requises sont saisies dans le cadre de l'étude d'observation 20150136 (NCT03117621).

BLINCYTO peut être utilisé chez les patients présentant une LAL à précurseurs B avec chromosome Philadelphie négatif, en rémission complète avec MRD (minimal residual disease) = 0,1%. Blincyto n'est remboursé que si les données requises sont saisies dans le cadre de l'étude d'observation 20150136 (NCT03117621).

Un traitement par BLINCYTO doit être réalisé dans des centres spécialisés en hématologie possédant l'infrastructure, l'expertise et l'expérience nécessaires pour gérer des patients atteints de LAL. Blincyto peut être utilisé sur 5 cycles, mais n'est remboursé que pour 2 cycles maximum. Si Blincyto doit être utilisé > 2 cycles, la société AMGEN Switzerland AG rembourse, dans le cadre d'un traitement par BLINCYTO et sur demande de l'assureur maladie auquel la personne assurée était affiliée au moment de l'achat, le prix départ usine à partir du 55e paquet de BLINCYTO. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus des montants de remboursement. La demande de remboursement doit généralement être effectuée dans les 6 mois suivant l'administration du traitement.

Nouvelle limitation:

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2023

BLINCYTO est remboursé conformément à la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable auprès du médecin-conseil dans le cadre du traitement d'adultes présentant une LAL (leucémie aiguë lymphoblastique) à précurseurs B avec chromosome Philadelphie négatif, en rechute ou réfractaire.

BLINCYTO est remboursé conformément à la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable auprès du médecin-conseil dans le cadre du traitement d'adultes présentant une LAL (leucémie aiguë lymphoblastique) à précurseurs B avec chromosome Philadelphie négatif, en rémission complète avec MRD (minimal residual disease) = 0,1%.

BLINCYTO est remboursé conformément à la garantie de prise en charge par l'assureur maladie après consultation préalable auprès du médecin-conseil dans le cadre du traitement d'adultes présentant une LAL (leucémie aiguë lymphoblastique) à précurseurs B avec chromosome Philadelphie positif, en rechute ou réfractaire, avec une résistance ou une intolérance aux traitements antérieurs, y compris les inhibiteurs de la tyrosine kinase (ITK).

BLINCYTO n'est remboursé que si les données requises sont saisies dans le cadre de l'étude d'observation 20150136 (NCT03117621) (Inclusion de nouveaux patients dans l'étude observationnelle jusqu'en mars 2021 environ).

Un traitement par BLINCYTO devrait être réalisé dans des centres spécialisés en hématologie possédant l'infrastructure, l'expertise et l'expérience nécessaires pour gérer des patients atteints de LAL. BLINCYTO peut être utilisé sur 5 cycles, mais n'est remboursé que pour 2 cycles maximum. Si BLINCYTO doit être utilisé > 2 cycles, le laboratoire AMGEN Switzerland AG rembourse, dans le cadre d'un traitement par BLINCYTO et sur demande de l'assureur maladie auquel la personne assurée était affiliée au moment de l'achat, le prix de fabrication à partir du 52ème emballage de BLINCYTO. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus des montants de remboursement. La demande de remboursement doit généralement être effectuée dans les 6 mois suivant l'administration du traitement.

KALYDECO cpr pell 150 mgn 56 pce	Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH	039900	20145	17915.50	17238.55
--	--	--------	-------	----------	----------

Vieille limitation:

Limitation limitée jusqu'au 31.12.2020

KALYDECO est indiqué dans le traitement de la mucoviscidose chez les patients âgés de 6 ans et plus porteurs de la mutation G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R du gène CFTR. Le traitement par KALYDECO de tous les patients souffrant de mucoviscidose ne peut avoir lieu que dans des centres spécialisés dans cette maladie. L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose et traités par KALYDECO doit en règle générale être enregistrée dans le registre européen de lutte contre la mucoviscidose (ECFSPR) tous les trois mois (anamnèse, qualité de vie, fonction pulmonaire, posologie de KALYDECO, observance, interruptions de traitement). Le taux de chlorure dans la sueur ainsi que la valeur initiale du VEMS (%) doivent être déterminés chez tous les patients souffrant de mucoviscidose avant le début du traitement (= situation initiale). Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement par KALYDECO. Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5% n'est atteinte, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois. Tous les séjours en établissement hospitalier doivent être portés dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation). Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être répertoriés dans le registre. Lors d'une exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être indiqué comme suit: désignation de la substance active de l'antibiotique; durée du traitement antibiotique, voie intraveineuse vs voie orale vs voie inhalée; hospitalisation vs traitement ambulatoire.

Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par KALYDECO doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis:

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

Dans les cas où le taux de chlorure dans la sueur est déjà inférieur à 60 mmol/l en situation initiale, le patient est considéré comme répondant au traitement si

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

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

Nouvelle limitation:

KALYDECO est indiqué dans le traitement de la mucoviscidose chez les patients âgés de 6 ans et plus porteurs de la mutation G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N ou S549R du gène CFTR.

Le traitement par KALYDECO de tous les patients souffrant de mucoviscidose ne peut avoir lieu que dans des centres spécialisés dans cette maladie.

L'évolution du traitement de tous les patients atteints de mucoviscidose et traités par KALYDECO doit en règle générale être enregistrée dans le registre européen de lutte contre la mucoviscidose (ECFSPR) tous les trois mois (anamnèse, qualité de vie, fonction pulmonaire, posologie de KALYDECO, observance, interruptions de traitement). Le taux de chlorure dans la sueur ainsi que la valeur initiale du VEMS (%) doivent être déterminés chez tous les patients souffrant de mucoviscidose avant le début du traitement (= situation initiale). Le VEMS (%) doit être mesuré tous les trois mois pendant le traitement par KALYDECO. Si aucune augmentation absolue du VEMS (%) d'au moins 5% n'est atteinte, le test de la sueur doit être pratiqué et documenté tous les 6 mois. Tous les séjours en établissement hospitalier doivent être portés dans le registre (nombre de jours d'hospitalisation). Le nombre et la durée de toutes les exacerbations pulmonaires doivent être répertoriés dans le registre. Lors d'une exacerbation pulmonaire, le traitement antibiotique doit être indiqué comme suit: désignation de la substance active de l'antibiotique; durée du traitement antibiotique, voie intraveineuse vs voie orale vs voie inhalée; hospitalisation vs traitement ambulatoire.

Les patients souffrant de mucoviscidose doivent être informés des critères d'arrêt suivants au moment de commencer le traitement. Le traitement par KALYDECO doit être remboursé tant que les critères suivants sont remplis :

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

Dans les cas où le taux de chlorure dans la sueur est déjà inférieur à 60 mmol/l en situation initiale, le patient est considéré comme répondant au traitement si

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

La société Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH rembourse à l'assurance maladie chez laquelle la personne assurée était assurée au moment de la prise en charge, ou à l'AI, respectivement, sur demande une part définie du prix de fabrication pour chaque boîte de KALYDECO administrée. Elle indique à l'assureur-maladie ou à l'AI le montant du remboursement. La demande du remboursement de la TVA sur ce montant n'est pas admissible.

Contact:

Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH, Juan Gomez, Head of Pricing & Market Access

Baarerstrasse 88, 6300 Zug

Tel: +41 41 560 05 11, E-Mail: Juan_Gomez@vrtx.com

KEYTRUDA	MSD Merck Sharp & Dohme AG	071610			
conc perf 100 mg/4 ml flac 1 pce			20416	2548.15	2267.29
conc perf 100 mg/4 ml flac 2 pce			20416	4893.95	4534.58

Vieille limitation:

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021

Mélanome

Monothérapie du mélanome non résecable ou métastatique chez les patients adultes.

La posologie maximale est de 200 mg toutes les trois semaines.

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

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021

Mélanome adjuvant

Comme monothérapie pour le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux et métastases des ganglions lymphatiques > 1 mm et sans récurrence locorégionale après résection complète chez des patients sans traitement systémique préalable du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:

Selon l'AJCC, 7e édition: stade IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) et IIIC (sans métastases en transit et sans (micro-)satellites).

Selon l'AJCC, 8e édition: pour autant qu'aucunes métastases en transit ou aucunes (micro-)satellites ne soient présents aux stades IIIB, IIIC, IIID.

Le traitement adjuvant avec Keytruda doit être effectué dans les 15 semaines suivant la résection. Le dosage maximal est de 200 mg toutes les trois semaines.

Les patients devraient être traités jusqu'à une récurrence de la maladie, le nombre maximal de traitements, respectivement de cycles étant toutefois de 18.

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

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021

1L NSCLC

Monothérapie en première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique en stade IV chez des adultes dont la tumeur exprime PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) =50 %, sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK. La posologie maximale est de 200 mg toutes les trois semaines.

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

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021

2L NSCLC

Monothérapie du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade avancé, métastatique après une chimiothérapie chez les adultes dont la tumeur exprime PD-L1.

Les patients porteurs d'aberrations génomiques tumorales de type EGFR ou ALK doivent également avoir reçu un traitement approuvé pour ces aberrations avant de recevoir KEYTRUDA.

La posologie maximale est de 200 mg toutes les trois semaines.

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

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

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

Vieille limitation :

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021

Lymphome de Hodgkin classique

Monothérapie du lymphome de Hodgkin classique réfractaire ou récidivant (rrcHL) chez les adultes ayant reçu au moins 3 traitements préalables, y compris Brentuximab vedotin.

La posologie maximale est de 200 mg toutes les trois semaines.

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

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique et sur demande de l'assurance maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la prescription, MSD Merck Sharp & Dohme AG rembourse 3,60% du prix de fabrique par emballage resp. par mg de KEYTRUDA dont il est prouvé qu'il a été administré contre le rrcHL. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette partie du prix de fabrique. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2021

Carcinome urothélial

Monothérapie du carcinome urothélial localement avancé ou métastatique chez les adultes ayant été prétraités par chimiothérapie à base de platine au cours des derniers 24 mois. Les patients dont le traitement basé sur le platine date d'il y a plus de 24 mois doivent de nouveau recevoir un traitement de première ligne à base de platine avant le traitement par KEYTRUDA; un traitement en 2e ligne par KEYTRUDA ne peut être initié qu'en cas de nouvelle progression dans les 24 mois après ce traitement. La posologie maximale est de 200 mg toutes les trois semaines.

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

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Nouvelle limitation :**Valable pour toutes les indications remboursées:**

Avant le début du traitement une garantie de prise en charge des coûts par l'assurance maladie doit être obtenue après consultation du médecin conseil pour toutes les indications remboursées. Une garantie de prise en charge doit contenir le code correspondant à l'indication (KNXXX).

Le dosage maximal est de 200 mg toutes les trois semaines.

Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35, sauf indication contraire. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Si un traitement de première ligne par KEYTRUDA a été remboursé dans une indication définie et que la maladie a progressé après une brève réponse au traitement, KEYTRUDA ne doit plus être remboursé pour les lignes de traitement ultérieures dans la même indication.

Mélanome (monothérapie) KN006**(sans modèle de prix)**

Monothérapie du mélanome non résecable ou métastatique chez les patients adultes.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN006

Mélanome adjuvant (monothérapie) KN054**(sans modèle de prix)**

En monothérapie dans le traitement adjuvant du mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux et métastases des ganglions lymphatiques >1 mm et sans récurrence locorégionale après résection complète chez des patients sans traitement systémique préalable du mélanome. Le remboursement est limité aux stades suivants:

Selon l'AJCC, 7e édition: stade IIIA (T3-4a N1a/N2a), IIIB (T2-4b N1a/N2a, T1-4a N1b/N2b) et IIIC (sans métastases en transit et sans [micro-]satellites).

Selon l'AJCC, 8e édition: pour autant qu'aucun [micro-]satellite ou aucune métastase en transit ne soient présents aux stades IIIB, IIIC, IIID.

Le traitement adjuvant avec KEYTRUDA doit être effectué dans les 15 semaines suivant la résection.

Les patients devraient être traités jusqu'à une récurrence de la maladie, le nombre maximal de traitements, respectivement de cycles, étant toutefois de 18.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN054

1L NSCLC (monothérapie) KN024**(sans modèle de prix)**

Monothérapie en première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) métastatique de stade IV chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) =50% sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK. Le traitement exige une garantie préalable de prise en charge par l'assurance maladie après consultation du médecin conseil.

Les patients devraient être traités jusqu'à progression de la maladie. Le nombre maximal de traitements/cycles est de 35. Chez les patients cliniquement stables dont la maladie était initialement en progression, le traitement peut être poursuivi jusqu'à confirmation de la progression de la maladie.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN024

2L NSCLC (monothérapie) KN010**(sans modèle de prix)**

Monothérapie du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade avancé, métastatique après une chimiothérapie chez les adultes dont la tumeur exprime le PD-L1.

Les patients porteurs d'aberrations génomiques tumorales de type EGFR ou ALK doivent également avoir reçu un traitement approuvé pour ces aberrations avant de recevoir KEYTRUDA.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN010

Lymphome de Hodgkin classique (monothérapie) KN087**(sans modèle de prix)**

Monothérapie du lymphome de Hodgkin classique réfractaire ou récidivant (rrcHL) chez les adultes ayant reçu au moins 3 traitements préalables, y compris avec Brentuximab vedotin.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN087

Carcinome urothélial (monothérapie) KN045**(sans modèle de prix)**

Monothérapie du carcinome urothélial localement avancé ou métastatique chez les adultes ayant été prétraités par chimiothérapie à base de platine au cours des 24 derniers mois. Les patients dont le traitement à base de platine remonte à plus de 24 mois doivent de nouveau recevoir un traitement de première ligne à base de platine avant le traitement par KEYTRUDA; un traitement de 2e ligne avec KEYTRUDA ne peut être initié qu'en cas de nouvelle progression dans les 24 mois suivant le traitement à base de platine.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN045

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

1L NSCLC épidermoïde (en association au carboplatine et au paclitaxel) chez des patients avec TPS < 50% KN407

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association au carboplatine et au paclitaxel, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) épidermoïde au stade métastatique chez les adultes avec un TPS <50%, qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN407

1L NSCLC non-épidermoïde (en association à une chimiothérapie avec pémétrexed + sel de platine) chez des patients avec TPS < 50% KN189

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA, en association à une chimiothérapie avec pémétrexed et sel de platine, est indiqué dans le traitement de première ligne du cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC) au stade métastatique, non-épidermoïde chez les adultes avec un TPS <50%, sans aberrations tumorales génomiques de type EGFR ou ALK, et

- qui ont une espérance de vie d'au moins 3 mois ET
- n'ont pas reçu de radiothérapie pulmonaire avec > 30 Gy au cours des 6 mois précédents.

À l'arrivée de génériques, l'économicité exige que l'on utilise ces derniers.

Avant l'arrivée de génériques, les principes suivants sont applicables:

L'économicité en vue du remboursement est évaluée au cas par cas par l'assurance maladie. L'OFSP recommande que le montant remboursé pour le médicament original du pémétrexed s'élève à au moins 40% du prix de fabrication de l'original. Après admission de génériques du pémétrexed dans la LS, seule l'association de KEYTRUDA à des préparations de pémétrexed au prix de génériques répondra au critère d'économicité.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN189

1L Carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) (en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU)) KN048

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en association à une chimiothérapie à base de sels de platine et de 5-fluorouracile (5-FU) pour le traitement d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) récidivant ou métastatique, exprimant le PD-L1 (à l'exception des carcinomes rhinopharyngés), chez les adultes n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur pour la maladie récidivante, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, localement avancée ou métastatique.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN048

Patients atteints d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou (HNSCC) prétraités par une chimiothérapie à base de sels de platine (monothérapie) KN040

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du carcinome épidermoïde récidivant ou métastatique de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou du larynx, ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif, chez les adultes préalablement traités par une chimiothérapie à base de sels de platine et dont la tumeur exprime le PD-L1 avec un score de proportion tumorale (TPS) = 50%.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN040

3L Lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B (rPMBC) (monothérapie) KN170

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie du lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B réfractaire ou récidivant (rPMBC), chez les adultes

- qui ont reçu au moins 2 traitements antérieurs, dont au moins un par le rituximab, ET
 - qui n'entrent pas en ligne de compte pour une greffe autologue de cellules souches ou qui ont subi une récidive après une greffe.
- N'est pas indiqué pour le traitement des patients atteints d'un PMBC qui nécessitent un traitement cytoréducteur en urgence.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN170

2L Carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN164

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement d'un carcinome colorectal (CRC) non résécable ou métastatique présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR), après un traitement antérieur à base de fluoropyrimidine en association avec de l'irinotécan ou de l'oxaliplatine chez les adultes

- sans traitement par des anticorps monoclonaux dans les 2 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN164

2L Carcinomes de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN158

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement des carcinomes métastatiques de l'endomètre, de l'estomac, de l'intestin grêle ou des voies biliaires avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR) ayant progressé après le traitement standard et sans alternatives thérapeutiques satisfaisantes chez les adultes

- sans traitement préalable par des anticorps monoclonaux dans les 4 semaines précédentes
- sans chimiothérapie, thérapie ciblée par de petites molécules ni radiothérapie 2 semaines auparavant.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN158

1L Carcinome colorectal (CRC) métastatique avec forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) (monothérapie) KN177

(avec modèle de prix)

KEYTRUDA en monothérapie dans le traitement de patients adultes atteints de carcinome colorectal (CRC) métastatique non traité antérieurement et présentant une forte instabilité microsatellitaire (MSI-H) ou un déficit de réparation des mésappariements de l'ADN (dMMR). KEYTRUDA ne doit pas être remboursé si le patient a reçu une radiothérapie dans les 4 semaines précédant le début du traitement.

Le code suivant doit être transmis à l'assurance maladie: KN177

Sur demande de l'assurance maladie auprès de laquelle la personne était assurée au moment de la prescription, le titulaire de l'autorisation, MSD Merck Sharp & Dohme AG, lui rembourse pour chaque emballage de KEYTRUDA une part du prix de fabrication fixée en fonction de la taille de l'emballage (1 ou 2 flacons). Il communique à l'assurance maladie le montant correspondant à la part du prix de fabrication du flacon qui lui sera remboursé par emballage. Dans sa demande de remboursement, l'assurance maladie doit indiquer le code de l'indication (cf. ci-dessus) au titulaire de l'autorisation. La TVA ne peut pas être réclamée en plus de cette part du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès le moment de l'administration.

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
TALTZ	Eli Lilly (Suisse) SA	071500			
sol inj 80 mg/ml stylo pré 1 pce			20532	1250.10	1083.73
sol inj 80 mg/ml stylo pré 2 pce			20532	2438.65	2167.46

Vieille limitation :

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

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

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

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

Dans cette indication, Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 4.77 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 9.54 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Pour le traitement des adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active et sévère qui n'ont pas suffisamment répondu à une thérapie conventionnelle (par ex. AINS) ou qui ne la tolèrent pas.

Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 133.99 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 267.98 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement pour la spondylarthrite ankylosante, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.<

Nouvelle limitation :

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

Psoriasis en plaque

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

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

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2022**Arthrite psoriasique**

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

Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 36.05 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 72.10 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie, auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement pour l'arthrite psoriasique, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

Nouvelle limitation limitée jusqu'au 30.11.2022**Spondylarthrite ankylosante**

Pour le traitement des adultes atteints de spondylarthrite ankylosante active et sévère qui n'ont pas suffisamment répondu à une thérapie conventionnelle (par ex. AINS) ou qui ne la tolèrent pas.

Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 133.99 par emballage de 1 pièce de TALTZ ou CHF 267.98 par emballage de 2 pièces de TALTZ à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement pour la spondylarthrite ankylosante, à la demande de l'assureur. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être récupérée en plus de ce montant. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

XELJANZ	Pfizer AG	071500			
cpr pell 5 mg 56 pce			20037	1200.45	1038.48

Vieille limitation :**Polyarthrite rhumatoïde:**

En monothérapie ou en association à des antirhumatismeux de fond non biologiques (méthotrexate y compris) chez des patients adultes présentant une polyarthrite rhumatoïde modérée à sévère, qui n'ont pas répondu à un traitement antérieur par le méthotrexate, ou ne l'ont pas toléré.

Le traitement et toute augmentation de la dose exige une garantie préalable de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation du médecin-conseil.

Nouvelle limitation :**Polyarthrite rhumatoïde:**

En monothérapie ou en association à des antirhumatismeux de fond non biologiques (méthotrexate y compris) chez des patients adultes présentant une polyarthrite rhumatoïde modérée à sévère, qui n'ont pas répondu à un traitement antérieur par le méthotrexate, ou ne l'ont pas toléré.

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

PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
XOFIGO sol inj 1100 kBq Ra-223 /ml Vial 6.000 ml	Bayer (Schweiz) AG	170200	20252	5286.85	4917.92
Vieille limitation: 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.					
Nouvelle limitation: 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 et non simultanément avec un traitement par déprivation androgénique (TDA) de deuxième génération (par exemple l'acétate d'abiratéron et l'enzalutamide), ou cabazitaxel. 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.					
VII. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2020					
ALIMTA subst sèche 500 mg pour sol perf flac 1 pce	Eli Lilly (Suisse) SA	071610	18262	1760.25	1548.89
subst sèche 100 mg pour sol perf flac 1 pce			18262	372.00	309.77
Vieille limitation: Après accord préalable sur la prise en charge des frais par le médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour le traitement de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde. Après accord préalable sur la prise en charge des frais par le médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, après chimiothérapie préalable, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde. Traitement de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin en association avec le cisplatine.					
Nouvelle limitation: Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En association avec le cisplatine pour la chimiothérapie de première ligne des patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde. Après accord préalable sur la prise en charge des frais de la part du médecin-conseil de l'assureur. En monothérapie, après chimiothérapie préalable, dans le traitement de patients atteints d'un carcinome pulmonaire non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde. Traitement, en association avec le cisplatine, de patients atteints d'un mésothéliome pleural malin.					
ALKERAN cpr pell 2 mg 25 pce	Aspen Pharma Schweiz GmbH	071610	10234	50.00	29.26
Nouvelle limitation: Pris en charge uniquement dans le myélome multiple.					
ALKERAN subst sèche 50 mg c solv amp 1 Stk	Aspen Pharma Schweiz GmbH	071610	16812	99.60	72.49
Nouvelle limitation: Pris en charge uniquement dans le myélome multiple et à doses élevées en traitement préalable à la transplantation de cellules-souches hématopoïétiques, seul ou en association avec la radiothérapie et/ou avec d'autres cytostatiques, pour renforcer le résultat du traitement conventionnel en cas de neuroblastome chez l'enfant et l'adolescent ou de myélome multiple.					
BYDUREON PEN subst sèche 2 mg cum solv 4 pce	AstraZeneca AG	070620	20335	124.95	94.55
Vieille limitation: Pour le traitement de patients souffrant du diabète de type 2; exclusivement en association avec la metformine, une sulfonylurée, une thiazolidindione ou une combinaison de la metformine et une sulfonylurée ou la metformine et une thiazolidindione, n'ayant pas obtenu un contrôle glycémique adéquat avec ces traitements oraux. Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires contre l'obésité ne sont pas pris en charge par les assureurs.					
Nouvelle limitation: Pour le traitement de patients diabétiques de type 2; exclusivement en association avec les antidiabétiques suivants, lorsque le contrôle glycémique est insuffisant avec les antidiabétiques oraux. - En double association avec de la metformine, une sulfonylurée ou une thiazolidindione - En triple association avec de la metformine et une sulfonylurée ou de la metformine et une thiazolidindione. Au moins BMI 28. Des médicaments supplémentaires pour perdre du poids ne sont pas pris en charge par les assureurs.					

**VOICI COMMENT
NOUS PROTÉGER:** 

**EN CAS DE SYMPTÔMES*,
SE FAIRE
TESTER IMMÉDIATEMENT.**
Pour n'infecter personne.

* En cas de nouveaux symptômes liés à la maladie.
Principaux symptômes : fièvre, toux, maux de gorge,
difficultés respiratoires, douleurs dans la poitrine,
perte du goût et/ou de l'odorat.

Autres symptômes possibles : maux de tête,
faiblesse générale, sensation de malaise,
douleurs musculaires, rhume, nausées,
vomissements, diarrhée, maux de ventre,
éruptions cutanées.

**Gratuit
dans tous
les lieux
de test**

POUR PLUS D'INFORMATIONS :

Auto-évaluation coronavirus en ligne : ofsp-coronavirus.ch/check
Infoline coronavirus (6 h – 23 h) : +41 58 463 00 00



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Confederation

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Uffizi federal da sanadad publica UFSP



Faire l'auto-évaluation coronavirus en ligne.



**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



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

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Argovie		8591344
		8440025
Berne		8951507

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

1+2/2021