



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 19 juin 2023

Semaine

OFSP-Bulletin 25/2023

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

Liste des spécialités, p. 8

Le rapport d'activité 2022 sur la radioprotection est disponible, p. 29

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

Cavelti AG
Wilerstrasse 73
CH-9201 Gossau
Téléphone 071 388 81 81

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

| | |
|--|----|
| Déclarations des maladies infectieuses | 4 |
| Statistique Sentinella | 7 |
| Liste des spécialités | 8 |
| Le rapport d'activité 2022 sur la radioprotection est disponible | 29 |
| Vol d'ordonnances | 31 |

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 23^e semaine (12.06.2023)^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 Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

^f Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire.

Maladies infectieuses :

Situation à la fin de la 23^e semaine (12.06.2023)^e

| | Semaine 23 | | | Dernières 4 semaines | | | Dernières 52 semaines | | | Depuis début année | | |
|---|-------------|--------------|-------------|----------------------|-------------|-------------|-----------------------|----------------|--------------|--------------------|----------------|--------------|
| | 2023 | 2022 | 2021 | 2023 | 2022 | 2021 | 2023 | 2022 | 2021 | 2023 | 2022 | 2021 |
| Transmission respiratoire | | | | | | | | | | | | |
| Haemophilus influenzae: maladie invasive | | 1 0.6 | | 11 1.6 | 9 1.3 | 7 1 | 137 1.6 | 108 1.2 | 60 0.7 | 60 1.6 | 55 1.4 | 28 0.7 |
| Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b | 21 12.4 | 23 13.6 | 1 0.6 | 61 9 | 97 14.4 | 1 0.2 | 24374 277.7 | 11746 133.8 | 47 0.5 | 12489 321.7 | 11307 291.2 | 28 0.7 |
| Légionellose | 10 5.9 | 15 8.9 | 4 2.4 | 38 5.6 | 55 8.2 | 31 4.6 | 657 7.5 | 711 8.1 | 497 5.7 | 182 4.7 | 193 5 | 159 4.1 |
| Méningocoques: maladie invasive | | | 1 0.6 | 1 0.2 | | 2 0.3 | 28 0.3 | 10 0.1 | 10 0.1 | 16 0.4 | 5 0.1 | 3 0.08 |
| Pneumocoques: maladie invasive | 10 5.9 | 22 13 | 4 2.4 | 44 6.5 | 63 9.3 | 55 8.2 | 949 10.8 | 638 7.3 | 384 4.4 | 526 13.6 | 339 8.7 | 200 5.2 |
| Rougeole | 2 1.2 | | | 13 1.9 | | | 25 0.3 | | | 24 0.6 | | |
| Rubéole^c | | | | | | | | | | | | |
| Rubéole, materno-fœtale^d | | | | | | | | | | | | |
| Tuberculose | 5 3 | 6 3.6 | 6 3.6 | 26 3.8 | 34 5 | 39 5.8 | 354 4 | 339 3.9 | 351 4 | 158 4.1 | 158 4.1 | 169 4.4 |
| Transmission féco-orale | | | | | | | | | | | | |
| Campylobactériose | 142 84.1 | 198 117.3 | 114 67.5 | 422 62.5 | 510 75.5 | 497 73.6 | 7203 82.1 | 7276 82.9 | 6330 72.1 | 2177 56.1 | 2617 67.4 | 2080 53.6 |
| Hépatite A | 3 1.8 | 2 1.2 | 1 0.6 | 10 1.5 | 3 0.4 | 2 0.3 | 56 0.6 | 48 0.6 | 50 0.6 | 33 0.8 | 24 0.6 | 25 0.6 |
| Hépatite E | 3 1.8 | 2 1.2 | | 8 1.2 | 9 1.3 | 9 1.3 | 76 0.9 | 80 0.9 | 155 1.8 | 37 1 | 36 0.9 | 124 3.2 |
| Infection à E. coli entérohémorragique | 19 11.3 | 21 12.4 | 12 7.1 | 76 11.3 | 82 12.1 | 55 8.2 | 1228 14 | 1054 12 | 738 8.4 | 387 10 | 356 9.2 | 248 6.4 |
| Listériose | 2 1.2 | 1 0.6 | 1 0.6 | 6 0.9 | 2 0.3 | 2 0.3 | 87 1 | 46 0.5 | 35 0.4 | 33 0.8 | 24 0.6 | 11 0.3 |
| Salmonellose, S. typhi/paratyphi | 2 1.2 | | | 3 0.4 | 1 0.2 | | 17 0.2 | 6 0.07 | 1 0.01 | 10 0.3 | 4 0.1 | |
| Salmonellose, autres | 35 20.7 | 32 19 | 18 10.7 | 109 16.1 | 120 17.8 | 93 13.8 | 1880 21.4 | 1583 18 | 1299 14.8 | 537 13.8 | 489 12.6 | 399 10.3 |
| Shigellose | | 3 1.8 | | 10 1.5 | 12 1.8 | 6 0.9 | 199 2.3 | 144 1.6 | 33 0.4 | 69 1.8 | 62 1.6 | 16 0.4 |

| | Semaine 23 | | | Dernières 4 semaines | | | Dernières 52 semaines | | | Depuis début année | | |
|--|--------------|--------------|--------------|----------------------|--------------|--------------|-----------------------|----------------|----------------|--------------------|---------------|---------------|
| | 2023 | 2022 | 2021 | 2023 | 2022 | 2021 | 2023 | 2022 | 2021 | 2023 | 2022 | 2021 |
| Transmission par du sang ou sexuelle | | | | | | | | | | | | |
| Chlamydie | 343 203.2 | 308 182.5 | 188 111.4 | 1076 159.4 | 971 143.8 | 856 126.8 | 13033 148.5 | 12309 140.2 | 11654 132.8 | 5680 146.3 | 5471 140.9 | 5343 137.6 |
| Gonorrhée | 147 87.1 | 166 98.3 | 66 39.1 | 477 70.6 | 418 61.9 | 275 40.7 | 5247 59.8 | 4816 54.9 | 3562 40.6 | 2383 61.4 | 2267 58.4 | 1538 39.6 |
| Hépatite B, aiguë | | | | | 1 0.2 | 1 0.2 | 11 0.1 | 17 0.2 | 17 0.2 | 5 0.1 | 7 0.2 | 6 0.2 |
| Hépatite B, total déclarations | 34 | 33 | 17 | 93 | 96 | 79 | 1145 | 1095 | 965 | 548 | 543 | 476 |
| Hépatite C, aiguë | | | | | | | 5 0.06 | 10 0.1 | 17 0.2 | 1 0.03 | 4 0.1 | 7 0.2 |
| Hépatite C, total déclarations | 25 | 27 | 17 | 69 | 85 | 75 | 1093 | 971 | 976 | 469 | 450 | 439 |
| Infection à VIH | 11 6.5 | 6 3.6 | 7 4.2 | 23 3.4 | 25 3.7 | 23 3.4 | 326 3.7 | 337 3.8 | 303 3.4 | 128 3.3 | 153 3.9 | 144 3.7 |
| Sida | | | 1 0.6 | | 3 0.4 | 3 0.4 | 37 0.4 | 44 0.5 | 45 0.5 | 11 0.3 | 16 0.4 | 21 0.5 |
| Syphilis, stades précoces* | 7 4.2 | 19 11.3 | 16 9.5 | 35 5.2 | 51 7.6 | 61 9 | 748 8.5 | 734 8.4 | 612 7 | 289 7.4 | 340 8.8 | 307 7.9 |
| Syphilis, total | 9 5.3 | 26 15.4 | 18 10.7 | 40 5.9 | 82 12.1 | 73 10.8 | 978 11.1 | 1000 11.4 | 830 9.5 | 392 10.1 | 469 12.1 | 411 10.6 |
| Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs | | | | | | | | | | | | |
| Brucellose | 1 0.6 | | | 1 0.2 | | | 9 0.1 | 5 0.06 | 3 0.03 | 3 0.08 | | 1 0.03 |
| Chikungunya | | | | | 1 0.2 | 1 0.2 | 11 0.1 | 5 0.06 | 2 0.02 | 7 0.2 | 1 0.03 | 2 0.05 |
| Dengue | 1 0.6 | 2 1.2 | 1 0.6 | 10 1.5 | 9 1.3 | 2 0.3 | 150 1.7 | 44 0.5 | 14 0.2 | 69 1.8 | 26 0.7 | 8 0.2 |
| Encéphalite à tiques | 13 7.7 | 27 16 | 7 4.2 | 38 5.6 | 50 7.4 | 33 4.9 | 384 4.4 | 299 3.4 | 392 4.5 | 69 1.8 | 73 1.9 | 59 1.5 |
| Fièvre du Nil occidental | | | | | | | | | 1 0.01 | | | |
| Fièvre jaune | | | | | | | | | | | | |
| Fièvre Q | 1 0.6 | | 6 3.6 | 5 0.7 | 3 0.4 | 8 1.2 | 116 1.3 | 90 1 | 71 0.8 | 53 1.4 | 28 0.7 | 46 1.2 |
| Infection à Hantavirus | | | | | | | | 6 0.07 | | | | |
| Infection à virus Zika | | | | | | | 1 0.01 | | 1 0.03 | | | |
| Paludisme | 3 1.8 | 9 5.3 | 9 5.3 | 34 5 | 32 4.7 | 23 3.4 | 319 3.6 | 305 3.5 | 137 1.6 | 144 3.7 | 140 3.6 | 87 2.2 |
| Trichinellose | | | | 1 0.2 | 1 0.2 | | 2 0.02 | 3 0.03 | 2 0.02 | 1 0.03 | 3 0.08 | 1 0.03 |
| Tularémie | 1 0.6 | 5 3 | 1 0.6 | 4 0.6 | 15 2.2 | 13 1.9 | 109 1.2 | 193 2.2 | 163 1.9 | 20 0.5 | 33 0.8 | 80 2.1 |
| Autres déclarations | | | | | | | | | | | | |
| Botulisme | | | | | | | 2 0.02 | 1 0.01 | 1 0.01 | 2 0.05 | 1 0.03 | 1 0.03 |
| Diphthérie ^f | | 1 0.6 | | 1 0.2 | 1 0.2 | 1 0.2 | 100 1.1 | 5 0.06 | 2 0.02 | 8 0.2 | 2 0.05 | 1 0.03 |
| Maladie de Creutzfeldt-Jakob | | | 1 0.6 | 4 0.6 | 1 0.2 | 1 0.2 | 26 0.3 | 33 0.4 | 21 0.2 | 16 0.4 | 13 0.3 | 8 0.2 |
| Tétanos | | | | | | | | | | | | |
| Variolle du singe | | 17 10.1 | | | 29 4.3 | | 525 6 | 29 0.3 | | 3 0.08 | 29 0.8 | |


Plutôt maintenant que demain: réglez le don d'organes.

Décidez de ce qu'il advient de votre
corps, de votre vivant et après.
Consignez votre volonté sur le don
d'organes et informez-en vos proches.

vivre-
partager.ch

Faites-le
pour vous.



 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

 swiss
transplant

Schweizerische Nationale Stiftung für Organpende und Transplantation
Fondation nationale suisse pour le don et la transplantation d'organes
Fondazione nazionale svizzera per il dono e il trapianto di organi
Swiss National Foundation for organ donation and transplantation



LE DON D'ORGANES

DÉCIDER. COMMUNIQUER. CONSIGNER.

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 9.6.2023 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

| Semaine | 20 | | 21 | | 22 | | 23 | | 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 | 1 | 0.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.3 | 0 |
| Coqueluche | 1 | 0.1 | 1 | 0.1 | 2 | 0.2 | 0 | 0 | 1 | 0.1 |
| Piqûre de tiques | 6 | 0.7 | 10 | 0.9 | 18 | 1.8 | 11 | 1.1 | 11.3 | 1.1 |
| Borréliose de Lyme | 4 | 0.5 | 6 | 0.6 | 9 | 0.9 | 8 | 0.8 | 6.8 | 0.7 |
| Herpès zoster | 9 | 1 | 5 | 0.5 | 6 | 0.6 | 14 | 1.4 | 8.5 | 0.9 |
| Névralgies post-zostériennes | 0 | 0 | 1 | 0.1 | 0 | 0 | 1 | 0.1 | 0.5 | 0.1 |
| Médecins déclarants | 150 | | 142 | | 152 | | 141 | | 146.3 | |

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} juin 2023

| Groupe théér. | N° du dossier | PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages | Maison responsable | N° d'ISM | Année d'admission |
|--|---------------|--|--------------------|----------|-------------------|
| I. Nouvelle admissions des préparations | | | | | |
| 02.04.40 G | | NICORANDIL RIVOPHARM (Nicorandilum) | Rivopharm SA | | |
| | 21599 | cpr 10mg blist 30 pce Fr. 8.60 (3.94) | | 60431005 | 01.06.2023, B |
| | 21599 | cpr 10mg blist 60 pce Fr. 16.20 (6.98) | | 60431006 | 01.06.2023, B |
| | 21599 | cpr 20mg blist 30 pce Fr. 15.65 (6.47) | | 60431007 | 01.06.2023, B |
| | 21599 | cpr 20mg blist 60 pce Fr. 25.40 (11.42) | | 60431008 | 01.06.2023, B |
| 05.01 | | KERENDIA (Finerenonum) | Bayer (Schweiz) AG | | |
| | 21337 | cpr pell 10mg blist 28 pce Fr. 64.30 (41.72) | | 68130001 | 01.06.2023, B |
| | 21337 | cpr pell 10mg blist 98 pce Fr. 184.05 (146.02) | | 68130002 | 01.06.2023, B |
| | 21337 | cpr pell 20mg blist 28 pce Fr. 64.30 (41.72) | | 68130004 | 01.06.2023, B |
| | 21337 | cpr pell 20mg blist 98 pce Fr. 184.05 (146.02) | | 68130005 | 01.06.2023, B |
| KERENDIA est remboursé pour ralentir la progression d'une néphropathie chronique chez des patients adultes atteints de diabète de type 2. | | | | | |
| Critères d'initiation du traitement: | | | | | |
| - taux de potassium sérique ≤ 5 mmol/l | | | | | |
| - maladie néphropathie chronique depuis au moins 3 mois | | | | | |
| - un DFGe de 25-59 ml/min/1,73 m ² et un rapport albumine/créatinine urinaire > 30 mg/g ou | | | | | |
| - un DFGe de 25-75 ml/min/1,73 m ² et un rapport albumine/créatinine urinaire > 300 mg/g. | | | | | |
| - Prétraitement avec une dose maximale autorisée et tolérée d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine. | | | | | |
| - en association avec des inhibiteurs du SGLT2, uniquement chez les patients présentant un DFGe de 25-59 ml/min/1,73 m ² et un rapport albumine/créatinine urinaire > 300 mg/g | | | | | |
| 07.06.20 G | | SITAGLIPTIN METFORMIN ZENTIVA (Metformini hydrochloridum, Sitagliptinum) | Helvepharm AG | | |
| | 21629 | cpr pell 50/500mg blist 56 pce Fr. 29.50 (14.99) | | 68842001 | 01.06.2023, B |
| | 21629 | cpr pell 50/500mg blist 196 pce Fr. 76.65 (52.48) | | 68842002 | 01.06.2023, B |
| | 21629 | cpr pell 50/850mg blist 56 pce Fr. 29.50 (14.99) | | 68842003 | 01.06.2023, B |
| | 21629 | cpr pell 50/850mg blist 196 pce Fr. 76.65 (52.48) | | 68842004 | 01.06.2023, B |
| | 21629 | cpr pell 50/1000mg blist 56 pce Fr. 29.50 (14.99) | | 68842005 | 01.06.2023, B |
| | 21629 | cpr pell 50/1000mg blist 196 pce Fr. 76.65 (52.48) | | 68842006 | 01.06.2023, B |
| Pour le traitement des patients diabétiques de type 2 qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec un régime alimentaire, une activité physique accrue et les traitements oraux et/ou l'insuline conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas. | | | | | |
| - Lorsque ni la metformine ni la sitagliptine en monothérapie n'offrent un contrôle suffisant de la glycémie ou chez les patients qui reçoivent déjà une combinaison de sitagliptine et de metformine. | | | | | |
| - En triple association avec une sulfonylurée, si la combinaison de deux des trois principes actifs suivants n'offre pas un contrôle suffisant de la glycémie: metformine, sitagliptine ou sulfonylurée. | | | | | |
| - En association avec l'insuline, si cette mesure ne permet pas un contrôle suffisant de la glycémie. | | | | | |

| Groupe théér. | N° du dossier | PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages | Maison responsable | N° d'ISM | Année d'admission |
|--|---------------|--|--------------------------------|----------|-------------------|
| 07.06.20 G | | VILDAGLIPTINE SANDOZ (Vildagliptinum) | Sandoz Pharma- ceuticals AG | | |
| | 21625 | cpr 50 mg blist 28 pce Fr. 20.20 (10.45) | | 69111001 | 01.06.2023, B |
| | 21625 | cpr 50 mg blist 112 pce Fr. 64.40 (41.80) | | 69111002 | 01.06.2023, B |
| <p>Pour le traitement des patients diabétiques de type 2, qui ne peuvent pas être suffisamment contrôlés avec les traitements oraux conduits jusque-là ou qui ne les tolèrent pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En double association avec les options de traitement suivantes, lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et ces traitements n'offrent pas à eux seuls un contrôle suffisant de la glycémie: <ul style="list-style-type: none"> - avec la metformine ou - une sulfonyleurée (SU) ou - une thiazolidinédione (TZD) - En triple association avec la metformine et une sulfonyleurée, lorsque le régime alimentaire et l'activité physique et la double association de ces substances n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie. - En association avec l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque le régime alimentaire, l'activité physique et une dose stable d'insuline n'offrent pas un contrôle suffisant de la glycémie. | | | | | |
| 07.10.10 G | | ETODOLAC NOBEL RETARD (Etodolacum) | NOBEL Pharma Schweiz AG | | |
| | 21609 | cpr pell ret 600 mg 30 pce Fr. 26.55 (12.43) | | 68635001 | 01.06.2023, B |
| | 21609 | cpr pell ret 600 mg 100 pce Fr. 62.25 (39.92) | | 68635002 | 01.06.2023, B |
| 07.10.60 | | JYLAMVO (Methotrexatum) | Ideogen AG | | |
| | 21468 | sol 2 mg/ml fl 60 ml Fr. 151.05 (117.28) | | 68411001 | 01.06.2023, A |
| Remboursement uniquement chez les enfants et les adolescents jusqu'à 12 ans qui ne peuvent pas utiliser de comprimés de méthotrexate. | | | | | |
| 07.12 | | EZETIMIB ROSUVASTATIN ZENTIVA (Ezetimibum, Rosuvastatinum) | Helvepharm AG | | |
| | 21615 | cpr pell 10 mg/10 mg blist 30 pce Fr. 38.70 (19.44) | | 68526001 | 01.06.2023, B |
| | 21615 | cpr pell 10 mg/10 mg blist 90 pce Fr. 80.85 (56.14) | | 68526002 | 01.06.2023, B |
| | 21615 | cpr pell 10 mg/20 mg blist 30 pce Fr. 40.90 (21.33) | | 68526003 | 01.06.2023, B |
| | 21615 | cpr pell 10 mg/20 mg blist 90 pce Fr. 87.30 (61.74) | | 68526004 | 01.06.2023, B |
| EZETIMIB ROSUVASTATIN ZENTIVA est indiqué comme traitement substitutif chez le patient adulte qui reçoit déjà de l'ézétimibe et de la rosuvastatine séparément sous forme de comprimés du même dosage et qui remplit les critères selon la limitation des mono-préparations d'ézétimibe et de rosuvastatine. | | | | | |
| 07.15 | | ASPAVELI (Pegcetacoplanum) | Swedish Orphan Biovitrum AG | | |
| | 21557 | sol perf 1080 mg/20 ml flac 20 ml Fr. 3159.40 (3042.36) | | 68674001 | 01.06.2023, A |
| | 21557 | sol perf 1080 mg/20 ml 8 flac 20 ml Fr. 25193.35 (24338.88) | | 68674002 | 01.06.2023, A |

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2026

Traitement des adultes atteints d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN)

Avant le début du traitement, une garantie de prise en charge par l'assurance maladie est nécessaire après discussion avec le médecin-conseil.

ASPAVELI est remboursé pour le traitement des patients adultes atteints d'hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) qui ont répondu de manière insuffisante à un traitement par inhibiteur de C5. Les autres critères de remboursement sont:

- Valeur de l'Hb < 10,5g/dl pendant ≥ 3 mois
- Dose stable d'inhibiteur de C5 depuis les 3 derniers mois au minimum

Tous les patients traités par ASPAVELI doivent être inscrits dans un registre (le traitement ne peut commencer qu'après confirmation de l'inclusion des patients dans un registre, un extrait de la saisie des données des patients dans le registre est à présenter avec la demande de prise en charge).

Si un patient refuse de donner le consentement écrit nécessaire à la collecte de ses données, cela doit faire l'objet d'un rapport.

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

L'indication pour le traitement et les contrôles des patients dans le cadre de la tenue du registre ne peuvent s'effectuer que dans les centres universitaires ou les hôpitaux cantonaux d'Aarau, de Bellinzone, de Lucerne, de Coire et de Saint-Gall. L'administration du traitement par ASPAVELI entre ces contrôles peut se réaliser dans un hôpital local.

Le médecin du centre chargé du traitement transmet en permanence les données nécessaires à l'aide de l'outil Internet prédéfini du registre européen IPIG. L'OFSP peut consulter les données des patients suisses à tout moment et reçoit un rapport de synthèse tous les 12 mois.

Le centre est tenu d'enregistrer au minimum les données suivantes pour le registre ASPAVELI:

- 1) Saisie des données anonymisées des patients avec pose de l'indication de l'HPN, y compris l'année de naissance, le sexe et le poids.
- 2) Avant le début du traitement, l'état actuel doit être documenté. L'HPN doit être confirmée par un dosage d'au minimum 10 % de clones HPN. Les patients doivent être préalablement vaccinés contre les méningocoques.
- 3) À 3 mois puis à 6 et 12 mois après le début du traitement, il convient d'enregistrer la réponse thérapeutique (paramètres hématologiques, taux de LDH, symptômes d'HPN comme douleurs abdominales, douleurs thoraciques, dyspnée et douleurs exigeant une intervention médicale, performances selon une échelle de «qualité de vie», besoin de transfusions, événements thrombotiques, survenue d'insuffisance rénale et hypertension artérielle pulmonaire), ainsi que la date de l'examen. Le dosage et la fréquence posologique d'ASPAVELI doivent figurer dans le registre. Dès la deuxième année de traitement, les contrôles s'effectuent tous les 6 mois, soit 18 et 24 mois après le début du traitement au cours de la deuxième année.
- 4) Si le traitement prend fin, il convient d'en indiquer la raison. Les patients dont la réponse thérapeutique est insuffisante doivent arrêter le traitement. Une réponse thérapeutique est considérée comme atteinte si une réduction de la LDH d'au moins 60 % et une amélioration d'un des paramètres cliniques sont observées chez les patients traités. En cas de réponse insatisfaisante, le médecin traitant doit indiquer, sur la base de l'évolution clinique, pour quelle raison la poursuite du traitement est indiquée. Après 12 mois de traitement, le besoin de transfusions doit avoir été réduit.
- 5) La garantie de prise en charge doit être renouvelée chaque année.
- 6) Calcul du prix public sur la base du prix départ usine auquel s'ajoutent une marge fixe de CHF 40.- pour l'emballage de 1 pièce en raison du caractère particulier de la distribution (pratiquement pas de commerce intermédiaire, comme pour les produits sanguins), TVA en sus.

Les thérapies combinées avec d'autres préparations pour le traitement de l'HPN sont exclues du remboursement.

Le titulaire de l'autorisation, Swedish Orphan Biovitrum AG, rembourse intégralement les emballages (max. 8 flacons d'ASPAVELI) achetés au cours des 4 premières semaines suivant le début du traitement, sur demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne était affiliée au moment de l'achat, au prix départ usine actuel. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit être effectuée dès le moment de l'administration.

En cas d'interruption du traitement après le deuxième mois de traitement, Swedish Orphan Biovitrum AG rembourse, à la première demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, l'intégralité du dernier emballage d'ASPAVELI commandé (valable à partir du 9^e flacon) au prix départ usine de CHF 3042.36 pour l'emballage de 1 pièce et de CHF 24 338.88 pour l'emballage de 8 pièces. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit être faite dès l'interruption définitive du traitement.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21557.01

| 07.16.10 | TALZENNA (Talazoparibum) | Pfizer AG | | |
|----------|--|-----------|----------|---------------|
| 20978 | caps 0.25 mg fl 30 pce Fr. 1769.20 (1557.04) | | 67141002 | 01.06.2020, A |
| 20978 | caps 1 mg fl 30 pce Fr. 5037.85 (4674.98) | | 67141006 | 01.06.2020, A |

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2026

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en gynécologie ou en oncologie et après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil pour la monothérapie chez des patients adultes atteints d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique HER2 négatif et présentant une mutation germinale BRCA délétère avérée ou soupçonnée, lorsque toutes les conditions énumérées ci-dessous sont remplies:

- Le cancer du sein n'a pas de caractère inflammatoire actif.
- Les patients ont reçu un traitement préalable par un taxane et/ou une anthracycline dans une situation néoadjuvante, adjuvante ou localement avancée/métastatique (sauf en présence d'une contre-indication documentée). Les patients souffrant d'un cancer du sein HR positif doivent avoir développé une progression sous traitement endocrinien antérieur ou être considérés comme non éligibles à un traitement endocrinien.
- Les patients ont reçu au maximum 3 protocoles de chimiothérapie préalables pour le traitement de leur cancer localement avancé et/ou métastatique.
- Les patients ayant reçu une chimiothérapie à base de platine dans le cas d'un traitement néoadjuvant ou adjuvant n'ont présenté aucune récurrence dans l'espace de 6 mois après la dernière dose de platine. Les patients n'ont pas présenté de progression objective pendant une chimiothérapie à base de platine normalement dosée, administrée pour le traitement du cancer du sein localement avancé ou métastatique.
- Aucun traitement antérieur par un inhibiteur de PARP n'a eu lieu.

Les patients doivent être traités jusqu'à la progression de la maladie. Un traitement au-delà de 24 mois présuppose la présence d'une tumeur résiduelle mesurable. Pfizer AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de la remise du médicament, dès la première demande de l'assureur, une part convenue du prix de fabrication pour chaque emballage remis de Talzenna. Cette part augmente à partir du 25^e mois de traitement. Dès la première demande, Pfizer AG communique à l'assureur-maladie le montant des remboursements qui seront versés à partir du 1^{er} ainsi qu'à partir du 25^e mois de traitement. Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.

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

| | | | | | |
|----------|-------|--|--------------------|----------|---------------|
| 07.16.10 | | XOSPATA (Gilteritinibum) | Astellas Pharma AG | | |
| | 21103 | cpr pell 40 mg blist 84 pce Fr. 16 787.75 (16 138.27) | | 67211001 | 01.06.2023, A |

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2026

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

Seulement pour le traitement des patients adultes souffrant de leucémie myéloïde aiguë (LMA) récidivante ou réfractaire avec des mutations de la tyrosine kinase 3 (FLT3) de type FMS.

Uniquement sur prescription par un médecin spécialiste en hématologie ou en oncologie.

Le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat du médicament, dès la première demande de l'assurance, une part fixe du prix de fabrique pour chaque emballage remis de XOSPATA. Il informe l'assureur-maladie du montant du remboursement. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en sus de cette part du prix de fabrique. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration.

Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21103.01

| | | | | | |
|-------|-------|--|---|----------|---------------|
| 07.99 | | GALAFOLD (Migalastatum) | Amicus Therapeutics Switzerland GmbH | | |
| | 20573 | caps 123 mg 14 pce Fr. 18 352.20 (17 664.59) | | 66108001 | 01.03.2017, B |

Le traitement nécessite l'accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. L'accord sur la prise en charge des frais doit être renouvelé chaque année. GALAFOLD est indiqué, à la posologie de 123 mg (1 gélule) une fois tous les deux jours à heure fixe, dans le traitement à long terme des adultes et des adolescents âgés de 16 ans et plus, qui présentent un diagnostic confirmé de maladie de Fabry (déficit en α -galactosidase A), et qui sont porteurs d'une mutation sensible au traitement.

Les coûts du test pour une mutation non caractérisée pour sa sensibilité au migalastat jusqu'à présent seront pris en charge par Amicus Therapeutics Switzerland GmbH (info@amicusrx.ch).

GALAFOLD peut seulement être administré à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les centres de traitement qualifiés (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselsspital]), ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry. Exception: Les spécialistes ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry sont autorisés à coopérer avec les centres de traitement qualifiés listés ci-dessus pour assurer des soins qui soient orientés vers le patient. La coopération se fait d'un commun accord entre les deux partenaires.

GALAFOLD ne doit pas être administré en association avec un traitement enzymatique de substitution tel que l'agalsidase alfa (REPLAGAL) ou l'agalsidase bêta (FABRA-ZYME).

Tous les patients traités par GALAFOLD doivent être recensés dans un registre. Si un patient ne donne pas son consentement à la saisie de ses données dans le registre, cela doit faire l'objet d'un rapport.

Le médecin traitant s'engage à rapporter régulièrement dans le registre (<https://sffd.ch/fr/fondation-sffd/swiss-registre-fabry>) les données suivantes:

- 1) Indication des données anonymisées du patient (sexe, âge et poids corporel; année du diagnostic, symptômes de la maladie de Fabry, éventuels affections et traitements associés).
- 2) Précédents traitements de la maladie de Fabry (absence de traitement précédent/ changement de traitement enzymatique de substitution), date du début du traitement par GALAFOLD, éventuellement date de l'arrêt du traitement par GALAFOLD et indication du motif de l'arrêt du traitement.
- 3) Enregistrement des paramètres suivants, pertinents pour l'évaluation de l'évolution du traitement (avant le début du traitement et pendant le traitement): α -Gal en % de la moyenne normale chez les témoins en bonne santé, lyso-Gb3, IMVG (écho/IRM), DFG (estimé), créatinine, protéinurie, symptômes gastro-intestinaux, symptômes neurologiques, événements rénaux/cardiaques/affectant le SNC, autres événements indésirables.

| | | | | | |
|------------|-------|--|----------------|----------|---------------|
| 07.99 G | | ZOLEDRONAT-TEVA ONCO (Acidum zoledronicum) | Teva Pharma AG | | |
| | 21627 | conc perf 4 mg/5ml flac 5 ml Fr. 140.75 (108.31) | | 62200003 | 01.06.2023, B |

| | | | | | |
|-------|-------|--|-------------------------------|----------|---------------|
| 08.08 | | ADACEL (Vaccinum diphtheriae adsorbatum, Vaccinum tetani adsorbatum, Vaccinum pertussis acell. adsorbatum) | Sanofi-Aventis (Suisse) SA | | |
| | 21407 | susp inj a aiguille ser pré 0.5 ml Fr. 37.85 (18.70) | | 68317001 | 01.06.2023, 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 et n'a lieu que dans le cadre de l'autorisation délivrée par Swissmedic. 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. 3^{bis}, LAMal, ont été conclues.

| Groupe théér. | N° du dossier | PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages | Maison responsable | N° d'ISM | Année d'admission |
|--|---------------|---|-------------------------------|----------|-------------------|
| 08.08 | | ADACEL-POLIO (Vaccinum diphtheriae adsorbatum, Vaccinum tetani adsorbatum, Vaccinum pertussis acell. adsorbatum, Vaccinum poliomyelitidis inactivatum (Salk Typ I, II, III)) | Sanofi-Aventis (Suisse) SA | | |
| | 21408 | susp inj a aiguille ser pré 0.5 ml Fr. 43.95 (24.00) | | 68110001 | 01.06.2023, B |
| <p>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 et n'a lieu que dans le cadre de l'autorisation délivrée par Swissmedic. 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.</p> <p>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.</p> <p>L'avantage doit être répercuté conformément à l'article 56, al. 3, LAMal, hormis si des conventions au sens de l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal, ont été conclues.</p> | | | | | |
| 08.08 | | MENQUADFI (Polysaccharida neisseriae meningitidis A, Polysaccharida neisseriae meningitidis C, Polysaccharida neisseriae meningitidis W135 10 mcg, Polysaccharida neisseriae meningitidis Y 10 mcg, Toxoidum tetani 55 mcg) | Sanofi-Aventis (Suisse) SA | | |
| | 21441 | sol inj flac 0.5 ml Fr. 63.65 (41.15) | | 68221001 | 01.06.2023, B |
| <p>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 et n'a lieu que dans le cadre de l'autorisation délivrée par Swissmedic. 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.</p> <p>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.</p> <p>L'avantage doit être répercuté conformément à l'article 56, al. 3, LAMal, hormis si des conventions au sens de l'art. 56, al. 3^{bis}, LAMal, ont été conclues.</p> | | | | | |
| Prise en charge des coûts pour les personnes à partir de 2 ans. | | | | | |
| 10.01 | | PRILID LEMAN (Lidocainum, Prilocainum) | Leman SKL SA | | |
| | 21581 | crème 5 % tb 30 g Fr. 35.70 (16.80) | | 68720001 | 01.06.2023, B |
| | 21581 | crème 5 % 2 pansements occlusifs tb 5 g Fr. 7.55 (3.00) | | 68720004 | 01.06.2023, B |
| | 21581 | crème 5 % 12 pansements occlusifs 5 tb 5 g Fr. 28.35 (14.00) | | 68720006 | 01.06.2023, B |
| Pour des enfants jusqu'à 16 ans et des patients dialysés. | | | | | |
| crème 5 % tb 30 g | | | | | |
| Pour une utilisation ambulatoire à l'hôpital ou au centre de dialyse. | | | | | |
| La quantité totale de l'emballage ne peut pas être remise directement à l'assuré. | | | | | |
| Seule l'emballage individuel nécessaire pour la thérapie est remboursé. Le prix de l'emballage individuel remis est calculé proportionnellement au prix public de l'emballage utilisé. | | | | | |
| 11.07.20 | | ACIVISION (Aciclovirum) | OmniVision AG | | |
| | 21558 | ong opht 30 mg/g tb 4.5 g Fr. 19.30 (9.69) | | 68800001 | 01.06.2023, A |
| 54.11.20 K | | VITA HEPA 600 (Cynarae folii extractum siccum DER:4-6:1) | Doetsch Grether AG | | |
| | 21533 | drag 600 mg blist 50 pce Fr. 34.45 (18.67) | | 55959002 | 01.06.2023, D |
| | 21533 | drag 600 mg blist 100 pce Fr. 60.65 (32.86) | | 55959003 | 01.06.2023, D |

| Groupe théér. | N° du dossier | PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages | Maison responsable | N° d'ISM | Année d'admission |
|---------------|---------------|---|--------------------|----------|-------------------|
| 07.16.10 | | KOSELUGO (Selumetinibum 10 mg) | AstraZeneca AG | | |
| | 21402 | caps 10 mg ds 60 pce Fr. 5520.85 (5146.19) | | 67410001 | 01.06.2023, A |
| | 21402 | caps 25 mg ds 60 pce Fr. 13378.70 (12812.40) | | 67410002 | 01.06.2023, A |

Limitation limitée jusqu'au 29.07.2024

Koselugo est indiqué dans le traitement des neurofibromatoses de type 1 (NF1) et des neurofibromes plexiformes (NFP) symptomatiques inopérables chez les enfants et les adolescents âgés de 3 ans et plus.

Avant de commencer le traitement:

Avant le début de la thérapie, un centre de référence doit obtenir un engagement de prise en charge des frais de la part de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin conseil. Les données sur lesquelles une décision doit être prise quant à la poursuite ou à l'arrêt du traitement doivent être envoyées au médecin conseil, sur demande.

Avant que le traitement ne soit initié dans un centre de référence (liste: voir ci-dessous), le patient ou les tuteurs légaux sont informés des critères de remboursement (incl. les critères d'arrêt du traitement).

KOSELUGO n'est remboursé que pour les tumeurs symptomatiques et inopérables.

Le traitement peut être commencé si des morbidités telles que défiguration, dysfonctionnement moteur, douleur intense, dysfonction des voies respiratoires, déficience visuelle et dysfonction de la vessie / intestin sont présentes.

La thérapie doit être effectuée dans l'un des centres suivants, qui sont des institutions membres du Groupe suisse d'oncologie pédiatrique (SPOG). Selon le centre, la thérapie peut également être effectuée dans des départements spécialisés du département de pédiatrie des centres respectifs:

Aarau, Hôpital cantonal: oncologie pédiatrique ou neuropédiatrie,

Bâle, Hôpital universitaire pour enfants de Bâle (UKBB): oncologie et hématologie pédiatriques et/ou neuropédiatrie,

Bellinzona, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (EOC),

Berne, Hôpital pour enfants Inselspital: hématologie et oncologie pédiatriques et/ou neuropédiatrie,

Genève, Hématologie-oncologie pédiatrique et/ou Neuropédiatrie aux HUG,

Lausanne, Hémato-oncologie pédiatrique et/ou Neuropédiatrie du CHUV,

Lucerne, Hôpital cantonal: oncologie pédiatrique et/ou neuropédiatrie,

Saint-Gall, Hôpital pour enfants de Suisse orientale: hématologie et oncologie et/ou neuropédiatrie,

Zurich, Hôpital universitaire pour enfants: oncologie et/ou neuropédiatrie.

Poursuite du traitement:

Tous les 6 mois, l'activité de la maladie et l'effet thérapeutique doivent être évalués par le centre.

Le traitement peut être poursuivi si une réponse a été détectée après 1/2 ans au plus tard.

Chez les patients sans progression tumorale documentée (1,5 an avant le début du traitement), la durée du traitement est limitée à 2 ans selon l'étude d'approbation.

Dans l'étude pivot, une réponse partielle a été définie comme une réduction d'au moins 20 % du volume du neurofibrome par rapport à l'inclusion; une réponse partielle confirmée a été définie comme une réponse partielle à des examens de reprise successifs à au moins 3 mois d'intervalle; et une réponse partielle persistante a été définie comme une réponse partielle qui a duré au moins 12 cycles (environ 1 an).

KOSELUGO n'est pas approuvé pour le traitement des patients adultes.

Arrêt du traitement:

En cas de progression de la maladie ou de toxicité inacceptable, le traitement doit être interrompu.

Après le 18ème anniversaire, une tentative d'arrêt du traitement doit être effectuée.

Aucun remboursement de KOSELUGO chez les patients adultes n'est approuvé, car les données sont limitées pour ces patients.

Chez les patients sans progression tumorale documentée dans les 1,5 ans précédant le début du traitement par KOSELUGO, le remboursement est limité à un maximum de 2 ans.

Remboursements:

Alexion Pharma, dans le cadre d'un modèle de prévoyance, rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel l'assuré était couvert au moment de l'achat, ou resp. à l'AI, à sa première demande, un numéro fixe de mois de traitement (au cours de la première année de traitement) au PAF actuel. Il informe l'assureur-maladie du nombre de mois de thérapie à rembourser.

Alexion Pharma rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel l'assuré était couvert au moment de l'achat, ou resp. à l'AI, une part fixe du prix de vente usine pour chaque boîte supplémentaire achetée. Alexion Pharma informe l'assureur-maladie du montant du remboursement ultérieur. La TVA ne peut pas être récupérée en plus de cette part du prix de vente usine. La demande de remboursement doit être faite dès le moment de l'administration.

Le code suivant doit être envoyé à l'assureur maladie: 21402.01

| Groupe thér. | N° du dossier | PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages | Maison responsable | N° d'ISM | Année d'admission |
|--|---------------|---|--------------------|----------|-------------------|
| II. Autres emballages et dosages | | | | | |
| 02.06.10 6 | | LERCANIDIPIN ZENTIVA (Lercanidipinum hydrochloridum) | Helvepharm AG | | |
| | 20584 | cpr pell 10 mg blist 28 pce Fr. 16.10 (6.89) | | 65686009 | 01.06.2023, B |
| | 20584 | cpr pell 10 mg blist 98 pce Fr. 39.50 (20.12) | | 65686010 | 01.06.2023, B |
| | 20584 | cpr pell 20 mg blist 28 pce Fr. 25.25 (11.29) | | 65686011 | 01.06.2023, B |
| | 20584 | cpr pell 20 mg blist 98 pce Fr. 54.30 (33.00) | | 65686012 | 01.06.2023, B |
| 05.02 | | MICTONORM (Propiverinum hydrochloridum) | Labatec Pharma SA | | |
| | 21459 | caps ret 45 mg blist 28 pce Fr. 48.00 (27.52) | | 68269002 | 01.06.2023, B |
| Limitation limitée jusqu'au 31.05.2024 | | | | | |
| Après accord préalable de prise en charge par la caisse d'assurance maladie et consultation du médecin-conseil. | | | | | |
| MICTONORM est remboursé pour le traitement symptomatique de l'incontinence urinaire et/ou de l'augmentation de la fréquence et urgence urinaire comme cela peut arriver aux patients qui présentent un syndrome de vessie hyperactive. | | | | | |
| 07.02.30 | | DIBASE 10'000 (Cholecalciferolum (Vitamin D3)) | Gebro Pharma AG | | |
| | 20639 | gouttes 10000 UI/ml fl gtt 10 ml Fr. 9.25 (5.00) | | 65856002 | 01.06.2023, D |
| 07.07.26 | | DEXAMÉTHASONE GALEPHARM AMP (Dexamethasoni dihydrogenophosphas) | Galepharm AG | | |
| | 20937 | sol inj 4 mg/ml 10 amp 1 ml Fr. 41.60 (21.97) | | 66710002 | 01.06.2023, B |

| Groupe théér. | N° du dossier | PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages | Maison responsable | N° d'ISM | Date de la suppression |
|--|---------------|---|--|----------|------------------------|
| III. Préparations/emballages radiés | | | | | |
| 01.01.30 | | JURNISTA (Hydromorphoni hydrochloridum) | Janssen-Cilag AG | | |
| | 18872 | cpr ret 4mg 14 pce Fr. 36.95 (17.92) | | 58351009 | 01.06.2023, A |
| | 18872 | cpr ret 8mg 28 pce Fr. 88.80 (63.05) | | 58351002 | 01.06.2023, A |
| | 18872 | cpr ret 16mg 28 pce Fr. 135.10 (103.41) | | 58351004 | 01.06.2023, A |
| | 18872 | cpr ret 32mg 28 pce Fr. 219.10 (176.56) | | 58351006 | 01.06.2023, A |
| 01.05 6 | | ARIPIPRAZOL MYLAN (Aripiprazolum) | Mylan Pharma GmbH | | |
| | 20962 | cpr 5mg blist 28 pce Fr. 65.40 (42.67) | | 67002001 | 01.06.2023, B |
| | 20962 | cpr 5mg blist 98 pce Fr. 159.55 (124.70) | | 67002002 | 01.06.2023, B |
| | 20962 | cpr 10mg blist 28 pce Fr. 69.75 (46.46) | | 67002003 | 01.06.2023, B |
| | 20962 | cpr 10mg blist 98 pce Fr. 172.30 (135.78) | | 67002004 | 01.06.2023, B |
| | 20962 | cpr 15mg blist 28 pce Fr. 75.70 (51.64) | | 67002005 | 01.06.2023, B |
| | 20962 | cpr 15mg blist 98 pce Fr. 189.65 (150.92) | | 67002006 | 01.06.2023, B |
| | 20962 | cpr 30mg blist 28 pce Fr. 123.10 (92.95) | | 67002007 | 01.06.2023, B |
| | 20962 | cpr 30mg blist 98 pce Fr. 328.25 (271.66) | | 67002008 | 01.06.2023, B |
| 04.08.11 | | COLOPHOS (Natrii dihydrogenophosphas dihydricus) | Spirig HealthCare AG | | |
| | 16774 | sol 2 x 90 ml Fr. 17.15 (7.83) | | 53917011 | 01.06.2023, B |
| 07.01.10 | | ALFAMINO HMO (Materia crassa, Carbohydrata, Fibrae alimentariae) | Nestlé Health Science Nestlé Suisse S.A. | | |
| | 19899 | pdr bte 400g Fr. 58.70 (36.84) | | | 01.06.2023 |
| 07.13.30 | | ALLERGOVIT ALNUS (Pollinis allergeni extractum (Alnus glutinosa)) | Allergopharma AG | | |
| | 19531 | susp inj combi 2 x 3 ml Fr. 433.55 (363.37) | | 60633001 | 01.06.2023, A |
| | 19531 | susp inj force B 3 ml Fr. 405.10 (338.59) | | 60633002 | 01.06.2023, A |
| 07.13.30 | | NOVO HE LISEN DEPOT D. PTERONYSS (Acari allergeni extractum) | Allergopharma AG | | |
| | 19560 | susp inj 1-3 3 x 4.5 ml Fr. 281.20 (230.66) | | 60609002 | 01.06.2023, A |
| | 19560 | susp inj force 3 4.5 ml Fr. 192.85 (153.70) | | 60609003 | 01.06.2023, A |
| | 19560 | susp inj force 3 2 x 4.5 ml Fr. 300.75 (247.67) | | 60609004 | 01.06.2023, A |
| 08.01.30 | | PODOMEXEF (Cefpodoximum) | Daiichi Sankyo (Schweiz) AG | | |
| | 16165 | gran 4mg/0.5 ml enf susp buv fl 100 ml Fr. 17.60 (8.19) | | 52294011 | 01.06.2023, A |
| 08.03 6 | | ENTECAVIR MYLAN (Entecavirum) | Mylan Pharma GmbH | | |
| | 20947 | cpr pell 0.5mg blist 30 pce Fr. 441.05 (369.89) | | 67102001 | 01.06.2023, A |
| | 20947 | cpr pell 1 mg blist 30 pce Fr. 547.20 (462.37) | | 67102002 | 01.06.2023, A |
| 10.10 | | BAIN EXTRA DOUX (Matricariae extractum, Natrii bituminosulfonas, Guaiazulenum) | Louis Widmer AG | | |
| | 12915 | liq Widmer 250 ml Fr. 12.45 (6.75) | | 40418024 | 01.06.2023, D |
| 17.01 | | SOD IODIDE I-123 HEIDER (Natrii iodidum (123-I)) | medeo AG | | |
| | 17150 | sol inj amp 18.5 MBq Fr. 200.20 | | 52574013 | 01.06.2023, A |
| | 17149 | caps 37 MBq 1 pce Fr. 310.30 | | 52573017 | 01.06.2023, A |

| Groupe thér. | N° du dossier | PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages | Maison responsable | N° d'ISM | Date de la suppression |
|---------------|---------------|---|--|----------|------------------------|
| 57.10.40 K | | KYTTA MED POMMADE RHUMATISME (Symphyti radicis recentis extractum ethanolicum liquidum) | Procter & Gamble International Operations SA | | |
| | 18858 | ong 50 g Fr. 8.15 (4.42) | | 59052001 | 01.06.2023, D |
| | 18858 | ong 100 g Fr. 14.35 (7.78) | | 59052002 | 01.06.2023, D |

| PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages | Maison responsable | Groupe thér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau ex-fact. |
|---|--|-----------------|--|--|---|
| IV. Réduction de prix | | | | | |
| IV.a. Mut. de prix 1 année après l'introduction dans LS | | | | | |
| ADTRALZA sol inj 150mg/ml 2 x 2 ser pré | LEO Pharmaceutical Products Sarath Ltd. | 071500 | 21367 | 1237.70 | 1072.44 |
| CIBINQO cpr pell 50 mg blist 28 pce cpr pell 100 mg blist 28 pce | Pfizer AG | 071500 | 21343 21343 | 1090.05 1090.05 | 937.81 937.81 |
| IV.b. Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans | | | | | |
| BARACLUDE cpr pell 0.5mg 30 pce cpr pell 1 mg 30 pce | Bristol-Myers Squibb SA | 080300 | 18432 18432 | 469.30 645.45 | 394.51 547.94 |
| BARACLUDE (IP) cpr pell 0.5mg blist 30 pce cpr pell 1 mg blist 30 pce | APS-Arzneimittel- Parallelimport-Service AG | 080300 | 21588 21588 | 413.35 551.05 | 335.33 465.74 |
| BÉTAHISTINE SPIRIG HC cpr 8mg 50 pce cpr 8mg 100 pce cpr 16mg 50 pce cpr 16mg 100 pce cpr 24mg 50 pce cpr 24mg 100 pce | Spirig HealthCare AG | 020440 | 21033 21033 21033 21033 21033 21033 | 6.55 8.05 9.00 16.10 15.75 34.55 | 2.13 3.44 4.26 6.88 6.58 15.81 |
| BETAHISTINE-MEPHA 16 cpr 16mg 50 pce cpr 16mg 100 pce | Mepha Pharma AG | 020440 | 18673 18673 | 9.00 16.10 | 4.26 6.88 |
| BETAHISTINE-MEPHA 24 cpr 24mg 50 pce cpr 24mg 100 pce | Mepha Pharma AG | 020440 | 18673 18673 | 15.75 34.55 | 6.58 15.81 |
| BETASERC cpr 8mg 50 pce cpr 8mg 100 pce cpr 16mg 50 pce cpr 16mg 100 pce cpr 24mg 50 pce cpr 24mg 100 pce | Mylan Pharma GmbH | 020440 | 11621 11621 11621 11621 11621 11621 | 8.35 15.65 9.30 17.35 18.80 36.55 | 3.69 6.48 4.52 7.99 9.25 17.57 |
| DEXAFREE UD gtt opht 0.1 % 20 monodos 0.4ml | Théa PHARMA SA | 110610 | 18480 | 9.55 | 4.75 |
| ENTECAVIR SANDOZ cpr pell 0.5mg 30 pce cpr pell 1 mg 30 pce | Sandoz Pharmaceuticals AG | 080300 | 20655 20655 | 424.00 531.05 | 355.06 448.32 |
| ENTECAVIR-MEPHA Lactab 0.5mg blist 30 pce Lactab 1mg blist 30 pce | Mepha Pharma AG | 080300 | 20727 20727 | 424.00 531.05 | 355.06 448.32 |
| HEPAGEL gel 50g gel 100g | Spirig HealthCare AG | 020820 | 12143 12143 | 10.35 18.40 | 5.62 9.98 |
| HIRUDOID crème 3mg/g 40g crème 3mg/g 100g gel 3mg/g tb 40g gel 3mg/g tb 100g | Medinova AG | 020820 | 5087 5087 5088 5088 | 7.90 15.85 7.90 15.85 | 4.28 8.58 4.28 8.58 |

| PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages | Maison responsable | Groupe thér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau ex-fact. |
|---|---|-----------------|--|--|--|
| INDOPHTAL UD gtt opht 0.1 % 20 monodos 0.35 ml gtt opht 0.1 % 50 monodos 0.35 ml | Bausch & Lomb Swiss AG Division Pharma | 110630 | 17430 17430 | 18.15 26.80 | 8.66 12.65 |
| JADENU cpr pell 90 mg 30 pce cpr pell 90 mg 90 pce cpr pell 180 mg 30 pce cpr pell 180 mg 90 pce cpr pell 360 mg 30 pce cpr pell 360 mg 90 pce | Novartis Pharma Schweiz AG | 069900 | 20623 20623 20623 20623 20623 20623 | 370.95 920.55 597.90 1478.10 970.05 2384.70 | 308.85 787.57 506.52 1291.63 830.69 2118.25 |
| KENACORT cpr 4 mg 20 pce | Dermapharm AG | 070724 | 8269 | 8.45 | 3.79 |
| LIOTON 1000 gel tb 50 g gel tb 100 g | A. Menarini GmbH | 020820 | 16766 16766 | 12.10 22.40 | 6.57 12.13 |
| PONSTAN filmtabs 500 mg 10 pce filmtabs 500 mg 30 pce filmtabs 500 mg 100 pce caps 250 mg 36 pce | Pfizer AG | 071010 | 12495 12495 12495 10118 | 6.20 9.15 26.95 9.10 | 1.82 4.39 12.75 4.36 |
| SAFLUTAN gtt opht 30 monodos 0.3 ml gtt opht multidoses fl 3 ml | Santen SA | 110900 | 19195 21005 | 38.80 37.30 | 19.53 18.22 |
| SYMTUZA cpr pell 30 pce | Janssen-Cilag AG | 080300 | 20813 | 1070.10 | 919.61 |
| IV.c. Changement de catégorie de remise | | | | | |
| CETIRIZINE SPIRIG HC cpr pell 10 mg 30 pce cpr pell 10 mg 50 pce | Spirig HealthCare AG | 071310 | 18112 18112 | 19.55 27.30 | 10.60 14.80 |
| IV.d. Baissement de prix volontairement | | | | | |
| HYCAMTIN subst sèche 1 mg flac 1 pce subst sèche 4 mg flac 1 pce subst sèche 4 mg flac 5 pce | Sandoz Pharmaceuticals AG | 071610 | 16804 16804 16804 | 105.30 333.25 1568.60 | 77.43 275.99 1374.17 |
| NOVONORM cpr 0.5 mg 90 pce cpr 1 mg 90 pce cpr 2 mg 90 pce | Novo Nordisk Pharma AG | 070620 | 17417 17417 17417 | 20.25 26.85 29.35 | 10.48 12.69 14.87 |
| IV.e. Mutation de prix normale | | | | | |
| JAKAVI cpr 5 mg 56 pce cpr 10 mg 56 pce cpr 15 mg 56 pce cpr 20 mg 56 pce | Novartis Pharma Schweiz AG | 071610 | 19991 19991 19991 19991 | 2009.45 3856.95 3856.95 3856.95 | 1776.13 3522.88 3522.88 3522.88 |
| SAXENDA sol inj 6 mg/ml 3 stylo pré 3 ml sol inj 6 mg/ml 5 stylo pré 3 ml | Novo Nordisk Pharma AG | 079900 | 20574 20574 | 122.50 193.20 | 92.41 154.02 |
| TALZENNA caps 0.25 mg fl 30 pce caps 1 mg fl 30 pce | Pfizer AG | 071610 | 20978 20978 | 1769.20 5037.85 | 1557.04 4674.98 |

| PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages | Maison responsable | Groupe thér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau ex-fact. |
|--|----------------------------|-----------------|---------------|--------------|---------------------|
| IV.f. Adaptation des prix après réexamen à l'expiration du brevet | | | | | |
| GALVUS | Novartis Pharma Schweiz AG | 070620 | | | |
| cpr pell 50 mg 28 pce | | | 18641 | 27.30 | 13.06 |
| cpr pell 50 mg 112 pce | | | 18641 | 76.40 | 52.25 |
| JANUVIA | MSD Merck Sharp & Dohme AG | 070620 | | | |
| cpr pell 25 mg 28 pce | | | 18533 | 48.70 | 28.15 |
| cpr pell 25 mg 98 pce | | | 18533 | 129.50 | 98.50 |
| cpr pell 50 mg 28 pce | | | 18533 | 48.70 | 28.15 |
| cpr pell 50 mg 98 pce | | | 18533 | 129.50 | 98.50 |
| cpr pell 100 mg 28 pce | | | 18533 | 48.70 | 28.15 |
| cpr pell 100 mg 98 pce | | | 18533 | 129.50 | 98.50 |
| LACOSAMID DESITIN | Desitin Pharma GmbH | 010710 | | | |
| cpr pell 50 mg 14 pce | | | 21483 | 14.45 | 5.45 |
| cpr pell 100 mg 14 pce | | | 21483 | 20.55 | 10.77 |
| cpr pell 100 mg 56 pce | | | 21483 | 63.00 | 40.61 |
| cpr pell 100 mg 168 pce | | | 21483 | 152.60 | 118.62 |
| cpr pell 150 mg 14 pce | | | 21483 | 34.55 | 15.79 |
| cpr pell 150 mg 56 pce | | | 21483 | 85.25 | 59.98 |
| cpr pell 150 mg 168 pce | | | 21483 | 217.75 | 175.39 |
| cpr pell 200 mg 14 pce | | | 21483 | 40.55 | 21.04 |
| cpr pell 200 mg 56 pce | | | 21483 | 108.15 | 79.94 |
| cpr pell 200 mg 168 pce | | | 21483 | 284.85 | 233.86 |
| sirop 10 mg/ml 200ml | | | 21544 | 36.60 | 17.61 |
| LACOSAMID SANDOZ | Sandoz Pharmaceuticals AG | 010710 | | | |
| cpr pell 50 mg blist 14 pce | | | 21485 | 14.45 | 5.45 |
| cpr pell 100 mg blist 14 pce | | | 21485 | 20.55 | 10.77 |
| cpr pell 100 mg blist 56 pce | | | 21485 | 63.00 | 40.61 |
| cpr pell 100 mg blist 168 pce | | | 21485 | 152.60 | 118.62 |
| cpr pell 150 mg blist 14 pce | | | 21485 | 34.55 | 15.79 |
| cpr pell 150 mg blist 56 pce | | | 21485 | 85.25 | 59.98 |
| cpr pell 150 mg blist 168 pce | | | 21485 | 217.75 | 175.39 |
| cpr pell 200 mg blist 14 pce | | | 21485 | 40.55 | 21.04 |
| cpr pell 200 mg blist 56 pce | | | 21485 | 108.15 | 79.94 |
| cpr pell 200 mg blist 168 pce | | | 21485 | 284.85 | 233.86 |
| LACOSAMID-MEPHA | Mepha Pharma AG | 010710 | | | |
| Lactab 50 mg blist 14 pce | | | 21421 | 14.45 | 5.45 |
| Lactab 100 mg blist 14 pce | | | 21421 | 20.55 | 10.77 |
| Lactab 100 mg blist 56 pce | | | 21421 | 63.00 | 40.61 |
| Lactab 100 mg blist 168 pce | | | 21421 | 152.60 | 118.62 |
| Lactab 150 mg blist 14 pce | | | 21421 | 34.55 | 15.79 |
| Lactab 150 mg blist 56 pce | | | 21421 | 85.25 | 59.98 |
| Lactab 150 mg blist 168 pce | | | 21421 | 217.75 | 175.39 |
| Lactab 200 mg blist 14 pce | | | 21421 | 40.55 | 21.04 |
| Lactab 200 mg blist 56 pce | | | 21421 | 108.15 | 79.94 |
| Lactab 200 mg blist 168 pce | | | 21421 | 284.85 | 233.86 |
| SITAGLIPTINE SANDOZ ECO | Sandoz Pharmaceuticals AG | 070620 | | | |
| cpr pell 25 mg 28 pce | | | 21541 | 28.45 | 14.08 |
| cpr pell 25 mg 98 pce | | | 21541 | 72.95 | 49.25 |
| cpr pell 50 mg 28 pce | | | 21541 | 28.45 | 14.08 |
| cpr pell 50 mg 98 pce | | | 21541 | 72.95 | 49.25 |
| cpr pell 100 mg 28 pce | | | 21541 | 28.45 | 14.08 |
| cpr pell 100 mg 98 pce | | | 21541 | 72.95 | 49.25 |

| PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages | Maison responsable | Groupe thér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau ex-fact. |
|--|-------------------------|-----------------|---------------|--------------|---------------------|
| SITAGLIPTINE SPIRIG HC | Spirig HealthCare AG | 070620 | | | |
| cpr pell 25 mg 28 pce | | | 21575 | 28.45 | 14.08 |
| cpr pell 25 mg 98 pce | | | 21575 | 72.95 | 49.25 |
| cpr pell 25 mg 100 pce | | | 21575 | 74.10 | 50.26 |
| cpr pell 50 mg 28 pce | | | 21575 | 28.45 | 14.08 |
| cpr pell 50 mg 98 pce | | | 21575 | 72.95 | 49.25 |
| cpr pell 50 mg 100 pce | | | 21575 | 74.10 | 50.26 |
| cpr pell 100 mg 28 pce | | | 21575 | 28.45 | 14.08 |
| cpr pell 100 mg 98 pce | | | 21575 | 72.95 | 49.25 |
| cpr pell 100 mg 100 pce | | | 21575 | 74.10 | 50.26 |
| SITAGLIPTINE ZENTIVA | Helvepharm AG | 070620 | | | |
| cpr pell 25 mg 28 pce | | | 21574 | 28.45 | 14.08 |
| cpr pell 25 mg 98 pce | | | 21574 | 72.95 | 49.25 |
| cpr pell 50 mg 28 pce | | | 21574 | 28.45 | 14.08 |
| cpr pell 50 mg 98 pce | | | 21574 | 72.95 | 49.25 |
| cpr pell 100 mg 28 pce | | | 21574 | 28.45 | 14.08 |
| cpr pell 100 mg 98 pce | | | 21574 | 72.95 | 49.25 |
| VILDAGLIPTINE NOBEL | NOBEL Pharma Schweiz AG | 070620 | | | |
| cpr 50 mg blist 28 pce | | | 21610 | 20.20 | 10.45 |
| cpr 50 mg blist 112 pce | | | 21610 | 64.40 | 41.80 |
| VILDAGLIPTINE SPIRIG HC | Spirig HealthCare AG | 070620 | | | |
| cpr 50 mg blist 28 pce | | | 21614 | 20.20 | 10.45 |
| cpr 50 mg blist 112 pce | | | 21614 | 64.40 | 41.80 |
| VIMPAT | UCB-Pharma SA | 010710 | | | |
| cpr pell 50 mg 14 pce | | | 19049 | 17.15 | 7.78 |
| cpr pell 100 mg 14 pce | | | 19049 | 34.05 | 15.39 |
| cpr pell 100 mg 56 pce | | | 19049 | 83.00 | 58.01 |
| cpr pell 100 mg 168 pce | | | 19049 | 210.95 | 169.45 |
| cpr pell 150 mg 14 pce | | | 19049 | 42.30 | 22.55 |
| cpr pell 150 mg 56 pce | | | 19049 | 114.75 | 85.69 |
| cpr pell 150 mg 3 × 56 pce | | | 19049 | 304.05 | 250.56 |
| cpr pell 200 mg 14 pce | | | 19049 | 50.90 | 30.06 |
| cpr pell 200 mg 56 pce | | | 19049 | 147.50 | 114.20 |
| cpr pell 200 mg 3 × 56 pce | | | 19049 | 399.90 | 334.08 |
| sirop 10 mg/ml fl 200ml | | | 19051 | 41.65 | 22.01 |

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

V. Modifications de la limitation/de l'indication

| | | | | | |
|-------------------|----------------------------|--------|-------|---------|---------|
| JAKAVI | Novartis Pharma Schweiz AG | 071610 | | | |
| Tabl 5 mg 56 Stk | | | 19991 | 2009.45 | 1776.13 |
| Tabl 10 mg 56 Stk | | | 19991 | 3856.95 | 3522.88 |
| Tabl 15 mg 56 Stk | | | 19991 | 3856.95 | 3522.88 |
| Tabl 20 mg 56 Stk | | | 19991 | 3856.95 | 3522.88 |

Vieille limitation

Les thérapies suivantes nécessitent une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil:

Pour le traitement des patients atteints de myélofibrose primaire et myélofibrose en tant que complication d'un néoplasme myéloprolifératif, du type polycythémie vraie (PV) ou thrombocythémie essentielle (TE), avec splénomégalie et/ou symptômes associés à la maladie, et à risque intermédiaire ou à haut risque, selon le score IPSS (International Prognostic Scoring System).

Pour le traitement de patients atteints de polycythémie vraie, qui sont résistants ou intolérants à un traitement avec une hydroxyurée ou à un autre traitement cytoréducteur de première intention.

JAKAVI ne peut être prescrit que par un spécialiste en hématologie ou oncologie.

Nouvelle limitation

Les thérapies suivantes nécessitent une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil:

Pour le traitement des patients atteints de myélofibrose primaire et myélofibrose en tant que complication d'un néoplasme myéloprolifératif, du type polycythémie vraie (PV) ou thrombocythémie essentielle (TE), avec splénomégalie et/ou symptômes associés à la maladie, et à risque intermédiaire ou à haut risque, selon le score IPSS (International Prognostic Scoring System).

Pour le traitement de patients atteints de polycythémie vraie, qui sont résistants ou intolérants à un traitement avec une hydroxyurée ou à un autre traitement cytoréducteur de première intention.

Pour le traitement des patients à partir de 12 ans atteints d'une maladie du greffon contre l'hôte aiguë (aGvHD) de grade 2 ou plus, qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante à une corticothérapie systémique (aGvHD réfractaire aux corticoïdes).

JAKAVI ne peut être prescrit que par un spécialiste en hématologie ou oncologie.

| | | | | | |
|----------------------------------|------------------------|--------|-------|--------|--------|
| SAXENDA | Novo Nordisk Pharma AG | 079900 | | | |
| sol inj 6 mg/ml 3 stylo pré 3 ml | | | 20574 | 122.50 | 92.41 |
| sol inj 6 mg/ml 5 stylo pré 3 ml | | | 20574 | 193.20 | 154.02 |

Vieille limitation

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2023

Utilisation uniquement chez les personnes non diabétiques et chez les personnes diabétiques (DS de type 2) qui n'ont pas reçu de traitement préalable par agonistes du récepteur du GLP-1:

- En complément d'un régime alimentaire avec un déficit de 500 kcal/jour, de conseils diététiques d'accompagnement et d'une activité physique renforcée et justifiée (par ex. podomètre) chez des patients motivés (sans opérations bariatriques subites et sans opérations planifiées ou prévues) pour la régulation pondérale chez les patients adultes présentant:
 - un IMC ≥ 35 kg/m²
 - un IMC ≥ 28 kg/m² en cas de comorbidités supplémentaires liées au poids (pré-diabète ou diabète sucré de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie).
- Le traitement nécessite une garantie de prise en charge par l'assurance-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.
- Un régime alimentaire avec un déficit de 500 kcal/jour doit être respecté et documenté afin d'obtenir le remboursement de Saxenda, et ceci doit être confirmé vis-à-vis de l'assureur.
- La prescription ne peut être délivrée que par un médecin spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie ainsi que par une sélection de médecins ayant de l'expérience dans le traitement de l'obésité. La liste correspondante des médecins ayant de l'expérience dans le traitement de l'obésité est disponible à l'adresse suivante: <http://www.bag.admin.ch/sl-ref>.
- Le traitement doit être arrêté chez les patients dont l'IMC est ≥ 28 et < 35 et qui n'ont pas perdu au moins 5% de leur poids corporel initial après 16 semaines de traitement (4 semaines de titrage, 12 semaines de traitement à 3 mg/jour) et chez les patients dont l'IMC est ≥ 35 et qui n'ont pas perdu au moins 7% de leur poids corporel initial après 16 semaines de traitement (4 semaines de titrage, 12 semaines de traitement à 3 mg/jour) par rapport au début du traitement par Saxenda. Après 6 mois de plus, le traitement doit être arrêté si une réduction supplémentaire d'au moins 5% du poids obtenu après 16 semaines n'est pas atteinte.
- Pour une thérapie consécutive au-delà de la phase initiale de traitement, une nouvelle garantie de prise en charge doit être obtenue. Les pertes de poids après 16 semaines et 6 mois doivent être justifiées.
- Un contrôle d'efficacité doit ensuite être effectué impérativement tous les 6 mois. Si les critères de remboursement précités sont respectés, Saxenda peut être remboursé pour une durée maximale de 3 ans. En cas de reprise de poids de $> 2\%$ du poids après 6 mois de traitement, celui-ci doit être arrêté. Le traitement doit également être arrêté dès lors qu'un IMC < 25 est atteint.
- Saxenda ne doit pas être combiné à d'autres agonistes du récepteur du GLP-1, à des gliptines, à des inhibiteurs du SGLT-2 ou à de l'insuline. Saxenda ne doit pas être combiné à d'autres médicaments (par ex. médicaments contenant de l'orlistat) pour la réduction du poids.
- Les patients qui, lors d'une première utilisation de Saxenda pendant 16 semaines, n'atteignent pas une réduction de poids d'au moins 5% respectivement 7% de leur poids corporel initial (non-répondants) sont totalement exclus d'un remboursement en cas de reprise du traitement.

Nouvelle limitation

Limitation limitée jusqu'au 30.06.2026

Adultes:

Utilisation uniquement chez les personnes non diabétiques et chez les personnes diabétiques (DS de type 2) qui n'ont pas reçu de traitement préalable par agonistes du récepteur du GLP-1:

En complément d'un régime avec un déficit de 500 kcal/jour, de conseils diététiques d'accompagnement et d'une activité physique renforcée et justifiée (par ex. podomètre) chez des patients motivés (sans opérations bariatriques passées ou prévues) pour la régulation pondérale chez les patients adultes présentant un:

- IMC ≥ 35 kg/m²
- IMC ≥ 28 kg/m² en cas de comorbidités liées au poids (pré-diabète ou diabète sucré de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie).

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

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

Un régime alimentaire avec un déficit de 500 kcal/jour doit être respecté et documenté afin d'obtenir le remboursement de Saxenda, et ceci doit être confirmé vis-à-vis de l'assureur.

La prescription ne peut être délivrée que par un médecin spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie ainsi que dans des centres d'obésité. Les centres d'obésité doivent remplir les critères suivants:

- Le centre emploie au moins deux médecins spécialistes disposant de l'un des titres de spécialiste suivants:
 - Endocrinologie/Diabétologie et/ou
 - Médecine interne et/ou
 - Chirurgien FMH/Titre de spécialiste en chirurgie viscérale.
- Le centre dispose en outre d'un-e diététicien-ne (selon l'art. 11 de la LFPS182) ou peut démontrer une collaboration avec un-e diététicien-ne externe (selon l'art. 11 de la LFPS182).
- Le médecin responsable du centre est membre de l'ASEMO, de la SSEED ou de la SMOB.
- Le réseau interdisciplinaire du centre de l'obésité comprend au moins un-e psychiatre/psychologue clinicien-ne et un-e physiothérapeute certifié-e.
- L'établissement traite au moins 300 patients atteints d'obésité par an.

Il existe, pour les patients ayant commencé leur traitement jusqu'au 31 mai 2023 chez un médecin figurant sur la liste actuelle des médecins expérimentés dans le traitement de l'obésité, une période de transition de 12 mois jusqu'au 31 mai 2024.

Le traitement doit être arrêté chez les patients dont l'IMC est ≥ 28 et < 35 et qui n'ont pas perdu au moins 5% de leur poids corporel initial après 16 semaines de traitement (4 semaines de titrage, 12 semaines de traitement à 3 mg/jour) et chez les patients dont l'IMC est ≥ 35 et qui n'ont pas perdu au moins 7% de leur poids corporel initial après 16 semaines de traitement (4 semaines de titrage, 12 semaines de traitement à 3 mg/jour) par rapport au début du traitement par Saxenda.

Après 6 mois supplémentaires, le traitement doit être interrompu si les patients ayant un IMC ≥ 28 kg/m² et < 35 kg/m² n'ont pas pu obtenir une réduction de poids totale d'au moins 10% par rapport au poids initial et si les patients ayant un IMC ≥ 35 kg/m² n'ont pas pu obtenir une réduction de poids totale d'au moins 12%.

Pour une thérapie consécutive au-delà de la phase initiale de traitement, une nouvelle garantie de prise en charge doit être obtenue. Les pertes de poids après 16 semaines et après 10 mois au total doivent être justifiées.

Un contrôle d'efficacité doit ensuite en principe être effectué tous les 6 mois. Saxenda peut être remboursé pendant 3 ans au maximum si les critères de remboursement susmentionnés sont respectés. En cas de reprise de poids, si le poids du patient est supérieur à l'objectif à atteindre après 10 mois par rapport au poids initial (-10%, resp. -12%), le traitement doit être interrompu. Le traitement doit également être interrompu dès lors qu'un IMC < 25 kg/m² est atteint. Le traitement peut être repris sans dépasser la durée maximale de traitement de 3 ans si l'IMC de ces personnes augmente à nouveau au-delà de 25 kg/m². Il en va de même si le traitement doit être interrompu pour d'autres raisons justifiées, comme par exemple une grossesse. Les critères d'interruption (poids cible Mois 10 = 10% resp. 12% de moins que le poids initial) restent inchangés.

Saxenda ne doit pas être combiné à d'autres agonistes du récepteur du GLP-1, à des gliptines, à des inhibiteurs du SGLT-2 ou à de l'insuline. Saxenda ne doit pas être combiné à d'autres médicaments (par ex. médicaments contenant de l'orlistat) pour la réduction du poids.

Un remboursement est en principe exclu en cas de reprise du traitement lorsqu'une perte d'au moins 5%, resp. 7%, du poids corporel initial n'avait pas été obtenue lors d'un premier traitement de 16 semaines (patients non répondeurs) par Saxenda. Un changement de traitement de Saxenda à Wegovy doit en principe être possible. La durée maximale de traitement d'une monothérapie par Saxenda ou d'un traitement séquentiel par Wegovy après Saxenda est de 3 ans. Le passage de Wegovy à Saxenda n'est pas pris en charge.

Adolescents:

Saxenda est utilisé en complément d'un régime hypocalorique et d'une activité physique accrue pour la régulation du poids chez:

les adolescents de 12 ans et plus dont le poids corporel est ≥ 60 kg et qui ont une obésité selon les valeurs limites acceptées au niveau international (correspond à un **IMC ≥ 35 kg/m²** chez les adultes)*.

*Seuils IMC de l'IOTF pour l'obésité par sexe pour les jeunes de 12 à 18 ans.

Âge (ans) / Indice de masse corporelle 35 kg/m² (Masculin / Féminin)

12 / 31.21 / 31.66

12.5 / 31.73 / 32.33

13 / 32.19 / 32.91

13.5 / 32.61 / 33.39

14 / 32.98 / 33.78

14.5 / 33.29 / 34.07

15 / 33.56 / 34.28

15.5 / 33.78 / 34.43

16 / 33.98 / 34.55

16.5 / 34.19 / 34.64

17 / 34.43 / 34.75

17.5 / 34.71 / 34.87

18 / 35.00 / 35.00

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

Le traitement par Saxenda devrait être interrompu et réévalué si l'IMC ou le score Z de l'IMC des patients ne s'est pas amélioré d'au moins 4% après administration de 3 mg/jour ou de la dose maximale tolérée sur 12 semaines.

La prescription doit être faite:

- par des endocrinologues pédiatriques ou
- par des médecins accrédités en tant que responsables de programmes de traitement individuel multiprofessionnel et structuré d'enfants et d'adolescents obèses en surpoids (MSIT) conformément au règlement de certification (A) (<https://www.akj-ch.ch/fr/professionnels/therapie/programme-individuel/>) ou
- dans un centre de référence de l'obésité pédiatrique selon le règlement de certification (C) de la Société Suisse de Pédiatrie (SGP) et de l'Association Suisse Obésité de l'Enfant et de l'Adolescent (AKJ) (<https://www.akj-https://www.akj-ch.ch/fr/professionnels/therapie/centres-de-reference/>).

Le contrôle du traitement de base doit, chez les adolescents de moins 18 ans, être effectué au moins tous les 3 mois en ce qui concerne l'alimentation, l'activité physique et la santé psychique.

Le traitement par Saxenda doit être réévalué dès que les adolescents ont atteint l'âge adulte. Les critères applicables sont alors les mêmes que pour les adultes. La durée maximale du traitement est également de 3 ans pour les jeunes qui atteignent l'âge adulte.

| VI-DE 3 DOSE PAR MOIS | VERFORA SA | 070230 | | | |
|--------------------------------|------------|--------|-------|-------|------|
| sol buv 4800 UI/ml unidos 5 ml | | | 20590 | 2.60 | 1.42 |
| sol buv 4800 UI/ml 3 fl 5 ml | | | 20590 | 9.00 | 4.26 |
| sol buv 4800 UI/ml 6 fl 5 ml | | | 20590 | 18.00 | 8.52 |

Vieille limitation

Pour le traitement d'une grave carence en vitamine D attestée [concentrations 25(OH)D < 25 nmol/l ou 10 ng/ml] chez les personnes âgées de plus de 70 ans. L'utilisation doit se faire sous contrôle médical.

Nouvelle limitation

Traitement d'une carence sévère prouvée en vitamine D [concentration sérique de 25-hydroxycholecalciférol < 25 nmol/l ou < 10 ng/ml] chez les adultes.

| GALAFOLD | Amicus Therapeutics Switzerland GmbH | 079900 | | | |
|--------------------|---|--------|-------|----------|----------|
| caps 123 mg 14 pce | | | 20573 | 18352.20 | 17664.59 |

Vieille limitation

Limitation limitée jusqu'au 31.05.2023

Le traitement nécessite l'accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. L'accord sur la prise en charge des frais doit être renouvelé chaque année. GALAFOLD est indiqué, à la posologie de 123 mg (1 gélule) une fois tous les deux jours à heure fixe, dans le traitement à long terme des adultes et des adolescents âgés de 16 ans et plus, qui présentent un diagnostic confirmé de maladie de Fabry (déficit en α -galactosidase A), et qui sont porteurs d'une mutation sensible au traitement.

Les coûts du test pour une mutation non caractérisée pour sa sensibilité au migalstatat jusqu'à présent seront pris en charge par Amicus Therapeutics Switzerland GmbH (info@amicusrx.ch).

GALAFOLD peut seulement être administré à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les centres de traitement qualifiés (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselsspital], Spital Linth à Uznach), ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry. Exception: Les spécialistes ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry sont autorisés à coopérer avec les centres de traitement qualifiés listés ci-dessus pour assurer des soins qui soient orientés vers le patient. La coopération se fait d'un commun accord entre les deux partenaires.

GALAFOLD ne doit pas être administré en association avec un traitement enzymatique de substitution tel que l'agalsidase alfa (REPLAGAL) ou l'agalsidase bêta (FABRAZYME).

Tous les patients traités par GALAFOLD doivent être recensés dans un registre. Si un patient ne donne pas son consentement à la saisie de ses données dans le registre, cela doit faire l'objet d'un rapport.

Le médecin traitant s'engage à rapporter régulièrement dans le registre (<https://sfd.ch/fr/fondation-sfd/swiss-registre-fabry>) les données suivantes:

- 1) Indication des données anonymisées du patient (sexe, âge et poids corporel; année du diagnostic, symptômes de la maladie de Fabry, éventuels affections et traitements associés).
- 2) Précédents traitements de la maladie de Fabry (absence de traitement précédent/changement de traitement enzymatique de substitution), date du début du traitement par GALAFOLD, éventuellement date de l'arrêt du traitement par GALAFOLD et indication du motif de l'arrêt du traitement.
- 3) Enregistrement des paramètres suivants, pertinents pour l'évaluation de l'évolution du traitement (avant le début du traitement et pendant le traitement): α -Gal en % de la moyenne normale chez les témoins en bonne santé, lyso-Gb3, IMVG (écho/IRM), DFG (estimé), créatinine, protéinurie, symptômes gastro-intestinaux, symptômes neurologiques, événements rénaux/cardiaques/affectant le SNC, autres événements indésirables.

Nouvelle limitation

Le traitement nécessite l'accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. L'accord sur la prise en charge des frais doit être renouvelé chaque année. GALAFOLD est indiqué, à la posologie de 123 mg (1 gélule) une fois tous les deux jours à heure fixe, dans le traitement à long terme des adultes et des adolescents âgés de 16 ans et plus, qui présentent un diagnostic confirmé de maladie de Fabry (déficit en α -galactosidase A), et qui sont porteurs d'une mutation sensible au traitement.

Les coûts du test pour une mutation non caractérisée pour sa sensibilité au migalstatat jusqu'à présent seront pris en charge par Amicus Therapeutics Switzerland GmbH (info@amicusrx.ch).

GALAFOLD peut seulement être administré à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans les centres de traitement qualifiés (Universitätsspital Zürich, Kinderspital Zürich, Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], Universitätsspital Bern [Inselsspital]), ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry. Exception: Les spécialistes ayant une expérience dans le traitement de la maladie de Fabry sont autorisés à coopérer avec les centres de traitement qualifiés listés ci-dessus pour assurer des soins qui soient orientés vers le patient. La coopération se fait d'un commun accord entre les deux partenaires.

GALAFOLD ne doit pas être administré en association avec un traitement enzymatique de substitution tel que l'agalsidase alfa (REPLAGAL) ou l'agalsidase bêta (FABRAZYME).

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

Tous les patients traités par GALAFOLD doivent être recensés dans un registre. Si un patient ne donne pas son consentement à la saisie de ses données dans le registre, cela doit faire l'objet d'un rapport.

Le médecin traitant s'engage à rapporter régulièrement dans le registre (<https://sffd.ch/fr/fondation-sffd/swiss-registre-fabry>) les données suivantes:

- 1) Indication des données anonymisées du patient (sexe, âge et poids corporel; année du diagnostic, symptômes de la maladie de Fabry, éventuels affections et traitements associés).
- 2) Précédents traitements de la maladie de Fabry (absence de traitement précédent/changement de traitement enzymatique de substitution), date du début du traitement par GALAFOLD, éventuellement date de l'arrêt du traitement par GALAFOLD et indication du motif de l'arrêt du traitement.
- 3) wEnregistrement des paramètres suivants, pertinents pour l'évaluation de l'évolution du traitement (avant le début du traitement et pendant le traitement): α -Gal en % de la moyenne normale chez les témoins en bonne santé, lyso-Gb3, IMVG (écho/IRM), DFG (estimé), créatinine, protéinurie, symptômes gastro-intestinaux, symptômes neurologiques, événements rénaux/cardiaques/affectant le SNC, autres événements indésirables.

| PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages | Maison responsable | Groupe théér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau ex-fact. |
|---|---------------------------|---------------|---------------|--------------|------------------|
| VI. Limitation de la nouvelle admission | | | | | |
| HEMLIBRA | Roche Pharma (Schweiz) AG | 060110 | | | |
| sol inj 30 mg/ml flac 1 pce | | | 20818 | 2036.40 | 1946.71 |
| sol inj 60 mg/0.4ml flac 1 pce | | | 20818 | 4031.75 | 3893.42 |
| sol inj 105 mg/0.7ml flac 1 pce | | | 20818 | 7024.85 | 6813.49 |
| sol inj 150 mg/ml flac 1 pce | | | 20818 | 10017.90 | 9733.55 |
| Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023 | | | | | |
| Patients atteints d'hémophilie A avec inhibiteurs | | | | | |
| Pour la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A congénitale et d'inhibiteurs du facteur VIII > 5 BU dans l'anamnèse nécessitant l'utilisation d'une préparation d'agent de bypass pour un traitement épisodique ou prophylactique. | | | | | |
| Après une induction réussie de l'immunotolérance, le traitement de l'hémophilie A doit être poursuivi avec des préparations de facteur VIII ou de l'emicizumab, qui sont soumis à remboursement, si l'indication est respectée et si les conditions de remboursement de la prophylaxie sont remplies. | | | | | |
| Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023 | | | | | |
| Patients atteints d'hémophilie A sans inhibiteurs | | | | | |
| Pour la prophylaxie des épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A sévère (déficit congénital en facteur VIII, FVIII < 1%) qui ont déjà été traités avec des préparations de facteur VIII. | | | | | |
| Pour les deux indications, les conditions de remboursement suivantes s'appliquent: | | | | | |
| Le diagnostic et la prescription de l'emicizumab, l'initiation du traitement et la prise en charge ultérieure ne peuvent être effectués que dans les centres universitaires et/ou spécialisés dans l'hémophilie suivants. En font partie: | | | | | |
| Kantonsspital Aarau, Universitätsspital Basel, Universitätskinderhospital beider Basel, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Inselspital Bern, Kantonsspital Graubünden, Hôpitaux Universitaires Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois, Centre Hospitalier du Valais Sion, Kantonsspital Luzern, Zentrum für Labormedizin St. Gallen, Ostschweizer Kinderhospital St. Gallen, Universitätsspital Zürich, Universitäts-Kinderhospital Zürich. | | | | | |
| Avant le début du traitement, une demande de prise en charge des coûts doit être obtenue auprès de l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil, en indiquant le schéma posologique utilisé: dose de charge pendant les 4 premières semaines (3 mg/kg de poids corporel par voie sous-cutanée une fois par semaine pendant les 4 premières semaines) et dose d'entretien à partir de la semaine 5 (1,5 mg/kg PC s.c. une fois par semaine ou 3 mg/kg PC toutes les deux semaines s.c. ou 6 mg/kg PC toutes les quatre semaines s.c.). | | | | | |
| Dans le cadre de la demande de prise en charge des coûts, le médecin traitant doit justifier auprès de l'assureur-maladie pourquoi il choisit le régime de dosage pour le traitement d'entretien et dans quelle mesure les quantités de rejets sont minimisées avec le régime de dosage appliqué. Comme le taux de rejet pour le schéma de dosage de 1,5 mg/kg PC une fois par semaine devrait correspondre au taux de rejet le plus élevé, il est particulièrement important, lors de l'utilisation de ce schéma de dosage, de justifier pourquoi ce schéma particulier devrait être utilisé. Des adaptations de la posologie dues à des changements de poids des patients sont possibles dans le cadre des dosages remboursés sans nouvelle demande de prise en charge des coûts. | | | | | |
| Sur la base de la documentation continue du patient, les données correspondantes devraient être enregistrées dans le registre SHN, à condition que le patient donne son accord. | | | | | |
| Le titulaire de l'autorisation Roche Pharma (Suisse) SA rembourse sur demande de l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, resp. sur demande de l'AI, pour chaque boîte d'Hemlibra, un pourcentage fixe du prix départ usine. Il informe l'assureur-maladie ou l'AI du pourcentage du montant remboursé par rapport au prix départ usine. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de cette part du prix départ usine. La demande de remboursement doit intervenir à partir du moment de l'administration. | | | | | |
| Par ailleurs, le titulaire de l'autorisation rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel était assurée la personne au moment de l'achat, resp. l'AI, le montant déterminé par mg pour la quantité d'emicizumab administrée par année civile et par patient qui dépasse un nombre défini de mg par patient et par année civile. Il communique à l'assureur-maladie ou à l'AI la valeur seuil (le nombre de mg par patient et par année) ainsi que le montant défini par mg. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être remboursée en plus de ce montant (base PDU). Le remboursement doit être effectué rétroactivement sur une base calendaire annuelle (avec une date de référence au 31 décembre). La demande de remboursement peut intervenir à partir de ce moment. | | | | | |
| Le prix des préparations sanguines est calculé sur la base du prix départ usine plus une marge fixe de Fr. 40.- plus TVA en raison de la situation particulière de l'approvisionnement (pratiquement pas de commerce intermédiaire). | | | | | |
| LORVIQUA | Pfizer AG | 071610 | | | |
| cpr pell 25 mg blist 90 pce | | | 20952 | 4088.00 | 3748.27 |
| cpr pell 100 mg blist 30 pce | | | 20952 | 5368.65 | 4997.69 |
| Limitation limitée jusqu'au 31.10.2024 | | | | | |
| Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. | | | | | |
| LORVIQUA est utilisé pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique et positif pour la kinase du lymphome anaplasique (ALK). | | | | | |
| En cas de progression de la maladie, le traitement doit être interrompu. | | | | | |
| Limitation limitée jusqu'au 30.06.2023 | | | | | |
| Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil. | | | | | |
| LORVIQUA est remboursé pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) métastatique ALK (kinase du lymphome anaplasique)-positif après progression de la maladie sous un traitement précédent par au moins deux inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK) de l'ALK. | | | | | |
| En cas de progression de la maladie, le traitement doit être interrompu. | | | | | |
| Pfizer AG rembourse à l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat, et à sa demande, respectivement 638.51 Fr. pour chaque boîte de LORVIQUA de 30 comprimés pelliculés à 100 mg, et 478.88 Fr. pour chaque boîte de LORVIQUA de 90 comprimés pelliculés à 25 mg. | | | | | |
| Le remboursement de la taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être réclamé en plus de cette part du prix de fabriqué. | | | | | |
| Adresse de contact: Pfizer-Rueckverguetung@pfizer.com | | | | | |

| PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages | Maison responsable | Groupe thér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau ex-fact. |
|--|---|-----------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| LUTATHERA sol perf 370 MBq/ml fl 1 pce | Advanced Accelerator Applications International SA | 170200 | 21181 | 21068.45 | 20314.60 |
| <p>Limitation limitée jusqu'au 31.08.2023</p> <p>Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil.</p> <p>Lutathera est remboursé chez l'adulte pour le traitement des tumeurs neuroendocrines gastroentéropancréatiques (TNE GEP) au stade métastatique ou inopérables et progressives, bien différenciées (G1 et G2) et exprimant des récepteurs de la somatostatine.</p> <p>Au maximum 4 administrations de Lutathera sont remboursées.</p> | | | | | |
| LUXTURNA conc inj c solv 1 pce | Novartis Pharma Schweiz AG | 119900 | 21179 | 368319.16 | 359095.78 |
| <p>Limitation limitée jusqu'au 31.07.2023</p> <p>Après la garantie de la prise en charge de l'assurance maladie et la consultation préalable du médecin-conseil de l'assurance maladie, pour le traitement des patients adultes et pédiatriques atteints de perte de vision due à une dystrophie rétinienne héréditaire basée sur des mutations bialléliques confirmées du gène RPE65 et disposant de suffisamment de cellules rétinienne viables (une région rétinienne dans le pôle postérieur > 100 micromètres d'épaisseur).</p> <p>Aucun remboursement pour les patients pédiatriques de moins de 3 ans. Luxturna n'est remboursé qu'une seule fois par oeil et par patient. Luxturna est administré uniquement par un centre de traitement certifié.</p> <p>Pour chaque boîte de Luxturna achetée, Novartis Pharma Schweiz AG rembourse une partie fixe du prix de fabrication à l'assurance-maladie auprès de laquelle la personne est assurée au moment de la réception du traitement, à la première demande de l'assureur. L'assureur est alors informé du montant du remboursement. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de cette partie du prix de fabrication. La demande de remboursement doit être faite dès l'administration.</p> | | | | | |
| VITRAKVI caps 25 mg bte 56 pce caps 100 mg bte 56 pce sol 20 mg/ml 2 fl 50 ml | Bayer (Schweiz) AG | 071610 | 21043 21043 21545 | 1553.75 6214.99 2219.64 | 1765.60 6616.35 2495.90 |
| <p>Limitation limitée jusqu'au 30.04.2024</p> <p>Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.</p> <p>VITRAKVI, en monothérapie, est remboursé pour le traitement des patients adultes et pédiatriques atteints d'une tumeur solide:</p> <ul style="list-style-type: none"> - qui présentent une tumeur porteuse d'une fusion du gène NTRK (Neurotrophic Tyrosine Receptor Kinase, récepteur à tyrosine kinase neurotrophique) sans mutation de résistance NTRK identifiée et - dont la tumeur est métastatique ou chez lesquels une résection chirurgicale entraînerait probablement une grave morbidité, et - qui ne disposent d'aucune option thérapeutique satisfaisante ou qui présentent une progression de la maladie suite à un traitement antérieur. <p>VITRAKVI n'est pas indiqué dans le traitement des lymphomes.</p> <p>La fusion du gène NTRK doit être attestée par une méthode appropriée avant le traitement par VITRAKVI. Une rotation entre inhibiteurs du NTRK n'est remboursée qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance. Les patients présentant une résistance primaire ou secondaire aux inhibiteurs du NTRK sont exclus de tout remboursement.</p> <p>Le traitement par VITRAKVI se poursuit jusqu'à la progression de la maladie ou jusqu'à la survenue d'une toxicité intolérable.</p> <p>Le titulaire de l'autorisation, Bayer (Suisse) SA, rembourse intégralement, au prix de fabriquer actuel, les deux premiers emballages de VITRAKVI 100 mg 56 pce respectivement le nombre de boîtes de VITRAKVI 25 mg 56 pcs ou de VITRAKVI 2 x 50 ml acquis pour les 2 premiers mois de traitement, à la demande de l'assureur-maladie auprès duquel la personne était assurée au moment de l'achat. La taxe sur la valeur ajoutée ne peut pas être exigée en plus du prix de fabriquer. La demande de remboursement doit être faite à partir du moment de l'administration.</p> <p>Le code suivant doit être transmis à l'assureur-maladie: 21043.01.</p> | | | | | |

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

VII. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2021

| DEFERASIROX ACCORD | Accord Healthcare AG | 069900 | | | |
|------------------------------|----------------------|--------|-------|---------|---------|
| cpr pell 90 mg blist 30 Stk | | | 21246 | 267.20 | 218.47 |
| cpr pell 180 mg blist 30 Stk | | | 21246 | 427.75 | 358.30 |
| cpr pell 360 mg blist 30 Stk | | | 21246 | 691.00 | 587.62 |
| cpr pell 90 mg blist 90 Stk | | | 21246 | 655.95 | 557.12 |
| cpr pell 180 mg blist 90 Stk | | | 21246 | 1063.55 | 913.67 |
| cpr pell 360 mg blist 90 Stk | | | 21246 | 1704.90 | 1498.42 |

Nouvelle limitation

Un remboursement est effectué

- en tant que traitement de première intention pour le traitement de la surcharge en fer chronique due à des transfusions fréquentes chez les patients atteints de bêta-thalassémie majeure.
- pour le traitement d'autres surcharges en fer chroniques d'origine transfusionnelle, lorsque le traitement par déféroxamine est contre-indiqué ou inapproprié.
- pour le traitement de la surcharge en fer chronique chez les patients âgés de 10 ans et plus atteints de syndromes thalassémiques non transfusionnels, lorsque le traitement par déféroxamine est contre-indiqué ou inapproprié.

Les thérapies commencées avant l'introduction de l'adaptation de la limitation (1^{er} juin 2023) continueront d'être remboursées, à condition qu'il s'agisse d'un traitement correspondant à l'indication autorisée par Swissmedic.

| JADENU | Novartis Pharma Schweiz AG | 069900 | | | |
|------------------------|----------------------------|--------|-------|---------|---------|
| cpr pell 90 mg 30 pce | | | 20623 | 370.95 | 308.85 |
| cpr pell 180 mg 30 pce | | | 20623 | 597.90 | 506.52 |
| cpr pell 360 mg 30 pce | | | 20623 | 970.05 | 830.69 |
| cpr pell 90 mg 90 pce | | | 20623 | 920.55 | 787.57 |
| cpr pell 180 mg 90 pce | | | 20623 | 1478.10 | 1291.63 |
| cpr pell 360 mg 90 pce | | | 20623 | 2384.70 | 2118.25 |

Nouvelle limitation

Un remboursement est effectué

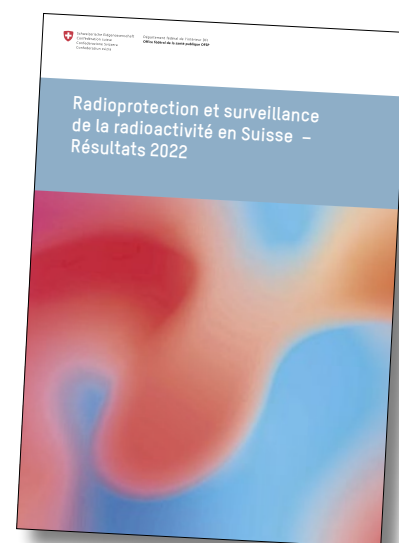
- en tant que traitement de première intention pour le traitement de la surcharge en fer chronique due à des transfusions fréquentes chez les patients atteints de bêta-thalassémie majeure.
- pour le traitement d'autres surcharges en fer chroniques d'origine transfusionnelle, lorsque le traitement par déféroxamine est contre-indiqué ou inapproprié.
- pour le traitement de la surcharge en fer chronique chez les patients âgés de 10 ans et plus atteints de syndromes thalassémiques non transfusionnels, lorsque le traitement par déféroxamine est contre-indiqué ou inapproprié.

Les thérapies commencées avant l'introduction de l'adaptation de la limitation (1^{er} juin 2023) continueront d'être remboursées, à condition qu'il s'agisse d'un traitement correspondant à l'indication autorisée par Swissmedic.

| PRÉPARATION/(Substances actives) Emballages | Maison responsable | Groupe thér. | N° du dossier | nouveau prix | nouveau ex-fact. |
|---|--------------------|-----------------|---------------|--------------|---------------------|
| VIII. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2022 | | | | | |
| DIFLUCAN | Pfizer AG | 080600 | | | |
| susp 10 mg/ml 35ml | | | 16316 | 41.45 | 21.82 |
| susp 40 mg/ml forte 35ml | | | 16316 | 96.10 | 69.44 |
| Nouvelle limitation Une prise en charge des indications autorisées par Swissmedic intervient uniquement chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans ainsi que chez les adultes souffrant de problèmes de déglutition. | | | | | |

Le rapport d'activité 2022 sur la radioprotection est disponible

La division Radioprotection de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a récemment publié son rapport d'activité, qui retrace les principaux travaux et résultats de l'année 2022. L'interview donne la parole au groupe de travail «urgences radiologiques», qui a haussé son niveau de vigilance en réponse à la menace nucléaire en Ukraine.



Alors qu'un brin d'optimisme regagnait l'Europe après deux ans de pandémie, l'offensive russe en Ukraine débutait le 24 février 2022. En Suisse, cette guerre a ravivé les craintes de la population face à la menace d'un accident dans une centrale nucléaire ukrainienne ou encore au recours à l'arme atomique par la Russie. En conséquence, l'OFSP a dû répondre aux inquiétudes de la population, notamment quant à la disponibilité et l'utilisation des comprimés d'iode. Il a aussi envisagé différentes mesures pour protéger la population en cas d'événement nucléaire en Ukraine, en collaboration avec l'ensemble des autorités concernées en Suisse. Comme après l'accident de Tchernobyl en 1986, ces mesures consisteraient avant tout à éviter l'ingestion de denrées alimentaires contaminées. Pour en savoir plus, nous vous invitons à lire l'interview des membres du groupe de travail «urgence radiologique» de l'OFSP.

Outre les activités de préparation aux situations d'urgence, la division Radioprotection a engagé bon nombre de travaux en 2022.

En ce qui concerne la surveillance de la radioactivité dans l'environnement, le Conseil fédéral a décidé de moderniser le système de mesure de la radioactivité dans l'air situé à la station du Jungfrauoch. A partir de 2024, il sera rattaché au réseau de surveillance en continu exploité par l'OFSP.

Par ailleurs, l'OFSP a contribué à l'organisation de la 3^e Conférence de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) sur le thème de la radioprotection professionnelle, qui s'est tenue à Genève en 2022. Au niveau national, il a organisé la 5^e Journée de radioprotection en médecine, consacrée aux événements radiologiques médicaux et à la sécurité des patients.

En 2022, l'OFSP a poursuivi son programme de surveillance avec des audits sur site, visant à améliorer la radioprotection des patients et du personnel médical, et assuré la coordination d'une trentaine d'audits cliniques. Les installations de recherche du PSI et du CERN ont également fait l'objet de plusieurs visites. En matière de digitalisation, le développement du portail informatique Radiation Portal Switzerland (RPS) avance à grand pas et permettra dès 2023 une gestion globale des autorisations en radioprotection par l'ensemble des acteurs. L'OFSP suit de près l'ensemble des événements radiologiques survenus en Suisse. En 2022, 236 événements ont été annoncés à l'OFSP, parmi lesquels 103 concernaient le domaine médical.

L'OFSP a également assuré la mise en œuvre des trois plans d'action concernant le radon dans les espaces intérieurs et les héritages au radium de l'industrie horlogère, ainsi que le renforcement de la sûreté et de la sécurité des sources radioactives (Radiss).

Enfin, la mise en application de la nouvelle législation sur le rayonnement non ionisant et le son s'est poursuivie en 2022, notamment en matière de compétence des personnes réalisant des traitements à des fins esthétiques, désormais répertoriées dans un portail informatique. L'OFSP a aussi effectué des contrôles sur site lors de manifestations avec spectacle laser.

Le rapport complet «Radioprotection et surveillance de la radioactivité en Suisse – Résultats 2022» (OFSP, division Radioprotection, juin 2023) est disponible en ligne : www.bag.admin.ch/rad-rapports

Contact

Office fédéral de la santé publique OFSP
Domaine de direction Protection de la santé
Division Radioprotection
str@bag.admin.ch

Et... action!



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

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

| Canton | N° de bloc | Ordonnances n ^{os} |
|---------------|------------|----------------------------------|
| Bâle-Campagne | | 10576229 |
| Berne | | 10485592 10635616 10639728 |
| Grisons | | 9872799 |

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine
25/2023