



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Édition du 6 mai 2019

Semaine

OFSP-Bulletin 19/2019

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

Liste des spécialités, p. 7

Impressum

ÉDITEUR

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

RÉDACTION

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

IMPRESSION

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

ABONNEMENTS, CHANGEMENTS D'ADRESSE

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

ISSN 1420-4266

DISCLAIMER

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

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

Sommaire

Déclarations des maladies infectieuses	4
Statistique Sentinella	6
Liste des spécialités	7
Vol d'ordonnances	15

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 17^e semaine (30.04.2019)^a

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

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

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

^d Femmes enceintes et nouveau-nés.

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

^f Syphilis primaire, secondaire ou latente précoce.

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

^h Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

Maladies infectieuses: Situation à la fin de la 17^e semaine (30.04.2019)^a

	Semaine 17			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	1 0.60	3 1.80		8 1.20	13 2.00	14 2.10	131 1.50	136 1.60	112 1.30	61 2.20	68 2.40	45 1.60
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers^b	30 18.30	27 16.50	16 9.80	455 69.40	652 99.50	38 5.80	13707 160.80	15019 176.20	9467 111.10	13260 476.00	13579 487.40	7658 274.90
Légionellose	9 5.50	6 3.70	6 3.70	28 4.30	21 3.20	17 2.60	591 6.90	517 6.10	380 4.50	143 5.10	119 4.30	92 3.30
Méningocoques: maladie invasive			2 1.20	4 0.60		3 0.50	49 0.60	51 0.60	65 0.80	16 0.60	30 1.10	34 1.20
Pneumocoques: maladie invasive	24 14.60	22 13.40	11 6.70	82 12.50	105 16.00	85 13.00	874 10.30	1010 11.80	949 11.10	467 16.80	560 20.10	495 17.80
Rougeole	8 4.90			43 6.60	3 0.50	9 1.40	184 2.20	58 0.70	108 1.30	155 5.60	19 0.70	66 2.40
Rubéole^c							1 0.01	2 0.02			1 0.04	
Rubéole, materno-fœtale^d												
Tuberculose	5 3.00	31 18.90	5 3.00	33 5.00	61 9.30	30 4.60	449 5.30	574 6.70	607 7.10	147 5.30	214 7.70	174 6.20
Transmission féco-orale												
Campylobactériose	132 80.60	109 66.50	101 61.60	400 61.00	387 59.00	350 53.40	7819 91.80	7218 84.70	7592 89.10	1840 66.00	1695 60.80	1701 61.00
Hépatite A	2 1.20	3 1.80	6 3.70	5 0.80	8 1.20	10 1.50	102 1.20	102 1.20	58 0.70	22 0.80	24 0.90	35 1.30
Hépatite E		1 0.60			4 0.60		73 0.90	20 0.20		22 0.80	20 0.70	
Infection à E. coli entérohémorragique	16 9.80	20 12.20	8 4.90	41 6.20	50 7.60	35 5.30	861 10.10	763 9.00	488 5.70	221 7.90	201 7.20	137 4.90
Listériose		2 1.20	2 1.20	2 0.30	3 0.50	2 0.30	42 0.50	52 0.60	45 0.50	9 0.30	21 0.80	13 0.50
Salmonellose, S. typhi/paratyphi	1 0.60	2 1.20		3 0.50	2 0.30		19 0.20	29 0.30	17 0.20	5 0.20	8 0.30	1 0.04
Salmonellose, autres	31 18.90	21 12.80	30 18.30	83 12.70	70 10.70	71 10.80	1468 17.20	1881 22.10	1464 17.20	326 11.70	338 12.10	289 10.40
Shigellose	3 1.80	3 1.80	1 0.60	8 1.20	17 2.60	7 1.10	259 3.00	158 1.80	147 1.70	64 2.30	54 1.90	37 1.30

	Semaine 17			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017
Transmission par du sang ou sexuelle												
Chlamydieuse	206 125.70	254 155.00	165 100.70	815 124.30	958 146.10	740 112.90	11341 133.10	11132 130.60	10922 128.20	3825 137.30	3637 130.50	3607 129.50
Gonorrhée ^e	78 47.60	61 37.20	48 29.30	258 39.40	205 31.30	172 26.20	3282 38.50	2551 29.90	2522 29.60	1171 42.00	826 29.60	834 29.90
Hépatite B, aiguë			1 0.60		3 0.50	4 0.60	29 0.30	37 0.40	38 0.40	6 0.20	10 0.40	8 0.30
Hépatite B, total déclarations	17	18	28	87	83	87	1207	1206	1295	406	404	394
Hépatite C, aiguë		2 1.20	2 1.20		2 0.30	4 0.60	25 0.30	34 0.40	42 0.50	6 0.20	10 0.40	16 0.60
Hépatite C, total déclarations	11	35	22	73	101	93	1185	1396	1421	363	471	465
Infection à VIH	12 7.30	21 12.80	7 4.30	23 3.50	40 6.10	30 4.60	409 4.80	432 5.10	528 6.20	135 4.80	133 4.80	167 6.00
Sida			1 0.60		3 0.50	6 0.90	69 0.80	82 1.00	74 0.90	15 0.50	24 0.90	24 0.90
Syphilis, stades précoces ^f	1 0.60	14 8.50		13 2.00	51 7.80		591 6.90	152 1.80		169 6.10	152 5.50	
Syphilis, total ^g	1 0.60	19 11.60	12 7.30	15 2.30	68 10.40	87 13.30	802 9.40	871 10.20	928 10.90	230 8.30	245 8.80	344 12.40
Zoonoses et autres maladies transmises par des vecteurs												
Brucellose	1 0.60		1 0.60	1 0.20	1 0.20	2 0.30	6 0.07	5 0.06	11 0.10	2 0.07	1 0.04	5 0.20
Chikungunya		1 0.60		3 0.50	1 0.20		16 0.20	17 0.20	23 0.30	13 0.50	2 0.07	3 0.10
Dengue		3 1.80	4 2.40	3 0.50	19 2.90	14 2.10	153 1.80	171 2.00	175 2.00	50 1.80	68 2.40	51 1.80
Encéphalite à tiques	4 2.40	3 1.80	2 1.20	9 1.40	4 0.60	11 1.70	378 4.40	268 3.10	204 2.40	13 0.50	10 0.40	11 0.40
Fièvre du Nil occidental												
Fièvre jaune								1 0.01			1 0.04	
Fièvre Q		1 0.60	1 0.60	4 0.60	7 1.10	6 0.90	60 0.70	40 0.50	43 0.50	22 0.80	15 0.50	14 0.50
Infection à Hantavirus							1 0.01	1 0.01	3 0.04			
Infection à virus Zika							1 0.01	15 0.20	41 0.50		2 0.07	3 0.10
Paludisme	8 4.90	8 4.90	4 2.40	16 2.40	33 5.00	18 2.80	281 3.30	348 4.10	322 3.80	91 3.30	103 3.70	94 3.40
Trichinellose								1 0.01				
Tularémie		2 1.20	2 1.20		4 0.60	9 1.40	114 1.30	130 1.50	68 0.80	9 0.30	16 0.60	17 0.60
Autres déclarations												
Botulisme						1 0.20		1 0.01	2 0.02			1 0.04
Diphthérie ^h							5 0.06	2 0.02	4 0.05			
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	1 0.60			2 0.30	1 0.20	4 0.60	21 0.20	16 0.20	15 0.20	6 0.20	4 0.10	7 0.20
Tétanos												

Statistique Sentinella

Données provisoires

Sentinella :

Déclarations (N) des dernières 4 semaines jusqu'au 26.04.2019 et incidence pour 1000 consultations (N/10³)
Enquête facultative auprès de médecins praticiens (généralistes, internistes et pédiatres)

Semaine	14		15		16		17		Moyenne de 4 semaines	
	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³	N	N/10 ³
Suspicion d'influenza	40	3.2	42	3.3	11	1.3	5	0.7	24.5	2.1
Oreillons	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	2	0.2	1	0.1	0	0	0	0	0.8	0.1
Piqûre de tiques	3	0.2	3	0.2	3	0.3	8	1.1	4.3	0.5
Borréliose de Lyme	0	0	1	0.1	2	0.2	5	0.7	2	0.3
Herpès zoster	8	0.6	13	1.0	4	0.5	8	1.1	8.3	0.8
Néuralgies post-zostériennes	1	0.1	0	0	0	0	2	0.3	0.8	0.1
Médecins déclarants	150		149		126		105		132.5	

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} mai 2019

Groupe théér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
I. Nouvelle admissions des préparations					
01.05 G		PALIPERIDON SANDOZ (Paliperidonum)	Sandoz Pharmaceuticals AG		
	20918	Ret Tabl 3 mg Blist 28 Stk Fr. 147.85 [114.51]		67200001	01.05.2019, B
	20918	Ret Tabl 6 mg Blist 28 Stk Fr. 147.85 [114.51]		67200003	01.05.2019, B
	20918	Ret Tabl 9 mg Blist 28 Stk Fr. 197.60 [157.83]		67200005	01.05.2019, B
(L)		SEROQUEL XR (PI) (Quetiapinum)	APS-Arzneimittel- Parallelimport- Service AG		
	20915	Ret Tabl 50 mg 60 Stk Fr. 67.05 [44.12]		67095001	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 150 mg 60 Stk Fr. 113.30 [84.41]		67095002	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 150 mg 100 Stk Fr. 177.90 [140.69]		67095003	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 200 mg 60 Stk Fr. 136.30 [104.43]		67095004	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 200 mg 100 Stk Fr. 213.20 [171.45]		67095005	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 300 mg 60 Stk Fr. 185.80 [147.58]		67095006	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 300 mg 100 Stk Fr. 294.20 [241.99]		67095007	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 400 mg 60 Stk Fr. 251.55 [204.84]		67095008	01.05.2019, B
	20915	Ret Tabl 400 mg 100 Stk Fr. 408.35 [341.40]		67095009	01.05.2019, B

- Traitement de la schizophrénie (traitement aigu et prévention des récives).
- Traitement des épisodes maniaques et dépressifs lors de troubles bipolaires (traitement aigu et prévention des récives).
- Traitement adjuvant des épisodes dépressifs (épisodes d'une dépression majeure):

Patients ayant répondu de façon insuffisante à au moins une monothérapie d'antidépresseur, au sens d'une stratégie d'augmentation après un traitement antidépresseur administré selon les guidelines cliniques en vigueur. Comme alternative au traitement par le lithium en cas de réponse insuffisante à un traitement par le lithium, en présence d'une contre-indication à un traitement par le lithium et chez les patients dépressifs présentant des symptômes psychotique. Avant de débiter le traitement, le médecin devra prendre en compte le profil de sécurité de Seroquel XR.

01.99 (L)		LEMRADA (Alemtuzumabum 10 mg)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	20217	Inf Konz 12 mg Durchstf 2 ml Fr. 8666.00 [8214.63]		63025001	01.05.2019, A

Limitation limitée jusqu'au 31.07.2019

En monothérapie comme traitement des formes actives de sclérose en plaques rémittente-récurrente (SEP-RR) malgré un traitement par au moins un traitement de base ou après accord préalable de prise en charge des coûts par le médecin-conseil chez les patients non préalablement traités, souffrant d'une forme primaire hautement active.

Posologie: 5 perfusions au cours de la 1^{re} année et 3 perfusions au cours de la 2^e année. Traitement par le neurologue FMH avec accès IRM.

Groupe théor.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
02.05.10 (L)		EMGALITY (Galcanezumabum)	Eli Lilly (Suisse) SA		
	20880	Inj Lös 120 mg/ml Fertipgen 1 ml Fr. 616.20 (522.47)		67026001	01.05.2019, B

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

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

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

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

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

Contrôle après 3 mois:

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

Contrôle après 6 mois:

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

Arrêt du traitement au bout d'un an:

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

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

A la demande de l'assureur maladie auprès duquel la personne était assurée au moment correspondant, la société Eli Lilly (Suisse) SA rembourse CHF 522.47 pour 1 stylo pré-rempli pour l'utilisation de 2 stylos pré-remplis au cours du premier mois. La TVA ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement en plus de ce montant. La demande de remboursement doit généralement être effectuée au cours des 6 mois suivant la facturation.

05.02 (L)	JINARC (Tolvaptanum, Tolvaptanum)	Otsuka Pharmaceutical (Switzerland) GmbH		
	20456 Tabl 45 mg/15 mg 56 Stk Fr. 1972.90 (1742.77)		65676006	01.05.2019, A
	20456 Tabl 60 mg/30 mg 56 Stk Fr. 1972.90 (1742.77)		65676009	01.11.2016, A
	20456 Tabl 90 mg/30 mg 56 Stk Fr. 1972.90 (1742.77)		65676012	01.11.2016, A
	20456 Tabl 15 mg 28 Stk Fr. 1972.90 (1742.77)		65676002	01.11.2016, A
	20456 Tabl 30 mg 28 Stk Fr. 1972.90 (1742.77)		65676004	01.11.2016, A

Après garantie de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie à la suite de la consultation préalable du médecin-conseil. Pour ralentir la progression du développement des kystes et de l'insuffisance rénale dans la polykystose rénale autosomique dominante (PKRAD classe 1) chez l'adulte atteint d'une maladie rénale chronique (MRC) de stade 1 à 3 à l'initiation du traitement, avec des signes d'évolution rapide de la maladie, si le volume rénal total (VRT) au début du traitement est d'au moins 750 ml et que le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) est d'au moins 30 ml/min/1,73 m², lorsqu'un des critères suivants est rempli:

- diminution confirmée du DFGe = 5 ml/min/1,73 m² en un an OU
- augmentation du volume rénal > 5 % par an, confirmée par au moins 2 IRM ou scanographies effectuées à un intervalle d'au moins 6 mois OU
- progression pronostiquée de la classe Mayo 1C, 1D ou 1E basée sur la classification Mayo (âge en relation avec le volume rénal total (VRT)) OU
- mutation tronquante du gène PKD1 et score proPKD > 6, (sexe, hypertension avant 35 ans, antécédents urologiques, nature de la mutation PKD)

Le JINARC ne peut être prescrit que par des hôpitaux dotés d'un service de néphrologie et par un spécialiste FMH en néphrologie. Le spécialiste FMH en néphrologie traitant exerçant dans le service de néphrologie d'un centre/d'une clinique et formé par Otsuka Pharmaceutical (Suisse) Sàrl doit fournir les informations suivantes dans la demande de garantie de prise en charge des coûts:

- diagnostic authentifié d'une PKRAD (classe 1) typique établi sur la base du nombre de kystes par rein et de l'âge (selon les critères de Pei-Ravine) ou à l'aide d'un test génétique
- indications relatives à la posologie
- indication relative à l'évolution du volume rénal
- indication relative à l'évolution du DFGe

Si en raison d'une adaptation de la dose, la posologie du traitement doit être portée à 45 mg (30 mg +15 mg) ou 30 mg (15 mg +15 mg) par jour, la société Otsuka Pharmaceutical (Suisse) Sàrl rembourse les coûts thérapeutiques dépassant la somme de 1972,90 francs par période de 28 jours à l'assureur-maladie auprès duquel le patient était assuré au moment de la prestation. L'assureur-maladie doit demander le remboursement à la société Otsuka Pharmaceutical (Suisse) Sàrl.

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION / (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
07.16.10 (L)		CAPRELSA (Vandetanibum)	Sanofi-Aventis (Suisse) SA		
	19924	Tabl 100 mg 30 Stk Fr. 2762.55 [2462.78]		62341001	01.12.2012, A
	19924	Tabl 300 mg 30 Stk Fr. 5684.65 [5305.99]		62341002	01.12.2012, A

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2019

Traitement du cancer médullaire de la thyroïde métastatique et non opérable avec progression rapide et présence de symptômes.

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

(L)		IMBRUVICA (Ibrutinibum)	Janssen-Cilag AG		
	20330	Kaps 140 mg 90 Stk Fr. 6333.50 [5939.00]		65173002	01.05.2015, A
	20330	Kaps 140 mg 120 Stk Fr. 8362.65 [7918.67]		65173001	01.05.2015, A

Limitation limitée jusqu'au 30.04.2021

Le traitement exige l'approbation des coûts par l'assureur-maladie après consultation préalable du médecin-conseil.

Leucémie lymphoïde chronique (LLC)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC)

- à partir de la première ligne chez les patients présentant une délétion 17p ou une mutation TP53
- à partir de la deuxième ligne dans le cas de récives précoces (récive correspondant au traitement antérieur conformément aux lignes directrices jusqu'à 3 ans maximum) ou chez les patients ne se prêtant pas à une chimio-immunothérapie.

Morbus Waldenström (MW)

En monothérapie pour le traitement de patients adultes symptomatiques atteints de la maladie de Waldenström (MW) qui ont reçu au moins un traitement antérieur et qui ont eu une rechute dans les 12 mois suivant un régime thérapeutique à base de rituximab.

09.99		VISANNETTE (Dienogestum)	Berlis AG		
	20917	Tabl 2 mg 2x Blist 14 Stk Fr. 68.20 [45.12]		67184001	01.05.2019, B
	20917	Tabl 2 mg 2x Blist 14 Stk Fr. 68.20 [45.12]		67184002	01.05.2019, B

II. Autres emballages et dosages

07.15 (L)		BENLYSTA (Belimumabum)	GlaxoSmithKline AG		
	20822	Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor Injektor 1 ml Fr. 307.60 [253.64]		66585001	01.05.2019, B
	20822	Inj Lös 200 mg/ml Autoinjektor 4 Injektor 1 ml Fr. 1174.20 [1014.56]		66585002	01.05.2019, B

La prescription initiale est réservée aux spécialistes en immunologie clinique ou en rhumatologie.

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

Pour le traitement des patients adultes présentant un lupus érythémateux systémique (LED) sérologiquement actif (titre d'AAN >1:80 et/ou détection d'anticorps anti-ADNdb >30 IU/ml), avec activité élevée de la maladie (par exemple détection d'anticorps anti-ADNdb ≥30 IU/ml et faible taux de complément [C3 <90 mg/dl, C4 <16 mg/dl]) malgré le traitement de base (par exemple prednisone, agents antipaludiques, agents immunosuppresseurs).

L'efficacité/utilité du traitement par BENLYSTA doit être réévaluée au plus tard au bout de 6 mois par le médecin traitant actuel, à l'intention du médecin conseil.

07.16.10 (L)		BOSULIF (Bosutinibum)	Pfizer AG		
	20114	Filmtabl 400 mg Blist 28 Stk Fr. 3916.95 [3581.41]		62270003	01.05.2019, A

Bosulif est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique nouvellement diagnostiquée avec chromosome de Philadelphie positif (LMC Ph+) en phase chronique.

Bosulif est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique avec chromosome de Philadelphie positif (LMC Ph+) en phase chronique, en phase accélérée ainsi qu'en crise blastique, après traitement préalable par un ou plusieurs inhibiteurs de la tyrosine-kinase c-abl, et lorsqu'un traitement par imatinib, nilotinib ou dasatinib ne peut être envisagé.

Groupe thér.	N° du dossier	PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	N° d'ISM	Année d'admission
III. Préparations/emballages radiés					
02.06.10 G		LERCANIDIPIN MEPHA (Lercanidipinum hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	20367	Lactab 10 mg 28 Stk Fr. 18.75 [9.17]		65603001	01.05.2019, B
	20367	Lactab 10 mg 98 Stk Fr. 47.15 [26.79]		65603002	01.05.2019, B
	20367	Lactab 20 mg 28 Stk Fr. 33.65 [15.03]		65603003	01.05.2019, B
	20367	Lactab 20 mg 98 Stk Fr. 66.85 [43.93]		65603004	01.05.2019, B
02.07.10 (L)		FLOLAN (Epoprostenolum)	GlaxoSmithKline AG		
	17573	Trockensub 0.500 mg c Solv 2 x 50 ml Amp 1 Stk Fr. 117.45 [88.01]		55000001	01.05.2019, B
04.09		SALOFALK (Mesalazinum)	Vifor SA		
	17975	Gran 3 g Btl 10 Stk Fr. 46.25 [26.02]		55951014	01.05.2019, B
05.99 G		TAMSULOSIN MEPHA RETARD (Tamsulosini hydrochloridum)	Mepha Pharma AG		
	18746	Depocaps 0.400 mg 10 Stk Fr. 14.25 [5.26]		58168001	01.05.2019, B
	18746	Depocaps 0.400 mg 30 Stk Fr. 25.80 [11.78]		58168002	01.05.2019, B
	18746	Depocaps 0.400 mg 100 Stk Fr. 59.85 [37.86]		58168003	01.05.2019, B
07.16.10 G		CARBOPLATIN TEVA (Carboplatinum)	Teva Pharma AG		
	17284	Inf Lös 50 mg/5 ml Durchstf 5 ml Fr. 19.50 [9.86]		51481119	01.05.2019, A
	17284	Inf Lös 150 mg/15 ml Durchstf 15 ml Fr. 47.40 [27.00]		51481127	01.05.2019, A
	17284	Inf Lös 450 mg/45 ml Durchstf 45 ml Fr. 109.40 [81.00]		51481135	01.05.2019, A
G		EPIRUBICIN TEVA (Epirubicini hydrochloridum)	Teva Pharma AG		
	18955	Inj Lös 10 mg Durchstf 5 ml Fr. 40.50 [21.00]		58676001	01.05.2019, A
	18955	Inj Lös 50 mg Durchstf 25 ml Fr. 103.20 [75.62]		58676002	01.05.2019, A
	18955	Inj Lös 200 mg Durchstf 100 ml Fr. 260.40 [212.53]		58676003	01.05.2019, A
G		PACLITAXEL TEVA (Paclitaxelum)	Teva Pharma AG		
	18352	Inf Konz 30 mg Durchstf 5 ml Fr. 42.75 [22.95]		57058007	01.05.2019, A
	18352	Inf Konz 100 mg Durchstf 16.700 ml Fr. 93.90 [67.50]		57058009	01.05.2019, A
	18352	Inf Konz 300 mg Durchstf 50 ml Fr. 248.85 [202.50]		57058011	01.05.2019, A

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
IV. Réductions de prix					
IV.a Modification de prix 1 année après l'introduction dans LS					
CARIVALAN Filmtabl 6.25 mg/5 mg Blist 56 Stk Filmtabl 6.25 mg/5 mg Blist 112 Stk	Servier (Suisse) SA	029900	20681 20681	76.30 121.80	52.16 91.80
CARIVALAN Filmtabl 12.5 mg/5 mg Blist 56 Stk Filmtabl 12.5 mg/5 mg Blist 112 Stk	Servier (Suisse) SA	029900	20681 20681	88.10 142.55	62.44 109.89
CARIVALAN Filmtabl 12.5 mg/7.5 mg Blist 56 Stk Filmtabl 12.5 mg/7.5 mg Blist 112 Stk	Servier (Suisse) SA	029900	20681 20681	88.10 142.55	62.44 109.89
IV.b Réduction de prix à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans					
AUBAGIO Filmtabl 14 mg 28 Stk Filmtabl 14 mg 84 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	019900	20065 20065	1370.05 3914.85	1193.13 3579.39
MODASOMIL Tabl 100 mg 30 Stk Tabl 100 mg 90 Stk	Teva Pharma AG	011020	17532 17532	73.20 174.85	49.48 138.02
IV.c Comparaison des prix avec l'étranger					
LENVIMA Kaps 4 mg 30 Stk	Eisai Pharma AG	071610	20408	1860.30	1640.11
LENVIMA Kaps 10 mg 30 Stk	Eisai Pharma AG	071610	20408	1860.30	1640.11
IV.d Réduction de prix volontairement					
CONCERTA Tabl 18 mg 30 Stk Tabl 18 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	011020	17898 17898	52.65 80.20	31.57 55.57
CONCERTA Tabl 27 mg 30 Stk Tabl 27 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	011020	17898 17898	61.50 95.75	39.27 69.11
CONCERTA Tabl 36 mg 30 Stk Tabl 36 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	011020	17898 17898	67.65 106.65	44.66 78.60
CONCERTA Tabl 54 mg 30 Stk Tabl 54 mg 60 Stk	Janssen-Cilag AG	011020	17898 17898	77.40 123.75	53.13 93.51
COSENTYX Inj Lös 150 mg/1 ml Fertspr 1 Stk Inj Lös 150 mg/1 ml Fertspr 2 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	20311 20311	776.20 1513.25	661.84 1323.68
COSENTYX Trockensub 150 mg Durchstf 1 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	20311	776.20	661.84
COSENTYX SENSOREADY Inj Lös 150 mg/1 ml Fertpen 1 Stk Inj Lös 150 mg/1 ml Fertpen 2 Stk	Novartis Pharma Schweiz AG	071500	20316 20316	776.20 1513.25	661.84 1323.68
KETOVISION Gtt Opht Fl 5 ml	OmniVision AG	110630	19792	9.85	9.85

PRÉPARATION/ (Substances actives) Emballages	Maison responsable	Groupe théér.	N° du dossier	nouveau prix	nouveau ex-fact.
METOJECT Inj Lös 10 mg/0.2 ml Fertigspr 0.200 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	35.00	16.20
METOJECT Inj Lös 12.500 mg/0.25 ml Fertigspr 0.250 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	36.40	17.44
METOJECT Inj Lös 15 mg/0.3 ml Fertigspr 0.300 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	37.85	18.68
METOJECT Inj Lös 17.500 mg/0.35 ml Fertigspr 0.350 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	39.15	19.81
METOJECT Inj Lös 20 mg/0.4 ml Fertigspr 0.400 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	40.40	20.92
METOJECT Inj Lös 25 mg/0.5 ml Fertigspr 0.500 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	43.45	23.58
METOJECT Inj Lös 30 mg/0.6 ml Fertigspr 0.600 ml	Gebro Pharma AG	071060	18298	47.55	27.13
SUMATRIPTAN MEPHA Lactab 50 mg (neu) Blist 12 Stk	Mepha Pharma AG	020510	18674	59.20	37.30
TRAVO-VISION Gtt Opht 40 mcg/ml 3 Fl 2.500 ml	OmniVision AG	110900	20832	59.00	37.10
IV.e Mutation de prix normale					
BOSULIF Blist Filmtabl 100 mg 28 Stk	Pfizer AG	071610	20114	1043.50	895.35
BOSULIF Blist Filmtabl 500 mg 28 Stk	Pfizer AG	071610	20114	4571.85	4220.35
CAPRELSA Tabl 100 mg 30 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19924	2762.55	2462.78
CAPRELSA Tabl 300 mg 30 Stk	Sanofi-Aventis (Suisse) SA	071610	19924	5684.65	5305.99
IMBRUVICA Kaps 140 mg 90 Stk Kaps 140 mg 120 Stk	Janssen-Cilag AG	071610	20330 20330	6333.50 8362.65	5939.00 7918.67
IV.f Modification de prix à cause du changement de la catégorie de remise					
EMEDRIN N SIRUP Sirup 150 ml	Streuli Pharma AG	030120	16926	9.10	4.34
ESCOTUSSIN Tropfen 20 ml	Streuli Pharma AG	030310	11141	7.70	3.12

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

V. Modifications de la limitation / de l'indication

ACTEMRA	Roche Pharma (Schweiz) AG	071500			
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertspr 4 Stk			20240	1428.65	1246.55
Inj Lös 162 mg/0.9 ml Fertipen			20893	1428.65	1246.55
Fertipen 4 Stk					

Vieille limitation:

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

Nouvelle limitation :

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

Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie après consultation préalable et accord du médecin-conseil en combinaison avec le méthotrexate pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (AJIp) chez des patients âgés de 2 à 17 ans et n'ayant pas suffisamment répondu à un précédent traitement par méthotrexate. En cas d'intolérance au méthotrexate, Actemra peut être administré en monothérapie.

BOSULIF	Pfizer AG	071610			
Filmtabl 100 mg Blist 28 Stk			20114	1043.50	895.35
Filmtabl 500 mg Blist 28 Stk			20114	4571.85	4220.35

Vieille limitation:

Après accord de prise en charge par l'assureur-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil. Traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique avec chromosome de Philadelphie positif (LMC Ph+) en phase chronique, en phase accélérée ainsi qu'en crise blastique, après traitement préalable par un ou plusieurs inhibiteurs de la tyrosine-kinase c-abl, et lorsqu'un traitement par imatinib, nilotinib ou dasatinib ne peut être envisagé.

Nouvelle limitation :

Bosulif est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique nouvellement diagnostiquée avec chromosome de Philadelphie positif (LMC Ph+) en phase chronique.

Bosulif est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de leucémie myéloïde chronique avec chromosome de Philadelphie positif (LMC Ph+) en phase chronique, en phase accélérée ainsi qu'en crise blastique, après traitement préalable par un ou plusieurs inhibiteurs de la tyrosine-kinase c-abl, et lorsqu'un traitement par imatinib, nilotinib ou dasatinib ne peut être envisagé.

LENVIMA	Eisai Pharma AG	071610			
Kaps 4 mg 30 Stk			20408	1860.30	1640.11
Kaps 10 mg 30 Stk			20408	1860.30	1640.11

Vieille limitation:

Carcinome thyroïdien différencié, localement avancé ou métastatique, réfractaire à l'iode radioactif et progressif. Seuls sont remboursés les dosages mentionnés dans l'information professionnelle (24 mg, 20 mg, 14 mg, 10 mg ou inférieurs).

Nouvelle limitation:

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2021:

Carcinome thyroïdien différencié (DTC)

Carcinome thyroïdien différencié, localement avancé ou métastatique, réfractaire à l'iode radioactif et progressif. Seuls sont remboursés les dosages mentionnés dans l'information professionnelle (24 mg, 20 mg, 14 mg, 10 mg ou inférieurs).

Limitation limitée jusqu'au 31.01.2021:

Carcinome hépatocellulaire (HCC)

En monothérapie pour le traitement de première ligne du carcinome hépatocellulaire avancé non résécable chez les patients répondant à la totalité des critères suivants:

- Moins de 50% du foie est atteint par le carcinome
- Aucun envahissement tumoral n'est observé dans le conduit biliaire ou la branche portale principale de la veine porte
- Indice ECOG 0-1
- Child-Pugh A
- BCLC stade B, si une TACE (chimioembolisation transartérielle) n'est pas envisagée ou BCLC stade C
- Pas d'administration simultanée d'une chimiothérapie intra-artérielle hépatique (HAIC).

Seules les doses de 12 mg, 8 mg ou 4 mg une fois par jour conformément à l'information professionnelle sont remboursées.

VI. Modifications de la limitation à cause du réexamen des conditions d'admission tous les trois ans de 2018

MODASOMIL	Teva Pharma AG	011020			
Tabl 100 mg 30 Stk			17532	73.20	49.48
Tabl 100 mg 90 Stk			17532	174.85	138.02


Vieille limitation:

Somnolence diurne lors de narcolepsie ou non-réponse à la RITALINE, après approbation du médecin-conseil.

Nouvelle limitation :

Somnolence excessive liée à une narcolepsie en tant que traitement de deuxième ligne adopté en cas d'absence de réaction ou d'intolérance à la Ritaline/Méthylphénidate. L'établissement du diagnostic et la première prescription doivent être effectués par un neurologue ou un pneumologue ou en étroite collaboration avec un neurologue ou un pneumologue dans un centre spécialisé dans la médecine du sommeil.



 **LE DON D'ORGANES : PARLONS-EN**
VIVRE-PARTAGER.CH

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

Vol d'ordonnances

Swissmedic, Stupéfiants

Vol d'ordonnances

Les ordonnances suivantes sont bloquées

Canton	N° de bloc	Ordonnances n°s
Zurich	238201D	5955001-5955007
Berne		7704753

OFSP-Bulletin
OFCL, Diffusion publications
CH-3003 Berne

P.P.

CH-3003 Bern
Post CH AG

OFSP-Bulletin

Semaine

19/2019