



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP

Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division Prestations de l'assurance maladie

Commentaire des modifications du 30 novembre 2020 de l'annexe 1 de l'OPAS au 1^{er} janvier 2021

[\(RO 2020 6327 du 21 décembre 2020\)](#)

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Modifications du contenu de l'annexe 1 OPAS	3
2.1	Annexe 1 OPAS – Mise à jour : suppression d'inscriptions.....	3
2.2	Datation des références aux titres de formation postgrade.....	4
2.3	Chapitre 1 Chirurgie / 1.1 Chirurgie générale et divers Chirurgie métabolique chez les patients présentant un diabète de type 2 mal ajustable et un IMC de 30-35 kg/m ²	5
2.4	Chapitre 1 Chirurgie / 1.3 Orthopédie, traumatologie Greffe autologue de chondrocytes/greffe ostéocondrale en mosaïque.....	5
2.5	Chapitre 2 Médecine interne / 2.3 Neurologie et traitement de la douleur / anesthésie Traitement par ultrasons focalisés du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique pour le traitement des douleurs neuropathiques graves réfractaires au traitement.....	6
2.6	Chapitre 9 Radiologie / 9.2 Autres procédés d'imagerie Tomographie par émission de positrons ; TEP/CT au FDG pour le diagnostic de métastases pulmonaires, de lésions dans le médiastin et de lésions suspectes à d'autres endroits en cas de biopsie impossible ou aléatoire ou pour la localisation de la biopsie ;.....	7
2.7	Chapitre 9 Radiologie / 9.2 Autres procédés d'imagerie TEP/CT avec peptides DOTA pour le diagnostic (planification thérapeutique) en cas de méningiomes.....	7
2.8	Chapitre 9 Radiologie / 9.2 Autres procédés d'imagerie Stadification par TEP au PSMA en cas de carcinome prostatique avéré à risque moyen ou élevé.....	8
2.9	Chapitre 9 Radiologie / 9.3 Radiologie interventionnelle et radiothérapie Hyperthermie profonde régionale combinée avec une radiothérapie externe ou une brachythérapie.....	8
3.	Demandes rejetées	9
3.1	Chapitre 8 Psychiatrie / Psychothérapie selon Samuel Widmer (désignation : « Echte Psychotherapie » (vraie psychothérapie)).....	9
3.2	Phonocardiographie / test rapide acoustique pour les maladies coronariennes.....	9
3.3	Chapitre 9 Radiologie / 9.2 Autres procédés d'imagerie Tomographie par émission de positrons ; retour sur la limitation de l'obligation de prise en charge dans le diagnostic de la démence par TEP depuis le 1 ^{er} avril 2020.....	9
4.	Adaptations rédactionnelles	10

1. Introduction

L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) et ses annexes désignent les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est compétent pour adapter l'OPAS et ses annexes aux nouvelles circonstances. Pour ce faire, il tient compte des évaluations et des recommandations des commissions fédérales consultatives compétentes, à savoir la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP), la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA) avec sa sous-commission des moyens et appareils (CFAMA-LiMA) et sa sous-commission des analyses (CFAMA-LA), ainsi que la Commission fédérale des médicaments (CFM).

Ce document contient des explications sur les modifications mentionnées dans le titre.

2. Modifications du contenu de l'annexe 1 OPAS

2.1 Annexe 1 OPAS – Mise à jour : suppression d'inscriptions

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal au 1^{er} janvier 1996, toutes les dispositions de l'annexe 1 reprises d'avant la LAMal, ainsi que toutes les prestations médicales évaluées et inscrites depuis lors par la commission des prestations, n'ont été actualisées que sur demande. De ce fait, un nombre considérable d'inscriptions s'est accumulé, concernant des prestations médicales qui ont été inscrites dans les années 1967 à 2002 avec la mention « oui » pour l'obligation de prise en charge et qui font aujourd'hui partie des soins courants (Standard of Care), mais aussi des inscriptions concernant des prestations qui sont maintenant réglées dans la liste des moyens et appareils, la liste des analyses ou dans l'OPAS (fournisseurs de prestations non médecins ou prestations médicales prophylactiques).

Les inscriptions relatives aux mesures suivantes sont supprimées :

- Mesures en cas d'opération du cœur
- Système de stabilisation pour opération de pontage coronarien à cœur battant
- Autotransfusion
- Implantation d'un sphincter artificiel
- Traitement au laser des tumeurs vésicales ou du pénis
- Hémodialyse (« rein artificiel »)
- Dialyse péritonéale
- Perfusion parentérale d'antibiotiques à l'aide d'une pompe à perfusion continue, traitement ambulatoire
- Plasmaphérèse
- Enregistrement de l'ECG par télémétrie
- Implantation d'un défibrillateur
- Traitement par Baclofen à l'aide d'un doseur implantable de médicament
- Traitement intrathécal d'une douleur chronique somatique à l'aide d'un doseur implantable de médicament
- Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens neurologiques spéciaux
- Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens ophtalmologiques spéciaux
- Traitement du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)
- Traitement au laser du cancer du col in situ
- Ablation non chirurgicale de l'endomètre
- Échographie
- Massage séquentiel péristaltique
- Traitement des affections cutanées par la lumière noire (PUVA-thérapie)
- Photothérapie sélective par ultraviolets
- Traitement au laser de nævus télangiectasique
- Traitement au laser de condylome acuminé

- Synoviorthèse
- Biométrie par échographie oculaire avant opération de la cataracte
- Prothèse vocale
- Traitement de la toxicomanie – ambulatoire / hospitalier
- Psychothérapie de groupe
- Psychodrame
- Tomographie axiale computerisée (CT-scan)
- Massages en cas de paralysie consécutive à des affections du système nerveux central
- Traitement des troubles du langage
- Gymnastique de groupe pour enfants obèses
- Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant
- Traitement orthoptique
- Traitement des défauts de posture
- Protection des hanches pour prévenir les fractures du col du fémur
- Aérosols soniques
- Traitement de l'énurésie par appareil avertisseur
- Électro-neurostimulation transcutanée (TENS)
- Dosage de la mélatonine sérique
- Frottis de Papanicolaou pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)
- Cytologie en couches minces pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus selon les méthodes ThinPrep ou Autocyte Prep/SurePath (art. 12e, let. b, OPAS)
- Détection du papillomavirus humain (HPV) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)

La suppression d'une prestation qui figurait avec la mention « oui » dans l'annexe 1 OPAS et pour laquelle aucune condition spécifique n'était liée à la fourniture de la prestation n'entraîne ***pas de modification de l'obligation de prise en charge***. Les prestations susmentionnées relèvent à nouveau du principe de confiance et peuvent continuer à être fournies à la charge de l'AOS (pour autant qu'elles soient efficaces, appropriées et économiques [EAE] dans le cas d'espèce).

2.2 Datation des références aux titres de formation postgrade

Plusieurs dispositions de l'annexe 1 OPAS mentionnent, pour certaines prestations, une formation postgrade spécifique comme condition préalable à la prise en charge des coûts par l'AOS, ceci en vertu de l'art. 58h, al. 1, let. b, LAMal. Sont cités des titres de spécialiste, des titres de formation approfondie et des attestations de formation complémentaire. Les titres de spécialiste sont obtenus sur la base de la loi sur les professions médicales (LPMéd), conformément au programme de formation postgradue édicté par l'Institut pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) pour chaque spécialité. En revanche, les titres de formation approfondie et les attestations de formation complémentaire (reconnus par l'ISFM) sont des titres de droit privé qui n'ont pas de base légale dans la LPMéd. De tels renvois statiques à des normes de droit privé doivent, au regard du principe de légalité, respecter certaines conditions relevant de la technique législative. Les renvois statiques directs doivent être formulés de telle manière que l'objet du renvoi et sa version soient identifiés clairement et sans équivoque. Une note de bas de page doit préciser où le document est disponible.

L'annexe 1 OPAS mentionne 5 titres de formation approfondie et 3 attestations de formation complémentaire, ce qui représente 8 occurrences au total. Les modifications concernent les prestations ou les spécialités suivantes :

- Ablation thermique endoveineuse de veines saphènes (annexe 1 OPAS, ch. 1.1. Chirurgie générale : attestation de formation complémentaire en ablation thermique endoveineuse des veines saphènes en cas de varices)

- Électroneuromodulation des racines sacrées (annexe 1 OPAS, ch. 1.4 Urologie et proctologie : formations approfondies en neuro-urologie et en chirurgie viscérale)
- Électroneuromodulation percutanée du nerf tibial et injection cystoscopique de toxine botulique de type A (annexe 1 OPAS, ch. 1.4 Urologie et proctologie : formation approfondie en urogynécologie)
- Potentiels évoqués moteurs (annexe 1 OPAS, ch. 2.3 Neurologie : attestations de formation complémentaire en électroencéphalographie et en électroneuromyographie)
- Test d'expression multigénique en cas de cancer du sein (annexe 1 OPAS, ch. 2.5 Oncologie : formation approfondie en pathologie moléculaire)
- TEP/CT au FDG ou avec des substances à affinité amyloïde (annexe 1, ch. 9.2 Autres procédés d'imagerie : formation approfondie en gériatrie)

À l'avenir, l'OFSP vérifiera si les révisions des programmes de formation postgrade ont une importance vis-à-vis de l'obligation de prise en charge par l'AOS. Si tel n'est pas le cas, il mettra à jour les données sans consulter la CFPP. Si les modifications apportées aux programmes de formation postgrade sont susceptibles d'avoir des répercussions sur l'efficacité, l'adéquation ou l'économicité de la prestation concernée, la CFPP sera consultée.

2.3 Chapitre 1 Chirurgie / 1.1 Chirurgie générale et divers

Chirurgie métabolique chez les patients présentant un diabète de type 2 mal ajustable et un IMC de 30-35 kg/m²

Le traitement chirurgical de l'obésité s'est établi comme un traitement efficace de l'*obésité* et figure dans l'annexe 1 OPAS comme étant soumis à l'obligation de prise en charge pour les patients dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 35 kg/m² et lorsqu'un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet.

Les opérations visant à traiter l'obésité chez les personnes atteintes de *diabète sucré de type 2* (DT2) sont regroupées sous le terme de « chirurgie métabolique ». Des études montrent que la chirurgie métabolique permet un contrôle significativement meilleur de la glycémie, voire une rémission complète du diabète, par rapport aux mesures conservatrices chez les patients obèses ayant un IMC de 30-35 kg/m² et un DT2 mal ajustable. Plusieurs directives internationales recommandent donc la chirurgie métabolique pour ce groupe de patients. En termes de sécurité, il n'y a pas de différences significatives par rapport à la chirurgie bariatrique chez les patients ayant un IMC supérieur à 35 kg/m².

Des études à long terme en cours, dont les résultats ne sont pas attendus avant fin 2024, fourniront davantage de preuves concernant l'efficacité à long terme de la chirurgie métabolique en termes d'événements cardiovasculaires et de qualité de vie pour ce groupe de patients. En conséquence, la prestation est incluse pour ce groupe de patients avec une limitation dans le temps au 30 juin 2025. Elle ne sera prise en charge qu'après l'échec d'autres thérapies, non chirurgicales, pendant une durée d'au moins 12 mois et si elle est effectuée dans des centres qualifiés conformément aux conditions mentionnées dans l'annexe 1.

2.4 Chapitre 1 Chirurgie / 1.3 Orthopédie, traumatologie

Grefe autologue de chondrocytes / greffe ostéochondrale en mosaïque

La greffe autologue de chondrocytes est une méthode de traitement des défauts du cartilage articulaire qui est utilisée presque exclusivement dans l'articulation du genou après des blessures (généralement des blessures sportives). Elle consiste à prélever des cellules cartilagineuses à des endroits non sollicités de l'articulation du genou, à les cultiver et à les multiplier en laboratoire, puis à les placer dans le défaut cartilagineux sur un support approprié.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'obligation de prise en charge de cette prestation est inscrite provisoirement, et sous réserve de son évaluation, pour le traitement des lésions cartilagineuses post-trauma-

tiques du genou. Les coûts de la majorité des traitements sont pris en charge par l'assurance-accidents. L'AOS ne prend en charge les coûts que pour les personnes pour lesquelles aucune assurance-accidents obligatoire n'est tenue de verser des prestations en vertu de la loi sur l'assurance-accidents (LAA). Fin 2019, la Commission des tarifs médicaux (CTM) de l'assurance-accidents obligatoire a prolongé l'obligation provisoire de prise en charge jusqu'à fin 2024. Dans l'optique d'une égalité de traitement des assurés pour lesquels l'AOS prend en charge les frais de guérison suite à un accident, l'AOS prendra également en charge les coûts de cette prestation avec une limitation jusqu'à fin 2024 et une prolongation de la réserve relative à l'évaluation.

Les alternatives à cette prestation sont la microfracture (perçage des défauts de cartilage afin que des cellules de tissu conjonctif issues de la moelle osseuse croissent dans le défaut de cartilage et forment un tissu de remplacement, appelé fibrocartilage) et – surtout pour les défauts plus profonds – la greffe ostéochondrale en mosaïque (des cylindres ostéocartilagineux sont prélevés à des endroits non sollicités de l'articulation du genou afin de combler le défaut de cartilage à l'endroit sollicité). L'AOS prend en charge les coûts de la microfracture dans le cadre de la présomption de prise en charge obligatoire découlant de l'art. 33, al. 1, LAMal (« principe de confiance »). Depuis 2017, la greffe ostéochondrale en mosaïque figure à l'annexe 1 OPAS comme prestation soumise à l'obligation de prise en charge pour le traitement des défauts osseux ou cartilagineux post-traumatiques.

Dans un rapport d'ETS anglais, la greffe autologue de chondrocytes est jugée plus durable que la microfracture, et ce sur la base de résultats d'études effectuées avec un suivi de 5 ans. Une évaluation définitive de l'efficacité (du point de vue des résultats à long terme sur une période de plus de 5 ans) n'est toutefois pas encore possible.

La greffe autologue de chondrocytes peut également être utilisée dans certains cas pour une maladie rare de l'articulation du genou, l'ostéochondrose disséquante. Cette maladie se caractérise par le détachement d'un fragment ostéocartilagineux (« souris articulaire ») dans l'articulation du genou sans qu'il y ait eu d'accident préalable. Les conséquences sont d'une part des blocages de l'articulation dus au fragment « flottant » dans le liquide synovial dans l'espace articulaire (traitement : élimination du fragment), et d'autre part un défaut cartilagineux ou osseux dans l'articulation du genou qui, s'il n'est pas traité, peut conduire à l'arthrose et finalement nécessiter une prothèse articulaire. Tant la greffe autologue de chondrocytes que la greffe ostéochondrale en mosaïque peuvent, dans de rares cas, être appropriées pour une intervention en cas d'ostéochondrose disséquante. Pour ces deux prestations, l'annexe 1 OPAS mentionne désormais explicitement cette indication.

L'annexe 1 OPAS ne précise pas en détail quels types de greffe autologue de chondrocytes sont soumis à l'obligation de prise en charge. Il existe différentes méthodes pour introduire les chondrocytes cultivés dans le défaut (matrice de collagène ou autres supports). Les chondrocytes cultivés sont considérés comme des produits cellulaires pour lesquels une autorisation de mise sur le marché est nécessaire. Actuellement, deux produits font l'objet d'une telle autorisation en Suisse.

La réévaluation de l'obligation de prise en charge limitée dans le temps sera effectuée vers la fin de la période couverte sur la base des études encore en cours, dont on attend d'autres résultats à long terme. En outre, conformément aux exigences de la CTM, un registre des interventions en Suisse est tenu, duquel on peut attendre des données sur l'application en Suisse de ces techniques.

2.5 Chapitre 2 Médecine interne / 2.3 Neurologie et traitement de la douleur / anesthésie Traitement par ultrasons focalisés du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique pour le traitement des douleurs neuropathiques graves réfractaires au traitement

Le traitement par ultrasons focalisés des noyaux cérébraux profonds sous contrôle RM permet d'influencer favorablement les troubles moteurs et les douleurs en réchauffant et en désactivant certaines petites zones du cerveau par des ultrasons concentrés provenant de 1024 émetteurs sous contrôle IRM. Il n'est pas nécessaire d'ouvrir la peau ou le crâne pour cela. Il s'agit donc d'un traitement non invasif, mais irréversible. La principale méthode comparable consiste à implanter des électrodes qui stimulent électriquement les mêmes structures cérébrales (stimulation cérébrale profonde). Cette pro-

cédure est (peu) invasive, mais en principe réversible. La prestation est réalisée d'une part en ambulatoire dans un centre de traitement à Soleure, d'autre part en hospitalisation (courte) à l'Hôpital universitaire de Zurich.

L'obligation de prise en charge pour trois domaines d'indication (tremblement idiopathique, troubles moteurs dans la maladie de Parkinson, douleurs neuropathiques graves réfractaires au traitement) était limitée au milieu de l'année 2020 sous réserve d'évaluation. En juin 2020, le DFI a décidé l'obligation définitive de prise en charge pour l'indication « *tremblement idiopathique* » et une prolongation de l'évaluation de deux ans, jusqu'à fin décembre 2021, pour l'indication « *troubles moteurs chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson* », tandis que l'examen de la prestation pour l'indication « *douleurs neuropathiques* » n'était pas encore terminé à cette date.

Le traitement par ultrasons focalisés est jugé prometteur, mais n'est pas encore suffisamment évalué pour permettre une obligation de prise en charge définitive ou une exclusion définitive de celle-ci. Actuellement, de petites études sont en cours dans le monde et le centre de traitement de Soleure tient un registre d'évaluation (les patients souffrant de douleurs ne sont traités qu'à Soleure). Avec 5 à 10 traitements par an, une période d'évaluation de plusieurs années est nécessaire pour obtenir des résultats sur un nombre significatif de parcours de traitement. En conséquence, l'obligation de prise en charge est prolongée jusqu'à fin 2025, avec l'obligation d'évaluer et de tenir un registre d'évaluation.

2.6 Chapitre 9 Radiologie / 9.2 Autres procédés d'imagerie

Tomographie par émission de positrons ; TEP/CT au FDG pour le diagnostic de métastases pulmonaires, de lésions dans le médiastin et de lésions suspectes à d'autres endroits en cas de biopsie impossible ou aléatoire ou pour la localisation de la biopsie ;

Depuis 2011, l'annexe 1 OPAS renvoie, pour les indications oncologiques, aux directives cliniques de la Société suisse de médecine nucléaire, où sont énumérées les indications recommandées, plutôt que d'énumérer directement les nombreuses indications. Dans ces directives, le diagnostic de métastases pulmonaires (suspects d'une affection maligne), de lésions du médiastin (tissu conjonctif entre les poumons, le cœur, les gros vaisseaux et l'œsophage) et de lésions suspectes qui ne sont pas accessibles à un prélèvement de tissu ne figure pas parmi les indications oncologiques. Depuis 2014, une obligation de prise en charge « en cours d'évaluation » s'applique aux examens correspondants. Une limitation temporelle jusqu'à fin 2020 était prévue.

Les examens de métastases pulmonaires et de lésions dans le médiastin par FDG-TEP/CT en cas de suspicion d'affection maligne sont jugés efficaces sur la base de la littérature scientifique actuelle. Les examens sont plus précis que l'imagerie conventionnelle, ils permettent souvent de poser l'indication pour les étapes thérapeutiques ultérieures sans qu'il soit nécessaire de prélever des tissus pour confirmer le diagnostic de suspicion, et les examens sont recommandés de manière unanime par les sociétés internationales de pneumologie et d'oncologie. Le troisième type de diagnostic, rare, (présence de lésions suspectes à d'autres endroits en cas de biopsie impossible ou aléatoire ou pour la localisation de la biopsie) concerne généralement des tumeurs malignes des tissus mous (sarcomes) ou de récurrences de celles-ci, pour lesquelles le choix d'un site de biopsie représentatif peut être important. En Suisse, l'indication de ces examens est généralement posée par des tumor boards interdisciplinaires.

La prestation est donc définitivement soumise à l'obligation de prise en charge au 1^{er} janvier 2021.

2.7 Chapitre 9 Radiologie / 9.2 Autres procédés d'imagerie

TEP/CT avec peptides DOTA pour le diagnostic (planification thérapeutique) en cas de méningiomes

Les méningiomes sont des tumeurs des méninges qui, dans 95 % des cas, n'envahissent pas le tissu cérébral ou d'autres tissus et ne forment pas de métastases, mais qui, par leur croissance, repoussent ou compriment des structures cérébrales saines et peuvent ainsi causer des troubles ou des dommages irréversibles. Le diagnostic est généralement établi par IRM, ce qui permet le plus souvent de déterminer le traitement (opération ou radiothérapie). Depuis peu, on utilise dans certains cas (par ex.

les méningiomes situés à proximité des os de la base du crâne ou les méningiomes récidivants entourés de tissu cicatriciel en raison de la radiothérapie ou d'une première opération) le TEP/CT au moyen de peptides DOTA marqués radioactivement.

Le diagnostic TEP/CT des méningiomes permet une meilleure planification du traitement par le tumor board (choix de la procédure : radiothérapie ou opération ; planification de la radiothérapie). La qualité du diagnostic et la contribution à une meilleure planification thérapeutique ont été démontrées dans des études. Cet examen est pris en charge par l'AOS à partir du 1^{er} janvier 2021.

2.8 Chapitre 9 Radiologie / 9.2 Autres procédés d'imagerie

Stadification par TEP au PSMA en cas de carcinome prostatique avéré à risque moyen ou élevé

Le carcinome prostatique (CaP) est la tumeur maligne la plus fréquente chez l'homme, avec environ 6100 nouveaux cas par an, dont environ 4100 sont classés dans les catégories de risque « moyen » et « élevé ». En Suisse, environ 1300 hommes meurent chaque année des suites d'un CaP, ce qui correspond à 15 % des décès liés au cancer en Suisse. Environ 50 % des patients atteints d'un CaP à risque élevé développent une récurrence au cours de leur vie, avec un taux de mortalité à 15 ans pouvant atteindre 35 %.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, il existe une obligation de prise en charge de l'examen TEP au PSMA pour l'indication de diagnostic de récurrence (restadification) du CaP (progression de la maladie cancéreuse, reconnaissable à une nouvelle augmentation du taux de PSA dans le sang). Pour ce diagnostic, le TEP au PSMA a largement remplacé l'imagerie conventionnelle (scanner et scintigraphie osseuse) comme examen standard en clinique.

Selon les études actuelles, le TEP au PSMA offre également, en tant que diagnostic primaire de stadification (détermination de l'extension initiale de la maladie cancéreuse), une sensibilité et une spécificité plus élevées pour les métastases ganglionnaires et osseuses dans le cas d'un cancer du poumon à risque moyen ou élevé nouvellement diagnostiqué, par rapport au diagnostic traditionnel par tomographie par émission de positons et scintigraphie osseuse, un taux plus faible de résultats incertains et une exposition moindre aux radiations pour le patient. Dans environ 25 % des cas, les résultats du TEP au PSMA entraînent une modification du traitement initialement prévu.

Le radionucléide le plus utilisé, le 68Ga-PSMA-11, n'est actuellement produit qu'à Berne, Villigen et Zurich. En raison de sa courte demi-vie, il n'est pas disponible dans toute la Suisse. La disponibilité géographiquement limitée de cet examen spécial est toutefois considérée comme raisonnable en raison de la capacité des patients à voyager.

Cet examen est soumis à l'obligation de prise en charge à partir du 1^{er} janvier 2021.

2.9 Chapitre 9 Radiologie / 9.3 Radiologie interventionnelle et radiothérapie

Hyperthermie profonde régionale combinée avec une radiothérapie externe ou une brachythérapie

L'obligation de prise en charge de l'hyperthermie profonde régionale à des fins de traitement des tumeurs, en combinaison avec la radiothérapie, est limitée au 31 décembre 2020. En raison de la pandémie de Corona, la demande de prise en charge définitive n'a pas pu être examinée à temps pour une modification au 1^{er} janvier 2021. L'obligation provisoire de prise en charge est d'abord prolongée de six mois (jusqu'au 30 juin 2021).

3. Demandes rejetées

3.1 Chapitre 8 Psychiatrie / Psychothérapie selon Samuel Widmer (désignation : « Echte Psychothérapie » (vraie psychothérapie))

La prestation est proposée par un groupe de prestataires médicaux et non médicaux appartenant à la société Avanti (Association médicale internationale pour la vraie psychothérapie et la psychiatrie alternative), liée à la Communauté des fleurs de cerisier.

Le DFI décide, en se basant également sur les réactions des associations consultées, d'exclure la thérapie de l'obligation de prise en charge. En ce qui concerne la désignation, il convient de noter que l'appellation « vraie psychothérapie » utilisée par les prestataires pour se démarquer des méthodes de la médecine conventionnelle a été jugée trompeuse, raison pour laquelle il a été choisi de la désigner dans l'OPAS d'après le nom du fondateur de ce courant thérapeutique.

3.2 Phonocardiographie / test rapide acoustique pour les maladies coronariennes

La phonocardiographie est une procédure diagnostique non invasive qui permet d'exclure une maladie coronarienne (MC) au moyen d'un test rapide acoustique. Le groupe cible se compose de patients de plus de 40 ans qui se présentent au cabinet du médecin généraliste avec des symptômes de maladie coronarienne stable, mais qui ont une probabilité faible à moyenne de maladie coronarienne.

La phonocardiographie détecte les bruits d'écoulement modifiés par la maladie coronarienne dans les artères coronaires à l'aide d'un algorithme logiciel intégré dans l'appareil. Contrairement aux méthodes de diagnostic utilisées actuellement en cas de suspicion de maladie coronarienne (cathétérisme cardiaque, scanner cardiaque), la phonocardiographie n'implique aucune exposition aux rayons X ou aux produits de contraste.

Le demandeur distribue un appareil de phonocardiographie en Suisse. Sa demande contient des données relatives à cet appareil spécifiquement. L'appareil est utilisé depuis 2017 dans certains pays européens (Allemagne, Autriche, Suède, Danemark) par des médecins et des cabinets individuels, mais il ne s'est pas imposé à grande échelle. De plus, les procédures phonocardiographiques n'ont pas encore été mentionnées dans les directives des sociétés médicales.

L'état actuel des études se caractérise par de petites études sans groupes de contrôle ou critères d'évaluation pertinents pour les patients. Il n'est donc pas possible actuellement d'évaluer de manière concluante l'efficacité de la prestation par rapport aux méthodes de diagnostic actuelles. En ce qui concerne l'adéquation et l'économie, il manque des données indiquant que les examens invasifs sont moins souvent nécessaires chez les personnes examinées au moyen de la phonocardiographie.

La prestation est exclue de l'obligation de prise en charge au moyen d'une inscription dans l'annexe 1 OPAS.

3.3 Chapitre 9 Radiologie / 9.2 Autres procédés d'imagerie

Tomographie par émission de positrons ; retour sur la limitation de l'obligation de prise en charge dans le diagnostic de la démence par TEP depuis le 1^{er} avril 2020

Depuis le 1^{er} juillet 2014, le diagnostic complémentaire de la démence par TEP/CT au FDG est pris en charge pour les patients chez qui le diagnostic ne peut être ni confirmé ni exclu après l'examen de base. Depuis le 1^{er} avril 2020, les examens par TEP/CT avec traceur de plaques amyloïdes sont également pris en charge pour cette question diagnostique. L'examen de base se compose généralement d'un examen clinique interne et neurologique, de tests neuropsychologiques et d'une imagerie (IRM), et se déroule majoritairement dans le cadre de consultations ambulatoires interdisciplinaires (appelées cliniques de la mémoire).

L'introduction de l'obligation de prise en charge pour la TEP/CT aux amyloïdes s'est accompagnée d'une restriction supplémentaire tant pour la TEP/CT au FDG que pour la TEP/CT aux amyloïdes, avec la justification suivante : depuis le 1^{er} juillet 2019, la détermination des marqueurs de démence dans le LCR (liquide céphalo-rachidien, dont l'obtention nécessite une ponction lombaire) est soumise

à l'obligation de prise en charge. Cette dernière a été justifiée à l'époque, entre autres, par le fait que ce diagnostic pouvait remplacer un diagnostic complémentaire par TEP/CT dans une grande partie des cas incertains après l'examen de base dans les cliniques de la mémoire, et qu'il était nettement moins cher que l'examen TEP/CT. Depuis le 1^{er} avril 2020, les examens TEP/CT de la démence sont en outre soumis à la restriction suivante : ils ne sont remboursés qu'après un examen non conclusif du liquide céphalo-rachidien ou lorsqu'une ponction lombaire n'est pas possible ou contre-indiquée.

Après l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation, une demande a été faite pour annuler la condition « après un examen non conclusif du liquide céphalo-rachidien ». Il a également été demandé de supprimer la restriction « jusqu'à l'âge de 80 ans révolus », en vigueur depuis 2014 pour le TEP/CT au FDG, et de prendre en charge, dans certains cas, l'examen avec le deuxième traceur lorsque le premier examen ne permet pas encore de poser un diagnostic. Les auteurs de la proposition ont justifié leur retour sur le premier point en se référant à une directive qui reposait elle-même sur un consensus d'experts, sur le deuxième point notamment par des considérations éthiques et sur le troisième point par leur expérience d'utilisation.

La demande est rejetée en raison de l'absence de preuves scientifiques sur l'adéquation et l'économie. Les restrictions à l'obligation de prise en charge qui sont en vigueur depuis le 1^{er} avril 2020 restent inchangées.

4. Adaptations rédactionnelles

L'annexe 1 OPAS n'a fait l'objet d'aucune adaptation rédactionnelle.