

## Annexe 1 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

### Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de certaines prestations fournies par les médecins

est modifiée comme suit:

#### Chapitre 1 Chirurgie

##### 1.1 Chirurgie générale et divers

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Anastomose lymphoveineuse et transplantation de ganglions lymphatiques vascularisés pour le traitement des œdèmes lymphatiques	Oui	En cours d'évaluation Si les douleurs et les incapacités fonctionnelles liées à l'œdème lymphatique répondent insuffisamment à des thérapies décongestionnantes complexes conservatrices, conformes aux directives et documentées (drainage lymphatique manuel, exercices basés sur le mouvement, compressions, soins cutanés) durant au moins 12 mois.  Prise en charge des coûts uniquement sur garantie préalable spéciale de l'assureur, qui tient compte de la recommandation du médecin-conseil.	1.7.2021 jusqu'au 31.12.2026
Liposuccion pour le traitement des douleurs en cas de lipœdème	Oui	En cours d'évaluation Si les douleurs liées au lipœdème répondent insuffisamment à des thérapies conservatrices intensives et documentées (traitement compressif conséquent, traitement par drainage lymphatique manuel) durant au moins 12 mois.  Prise en charge des coûts uniquement sur garantie préalable spéciale de l'assureur, qui tient compte de la recommandation du médecin-conseil.  Pose de l'indication interdisciplinaire par au moins deux médecins spécialisés issus des disciplines suivantes : angiologie, chirurgie plastique reconstructive et esthétique, endocrinologie/diabétologie, dermatologie.  Réalisation par un médecin spécialisé au bénéfice d'une connaissance approfondie des techniques de liposuccion.	1.7.2021 jusqu'au 31.12.2025
Traitement chirurgical de l'adiposité	Oui	Le patient présente un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35.	1.1.2000/ 1.1.2004/

<sup>1</sup> Pas publiée dans le RO.

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>Un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet.</p> <p>Pose de l'indication, réalisation, assurance de la qualité et contrôle de suivi, comme prévu dans les Directives <b>médicales</b> du 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>2</sup> du <i>Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders</i> (SMOB) pour le traitement chirurgical de l'obésité.</p> <p>Réalisation dans des centres qui, du fait de leur organisation et de leur personnel, sont en mesure de respecter les directives <b>médicales</b> du SMOB du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour le traitement chirurgical de l'adiposité.</p> <p>Les centres reconnus par le SMOB conformément aux directives <b>administratives</b> pour le traitement chirurgical de l'obésité du 1<sup>er</sup> janvier 2021 sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si l'intervention doit se dérouler dans un centre non reconnu par le SMOB, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018/ <b>1.7.2021</b></p>
Chirurgie métabolique	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Le patient présente un diabète sucré de type 2 mal ajustable et un indice de masse corporelle (IMC) de 30 à 35. Le diabète sucré de type 2 ne peut pas être suffisamment ajusté sur une période d'au moins 12 mois en raison d'une réponse insuffisante à une thérapie non chirurgicale conforme aux directives.</p> <p>Indication, réalisation, assurance de la qualité et contrôle de suivi selon les directives <b>médicales</b> de la <i>Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders</i> (SMOB) du 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>3</sup> pour le traitement chirurgical de la surcharge pondérale.</p> <p>Réalisation dans des centres qui, de par leur organisation et leur personnel, sont en mesure de respecter les directives <b>médicales</b> du SMOB du 1<sup>er</sup> janvier 2021.</p> <p>Les centres qui sont reconnus par le SMOB conformément à ses directives <b>administratives</b> du 1<sup>er</sup> janvier 2021 sont réputés avoir satisfait à cette exigence.</p> <p>Lorsque l'intervention doit être effectuée dans un centre qui n'est pas reconnu par le SMOB, elle est prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2021/ <b>1.7.2021</b> jusqu'au 31.12.2025</p>

<sup>2</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>3</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

## 8 Psychiatrie et psychothérapie

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<p><del>Traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés</del> <b>Traitement par agonistes opioïdes (TAO) en cas de syndrome de dépendance aux opioïdes</b></p>	Oui	<p><del>Traitement avec prescription de méthadone, de buprénorphine, de morphine « retard » ou d'héroïne</del></p> <p><b>1. Selon les recommandations médicales du 16 juillet 2020<sup>4</sup> pour le traitement par agonistes opioïdes (TAO) de la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM) et en respectant les consignes nationales et cantonales en matière de droit des stupéfiants</b></p> <p><del>1. Respect des dispositions, directives et recommandations suivantes:</del></p> <p><del>a. concernant le traitement avec prescription de méthadone, de buprénorphine et de morphine retard: «Dépendance aux opioïdes: traitements basés sur la substitution—Recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM) et de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS)» de juillet 2013<sup>5</sup>;</del></p> <p><del>b. concernant le traitement avec prescription d'héroïne: les dispositions de l'ordonnance du 25 mai 2011 relative à l'addiction aux stupéfiants (RS 812.121.6) et les directives et recommandations du manuel de l'OFSP «Traitement avec prescription d'héroïne; directives, recommandations, informations» de septembre 2000.</del></p> <p><b>2. La substance ou la préparation utilisée doivent figurer sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) ou sur la liste des spécialités (LS) dans le groupe thérapeutique (IT) approuvé par Swissmedic.</b></p> <p><del>3. Le traitement de substitution</del> <b>Le traitement par agonistes opioïdes (TAO) comprend les prestations suivantes:</b></p> <p>a. prestations médicales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– examen d'entrée, y compris anamnèse de la dépendance, examen psychique et somatique avec une attention particulière aux troubles liés à la dépendance et ayant causé la dépendance;</li> <li>– demandes d'informations supplémentaires (famille, partenaire, services de traitement précédents);</li> <li>– établissement du diagnostic et de l'indication;</li> <li>– établissement d'un plan thérapeutique;</li> <li>– procédure de demande d'autorisation et établissement de rapports à l'intention de l'assureur-maladie;</li> <li>– mise en œuvre et exécution du <b>TAO</b></li> </ul>	<p>1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2021</p>

<sup>4</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– remise surveillée de la substance ou de la préparation, pour autant que celle-ci ne se fasse pas par l'intermédiaire d'un pharmacien;</li> <li>– assurance de la qualité;</li> <li>– traitement des troubles liés à l'usage d'autres substances psychotropes;</li> <li>– évaluation du processus thérapeutique;</li> <li>– demandes de renseignements auprès de l'institution en charge de la remise des produits;</li> <li>– réexamen du diagnostic et de l'indication;</li> <li>– adaptation du traitement et correspondance qui en résulte avec les autorités;</li> <li>– établissement de rapports à l'intention des autorités et de l'assureur-maladie;</li> <li>– contrôle de la qualité.</li> </ul> <p>b. prestations du pharmacien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– fabrication de solutions orales selon la LMT, y compris contrôle de la qualité;</li> <li>– remise surveillée de la substance ou de la préparation;</li> <li>– tenue de la comptabilité concernant les substances actives et établissement de rapports destinés aux autorités;</li> <li>– établissement de rapports à l'intention du médecin responsable;</li> <li>– conseils.</li> </ul> <p><del>4. La prestation doit être fournie par l'institution compétente selon le ch. 1.</del></p> <p><del>5. Des rémunérations forfaitaires peuvent être convenues pour le traitement de substitution.</del></p>	
--	--	---	--

### 9.3 Radio-oncologie / radiothérapie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Hyperthermie profonde régionale lors de traitement antitumoral, combinée avec une radiothérapie externe ou une brachythérapie		<p><del>Pour les indications suivantes:</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>— cancer du col de l'utérus, en cas de contre-indications pour une chimiothérapie ou dans une zone déjà irradiée</del></li> <li><del>— carcinome de la vessie (maintien des fonctions), en cas de contre-indications pour une chimiothérapie ou dans une zone déjà irradiée</del></li> <li><del>— cancer du rectum (maintien des fonctions), en cas de contre-indications pour une chimiothérapie ou en cas de récurrence dans une zone déjà irradiée</del></li> <li><del>— sarcome des tissus mous (maintien des fonctions), en cas de contre-indications pour une chimiothérapie</del></li> </ul>	

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p><del>— cancer du pancréas, tumeur locale primaire, inopérable, à un stade avancé</del></p> <p><del>— récurrence locale de tumeur avec symptômes de compression dans les situations palliatives, profondeur du foyer &gt; 5 cm</del></p> <p><del>— métastases osseuses, douloureuses, de la colonne vertébrale et du bassin, profondeur du foyer &gt; 5 cm</del></p> <p>Les traitements se font dans une clinique rattachée au <i>Swiss Hyperthermia Network</i>. Pose de l'indications par son <i>tumorboard</i>.</p>	
	Oui	<p>Pour les indications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer du col de l'utérus, en cas de contre-indication pour une chimiothérapie ou dans une zone déjà irradiée</li> <li>- Cancer du pancréas, tumeur primaire localement avancée et inopérable <ul style="list-style-type: none"> <li>- Métastases osseuses douloureuses dans la colonne vertébrale et le bassin, profondeur de foyer &gt; 5 cm.</li> </ul> </li> </ul>	1.1.2017/ 1.1.2019 1.7.2021
	Oui	<p>En cours d'évaluation, pour les indications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarcome des tissus mous (maintien des fonctions), en cas de contre-indication pour une chimiothérapie</li> <li>- Tumeur locale récidivante avec symptôme compressive en situation palliative, profondeur de foyer &gt; 5 cm</li> </ul>	1.1.2017/ 1.1.2019 1.7.2021 jusqu'au 30.6.2023

## 9.4 Médecine nucléaire

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Tomographie par émission de positrons ( <del>TEP</del> , TEP/TC, <del>TEP/RM</del> )	Oui	<p>Produits radiopharmaceutiques indications et questionnements conformes aux directives cliniques de la SSMN du 9 février 2021<sup>6</sup></p> <p>Les produits radiopharmaceutiques utilisés doivent disposer d'une autorisation valable.</p> <p>Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 1<sup>er</sup> mars 2021<sup>7</sup> de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).</p> <p>a) Au moyen de <sup>18</sup>F Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), seulement pour les indications suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. en cardiologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>— comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque,</li> </ul> </li> </ol>	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/

<sup>6</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>7</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> <li>— en cas de suspicion de sarcoïdose cardiaque, comme diagnostic secondaire et contrôle thérapeutique</li> <li>— en cas de suspicion d'infection d'implants cardiologiques;</li> </ul> <p>2. en oncologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN<sup>8</sup>, chapitre 1.0, pour TEP 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;</li> </ul> <p>3. en neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— comme mesure préopératoire en cas d'épilepsie focale résistante à la thérapie,</li> <li>— pour diagnostic de démence: comme examen complémentaire dans des cas peu clairs, après un examen non conclusif du liquide céphalo-rachidien ou lorsqu'une ponction lombaire est impossible ou contre indiquée après un examen préalable interdisciplinaire et sur prescription de spécialistes en médecine interne générale avec formation approfondie en gériatrie (programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2000, révisé le 21 juin 2018<sup>9</sup>), en psychiatrie et psychothérapie ou en neurologie; jusqu'à l'âge de 80 ans révolus, avec un test de Folstein (Mini-Mental-Status-Test) d'au moins 10 points et une démence durant depuis 5 ans au maximum; pas d'examen préalable par TEP ou TEMP (<i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>).</li> </ul> <p>4. En médecine interne générale, infectiologie ou rhumatologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— en cas de fièvre d'origine inconnue, après un examen non conclusif en médecine interne et en infectiologie et imagerie médicale y compris IRM ou TC, selon prescription par des spécialistes en médecine interne générale, rhumatologie, allergologie et immunologie clinique ou infectiologie,</li> <li>— en cas de suspicion de vascularite des gros vaisseaux et comme contrôle thérapeutique, selon prescription par des spécialistes en rhumatologie, en allergologie et immunologie clinique, en médecine interne générale, en angiologie ou en chirurgie vasculaire,</li> </ul>	<p>1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021/ <b>1.7.2021</b></p>

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> <li>— en cas de suspicion d'infection de greffons vasculaires;</li> <li>— en cas d'échinococcose alvéolaire dans la perspective d'une éventuelle suspension du traitement médicamenteux;</li> </ul>	
		b) Au moyen de N-13-Ammoniaque, seulement pour l'indication suivante: — pour examiner la perfusion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer l'ischémie du myocarde.	1.7.2013
		c) Au moyen de rubidium 82, seulement pour l'indication suivante: — pour examiner la perfusion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer l'ischémie du myocarde.	1.7.2013
		d) Au moyen de 18F-Fluorocholine, seulement pour les indications suivantes: —— Pour la restadification d'une récurrence biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carcinome prostatique. —— Pour la localisation préopératoire d'un adénome parathyroïdien en cas d'hyperparathyroïdie primaire, si l'imagerie médicale conventionnelle est négative ou non conclusive (scintigraphie au sestamibi ou TEMP/TC).	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.7.2020
		e) Au moyen de 18F-Ethyl-Thyrosine (FET), seulement pour l'indication suivante: — à des fins d'évaluation dans le cas des tumeurs cérébrales et de réévaluation dans le cas des tumeurs cérébrales malignes.	1.1.2016
		f) Au moyen du traceur PSMA, seulement pour les indications suivantes: — Pour la stadification primaire d'un carcinome prostatique non métastatique nouvellement diagnostiqué dans les catégories de risque: — risque moyen (PSA 10 – 20 ng/ml ou score de Gleason 7 ou catégorie cT-2b) — risque élevé (PSA > 20 ng/ml ou score de Gleason > 7 ou catégorie cT-2c) — Pour la restadification en cas de récurrence biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carcinome prostatique.	1.1.2017/ 1.1.2019/ 1.1.2021
		g) Au moyen de peptides DOTA, seulement pour les indications suivantes: — tumeurs neuroendocrines différenciées: stadification et restadification — planification thérapeutique en cas de méningiomes	1.7.2017/ 1.1.2021
		h) Au moyen de H <sub>2</sub> <sup>15</sup> O, seulement pour l'indication suivante:	1.7.2018

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		— pour mesurer la perfusion avant et après une intervention de revascularisation cérébrale en cas de maladie de Moyamoya.	
		<p>i) — Au moyen du traceur amyloïde marqué, <b>seulement pour l'indication suivante:</b></p> <p>— pour diagnostic de démence: comme examen complémentaire dans des cas peu clairs, après un examen non conclusif du liquide céphalo-rachidien ou lorsqu'une ponction lombaire est impossible ou contre-indiquée, après un examen préalable interdisciplinaire et sur prescription de spécialistes en médecine interne générale avec formation approfondie en gériatrie (programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2000, révisé le 21 juin 2018), en psychiatrie et psychothérapie ou en neurologie;</p> <p>jusqu'à l'âge de 80 ans révolus, avec un test de Folstein (Mini-Mental-Status-Test) d'au moins 10 points et une démence durant depuis 5 ans au maximum; pas d'examen préalable par TEP ou TEMP.</p>	1.4.2020
	Non	<p>a) Au moyen de 18F-Fluoride</p> <p>b) Avec d'autres isotopes que 18F-Fluoro-Deoxy Glucose (FDG), 18F-Fluorocholine, N-13-Ammoniaque, rubidium 82 ou 18F-Ethyl-Thyrosine (FET), PSMA, péptides DOTA ou H<sub>2</sub><sup>15</sup>O traceurs amyloïdes marqués</p>	<p>1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.4.2020</p>