

## 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:

#### 2.1 Médecine interne en générale et divers

Mesures	Obligatoire ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Photophérese extracorporelle	Oui	Réticulomatose cutanée (syndrome de Sézary ou mycose fongique erythrodermique de stade IIIA, IIIB, IV).	1.1.1997/ 1.7.2020
	Oui	Maladie du greffon contre l'hôte en cas d'échec de la thérapie conventionnelle (par ex. corticostéroïdes).	1.1.2009/ 1.1.2012
	Oui	En cours d'évaluation En cas de syndrome de bronchiolite oblitérante après une transplantation pulmonaire, lorsque l'augmentation de l'immunosuppression ou la tentative de traitement par macrolides ont échoué.	1.1.2009/ 1.8.2016/ 1.1.2020/ 1.1.2022 jusqu'au 31.12.2024
Traitement endovasculaire de la dysfonction érectile d'origine vasculaire : - revascularisation endovasculaire des artères menant au pénis - traitement d'embolisation endovasculaire des veines péniennes	Oui	En cours d'évaluation Aux conditions (cumulatives) suivantes : - non-réponse au traitement par des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 ou en cas de contre-indication à un tel traitement ; - causes d'origine urologique et hormonale préalablement écartées ; - cause vasculaire de la dysfonction érectile attestée et documentée par des examens hémodynamiques (échographie Doppler avec injection intracaverneuse de prostaglandine) et par imagerie (tomodensitométrie ou angiographie) ; - diagnostic et traitement réalisés par un spécialiste en angiologie ayant suivi la formation « Qualification pour les examens et traitements radiologiques à fortes doses en angiologie » (USSMV, Programme de formation complémentaire du 1 <sup>er</sup> janvier 2001,	1.1.2022 jusqu'au 31.12.2025

<sup>1</sup> Pas publiée dans le RO.

Mesures	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		révisé le 13 janvier 2004 <sup>2</sup> ) ou par un spécialiste en radiologie ; - mise à disposition de la documentation sur les facteurs de risque cardiovasculaires et leur traitement ; Participation au registre d'évaluation « SwissPOWER » ; Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	
...			

## 2.2 Cardiologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Insufflation d'oxygène	Non		27.6.1968
...			

## 2.3 Neurologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Traitement par ultrasons focalisés du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique	Oui	Pour le traitement d'un tremblement non parkinsonien (diagnostic établi), progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux ;	15.7.2015/ 1.7.2020
	Oui	<del>En cours d'évaluation.</del> Pour le traitement d'un tremblement non parkinsonien (diagnostic établi), progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement dopaminergique (phénomène off, fluctuations on/off, dyskinésies on) <del>Gestion d'un registre d'évaluation</del>	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2022 jusqu'au 31.12.2021
	Oui	En cours d'évaluation. Pour le traitement des douleurs neuropathiques graves chroniques,	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2021

2

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
		réfractaires au traitement. Gestion d'un registre d'évaluation	jusqu'au 31.12.2025
...			

## 2.5 Oncologie et hématologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Grefe de cellules souches hématopoïétiques		<p>Dans les centres reconnus par le groupe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy» (SBST).</p> <p>Exécution selon les normes éditées par le Comité «The Joint Accreditation Committee-ISCT &amp; EBMT» et la «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy»: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 8<sup>e</sup> édition de <del>mars 2018</del> mai 2021<sup>3</sup>.</p> <p>Les frais de l'opération du donneur sont également à la charge de l'assureur du receveur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi du 8 octobre 2004 sur la transplantation<sup>4</sup> et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation<sup>5</sup>.</p> <p>La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès du donneur est exclue.</p>	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019/ 1.1.2022
...			
Thérapie par lymphocytes CAR-T (CAR = récepteur antigénique chimérique) avec/chez :	Oui	<p>La thérapie comprend le complexe thérapeutique suivant : le prélèvement de lymphocytes T autologues (aphérèse), leur modification génétique et leur expansion ex vivo, les éventuelles préthérapies de lymphodéplétion, la perfusion des lymphocytes CAR-T ainsi que le traitement des éventuels effets secondaires spécifiques à ces lymphocytes. Réalisation dans les centres accrédités par «The Joint Accreditation Committee-ISCT &amp; EBMT (JACIE)» pour la transplantation allogénique et/ou autologue de cellules souches et selon les normes éditées par JACIE et la «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product</p>	1.1.2020/ 1.1.2022

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

<sup>4</sup> RS 810.21

<sup>5</sup> RS 810.211

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p><i>Collection, Processing and Administration</i>», 6<sup>e</sup> édition de mars 2015, 6.1<sup>e</sup> édition de février 2017, 7<sup>e</sup> édition de mars 2018 ou 8<sup>e</sup> édition de mai 2021.</p> <p>Tous les cas doivent être saisis dans un registre.</p> <p>Si la thérapie doit être effectuée dans un centre qui n'est pas reconnu conformément aux exigences susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	
...			

## 5 Dermatologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Utilisation de <b>substituts cutanés équivalents de peau</b>	Oui	<p>Pour le traitement des plaies chroniques.</p> <p><b>Substituts cutanés Équivalents de peau</b> autogènes ou allogènes ou d'origine non humaine autorisés selon les prescriptions légales.</p> <p>Pose de l'indication selon les « Directives pour l'utilisation des substituts cutanés dans les plaies difficiles à cicatriser » du 1<sup>er</sup> avril <del>2018</del> 2021 de la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies<sup>6</sup>.</p> <p>Dans des centres reconnus par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies.</p> <p>Si le traitement doit se dérouler dans un centre non reconnu par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	1.7.2011/ 1.3.2019/ 1.7.2020/ <b>1.1.2022</b>
...			

6

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

### 9.3 Radio-oncologie / radiothérapie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons		Exécution à l'Institut Paul Scherrer, à Villigen. <del>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</del>	
	Oui	a) Mélanomes intraoculaires	28.8.1986/ 1.1.1993
	Oui	b) Lorsqu'il n'est pas possible de procéder à une irradiation suffisante par faisceau de photons du fait d'une trop grande proximité d'organes sensibles au rayonnement ou du besoin de protection spécifique de l'organisme des enfants et des jeunes.  Pour les indications suivantes : – tumeurs du crâne (chordome, chondrosarcome, carcinome épidermoïde, adénocarcinome, carcinome adénoïde kystique, lymphoépithéliome, carcinome mucoépidermoïde, esthésioneuroblastome, sarcomes des parties molles et ostéosarcomes, carcinomes non différenciés, tumeurs rares telles que les paragangliomes) – tumeurs du cerveau et des méninges (gliomes de bas grade, 1 ou 2; méningiomes) – tumeurs extra-crâniennes au niveau de la colonne vertébrale, du tronc et des extrémités (sarcomes des tissus mous et de l'os) – tumeurs de l'enfant et de l'adolescent. <del>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</del>	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
	Oui	c) En cours d'évaluation <del>— pour l'indication suivante:</del> Cancer bronchique non à petites cellules (CPNPC) de stades UICC IIB et IIIA/B, dans le cadre de l'étude contrôlée aléatoire RTOG 1308. <del>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</del>	1.4.2020 jusqu'au 31.12.2025
...	Oui	d) En cours d'évaluation <del>En cas de carcinome de l'œsophage localement avancé (≥ T2 ou N+, M0), dans le cadre de l'essai randomisé contrôlé PROTECT.</del>  <del>Pour l'indication « carcinome de l'œsophage », il faut convenir d'un forfait spécifique à l'indication.</del>	1.1.2022 jusqu'au 31.12.2026
...			

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	Oui	Les traitements se font dans une clinique rattachée au <i>Swiss Hyperthermia Network</i> . Pose de l'indications par son <i>tumorboard</i> . Pour les indications suivantes : - Cancer du col de l'utérus, en cas de contre-indication pour une chimiothérapie ou dans une zone déjà irradiée <del>Cancer du pancréas, tumeur primaire localement avancée et inopérable</del> - Métastases osseuses douloureuses dans la colonne vertébrale et le bassin, profondeur de foyer > 5 cm.	1.1.2017/ 1.1.2019/ 1.7.2021/ <b>1.1.2022</b>
	Oui	En cours d'évaluation, pour les indications suivantes : - Sarcome des tissus mous (maintien des fonctions), en cas de contre-indication pour une chimiothérapie - Tumeur locale récidivante avec symptomatique compressive en situation palliative, profondeur de foyer > 5 cm	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 (TEP/TC, TEP/RM) <b>sans diagnostic de démence</b>	Oui	Produits radiopharmaceutiques, indications et questionnements conformes aux directives cliniques du 9 février 2021 de la SSMN <sup>7</sup> Les produits radiopharmaceutiques utilisés doivent disposer d'une autorisation valable. Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 1 <sup>er</sup> mars 2021 <sup>8</sup> de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).	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/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2021/ <b>1.1.2022</b>
<b>Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM)</b>	Oui	<b>Les produits radiopharmaceutiques utilisés doivent disposer d'une autorisation valable.</b>	<b>1.1.2001/ 1.1.2006/</b>

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

<sup>8</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
destinée à diagnostiquer une démence		<p>Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 1<sup>er</sup> mars 2021<sup>9</sup> de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).</p> <p>a) Utilisation de fluorodésoxyglucose 18F (FDG) : en tant qu'examen complémentaire dans les cas peu clairs, après examen préliminaire interdisciplinaire et sur prescription d'un spécialiste en médecine interne générale avec formation approfondie en gériatrie, psychiatrie et psychothérapie ou neurologie ; en cas de score d'au moins 10 points au mini-mental state examination (MMSE) et de démence depuis moins de cinq ans.</p> <p>Prise en charge pour les examens à partir de la 81<sup>e</sup> année et pour les examens séquentiels avec PET ou SPECT (<i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>), uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> <p>b) Utilisation d'un traceur des plaques amyloïdes : en tant qu'examen complémentaire dans les cas peu clairs, après diagnostic non concluant du liquide céphalo-rachidien ou lorsqu'une ponction lombaire est impossible ou contre-indiquée, après examen préliminaire interdisciplinaire et sur prescription d'un spécialiste en médecine interne générale avec formation approfondie en gériatrie, psychiatrie et psychothérapie ou neurologie ; jusqu'à 80 ans révolus, en cas de score d'au moins 10 points au mini-mental state examination (MMSE) et de démence depuis moins de cinq ans ; pas d'examen antérieur avec PET ou SPECT (<i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>).</p>	<p>1.8.2006/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.4.2020/ 1.1.2022</p>
...			

9

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

**10 Médecine complémentaire**

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Ozonothérapie <del>Thérapie par</del> injection d'ozone (toutes applications)	Non		13.5.1976/ 1.1.2022
Oxygénothérapie intraveineuse (administration intraveineuse d'oxygène, synonymes : oxygénothérapie intraveineuse de Regelsberger, insufflation d'oxygène, traitement par perfusion d'oxygène)	Non		27.6.1968/ 1.1.2022
Oxygénothérapie en plusieurs étapes de von Ardenne (toutes variantes et procédures, y c. concentrateurs d'oxygène Oxycure, Vitalkur)	Non		1.1.2022
...			