

## Annexe 1 de l'OPAS

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

est modifiée comme suit:

#### Chapitre 2.5 Oncologie et hématologie

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Grefe de cellules souches hé- mato-poïétiques  – autologue	Oui	<del>dans le cadre d'études cliniques:</del> En cours d'évaluation. – sarcome d'Ewing – sarcome des tissus mous – tumeur de Wilms	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023 jusqu'au 31.12.2027
– autologue	Oui	Dans le cadre d'études cliniques multicentriques pros- pectives: – en cas de maladie auto-immune hors sclérodermie systémique, maladie de Crohn et diabète sucré. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023 jusqu'au 30.6.2023
– allogénique	Oui	Dans le cadre d'études cliniques multicentriques pros- pectives: – en cas de maladie auto-immune. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023 jusqu'au 31.12.2023
Thérapie par lymphocytes CAR-T (CAR = récepteur antigénique chi- mérique) avec/chez:		La thérapie comprend le complexe thérapeutique sui- vant: le prélèvement de lymphocytes T autologues (aphérèse), leur modification génétique et leur expan- sion ex vivo, les éventuelles préthérapies de lympho- déplétion, la perfusion des lymphocytes CAR-T ainsi que le traitement des éventuels effets secondaires spécifiques à ces lymphocytes. Réalisation dans les	1.1.2020/ 1.1.2022

<sup>1</sup> Publiée dans le Recueil officiel (RO) sous forme de renvoi. Peut être consultée sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à l'adresse: [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et tarifs > Prestations médicales > Annexe 1 OPAS

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		centres accrédités par « <i>The Joint Accreditation Committee-ISCT &amp; EBMT (JACIE)</i> » pour la transplantation allogénique et/ou autologue de cellules souches et selon les normes éditées par JACIE et la « <i>Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)</i> »: « <i>FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product 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.  Tous les cas doivent être saisis dans un registre.  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.	
- Tisagenlecleucel:  En cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB, selon la classification 2008 des néoplasies hématopoïétiques et lymphoïdes de l'OMS) en rechute ou réfractaire à la thérapie, après au moins deux lignes de traitement.  Chez les patients pédiatriques et les jeunes adultes jusqu'à l'âge de 25 ans présentant une leucémie aiguë lymphoblastique à cellules B (LAL à cellules B), qui: <ul style="list-style-type: none"> <li>– est réfractaire,</li> <li>– a récidivé après une transplantation autologue de cellules souches, ou qui</li> <li>– a récidivé après deux ou plus lignes de traitement.</li> </ul>	Oui	En cours d'évaluation.  Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2020/ 1.1.2023 jusqu'au 31.12.2024
- Axicabtagène Ciloleucel: En cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB, selon la classification 2008 des néoplasies hématopoïétiques et lymphoïdes de l'OMS) en rechute ou réfractaire à la thérapie ou de lymphome médiastinal primitif à cellules B (LBPM), après au moins deux lignes de traitement	Oui		1.1.2020/ 1.1.2023 jusqu'au 31.12.2024

**Chapitre 9.4 Médecine nucléaire**

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM) pour la localisation préopératoire d'adénomes parathyroïdiens en cas d'hyperparathyroïdie	Oui	Utilisation de dérivés de la choline pour la localisation préopératoire d'adénomes parathyroïdiens en cas d'hyperparathyroïdie primaire.  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>2</sup> de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).	1.7.2023
Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM)	Oui	Au moyen d'yttrium-90 après radiothérapie interstitielle sélective (SIRT).  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>3</sup> de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).	1.7.2023
Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM)	Non	Au moyen d'yttrium-90 après radiosynoviorthèse du genou	1.1.2023

<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)