

## 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:

#### 1.5 Urologie

| Mesures                                                                  | Obligatoire-<br>ment à la<br>charge de<br>l'assurance | Conditions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Décision<br>valable à<br>partir du                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Traitement chirurgical des troubles de l'érection:                       |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                        |
| - <del>Prothèse pénienne</del> Implant pénien hydraulique ou semi-rigide | Oui                                                   | <p>En cours d'évaluation</p> <p>Pour les indications suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dysfonction érectile qui ne répond pas au traitement conservateur / médicamenteux ou dans le cas d'effets secondaires limitants ou de contre-indications par rapport au traitement médicamenteux.</li> <li>- priapisme réfractaire au traitement</li> <li>- maladie de La Peyronie (ou induration plastique des corps caverneux) à un stade évolué et combiné avec une dysfonction érectile ne répondant pas au traitement médicamenteux</li> </ul> <p>Lorsque les conditions (cumulatives) suivantes sont remplies:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mise à disposition de la documentation sur les facteurs de risque cardiovasculaires et les approches thérapeutiques correspondantes</li> <li>- interventions réalisées par des spécialistes en urologie avec formation approfondie en urologie opératoire (ISFM) (Annexe 1 Formation approfondie en urologie opératoire du 1<sup>er</sup> juillet 2015, rév. le 19 octobre 2017<sup>2</sup>)</li> <li>- en présence seulement d'une dysfonction érectile, c'est-à-dire sans priapisme ni maladie de La Peyronie, prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil</li> </ul> | <p>1.1.1993/<br/>1.4.1994/<br/>1.7.2025<br/>jusqu'au<br/>30.6.2029</p> |

<sup>1</sup> Pas publiée dans le RO.

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

| Mesures                          | Obligatoire-<br>ment à la<br>charge de<br>l'assurance | Conditions | Décision<br>valable à<br>partir du |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|------------------------------------|
| - Chirurgie de revascularisation | Non                                                   |            | 1.1.1993/<br>1.4.1994              |

## 2.1 Médecine interne générale et divers

| Mesures                      | Obligatoire-<br>ment à la<br>charge de<br>l'assurance | Conditions                                                                                                                                                                                                               | Décision<br>valable à<br>partir du                                                                    |
|------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Photophérèse extracorporelle | Oui                                                   | En cours d'évaluation<br><br>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/<br>1.8.2016/<br>1.1.2020/<br>1.1.2022<br>jusqu'au<br><b>31.12.2024</b><br><b>31.12.2025</b> |

## 2.5 Oncologie et hématologie

| Mesures                                                                                                     | Obligatoire-<br>ment à la<br>charge de<br>l'assurance | Conditions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Décision<br>valable à<br>partir du |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Thérapie par lymphocytes CAR-T<br>(CAR = récepteur antigénique chi-<br>mérique)<br>avec/chez:               |                                                       | 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.<br><br>Réalisation dans les centres accrédités par « <i>The Joint Accreditation Committee-ISCT &amp; EBMT (JACIE)</i> » 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> », 6.1 <sup>e</sup> édition de février 2017, 7 <sup>e</sup> édition de mars 2018, 8 <sup>e</sup> édition de mai 2021 ou 8.1 <sup>e</sup> édition de décembre 2021 <sup>3</sup> .<br><br>Tous les cas doivent être saisis dans un registre.<br><br>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. | 1.1.2020/<br>1.1.2022/<br>1.7.2024 |
| - Idecabtagène vicleucel:<br><br>Chez les adultes atteints d'un myé-<br>lome multiple en rechute ou réfrac- | Oui                                                   | En cours d'évaluation<br><br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1.7.2025<br>jusqu'au<br>31.12.2027 |

3

Les documents peuvent être consultés à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

| Mesures                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Obligatoire-<br>ment à la<br>charge de<br>l'assurance | Conditions                                                                                                                                                         | Décision<br>valable à<br>partir du |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| taire, après deux lignes de traitement, y compris avec un immunomodulateur, un inhibiteur du protéasome et un anticorps anti-CD38, et avec une progression dans les 60 jours suivant le dernier traitement.                                                                                                    |                                                       |                                                                                                                                                                    |                                    |
| - Ciltacabtagène autoleucel:<br><br>Chez les adultes atteints d'un myélome multiple en rechute ou réfractaire, après au moins trois lignes de traitement, avec au moins un inhibiteur du protéasome, un immunomodulateur et un anticorps anti-CD38, et avec une progression par rapport au dernier traitement. | Oui                                                   | En cours d'évaluation<br><br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. | 1.7.2025<br>jusqu'au<br>31.12.2027 |

### 9.3 Radio-oncologie / radiothérapie

| Mesures                                                                                                           | Obligatoire-<br>ment à la<br>charge de<br>l'assurance | Conditions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Décision<br>valable à<br>partir du             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Hyperthermie profonde régionale lors d'un traitement antitumoral, combinée avec une chimiothérapie périopératoire | Oui                                                   | <del>En cours d'évaluation</del><br><br>Pour l'indication suivante :<br><br>- Sarcome des tissus mous (traitement primaire ou après une opération précédente avec résection R1/R2, lorsqu'il n'est pas possible de réopérer de manière adéquate sur le plan oncologique ou en cas de rechute)<br><br>Les traitements se font dans une clinique rattachée au <i>Swiss Hyperthermia Network</i> .<br><br>Réalisation de la chimiothérapie concomitante sous la supervision d'un spécialiste en oncologie.<br><br>Pose de l'indication par le centre des sarcomes prescripteur avec confirmation du <i>tumorboard</i> du <i>Swiss Hyperthermia Network</i> . | 1.7.2023/<br>1.7.2025<br>jusqu'au<br>30.6.2025 |

### 11 Réadaptation

| Mesures                                                                         | Obligatoire-<br>ment à la<br>charge de<br>l'assurance | Conditions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Décision<br>valable à<br>partir du                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Réadaptation des patients atteints de maladies cardio-vasculaires ou de diabète |                                                       | Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.<br><br>La réadaptation en cas de diagnostic principal d'une maladie artérielle périphérique (MAP) et de diabète a lieu sous forme ambulatoire. La rééducation cardio-vasculaire peut faire l'objet d'un traitement ambulatoire | 12.5.1977/<br>1.1.1997/<br>1.1.2000/<br>1.1.2003/<br>1.1.2009/<br>1.7.2009/<br>1.1.2010/<br>1.7.2011/ |

| Mesures | Obligatoire-<br>ment à la<br>charge de<br>l'assurance | Conditions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Décision<br>valable à<br>partir du |
|---------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|         |                                                       | <p>ou hospitalier. Les critères suivants plaident en faveur d'un traitement hospitalier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– un risque cardiaque élevé</li> <li>– une insuffisance myocardique</li> <li>– une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.).</li> </ul> <p>La durée du traitement ambulatoire est de 2 à 6 mois selon l'intensité du traitement requis.</p> <p>La durée du traitement hospitalier est en règle générale de 4 semaines, mais peut être, dans des cas simples, réduite à 2 ou 3 semaines.</p> <p>La réadaptation est pratiquée dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux exigences suivantes:</p> <p>Réadaptation cardiaque: profil indiqué par le Groupe de travail pour la réhabilitation cardiaque de la Société suisse de cardiologie (GSRC, pour des cliniques de réhabilitation / institutions reconnues officiellement par le GSRC) le 15 mars 2011<sup>4</sup>.</p> <p>Réadaptation en cas de MAP: profil indiqué par la Société suisse d'angiologie le 5 mars 2009<sup>5</sup>.</p> <p>Réadaptation en cas de diabète: profil indiqué par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie (SSED) le 14 novembre 2024<sup>17</sup> <del>novembre 2010</del><sup>6</sup>.</p> | 1.1.2013/<br><b>1.7.2025</b>       |

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

<sup>5</sup> **Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)**

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