

# **Annexe 1**

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

Édition du 1<sup>er</sup> janvier 2024



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie  
(Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)  
RS 832.112.31

---

Annexe 1<sup>1</sup>  
(art. 1)

## **Annexe 1 de l'OPAS**

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

Édition du 1<sup>er</sup> janvier 2024

*tient compte des modifications décidées le 29 novembre 2023<sup>2</sup> par le Département fédéral de l'intérieur (DFI)*

---

<sup>1</sup> Publiée dans le RO. 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

<sup>2</sup> [RO 2023 807 du 19 décembre 2023](#)

**Table des matières**

|  |    |
|--|----|
| <b>1 Chirurgie</b> .....   | 4  |
| <b>1.1 Chirurgie générale et divers</b> .....                                    | 4  |
| <b>1.2 Chirurgie de transplantation</b> .....                                    | 6  |
| <b>1.3 Chirurgie de l'appareil locomoteur</b> .....                              | 7  |
| <b>1.4 Chirurgie de la colonne vertébrale</b> .....                              | 8  |
| <b>1.5 Urologie</b> .....  | 11 |
| <b>1.6 Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique</b> .....               | 14 |
| <b>2 Médecine interne</b> .....  | 16 |
| <b>2.1 Médecine interne générale et divers</b> .....                             | 16 |
| <b>2.2 Cardiologie</b> .....   | 20 |
| <b>2.3 Neurologie</b> .....  | 23 |
| <b>2.4 Rhumatologie</b> .....  | 25 |
| <b>2.5 Oncologie et hématologie</b> .....  | 26 |
| <b>3 Gynécologie et obstétrique, médecine de la procréation</b> .....            | 30 |
| <b>4 Pédiatrie</b> .....   | 32 |
| <b>5 Dermatologie</b> .....  | 35 |
| <b>6 Ophtalmologie</b> .....   | 36 |
| <b>7 Oto-rhino-laryngologie</b> .....  | 38 |
| <b>8 Psychiatrie et psychothérapie</b> .....                                     | 39 |
| <b>9 Radiologie, radio-oncologie / radiothérapie et médecine nucléaire</b> ..... | 42 |
| <b>9.1 Radiodiagnostic</b> .....   | 42 |
| <b>9.2 Radiologie interventionnelle</b> .....                                    | 42 |
| <b>9.3 Radio-oncologie / radiothérapie</b> .....                                 | 43 |
| <b>9.4 Médecine nucléaire</b> .....  | 46 |
| <b>10 Médecine complémentaire</b> .....  | 48 |
| <b>11 Réadaptation</b> .....   | 50 |
| <b>12 Médecine intensive, anesthésie et thérapie de la douleur</b> .....         | 52 |

## 1 Chirurgie

### 1.1 Chirurgie générale et divers

| Mesure   | Obligatoirement 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  | <p>En cours d'évaluation</p> <p>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.</p> <p>Prise en charge des coûts uniquement sur garantie préalable spéciale de l'assureur, qui tient compte de la recommandation du médecin-conseil.</p>   | 1.7.2021 jusqu'au 31.12.2026  |
| Liposuction pour le traitement des douleurs en cas de lipœdème   | Oui  | <p>En cours d'évaluation</p> <p>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.</p> <p>Prise en charge des coûts uniquement sur garantie préalable spéciale de l'assureur, qui tient compte de la recommandation du médecin-conseil.</p> <p>Pose de l'indication interdisciplinaire par au moins deux médecins spécialisés issus des disciplines suivantes : angiologie, chirurgie plastique reconstructive et esthétique, endocrinologie/diabétologie, dermatologie.</p> <p>Réalisation par un médecin spécialisé au bénéfice d'une connaissance approfondie des techniques de liposuction.</p>   | 1.7.2021 jusqu'au 31.12.2025  |
| Traitement chirurgical de l'adiposité  | Oui  | <p>Le patient présente un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35.</p> <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 du 1<sup>er</sup> juillet 2023<sup>3</sup> du « <i>Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)</i> » 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 du SMOB du 1<sup>er</sup> juillet 2023 pour le traitement chirurgical de l'adiposité.</p> <p>Les centres reconnus par le SMOB conformément aux directives pour le traitement chirurgical de l'obésité du 1<sup>er</sup> juillet 2023 sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> | 1.1.2000/<br>1.1.2004/<br>1.1.2005/<br>1.1.2007/<br>1.7.2009/<br>1.1.2011/<br>1.1.2014/<br>1.1.2018/<br>1.7.2021/<br>1.7.2023 |

3

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                                 |
|---|--|---|--|
|   |  | 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.   |  |
| 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 de la « <i>Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)</i> » du 1<sup>er</sup> juillet 2023<sup>4</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 du SMOB du 1<sup>er</sup> juillet 2023.</p> <p>Les centres qui sont reconnus par le SMOB conformément à ses directives du 1<sup>er</sup> juillet 2023 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> | 1.1.2021/<br>1.7.2021/<br>1.7.2023<br>jusqu'au<br>31.12.2025 |
| Traitement de l'adiposité par ballonnet intragastrique                              | Non  |   | 25.8.1988  |
| Ablation thermique endoveineuse de veines saphènes en cas de varices                | Oui  | <p>Par radiofréquence ou laser</p> <p>Par des médecins ayant suivi une formation postgraduée qui corresponde au programme de formation complémentaire en ablation thermique endoveineuse de veines saphènes en cas de varices du 1<sup>er</sup> janvier 2016, révisé le 29 septembre 2016<sup>5</sup>.</p>  | 1.7.2002/<br>1.1.2004/<br>1.1.2016/<br>1.1.2021              |
| Traitement des varices par ablation mécano-chimique endoveineuse de type Clarivein® | Non  |   | 1.7.2013   |

<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)

## 1.2 Chirurgie de transplantation

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du   |
|---|--|--|--|
| Transplantation rénale isolée   | Oui  | Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation <sup>6</sup> et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation <sup>7</sup> .<br>La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès éventuel du donneur est exclue. | 25.3.1971/<br>23.3.1972/<br>1.8.2008   |
| Transplantation cardiaque isolée  | Oui  | En cas d'affections cardiaques graves et incurables telles que la cardiopathie ischémique, la cardiomyopathie idiopathique, les malformations cardiaques et l'arythmie maligne.  | 31.8.1989  |
| Transplantation isolée du poumon d'un donneur non vivant                | Oui  | Stade terminal d'une maladie pulmonaire chronique.   | 1.1.2003/<br>1.4.2020  |
| Transplantation cœur-poumon   | Non  |  | 31.8.1989/<br>1.4.1994   |
| Transplantation isolée du foie  | Oui  |  | 31.8.1989/<br>1.3.1995/<br>1.4.2020  |
| Transplantation du foie d'un donneur vivant                             | Oui  | Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi sur la transplantation <sup>8</sup> et à l'art. 12 de l'ordonnance sur la transplantation <sup>9</sup> .<br>La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès éventuel du donneur est exclue.  | 1.7.2002/<br>1.1.2003/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.7.2008/<br>1.1.2012/<br>1.4.2020 |
| Transplantation simultanée du pancréas et du rein                       | Oui  |  | 1.1.2003/<br>1.4.2020  |
| Transplantation du pancréas après une transplantation du rein           | Oui  |  | 1.7.2010/<br>1.4.2020  |
| Transplantation isolée du pancréas                                      | Oui  |  | 31.8.1989/<br>1.4.1994/<br>1.7.2002/<br>1.7.2010/<br>1.4.2020                          |
| Transplantation simultanée d'îlots de Langerhans et du rein             | Oui  |  | 1.7.2010/<br>1.4.2020  |
| Transplantation d'îlots de Langerhans après une transplantation du rein | Oui  |  | 1.7.2010/<br>1.4.2020  |

<sup>6</sup> RS 810.21

<sup>7</sup> RS 810.211

<sup>8</sup> RS 810.21

<sup>9</sup> RS 810.211

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions | Décision valable à partir du       |
|--|--|------------|------------------------------------|
| Allotransplantation isolée d'îlots de Langerhans                                 | Oui  |            | 1.7.2002/<br>1.7.2010/<br>1.4.2020 |
| Autotransplantation isolée d'îlots de Langerhans                                 | Oui  |            | 1.7.2002/<br>1.7.2010/<br>1.4.2020 |
| Transplantation isolée de l'intestin grêle                                       | Oui  |            | 1.7.2002/<br>1.7.2010/<br>1.4.2020 |
| Transplantation de l'intestin grêle et du foie et transplantation multiviscérale | Oui  |            | 1.7.2002/<br>1.7.2010/<br>1.4.2020 |

### 1.3 Chirurgie de l'appareil locomoteur

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du   |
|--|--|--|--|
| Greffe ostéocondrale en mosaïque pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux | Oui  | Traitement des lésions osseuses ou cartilagineuses post-traumatiques de l'articulation du genou d'une étendue maximale de 2 cm <sup>2</sup> . Traitement des lésions osseuses ou cartilagineuses en cas d'ostéochondrite disséquante de l'articulation du genou. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.   | 1.1.2002/<br>1.1.2017/<br>1.1.2021   |
| Greffe autologue de chondrocytes   | Oui  | En cours d'évaluation<br>Traitement des lésions osseuses post-traumatiques de l'articulation du genou. Selon les recommandations et la liste des indications et contre-indications énumérées dans la fiche d'information 2019.147.829.01-1 <sup>10</sup> du 10 décembre 2019 de la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM).<br>Traitement des lésions osseuses en cas d'ostéochondrite disséquante de l'articulation du genou.<br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. | 1.1.2002/<br>1.1.2004/<br>1.1.2017/<br>1.1.2020/<br>1.1.2021<br>jusqu'au<br>31.12.2024 |
| Coussinets en gel dans le cas d'une prothèse totale du genou                               | Non  |  | 1.1.2006   |
| Implant de ménisque au collagène   | Non  |  | 1.8.2008   |
| Ménisectomie au laser  | Non  |  | 1.1.2006   |

<sup>10</sup>

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

**1.4 Chirurgie de la colonne vertébrale**

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du   |
|---|--|--|--|
| Cimentation (vertébroplastie, cyphoplastie) pour le traitement des fractures vertébrales ostéoporotiques  | Oui  | <p>En cas de fracture vertébrale ostéoporotique, lorsqu'une thérapie conservatrice de la douleur ne permet pas ou ne devrait pas permettre de soulager suffisamment la douleur pour assurer la mobilisation, conformément aux lignes directrices<sup>11</sup> du 12 juin 2023 de la Société suisse de chirurgie du rachis, de la Société suisse de neurochirurgie (SSNC), de la Société suisse de neuroradiologie et de la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur (SO) concernant le traitement chirurgical des fractures vertébrales ostéoporotiques</p> <p>Indications interdisciplinaires par un <i>spine board</i>, composé d'un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>12</sup>), et d'au moins un spécialiste en médecine interne générale, en rhumatologie ou en endocrinologie. La réunion et la pose de l'indication doivent être documentées.</p> <p>L'intervention doit être pratiquée dans un centre où exerce au moins un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur avec formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>13</sup>).</p> | 1.1.2004/<br>1.1.2005/<br>1.1.2008/<br>1.1.2011/<br>1.1.2013/<br>1.7.2022/<br>1.1.2024 |
| Spondylodèse par cage intersomatique ou greffe osseuse pour le traitement des indications suivantes :<br>- Instabilité de la colonne vertébrale avec hernie discale, récurrence de hernie discale ou sténose chez des patients présentant un syndrome vertébral ou radiculaire invalidant, résistant au traitement conservateur, causé par une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale avec instabilité, cliniquement et radiologiquement vérifiées.<br>- Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédiculaires. | Oui  | <p>L'opération doit être exécutée par un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>14</sup>).</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>   | 1.1.1999/<br>1.1.2002/<br>1.7.2002/<br>1.1.2004/<br>1.1.2024                           |
| Prothèses de disques cervicaux  | Oui  | Indication:  | 1.1.2004/<br>1.1.2005/<br>1.1.2008/  |

<sup>11</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>12</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>13</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>14</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  |
|--------------------------------|--|--|---|
|                                |  | <p>Dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale et lombaire.</p> <p>Échec d'une thérapie conservatrice de 3 mois, exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale cervicale et souffrant également, dans des conditions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables ou chez lesquels des pertes neurologiques progressives apparaissent malgré une thérapie conservatrice.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dégénérescence de 2 segments maximum</li> <li>– Absence de cyphose segmentaire primaire</li> <li>– Prise en compte de toutes les contre-indications générales.</li> </ul> <p>L'opération doit être exécutée par un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>15</sup>).</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p> | <p>1.1.2009/<br/>1.7.2009/<br/>1.1.2011/<br/>1.1.2012/<br/>1.7.2017/<br/>1.7.2022/<br/>1.1.2024</p>   |
| Prothèses de disques lombaires | Oui  | <p>Indication:</p> <p>Dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale lombaire.</p> <p>Échec d'une thérapie conservatrice de 6 mois, exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale lombaire et souffrant également, dans des conditions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dégénérescence de 2 segments maximum</li> <li>– Absence d'arthrose primaire des articulations vertébrales</li> <li>– Prise en compte de toutes les contre-indications générales.</li> </ul> <p>L'opération doit être exécutée par un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>16</sup>).</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions</p>   | <p>1.1.2004/<br/>1.1.2005/<br/>1.1.2008/<br/>1.1.2009/<br/>1.7.2009/<br/>1.1.2011/<br/>1.1.2012/<br/>1.7.2017/<br/>1.7.2022/<br/>1.1.2024</p> |

<sup>15</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>16</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  |
|--|--|---|---|
|  |  | susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.  |   |
| Stabilisation interépineuse et dynamique de la colonne vertébrale                          | Oui  | <p>Indication:</p> <p>Sténose vertébrale dynamique, sténose vertébrale avec décompression, récurrence de hernie discale avec décompression et syndrome facettaire.</p> <p>L'opération doit être exécutée par un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>17</sup>).</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>   | 1.1.2007/<br>1.1.2008/<br>1.1.2009/<br>1.7.2009/<br>1.1.2011/<br>1.1.2012/<br>1.1.2014/<br>1.7.2017/<br>1.7.2022/<br>1.1.2024 |
| Système de vis pédiculaires postérieur et stabilisation dynamique de la colonne vertébrale | Oui  | <p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sténose vertébrale avec ou sans spondyloarthrose dégénératif sur deux segments maximum; au-delà de deux segments, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil</li> <li>– Dégénérescence des disques intervertébraux sur deux segments maximum, évent. avec arthrose des articulations vertébrales.</li> </ul> <p>Échec d'une thérapie conservatrice de 6 mois, exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale et souffrant également, dans des conditions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables ou chez lesquels des pertes neurologiques progressives apparaissent malgré une thérapie conservatrice.</p> <p>L'opération doit être exécutée par un spécialiste en neurochirurgie ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au bénéfice dans les deux cas d'une formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>18</sup>).</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend</p> | 1.1.2007/<br>1.1.2008/<br>1.1.2009/<br>1.7.2009/<br>1.1.2011/<br>1.1.2012/<br>1.1.2014/<br>1.7.2017/<br>1.7.2022/<br>1.1.2024 |

<sup>17</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>18</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 |
|--|--|---|------------------------------|
|  |  | en compte la recommandation du médecin-conseil. |                              |
| Opération au laser (décompression au laser) de la hernie discale | Non  |   | 1.1.1997                     |
| Traitement électrothermique intradiscal                          | Non  |   | 1.1.2004                     |

## 1.5 Urologie

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du        |
|---|--|---|-------------------------------------|
| Uroflowmétrie (mesure du flux urinaire par enregistrement de courbes)                           | Oui  |   | 3.12.1981/<br>1.1.2012              |
| Lithotripsie rénale extra corporelle par ondes de choc (ESWL), fragmentation des calculs rénaux | Oui  | Indications<br>L'ESWL est indiquée lorsque le traitement conservateur n'a pas eu de succès et que l'élimination spontanée du calcul est considérée comme improbable, vu sa localisation, sa forme et sa dimension, en cas de<br>a. lithiases du bassinet;<br>b. lithiases calicielles;<br>c. lithiases de l'uretère.<br><br>Les risques accrus entraînés par la position particulière du patient en cours de narcose exigent une surveillance anesthésique appropriée (formation spéciale des médecins et du personnel paramédical – aides en anesthésiologie – et appareils adéquats de surveillance). | 22.8.1985/<br>1.8.2006              |
| Traitement chirurgical des troubles de l'érection :   |  |   |                                     |
| – Prothèses péniennes   | Non  |   | 1.1.1993/<br>1.4.1994               |
| – Chirurgie de revascularisation  | Non  |   | 1.1.1993/<br>1.4.1994               |
| Embolisation de varicocèle :  |  |   |                                     |
| – par caustique ou par coils  | Oui  |   | 1.3.1995                            |
| – par ballons ou par microcoils   | Non  |   | 1.3.1995                            |
| Ablation transurétrale de la prostate à l'aide d'un laser dirigé par ultrasons                  | Non  |   | 1.1.1997                            |
| Traitement par micro-ondes transurétrales à haute énergie (HETUMT)                              | Non  |   | 1.1.2004                            |
| Électroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le               | Oui  | En tant que thérapie de deuxième ou troisième ligne, après échec des mesures conservatrices et intégration des options de traitement non  | 1.7.2000/<br>1.7.2002/<br>1.1.2005/ |

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du                    |
|---|--|---|---|
| traitement de l'incontinence urinaire et des troubles de la vidange vésicale  |  | <p>invasives ou mini-invasives (neurostimulation tibiale / pudendale, injections d'onabotulinumtoxinA dans le détrusor)</p> <p>Pose de l'indication, réalisation, contrôles de suivi et assurance de la qualité, comme prévu dans les directives médicales neuromodulation sacrée de la «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» du 30 septembre 2021<sup>19</sup>.</p> <p>La pose de l'indication et les interventions (implantation des électrodes et du neuromodulateur) doivent être effectuées exclusivement par sous la responsabilité des spécialistes en urologie avec formation approfondie en neuro-urologie (programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> juillet 2014, révisé le 19 octobre 2017<sup>20</sup>).</p> <p>Réalisation dans des centres qui remplissent les directives médicales de la SSSNM du 30 septembre 2021<sup>21</sup> du point de vue de leur organisation et du personnel. Les centres reconnus par la SSSNM sont réputés respecter lesdites directives.</p> <p>Si l'intervention doit se dérouler dans un centre non reconnu par la SSSNM, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie, qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p> | 1.1.2008/<br>1.7.2020/<br>1.7.2022              |
| Électroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence fécale | Oui  | <p>Après échec des traitements conservateurs et/ou chirurgicaux (y compris la réadaptation).</p> <p>Pose de l'indication, réalisation, contrôles de suivi et assurance de la qualité, comme prévu dans les directives médicales neuromodulation sacrée de la «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» du 30 septembre 2021<sup>10</sup>.</p> <p>La pose de l'indication et les interventions (implantation des électrodes et du neuromodulateur) doivent être effectuées exclusivement sous la responsabilité des spécialistes en chirurgie avec formation approfondie en chirurgie viscérale (programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2020<sup>22</sup>) ou des spécialistes en chirurgie titulaires d'un diplôme EBSQ en coloproctologie.</p> <p>Réalisation dans des centres qui remplissent les directives médicales de la SSSNM du 30 septembre 2021<sup>12</sup> du point de vue de leur organisation et du personnel. Les centres reconnus par la SSSNM sont réputés respecter lesdites directives.</p> <p>Si l'intervention doit se dérouler dans un centre non reconnu par la SSSNM, il est nécessaire de</p>   | 1.1.2003/<br>1.1.2008/<br>1.7.2020/<br>1.7.2022 |

<sup>19</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>20</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>21</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>22</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  |
|---|--|--|---|
|   |  | demande préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie, qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.  |   |
| Électroneuromodulation percutanée du nerf tibial avec des électrodes aiguilles                                    | Oui  | Pour la prise en charge de l'hyperactivité vésicale idiopathique et de l'incontinence fécale.<br>Après échec des traitements conservateurs.<br>Pose de l'indication et réalisation exclusivement par des spécialistes en urologie ou en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en urogynécologie (programme de formation postgraduée du 1 <sup>er</sup> janvier 2016, révisé le 16 février 2017 <sup>23</sup> ) (en cas d'hyperactivité vésicale) ou par des spécialistes en gastroentérologie ou en chirurgie avec formation approfondie en chirurgie viscérale (programme de formation postgraduée du 1 <sup>er</sup> janvier 2020) (en cas d'incontinence fécale). | 1.3.2019/<br>1.7.2019   |
| Stimulation magnétique du plancher pelvien (rPMS, magnetic innervation therapy) en cas d'incontinence urinaire    | Non  |  | 1.7.2017  |
| Traitement des troubles vésicaux par injection cystoscopique de toxine botulique de type A dans la paroi vésicale | Oui  | Après échec des traitements conservateurs.<br>Pour les indications suivantes:<br>– incontinence urinaire causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor associée à une affection neurologique chez l'adulte, pour autant que le traitement soit dispensé par des spécialistes en urologie.<br>– hyperactivité vésicale idiopathique chez l'adulte, pour autant que le traitement soit dispensé par des spécialistes en urologie ou par des spécialistes en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en urogynécologie (programme de formation postgraduée du 1 <sup>er</sup> janvier 2016, révisé le 16 février 2017).  | 1.1.2007/<br>1.8.2008/<br>1.7.2013/<br>1.1.2014/<br>1.1.2015/<br>15.7.2015/<br>1.8.2016 |
| Stents urologiques  | Oui  | Si une opération chirurgicale est contre-indiquée en raison de comorbidité ou d'atteinte corporelle grave ou pour des motifs techniques.   | 1.8.2007  |
| Traitement du carcinome de la prostate au stade localisé au moyen d'ultrasons focalisés à haute fréquence (HIFU)  | Oui  | En cours d'évaluation<br>Lorsque les conditions (cumulatives) suivantes sont remplies:<br>- En cas de carcinome de la prostate de risque intermédiaire (PSA > 10 - 20 ng/ml ou score de Gleason 7 ou stade clinique 2b)<br>- Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.<br>- Réalisation du traitement par un spécialiste en urologie participant au  | 1.7.2009/<br>1.7.2023<br>jusqu'au<br>31.12.2028   |

23

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 |
|--|--|--|------------------------------|
|  |  | registre HIFU de la Société suisse d'urologie.   |                              |
| Vaporisation transurétrale photosélective de la prostate par laser (VPP) | Oui  | Symptômes du syndrome d'obstruction prostatique. | 1.7.2011                     |

## 1.6 Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du                                |
|--|--|---|---|
| Reconstruction mammaire  | Oui  | Pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une ablation totale ou partielle du sein médicalement indiquée.  | 23.8.1984/<br>1.3.1995/<br>1.1.2015                         |
| Transplantation de graisse autologue pour la reconstruction mammaire post-opératoire                                 | Oui  | En cours d'évaluation:<br>Comme mesure complémentaire à la mesure «Reconstruction mammaire»<br>Par des spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.<br>Maximum trois séances et pas de traitement ultérieur incluant une transplantation de graisse autologue.  | 1.7.2018/<br>1.7.2023/<br>1.1.2024<br>jusqu'au<br>30.6.2024 |
| Réduction du sein intact en cas de mastectomie totale ou partielle du sein atteint                                   | Oui  | Pour corriger une asymétrie mammaire et rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente.  | 1.1.2015/<br>1.1.2018                                       |
| Augmentation mammaire de symétrisation du sein sain après mastectomie ou ablation partielle du sein malade           | Oui  | Pour corriger une asymétrie mammaire et rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente.<br>- Dans les cinq ans qui suivent un traitement contre le cancer ou une reconstruction mammaire.<br>- Au moyen d'une prothèse en silicone et/ou<br>- Au moyen d'une transplantation de graisse autologue (jusqu'à trois séances) par des spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. | 1.1.2024  |
| Transplantation de graisse autologue pour corriger des lésions congénitales, liées à la maladie ou post-traumatiques | Oui  | Par des spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.<br>Prise en charge uniquement si l'assureur maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.   | 1.8.2016/<br>1.7.2018                                       |
| Greffe d'épiderme autologue de culture (kératinocytes)   | Oui  | Adultes:<br>– brûlures à 70 % ou plus de la surface corporelle totale;<br>– brûlures profondes à 50 % ou plus de la surface corporelle totale.<br>Enfants:<br>– brûlures à 50 % ou plus de la surface corporelle totale;<br>– brûlures profondes à 40 % ou plus de la surface corporelle totale.  | 1.1.1997/<br>1.1.2001                                       |

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du |
|--|--|---|------------------------------|
| Traitement de la lipoatrophie du visage par matériel de comblement | Oui  | En cas de lipoatrophie faciale découlant d'un traitement médicamenteux ou d'une maladie.<br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. | 1.7.2013                     |

## 2 Médecine interne

### 2.1 Médecine interne générale et divers

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du       |
|---|--|--|------------------------------------|
| Traitement par O <sub>2</sub> hyperbare                 | Oui  | En cas de :<br>– lésions actiniques chroniques ou tardives;  | 1.4.1994                           |
|   |  | – ostéomyélite aiguë de la mâchoire;<br>– ostéomyélite chronique;  | 1.9.1988                           |
|   |  | – syndrome du pied diabétique au stade ≥2B selon la classification Wagner-Armstrong;   | 1.7.2011                           |
|   |  | – maladie de la décompression lorsque la notion d'accident n'est pas satisfaite.<br>Traitement à l'étranger lorsqu'il n'est pas possible de garantir que le transport jusqu'au prochain caisson hyperbare à l'intérieur du territoire suisse soit assez rapide et ménage suffisamment le patient. Dans les centres cités dans la «Notice pour services d'urgences» élaborée par le Divers Alert Network (DAN) et la REGA <sup>24</sup> . | 1.1.2006/<br>1.7.2011              |
|   | Non  | – surdité soudaine neurosensorielle idiopathique;  | 1.1.2016                           |
| Traitement de l'adiposité                               | Oui  | – en cas de surpoids indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> .<br>– en cas de surpoids (IMC ≥ 25 kg/m <sup>2</sup> ) et si une maladie secondaire peut être avantageusement influencée par la réduction du poids.  | 7.3.1974/<br>1.7.2022              |
|   |  | – par les dérivés de l'amphétamine   | Non                                |
|   | – par les hormones thyroïdiennes           | Non  | 7.3.1974                           |
|   | – par les diurétiques                      | Non  | 7.3.1974                           |
|   | – par l'injection de choriogonadotrophine  | Non  | 7.3.1974                           |
| Hémodialyse à domicile                                  | Oui  |  | 27.11.1975                         |
| Nutrition entérale à domicile                           | Oui  | Lorsqu'une nutrition suffisante par voie orale sans utilisation de sonde est impossible.   | 1.3.1995                           |
| Nutrition entérale à domicile sans utilisation de sonde | Oui  | Indication posée selon les «directives de la Société suisse de nutrition clinique (SSNC) sur Home care, nutrition artificielle à domicile» <sup>25</sup> de janvier 2013   | 1.7.2002/<br>1.7.2012/<br>1.7.2013 |
| Nutrition parentérale à domicile                        | Oui  |  | 1.3.1995                           |
| LDL-Aphérèse  | Oui  | Hypercholestérolémie familiale homozygote<br>Mise en oeuvre dans un centre qui dispose de l'infrastructure et de l'expérience nécessaire.  | 25.8.1988/<br>1.1.2005             |

<sup>24</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>25</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                                 |
|-----------------------------------|--|---|--|
|                                   | Non  | Hypercholestérolémie familiale hétérozygote   | 1.1.1993/<br>1.3.1995/<br>1.1.2005                           |
|                                   | Non  | En cas de hypercholestérolémie réfractaire à la thérapie  | 1.1.2007   |
| Lithotritie des calculs biliaires | Oui  | Calcul biliaire intrahépatique; calcul biliaire extrahépatique dans la région du pancréas et du cholédoque.<br>Calculs intrarésiculaires lorsque le patient est inopérable (y compris par une cholécystectomie laparoscopique).   | 1.4.1994   |
| Polysomnographie<br>Polygraphie   | Oui  | En cas de forte suspicion de:<br>– syndrome de l'apnée du sommeil<br>– mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil<br>– narcolepsie, lorsque le diagnostic clinique est incertain<br>– parasomnie sévère (par ex. dystonie épileptique nocturne ou comportements violents pendant le sommeil), lorsque le diagnostic est incertain et qu'une thérapie s'impose.<br><br>Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des « Directives pour la reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019 <sup>26</sup> de la « Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology » (SSSSC).<br><br>Les centres reconnus par la SSSSC sont réputés satisfaire à ces conditions.<br><br>Si l'examen est exécuté dans un centre non reconnu par la SSSSC, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil. | 1.3.1995/<br>1.1.1997/<br>1.1.2002/<br>1.7.2017/<br>1.7.2020 |
|                                   | Non  | Examen de routine de l'insomnie passagère et de l'insomnie chronique, de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique.   | 1.1.1997   |
|                                   | Non  | En cas de forte suspicion de:<br>– troubles de l'endormissement et du sommeil, lorsque le diagnostic initial est incertain et seulement lorsque le traitement comportemental ou médicamenteux est sans succès;<br>– troubles persistants du rythme circadien, lorsque le diagnostic est incertain.  | 1.1.1997/<br>1.1.2002/<br>1.4.2003                           |
|                                   | Non  | Frères et sœurs de nourrissons décédés du syndrome de mort subite.  | 1.7.2011   |
| Polygraphie respiratoire          | Oui  | Forte suspicion d'un syndrome de l'apnée du sommeil.  | 1.7.2002/<br>1.1.2006/<br>1.1.2012/                          |

26

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                     |
|---|--|--|--|
|   |  | <p>Exécution uniquement par un médecin spécialisé en pneumologie, oto-rhino-laryngologie ou pédiatrie avec formation approfondie en pneumologie pédiatrique (programme de formation postgraduée du 16 juin 2016<sup>27</sup>), pouvant justifier d'une formation et d'une expérience pratique en polygraphie respiratoire qui répond aux conditions de certification des « Directives pour la reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019<sup>28</sup> de la Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology (SSSSC) ou aux « Directives pour la délivrance d'un certificat d'aptitude à la réalisation de polygraphies respiratoires par des médecins ORL » du 26 mars 2015 de la Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (SSORL)<sup>29</sup>.</p> <p>Les médecins spécialistes (pneumologie, oto-rhino-laryngologie ou pédiatrie avec formation approfondie en pneumologie pédiatrique [programme de formation du 16 juin 2016<sup>30</sup>]) reconnus par la Société suisse de pneumologie (SSP) ou la SSORL sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si l'examen est exécuté par un médecin spécialiste non reconnu par la SSP ou la SSORL, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p> | 15.7.2015/<br>1.7.2017/<br>1.7.2020/<br>1.1.2024 |
| Test des latences multiples d'endormissement ( <i>multiple sleep latency test</i> ) | Oui  | <p>Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des « Directives pour la reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019<sup>31</sup> de la SSSSC.</p> <p>Les centres reconnus par la SSSSC sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si l'examen est exécuté dans un centre non reconnu par la SSSSC, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>   | 1.1.2000/<br>1.7.2017/<br>1.7.2020               |
| Test de maintien de l'éveil ( <i>maintenance of wakefulness test</i> )              | Oui  | <p>Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des « Directives pour la reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et pour l'obtention du</p>  | 1.1.2000/<br>1.7.2017/<br>1.7.2020               |

<sup>27</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>28</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>29</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>30</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>31</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  |
|--|--|--|---|
|  |  | certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019 <sup>32</sup> de la SSSSC.<br>Les centres reconnus par la SSSSC sont réputés satisfaire à ces conditions.<br>Si l'examen est exécuté dans un centre non reconnu par la SSSSC, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.  |   |
| Actigraphie  | Oui  | Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des « Directives pour la reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019 <sup>33</sup> de la SSSSC.<br>Les centres reconnus par la SSSSC sont réputés satisfaire à ces conditions.<br>Si l'examen est exécuté dans un centre non reconnu par la SSSSC, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil. | 1.1.2000/<br>1.7.2017/<br>1.7.2020  |
| Test respiratoire à l'urée (13C) pour mise en évidence d' <i>Helicobacter pylori</i> | Oui  |  | 16.9.1998/<br>1.1.2001  |
| Calorimétrie et/ou mesure de la densité corporelle dans le traitement de l'adiposité | Non  |  | 1.1.2004  |
| Capsule-endoscopie   | Oui  | Pour examen de l'intestin grêle, de l'angle de Treitz à la valvule iléocœcale<br>– hémorragies d'origine inconnue<br>– inflammation chronique de l'intestin grêle.<br>Si la gastroscopie et la colonoscopie se sont révélées négatives.<br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.   | 1.1.2004/<br>1.1.2006   |
| Photophérèse extracorporelle   | Oui  | Réticulomatose cutanée (syndrome de Sézary ou mycose fongique erythrodermique de stade IIIA, IIIB, IV).  | 1.1.1997/<br>1.7.2020   |
|  | Oui  | Maladie du greffon contre l'hôte en cas d'échec de la thérapie conventionnelle (par ex. corticostéroïdes).   | 1.1.2009/<br>1.1.2012   |
|  | Oui  | En cours d'évaluation<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>31.12.2024 |

<sup>32</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>33</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                    |
|--|--|--|---|
| Traitement endovasculaire de la dysfonction érectile d'origine vasculaire :<br>- revascularisation endovasculaire des artères menant au pénis<br>- traitement d'embolisation endovasculaire des veines péniennes | Oui  | En cours d'évaluation.<br>Aux conditions (cumulatives) suivantes:<br>- non-réponse au traitement par des substances vasoactives ou en cas de contre-indication à un tel traitement;<br>- causes d'origine urologique et hormonale préalablement écartées;<br>- 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);<br>- diagnostic et traitement réalisés par un spécialiste en angiologie ayant suivi la formation «Angiologie interventionnelle (SSA)» du 1 <sup>er</sup> janvier 2022 <sup>34</sup> ou par un spécialiste en radiologie ayant une expérience des techniques de radiologie interventionnelle ou par un spécialiste en chirurgie vasculaire ayant une expérience des techniques endovasculaires;<br>- mise à disposition de la documentation sur les facteurs de risque cardiovasculaires et les approches thérapeutiques correspondantes;<br>Participation au registre d'évaluation «SwissPOWER»;<br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. | 1.1.2022/<br>1.7.2022<br>jusqu'au<br>31.12.2025 |
| Élastographie impulsionnelle du foie   | Oui  | Pour le diagnostic et le suivi en cas de fibrose ou de cirrhose hépatique (par ex. par hépatite virale, prise régulière de toxines hépatiques).  | 1.1.2012  |

## 2.2 Cardiologie

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du      |
|--|--|---|-----------------------------------|
| Système implantable pour l'enregistrement d'un électrocardiogramme sous-cutané       | Oui  |   | 1.1.2001/<br>1.1.2018             |
| Télémédecine des implants rythmologiques cardiologiques                              | Oui  |   | 1.7.2010<br>1.7.2012/<br>1.1.2015 |
| Programme de télémédecine pour patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique | Oui  | En cas d'insuffisance cardiaque au stade NYHA II ou III et si les conditions suivantes sont remplies de manière cumulative :<br>- Fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40 % | 1.4.2024                          |

34

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>– Hospitalisation pour décompensation cardiaque au cours des douze derniers mois</li> <li>– Prescription par un autre médecin que celui du centre de télémédecine</li> <li>– La prescription médicale doit être renouvelée entre trois et douze mois après la première prescription, puis chaque année.</li> </ul> <p>Le programme dirigé par un médecin comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Direction par un médecin pratiquant en Suisse</li> <li>– Instruction du participant concernant l'utilisation de la télésurveillance</li> <li>– Télésurveillance quotidienne du poids</li> <li>– Consultation régulière sur les symptômes liés à la maladie</li> <li>– Mise en place d'un centre de télémédecine qui procède au traitement algorithmique des données et examine les messages d'alerte de la télésurveillance</li> <li>– Définition de seuils individuels pour le déclenchement des messages d'alerte</li> <li>– En cas d'anomalie ou de dépassement des seuils individuels, un spécialiste contacte le participant et/ou le médecin traitant par téléphone</li> <li>– Télécoaching régulier sur le tableau clinique, d'autres aspects pertinents (p. ex. facteurs de risque, affections associées typiques, interventions non pharmacologiques) et instructions concernant la gestion individuelle (p. ex. surveillance quotidienne du poids, reconnaissance d'une détérioration cardiaque comme la prise de poids ou les problèmes respiratoires et d'une situation d'urgence, adhésion aux médicaments prescrits, changement de style de vie comme activité physique, alimentation et arrêt du tabac)</li> </ul> <p>Un remboursement forfaitaire doit être convenu.</p> |                              |
| Utilisation à ballonnet d'une pompe intra-aortale en cardiologie interventionnelle  | Oui  |  | 1.1.1997                     |
| Revascularisation transmyocardique par laser  | Non  |  | 1.1.2000                     |
| Thérapie de resynchronisation cardiaque sur la base d'un stimulateur cardiaque à triple chambre, implantation et changement d'agrégat | Oui  | <p>En cas d'insuffisance cardiaque chronique sévère réfractaire avec asynchronisme interventriculaire.</p> <p>Aux conditions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– insuffisance chronique sévère (NYHA III ou IV) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche <math>\leq</math> 35 % malgré traitement médicamenteux adéquat;</li> <li>– bloc de branche gauche avec allongement du QRS <math>\geq</math> 130 millisecondes.</li> </ul>  | 1.1.2003/<br>1.1.2004        |

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du                                 |
|--|--|--|--|
|  |  | Investigation et implantation seulement dans un centre de cardiologie qualifié, disposant d'une équipe interdisciplinaire avec les compétences requises en électrophysiologie cardiaque et de l'infrastructure nécessaire (échocardiographie, console de programmation, laboratoire de cathétérisme cardiaque).  |  |
| Curiethérapie endocoronarienne   | Non  |  | 1.1.2003   |
| Implantation de stent coronariens à libération de médicaments                    | Oui  |  | 1.1.2005   |
| Angioplastie coronaire avec cathéter à ballonnet recouvert de Paclitaxel         | Oui  | Indications:<br>– resténose intrastent<br>– sténose de petites artères coronaires  | 1.7.2012   |
| Intervention par voie percutanée visant à traiter une grave insuffisance mitrale | Oui  | Pour les patients inopérables souffrant d'une grave insuffisance mitrale (mortalité prédite de 10 % à 15 % en l'espace de 12 mois) et dont les valvules cardiaques ont une morphologie permettant cette intervention.<br>Participation au «Mitra Swiss Registry»   | 1.1.2013   |
| Implantation trans-cathéter de valve aortique (TAVI)                             |  | Lorsque les conditions (cumulatives) suivantes sont remplies:<br>1. La sténose aortique est sévère et symptomatique.<br>2. La procédure TAVI ne peut être pratiquée que dans les institutions effectuant la chirurgie cardiaque sur place.<br>3. Dans tous les cas, pose de l'indication par l'équipe Heart Team, comprenant au moins les spécialistes suivants: deux spécialistes en cardiologie, dont une personne spécialisée en cardiologie interventionnelle disposant d'une formation pour les interventions TAVI, ainsi qu'un spécialiste en chirurgie cardiaque et un autre en anesthésie.<br>4. Tous les centres pratiquant la procédure TAVI doivent fournir leurs données au SWISS TAVI Registry. | 1.7.2013/<br>1.1.2019/<br>1.7.2019/<br>1.7.2020/<br>1.7.2023 |
|  | Oui  | En cas de sténose aortique sévère, chez les patients inopérables ou à haut risque opératoire (risque de mortalité selon le score de la Society of Thoracic Surgeons et EuroScore II $\geq$ 8%)   | 1.7.2013/<br>1.1.2019/<br>1.7.2019/<br>1.7.2020/<br>1.7.2023 |
|  | Oui  | En cas de sténose aortique sévère, chez les patients à risque opératoire moyen (risque de mortalité selon le score de la Society of Thoracic Surgeons et EuroScore II de 4 à 8%)   | 1.7.2020/<br>1.7.2023  |
|  | Oui  | En cours d'évaluation<br>En cas de sténose aortique sévère, chez les patients à risque opératoire faible (risque de mortalité selon le score de la Society of Thoracic Surgeons et EuroScore II $<$ 4%), âgés de $\geq$ 75 ans et avec voie d'accès fémorale appropriée.   | 1.7.2020 /<br>1.7.2023<br>jusqu'au<br>31.12.202<br>5         |

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions | Décision valable à partir du |
|--|--|------------|------------------------------|
| Électrostimulation des barorécepteurs au moyen d'un système neurosti-mulateur implanté | Non  |            | 1.4.2020                     |
| Phonocardiographie / test rapide acoustique  | Non  |            | 1.1.2021                     |

## 2.3 Neurologie

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du |
|--|--|--|------------------------------|
| Électrostimulation de la moelle épinière par implantation d'un système de neuro-stimulation  | Oui  | Traitement des douleurs chroniques graves, avant tout des douleurs du type de désafférentation (douleurs fantômes), douleurs par adhérence des racines après hernie discale et perte de sensibilité dans les dermatomes correspondants, causalgies et notamment des douleurs provoquées par fibrose du plexus après irradiation (cancer du sein), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée.<br><br>Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.  | 21.4.1983 / 1.3.1995         |
| Électrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation   | Oui  | Traitement des douleurs chroniques graves: douleurs de désafférentation d'origine centrale (par ex. lésion cérébrale ou intrarachidienne, lacération intradurale du nerf), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.<br><br>Sévères dystonies et contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux.<br><br>Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie stéréotaxique, neurologie spécialisée dans les troubles moteurs, neuroradiologie). | 1.3.1995/ 1.7.2011           |
| Électroneuro-modulation des nerfs pelviens à l'aide d'un système implanté par laparoscopie (procédure LION: <i>Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis</i> )   | Non  |  | 1.7.2013/ 1.7.2014           |
| Opération stéréotactique en vue de traiter la maladie de Parkinson chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux (ablation par radiofréquence et stimulations chroniques du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique) | Oui  | Diagnostic établi d'une maladie de Parkinson idiopathique.<br><br>Progression des symptômes sur un minimum de deux ans.<br><br>Contrôle insuffisant des symptômes par le traitement dopaminergique (phénomène off, fluctuations on/off, dyskinésies on).<br><br>Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures   | 1.7.2000                     |

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du                        |
|--|--|--|---|
|  |  | nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, neuroradiologie).   |   |
| Opération stéréotactique (ablation par radiofréquence et stimulation chronique du thalamus) en vue de traiter le tremblement non parkinsonien, chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux | Oui  | Diagnostic établi d'un tremblement non parkinsonien, progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux.<br>Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, électrophysiologie neurologique, neuroradiologie).   | 1.7.2002  |
| Traitement par ultrasons focalisés du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique  | Oui  | Pour le traitement d'une maladie de Parkinson idiopathique (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  | 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)   | 15.7.2015 / 1.7.2020 / 1.1.2022                     |
|  | Oui  | En cours d'évaluation.<br>Pour le traitement des douleurs neuropathiques graves chroniques, réfractaires au traitement.<br>Gestion d'un registre d'évaluation  | 15.7.2015 / 1.7.2020 / 1.1.2021 jusqu'au 31.12.2025 |
| Stimulation nerveuse périphérique du nerf occipital  | Oui  | En cas de migraine chronique réfractaire à la thérapie au sens des critères diagnostiques de l'International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1 <sup>35</sup> ).   | 1.7.2014  |
| Potentiels évoqués moteurs dans le cadre d'examens neurologiques spécialisés   | Oui  | Diagnostic d'une maladie neurologique. Par des médecins ayant suivi une formation postgraduée qui corresponde au programme de formation complémentaire en électroencéphalographie (SSNC) du 1 <sup>er</sup> janvier 2016, révisé le 12 mars 2020 <sup>36</sup> , ou conformément au programme de formation complémentaire en électroneuromyographie (SSNC) du 1 <sup>er</sup> janvier 2016, révisé le 12 mars 2020 <sup>37</sup> | 1.1.1999 / 1.1.2021                                 |
| Résection curative d'un foyer épileptogène   | Oui  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Preuve de l'existence d'une épilepsie focale.</li> <li>– Fort handicap du patient en raison de souffrances dues à la maladie comitiale.</li> <li>– Résistance à la pharmacothérapie.</li> <li>– Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en</li> </ul>  | 1.1.1996 / 1.8.2006                                 |

<sup>35</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>36</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>37</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                                 |
|---|--|---|--|
|   |  | électrophysiologie, IRM <sub>+</sub> etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement.  |  |
| Chirurgie palliative de l'épilepsie par:<br>– commissurotomie<br>– opération sous-apiale multiple (selon Morell-Whisler)<br>– stimulation du nerf vague | Oui  | Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.<br><br>Lorsque les investigations montrent que la chirurgie curative de l'épilepsie focale n'est pas indiquée et qu'une méthode palliative permet un meilleur contrôle des crises et une amélioration de la qualité de vie.<br><br>Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM, etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement. | 1.1.1996/<br>1.7.2002/<br>1.1.2005/<br>1.8.2006/<br>1.1.2009 |
| Magnétoencéphalographie   | Non  |   | 1.7.2002   |

## 2.4 Rhumatologie

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions | Décision valable à partir du                    |
|--|--|------------|---|
| Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel                        | Non  |            | 25.3.1971                                       |
| Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant» | Non  |            | 12.5.1977                                       |
| Traitement de l'arthrose par injection d'une solution mixte contenant de l'huile iodoforme                 | Non  |            | 1.1.1997  |
| Thérapie par ondes de choc extracorporelles (lithotripsie) appliquée à l'appareil locomoteur               | Non  |            | 1.1.1997/<br>1.1.2000/<br>1.1.2002              |
| Thérapie par ondes de choc radiales  | Non  |            | 1.1.2004  |
| Viscosupplémentation pour le traitement de l'arthrose  | Non  |            | 1.7.2002/<br>1.1.2003/<br>1.1.2004/<br>1.1.2007 |
| Thérapie par laser froid   | Non  |            | 1.1.2001  |

## 2.5 Oncologie et hématologie

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du  |
|---|--|---|---|
| Traitement par laser pour chirurgie palliative à minima                                       | Oui  |   | 1.1.1993  |
| Perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale (TNF) | Oui  | Mélanome malin atteignant exclusivement un membre.<br>Sarcome des tissus mous atteignant exclusivement un membre.<br>Dans un centre spécialisé ayant l'expérience du traitement interdisciplinaire des mélanomes et des sarcomes étendus des membres par cette méthode. Le traitement est effectué par une équipe composée de médecins spécialisés en chirurgie oncologique, en chirurgie vasculaire, en orthopédie, en anesthésie et en médecine intensive.<br>Le traitement doit être effectué en salle d'opération, sous anesthésie générale et sous monitoring continu par sonde de Swan-Ganz.  | 1.1.1997/<br>1.1.2001   |
|   | Non  | Mélanome ou sarcome:<br>– envahissant la racine du membre;<br>– accompagné de métastases viscérales.  | 1.1.2001  |
| Immunothérapie spécifique active pour la thérapie adjuvante du cancer du colon de stade II    | Non  |   | 1.8.2007  |
| Test d'expression multigénique en cas de cancer du sein                                       | Oui  | En cours d'évaluation<br>Indication:<br>Examen du tissu tumoral d'un cancer du sein, primaire, invasif avec les caractéristiques suivantes:<br>– état positif au récepteur d'œstrogènes;<br>– état négatif au récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-);<br>– jusqu'à trois ganglions lymphatiques loco-régionaux sont atteints;<br>– les résultats conventionnels seuls ne permettent pas de décider clairement d'une chimiothérapie adjuvante.<br>Exigences concernant le test:<br>Le test doit être effectué par des médecins ayant suivi une formation postgraduée qui corresponde au programme de formation complémentaire en pathologie moléculaire (programme de formation postgraduée du 1 <sup>er</sup> janvier 2002, révisé le 6 juin 2013 <sup>38</sup> ) S'il a lieu dans un laboratoire étranger, celui-ci doit satisfaire à la directive IVDD 98/79/CE <sup>39</sup> ou à la norme ISO 15189 /17025 <sup>40</sup> . | 1.1.2011/<br>1.1.2015/<br>1.1.2019/<br>1.1.2024<br>jusqu'au<br>31.12.2025 |
| Immunothérapie par cellules dendritiques pour le traitement du mélanome                       | Non  |   | 1.7.2002  |

<sup>38</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>39</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>40</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   |
|--|--|---|--|
| Grefe de cellules souches hémato-poïétiques<br><br>– autologue |  | <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 mai 2021<sup>41</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>42</sup> et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation<sup>43</sup>.</p> <p>La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès du donneur est exclue.</p> | 1.8.2008/<br>1.1.2011/<br>1.7.2013/<br>1.3.2019/<br>1.1.2022                                       |
|  | Oui  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– lymphomes</li> <li>– leucémie lymphatique aiguë</li> <li>– leucémie myéloïde aiguë</li> <li>– myélome multiple</li> <li>– neuroblastome</li> <li>– médulloblastome</li> <li>– tumeur germinale</li> <li>– sclérodémie systémique</li> </ul>  | 1.1.1997/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018   |
|  | Oui  | <p>En cours d'évaluation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sarcome d'Ewing</li> <li>– sarcome des tissus mous</li> <li>– tumeur de Wilms</li> </ul>   | 1.1.2002/<br>1.1.2008/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018/<br>1.1.2023<br>jusqu'au<br>31.12.2027             |
|  | Oui  | <p>En cours d'évaluation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– en cas de maladie auto-immune hors sclérodémie systémique, maladie de Crohn et diabète sucré.</li> </ul> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> <p>En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.</p>  | 1.1.2002/<br>1.1.2008/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018/<br>1.1.2023/<br>1.7.2023<br>jusqu'au<br>30.6.2028 |
|  | Oui  | <p>En cours d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– en cas de sclérose en plaque</li> </ul> <p>Effectuée dans des centres participant à l'étude de données relatives à la TCSHa dans le cadre de la SEP.</p> <p>Indications par un comité interdisciplinaire de transplantation de cellules souches.</p>  | 1.7.2018/<br>1.7.2023<br>jusqu'au<br>30.6.2029   |

<sup>41</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>42</sup> RS 810.21

<sup>43</sup> RS 810.211

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du   |
|---|--|---|--|
|   | Non  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– récurrence d'une leucémie myéloïde aiguë</li> <li>– récurrence d'une leucémie lymphatique aiguë</li> <li>– cancer du sein</li> <li>– carcinome bronchique à petites cellules</li> <li>– maladies congénitales</li> <li>– cancer de l'ovaire</li> <li>– tumeur solide rare de l'enfant</li> <li>– syndrome myéloblastique</li> <li>– leucémie myéloïde chronique</li> <li>– maladie de Crohn</li> <li>– diabète sucré</li> </ul>  | 1.1.1997/<br>1.1.2008/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018  |
| – allogénique   | Oui  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– leucémie myéloïde aiguë</li> <li>– leucémie lymphatique aiguë</li> <li>– leucémie myéloïde chronique et néoplasies myéloprolifératives BCR-ABL1 négatives</li> <li>– syndrome myéloblastique</li> <li>– anémie aplasique</li> <li>– déficit immunitaire et enzymopathie congénitale</li> <li>– thalassémie et anémie drépanocytaire</li> <li>– myélome multiple</li> <li>– tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémie lymphatique chronique)</li> </ul>   | 1.1.1997/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018/<br>1.1.2024  |
|   | Oui  | <p>En cours d'évaluation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– en cas de maladie auto-immune.</li> </ul> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> <p>En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.</p>   | 1.1.2002/<br>1.1.2008/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018/<br>1.1.2023/<br>1.7.2023<br>jusqu'au<br>30.6.2028 |
|   | Non  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– tumeurs solides</li> <li>– mélanome</li> <li>– cancer du sein</li> <li>– carcinome du rein</li> <li>– polyarthrite rhumatoïde</li> </ul>   | 1.1.1997/<br>1.1.2002//<br>1.1.2008/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018                                      |
| Thérapie par lymphocytes CAR-T (CAR = récepteur antigénique chimérique)<br>avec/chez: |  | <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 «<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.</p> | 1.1.2020/<br>1.1.2022  |

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du                    |
|--|--|---|---|
|  |  | Tous les cas doivent être saisis dans un registre.<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. |   |
| <p>- Tisagenlecleucel:</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <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.<br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.   | 1.1.2020/<br>1.1.2023<br>jusqu'au<br>31.12.2024 |
| <p>- Axicabtagène Ciloleucel:</p> <p>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</p>   | Oui  | En cours d'évaluation.<br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.   | 1.1.2020/<br>1.1.2023<br>jusqu'au<br>31.12.2024 |
| <p>- Brexucabtagène autoleucel :</p> <p>Chez les adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau réfractaire ou en rechute, après au moins deux lignes de traitement, dont un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton.</p>   | Oui  | En cours d'évaluation.<br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.   | 1.7.2022<br>jusqu'au<br>30.6.2027               |

**3 Gynécologie et obstétrique, médecine de la procréation**

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du |
|---|--|--|------------------------------|
| Mesures visant à conserver la fertilité chez les personnes qui reçoivent des traitements qui nuisent à la fertilité | Oui  | <p>Pour les adolescents post-pubères et les adultes jusqu'à l'âge de 40 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- présentant, en raison d'un traitement contre le cancer, un risque moyen ou élevé (&gt; 20%) d'aménorrhée permanente (femmes) ou d'azoospermie (hommes) par suite d'un traitement, ou</li> <li>- recevant une transplantation de cellules souches en raison d'une maladie non-oncologique, ou</li> <li>- traités par cyclophosphamide et présentant un risque moyen ou élevé (&gt; 20%) d'aménorrhée permanente (femmes) ou d'azoospermie (hommes) par suite d'un traitement.</li> </ul> <p>Mesures chez la femme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prélèvement d'ovules après stimulation ovarienne, cryoconservation d'ovules fécondés ou non fécondés; une éventuelle fécondation avant une cryoconservation n'est pas à la charge de l'assurance, ou</li> <li>- résection, cryoconservation et réimplantation de tissus ovariens;</li> </ul> <p>Mesures chez l'homme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cryoconservation de spermatozoïdes, ou</li> <li>- si nécessaire: biopsie testiculaire (extraction de spermatozoïdes testiculaires).</li> </ul> <p>Cryoconservation pour 5 ans au plus; prolongation de 5 ans supplémentaires uniquement en cas d'insuffisance ovarienne persistante ou d'azoospermie. Prise en charge d'une cryoconservation de spermatozoïdes et d'ovules non fécondés en cas d'insuffisance ovarienne ou d'azoospermie persistante allant au-delà uniquement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> <p>Pose de l'indication et exécution par des centres multidisciplinaires qui participent à un programme multicentrique de garantie de la qualité avec gestion d'un registre des mesures visant à conserver la fertilité chez les hommes et les femmes en âge de procréer et souffrant d'un cancer ou qui sont associés à un tel centre.</p> | 1.7.2019/<br>1.7.2020        |
| Insémination artificielle   | Oui  | <p>Insémination intra-utérine.</p> <p>Au maximum trois cycles de traitement par grossesse.</p>   | 1.1.2001                     |
| Fécondation in vitro en vue de déterminer une éventuelle stérilité  | Non  |  | 1.4.1994                     |
| Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)  | Non  |  | 28.8.1986/<br>1.4.1994       |
| Stérilisation:<br>- d'une patiente  | Oui  | <p>Pratiquée au cours du traitement médical d'une patiente en âge de procréer, la stérilisation doit être prise en charge par l'assurance-maladie dans les cas où une grossesse mettrait la vie de l'assurée en danger ou affecterait vraisemblablement sa santé de</p>  | 11.12.1980                   |

| Mesure  | Obligatoire<br>ment à la<br>charge de<br>l'assurance | Conditions  | Décision<br>valable à<br>partir du              |
|---|--|---|---|
| – du conjoint   |  | manière durable, à cause d'un état pathologique vraisemblablement permanent ou d'une anomalie physique, et si d'autres méthodes de contraception ne sont pas possibles pour des raisons médicales (au sens large).  |   |
|   | Oui  | Lorsqu'une stérilisation remboursable se révèle impossible pour la femme ou lorsqu'elle n'est pas souhaitée par les époux, l'assureur de la femme doit prendre en charge la stérilisation du mari.  | 1.1.1993  |
| Interventions mammaires mini-invasives sous guidage radiologique ou échographique                                 | Oui  | Selon les déclarations consensuelles de la Société suisse de sénologie (SSS) et du groupe de travail «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184 <sup>44</sup> .   | 1.7.2002/<br>1.1.2007/<br>1.1.2008/<br>1.7.2009 |
| Mise en place d'une bandelette sous-urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme | Oui  | – Selon les recommandations de l'Association pour l'urogynécologie et la pathologie du plancher pelvien GTU, mise à jour de l'avis d'experts du 16 juin 2016 «mise en place de bandelettes pour le traitement de l'incontinence d'effort féminine» <sup>45</sup> .<br>– L'implant Reemex® n'est pas pris en charge. | 1.1.2004/<br>1.1.2005/<br>1.1.2019              |

<sup>44</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>45</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

**4 Pédiatrie**

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du                    |
|--|--|--|---|
| Programmes de traitements ambulatoires et pluridisciplinaires de groupe destinés aux enfants et adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité   | Oui  | <p>1. Indication:</p> <p>a. en cas d'obésité (IMC &gt; 97<sup>e</sup> centile);</p> <p>b. en cas de surpoids (IMC entre le 90<sup>e</sup> et le 97<sup>e</sup> centile) et présence d'au moins une des maladies ci-après si le surpoids en aggrave le pronostic ou si elles sont dues à la surcharge pondérale: hypertension, diabète sucré de type 2, troubles de la tolérance glucidique, troubles endocriniens, syndrome des ovaires polykystiques, maladies orthopédiques, stéatohépatite non alcoolique, maladies respiratoires, glomérulopathie, troubles alimentaires faisant l'objet d'un traitement psychiatrique.</p> <p>Définition de l'obésité, du surpoids et des maladies selon les recommandations de la Société suisse de pédiatrie (SSP) publiées dans la revue <i>Pediatrica</i> n° 6/2006 du 19 décembre 2006<sup>46</sup> et n° 1/2011 du 4 mars 2011<sup>47</sup></p> <p>2. Programmes: programmes en groupes dirigés par un médecin avec approche thérapeutique pluridisciplinaire selon les exigences de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent publiées dans la revue «<i>Pediatrica</i>» n° 2/2007 du 13 avril 2007<sup>48</sup>. Les programmes en groupes dirigés par un médecin qui sont reconnus par la commission formée de représentants de la SSP et de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent, sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si la thérapie s'inscrit dans un programme qui n'est pas reconnu par cette commission, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte de la recommandation du médecin-conseil.</p> <p>3. Une rémunération forfaitaire doit être convenue.</p> | 1.1.2008/<br>1.7.2009/<br>1.1.2014/<br>1.7.2014 |
|  | Non  | Programme allégé pour les enfants de 4 à 8 ans.  | 1.1.2014  |
| Thérapie individuelle multiprofessionnelle structurée ambulatoire pour les enfants et adolescents en surpoids ou atteints d'obésité, en 4 étapes | Oui  | <p>1. Indication:</p> <p>a. en cas d'obésité (IMC &gt; 97<sup>e</sup> centile);</p> <p>b. en cas de surpoids (IMC entre le 90<sup>e</sup> et le 97<sup>e</sup> centile) et présence d'au moins une des maladies ci-après si le surpoids en aggrave le pronostic ou si elles sont dues à la surcharge</p>   | 1.1.2014  |

<sup>46</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>47</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>48</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 |
|---|--|---|------------------------------|
|   |  | <p>pondérale: hypertension, diabète sucré de type 2, troubles de la tolérance glucidique, troubles endocriniens, syndrome des ovaires polykystiques, maladies orthopédiques, stéatohépatite non alcoolique, maladies respiratoires, glomérulopathie troubles alimentaires faisant l'objet d'un traitement psychiatrique.</p> <p>Définition de l'obésité, du surpoids et des maladies selon les recommandations de la Société suisse de pédiatrie (SSP) publiées dans la revue <i>Pediatrica</i> n° 6/2006<sup>49</sup> du 19 décembre 2006 et n° 1/2011<sup>50</sup> du 4 mars 2011.</p> <p>2. Thérapie:</p> <p>a. étape 1: suivi multidisciplinaire par un médecin pendant 6 mois avec au maximum 6 séances de consultation diététique et 2 séances de physiothérapie diagnostique,</p> <p>b. étapes 2 et 3: programmes multidisciplinaires dirigés par un médecin si l'étape 1 dure plus de 6 mois ou en présence d'une comorbidité importante,</p> <p>c. étape 4: suivi thérapeutique par un médecin.</p> <p>3. Programmes pour les étapes 2 et 3: programmes en groupes dirigés par un médecin avec approche thérapeutique pluridisciplinaire selon les exigences de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent publiées dans la revue «<i>Pediatrica</i>» n° 2/2007 du 13 avril 2007<sup>51</sup>. Les programmes en groupes dirigés par un médecin qui sont reconnus par la commission formée de représentants de la SSP et de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si la thérapie s'inscrit dans un programme qui n'est pas reconnu par cette commission, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte de la recommandation du médecin-conseil.</p> |                              |
| Électrostimulation de la vessie   | Oui  | En cas de problèmes organiques de la miction.   | 16.2.1978                    |
| Monitoring de la respiration; monitoring de la respiration et de la fréquence cardiaque | Oui  | Chez les nourrissons à risque, sur prescription d'un médecin pratiquant dans un centre régional de diagnostic de la mort subite du nourrisson (SIDS).   | 25.8.1988/<br>1.1.1996       |
| Échographie selon la méthode de Graf de la hanche des nouveau-nés et des nourrissons    | Oui  | Examen effectué par un médecin spécialement formé à cette méthode.  | 1.7.2004/<br>1.8.2008        |

<sup>49</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>50</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>51</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 |
|--|--|------------|------------------------------|
| Thérapie stationnaire loin du domicile lors d'adiposité sévère                         | Non  |            | 1.1.2005                     |
| Traitement des troubles du spectre autistique à l'aide de la méthode du <i>packing</i> | Non  |            | 1.7.2019                     |

## 5 Dermatologie

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du                    |
|--|--|---|---|
| Traitement photo-dynamique des maladies de la peau par les dérivés de l'acide aminolévulinique   | Oui  |   | 1.4.2020  |
| Embolisation des hémangiomes du visage (radiologie interventionnelle)  | Oui  | Ne doit pas être facturée plus cher que le traitement chirurgical (excision).   | 27.8.1987                                       |
| Traitement au laser de:  |  |   |   |
| – cicatrices d'acné  | Non  |   | 1.7.2002  |
| – chéloïde   | Non  |   | 1.1.2004  |
| Thérapie climatique au bord de la Mer Morte  | Non  |   | 1.1.1997/<br>1.1.2001                           |
| Balnéo-photothérapie ambulatoire   | Non  |   | 1.7.2002  |
| Stimulation des cellules par des ondes acoustiques pulsées (PACE) pour le traitement des problèmes de cicatrisation de la peau aigus ou chroniques | Non  |   | 1.7.2009  |
| Utilisation de substituts cutanés  | Oui  | <p>Pour le traitement des plaies chroniques. Substituts cutanés autogènes ou allogènes ou d'origine non humaine autorisés selon les prescriptions légales.</p> <p>Pose de l'indication selon la directive «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» du 1<sup>er</sup> avril 2021 de la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies<sup>52</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/<br>1.3.2019/<br>1.7.2020/<br>1.1.2022 |
| Traitement de plaie par asticots   | Oui  | Pour le traitement de plaies chroniques.  | 1.7.2011  |

52

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

## 6 Ophtalmologie

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du   |
|--|--|--|--|
| Traitement au laser de:  |  |  |  |
| – rétinopathie diabétique  | Oui  |  | 1.1.1993   |
| – lésions rétinienne (y compris ischémie rétinienne)                                 | Oui  |  | 1.1.1993   |
| – capsulotomie   | Oui  |  | 1.1.1993   |
| – trabéculotomie   | Oui  |  | 1.1.1993   |
| Correction de l'anisométrie par chirurgie réfractive                                 | Oui  | Prestation obligatoire seulement s'il existe une anisométrie supérieure à 3 dioptries non corrigée par des lunettes et une intolérance durable aux lentilles de contact; pour la correction d'un œil pour obtenir des valeurs corrigées par des lunettes.<br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. | 1.1.1995/<br>1.1.1997/<br>1.1.2005   |
| Correction réfractive par implantation de lentille intraoculaire                     | Oui  | Prestation obligatoire seulement en cas d'anisométrie supérieure à 10 dioptries associée à une kératotomie.<br>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.   | 1.1.2000/<br>1.1.2005  |
| Greffe de membrane amiotique pour recouvrir des lésions cornéennes                   | Oui  |  | 1.1.2001   |
| Thérapie photodynamique de la dégénérescence maculaire par perfusion de Verteporfine | Oui  | Dégénérescence maculaire exsudative liée à l'âge, sous sa forme prédominante classique.  | 1.1.2006   |
|  | Oui  | En cas de néovascularisation provoquée par une myopie pathologique.  | 1.7.2000/<br>1.7.2002/<br>1.1.2004/<br>1.1.2005/<br>1.1.2006/<br>1.1.2009/<br>1.1.2012 |
|  | Non  | Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.   | 1.1.2008   |
| Dilatation en cas de sténose du canal lacrymal par Lacri-Cath                        | Non  |  | 1.1.2003/<br>1.1.2005  |
| Dilatation par ballonnet en cas de sténose du canal lacrymal                         | Oui  | – sous contrôle radiologique<br>– avec ou sans implantation d'un stent<br>– radiologies interventionnelles effectuées par des personnes possédant l'expérience correspondante.   | 1.1.2006/<br>1.1.2008  |
| Ophtalmoscopie laser à balayage  | Oui  | – en cas de glaucome difficile à traiter, pour poser l'indication d'une intervention chirurgicale<br>– pose de l'indication des traitements de la rétine<br>Examen dans le centre où doit être effectués l'intervention et le traitement.  | 1.1.2004/<br>1.8.2008  |

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du |
|---|--|---|------------------------------|
| Traitement de la cornée par UV crosslinking (CXL) en cas de kératocône progressif | Oui  | La pose de l'indication et l'intervention doivent être effectuées exclusivement par des spécialistes en ophtalmologie avec formation approfondie en ophtalmochirurgie.  | 1.8.2008/<br>1.7.2022        |
| Traitement du kératocône au moyen d'anneaux intra-cornéens                        | Oui  | Pour correction de l'astigmatisme irrégulier en cas de kératocône si une correction par des lunettes ou lentilles de contact n'est pas possible ou s'il existe une intolérance aux lentilles de contact.<br>Exécution dans les centres/cliniques A, B et C (selon la liste des centres de formation continue de la FMH dans l'ophtalmologie). | 1.8.2007                     |
| Mesure de l'osmolarité du liquide lacrymal  | Non  |   | 1.1.2010                     |
| Chirurgie minimalement invasive du glaucome (MIGS)                                | Non  |   | 1.1.2024                     |

**7 Oto-rhino-laryngologie**

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du                                  |
|---|--|---|---|
| Traitement par oreille électronique selon la méthode Tomatis (audio-psycho-phonologie)  | Non  |   | 18.1.1979   |
| Traitement au laser de:<br>– papillomatose des voies respiratoires<br>– résection de la langue                                      | Oui  |   | 1.1.1993  |
| Implant cochléaire  | Oui  | Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.<br>Indication et exécution selon les « Directives relatives à l'implantation cochléaire et au suivi des patients » du 7 mars 2018 élaborées par le groupe de travail sur les implants cochléaires de la Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (SSORL).<br>L'entraînement auditif dispensé dans le centre fait partie intégrante de la thérapie à prendre en charge. | 1.4.1994/<br>1.7.2002/<br>1.1.2004/<br>1.7.2020 /<br>1.7.2022 |
| Implantation d'implants auditifs à conduction osseuse ou de leurs composantes (systèmes transcutanés et percutanés)                 | Oui  | Indications:<br>– Maladies et malformations de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe qui ne peuvent être corrigées par la chirurgie<br>– Seule alternative à une intervention chirurgicale à risque sur l'unique oreille fonctionnelle<br>– Intolérance aux appareils à transmission aérienne<br>– Remplacement d'un appareil classique à transmission osseuse, suite à l'apparition de troubles, à une tenue insuffisante ou à un mauvais fonctionnement.  | 1.1.1996/<br>1.1.2015   |
| Implantation dans l'oreille moyenne d'un système type «Vibrant Soundbridge» pour traiter un déficit d'audition de l'oreille interne | Oui  | Patients qui, pour des raisons médicales ou audiolgiques, ne peuvent pas utiliser un appareil conventionnel à cause d'une otite externe chronique, d'une allergie, d'une exostose, etc.   | 1.1.2005  |
| Palatoplastie au laser vaporisant   | Non  |   | 1.1.1997  |
| Lithotripsie de ptyalolithes  | Oui  | Exécution dans un centre qui dispose de l'expérience correspondante (fréquence minimale: en moyenne 30 premiers traitements par année).   | 1.1.1997/<br>1.1.2000/<br>1.1.2001/<br>1.1.2004               |

**8 Psychiatrie et psychothérapie**

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du  |
|---|--|---|---|
| Psychothérapie selon Samuel Widmer (désignation : « Echte Psychotherapie » (vraie psychothérapie) | Non  |   | 1.1.2021  |
| Traitement par agonistes opioïdes (TAO) en cas de syndrome de dépendance aux opioïdes             | Oui  | <p>Traitement avec prescription de méthadone, de buprénorphine, de morphine « retard » ou d'héroïne</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selon les recommandations médicales du 16 juillet 2020<sup>53</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</li> <li>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.</li> <li>3. Le traitement par agonistes opioïdes (TAO) comprend les prestations suivantes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. prestations médicales: <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 TAO</li> <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> </ul> </li> </ol> </li> </ol> | 1.1.2001/<br>1.1.2007/<br>1.1.2010/<br>1.7.2012/<br>1.1.2014/<br>1.7.2021 |

53

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>– 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> |                              |
| Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous sédation profonde   | Non  |   | 1.1.2001                     |
| Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous anesthésie générale   | Non  |   | 1.1.1998                     |
| Sevrage des opiacés en traitement ambulatoire selon la méthode ESCAPE (Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement) | Non  |   | 1.1.1999                     |
| Relaxation selon la méthode d'Ajuriaguerra  | Oui  | Dans le cabinet du médecin ou dans un hôpital sous surveillance directe du médecin.   | 22.3.1973                    |
| Contrôle de la thérapie par vidéo   | Non  |   | 16.2.1978                    |
| Traitement de l'insomnie par thérapie cognitivo-comportementale basée sur Internet  | Oui  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psychothérapie pratiquée par un médecin, au sens de l'art. 2 OPAS, sur les bases de la thérapie cognitivo-comportementale, comprenant en particulier les éléments suivants: restriction du sommeil, contrôle par le stimulus, techniques de relaxation, restructuration cognitive, prévention de la rechute.<br/>La thérapie se fonde sur une méthode et implique un contact régulier entre le fournisseur de prestations et l'assuré; elle comporte des diagnostics préliminaire, intermédiaire et final.</li> <li>2. Après une consultation préalable.</li> <li>3. L'assurance prend en charge les coûts de 16 semaines de thérapie au maximum.</li> </ol>  | 1.1.2017                     |

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du |
|---|--|--|------------------------------|
|   |  | La procédure de prise en charge des coûts pour la poursuite de la thérapie après 16 semaines est la même que celle visée à l'art. 3b OPAS. |                              |
| Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) pour le traitement de la dépression | Non  |  | 1.1.2018                     |

## 9 Radiologie, radio-oncologie / radiothérapie et médecine nucléaire

### 9.1 Radiodiagnostic

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du  |
|--|--|---|---|
| Résonance magnétique nucléaire (IRM)   | Oui  |   | 1.1.1999  |
| Ostéodensitométrie<br>- par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA) | Oui  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture provoquée par un traumatisme minime</li> <li>- Corticothérapie de longue durée ou hypogonadisme</li> <li>- Maladies du système digestif avec syndrome de malabsorption (en particulier la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique et la maladie cœliaque)</li> <li>- Hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication chirurgicale n'est pas nette)</li> <li>- Ostéogénèse imparfaite</li> <li>- VIH</li> <li>- En cas de thérapie à base d'inhibiteurs de l'aromatase (après la ménopause) ou de l'association analogues de la GnRH + inhibiteurs de l'aromatase (avant la ménopause )</li> <li>- En cas de thérapie à base d'anticonvulsifs</li> </ul> Examens de l'évolution tant que dure la situation à risque prédisposante, en principe tous les deux ans au maximum. | 1.3.1995/<br>1.1.1999/<br>1.7.2010/<br>1.7.2012/<br>1.1.2015/<br>1.7.2019/<br>1.4.2020/<br>1.7.2023 |
| - par scanner total du corps   | Non  |   | 1.3.1995  |
| - par CT périphérique quantitative (pQCT)                                    | Non  |   | 1.1.2003/<br>1.1.2006   |
| Échographie osseuse  | Non  |   | 1.1.2003  |
| Méthodes analytiques applicables au tissu osseux:                            |  |   |   |
| - marqueurs de la résorption osseuse   | Non  | Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose   | 1.1.2003/<br>1.8.2006   |
| - marqueurs de la formation osseuse  | Non  | Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose   | 1.1.2003/<br>1.8.2006   |
| Mammographie   | Oui  | Pour le diagnostic en cas de forte suspicion clinique de pathologie mammaire.   | 1.1.2008  |

### 9.2 Radiologie interventionnelle

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du       |
|---|--|--|------------------------------------|
| Embolisation des artères prostatiques en cas d'hyperplasie bénigne symptomatique de la prostate | Oui  | En cours d'évaluation.<br><br>Chez les patients présentant des troubles obstructifs modérés à sévères (IPSS > 8, QoL > 3) en cas d'hyperplasie de la prostate > 30-50 ml | 1.7.2022<br>jusqu'au<br>31.12.2024 |

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du                                 |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>et répondant à au moins un des critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- après une tentative infructueuse de traitement médicamenteux ou une intolérance aux médicaments, ou</li> <li>- rétention urinaire chronique sans limite de volume prostatique, ou</li> <li>- préoccupations quant à une éjaculation rétrograde, une dysfonction érectile ou une incontinence urinaire, ou</li> <li>- si une opération est contre-indiquée en raison de l'âge, de comorbidités multiples ou de coagulopathies, ou</li> <li>- si le patient refuse une opération.</li> </ul> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> |  |
| Embolisation de fibrome de l'utérus                    | Oui  | <p>Par des spécialistes en radiologie attestant d'une expérience de la technique des radiologies interventionnelles.</p> <p>Installation angiographique moderne.</p>  | 1.1.2004/<br>1.1.2005/<br>1.1.2010/<br>1.1.2011/<br>1.1.2013 |
| Dissectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT | Non  |   | 1.1.2014   |

### 9.3 Radio-oncologie / radiothérapie

| Mesure   | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du                    |
|--|--|--|---|
| Irradiation thérapeutique par faisceau de pions  | Non  |  | 28.8.1986/<br>1.1.1993                          |
| Low-dose-rate-Curiethérapie  | Oui  | <p>Par grains d'iode 125 ou de palladium 103.</p> <p>En cas de carcinome de la prostate avec risque de récurrence faible ou moyen et</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- espérance de vie &gt; 5 ans</li> <li>- volume de la prostate &lt; 60 ccm</li> <li>- pas d'obstruction vésicale sévère.</li> </ul> <p>Centre qualifié offrant une collaboration interdisciplinaire étroite entre urologues, radio-oncologues et physiciens médicaux</p> | 1.7.2002/<br>1.1.2005/<br>1.1.2009/<br>1.7.2011 |
| Radiothérapie stéréotaxique ambulatoire (photons) de la forme exsudative de la dégénérescence maculaire liée à l'âge | Non  |  | 1.1.2018/<br>1.7.2020                           |
| Irradiation thérapeutique par faisceau de protons  |  | <p>Exécution à l'Institut Paul Scherrer, à Villigen.</p> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p>  |   |
|  | Oui  | a) Mélanomes intraoculaires.   | 28.8.1986/<br>1.1.1993                          |

| Mesure                                    | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du                                 |
|---|--|--|--|
|   | Oui  | <p>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.</p> <p>Pour les indications suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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)</li> <li>– tumeurs du cerveau et des méninges (gliomes de bas grade, 1 ou 2; méningiomes)</li> <li>– tumeurs extra-crâniennes au niveau de la colonne vertébrale, du tronc et des extrémités (sarcomes des tissus mous et de l'os)</li> <li>– tumeurs de l'enfant et de l'adolescent.</li> </ul> | 1.1.2002/<br>1.7.2002/<br>1.8.2007/<br>1.1.2011/<br>1.7.2011 |
|   | Oui  | <p>c) En cours d'évaluation</p> <p>Cancer bronchique non à petites cellules (CPNPC) de stades UICC IIB et IIIA/B, dans le cadre de l'étude contrôlée aléatoire RTOG 1308.</p>  | 1.4.2020<br>jusqu'au<br>31.12.2025                           |
|   | Oui  | <p>d) En cours d'évaluation</p> <p>En cas de carcinome de l'œsophage localement avancé (≥ T2 ou N+, M0), dans le cadre de l'essai randomisé contrôlé PROTECT.</p> <p>Pour l'indication « carcinome de l'œsophage », il faut convenir d'un forfait spécifique à l'indication.</p>   | 1.1.2022<br>jusqu'au<br>31.12.2026                           |
|   | Non  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Radiothérapie postopératoire du cancer du sein</li> <li>– Toutes les autres indications</li> </ul>  | 1.7.2012/<br>15.7.2015/<br>1.1.2018/<br>1.4.2020             |
| Radiochirurgie (LINAC, couteau gamma)     | Oui  | <p>Pour les indications suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– neurinome du nerf acoustique</li> <li>– récurrence d'adénome hypophysaire ou de crânio-pharyngiome</li> <li>– adénome hypophysaire ou crânio-pharyngiome, si l'ablation chirurgicale est impossible</li> <li>– malformation artérioveineuse</li> <li>– méningiome</li> </ul>   | 1.1.1996   |
|   | Oui  | <p>En cas de troubles fonctionnels, notamment: syndrome douloureux (p. ex., névralgie du trijumeau, algie vasculaire de la face), troubles moteurs (p. ex., tremblement essentiel, maladie de Parkinson), épilepsie (p. ex., épilepsie temporale, hamartome associé à une épilepsie, épilepsie extra-temporale)</p>  | 1.1.1996/<br>1.7.2012  |
| Radiochirurgie par LINAC ou couteau gamma | Oui  | <p>Pour les indications suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm<sup>3</sup> ou d'un diamètre ne dépassant pas</li> </ul>  | 1.1.1999/<br>1.1.2000/<br>1.1.2003/                          |

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du                                 |
|---|--|---|--|
|   |  | <p>3,5 cm, s'il y a au maximum 3 métastases et que la maladie primaire est bien contrôlée (pas de métastases systémiques démontrables), en cas de douleurs résistant à toute autre thérapie;</p> <p>– tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum de 25 cm<sup>3</sup> ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer.</p> <p>Pour la radiochirurgie avec le couteau gamma, il faut convenir d'un forfait spécifique à l'indication.</p>   | 1.7.2011/<br>1.7.2020  |
| Implantation de marqueurs en or   | Oui  | Pour le traitement de la prostate par marquage  | 1.8.2008   |
| Injection d'hydrogel à base de polyéthylène glycol  | Non  | Comme dispositif d'éloignement entre la prostate et le rectum en cas de radiothérapie de la prostate  | 1.7.2012/<br>1.7.2014/<br>1.7.2022                           |
| Implantation transpérinéale d'un ballon biodégradable   | Non  | Dispositif d'écartement entre la prostate et le rectum en cas d'irradiation percutanée de la prostate.  | 1.1.2015   |
| Hyperthermie superficielle régionale lors de traitement antitumoral combinée avec une radiothérapie externe ou une brachythérapie | Oui  | <p>Pour les indications suivantes:</p> <p>– Récidive d'un carcinome mammaire à la poitrine/paroi thoracique inopérable, dans une zone déjà irradiée</p> <p>– Métastases ganglionnaires liées à une tumeur ORL inopérable, dans une zone déjà irradiée</p> <p>– Métastases ganglionnaires superficielles et récurrence locale en cas de mélanome malin</p> <p>– Récidive locale de tumeur avec symptômes de compression dans les situations palliatives</p> <p>Les traitements se font dans une clinique rattachée au Swiss Hyperthermia Network. Indications par son <i>tumorboard</i>.</p>   | 1.1.2017   |
| Hyperthermie profonde régionale lors d'un traitement antitumoral, combinée avec une radiothérapie externe ou une brachythérapie   | Oui  | <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> <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>- Métastases osseuses douloureuses dans la colonne vertébrale et le bassin, profondeur de foyer &gt; 5 cm.</li> <li>- Tumeur locale récidivante avec symptomatique compressive en situation palliative, profondeur de foyer &gt; 5 cm</li> <li>- Sarcome des tissus mous (récidivant, tumeur marginalement ou non résécable)</li> </ul> | 1.1.2017/<br>1.1.2019/<br>1.7.2021/<br>1.1.2022/<br>1.7.2023 |
|   | Non  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinome de la vessie</li> <li>- Carcinome du rectum</li> <li>- Carcinome du pancréas</li> </ul>  | 1.7.2023   |
| Hyperthermie profonde régionale lors d'un traitement antitumoral, combinée avec une chimiothérapie périopératoire                 | Oui  | <p>En cours d'évaluation.</p> <p>Pour l'indication suivante :</p>   | 1.7.2023<br>jusqu'au<br>30.6.2025                            |

| Mesure | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du |
|--------|--|--|------------------------------|
|        |  | <p>- Sarcome des tissus mous (traitement primaire et après résection R1 ou R2, lorsqu'il n'est pas possible de réopérer)</p> <p>Les traitements se font dans une clinique rattachée au <i>Swiss Hyperthermia Network</i>.</p> <p>Réalisation de la chimiothérapie concomitante sous la supervision d'un spécialiste en oncologie.</p> <p>Pose de l'indication par le centre des sarcomes prescripteur avec confirmation du <i>tumorboard</i> du <i>Swiss Hyperthermia Network</i>.</p> |                              |

## 9.4 Médecine nucléaire

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du  |
|---|--|---|---|
| Radiothérapie interstitielle sélective (SIRT) recourant à des microsphères en résine chargées en yttrium 90 | Oui  | <p>En cas de tumeurs hépatiques inopérables et résistantes à la chimiothérapie pour lesquelles une ablation locale n'est pas possible ou est restée sans effet.</p> <p>Réalisation dans un centre hépato-biliaire interdisciplinaire comprenant un service de consultation ad hoc (chirurgie hépato-biliaire spécialisée, radiologie interventionnelle, médecine nucléaire et oncologie médicale).</p>                        | 1.7.2010  |
| Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM) sans diagnostic de démence                           | Oui  | <p>Produits radiopharmaceutiques indications et questionnements conformes aux directives cliniques de la SSMN du 1<sup>er</sup> juillet 2023<sup>54</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>55</sup> de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).</p> | <p>1.1.1994/<br/>1.4.1994/<br/>1.1.1997/<br/>1.1.1999/<br/>1.1.2001/<br/>1.1.2004/<br/>1.1.2005/<br/>1.1.2006/<br/>1.8.2006/<br/>1.1.2009/<br/>1.1.2011/<br/>1.7.2013/<br/>1.7.2014/<br/>1.1.2016/<br/>1.7.2018/<br/>1.1.2019/<br/>1.3.2019/<br/>1.4.2020/<br/>1.1.2021/<br/>1.7.2021/<br/>1.1.2022/<br/>1.7.2022/<br/>1.7.2023</p> |
| Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM) destinée à diagnostiquer une démence                 | Oui  | <p>Les produits radiopharmaceutiques utilisés doivent disposer d'une autorisation valable.</p>  | <p>1.1.2001/<br/>1.1.2006/<br/>1.8.2006/<br/>1.7.2013/<br/>1.7.2014/</p>  |

<sup>54</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>55</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       |
|--|--|---|------------------------------------|
|  |  | <p>Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 1<sup>er</sup> mars 2021<sup>56</sup> de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).</p> <p>a) Utilisation de fluorodésoxyglucose 18F (FDG) :</p> <p>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 (programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2000, révisé le 21 juin 2018<sup>57</sup>), 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 :</p> <p>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 (programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2000, révisé le 21 juin 2018<sup>58</sup>), 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> | 1.1.2015/<br>1.4.2020/<br>1.1.2022 |
| Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM) | Non  | Au moyen d'yttrium-90 après radiosynoviorthèse du genou   | 1.1.2023                           |

<sup>56</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante : [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>57</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>58</sup> 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  |
|---|--|------------|---|
| Acupuncture   | Oui  |            | 1.7.1999/<br>1.1.2012/<br>1.8.2016/<br>1.8.2017                           |
| Médecine anthroposophique   | Oui  |            | 1.7.1999/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.1.2012/<br>1.8.2017              |
| Pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise (MTC)   | Oui  |            | 1.7.1999/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.1.2012/<br>1.8.2016/<br>1.8.2017 |
| Homéopathie classique uniciste  | Oui  |            | 1.7.1999/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.1.2012/<br>1.8.2016/<br>1.8.2017 |
| Phytothérapie   | Oui  |            | 1.7.1999/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.1.2012/<br>1.8.2017              |
| Thérapie neurale selon Huneke   | Non  |            | 1.7.1999/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.7.1999/<br>1.1.2012/<br>1.7.2012 |
| Ozonothérapie (toutes applications)   | Non  |            | 13.5.1976/<br>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/<br>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  |
| Cellulothérapie à cellules fraîches   | Non  |            | 1.1.1976  |
| Sérocythothériapiemusico  | Non  |            | 3.12.1981   |
| Musicothérapie  | Non  |            | 11.12.1980  |



**11 Réadaptation**

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions  | Décision valable à partir du   |
|---|--|---|--|
| Réadaptation hospitalière   | Oui  | Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.   | 1.1.2003   |
| Réadaptation des patients atteints de maladies cardio-vasculaires ou de diabète |  | <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> <p>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 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>59</sup>.</p> <p>Réadaptation en cas de MAP: profil indiqué par la Société suisse d'angiologie le 5 mars 2009 .</p> <p>Réadaptation en cas de diabète: profil indiqué par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie le 17 novembre 2010 .</p> | <p>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/<br/>1.1.2013</p> |
|   | Oui  | <p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patients ayant fait un infarctus du myocarde, avec ou sans PTCA</li> <li>– Patients ayant subi un pontage</li> <li>– Patients ayant subi d'autres interventions au niveau du cœur ou des gros vaisseaux</li> <li>– Patients après PTCA, en particulier après une période d'inactivité ou présentant de multiples facteurs de risque</li> <li>– Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et présentant de multiples facteurs de risque réfractaires à la thérapie mais ayant une bonne espérance de vie</li> <li>– Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et d'une mauvaise fonction ventriculaire</li> </ul>   |  |

59

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 |
|-------------------------|--|---|------------------------------|
|                         |  | – Patients souffrant d'un diabète sucré type II (limitation: au maximum une fois en trois ans).   |                              |
|                         | Oui  | – Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) à partir du stade IIa selon Fontaine   | 1.7.2009/<br>1.1.2013        |
|                         | Non  | – Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) au stade I selon Fontaine  | 1.7.2013                     |
| Réadaptation pulmonaire | Oui  | <p>Programmes pour patients souffrant de maladies pulmonaires chroniques graves.</p> <p>La thérapie peut être pratiquée en ambulatoire ou dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux indications formulées en 2003 par la Commission de réadaptation pulmonaire de la Société suisse de pneumologie<sup>60</sup>.</p> <p>Le directeur du programme doit être reconnu par la Commission de réadaptation pulmonaire et de formation des patients de la Société suisse de pneumologie</p> <p>Prise en charge une fois par an au maximum.</p> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> | 1.1.2005                     |

60

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

**12 Médecine intensive, anesthésie et thérapie de la douleur**

| Mesure  | Obligatoirement à la charge de l'assurance | Conditions   | Décision valable à partir du |
|---|--|--|------------------------------|
| Anesthésie par infiltration, locale et régionale (thérapie neurale locale et segmentaire) | Oui  |  | 1.7.2011/<br>1.7.2012        |
| Cryoneurolyse   | Non  | Pour le traitement des douleurs des articulations intervertébrales lombaires | 1.1.1997                     |
| Dénervation par radiofréquence d'articulation facettaire                                  | Non  |  | 1.1.2004/<br>1.1.2005        |