



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP

Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division Prestations de l'assurance maladie

**Commentaire des modifications de l'OPAS du 4 juin 2025
pour le 1^{er} juillet 2025**
[RO 2025 419 du 25 juin 2025](#)

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Modifications du contenu de l'OPAS	3
2.1	Art. 5, al. 1, let. d (physiothérapie) ; art. 6, al. 1, let. c (ergothérapie) ; mesures relatives à un examen, une évaluation, des conseils, une instruction, une coordination ou au renforcement de l'adhésion en suivant une approche multifactorielle, en cas de troubles avec un risque de chute modéré ou élevé chez les personnes de plus de 65 ans.....	3
2.2	Art. 11a, 11a ^{bis} et 11a ^{ter} ; thérapie neuropsychologique	4
2.3	Art. 12a, al. 4 ; vaccinations prophylactiques ; exemption de la franchise	5
2.4	Art. 12a ; vaccinations prophylactiques ; mise à jour des renvois pour faire référence au plan de vaccination 2025	6
2.5	Art. 12a, let. r ; vaccinations prophylactiques ; vaccination contre le VRS – indication maternelle	6
2.6	Art. 12b, let. g, ch. 1 ; mesures visant la prophylaxie des maladies ; anticorps monoclonal pour la prophylaxie du VRS	6
2.7	Art. 12e, let. d ; dépistage du cancer du côlon ; adaptation de l'âge	7
3.	Demandes rejetées	7
4.	Corrections rédactionnelles	8
4.1	Art. 11b, al. 1, let. a ; titre postgrade ; ne concerne que la version italienne.....	8
4.2	Art. 12b, let. e ; mastectomie et / ou annexectomie prophylactique ; correction de la date du document de référence	8

1. Introduction

L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31) et ses annexes désignent les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est compétent pour adapter l'OPAS et ses annexes aux nouvelles circonstances. Pour ce faire, il tient compte des évaluations et des recommandations des commissions fédérales consultatives compétentes, à savoir la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP), la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA) avec sa sous-commission Moyens et appareils (CFAMA-LiMA) et sa sous-commission Analyses (CFAMA-LA), ainsi que la Commission fédérale des médicaments (CFM).

Ce document contient des explications sur les modifications mentionnées dans le titre.

2. Modifications du contenu de l'OPAS

2.1 Art. 5, al. 1, let. d (physiothérapie) ; art. 6, al. 1, let. c (ergothérapie) ; mesures relatives à un examen, une évaluation, des conseils, une instruction, une coordination ou au renforcement de l'adhésion en suivant une approche multifactorielle, en cas de troubles avec un risque de chute modéré ou élevé chez les personnes de plus de 65 ans

Les chutes peuvent détériorer la santé des personnes âgées, nuire à leur qualité de vie et entraîner une hospitalisation ou une dépendance aux soins. Les coûts directs et indirects sont souvent élevés. En 2023, environ 90 000 cas de blessures dues à des chutes ont été recensés et traités parmi les personnes de plus de 65 ans. Chez les seniors, les chutes sont généralement imputables à une pathologie ou maladie sous-jacente. La diminution des performances liée à l'âge (force, vue, ouïe, etc.) se combine à d'autres limitations physiques ou à des facteurs environnementaux.

Les professionnels de la physiothérapie, de l'ergothérapie, des soins infirmiers et de la médecine peuvent détecter et évaluer les troubles associés à une probabilité accrue de chute, puis prendre des mesures pour réduire ce risque. Le conseil aux personnes concernées, le renforcement de l'adhésion thérapeutique et la coordination entre les professionnels impliqués font partie de ces mesures et en accroissent l'efficacité.

Ces dernières années, différents concepts et offres ont été développés en Suisse pour améliorer l'évaluation et le conseil des personnes de plus de 65 ans à risque de chute :

- Le projet « Parachutes », financé de 2019 à 2022 par Promotion Santé Suisse à titre de projet de prévention dans le domaine des soins, s'adresse aux professionnels de la santé (médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, personnel infirmier et services d'aide et de soins à domicile). Il a pour but d'uniformiser la mise en œuvre de l'évaluation et des mesures contre les chutes chez les personnes de plus de 65 ans. Le projet a donné lieu à l'élaboration de manuels pour les différents domaines de spécialité. Les mesures décrites sont échelonnées en fonction de l'ampleur du risque de chute et se fondent sur des méthodes d'examen et d'intervention spécifiques à chaque domaine. Le contenu de ces manuels s'appuie sur des lignes directrices internationales et tient compte des connaissances scientifiques existantes.
- La Ligue suisse contre le rhumatisme propose une prestation structurée d'évaluation et de conseil en matière de chute, fournie en une fois lors d'une visite à domicile. Ce service est assuré par des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes. Il s'adresse aux personnes de 65 ans et plus qui présentent un risque de chute et vivent encore à domicile de manière largement autonome. Les évaluations proposées comportent des questionnaires structurés, des tests cliniques et une inspection du logement. La personne reçoit des recommandations et des instructions personnalisées en fonction de ses facteurs de risque (p. ex. pour améliorer sa force musculaire ou ergonomiser ses activités quotidiennes). D'autres mesures (p. ex. fixation des tapis avec du ruban adhésif, marquage des seuils de porte) sont mises en œuvre sur place par les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes. Un rapport final sur les risques et les mesures est rédigé à l'attention du médecin prescripteur.

Pour garantir un suivi et favoriser l'adhésion aux mesures, des entretiens téléphoniques ont lieu après quatre semaines et quatre mois.

Les prestations en cas de risque accru de chute sont aujourd'hui déjà fournies et prises en charge par l'AOS, mais on constate parfois des incertitudes juridiques en matière de couverture et des difficultés d'ordre tarifaire pour certains éléments des prestations. Afin de gagner en sécurité juridique, le DFI a décidé de désigner plus précisément dans l'OPAS les prestations mentionnées ci-dessus dans le domaine de l'évaluation et de la réduction individuelles du risque de chute. Une nouvelle désignation est donc ajoutée aux art. 5, al. 1, let. d (physiothérapie), et 6, al. 1, let. c (ergothérapie), pour les prestations fournies aux personnes de plus de 65 ans présentant un risque de chute accru.

Cette nouvelle désignation s'accompagne de la mention de documents de référence qui décrivent les indications et les prestations. Il s'agit du manuel de « Parachutes » et du document « Concept Risque de chute : évaluation et conseil à domicile » de la Ligue suisse contre le rhumatisme. Sur le fond, le contenu des manuels relève de la responsabilité de l'association professionnelle Physioswiss (pour le « Manuel Procédure Parachutes Physiothérapie ») et de l'Association suisse d'ergothérapie (ASE ; pour le « Manuel Procédure Parachutes Ergothérapie »). Tous les documents sont publiés sur le site de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)¹. Les professionnels de la physiothérapie et de l'ergothérapie doivent respecter les consignes de l'un des deux documents référencés. Les mesures doivent être prescrites par un médecin.

Les traitements physiothérapeutiques et ergothérapeutiques qui peuvent ensuite être indiqués, en fonction de l'évaluation du risque de chute, restent définis par les art. 5, al. 1, let. a et b (physiothérapie), et 6, al. 1, let. a (ergothérapie), qui ne sont pas liés aux documents de référence mentionnés.

Le domaine des soins ambulatoires est couvert par « Parachutes » (« Manuel Parachutes pour les organisations d'aide et de soins à domicile »). L'art. 7, al. 2, OPAS englobe déjà les mesures relatives à un examen, une évaluation, des conseils, une instruction, une coordination ou au renforcement de l'adhésion en suivant une approche multifactorielle, en cas de troubles avec un risque de chute modéré ou élevé. Aucune adaptation n'est donc nécessaire ici.

Ces modifications entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2026.

2.2 Art. 11a, 11a^{bis} et 11a^{ter} ; thérapie neuropsychologique

Depuis le 1^{er} juillet 2017, l'AOS prend en charge les coûts des prestations diagnostiques de neuropsychologie. Les prestations thérapeutiques sont remboursées dans le cadre de traitements stationnaires (soins aigus et réadaptation) selon les structures tarifaires en vigueur. Les thérapies ambulatoires après un séjour hospitalier ne peuvent actuellement pas être couvertes par l'AOS. L'assurance-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire prennent en charge les coûts des prestations diagnostiques et thérapeutiques de neuropsychologie depuis 2004.

La thérapie neuropsychologique permet de traiter les dysfonctionnements cérébraux résultant d'un trouble organique du cerveau. Ces troubles peuvent survenir à la suite de différentes maladies, de traumatismes crâniens ou d'autres types de lésions cérébrales (p. ex. toxiques, hypoxiques, dysplasiques). Les causes les plus fréquentes sont les accidents vasculaires cérébraux et les traumatismes crâniens. Parmi les dysfonctionnements cérébraux à traiter, on trouve notamment les troubles cognitifs, affectifs et comportementaux ainsi que les limitations des activités qui en découlent. La thérapie neuropsychologique se concentre sur le rétablissement des fonctions neurocognitives et l'apprentissage de stratégies de compensation. Son objectif est d'améliorer l'autonomie dans les activités quotidiennes.

¹ [Office fédéral de la santé publique OFSP](#) > [Lois & autorisations](#) > [Législation](#) > [Législation Assurances](#) > [Bases légales Assurance-maladie](#) > [Loi fédérale sur l'assurance-maladie](#) > [Documents de référence relatifs à l'ordonnance sur l'assurance-maladie \(OAMal\) et à l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins \(OPAS\) et ses annexes](#)

À la suite d'une demande, les prestations concernées ont été évaluées quant à leur conformité aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE). L'évaluation a conclu que cette conformité est démontrée. L'efficacité de la thérapie neuropsychologique est jugée établie pour les indications et les méthodes de traitement les plus courantes. Cette thérapie fait partie intégrante de la rééducation neurologique, dans la pratique actuelle comme dans les lignes directrices internationales. Actuellement, il existe une lacune dans la réadaptation ambulatoire et une inégalité de traitement vis-à-vis des personnes assurées selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents et de celles présentant des indications pour des traitements stationnaires.

L'obligation de prise en charge est prévue pour 30 séances et subordonnée à une prescription par des médecins disposant de certains titres de spécialiste. Si la thérapie compte plus de 30 séances, il est nécessaire que l'assureur accorde une garantie de prise en charge après examen par le médecin-conseil. Dans ce cas, la procédure décrite à l'art. 3b OPAS s'applique par analogie : le médecin qui prescrit la thérapie établit un rapport avec une proposition de prolongation.

Le traitement de dysfonctionnements cérébraux à la suite de démences ou de pathologies psychiatriques est exclu de la prise en charge des coûts. En effet, les informations disponibles n'ont pas permis d'évaluer le respect des critères EAE concernant le recours à la thérapie neuropsychologique en cas de démence. Quant au cas des pathologies psychiatriques, il ne faisait pas l'objet de la demande.

L'art. 11a OPAS est nouvellement divisé en deux articles : « Principe » (art. 11a) et « Diagnostic neuropsychologique » (art. 11a^{bis}). Un nouvel art. 11a^{ter}, intitulé « Thérapie neuropsychologique », est également créé.

Ces modifications entrent en vigueur le **1^{er} janvier 2027**.

2.3 Art. 12a, al. 4 ; vaccinations prophylactiques ; exemption de la franchise

À partir du 1^{er} janvier 2026, les vaccinations énumérées à l'art. 12a, al. 1, OPAS et le conseil en vaccination mentionné à l'art. 12a, al. 2, seront exemptés de la franchise dans le cadre du Programme national de vaccination.

L'objectif est d'éliminer un obstacle à l'accès à la vaccination. L'exemption de la franchise concerne toutes les personnes disposant d'une assurance-maladie en Suisse.

Visant à augmenter la couverture vaccinale, cette exemption est l'une des mesures de la Stratégie nationale de vaccination (SNV), que le Conseil fédéral a adoptée le 11 janvier 2017.

Programme national de vaccination

Sur la base de l'art. 5 de la loi sur les épidémies (LEp), l'OFSP a élaboré un Programme national de vaccination (PNV). Ce vaste programme de prévention pour la Suisse comprend la SNV, adoptée le 11 janvier 2017 par le Conseil fédéral, ainsi que le plan d'action y relatif.

Un examen a montré que le PNV remplit les critères du document « Opérationnalisation des “mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal” au sens de l'art. 64, al. 6, let. d, LAMal ». Le plan d'action concrétise les principales mesures du PNV et les hiérarchise selon leur degré d'urgence et leur pertinence pour atteindre les objectifs, en tenant compte des dépendances mutuelles. L'exemption de la franchise pour les vaccinations est liée à d'autres mesures d'importance centrale, comme l'information de la population, des groupes cibles et des professionnels de la santé, ou encore l'évaluation des taux de couverture vaccinale. Les rôles et les responsabilités des acteurs sont définis dans la LEp et précisés par le plan d'action. L'OFSP dirige la mise en œuvre du PNV. Depuis l'adoption et l'entrée en vigueur de la LEp, le financement de ce programme est assuré chaque année et pour une longue durée. La mise en œuvre et l'assurance qualité du PNV feront l'objet d'une évaluation tous les cinq ans, dont les résultats seront communiqués publiquement.

Objectif de l'exemption de la franchise

L'exemption de la franchise pour les vaccinations vise à augmenter la couverture vaccinale, à renforcer la protection contre les maladies transmissibles et à réduire la charge de morbidité.

Ces modifications entrent en vigueur le **1^{er} janvier 2026**.

2.4 Art. 12a ; vaccinations prophylactiques ; mise à jour des renvois pour faire référence au plan de vaccination 2025

Le plan de vaccination suisse est actualisé chaque année. Il est utilisé comme document de référence à l'art. 12a OPAS. L'expression « plan de vaccination 2024 » y est remplacée par « plan de vaccination 2025 ».

En outre, d'autres précisions sont apportées à cet article, notamment les suivantes :

- les catégories de recommandations de vaccination et les groupes cibles (tels que les groupes à risque et les femmes enceintes) couverts par l'obligation de prise en charge sont complétés ;
- concernant les personnes vulnérables au COVID-19, il est fait référence à la liste de catégories du 2 octobre 2023, qui correspond à celle du plan de vaccination 2024 ;
- la vaccination unique contre les pneumocoques à partir de 65 ans est limitée à une seule dose de vaccin conjugué (PCV) ;
- pour la vaccination contre l'hépatite A, l'énumération des personnes visées a pu être remplacée par la désignation du groupe cible, grâce à une adaptation du plan de vaccination ;
- d'autres précisions concernent les vaccinations réalisées en raison d'une indication professionnelle ou d'une recommandation médicale aux voyageurs, qui ne sont pas prises en charge par l'AOS.

Une autre modification concerne l'âge limite pour la vaccination des enfants contre les pneumocoques, qui passe de 5 ans révolus à 6 ans révolus. Cette extension correspond à l'autorisation accordée par Swissmedic.

Ces modifications entrent en vigueur le **1^{er} juillet 2025**.

2.5 Art. 12a, let. r ; vaccinations prophylactiques ; vaccination contre le VRS – indication maternelle

Très contagieux, le virus respiratoire syncytial (VRS) peut provoquer, en automne et en hiver, des infections respiratoires aiguës et graves chez les nouveau-nés et les enfants en bas âge.

La vaccination de la femme enceinte (vaccination maternelle) protège le nouveau-né en entraînant la production d'anticorps contre le VRS, qui se transmettent au fœtus. Il en résulte une protection dite transplacentaire, qui offre une immunisation passive à l'enfant à naître. La vaccination maternelle est effectuée entre la 32^e et la 36^e semaine de grossesse, pour autant que le terme se situe entre octobre et fin mars. L'enfant est ainsi protégé dès sa naissance pour sa première saison d'exposition au VRS.

La vaccination des futures mères offre désormais une alternative à l'immunisation passive des nourrissons après la naissance au moyen d'un anticorps monoclonal. Sauf raison médicale particulière, l'AOS prend en charge soit la vaccination maternelle, soit l'immunisation passive avec l'anticorps monoclonal nirsévimab (voir ch. 2.6 ci-après).

Ces modifications entrent en vigueur le **1^{er} juillet 2025**.

2.6 Art. 12b, let. g, ch. 1 ; mesures visant la prophylaxie des maladies ; anticorps monoclonal pour la prophylaxie du VRS

La préparation à base d'anticorps monoclonal nirsévimab est prise en charge depuis le **1^{er} juillet 2024** pour la protection contre le VRS des enfants jusqu'à 1 an et celle des enfants jusqu'à 2 ans

présentant un risque élevé. L'obligation de prise en charge était subordonnée à une évaluation et valable seulement jusqu'au 31 décembre 2025. Il s'agissait de réévaluer l'indication et le caractère économique de la préparation en comparaison de la vaccination, désormais disponible, des femmes enceintes contre le VRS, qui permet une protection transplacentaire de l'enfant à naître.

La vaccination des femmes enceintes (voir ch. 2.5) offre désormais une alternative pour protéger les nouveau-nés dont la date de naissance se situe entre octobre et mars.

Les coûts de la prophylaxie du VRS seront définitivement pris en charge à partir du 1^{er} juillet 2025, soit pour la vaccination de la femme enceinte, soit pour l'immunisation passive du nouveau-né au moyen de l'anticorps monoclonal nirsévimab, sauf exception médicalement justifiée telle qu'une naissance prématurée, des raisons médicales concernant la mère ou l'enfant, ou un intervalle insuffisant entre la vaccination et la naissance. Les parents auront en principe le choix entre la vaccination contre le VRS pendant la grossesse et l'administration de l'anticorps monoclonal chez le nourrisson.

Ces modifications entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2025.

2.7 Art. 12e, let. d ; dépistage du cancer du côlon ; adaptation de l'âge

Actuellement, l'AOS prend en charge le dépistage du cancer du côlon (par analyse des selles ou coloscopie) pour les personnes de 50 à 69 ans. Avec cette tranche d'âge, deux coloscopies au maximum peuvent être prises en charge. L'âge maximum est repoussé à 74 ans à partir du 1^{er} juillet 2025.

L'âge est l'un des principaux facteurs de risque du cancer colorectal, dont 40 % des cas sont diagnostiqués après 75 ans. Le relèvement de la limite d'âge à 74 ans permet à une personne de bénéficier de trois coloscopies, contre deux actuellement.

Le dépistage entre 50 et 74 ans est une mesure efficace et appropriée : il permet des diagnostics plus précoces et peut prévenir le développement de cancers grâce à l'élimination de lésions précancéreuses. Les coloscopies entraînent rarement des complications. Après 74 ans, il n'est pas certain que le dépistage soit encore bénéfique, car d'autres maladies influent davantage sur le risque de mortalité.

La plupart des lignes directrices européennes et nord-américaines recommandent le dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen âgées de 50 à 74 ans.

Ces modifications entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2025.

3. Demandes rejetées

3.1 Vaccinations prophylactiques ; vaccination contre le VRS chez les personnes à partir de 75 ans et les personnes à partir de 60 ans présentant un risque élevé de complications

Très contagieux, le VRS provoque des infections des voies respiratoires, qui culminent en hiver. L'immunité contre ce virus étant de courte durée, plusieurs infections peuvent se produire au cours de la vie. Les adultes infectés présentent généralement, pendant deux à quatre jours, un syndrome grippal affectant les voies respiratoires supérieures, entraînant des symptômes non spécifiques tels que la fièvre et le rhume. L'infection peut se propager aux voies respiratoires inférieures et entraîner une bronchite, une bronchiolite ou une pneumonie avec toux et détresse respiratoire. Les données disponibles font état d'une charge de morbidité peu marquée chez les personnes âgées.

Selon les études réalisées en vue de leur autorisation, les vaccins contre le VRS sont sûrs et offrent une protection efficace pendant la saison du VRS. Toutefois, on ne connaît pas encore précisément la durée de la protection après une seule dose. Aucune donnée n'est disponible concernant l'effet d'une dose supplémentaire.

Compte tenu des incertitudes quant à la durée de la protection, de la charge de morbidité peu marquée qui ressort des données disponibles ainsi que du coût du vaccin contre le VRS, son utilisation chez les personnes à partir de 75 ans et les personnes à partir de 60 ans présentant un risque élevé

de complications est jugée non conforme aux critères EAE, particulièrement en ce qui concerne l'économicité.

4. Corrections rédactionnelles

4.1 Art. 11*b*, al. 1, let. a ; titre postgrade ; ne concerne que la version italienne

Dans le cadre du processus de vérification des textes par la Chancellerie fédérale (circuits CPO), il a été constaté que, dans la version italienne de l'acte modificateur de l'OPAS, le titre de formation postgrade en « psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent » n'a pas été correctement traduit à l'art. 11*b*, al. 1, let. a. La traduction correcte est « ...psichiatria e psicoterapie infantile e adolescenziale... ». Cette correction rédactionnelle a été intégrée à l'acte modificateur.

Les versions française et allemande sont correctes sur ce point et ne doivent pas être modifiées.

4.2 Art. 12*b*, let. e ; mastectomie et / ou annexeomie prophylactique ; correction de la date du document de référence

Une confrontation avec les documents de référence publiés sur le site Internet de l'OFSP a fait apparaître une date incorrecte dans le texte de l'OPAS (2 novembre au lieu du 10 novembre 2023). Cette erreur a été corrigée.