

Annexe 1 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

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

est modifiée comme suit:

1 Chirurgie

1.4 Chirurgie de la colonne vertébrale

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Cyphoplastie à ballonnet pour le traitement des Cimentation (vertébroplastie, cyphoplastie) pour le traitement des fractures vertébrales ostéoporotiques	Oui	<p>Fractures récentes, douloureuses, du corps vertébral qui ne répondent pas au traitement analgésique et qui montrent une déformation ayant besoin d'être corrigée.</p> <p>Indications selon les lignes directrices du 23 septembre 2004 de la Société suisse de chirurgie spinale².</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin conseil.</p> <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 directrices³ du 8 septembre 2021 de la Société suisse de chirurgie du rachis, de la Société suisse de neurochirurgie (SSNC) 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</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2022</p>

¹ Pas publiée dans le RO.

² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur avec formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (programme de formation postgraduée du 1^{er} janvier 2021)⁴ 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 (programme de formation postgraduée du 1^{er} janvier 2021)⁵.</p>	
...			
Prothèses de disques cervicaux	Oui	<p>Indication:</p> <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"> – Dégénérescence de 2 segments maximum – Absence de cyphose segmentaire primaire – Prise en compte de toutes les contre-indications générales. <p>L'opération doit être exécutée par 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^{er} janvier 2021⁶). par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022</p>
Prothèses de disques lombaires	Oui	<p>Indication:</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/</p>

⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<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"> – Dégénérescence de 2 segments maximum – Absence d'arthrose primaire des articulations vertébrales – Prise en compte de toutes les contre-indications générales. <p>L'opération doit être exécutée par 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^{er} janvier 2021⁷). par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022</p>
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 avec formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1^{er} janvier 2021⁸). par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022</p>

⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Système de vis pédiculaires postérieur et stabilisation dynamique de la colonne vertébrale	Oui	<p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sténose vertébrale avec ou sans spondylolisthésis 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 – Dégénérescence des disques intervertébraux sur deux segments maximum, évent. avec arthrose des articulations vertébrales. <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 avec formation approfondie en chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO, programme de formation postgraduée du 1^{er} janvier 2021⁹). par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien qui ne remplit pas les conditions susmentionnées non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022</p>

1.5 Urologie

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Électroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence urinaire et des troubles de la vidange vésicale	Oui	<p>En tant que thérapie de deuxième ou troisième ligne, après échec des mesures conservatrices et considération intégration des options de traitement non invasives ou mini-invasives (neurostimulation tibiale / pudendale, injections d'onabotulinumtoxinA dans le détrusor)</p>	<p>1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020/ 1.7.2022</p>

9

Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
		<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 9 avril 2020 30 septembre 2021¹⁰.</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^{er} juillet 2014, révisé le 19 octobre 2017¹¹).</p> <p>Réalisation dans des centres qui remplissent les directives médicales de la SSSNM du 9 avril 2020 30 septembre 2021¹² 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>	
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 9 avril 2020 30 septembre 2021¹⁰.</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^{er} janvier 2020¹³) 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 9 avril 2020 30 septembre 2021¹² 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>	1.1.2003/ 1.1.2008/ 1.7.2020/ 1.7.2022
...			

¹⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

2 Médecine interne

2.1 Médecine interne en générale et divers

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Traitement de l'adiposité	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - en cas de surpoids de 20 % ou plus au poids idéal maximal (indice de masse corporelle [IMC] ≥ 30 kg/m²); - en cas de surpoids (IMC ≥ 25 kg/m²) et si une maladie secondaire peut être avantageusement influencée par la réduction du poids. 	7.3.1974/ 1.7.2022
...			
Traitement endovasculaire de la dysfonction érectile d'origine vasculaire : <ul style="list-style-type: none"> - revascularisation endovasculaire des artères menant au pénis - traitement d'embolisation endovasculaire des veines péniennes 	Oui	En cours d'évaluation. Aux conditions (cumulatives) suivantes: <ul style="list-style-type: none"> - non-réponse au traitement par des substances vasoactives ou en cas de contre-indication à un tel traitement; - causes d'origine urologique et hormonale préalablement écartées; - cause vasculaire de la dysfonction érectile attestée et documentée par des examens hémodynamiques (échographie Doppler avec injection intracaverneuse de prostaglandine) et par imagerie (tomodensitométrie ou angiographie); - diagnostic et traitement réalisés par un spécialiste en angiologie ayant suivi la formation «Angiologie interventionnelle (SSA)» du 1^{er} janvier 2022¹⁴ – «Qualification pour les examens et traitements radiologiques à fortes doses en angiologie» (USSMV, Programme de formation complémentaire du 1^{er} janvier 2001, révisé le 13 janvier 2004¹⁵) 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; - mise à disposition de la documentation sur les facteurs de risque cardiovasculaires et les traitements approches thérapeutiques correspondantes; Participation au registre d'évaluation «SwissPOWER»; Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2022/ 1.7.2022 jusqu'au 31.12.2025

¹⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

2.5 Oncologie et hématologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Thérapie par lymphocytes CAR-T (CAR = récepteur antigénique chimérique) avec/chez:	Oui	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 & 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 ^e édition de mars 2015, 6.1 ^e édition de février 2017, 7 ^e édition de mars 2018 ou 8 ^e édition de mai 2021. Tous les cas doivent être saisis dans un registre. Si la thérapie doit être effectuée dans un centre qui n'est pas reconnu conformément aux exigences susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	1.1.2020/ 1.1.2022
Tisagenlecleucel: En cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB, selon la classification 2008 des néoplasies hématopoïétiques et lymphoïdes de l'OMS) en rechute ou réfractaire à la thérapie, après au moins deux lignes de traitement. Chez les patients pédiatriques et les jeunes adultes jusqu'à l'âge de 25 ans présentant une leucémie aiguë lymphoblastique à cellules B (LAL à cellules B), qui: <ul style="list-style-type: none"> – est réfractaire, – a récidivé après une transplantation autologue de cellules souches, ou qui – a récidivé après deux ou plus lignes de traitement. 	Oui	En cours d'évaluation. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2020 jusqu'au 31.12.2022
Axicabtagène Ciloleucel : En cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB, selon la classification 2008 des néoplasies hématopoïétiques et lym-	Oui	En cours d'évaluation. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2020 jusqu'au 31.12.2022

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
phoïdes 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			
Brexucabtagène autoleucel : 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.	Oui	En cours d'évaluation. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.7.2022 jusqu'au 1.7.2027

6 Ophtalmologie

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	Non 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/ 1.7.2022

7 Oto-rhino-laryngologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Implant cochléaire	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. 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). Dans les centres suivants: Hôpitaux cantonaux universitaires de Genève, Hôpitaux universitaires de Bâle, de Berne et de Zurich, Hôpital cantonal de Lucerne. L'entraînement auditif dispensé dans le centre fait partie intégrante de la thérapie à prendre en charge.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.7.2020/ 1.7.2022

9 Radiologie, radio-oncologie / radiothérapie et médecine nucléaire

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	<p>En cours d'évaluation.</p> <p>Chez les patients présentant des troubles obstructifs modérés à sévères (IPSS > 8, QoL > 3) en cas d'hyperplasie de la prostate > 30-50 ml et répondant à au moins un des critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - après une tentative infructueuse de traitement médicamenteux ou une intolérance aux médicaments, ou - rétention urinaire chronique sans limite de volume prostatique, ou - préoccupations quant à une éjaculation rétrograde, une dysfonction érectile ou une incontinence urinaire, ou - si une opération est contre-indiquée en raison de l'âge, de comorbidités multiples ou de coagulopathies, ou - si le patient refuse une opération. <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p>	1.7.2022 jusqu'au 31.12.2024
...			

9.3 Radio-oncologie / radiothérapie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	<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>	
Injection d'hydrogel de polyéthylène glycol	Non	En tant qu'espaceur entre la prostate et le rectum en cas d'irradiation de la prostate	1.7.2012/ 1.7.2014/ 1.7.2022
...			

9.4 Médecine nucléaire

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Tomographie par émission de positrons (TEP/TC, TEP/RM) sans diagnostic de démence	Oui	Produits radiopharmaceutiques indications et questionnements conformes aux directives cliniques de la SSMN du 9 février 2021 10 décembre 2021 ¹⁶ Les produits radiopharmaceutiques utilisés doivent disposer d'une autorisation valable. Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 1 ^{er} mars 2021 ¹⁷ de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2021/ 1.1.2022/ 1.7.2022
...			

11 Réadaptation

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
...			
Réadaptation des patients atteints de maladies cardio-vasculaires ou de diabète	Oui	Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. 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: – un risque cardiaque élevé – une insuffisance myocardique – une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.). La durée du traitement ambulatoire est de 2 à 6 mois selon l'intensité du traitement requis. 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.	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013

¹⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<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 2011¹⁸.</p> <p>Réadaptation en cas de MAP: profil indiqué par la Société suisse d'angiologie le 5 mars 2009¹⁹.</p> <p>Réadaptation en cas de diabète: profil indiqué par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie le 17 novembre 2010²⁰.</p>	
...			

¹⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

²⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref