Gouvernement du Québec

Décret 1357-2025, 5 novembre 2025

CONCERNANT le Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais

ATTENDU QU'en vertu des paragraphes 3.1° à 3.3° du premier alinéa de l'article 454 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001), tels que remplacé ou édictés par le sous-paragraphe *c* du paragraphe 1° de l'article 109 de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (2021, chapitre 27), la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail peut faire des règlements, aux fins de l'article 189 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, pour :

— déterminer les médicaments et les autres produits pharmaceutiques auxquels a droit un travailleur victime d'une lésion professionnelle;

— déterminer les services de réadaptation physique auxquels a droit un travailleur victime d'une lésion professionnelle;

— déterminer les autres services qui font partie des services de santé;

ATTENDU QU'en vertu du paragraphe 4.1° du premier alinéa de l'article 454 de cette loi, tel que remplacé par le sous-paragraphe *d* du paragraphe 1° de l'article 109 de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail, la Commission peut faire des règlements pour déterminer, aux fins de l'article 198.1 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, tel que remplacé par l'article 60 de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail, l'équipement adapté et les autres frais auxquels a droit le travailleur victime de lésion professionnelle;

ATTENDU QU'en vertu du deuxième alinéa de l'article 454 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, tel qu'édicté par le paragraphe 2° de l'article 109 de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail, dans l'exercice des pouvoirs réglementaires prévus aux paragraphes 3.1°, 3.2°, 3.3° et 4.1° du premier alinéa de cet article 454, la Commission peut prévoir des cas et des conditions auxquels les services de santé et l'équipement adapté et les autres frais peuvent être accordés;

ATTENDU QUE, conformément aux articles 10 et 11 de la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1), un projet de règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais a été publié à la Partie 2 de la *Gazette officielle du Québec* du 26 décembre 2024, avec avis qu'il pourra être adopté par la Commission et soumis pour approbation au gouvernement à l'expiration d'un délai de 45 jours à compter de cette publication;

ATTENDU QUE la Commission a adopté ce règlement avec modifications à sa séance du 19 juin 2025;

ATTENDU QU'en vertu du premier alinéa de l'article 455 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles un projet de règlement que la Commission adopte en vertu des paragraphes 1°, 2°, 3° à 4.1°, 14° et 17° du premier alinéa de l'article 454 ou de l'article 454.1 de cette loi est soumis pour approbation au gouvernement;

ATTENDU QU'il y a lieu d'approuver ce règlement avec modifications;

IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la recommandation du ministre du Travail :

QUE le Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais, annexé au présent décret, soit approuvé.

Le greffier du Conseil exécutif,
DAVID BAHAN

Règlement sur les services de santé, l'équipement adapté et les autres frais

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
(chapitre A-3.001, a. 454, 1er al., par. 3.1°, 3.2°, 3.3° et 4.1°, et 2e al.).

Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail
(2021, chapitre 27, a. 109, par. 1°, sous-par. *c* et *d*, et par. 2°).

TITRE I
DISPOSITIONS PRÉLIMINAIRES

CHAPITRE I
DÉFINITIONS

1. Dans le présent règlement, on entend par :

« compte » : une facture, un formulaire prescrit par la Commission, une note d'honoraires, une transaction de paiement par un lien électronique ou un autre support technologique;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

« fournisseur » : une personne ou une entreprise qui fournit à un travailleur directement ou indirectement des biens ou services prévus au présent règlement et qui doit, pour ce faire, se conformer au chapitre VIII.1 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001), incluant un intervenant de la santé et un professionnel de la santé;

« intervenant de la santé » : une personne physique, autre qu'un professionnel de la santé, inscrite au tableau d'un ordre professionnel régi par le Code des professions (chapitre C-26) et qui est visée par le présent règlement, y compris un titulaire de permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre professionnel des psychologues du Québec;

« séance » : une visite, avec ou sans rendez-vous, faite à un intervenant de la santé par un travailleur victime d'une lésion professionnelle afin de recevoir des soins ou des traitements ou en vue de réaliser une évaluation initiale, incluant les soins à domicile et les services professionnels dont le tarif est prévu par séance à l'annexe I;

« service non assuré » : un service non assuré en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) et ses règlements;

« service professionnel » : un acte posé par un intervenant de la santé, autre qu'un soin ou un traitement.

CHAPITRE II
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2. Le présent règlement détermine les médicaments et autres produits pharmaceutiques, les services de réadaptation physique, les autres services de santé, l'équipement adapté et les autres frais auxquels a droit un travailleur victime d'une lésion professionnelle en vertu des articles 189 et 198.1 de la Loi, lorsque son état le requiert en raison de cette lésion, ainsi que les cas et les conditions auxquels ces services de santé, l'équipement adapté et les autres frais peuvent lui être accordés.

3. Sous réserve de dispositions contraires, la Commission assume le coût des services de santé, de l'équipement adapté et des autres frais déterminés dans le présent règlement au fournisseur qui les a fournis au travailleur, ou à l'entreprise au sein de laquelle il œuvre qui est également un fournisseur, lorsque sont remplies les conditions suivantes :

1° ils sont reçus au Québec, selon les conditions et les montants qui sont prévus dans le présent règlement;

2° ils ont été prescrits, lorsque prévu par le présent règlement, par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur avant qu'ils ne soient reçus ou que les dépenses pour ceux-ci ne soient faites.

Sous réserve de dispositions contraires, ces montants comprennent les frais de déplacement du fournisseur, ainsi que les fournitures et les frais accessoires reliés à ces services de santé, à l'équipement adapté ou aux autres frais.

L'intervenant de la santé ou le professionnel de la santé doit conserver l'ordonnance dans son dossier relatif à un travailleur.

4. La Commission assume le coût des services de santé, de l'équipement adapté et des autres frais déterminés dans le présent règlement selon les montants et tarifs applicables au moment où ils sont fournis au travailleur.

CHAPITRE III
RÉCLAMATION

5. Toute réclamation transmise à la Commission concernant les services de santé, l'équipement adapté ou les autres frais doit satisfaire les conditions suivantes :

1° elle est faite par le fournisseur ayant fourni les services de santé, l'équipement adapté ou les autres frais, ou par l'entreprise au sein de laquelle il œuvre qui est également un fournisseur;

2° elle est accompagnée de la recommandation de l'intervenant de la santé, le cas échéant, et des pièces justificatives détaillant leur coût;

3° elle est faite via l'utilisation d'un compte.

6. Le compte relatif à un frais ou un coût relié à un bien ou un service doit être transmis par le fournisseur ayant fourni les services de santé, l'équipement adapté ou les autres frais, ou par l'entreprise au sein de laquelle il œuvre qui est également un fournisseur, à la Commission dans les 180 jours qui suivent la date de la dispensation du bien ou du service ou de l'acte relatif à un autre frais, à l'exception de celui relatif à un frais ou un coût relié aux médicaments, aux autres produits pharmaceutiques et au cannabis.

Dans le cas où un rapport est exigé par le présent règlement, le délai prévu au premier alinéa commence à courir à compter de la date d'échéance du délai pour transmettre le rapport à la Commission.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

7. Le fournisseur doit indiquer sur ses comptes le numéro de fournisseur autorisé que lui a attribué la Commission conformément au chapitre VIII.1 de la Loi.

8. Malgré l'article 7, lorsque plus d'un intervenant de la santé ou plus d'un professionnel de la santé exercent leur profession en groupe dans un même lieu, ils doivent indiquer sur leurs comptes les informations suivantes :

1° le numéro de fournisseur autorisé attribué par la Commission au groupe;

2° le numéro de fournisseur autorisé attribué par la Commission à l'intervenant de la santé ou au professionnel de la santé ayant fourni les services de santé ou l'équipement adapté et les autres frais.

Ces intervenants de la santé ou ces professionnels de la santé doivent faire parvenir par écrit à la Commission le nom du mandataire désigné pour recevoir le paiement et l'adresse où doit être effectué ce paiement. Ils doivent également aviser la Commission de tout changement relatif à ces informations.

9. Lorsqu'un travailleur a recours aux services d'un professionnel non participant au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) et qu'il paie directement ce dernier pour les services professionnels en lien avec la lésion professionnelle, il doit transmettre une réclamation à la Commission accompagnée du compte du professionnel de la santé, de toute pièce justificative et d'une preuve de paiement du compte, dans les 180 jours qui suivent la date de la dispensation de ces services.

La Commission rembourse au travailleur le coût des services professionnels mentionnés au premier alinéa conformément à la Loi et aux conditions et tarifs prévus au présent règlement.

CHAPITRE IV
RÉGION FRONTALIÈRE ET HORS QUÉBEC

10. Lorsque la lésion professionnelle survient au Québec dans une région frontalière et lorsque la Commission a autorisé le travailleur, elle assume le coût de ce qui suit :

1° le coût des services de santé, de l'équipement adapté et des autres frais reçus ou encourus hors du Québec et qui sont visés par le présent règlement, y compris les fournitures et les frais accessoires qui y sont reliés, le cas échéant, jusqu'à concurrence des montants qui y sont prévus;

2° le coût des soins et des traitements reçus dans un centre hospitalier et des services des professionnels de la santé, des dentistes, des optométristes, des pharmaciens ou des infirmières praticiennes spécialisées reçus hors du Québec, y compris le cas échéant, le coût des fournitures et des frais accessoires qui y sont reliés, d'après ce qu'il en coûterait pour des soins, des traitements et des services semblables en vertu des régimes publics d'assurance-hospitalisation et d'assurance maladie en vigueur au Québec.

Aux fins de l'application du présent article, on entend par région frontalière une partie du territoire du Québec incluse dans un rayon de moins de 80 km à partir d'un point de contact avec la province de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick ou de Terre-Neuve-et-Labrador.

11. Malgré l'article 3, lorsque le travailleur est victime d'une lésion professionnelle survenue hors du Québec, la Commission assume alors le coût réel des services de santé visés par le présent règlement qui sont reçus hors du Québec, y compris les fournitures et les frais accessoires qui leur sont reliés, sur présentation de pièces justificatives et d'une attestation de leur nécessité par un professionnel de la santé.

La Commission assume également le coût de l'équipement adapté et des autres frais, qui sont reçus ou encourus hors du Québec par un tel travailleur, jusqu'à concurrence des montants et selon les conditions prévues au titre III.

Malgré le deuxième alinéa, la Commission assume le coût réel des services professionnels prévus à l'annexe VI, qui sont reçus hors du Québec par un tel travailleur, sur présentation de pièces justificatives et d'une attestation de leur nécessité par un professionnel de la santé.

TITRE II
SERVICES DE SANTÉ

CHAPITRE I
MÉDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

SECTION I
MÉDICAMENT

12. Aux fins de l'application de la présente section, on entend par « médicaments » les substances homologuées par Santé Canada auxquelles un numéro d'identification d'un médicament a été attribué.

13. Les médicaments auxquels a droit le travailleur sont les médicaments génériques ou biosimilaires.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

Malgré le premier alinéa, le travailleur a droit aux médicaments innovateurs ou biologiques de référence dans l'une des situations suivantes :

1° aucun médicament générique ou biosimilaire n'est disponible sur le marché;

2° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur demande, sur la prescription, de ne pas substituer le médicament prescrit par un médicament générique ou biosimilaire.

14. La Commission assume le coût réel des médicaments prévus à la présente section lorsqu'ils sont prescrits par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur et sont en lien avec sa lésion professionnelle.

SECTION II
AUTRES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

15. Aux fins de l'application de la présente section, on entend par :

« aliments à usage diététique spécial » : les produits diététiques destinés à des fins médicales pour satisfaire des besoins nutritionnels particuliers liés à la lésion professionnelle;

« instruments médicaux et fournitures pharmaceutiques » :

1° les dispositifs qui servent à l'administration des médicaments;

2° les dispositifs qui servent au dégagement des voies respiratoires de type pression expiratoire positive par oscillation;

3° les appareils de suivi d'un traitement pharmaceutique et ses accessoires;

4° les articles sanitaires, d'hygiène personnelle ou de soins des plaies;

5° les bouillottes ou compresses thermiques;

6° les viscosuppléments;

7° les larmes artificielles;

8° tout autre instrument médical ou fourniture pharmaceutique de même nature;

« préparations magistrales » : les recettes médicamenteuses préparées dans une pharmacie pour produire une thérapie ciblée et spécifique à un patient selon une forme pharmaceutique et un dosage précis;

« produits de santé naturels » : les vitamines, les minéraux et tout autre produit homologué par Santé Canada et doté d'un numéro de produit de santé naturel, à l'exclusion des produits homéopathiques.

16. Les autres produits pharmaceutiques auxquels a droit le travailleur sont les suivants :

1° les aliments à usage diététique spécial;

2° les préparations magistrales;

3° les produits de santé naturels;

4° les instruments médicaux et fournitures pharmaceutiques.

17. La Commission assume le coût réel des autres produits pharmaceutiques prévus à la présente section lorsqu'ils sont prescrits par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur et sont en lien avec la lésion professionnelle.

CHAPITRE II
AUTRES SERVICES DE SANTÉ

18. Les autres services de santé auxquels a droit le travailleur en vertu du présent chapitre sont les suivants :

1° les soins, traitements et services professionnels prévus au présent chapitre et à l'annexe I du présent règlement;

2° les services non assurés prévus au présent chapitre;

3° le cannabis à des fins médicales.

19. La Commission assume le coût des autres services de santé prévus au présent chapitre lorsqu'ils sont prescrits par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur, lorsqu'ils sont en lien avec la lésion professionnelle de ce dernier et aux conditions prévues dans le présent chapitre.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

SECTION I
SOINS, TRAITEMENTS ET SERVICES PROFESSIONNELS

§1. Règles générales

20. Le travailleur a droit aux soins, traitements et services professionnels prévus à l'annexe I, selon les montants qui y sont prévus, s'ils sont fournis personnellement par un intervenant de la santé.

Les montants prévus pour les soins et traitements d'acupuncture, de chiropratique, de podiatrie, d'orthophonie, de psychologie, de psychothérapie et de neuropsychologie, de chiropratique à domicile et les soins infirmiers à domicile sont revalorisés suivant les règles prévues aux articles 118 et 120 à 122 de la Loi et en multipliant le montant à revaloriser par la moyenne des taux de revalorisation des 6 années précédentes. Le taux de revalorisation de chaque année correspond au rapport entre l'indice des prix à la consommation de l'année et celui de l'année précédente.

21. La première séance avec un intervenant de la santé, même s'il ne s'agit que de l'évaluation initiale, est payée selon les montants prévus à l'annexe I, ou ceux pour une séance de soins ou de traitements si aucun tarif spécifique n'y est prévu.

Aucun autre montant n'est payable par la Commission pour une évaluation initiale lorsque celle-ci se poursuit au-delà de la première séance avec un intervenant de la santé.

22. Un montant prévu pour un soin ou un traitement inclut, en plus de ce qui est prévu au deuxième alinéa de l'article 3, le coût des radiographies.

§2. Règles particulières aux soins à domicile

23. La Commission assume le coût des séances pour des soins infirmiers, des traitements de chiropratique et de physiothérapie fournis à domicile par un intervenant de la santé suivant le tarif prévu à cet effet à l'annexe I dans les conditions suivantes :

1° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur constate l'impossibilité pour le travailleur de se déplacer en raison de sa lésion professionnelle;

2° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur a prescrit de tels soins à domicile.

§3. Règles particulières à la physiothérapie et à l'ergothérapie

24. La Commission assume, pour chacun des soins ou des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie, le coût de ceux-ci jusqu'à un maximum d'une séance de soins ou de traitements par jour et d'un maximum de 3 séances de soins ou de traitements par semaine, sous réserve d'une prescription contraire du professionnel de la santé qui a charge du travailleur.

25. Lorsqu'une évaluation initiale se poursuit au-delà de la première séance, alors qu'un soin ou un traitement est également dispensé à cette même occasion, elle ne doit pas nuire à ce soin ou ce traitement, ni en réduire la qualité ou la durée.

26. La Commission assume le coût d'une séance pour des soins ou des traitements qui sont prévus dans le plan individualisé de soins et de traitements du travailleur établi en fonction de ses besoins spécifiques, même si un travailleur reçoit ceux-ci simultanément avec d'autres personnes.

27. Un physiothérapeute, un technologue en physiothérapie ou un ergothérapeute doit tenir un registre indiquant, pour chaque séance, les informations suivantes :

1° la date de l'acte professionnel posé;

2° la description de l'acte professionnel posé, soit l'évaluation initiale ou un soin ou un traitement;

3° le nom de l'intervenant de la santé qui a posé l'acte professionnel.

Le travailleur doit signer ce registre à chaque séance.

Le registre doit être conservé au dossier tenu par l'intervenant de la santé pour une période minimale de 5 ans à compter de la date de la fermeture de ce dossier. Ce registre doit être mis à la disposition de la Commission, sur demande.

28. Un physiothérapeute, un technologue en physiothérapie ou un ergothérapeute doit transmettre à la Commission un premier compte dont la forme et la teneur doivent être conformes au formulaire prévu à l'annexe III ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conformes à celui autorisé par la Commission, dans les 7 jours de la première séance. Il doit également utiliser ce formulaire de compte ou un support technologique autorisé pour réclamer un montant relatif à des soins ou des traitements.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

Le formulaire du compte est disponible sur le site Internet de la Commission.

29. À la demande de la Commission, un physiothérapeute, un technologue en physiothérapie ou un ergothérapeute doit fournir un rapport dont la forme et la teneur doivent être conformes au formulaire prévu à l'annexe IV ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conformes à celui autorisé par la Commission.

Le formulaire du rapport est disponible sur le site Internet de la Commission.

Ce rapport doit être transmis à la Commission et au professionnel de la santé qui a charge du travailleur dans les 15 jours qui suivent la date de sa demande.

Lorsque le travailleur est suivi exclusivement par un technologue en physiothérapie, un physiothérapeute ou le professionnel de la santé qui a charge du travailleur doit transmettre à la Commission un rapport après 25 traitements et, par la suite, à tous les 12 traitements. Lorsque ce rapport est transmis par un physiothérapeute, il doit être conforme au formulaire prévu à l'annexe IV.

30. Un rapport n'est payable par la Commission que s'il est effectué sur le formulaire prévu à l'annexe IV ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conforme à celui autorisé par la Commission et que s'il est complet.

31. Sauf en cas de force majeure, lorsqu'un rapport n'est pas produit dans le délai prévu au troisième alinéa de l'article 29, la Commission retient le paiement des comptes pour les séances de soins et de traitements dispensés à compter de la date limite où le rapport devait être fourni, jusqu'à ce qu'il soit transmis à la Commission.

Lors de la production du rapport, la Commission procède au paiement des comptes pour les séances de soins et de traitements dont le paiement a été retenu.

32. Les services d'ergothérapie suivants ne constituent pas des services de santé :

1° les services fournis dans le cadre de la mesure de réadaptation consistant à fournir des services d'intervention psychosociale;

2° les services fournis dans le cadre de la mesure de réadaptation consistant en l'adaptation du domicile;

3° les services fournis dans le cadre de la mesure de réadaptation consistant en l'adaptation d'un véhicule principal;

4° les services fournis dans le cadre de la mesure de réadaptation consistant en l'adaptation d'un équipement de loisir;

5° les services fournis dans le cadre de la mesure de réadaptation consistant en des services interdisciplinaires de réadaptation spécialisée;

6° les services fournis dans le cadre de la mesure de réadaptation consistant en un programme de recyclage et un programme de formation professionnelle pouvant inclure un stage d'acquisition de compétences;

7° les services fournis dans le cadre de la mesure de réadaptation consistant en l'adaptation d'un poste de travail;

8° les services fournis dans le cadre de la mesure de réadaptation consistant en l'évaluation et le développement des capacités fonctionnelles;

9° les services fournis dans le cadre des mesures de réadaptation visant à développer la capacité du travailleur à reprendre graduellement les tâches que comporte son emploi.

33. Sous réserve d'une prescription contraire du professionnel de la santé qui a charge du travailleur concernant la date du début des traitements, la Commission n'assume le coût des séances d'ergothérapie qu'à compter de la sixième semaine qui suit la date de sa lésion professionnelle et que si celle-ci n'est pas consolidée à cette date. Les mêmes conditions s'appliquent pour une évaluation initiale.

Malgré le premier alinéa, la Commission assume le coût des séances avant cette date, si l'ordonnance du professionnel de la santé qui a charge du travailleur concerne une ou des lésions suivantes :

1° une lésion à la main ou au poignet;

2° un syndrome douloureux régional complexe, peu importe le siège de la lésion;

3° une atteinte nerveuse aux membres supérieurs;

4° une brûlure, peu importe le siège de la lésion.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

§4. Règles particulières à la psychologie, à la psychothérapie et à la neuropsychologie

34. La Commission assume le coût des soins de psychologie, de psychothérapie et de neuropsychologie fournis par un psychologue inscrit au tableau de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec et des soins de psychothérapie fournis par un titulaire d'un permis de psychothérapeute.

La Commission assume le coût des rapports exigés dans la présente sous-section.

35. La Commission assume le coût des soins de psychologie, de psychothérapie et de neuropsychologie selon le montant prévu à l'annexe I lorsqu'elle et le professionnel de la santé qui a charge du travailleur ont reçu pour ce dernier, un rapport d'évaluation et, lorsqu'il y a intervention, un rapport d'évolution, le cas échéant, et un rapport final d'intervention.

Un rapport d'évolution doit être complété à partir de 6 heures d'intervention, mais au maximum à toutes les 12 heures d'intervention ou à tous les 3 mois, au choix de l'intervenant de la santé.

Lorsque l'intervention se termine avant qu'un rapport d'évolution ne doive être complété, seul un rapport final d'intervention doit être transmis à la Commission.

Les rapports doivent être transmis dans les 15 jours qui suivent la date de la dernière rencontre qui donne lieu au rapport.

36. Les rapports visés à l'article 35 doivent contenir les informations prévues à l'annexe V et être signés par le psychologue ou par le titulaire d'un permis de psychothérapeute qui a fourni les soins.

37. Le tarif horaire prévu dans l'annexe I pour les soins de psychologie, de psychothérapie et de neuropsychologie s'applique pour le paiement des rapports exigés à l'article 35, jusqu'à concurrence :

1° de 2 heures pour un rapport d'évaluation en psychologie et en psychothérapie et de 8 heures pour un tel rapport en neuropsychologie;

2° d'une heure pour un rapport d'évolution;

3° de 2 heures pour un rapport final.

Ces rapports sont payables lors de leur transmission à la Commission.

SECTION II
SERVICES NON ASSURÉS

§1. Règles générales

38. Dans la présente section, on entend par :

« composante professionnelle » : les honoraires d'un professionnel de la santé pour son acte médical;

« composante technique » : les coûts autres que la composante professionnelle lors de la fourniture d'un service non assuré, dont le salaire du personnel autre que le professionnel de la santé, les appareils, les instruments, le plateau de chirurgie;

« laboratoire d'imagerie médicale » : la personne morale qui rend disponibles des services radiologiques rendus par les médecins radiologistes qui y sont rattachés, et qui est exploité par un médecin titulaire d'un certificat de spécialiste en radiologie diagnostique délivré par le Collège des médecins du Québec et qui détient les permis et les autorisations requises en vertu de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2).

39. Les services non assurés auxquels a droit le travailleur en vertu de la présente section sont les suivants :

1° des services de tomodensitométrie, aussi appelés tomographie axiale, CAT-scan, CT-scan, scan ou TACO, et des services d'imagerie par résonance magnétique dispensés ailleurs que dans un établissement qui exploite un centre hospitalier au sens de la Loi sur l'assurance médicale (chapitre A-29);

2° des services d'échographie dispensés dans un établissement privé au sens de cette loi par un médecin autre qu'un radiologiste;

3° des chirurgies;

4° des services rendus par un dentiste;

5° des services rendus par un optométriste;

6° des services médico-administratifs rendus par un dentiste ou un optométriste;

7° tout autre service non assuré.

40. La Commission assume le coût des services non assurés prévus à la présente section s'ils sont fournis personnellement par un professionnel de la santé, sont en lien avec la lésion professionnelle du travailleur et aux conditions prévues à la présente section.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

§2. Règles particulières aux services de tomodensitométrie et d'imagerie par résonance magnétique

41. La Commission assume le coût des services de tomodensitométrie et d'imagerie par résonance magnétique lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° ils sont fournis par un radiologiste rattaché à un laboratoire d'imagerie médicale;

2° ils ne sont pas fournis dans un établissement qui exploite un centre hospitalier au sens de la Loi sur l'assurance médicale (chapitre A-29);

3° la Commission a autorisé la fourniture des services à la suite d'une demande d'autorisation effectuée par le professionnel de la santé sur le formulaire prescrit à cet effet et disponible sur le site Internet de la Commission, lequel doit notamment comprendre les informations suivantes :

a) la date, la description et le coût détaillé des services et des examens;

b) la prescription médicale du professionnel de la santé qui a charge du travailleur demandant l'obtention de ces services et examens, incluant le ou les diagnostics pour lesquels les services et les examens sont requis.

42. Le professionnel de la santé doit fournir les services de tomodensitométrie et d'imagerie par résonance magnétique dans un délai maximal de 10 jours ouvrables suivant la réception par celui-ci de l'autorisation de la Commission prévue au paragraphe 3° de l'article 41.

Le laboratoire d'imagerie médicale auquel est rattaché le professionnel de la santé fournissant les services doit signaler à la Commission, dès la réception de la requête, son incapacité, le cas échéant, à prendre en charge un travailleur à l'intérieur du délai prévu.

Tous les services de tomodensitométrie et d'imagerie par résonance magnétique indiqués sur la prescription médicale et autorisés par la Commission doivent être rendus le même jour.

Lorsque les diagnostics pour lesquels les examens sont requis portent sur des régions anatomiques différentes situées aux extrémités du corps, un maximum de 2 examens par jour est permis.

43. Toute réclamation à la Commission concernant les services de tomodensitométrie et d'imagerie par résonance magnétique doit être présentée par le laboratoire d'imagerie médicale, laquelle doit notamment comprendre les informations suivantes :

1° la date, la description du service rendu et le type d'examen effectué;

2° la prescription du professionnel de la santé qui a charge du travailleur requérant le service et l'examen;

3° le nom, l'adresse, le numéro de dossier du travailleur;

4° le nom du médecin ayant fourni le service;

5° le montant de la composante technique du service fourni, détaillée avec le code du ministère de la Santé et des services sociaux;

6° le montant de la composante professionnelle du service fourni, détaillée avec le code de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

44. La Commission assume le coût de la composante technique et de la composante professionnelle pour les services de tomodensitométrie fournis au travailleur pour la réalisation des examens requis par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur, selon les modalités prévues aux articles 45 à 49.

45. La Commission assume le coût de la composante professionnelle pour les services de tomodensitométrie fournis au travailleur pour la réalisation des examens requis par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur selon le tarif prévu dans la section de Radiologie diagnostique du document intitulé « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement » de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Ce document est disponible sur le site Internet de la Commission.

46. La Commission assume le coût de la composante technique pour les services de tomodensitométrie fournis au travailleur pour la réalisation des examens requis par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur selon les montants suivants :

1° 200 $ pour un examen simple effectué dans une même journée;

2° 200 $ par région anatomique différente examinée dans le cadre d'examens multiples effectués dans une même journée;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

3° pour un examen portant sur des segments multiples de la colonne :

a) 200 $ pour un segment;

b) 288 $ pour 2 segments;

c) 332 $ pour 3 segments.

Ces montants incluent le coût des substances de contraste administrées lors des examens.

47. Lorsqu'une injection de substance de contraste pour contrôle fluoroscopique dans une même articulation, bourse, gaine tendineuse ou tendon est requise par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur de façon préalable aux services de tomodensitométrie visés par la présente sous-section et réalisée le même jour, la Commission assume, en plus du coût pour les services de tomodensitométrie fournis au travailleur conformément aux articles 45 et 46, le coût de la composante technique et de la composante professionnelle d'une telle injection fournie au travailleur selon les montants suivants :

1° pour la composante professionnelle, le tarif prévu dans le document intitulé « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement » de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour le code approprié;

2° pour la composante technique, les tarifs de la radiologie générale prévus à l'annexe 1 de la circulaire 03.01.42.19 intitulée « Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes » du ministère de la Santé et des Services sociaux, et selon la liste des valeurs unitaires de la circulaire 03.04.01.01 (annexe G) du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ces documents sont disponibles sur le site Internet de la Commission.

48. Aux fins de l'application des articles 44 à 47, un examen simple est requis lorsque le diagnostic pour lequel l'examen est demandé, tel qu'inscrit sur la prescription médicale du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, porte sur une seule des régions anatomiques suivantes :

1° la tête, incluant le cerveau et le crâne;

2° le cou;

3° le thorax;

4° l'abdomen;

5° le pelvis (bassin), incluant les sacro-iliaques;

6° les extrémités (épaules, hanches, membres inférieurs, membres supérieurs);

7° la colonne (un segment, 2 segments, 3 segments), incluant le lombo-sacré.

Un examen simple est également requis lorsque le diagnostic pour lequel l'examen est demandé, tel qu'inscrit sur la prescription médicale du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, porte sur une combinaison des régions anatomiques suivantes :

1° l'épaule – l'omoplate;

2° l'épaule – le bras;

3° le bras – le coude;

4° le coude – l'avant-bras;

5° l'avant-bras – le poignet;

6° la main – les doigts et pouce;

7° le bassin (pelvis) – le sacrum;

8° le bassin (pelvis) – une hanche;

9° la hanche – le fémur;

10° le fémur – le genou;

11° le genou – la jambe;

12° la jambe – la cheville;

13° la cheville – l'arrière-pied.

49. Aux fins de l'application des articles 44 à 47, des examens multiples sont requis lorsque les diagnostics pour lesquels les examens sont demandés, tel qu'inscrits sur la prescription médicale du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, portent sur des régions anatomiques différentes.

Aux fins de l'application du présent article, constituent des régions anatomiques différentes, les régions suivantes :

1° la main – le poignet, à la condition qu'il y ait examen complet de la main et examen complet du poignet et que les phalanges soient incluses dans l'examen;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

2° l'épaule – le cou;

3° l'épaule droite – l'épaule gauche;

4° l'épaule – le trapèze;

5° le cou – la tête;

6° la tête – la colonne cervicale;

7° la cheville – l'avant-pied;

8° l'épaule – le coude;

9° l'épaule – le poignet.

50. La Commission assume le coût de la composante technique et de la composante professionnelle pour les services d'imagerie par résonance magnétique fournis au travailleur pour la réalisation des examens requis par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur, selon les modalités prévues aux articles 51 à 54.

La Commission n'assume aucun autre coût que celui prévu au premier alinéa pour la fourniture de services d'imagerie par résonance magnétique.

51. La Commission assume le coût de la composante professionnelle pour les services d'imagerie par résonance magnétique fournis au travailleur pour la réalisation de chacun des examens requis par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur selon le tarif prévu dans la section de Radiologie diagnostique du document intitulé « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement » de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Ce document est disponible sur le site Internet de la Commission.

52. La Commission assume le coût de la composante technique pour les services d'imagerie par résonance magnétique fournis au travailleur pour la réalisation de chacun des examens requis par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur selon les montants suivants :

1° 543,60 $ pour un examen simple effectué dans une même journée;

2° 543,60 $ par région anatomique différente examinée dans le cadre d'examens multiples réalisés dans une même journée;

3° pour un examen portant sur des segments multiples de la colonne :

a) 543,60 $ pour un segment;

b) 785,20 $ pour 2 segments;

c) 906,00 $ pour 3 segments.

Ces montants incluent le coût des substances de contraste administrées lors des examens.

53. Lorsqu'une injection de substance de contraste pour contrôle fluoroscopique dans une même articulation, bourse, gaine tendineuse ou tendon est requise par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur, de façon préalable aux services d'imagerie par résonance magnétique visés par la présente sous-section et réalisées le même jour, la Commission assume, en plus du coût pour les services d'imagerie par résonance magnétique fournis au travailleur conformément aux articles 51 et 52, le coût de la composante technique et de la composante professionnelle d'une telle injection fournie au travailleur selon les montants suivants :

1° pour la composante professionnelle, le tarif prévu dans le document intitulé « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement » de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour le code approprié;

2° pour la composante technique, les tarifs de la radiologie générale prévus à l'annexe 1 de la circulaire 03.01.42.19 intitulée « Tarifs pour les services rendus en externe, prix de journée pour la courte et la longue durée ainsi que prix de journée pour la réadaptation, les nouveau-nés et les services aux jeunes » du ministère de la Santé et des Services sociaux, et selon la liste des valeurs unitaires de la circulaire 03.04.01.01 (annexe G) du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ces documents sont disponibles sur le site Internet de la Commission.

54. Aux fins de l'application des articles 51 à 53, un examen simple est requis lorsque le diagnostic pour lequel l'examen est demandé, tel qu'inscrit sur la prescription médicale du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, porte sur une seule des régions anatomiques suivantes :

1° la tête, incluant le cerveau et le crâne;

2° le cou;

3° le thorax;

4° l'abdomen;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

5° le pelvis (bassin), incluant les sacro-iliaques;

6° les extrémités (épaules, hanches, membres inférieurs, membres supérieurs);

7° la colonne (un segment, 2 segments, 3 segments), incluant le lombo-sacré.

Des examens multiples sont requis lorsque les diagnostics pour lesquels les examens sont demandés, tel qu'inscrits sur la prescription médicale du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, portent sur des régions anatomiques différentes parmi celles identifiées au premier alinéa.

§3. Règles particulières aux services d'échographie

55. La Commission assume le coût des services d'échographie diagnostique.

56. La Commission assume le coût des services d'échographie prévus à la présente sous-section fournis au travailleur lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° ils sont fournis par un médecin autre qu'un radiologiste;

2° ils sont fournis dans un établissement privé au sens de l'article 99 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2);

3° ils ont été autorisés par la Commission à la suite d'une demande effectuée par le professionnel de la santé.

57. La Commission assume le coût des services d'échographie diagnostique selon le tarif prévu pour les médecins radiologistes dans la section de Radiologie diagnostique du document intitulé « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement » de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à l'exclusion des honoraires de numérisation (R-9).

Ce document est disponible sur le site Internet de la Commission.

58. La Commission assume le coût des services d'échographie diagnostique jusqu'à concurrence d'un examen par jour.

Malgré le premier alinéa, la Commission assume le coût des services d'échographie diagnostique jusqu'à concurrence de 2 examens par jour dans les situations prévues dans le document intitulé « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement » de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Ce document est disponible sur le site Internet de la Commission.

§4. Règles particulières aux chirurgies non assurées

59. La Commission assume le coût d'une chirurgie non assurée dispensée au travailleur lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° elle est requise en raison de sa lésion professionnelle;

2° la Commission a autorisé la chirurgie à la suite d'une demande effectuée par le professionnel de la santé.

En plus des conditions mentionnées au premier alinéa, elle assume le coût d'une chirurgie lorsque l'une ou l'autre des conditions suivantes sont remplies :

1° pour une chirurgie esthétique, la lésion professionnelle du travailleur lui cause une interférence fonctionnelle ou un préjudice psychologique;

2° pour toute autre chirurgie, elle est reconnue scientifiquement.

60. La Commission assume le coût d'une chirurgie non assurée prévue à la présente sous-section selon les montants suivants :

1° pour la composante professionnelle, les tarifs prévus dans les manuels de facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour le même genre de services que ceux rendus par le professionnel de la santé ayant réalisé la chirurgie;

2° pour la composante technique, le tarif de chirurgie d'un jour prévu dans l'entente conclue entre la Commission et le ministre de la Santé et des Services sociaux conformément au premier alinéa de l'article 195 de la Loi (Annexe 1 Tarifs – Services rendus en externe).

3° le coût réel des implants et prothèses pouvant être intégrés à l'organisme humain lors de la chirurgie, le cas échéant.

Ces documents sont disponibles sur le site Internet de la Commission.

§5. Règles particulières aux services non assurés rendus par un dentiste

61. La Commission assume le coût des services non assurés rendus par un dentiste fournis au travailleur, incluant les frais de laboratoire, lorsque sont réunies les conditions suivantes :

© Éditeur officiel du Québec, 2025

1° ils sont requis du point de vue dentaire et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle;

2° ils sont fournis par un dentiste;

3° ils ont été autorisés par la Commission à la suite d'une demande d'autorisation effectuée par le professionnel de la santé.

Le paragraphe 3° du premier alinéa ne s'applique pas aux services non assurés rendus par un dentiste fournis en urgence.

62. La Commission assume le coût des services non assurés rendus par un dentiste prévus à la présente sous-section jusqu'à concurrence des montants prévus dans la liste des tarifs de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec et celle de la Fédération des dentistes spécialistes du Québec en vigueur le 31 janvier 2025.

Ces documents sont disponibles sur le site Internet de la Commission.

Les montants prévus dans ces documents sont, le cas échéant, revalorisés annuellement selon la variation entre les montants de l'année concernée et ceux de l'année précédente appliquée par les associations professionnelles mentionnées au premier alinéa, jusqu'à concurrence du taux de revalorisation applicable suivant les règles prévues aux articles 119 à 122 de la Loi.

Une liste de ces montants est disponible sur le site Internet de la Commission.

§6. Règles particulières aux services non assurés rendus par un optométriste

63. La Commission assume le coût des services non assurés rendus par un optométriste fournis au travailleur lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° ils sont requis, du point de vue optométrique, par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle;

2° ils sont fournis par un optométriste.

64. La Commission assume le coût des services non assurés rendus par un optométriste prévus à la présente sous-section jusqu'à concurrence des montants prévus dans la liste des tarifs de l'Association des optométristes du Québec en vigueur le 31 janvier 2025.

Ce document est disponible sur le site Internet de la Commission.

Les montants prévus dans ce document sont, le cas échéant, revalorisés annuellement selon la variation entre les montants de l'année concernée et ceux de l'année précédente appliquée par l'association professionnelle mentionnée au premier alinéa, jusqu'à concurrence du taux de revalorisation applicable suivant les règles prévues aux articles 119 à 122 de la Loi.

Une liste de ces montants est disponible sur le site Internet de la Commission.

§7. Règles particulières aux services médico-administratifs rendus par un dentiste ou un optométriste

65. Aux fins de l'application de la présente sous-section, on entend par « services médico-administratifs » les services visant à compléter les documents exigés par la Commission pour la gestion du dossier d'un travailleur, incluant notamment certaines évaluations médicales et la rédaction de rapports.

66. La Commission assume le coût des services médico-administratifs fournis par un dentiste ou un optométriste selon les montants prévus pour ces services dans le document intitulé « Manuel des médecins spécialistes – Services de laboratoire en établissement » de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Ce document est disponible sur le site Internet de la Commission.

§8. Règles particulières aux autres services non assurés

67. La Commission assume le coût de tout autre service non assuré fourni au travailleur, lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° il est requis par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle;

2° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur fournit, avec la prescription, une démonstration scientifique et médicale de l'efficacité du service pour le travailleur;

3° il a été autorisé par la Commission à la suite d'une demande effectuée par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur.

68. La Commission assume le coût de tout autre service non assuré prévu à la présente sous-section selon le tarif applicable pour un service comparable couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) ou un règlement pris en application de ces lois.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

SECTION III
CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

69. La Commission assume le coût réel d'achat du cannabis à des fins médicales jusqu'à concurrence d'une limite équivalente à 3 grammes par jour de cannabis séché, lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° il est prescrit par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur;

2° il est en lien avec la lésion professionnelle;

3° il se consomme par la voie ingérée ou transdermique.

Malgré le paragraphe 3° du premier alinéa, la Commission assume exceptionnellement le coût réel d'achat du cannabis à des fins médicales qui se consomme par la voie inhalée lorsque ce type de consommation est justifié par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur en raison de l'état de ce dernier.

70. La Commission assume les frais de livraison du cannabis à des fins médicales jusqu'à concurrence d'un montant de 20 $ par livraison.

71. Toute réclamation à la Commission concernant le cannabis à des fins médicales doit être présentée sur le formulaire prescrit et disponible sur le site Internet de la Commission.

CHAPITRE III
SERVICES DE RÉADAPTATION PHYSIQUE

SECTION I
RÈGLES GÉNÉRALES

72. Les services de réadaptation physique auxquels a droit le travailleur afin d'éliminer ou d'atténuer son incapacité physique et, le cas échéant, de lui permettre de développer sa capacité résiduelle sont les suivants :

1° l'inhalothérapie à domicile;

2° le transfert de dominance;

3° l'imagerie motrice graduée.

Les soins et traitements de physiothérapie, d'ergothérapie ainsi que les soins infirmiers à domicile et les traitements de physiothérapie à domicile prévus au chapitre II constituent également des services de réadaptation physique auxquels a droit le travailleur lorsque l'objectif est celui prévu au premier alinéa.

73. La Commission assume le coût des services de réadaptation physique prévus au premier alinéa de l'article 72 lorsqu'ils sont prescrits par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur et qu'ils sont en lien avec sa lésion professionnelle.

La Commission assume le coût des services de réadaptation prévus au deuxième alinéa de l'article 72 aux mêmes conditions que celles prévues au chapitre II.

SECTION II
RÈGLES PARTICULIÈRES À L'INHALOTHÉRAPIE À DOMICILE

74. La Commission assume le coût des soins d'inhalothérapie fournis à domicile par un intervenant de la santé jusqu'à concurrence de 168,60 $ pour une séance d'une durée de 60 minutes, selon la fréquence déterminée par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur.

75. Lors de la première séance, l'inhalothérapeute qui dispense les soins à domicile doit fournir un rapport d'évaluation. Il doit également fournir un rapport de suivi à la demande de la Commission.

Les rapports mentionnés au premier alinéa doivent être transmis à la Commission sur le formulaire prescrit ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conforme à celui autorisé par la Commission.

Le formulaire du rapport est disponible sur le site Internet de la Commission.

Ce rapport doit être transmis à la Commission et au professionnel de la santé qui a charge du travailleur dans les 15 jours suivant la date de la première séance ou de la demande de la Commission selon le cas.

76. Sauf en cas de force majeure, lorsqu'un rapport exigé par la présente section n'est pas produit dans le délai prévu au quatrième alinéa de l'article 75, la Commission retient le paiement des comptes pour les séances de soins et de traitements dispensés à compter de la date limite où le rapport devait être fourni, jusqu'à ce qu'il soit transmis à la Commission.

Lors de la production du rapport, la Commission procède au paiement des comptes pour les séances de soins et de traitements dont le paiement a été retenu.

77. Un rapport exigé par la présente section n'est payable par la Commission que s'il est effectué sur le formulaire prescrit ou, dans le cas d'une transmission par un autre support technologique, conforme à celui autorisé par la Commission et que s'il est complet.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

78. La Commission assume le coût des rapports exigés dans la présente section, selon le tarif prévu pour les services professionnels des ergothérapeutes et physiothérapeutes prévu à l'annexe I.

SECTION III
RÈGLES PARTICULIÈRES AU TRANSFERT DE DOMINANCE ET À L'IMAGERIE MOTRICE GRADUÉE

79. La Commission assume le coût du transfert de dominance et de l'imagerie motrice graduée jusqu'à concurrence des limites suivantes :

1° pour l'imagerie motrice graduée, une séance par semaine pour un maximum de 12 semaines;

2° pour le transfert de dominance, une séance par semaine pour un maximum de 8 semaines.

Le professionnel de la santé qui a charge du travailleur peut prolonger le nombre de séances prévu au premier alinéa pour une période maximale de 4 semaines s'il estime que ce délai favorise l'atteinte des objectifs visés pour le travailleur.

La Commission assume le coût d'une séance en vertu du présent article au même coût que celui prévu pour l'ergothérapie à l'annexe I.

80. La Commission assume le coût d'acquisition ou de location des accessoires nécessaires à l'imagerie motrice graduée selon les modalités prévues à l'annexe II.

TITRE III
ÉQUIPEMENT ADAPTÉ ET AUTRES FRAIS

CHAPITRE I
RÈGLES GÉNÉRALES

81. Les dispositions du présent titre s'appliquent sous réserve de l'article 198.1 de la Loi.

82. L'équipement adapté et les autres frais auxquels a droit le travailleur en vertu du présent règlement sont les suivants :

1° les prothèses et orthèses;

2° les aides techniques;

3° les appareils de désincarcération et les appels interurbains.

83. La Commission assume le coût d'un équipement adapté et des autres frais lorsqu'ils sont en lien avec la lésion professionnelle du travailleur et aux conditions prévues dans le présent titre et à l'annexe II.

CHAPITRE II
PROTHÈSES ET ORTHÈSES

84. Dans le présent chapitre, on entend par :

« prothèse » : un appareil destiné à remplacer en tout ou en partie un organe ou un membre d'un être humain au sens de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et tissus (chapitre L-0.2).

« orthèse » : un appareil adapté à un être humain et destiné à préserver la fonction d'un de ses membres ou organes ou à restituer la fonction, à compenser pour les limitations ou à accroître le rendement physiologique d'un de ses membres ou organes qui a perdu sa fonction au sens de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et tissus.

85. Les prothèses et les orthèses auxquelles a droit le travailleur en vertu du présent chapitre sont les suivantes :

1° les prothèses auditives;

2° les orthèses visuelles;

3° les prothèses oculaires;

4° les prothèses capillaires;

5° les prothèses dentaires;

6° les prothèses et orthèses pour le tronc et les membres inférieurs et supérieurs;

7° les orthèses plantaires;

8° les chaussures orthopédiques.

86. La Commission assume le coût des prothèses et orthèses prévues au présent chapitre lorsqu'elles sont prescrites par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur et aux conditions prévues au présent chapitre.

87. La Commission n'assume pas les coûts suivants :

1° le coût d'une garantie prolongée pour une prothèse ou une orthèse;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

2° le coût de remplacement d'une prothèse ou orthèse perdue, détruite, volée ou dont l'utilisation a été faite avec négligence ou contrairement aux recommandations du manufacturier.

SECTION I
RÈGLES RELATIVES AUX PROTHÈSES AUDITIVES

§1. Règles générales

88. Aux fins de l'application de la présente section, on entend par « audiogramme », un audiogramme réalisé par un audiologiste dans le cadre d'une évaluation audiologique ou par un professionnel de la santé.

89. Toute réclamation relative à une prothèse auditive doit être accompagnée d'un audiogramme réalisé moins d'un an avant la date de l'acquisition de la prothèse.

90. Les montants prévus pour les services d'audiologie sont revalorisés suivant les règles prévues aux articles 118 et 120 à 122 de la Loi et en multipliant le montant à revaloriser par la moyenne des taux de revalorisation des 6 années précédentes. Le taux de revalorisation de chaque année correspond au rapport entre l'indice des prix à la consommation de l'année et celui de l'année précédente.

§2. Services professionnels

91. La Commission assume le coût des services professionnels prévus à l'annexe VI, selon les montants et les conditions qui y sont prévus, s'ils sont fournis personnellement par un intervenant de la santé.

La Commission assume également le coût des services professionnels qui sont fournis par une personne autre qu'un intervenant de la santé dans la mesure où l'annexe VI le prévoit.

92. Les montants prévus pour les services professionnels des audioprothésistes sont revalorisés suivant les règles prévues aux articles 118 à 122 de la Loi.

93. Sous réserve d'une prescription contraire du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, la Commission assume, une fois tous les 30 mois, le coût d'une évaluation audiologique prévue à l'annexe VI, selon le montant qui y est prévu et seulement si celle-ci est prescrite par un professionnel de la santé.

La Commission assume également le coût d'une évaluation à des fins audioprothétiques, selon le montant et les conditions prévus à l'annexe VI, lorsqu'aucune évaluation audiologique n'a été réalisée sur le travailleur dans les 12 mois précédents la demande et qu'il s'est écoulé plus de 12 mois depuis la date de services de l'acquisition de la prothèse auditive indiquée au formulaire prescrit par la Commission.

L'audioprothésiste doit conserver l'évaluation mentionnée au deuxième alinéa dans le dossier du travailleur pendant une période de 5 années à compter de la date de la fermeture de ce dossier. Cette évaluation doit être mise à la disposition de la Commission sur demande.

94. Lorsque l'audiologiste transmet l'évaluation audiologique à la Commission sur le formulaire prescrit par celle-ci pour paiement, il doit également en transmettre une copie au professionnel de la santé qui a charge du travailleur.

§3. Règles particulières aux prothèses auditives, accessoires et autres frais

95. Aux fins de l'application de la présente sous-section, les conditions et limites de paiement sont établies en considération de la date de l'acquisition de la prothèse auditive indiquée au formulaire prescrit par la Commission.

96. La Commission assume, aux fréquences déterminées à la sous-section 4, le coût d'acquisition d'une prothèse auditive autre qu'à port continu, jusqu'à concurrence d'un montant de 700 $, si celle-ci est couverte par une garantie d'une période minimale de 2 ans.

Aux fins de l'application de la présente sous-section, une prothèse auditive apparaissant à un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec est réputée garantie pour cette période.

97. La Commission assume le coût d'acquisition d'une prothèse à port continu ou d'une prothèse auditive dont le montant excède 700 $ uniquement lorsqu'elle en a autorisé l'acquisition.

La Commission autorise l'acquisition d'une telle prothèse lorsque la démonstration lui est faite que la condition du travailleur l'empêche de faire fonctionner ou de se faire ajuster adéquatement un autre type de prothèse auditive.

Pour satisfaire à cette condition, le travailleur doit fournir une attestation d'un professionnel de la santé détenant un certificat de spécialiste pertinent à la condition du travailleur.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

La Commission assume un montant maximal de 1 800 $ par année pour chaque oreille, mais n'assume aucun autre montant pour des biens et des services relatifs à une prothèse à port continu.

La Commission assume un montant maximal équivalent au coût du manufacturier pour une prothèse auditive autre qu'à port continu visé au premier alinéa, selon les fréquences déterminées à la sous-section 4.

98. La Commission assume, au choix du travailleur, l'acquisition d'une télécommande ou les services de jumelage des prothèses auditives à son téléphone cellulaire.

Lorsque le travailleur choisit la télécommande, la Commission assume, aux fréquences déterminées à la sous-section 4 et jusqu'à concurrence d'un montant de 150 $, le coût d'acquisition d'une seule télécommande si celle-ci est couverte par une garantie, pour une période minimale de 30 mois.

Lorsque le travailleur choisit le jumelage des prothèses auditives à son téléphone cellulaire, la Commission assume le coût pour les services de jumelage des prothèses auditives au téléphone cellulaire selon le montant et les conditions prévus à l'annexe VI.

Aux fins de l'application du présent règlement, une télécommande apparaissant à un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec est réputée garantie pour cette période.

99. Malgré le premier alinéa de l'article 97, la Commission assume le coût d'acquisition de prothèses rechargeables jusqu'à concurrence d'un montant de 900 $ chacune, incluant le chargeur.

100. La Commission assume le coût de remplacement du chargeur d'une prothèse rechargeable, jusqu'à concurrence d'un montant de 200 $, lorsque la garantie de la prothèse de 2 ans est échue.

101. La Commission assume, jusqu'à concurrence d'un montant de 800 $, le coût d'acquisition d'un système CROS ou BI-CROS incluant sa programmation à l'acquisition, comprenant les services professionnels de l'audioprothésiste, si celui-ci est couvert par une garantie pour une période minimale de 2 ans.

La Commission assume le coût d'acquisition d'un tel système lorsque la démonstration lui est faite que le travailleur présente l'une des conditions suivantes :

1° l'anatomie particulière de son oreille ne permet pas l'appareillage d'une prothèse auditive;

2° il est affecté par des infections récurrentes qui rendent l'appareillage impossible;

3° il souffre d'une surdité totale ou d'une perte importante de la discrimination qui rend l'appareillage impossible à l'une de ses oreilles.

Pour satisfaire à l'une de ces conditions, le travailleur doit fournir une attestation du professionnel de la santé qui en a charge. Cette attestation doit indiquer que l'appareillage est impossible dans son cas et préciser quelle condition il présente. Dans le cas prévu au paragraphe 3° du deuxième alinéa, le travailleur peut fournir une évaluation audiologique au même effet au lieu d'une attestation.

Aux fins de l'application du présent règlement, un système CROS ou BI-CROS apparaissant à un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec est réputé garanti pour cette période.

102. Lorsqu'elle assume le coût d'un système CROS ou BI-CROS, la Commission assume le coût d'acquisition d'une seule prothèse auditive.

§4. Renouvellement, remplacement et réparation des prothèses auditives et de leurs accessoires

103. Un travailleur peut demander à la Commission de renouveler une prothèse auditive dont le coût d'acquisition a été assumé par la Commission s'il s'est écoulé au moins 5 ans depuis la date d'acquisition de la prothèse auditive indiquée au formulaire prescrit par la Commission et que toute garantie relative à celle-ci est expirée.

Il doit fournir, avec sa demande, les documents suivants :

1° une ordonnance du professionnel de la santé qui en a charge;

2° un audiogramme datant de moins d'un an.

Cependant, lorsque le professionnel de la santé qui a charge du travailleur a établi la permanence de la surdité de celui-ci, le travailleur doit seulement fournir, avec sa demande, un audiogramme datant de moins d'un an.

Lorsque le travailleur ne peut obtenir l'audiogramme dans un délai de 90 jours, il doit être en mesure de fournir, à la demande de la Commission, une évaluation à des fins audioprothétiques datant de moins d'un an réalisé par un audioprothésiste.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

Le travailleur qui a un système CROS ou BI-CROS au moment du renouvellement de sa prothèse auditive a également droit au renouvellement de ce système.

104. Malgré l'article 103, lorsqu'une réparation a été effectuée dans la quatrième année de la date d'acquisition de la prothèse auditive, le délai de renouvellement est prolongé pour une période maximale de 12 mois ou lorsqu'il se sera écoulé 72 mois depuis la date d'acquisition.

Cette prolongation de délai de renouvellement s'applique aux 2 prothèses auditives dans le cas d'un appareillage binaural.

105. Malgré l'article 87, la Commission assume, selon les conditions prévues au présent règlement, le coût pour l'ajustement, l'entretien, la réparation d'une prothèse acquise par le travailleur pour remplacer celle visée au paragraphe 2° de cet article si cette prothèse est compatible avec l'autre prothèse pour laquelle la Commission a assumé le coût, le cas échéant.

Le travailleur doit alors fournir à la Commission une pièce justificative contenant les renseignements suivants :

1° la preuve de l'acquisition de la prothèse;

2° la date de l'acquisition;

3° les informations relatives à la marque et au modèle de la prothèse.

Une prothèse auditive acquise par le travailleur est réputée garantie pour une période de 2 ans suivant sa date d'acquisition.

106. La Commission assume le coût de remplacement d'une prothèse auditive, avant l'expiration du délai prévu à l'article 103, lorsque la Commission a autorisé l'acquisition et que l'une des conditions suivantes est satisfaite :

1° la condition auditive du travailleur révèle une nouvelle perte auditive neurosensorielle d'au moins 20 dB HL à au moins 2 fréquences entre 500 Hz et 4 000 Hz à la même oreille depuis la réalisation de l'audiogramme et l'ajustement de la prothèse n'est pas possible en considération de cette perte auditive;

2° le travailleur est atteint d'une nouvelle condition médicale qui l'empêche d'utiliser sa prothèse auditive, même à l'aide d'une télécommande;

3° la prothèse auditive est détériorée à un point tel qu'elle n'est plus utilisable, ni réparable ou nettoyable, notamment en raison de l'acidité de la transpiration du travailleur, d'un excès de vapeur toxique ou de pollution, telle la poussière, à laquelle est exposée la prothèse;

4° la prothèse a été endommagée involontairement et accidentellement, sous réserve de l'article 113 de la Loi.

Dans le cas prévu au paragraphe 1° du premier alinéa, un écrit d'un audioprothésiste expliquant les motifs justifiant que la prothèse ne peut pas être ajustée à la condition auditive du travailleur et une attestation d'un professionnel de la santé ou une évaluation audiologique indiquant la perte d'audition du travailleur doivent être fournis à la Commission.

Dans le cas prévu au paragraphe 2° du premier alinéa, une attestation d'un professionnel de la santé qui précise la condition qui empêche le travailleur d'utiliser sa prothèse auditive doit être fournie à la Commission.

Dans le cas prévu au paragraphe 3° du premier alinéa, un écrit de l'audioprothésiste expliquant l'état de la détérioration de la prothèse et expliquant la raison de cette détérioration doit être fourni à la Commission. Un audioprothésiste doit conserver le résultat de l'analyse électroacoustique et le fournir, sur demande, à la Commission.

Dans le cas prévu au paragraphe 4° du premier alinéa, le travailleur doit expliquer par écrit les circonstances dans lesquelles la prothèse a été endommagée et l'audioprothésiste doit fournir un écrit démontrant que le manufacturier ne peut réparer la prothèse.

Lorsque 2 prothèses auditives doivent être remplacées, dans les cas prévus aux paragraphes 1°, 3° et 4° du premier alinéa, un écrit d'un audioprothésiste ou d'un manufacturier des prothèses qui expose les raisons justifiant la nécessité de remplacer les 2 prothèses doit être fourni à la Commission.

La demande doit être produite sur le formulaire prescrit par la Commission. Celui-ci est disponible sur le site Internet de la Commission.

107. La Commission assume le coût de renouvellement d'une télécommande reliée à une prothèse auditive si celle-ci est utilisée conformément aux recommandations de son manufacturier, que la période de garantie de la télécommande est expirée et si un écrit d'un audioprothésiste justifiant qu'elle ne peut pas être réparée lui est fourni.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

Elle assume également le coût de renouvellement lorsque la prothèse auditive du travailleur a été renouvelée conformément à l'article 103.

108. La Commission assume le coût d'une réparation d'une prothèse auditive, incluant le remplacement de la pile d'une prothèse rechargeable, ou d'un système CROS ou BI-CROS par son manufacturier jusqu'à concurrence d'un montant de 125 $ lorsque la période de garantie est expirée ou lorsque le bris rencontré n'est pas couvert par une garantie et lorsque la réparation une fois effectuée sera garantie pour une période minimale d'un an.

109. La Commission assume le coût de réparation par le manufacturier d'une télécommande reliée à une prothèse auditive lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° la télécommande est utilisée conformément aux recommandations de son manufacturier;

2° le coût de la réparation n'excède pas 80 % de son coût de remplacement;

3° la période de garantie de la télécommande est expirée;

4° le bris n'est pas déjà couvert par une garantie;

5° la réparation est garantie pour une période minimale de 30 mois.

§5. Autres frais relatifs aux prothèses auditives

110. La Commission assume les frais d'entretien et le coût d'acquisition des autres accessoires jusqu'à concurrence des montants et selon les conditions prévues à l'annexe VII.

111. La Commission assume le coût des services de remodelage d'une prothèse auditive par le manufacturier jusqu'à concurrence d'un montant de 175 $ lorsque la période de garantie est expirée et lorsque le remodelage est garanti pour une période minimale d'un an.

112. Dans le cas d'une atteinte auditive bilatérale temporaire, la Commission assume le coût d'acquisition d'un masqueur d'acouphènes jusqu'à concurrence d'un montant de 80 $.

Aux fins de l'application du présent article, une prothèse auditive munie d'une fonction ou d'un programme permettant de masquer les acouphènes ne constitue pas un masqueur d'acouphènes.

Les frais prévus au premier alinéa ne sont pas payables par la Commission pour l'ajustement d'une telle fonction ou d'un tel programme lors de l'ajustement ou de l'appareillage d'une prothèse auditive.

SECTION II
RÈGLES RELATIVES AUX ORTHÈSES VISUELLES

113. Aux fins de l'application de la présente section, on entend par « orthèse visuelle » les lunettes, incluant la monture et les verres correcteurs, ainsi que les lentilles cornéennes.

114. La Commission assume le coût d'acquisition d'une orthèse visuelle selon la solution appropriée la plus économique et selon les conditions prévues dans la présente section.

115. Lorsque la condition du travailleur ne peut être corrigée que par le port de lentilles cornéennes, la Commission assume le coût d'acquisition des lentilles cornéennes et le coût d'acquisition des solutions pour l'entretien de ces lentilles.

116. Lorsque la correction de la condition du travailleur ne requiert pas absolument le port de lentilles cornéennes, mais que le travailleur choisit néanmoins ces lentilles au lieu de lunettes, la Commission assume le coût correspondant à celui d'acquisition de ces lunettes.

La Commission n'assume pas, dans ce cas, le coût d'acquisition des solutions pour l'entretien des lentilles cornéennes.

117. La Commission assume le coût d'acquisition des lunettes, incluant la monture et les verres correcteurs, jusqu'à concurrence des montants suivants

1° pour la monture, le montant prévu au deuxième alinéa de l'article 113 de la Loi;

2° pour les verres correcteurs, le montant prévu à la liste des tarifs de l'Association des optométristes du Québec en vigueur le 31 janvier 2025.

Ce document est disponible sur le site Internet de la Commission.

Les montants prévus dans le document mentionné au paragraphe 2° du premier alinéa sont, le cas échéant, revalorisés aux 5 ans selon la variation entre les montants de l'année concernée et ceux de la précédente liste appliquée par l'association professionnelle mentionnée au paragraphe 2° du premier alinéa, jusqu'à concurrence du

© Éditeur officiel du Québec, 2025

taux de revalorisation applicable suivant les règles prévues aux articles 119 à 122 de la Loi, en y faisant les adaptations nécessaires.

Une liste de ces montants est disponible sur le site Internet de la Commission.

118. La Commission assume, lorsqu'elle l'a autorisé, le coût de renouvellement d'une orthèse visuelle du travailleur dont le coût d'acquisition a été assumé par la Commission selon les fréquences suivantes :

1° aux 2 ans à partir de la date d'acquisition initiale, pour les lunettes;

2° selon les besoins du travailleur, pour les lentilles cornéennes requises pour la correction de la condition du travailleur et pour les solutions pour l'entretien de ces lentilles.

Malgré le paragraphe 1° du premier alinéa, lorsque les lunettes sont réparées ou remplacées conformément à l'article 119, le délai de 2 ans compte à partir de la date du remplacement.

119. La Commission assume le coût de la réparation d'une orthèse visuelle du travailleur dont le coût d'acquisition a été assumé par la Commission, jusqu'à concurrence de 80 % de son coût d'acquisition initial.

Lorsqu'il excède ce coût, la Commission assume le coût de remplacement de l'orthèse visuelle du travailleur avant l'échéance du terme prévu à l'article 118.

SECTION III
RÈGLES RELATIVES AUX PROTHÈSES OCULAIRES

120. La Commission assume le coût d'acquisition d'une prothèse oculaire nécessaire en raison de la perte partielle ou totale d'un œil ou des yeux d'un travailleur occasionnée par la lésion professionnelle selon les conditions prévues à la présente section.

121. La Commission assume le coût de renouvellement d'une prothèse oculaire aux 5 ans. Ce délai se calcule à partir de la date d'acquisition de la prothèse ou de son remplacement, selon le cas.

Malgré le premier alinéa, la Commission peut assumer le coût de remplacement d'une prothèse oculaire avant l'échéance de ce terme lorsque ce remplacement est nécessaire suivant une modification à l'œil du travailleur et qu'il est recommandé par un ophtalmologiste.

122. La Commission assume le coût de la réparation de la prothèse oculaire, jusqu'à concurrence de 80 % du coût de son acquisition initiale.

Lorsqu'il excède ce coût, la Commission assume le coût de remplacement de la prothèse oculaire du travailleur avant l'échéance du terme prévu à l'article 121.

La Commission assume également le coût de tout ajustement d'une prothèse oculaire.

123. La Commission assume le coût d'acquisition, d'ajustement, de réparation, de renouvellement et de remplacement d'une prothèse oculaire jusqu'à concurrence des montants prévus dans la liste des tarifs des ocularistes en vigueur le 31 janvier 2025.

Ce document est disponible sur le site Internet de la Commission.

Les montants prévus dans ce document sont, le cas échéant, revalorisés annuellement selon la variation entre les montants de l'année concernée et ceux de l'année précédente appliquée par les ocularistes, jusqu'à concurrence du taux de revalorisation applicable suivant les règles prévues aux articles 119 à 122 de la Loi.

Une liste de ces montants est disponible sur le site Internet de la Commission.

SECTION IV
RÈGLES RELATIVES AUX PROTHÈSES CAPILLAIRES

124. Aux fins de l'application de la présente section, une prothèse capillaire inclut notamment un volumateur capillaire sur mesure.

125. La Commission assume le coût d'acquisition d'une prothèse capillaire et le coût d'acquisition des produits spécialisés nécessaires à l'entretien de cette prothèse lorsque celle-ci est nécessaire afin de masquer ou combler une chute importante de cheveux du travailleur occasionnée par sa lésion professionnelle et selon les conditions prévues à la présente section.

126. La Commission assume le coût de renouvellement de la prothèse capillaire et des produits spécialisés nécessaires à l'entretien de celle-ci jusqu'à un maximum d'une fois par année civile.

127. La Commission assume le coût de la réparation de la prothèse capillaire du travailleur, jusqu'à concurrence de 80 % du coût d'acquisition initiale.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

Lorsqu'il excède ce coût, la Commission assume le coût de remplacement de la prothèse capillaire du travailleur malgré la limite annuelle prévue à l'article 126.

La Commission assume également le coût de tout ajustement d'une prothèse capillaire.

128. La Commission assume le coût réel d'acquisition, d'ajustement, d'entretien, de réparation, de remplacement et de renouvellement d'une prothèse capillaire et des produits spécialisés nécessaires à l'entretien de celle-ci.

SECTION V
RÈGLES RELATIVES AUX PROTHÈSES DENTAIRES

129. La Commission assume le coût d'acquisition d'une prothèse dentaire fixe ou amovible, lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° la prothèse fixe ou amovible est nécessaire en raison de la condition du travailleur découlant de sa lésion professionnelle;

2° elle est fournie par un dentiste ou un denturologiste;

3° son acquisition a été autorisée par la Commission à la suite d'une demande d'autorisation effectuée par le dentiste ou le denturologiste.

130. Lorsque le dentiste juge que l'état du travailleur nécessite une prothèse fixe, il doit soumettre à la Commission un plan de traitement et une estimation des coûts en vue d'obtenir une autorisation.

131. La Commission assume le coût de renouvellement de la prothèse dentaire aux mêmes conditions tous les 8 ans. Ce délai se calcule à partir de la date d'acquisition de la prothèse dentaire ou de son remplacement.

Malgré le premier alinéa, la Commission peut assumer le remplacement d'une prothèse dentaire avant l'échéance de ce terme lorsque le travailleur fournit une prescription de son dentiste ou une recommandation d'un denturologiste établissant la nécessité d'un tel remplacement.

132. La Commission assume le coût de la réparation de la prothèse dentaire du travailleur jusqu'à concurrence de 80 % du coût d'acquisition initiale.

Lorsqu'il excède ce coût, la Commission assume le coût de remplacement de la prothèse dentaire du travailleur avant l'expiration du délai de renouvellement prévu à l'article 131.

133. La Commission assume le coût d'acquisition, de réparation, de remplacement et de renouvellement de la prothèse dentaire jusqu'à concurrence des montants prévus dans la liste des tarifs de l'Association des denturologistes du Québec, celle de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec et celle de la Fédération des dentistes spécialistes du Québec en vigueur le 31 janvier 2025. Ces tarifs comprennent les honoraires du denturologiste ou dentiste et des frais de laboratoire. Ces derniers ne peuvent être supérieurs à 50 % des honoraires du denturologiste ou dentiste.

Ces documents sont disponibles sur le site Internet de la Commission.

Les montants prévus dans ces documents sont, le cas échéant, revalorisés annuellement selon la variation entre les montants de l'année concernée et ceux de l'année précédente appliquée par les associations professionnelles mentionnées au premier alinéa, jusqu'à concurrence du taux de revalorisation applicable suivant les règles prévues aux articles 119 à 122 de la Loi.

Une liste de ces montants est disponible sur le site Internet de la Commission.

SECTION VI
RÈGLES RELATIVES AUX PROTHÈSES ET ORTHÈSES POUR LE TRONC ET LES MEMBRES INFÉRIEURS ET SUPÉRIEURS

134. La Commission assume le coût d'acquisition d'une prothèse ou orthèse pour le tronc et les membres qui apparait dans un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur prescrit une telle prothèse ou orthèse et indique le diagnostic pour lequel il la prescrit;

2° elle est fournie par :

a) un laboratoire détenant un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux conformément à la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2);

b) un établissement de réadaptation public;

c) un fournisseur reconnu par la Commission, lorsqu'il n'est pas établi au Québec.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

135. Lorsqu'une prothèse ou orthèse pour le tronc et les membres requise par un travailleur en raison d'une lésion professionnelle n'apparait pas à un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5), la Commission assume le coût d'acquisition de celle-ci lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° le professionnel de la santé qui en a charge prescrit une telle prothèse ou orthèse et indique le diagnostic pour lequel il la prescrit;

2° elle est fournie par :

a) un laboratoire détenant un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux conformément à la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus (chapitre L-0.2);

b) un établissement de réadaptation public;

c) un fournisseur reconnu par la Commission, lorsqu'il n'est pas établi au Québec;

3° elle doit être assortie d'une garantie comparable au programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et sa durée de vie doit être comparable à celle d'une prothèse ou orthèse de ce programme;

4° il ne s'agit pas d'un prototype;

5° son acquisition a été autorisée par la Commission à la suite d'une demande d'autorisation effectuée par le fournisseur, incluant notamment l'information suivante :

a) lorsque la demande d'autorisation concerne une orthèse, une justification de son utilité en démontrant que les orthèses incluses au programme ne répondent pas au besoin du travailleur et une démonstration que la durée de vie probable et la garantie de cette orthèse sont comparables à celles prévues au programme;

b) lorsque la demande d'autorisation concerne une prothèse, un rapport fourni par un centre de réadaptation public justifiant la nécessité d'une prothèse différente de celle apparaissant à un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, lequel doit notamment contenir les éléments suivants :

i. une évaluation des besoins du travailleur et l'objectif visé par l'appareillage;

ii. une identification des options, incluant une comparaison entre la prothèse envisagée et celle apparaissant à un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec;

iii. une démonstration que la prothèse envisagée répond mieux aux besoins du travailleur.

Le coût d'acquisition comprend les coûts suivants :

1° l'ajustement de la prothèse ou de l'orthèse lors du processus d'appareillage;

2° les composants et compléments optionnels;

3° les mises au point pendant la fabrication jusqu'à l'installation de la prothèse ou de l'orthèse;

4° les mises au point et les réparations durant la période de garantie de la prothèse ou de l'orthèse.

La Commission assume le coût d'acquisition d'une telle prothèse ou orthèse selon le tarif prévu au programme administré par la Régie de l'assurance maladie pour une prothèse ou orthèse équivalente ou au coût réel si la prothèse ou l'orthèse n'y est pas tarifée.

136. Lorsque le coût d'acquisition d'une orthèse pour le tronc et les membres qui n'apparait pas à un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) est supérieur à 300 $ et qu'elle n'est pas fabriquée sur mesure, la Commission peut demander une deuxième soumission au travailleur.

137. La Commission assume le coût d'un ajustement ultérieur d'une prothèse ou orthèse pour le tronc et les membres lorsqu'il est recommandé par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur ou par un intervenant de la santé compétent pour effectuer une telle recommandation, selon les tarifs prévus pour la main-d'œuvre et le matériel utilisé au programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29) ou de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5).

Lorsqu'un tel ajustement n'apparait pas dans ce programme, la Commission en assume le coût réel.

138. La Commission assume le coût d'une réparation ou de la mise au point d'une prothèse ou orthèse pour le tronc et les membres ou de l'un de ses composants lorsque la garantie de celle-ci est échue, selon les tarifs prévus pour la main-d'œuvre et le matériel utilisé du programme

© Éditeur officiel du Québec, 2025

administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec ou au coût réel si ceux-ci n'y sont pas tarifés, jusqu'à concurrence de 80 % de son coût d'acquisition.

139. La Commission assume le coût de renouvellement d'une prothèse pour les membres pour un modèle identique, lorsqu'est atteinte la période de durée minimale prévue au Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29, r. 4) et lorsqu'elle est prescrite par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur.

La période prévue au premier alinéa se calcule à compter de la date d'acquisition de la prothèse.

140. La Commission assume le coût de renouvellement d'une orthèse pour le tronc et les membres, selon la période de durée minimale prévue au Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29, r. 4), lorsqu'elle est prescrite par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur.

La période prévue au premier alinéa se calcule à compter de la date d'acquisition de l'orthèse.

141. La Commission assume le remplacement d'une prothèse ou orthèse pour le tronc et les membres avant l'expiration de la période de durée minimale prévue aux articles 139 et 140, selon le cas, dans l'une des situations suivantes :

1° le travailleur subit un changement significatif de sa condition, que ce changement est attesté par une prescription du professionnel de la santé qui en a charge indiquant la nature de ce changement et que le fournisseur de la prothèse ou de l'orthèse n'est pas en mesure de l'adapter pour pallier ce changement;

2° la prothèse ou l'orthèse a une usure prématurée qui ne peut être réparée;

3° le coût de la réparation de la prothèse ou de l'orthèse dépasse 80 % de son coût d'acquisition initial.

SECTION VII
RÈGLES RELATIVES AUX ORTHÈSES PLANTAIRES

142. Aux fins de l'application de la présente section, on entend par « orthèse plantaire », une semelle intérieure sur mesure insérée dans les chaussures pour améliorer la condition du membre inférieur en compensant une déficience de maintien ou de support tout en le protégeant.

143. La Commission assume le coût d'acquisition d'une paire d'orthèses plantaires, jusqu'à concurrence d'un montant de 526,50 $, lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur prescrit de telles orthèses plantaires et indique le diagnostic pour lequel elles sont requises;

2° la Commission a autorisé l'acquisition à la suite d'une demande effectuée par le fournisseur sur le formulaire prescrit à cet effet et disponible sur le site Internet de la Commission.

144. La Commission peut assumer le coût d'acquisition d'une deuxième paire d'orthèses plantaires pour le travailleur, jusqu'à concurrence du montant prévu à l'article 143, lorsqu'il est en emploi et que son milieu de travail le nécessite.

145. La Commission assume, chaque 2 ans, le coût du renouvellement d'une paire d'orthèses plantaires jusqu'à concurrence du montant prévu à l'article 143 lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur prescrit de telles orthèses plantaires et indique le diagnostic pour lequel elles sont requises;

2° l'orthésiste ou le podiatre transmet à la Commission l'évaluation biomécanique produite pour la fabrication des orthèses plantaires;

3° la Commission a autorisé le renouvellement à la suite d'une demande effectuée par le fournisseur sur le formulaire prescrit à cet effet et disponible sur le site Internet de la Commission.

Lorsque la lésion professionnelle est consolidée et que le professionnel de la santé qui a charge du travailleur détermine qu'il existe un besoin permanent, la Commission continue d'assumer le coût du renouvellement, chaque 2 ans, sans qu'il soit nécessaire de produire une nouvelle prescription.

146. La Commission assume le coût de remplacement d'une paire d'orthèses plantaires du travailleur avant l'expiration du délai de renouvellement prévu à l'article 145 dans l'une des situations suivantes :

1° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur constate, sur une prescription, un changement à la condition de ce dernier;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

2° la paire d'orthèses plantaires du travailleur ne remplit plus ses fonctions et le coût de sa réparation ou de son ajustement dépasse 80 % de son coût d'acquisition initial.

La Commission assume le coût de remplacement de cette paire d'orthèses plantaires lorsqu'elle a autorisé le remplacement à la suite d'une demande effectuée par le fournisseur sur le formulaire prescrit à cet effet et disponible sur le site Internet de la Commission.

147. La Commission assume le coût de la réparation ou de l'ajustement d'une paire d'orthèses plantaires, jusqu'à concurrence de 80 % de son coût d'acquisition initial.

Lorsqu'il excède ce coût, la Commission assume le coût de remplacement de la paire d'orthèses plantaires du travailleur avant l'expiration du délai de renouvellement prévu à l'article 145.

148. Toute réclamation à la Commission concernant les orthèses plantaires doit être présentée sur le formulaire prescrit et disponible sur le site Internet de la Commission.

149. Lorsque les chaussures du travailleur ne peuvent recevoir les orthèses plantaires, la Commission assume le coût réel d'acquisition d'une seule paire de chaussures de série pouvant les recevoir. Toutefois, la Commission n'assume pas le coût du renouvellement de ces chaussures.

SECTION VIII
RÈGLES RELATIVES AUX CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES

150. Aux fins de l'application de la présente section, on entend par :

« chaussures orthopédiques » : toutes chaussures ou leur équivalent incluant les bottes, bottillons, pantoufles ou sandales qui sont fabriquées, transformées ou modifiées pour préserver ou restituer la fonction du membre inférieur du travailleur, pour compenser pour ses limitations fonctionnelles ou pour accroître son rendement physiologique à la suite d'une lésion professionnelle.

Ces chaussures se divisent en 3 catégories :

1° les chaussures sur mesure ou moulées qui sont confectionnées afin de répondre à une déformation très marquée des pieds ou des chevilles et lorsqu'aucune chaussure ou botte préfabriquée ne peut être transformée ou modifiée pour ce faire;

2° les chaussures préfabriquées qui sont conçues pour répondre à un besoin particulier résultant d'une lésion professionnelle reconnue ou qui sont modifiées de façon permanente pour répondre à un handicap;

3° les chaussures de transition qui visent à répondre à des besoins temporaires du travailleur, notamment en raison d'une blessure au pied, d'une opération ou d'un œdème;

« modification » : les modifications permanentes apportées à une chaussure, ce qui exclut notamment l'insertion d'orthèses plantaires ou de talonnettes.

151. La Commission assume le coût réel d'acquisition de chaussures orthopédiques ou d'une modification aux chaussures du travailleur lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur prescrit de telles chaussures ou modifications et indique le diagnostic pour lequel elles sont requises;

2° l'acquisition ou la modification a été autorisée par la Commission à la suite d'une demande d'autorisation effectuée par le fournisseur sur le formulaire prescrit à cet effet et disponible sur le site Internet de la Commission.

152. Lorsqu'une modification peut s'effectuer directement sur les chaussures du travailleur afin de répondre à son besoin sans qu'il ne soit nécessaire de lui fournir une chaussure préfabriquée avec des caractéristiques spéciales, la Commission assume exclusivement le coût de cette modification.

Lorsque la modification ne peut être effectuée sur les chaussures du travailleur, la Commission assume le coût réel d'acquisition d'une seule paire de chaussures de série répondant aux besoins du travailleur.

153. La Commission exige du travailleur une deuxième soumission lorsque le coût d'acquisition de chaussures préfabriquées avec des caractéristiques spéciales est de 300 $ ou plus. Elle exige du travailleur une deuxième soumission lorsque le coût d'acquisition de chaussures sur mesure ou moulées est de 1500 $ ou plus.

154. À moins d'avis contraire du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, la Commission assume le coût d'acquisition de chaussures sur mesure ou moulées et de celles préfabriquées avec des caractéristiques spéciales, jusqu'à un maximum pour une année civile de :

© Éditeur officiel du Québec, 2025

1° 3 paires pour le travailleur qui est en emploi;

2° 2 paires pour le travailleur qui est sans emploi ou qui est à la retraite.

À moins d'avis contraire du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, la Commission assume le coût d'acquisition d'une seule paire de chaussures de transition.

155. À moins d'avis contraire du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, la Commission assume le coût de modifications aux chaussures du travailleur, jusqu'à un maximum pour une année civile de :

1° 3 paires de chaussures pour un travailleur qui est en emploi;

2° 2 paires de chaussures pour un travailleur qui est sans emploi ou qui est à la retraite.

156. La Commission assume, lorsqu'elle l'a autorisé, le coût réel d'acquisition de couvre-chaussures adaptés aux chaussures orthopédiques, jusqu'à un maximum d'une paire par année civile lorsqu'elle a préalablement assumé le coût de chaussures moulées ou sur mesure ou d'une orthèse autre que plantaire qui descend dans la chaussure.

157. Toute réclamation à la Commission concernant les chaussures orthopédiques doit être présentée sur le formulaire prescrit et disponible sur le site Internet de la Commission.

158. La Commission assume, selon le besoin du travailleur et lorsqu'elle l'a autorisé, le coût d'acquisition de talonnettes, sur prescription du professionnel de la santé qui a charge du travailleur.

159. La Commission assume, annuellement et jusqu'à la consolidation de la lésion professionnelle du travailleur, le coût de renouvellement de chaussures sur mesure ou moulées et de celles préfabriquées avec des caractéristiques spéciales ou d'une modification aux chaussures du travailleur lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur confirme, sur prescription, à chaque 2 ans que de telles chaussures ou modifications sont nécessaires;

2° le renouvellement a été autorisé par la Commission à la suite d'une demande effectuée par le fournisseur sur le formulaire prescrit à cet effet et disponible sur le site Internet de la Commission.

Lorsque la lésion professionnelle est consolidée et que le professionnel de la santé qui a charge du travailleur détermine qu'il existe un besoin permanent, la Commission continue d'assumer le coût du renouvellement, annuellement, sans qu'il ne soit nécessaire de produire une nouvelle prescription.

160. La Commission n'assume pas le coût du renouvellement des chaussures de transition, ni celui des chaussures de série.

161. La Commission assume le coût d'une modification de chaussures sur mesure ou moulées et de celles préfabriquées avec des caractéristiques spéciales, ou celui de l'acquisition de chaussures orthopédiques d'une autre catégorie que celles que détient le travailleur lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° le professionnel de la santé qui a charge du travailleur produit une nouvelle prescription modifiant les conclusions de sa prescription initiale en raison d'un changement dans la condition du travailleur, et indiquant le diagnostic pour lequel la modification ou l'acquisition est requise;

2° la modification ou l'acquisition a été autorisée par la Commission à la suite d'une demande effectuée par le fournisseur sur le formulaire prescrit à cet effet et disponible sur le site Internet de la Commission.

À moins d'avis contraire du professionnel de la santé qui a charge du travailleur, elle assume ce coût jusqu'au maximum prévu aux articles 154 et 155, selon le cas.

162. La Commission assume le coût de la réparation d'une paire de chaussures orthopédiques du travailleur, jusqu'à concurrence de 80 % de son coût d'acquisition initiale.

Lorsqu'il excède ce coût, la Commission assume le coût de remplacement des chaussures orthopédiques du travailleur avant l'expiration du délai de renouvellement prévu à l'article 159.

CHAPITRE III
RÈGLES RELATIVES AUX AIDES TECHNIQUES

SECTION I
RÈGLES GÉNÉRALES

163. Les aides techniques auxquelles a droit le travailleur en vertu du présent chapitre sont les suivantes :

1° les aides à la locomotion;

2° les aides de suppléance à l'audition;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

3° les aides à la vie quotidienne;

4° les aides à la thérapie;

5° les aides à la communication.

164. La Commission assume le coût de location, d'acquisition et de renouvellement d'une aide technique prévue à l'annexe II et du présent chapitre, aux conditions et selon les montants prévus dans celles-ci, lorsque cette aide technique sert au traitement de la lésion professionnelle ou qu'elle est nécessaire pour compenser des limitations fonctionnelles temporaires ou permanentes découlant de cette lésion.

165. Malgré l'article 164, lorsque la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5) ou un règlement pris en application de ces lois prévoit un coût d'achat ou de renouvellement pour une aide technique dont les caractéristiques sont identiques à une aide technique prévue au présent règlement, la Commission n'assume que le coût prévu dans ces lois ou ces règlements.

166. S'il s'agit de l'acquisition ou du renouvellement d'une aide technique dont le coût estimé est de 300 $ et plus, le travailleur doit de plus fournir à la Commission 2 estimations, sauf dans les cas visés par les articles 165 et 185.

167. Tout ajustement, acquisition ou renouvellement d'une aide technique dont le coût estimé est de 150 $ et plus doit être autorisé par la Commission sauf s'il s'agit de l'ajustement, de l'acquisition ou du renouvellement d'une aide visée aux articles 165 et 185.

168. La Commission assume le coût d'ajustement, de réparation ou de renouvellement d'une aide technique, sauf pendant la période de garantie, dans la mesure où cette aide est utilisée conformément aux instructions du fabricant.

169. Lorsque le coût estimé pour la réparation d'une aide technique excède 80 % du coût de son renouvellement, la Commission n'assume que le coût de renouvellement.

SECTION II
RÈGLES PARTICULIÈRES AUX AIDES À LA LOCOMOTION

170. La Commission assume le coût d'acquisition et de location des aides à la locomotion prévues à l'annexe II, selon les conditions prévues à la présente section.

171. Pour la période prévisible de consolidation de la lésion professionnelle du travailleur, la Commission assume le coût de la location de cannes, béquilles, supports de marche et leurs accessoires, ou le coût d'acquisition si celui-ci est inférieur au coût de la location.

172. La Commission assume le coût de location d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° le travailleur a une incapacité temporaire;

2° le fauteuil est prescrit par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur ou est recommandé par un ergothérapeute.

Elle assume le coût de location d'un fauteuil roulant motorisé lorsque, en plus des conditions prévues au premier alinéa, le travailleur ne peut utiliser ses membres supérieurs pour se déplacer ou que le professionnel de la santé qui a charge du travailleur atteste qu'il est contre-indiqué d'utiliser un fauteuil roulant à propulsion manuelle.

173. La Commission assume le coût d'acquisition d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° le travailleur a une atteinte permanente à son intégrité physique;

2° le fauteuil roulant est prescrit par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur ou est recommandé par un ergothérapeute.

Elle assume le coût d'acquisition d'un fauteuil roulant motorisé lorsque, en plus des conditions prévues au premier alinéa, le travailleur ne peut utiliser ses membres supérieurs pour se déplacer ou le professionnel de la santé qui a charge du travailleur atteste qu'il est contre-indiqué d'utiliser un fauteuil roulant à propulsion manuelle.

174. La Commission assume le coût d'acquisition d'un triporteur ou d'un quadriporteur lorsque sont réunies les conditions suivantes :

1° le travailleur a une limitation fonctionnelle en lien avec sa lésion professionnelle entravant sérieusement sa capacité de locomotion;

2° la Commission a la certitude que l'atteinte physique du travailleur est permanente;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

3° la Commission a la certitude que les conséquences physiques ou psychiques de la lésion professionnelle compromettent la réinsertion sociale ou professionnelle du travailleur;

4° l'appareil est destiné à une utilisation permanente pour les activités régulières du travailleur;

5° le travailleur ne possède pas d'aide technique motorisée;

6° une recommandation d'un ergothérapeute confirme que les conditions suivantes sont remplies :

a) la limitation fonctionnelle du travailleur en lien avec sa lésion professionnelle entrave sérieusement sa capacité de locomotion;

b) le travailleur est en mesure d'effectuer les transferts de façon autonome;

c) le travailleur a la capacité de jugement pour utiliser le triporteur ou le quadriporteur;

d) l'appareil est nécessaire pour rendre le travailleur autonome dans l'environnement de son domicile;

e) le travailleur est incapable de se propulser avec un fauteuil roulant manuel.

La Commission assume le coût de l'évaluation de l'ergothérapeute requise par le présent article selon le tarif prévu à l'annexe I pour une évaluation initiale en ergothérapie.

175. Le coût d'acquisition d'un triporteur et d'un quadriporteur comprend les accessoires obligatoires selon le ministère des Transports, soit les réflecteurs, les phares blancs ou rouges et les fanions orange triangulaires. Les frais d'assurance et de remisage ne sont pas assumés par la Commission.

SECTION III
RÈGLES PARTICULIÈRES AUX AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION

176. La Commission assume le coût d'acquisition d'un appareil de suppléance à l'audition qui apparait dans un programme administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ou de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (chapitre R-5), lorsqu'un audiologiste en fait la recommandation dans le cadre d'une évaluation audiologique pour répondre aux besoins du travailleur.

177. La Commission assume, selon la recommandation de l'audiologiste, le coût d'acquisition des aides de suppléance à l'audition suivantes :

1° les aides de transmission de texte tels un décodeur pour télévision ou un téléscripteur;

2° les aides de transmission de sons tels un amplificateur personnel ou un système de transmission sans fil et d'amplification sonore pour l'écoute de la télévision;

3° les contrôles de l'environnement tels un détecteur de sonnerie d'une porte ou d'un téléphone, un détecteur de fumée ou un réveil matin adapté.

178. À l'échéance de la garantie de 12 mois, la Commission assume les frais de réparation suivants :

1° le coût réel des pièces et du temps requis par le manufacturier selon la réparation;

2° un maximum de 8 quarts d'heure annuellement est payable à l'audioprothésiste selon le tarif prévu au Tarif des aides auditives et des services afférents assurés (chapitre A-29, r. 8).

179. La Commission assume le coût de remplacement d'un appareil de suppléance à l'audition lorsque celui-ci devient inefficace en raison du changement de la condition auditive du travailleur et qu'un audiologiste en fait la recommandation.

Elle assume également le coût de remplacement d'un appareil volé, perdu ou détruit après une période de 6 ans suivant la date de son acquisition.

180. La Commission assume le coût de réparation de l'appareil de suppléance à l'audition lorsque l'estimation de celui-ci n'excède pas 80 % de son coût d'acquisition, dans le cas contraire ou si l'appareil est irréparable, la Commission assume le coût de renouvellement.

Lorsque l'appareil de suppléance à l'audition a une durée de vie de 6 ans, la Commission n'assume pas le coût de la réparation si l'estimation de celle-ci, additionnée au coût total des réparations depuis l'expiration de sa durée de vie, excède 80 % du coût d'acquisition de l'appareil.

181. Au choix du travailleur, la Commission assume, selon la solution qui répond le mieux à ses besoins, le coût d'acquisition d'un appareil de suppléance à l'audition pour la télévision ou d'un accessoire de connectivité compatible avec sa prothèse pour l'écoute de la télévision, lorsqu'un audiologiste en fait la recommandation dans le cadre d'une évaluation audiologique.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

Lorsque le travailleur choisit l'accessoire de connectivité, la Commission assume le coût d'acquisition de cet accessoire jusqu'à concurrence d'un montant de 200 $. La Commission assume aussi, si elle l'a autorisé, le coût de remplacement après 3 ans si l'accessoire n'est pas réparable.

La Commission assume le coût de remplacement d'un accessoire de connectivité lorsque celui-ci devient inefficace en raison d'un changement de condition médicale du travailleur.

182. Dans les cas d'une atteinte auditive bilatérale temporaire, la Commission assume le coût de location des aides à l'audition suivantes :

1° les amplificateurs téléphoniques;

2° les avertisseurs de signaux sonores.

SECTION IV
RÈGLES PARTICULIÈRES AUX AIDES À LA VIE QUOTIDIENNE

183. La Commission assume le coût d'acquisition ou de location, selon le cas et les conditions prévus à l'annexe II, d'une aide à la vie quotidienne :

1° lorsqu'elle a fait l'objet d'une prescription du professionnel de la santé qui a charge du travailleur;

2° lorsque son utilisation est recommandée par un ergothérapeute ou un physiothérapeute consulté par le travailleur à la suite d'une prescription du professionnel de la santé qui en a charge.

SECTION V
RÈGLES PARTICULIÈRES À CERTAINES AIDES À LA THÉRAPIE

184. En plus des aides à la thérapie énumérées à l'annexe II, la Commission assume le coût des aides à la thérapie prévues à la présente section et selon les conditions qui y sont indiquées.

185. La Commission assume le coût d'un neuro-stimulateur transcutané qui possède les caractéristiques suivantes :

1° 2 canaux;

2° un courant continu;

3° des ondes carrées biphasiques;

4° des fréquences variables et mesurables de 2 à 80 cycles par seconde;

5° une durée des impulsions ajustables de 50 à 250 microsecondes;

6° un modulateur de fréquences.

186. La Commission n'assume que le coût de location d'un neuro-stimulateur transcutané pendant les 3 premiers mois d'utilisation d'un tel appareil.

Au terme de cette période, la Commission assume le coût d'acquisition de cet appareil, déduction faite du coût de location initial, si l'ordonnance médicale d'utilisation de cet appareil est renouvelée.

Le coût de location, d'acquisition ou de renouvellement d'un neuro-stimulateur transcutané comprend les accessoires nécessaires à son utilisation.

Ces accessoires sont les fils, les piles, le chargeur de piles et soit les électrodes, le gel et le diachylon hypoallergénique, soit les électrodes autocollantes, rigides ou flexibles, lorsque le professionnel de la santé qui a charge du travailleur prescrit l'utilisation de telles électrodes.

Le coût d'acquisition ou de renouvellement de cet appareil ne peut excéder 590 $ plus, le cas échéant, le coût des électrodes autocollantes, et ce, jusqu'à concurrence d'un montant de 400 $ la première année.

187. Le coût du renouvellement des accessoires d'un neuro-stimulateur transcutané est assumé par la Commission jusqu'à concurrence des montants prévus aux paragraphes 1° et 2° ou, lorsque le professionnel de la santé qui a charge du travailleur prescrit l'utilisation d'électrodes autocollantes, rigides ou flexibles, des paragraphes 2° et 3° :

1° 180 $ par année pour l'ensemble des accessoires suivants :

a) 4 électrodes;

b) le gel;

c) le diachylon hypoallergénique;

2° 120 $ par année pour l'ensemble des accessoires suivants :

a) 2 paires de fils;

b) les piles et le chargeur de piles;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

3° 400 $ par année pour des électrodes autocollantes, rigides ou flexibles.

188. La Commission assume le coût réel d'acquisition des vêtements adaptés, incluant notamment les vêtements et accessoires anti-UV, les vêtements compressifs, les vêtements chauffants et les gants anti-vibration, lorsqu'ils sont autorisés par celle-ci.

189. La Commission assume, lorsqu'ils sont prescrits par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur, le coût de renouvellement des vêtements adaptés suivants :

1° les vêtements chauffants, incluant les accessoires nécessaires à leur fonctionnement, aux 2 ans, lorsque le travailleur conserve une atteinte permanente ou des limitations permanentes ainsi que, lorsque le travailleur est en emploi, d'une paire de gants chauffants supplémentaire, annuellement;

2° les vêtements anti-UV, annuellement, jusqu'à la maturité des cicatrices.

Lorsque la lésion professionnelle du travailleur est consolidée, que ce dernier conserve une atteinte permanente et que le professionnel de la santé qui a charge du travailleur détermine qu'il existe un besoin permanent, la Commission continue d'assumer le coût du renouvellement prévu au premier alinéa sans qu'il ne soit nécessaire de produire une nouvelle prescription.

190. La Commission assume le coût de location ou d'acquisition, selon la solution appropriée la plus économique, d'un stimulateur ostéogenèse lorsqu'il est prescrit par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur pour un retard ou un arrêt de la guérison ou une non-union excédant une durée de 3 mois.

SECTION VI
RÈGLES PARTICULIÈRES AUX AIDES À LA COMMUNICATION

191. La Commission assume le coût d'acquisition d'une aide à la communication visée à l'annexe II pour compenser des limitations fonctionnelles langagières, temporaires ou permanentes, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° le travailleur a une prescription de son professionnel de la santé qui a charge recommandant une consultation en orthophonie;

2° l'utilisation d'une telle aide est recommandée par un orthophoniste.

CHAPITRE IV
AUTRES FRAIS

192. Les autres frais auxquels a droit le travailleur en vertu du présent chapitre sont les suivants :

1° les appareils de désincarcération;

2° les appels interurbains.

La Commission assume les frais prévus au premier alinéa lorsqu'ils sont en lien avec la lésion professionnelle du travailleur, aux conditions et selon les montants indiqués au présent chapitre sur présentation de pièces justificatives détaillant leur coût.

193. La Commission assume le coût d'utilisation d'un appareil de désincarcération lorsque l'état du travailleur l'exige alors qu'il est victime d'une lésion professionnelle hors de l'établissement de son employeur ou d'un chantier de construction.

Les frais encourus pour l'utilisation d'un appareil de désincarcération sont remboursables jusqu'à concurrence de 646 $. Lorsque la distance à parcourir est de plus de 50 km, le remboursement est majoré d'un montant maximum de 2,00 $ par kilomètre parcouru pour transporter l'appareil de désincarcération sur les lieux de l'accident.

194. La Commission assume les frais des appels téléphoniques interurbains faits par un travailleur admis et hébergé dans un établissement visé par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021), la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), en raison de sa lésion professionnelle, jusqu'à un montant maximum de 53 $ par 30 jours dans la mesure où le travailleur est hébergé.

TITRE IV
DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALE

195. Le présent règlement remplace le Règlement sur l'assistance médicale (chapitre A-3.001, r. 1) et le Règlement sur les prothèses auditives et les services d'audiologie (chapitre A-3.001, r. 14.001).

Toutefois, ces règlements continuent de s'appliquer aux soins, traitements, services professionnels, aides techniques, autres frais et aux prothèses auditives et services d'audiologie fournis avant le 8 décembre 2025, qui sont payés par la Commission selon les tarifs applicables au moment où ils ont été dispensés.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

196. Lorsque la Commission a accepté d'assumer le coût d'achat du cannabis à des fins médicales pour un travailleur avant le 8 décembre 2025, toute nouvelle réclamation pour du cannabis à des fins médicales présentée pour ce travailleur en lien avec la même lésion professionnelle est exclue de l'application de l'article 69, tant que la prescription du professionnel de la santé qui en a charge demeure inchangée.

197. Lorsque le présent règlement exige une prescription comme condition, la Commission accepte toute prescription faite par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur en lien avec sa lésion professionnelle avant le 8 décembre 2025.

Lorsqu'une telle prescription concerne un médicament, le travailleur a droit, malgré l'article 13, à tout médicament prescrit par le professionnel de la santé qui en a charge en lien avec sa lésion professionnelle jusqu'à l'arrivée à échéance des renouvellements du médicament sur cette prescription ou, au plus tard, jusqu'au 8 décembre 2026.

198. Lorsque le présent règlement prévoit un délai, celui-ci s'applique aux situations en cours, compte tenu du temps déjà écoulé.

Si un délai, qui n'existait pas ou n'était pas applicable aux soins, traitements, services professionnels, aides techniques et autres frais ainsi qu'aux prothèses auditives et services d'audiologie prévus dans le Règlement sur l'assistance médicale (chapitre A-3.001, r. 1) ou dans le Règlement sur les prothèses auditives et les services d'audiologie (chapitre A-3.001, r. 14.001) est introduit par le présent règlement et prend comme point de départ un événement qui, en l'espèce, s'est produit avant le 8 décembre 2025, ce délai, s'il n'est pas déjà écoulé, court à compter de cette date.

199. Lorsqu'une mesure de réadaptation physique a été accordée à un travailleur et qu'un contrat de services professionnels a été conclu entre la Commission et un fournisseur relativement à cette mesure avant le 8 décembre 2025, ce contrat continue d'avoir effet jusqu'à ce qu'il prenne fin.

200. Le présent règlement entre en vigueur le 8 décembre 2025.

ANNEXE I
(Articles 1, 18, 20, 21, 23, 35, 37, 78, 79 et 174)

SOINS, TRAITEMENTS ET SERVICES PROFESSIONNELS DISPENSÉS PAR UN INTERVENANT DE LA SANTÉ

1. Soins et traitements :	**Tarif**
Acupuncture	
Soins d'acupuncture fournis par un acupuncteur, par séance	57 $
Chiropratique	
Traitement de chiropratique, par séance (ce montant inclut le coût des radiographies)	43 $
Ergothérapie	
Traitement, par séance	53,50 $
Orthophonie	
Traitement, par séance	85 $
Physiothérapie	
Traitement dispensé par un physiothérapeute, par séance	53,50 $
Traitement dispensé par un technologue en physiothérapie, par séance	47 $
Podiatrie	
Traitement, par séance	57 $
Psychologie	
Soins de psychologie, de psychothérapie et de neuropsychologie, tarif horaire	108 $
Soins à domicile	
Soins infirmiers, par séance	68,50 $
Traitement de chiropratique, par séance	65 $
Traitement d'un physiothérapeute, par séance	60 $
Traitement d'un technologue en physiothérapie, par séance	53,50 $
2. Services professionnels :	
Ergothérapie	
Évaluation initiale	85 $
Rapports	30 $
Physiothérapie	
Rapports	30 $

© Éditeur officiel du Québec, 2025

Examens de laboratoire

Le coût de ces examens est remboursé selon les montants prévus à l'entente conclue en vertu de l'article 195 de la Loi.

ANNEXE II
(Articles 80, 83, 164, 170, 183, 184 et 191)

AIDES TECHNIQUES

1. Aides techniques de locomotion :

1° Cannes, béquilles, supports de marche et leurs accessoires;

2° Fauteuil roulant à propulsion manuelle;

3° Fauteuil roulant motorisé;

4° Triporteur et quadriporteur.

2. Aides à la vie quotidienne :

1° Objets adaptés :

Le coût d'acquisition des aides à l'alimentation, à l'habillement, aux soins d'hygiène personnelle, aux activités domestiques, fabriquées ou modifiées afin d'être utilisées par un travailleur victime d'une lésion professionnelle, tels un ouvre-bocal, un enfile-bas, un peigne ou une brosse à long manche, un tourne-bouton et tout autre objet de même nature;

2° Aides aux transferts :

Le coût de location ou d'acquisition, lorsque les besoins sont permanents, des aides aux transferts suivantes :

a) les lève-personnes hydrauliques, électriques ou mécaniques;

b) les sièges élévateurs pour la baignoire;

c) les fauteuils pour le bain et la douche;

3° Appareils de salle de bain :

a) Le coût d'acquisition des appareils de salle de bain suivants :

i. les bassines;

ii. les urinoirs;

iii. les sièges surélevés;

iv. les poignées et les barres de sécurité;

b) Le coût de location des appareils suivants :

i. les chaises d'aisance et leurs accessoires;

ii. les chaises de douche;

4° Lits d'hôpitaux et accessoires :

Le coût de location ou d'acquisition, lorsque les besoins sont permanents, d'un lit d'hôpital et de ses accessoires, soit les côtés de lit, la table de lit, le cerceau, le trapèze et le tabouret d'utilité.

Le coût de location ou d'acquisition, lorsque les besoins sont permanents, d'un lit d'hôpital électrique est assumé uniquement lorsque le travailleur n'a personne pouvant manœuvrer son lit au besoin et qu'il est capable de manœuvrer seul un lit électrique.

3. Aides à la thérapie :

1° Le coût d'acquisition d'un neuro-stimulateur épidural et intra-thalamique;

2° Le coût de location ou d'acquisition d'un concentrateur d'oxygène;

3° Le coût d'acquisition ou de location d'accessoires pour l'imagerie motrice graduée.

Un montant de 110,00 $ pour la location d'un ensemble de miroirs et de cartes pour la période du traitement ou, si la location n'est pas possible, un montant maximum de 154,00 $ pour l'acquisition d'un ensemble de miroirs et un montant maximum de 65,00 $ pour l'acquisition de cartes;

La Commission peut assumer le coût d'acquisition d'une application mobile pour un téléphone portable ou une tablette au lieu de la location ou de l'acquisition de cartes.

4. Autres aides à la thérapie :

Le coût d'acquisition des aides à la thérapie suivantes :

a) les accessoires pour la prévention et le traitement des escarres de décubitus tels une peau de mouton, un matelas et un coussin, une coudière, un maintien-pieds, une talonnière, un rond d'air;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

b) les corsets, les collets, les attelles;

c) les appareils à exercice suivants utilisés à domicile qui sont complémentaires à un programme d'ergothérapie ou de physiothérapie active tels des balles à exercice, un ballon, une bande élastique, de la plasticine, un système de poulies pour ankylose de l'épaule, des poids pour poignet et cheville, un sac de sable avec attache velcro, une poignée à résistance fixe, un ensemble d'haltères légers inférieurs à 5 kg;

d) les vêtements compressifs, lorsqu'autorisés par la Commission;

e) les ceintures et les bandes herniaires;

f) les appareils à traction cervicale avec poids mort;

g) les pompes intrathécales;

h) les bottes de marche orthopédique en vue d'éliminer l'œdème ou guérir une fracture.

Le coût de location ou d'acquisition des aides suivantes selon la solution appropriée la plus économique :

a) les neuro-stimulateurs musculaires;

b) les mobilisateurs passifs à action continue (C.P.M.).

5. Aides à la communication :

1° le coût d'acquisition :

a) des imagiers;

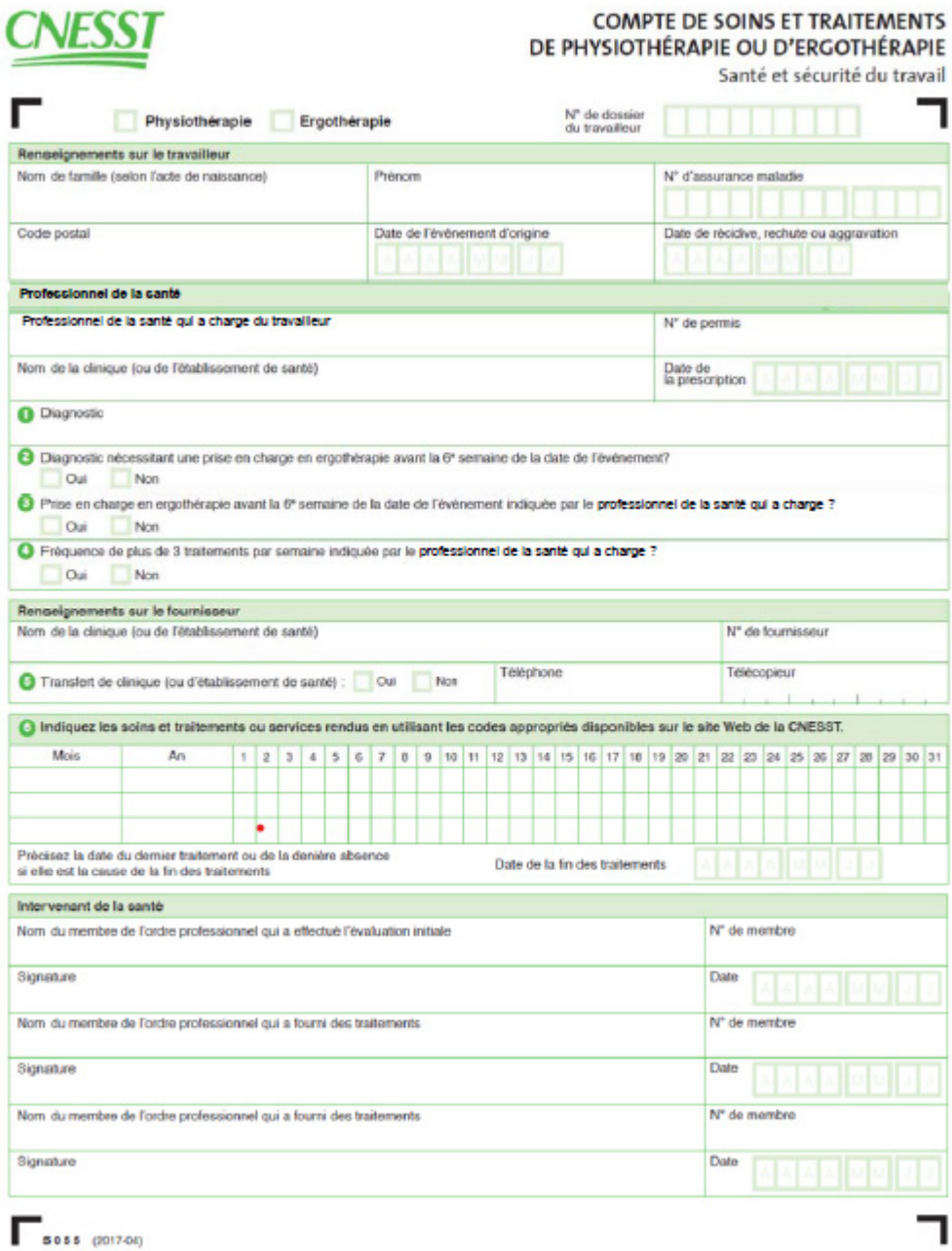
b) des tableaux de communication;

c) de toute autre aide technique à la communication sur autorisation de la Commission.

© Éditeur officiel du Québec, 2025

ANNEXE III
(Article 28)

COMPTE DE SOINS ET TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE OU D'ERGOTHÉRAPIE



CNESST

COMPTE DE SOINS ET TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE OU D'ERGOTHÉRAPIE

Santé et sécurité du travail

☐ Physiothérapie ☐ Ergothérapie

N° de dossier du travailleur

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° d'assurance maladie
Code postal	Date de l'événement d'origine (A A A A M M J J)	Date de récidive, rechute ou aggravation (A A A A M M J J)

Professionnel de la santé

Professionnel de la santé qui a charge du travailleur	N° de permis
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)	Date de la prescription (A A A A M M J J)

1 Diagnostic

2 Diagnostic nécessitant une prise en charge en ergothérapie avant la 6e semaine de la date de l'événement?
☐ Oui ☐ Non

3 Prise en charge en ergothérapie avant la 6e semaine de la date de l'événement indiquée par le **professionnel de la santé qui a charge ?**
☐ Oui ☐ Non

4 Fréquence de plus de 3 traitements par semaine indiquée par le **professionnel de la santé qui a charge ?**
☐ Oui ☐ Non

Renseignements sur le fournisseur

Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)		N° de fournisseur
5 Transfert de clinique (ou d'établissement de santé) : ☐ Oui ☐ Non	Téléphone	Télécopieur

6 **Indiquez les soins et traitements ou services rendus en utilisant les codes appropriés disponibles sur le site Web de la CNESST.**

Mois	An	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			•																													

Précisez la date du dernier traitement ou de la dernière absence si elle est la cause de la fin des traitements

Date de la fin des traitements (A A A A M M J J)

Intervenant de la santé

Nom du membre de l'ordre professionnel qui a effectué l'évaluation initiale	N° de membre
Signature	Date (A A A A M M J J)
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date (A A A A M M J J)
Nom du membre de l'ordre professionnel qui a fourni des traitements	N° de membre
Signature	Date (A A A A M M J J)

5055 (2017-04)

© Éditeur officiel du Québec, 2025

ANNEXE IV
(Articles 29 et 30)

RAPPORT DE PHYSIOTHÉRAPIE ET D'ERGOTHÉRAPIE

CNESST

RAPPORT DE PHYSIOTHÉRAPIE
Santé et sécurité du travail

1 Date de la demande du rapport A A A A M M J J — N° de dossier du travailleur

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance) | Prénom | Date de l'événement d'origine A A A A M M J J

Profession ou métier exercé au moment de l'événement | Code postal | Date de récidive, rechute ou aggravation A A A A M M J J

2 Diagnostic | Gaucher ☐ Droitier ☐ | Sexe F ☐ M ☐ | N° d'assurance maladie

Professionnel de la santé

Professionnel de la santé qui a charge du travailleur | N° de permis | Date de la prescription A A A A M M J J

Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé) | Téléphone

Renseignements sur le fournisseur

Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé) | N° de fournisseur

Date de l'évaluation initiale A A A A M M J J | Nombre de traitements fournis à ce jour : | Téléphone | Télécopieur

Nom du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport | N° de membre

3 **Données subjectives (perceptions du travailleur)**

Intensité de la douleur ressentie : au repos _____ /10 en mouvement _____ /10 à la palpation _____ /10
Positions ou mouvements affectés :

Selon le travailleur, les activités quotidiennes sont-elles affectées par la lésion professionnelle? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
Si oui, décrire.

Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O
Si oui, décrire.

Perception du travailleur sur la reprise de son travail prélésionnel :

Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration _____ % Stable ☐ Détérioration _____ %

Autres données

5053 (2017-08)

© Éditeur officiel du Québec, 2025

4 Données cliniques objectives (examen). Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST) Date de l'examen	**État actuel** Date de l'examen
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)

5 Données fonctionnelles et opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.
Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

6 État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST) Date de l'examen	**État actuel** Date de l'examen
Minutes **Heures** Debout : _____ _____ ☐ S/O Assis : _____ _____ ☐ S/O Accroupi : _____ _____ ☐ S/O À genoux : _____ _____ ☐ S/O Marcher : _____ _____ ☐ S/O Escalier : ☐ 5 à 10 marches ☐ +10 marches ☐ S/O Pousser : ☐ 0-5 kg ☐ 5-15 kg ☐ 15-25 kg ☐ +25 kg ☐ S/O Tirer : ☐ 0-5 kg ☐ 5-15 kg ☐ 15-25 kg ☐ +25 kg ☐ S/O Force de préhension : _____ kg ☐ S/O Manipuler : _____ ☐ S/O Soulever des charges : ☐ 0-5 kg ☐ 5-15 kg ☐ 15-25 kg ☐ +25 kg ☐ S/O Transporter des charges : ☐ 0-5 kg ☐ 5-15 kg ☐ 15-25 kg ☐ +25 kg ☐ S/O Autres données fonctionnelles :	**Minutes** **Heures** Debout : _____ _____ ☐ S/O Assis : _____ _____ ☐ S/O Accroupi : _____ _____ ☐ S/O À genoux : _____ _____ ☐ S/O Marcher : _____ _____ ☐ S/O Escalier : ☐ 5 à 10 marches ☐ +10 marches ☐ S/O Pousser : ☐ 0-5 kg ☐ 5-15 kg ☐ 15-25 kg ☐ +25 kg ☐ S/O Tirer : ☐ 0-5 kg ☐ 5-15 kg ☐ 15-25 kg ☐ +25 kg ☐ S/O Force de préhension : _____ kg ☐ S/O Manipuler : _____ ☐ S/O Soulever des charges : ☐ 0-5 kg ☐ 5-15 kg ☐ 15-25 kg ☐ +25 kg ☐ S/O Transporter des charges : ☐ 0-5 kg ☐ 5-15 kg ☐ 15-25 kg ☐ +25 kg ☐ S/O Autres données fonctionnelles :

Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)

Avez-vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez. Si non, pourquoi?

5063 (2017-08)

© Éditeur officiel du Québec, 2025

Données fonctionnelles et opinion du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (suite)

Décrire l'évolution des **obstacles** au retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).

Décrire l'évolution des **leviers** pour le retour au travail, s'il y a lieu (condition physique ou facteurs personnels et environnementaux ou autres).

7 Plan de traitement

Modalités actives :

Modalités passives :

8 État du travailleur

Amélioration _____ % Stable ☐ Détérioration _____ %

Recommandez-vous la fin des traitements? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements? A A A A M M J J

Quelles sont les difficultés résiduelles? ☐ S/O

Si **non**, combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous?
Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine Autre :
Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?

Commentaires / Recommandations

Signature du membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qui a rempli le rapport Date A A A A M M J J

5053 (2017-08)

© Éditeur officiel du Québec, 2025

CNESST

RAPPORT D'ERGOTHÉRAPIE

Santé et sécurité du travail

1 Date de la demande du rapport A A A A M M J J

N° de dossier du travailleur

Renseignements sur le travailleur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	Date de l'événement d'origine A A A A M M J J
Profession ou métier exercé au moment de l'événement	Code postal	Date de rechute, récidive ou aggravation A A A A M M J J
2 Diagnostic	Gaucher ☐ Droitier ☐ Sexe F ☐ M ☐	N° d'assurance maladie

Professionnel de la santé

Professionnel de la santé qui a charge du travailleur	N° de permis	Date de la prescription A A A A M M J J
Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)		Téléphone

Renseignements sur le fournisseur

Nom de la clinique (ou de l'établissement de santé)			N° de fournisseur
Date de l'évaluation initiale A A A A M M J J	Nombre de traitements fournis à ce jour :	Téléphone	Télécopieur
Nom du membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec qui a rempli le rapport			N° de membre

3 Données subjectives (perceptions du travailleur)

Intensité de la douleur ressentie : au repos _____ /10 en mouvement _____ /10 à la palpation _____ /10

Positions ou mouvements affectés :

Selon le travailleur, les activités quotidiennes sont-elles affectées par la lésion professionnelle? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Si oui, décrire.

Selon le travailleur, les activités de travail sont-elles affectées par la lésion professionnelle? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Si oui, décrire.

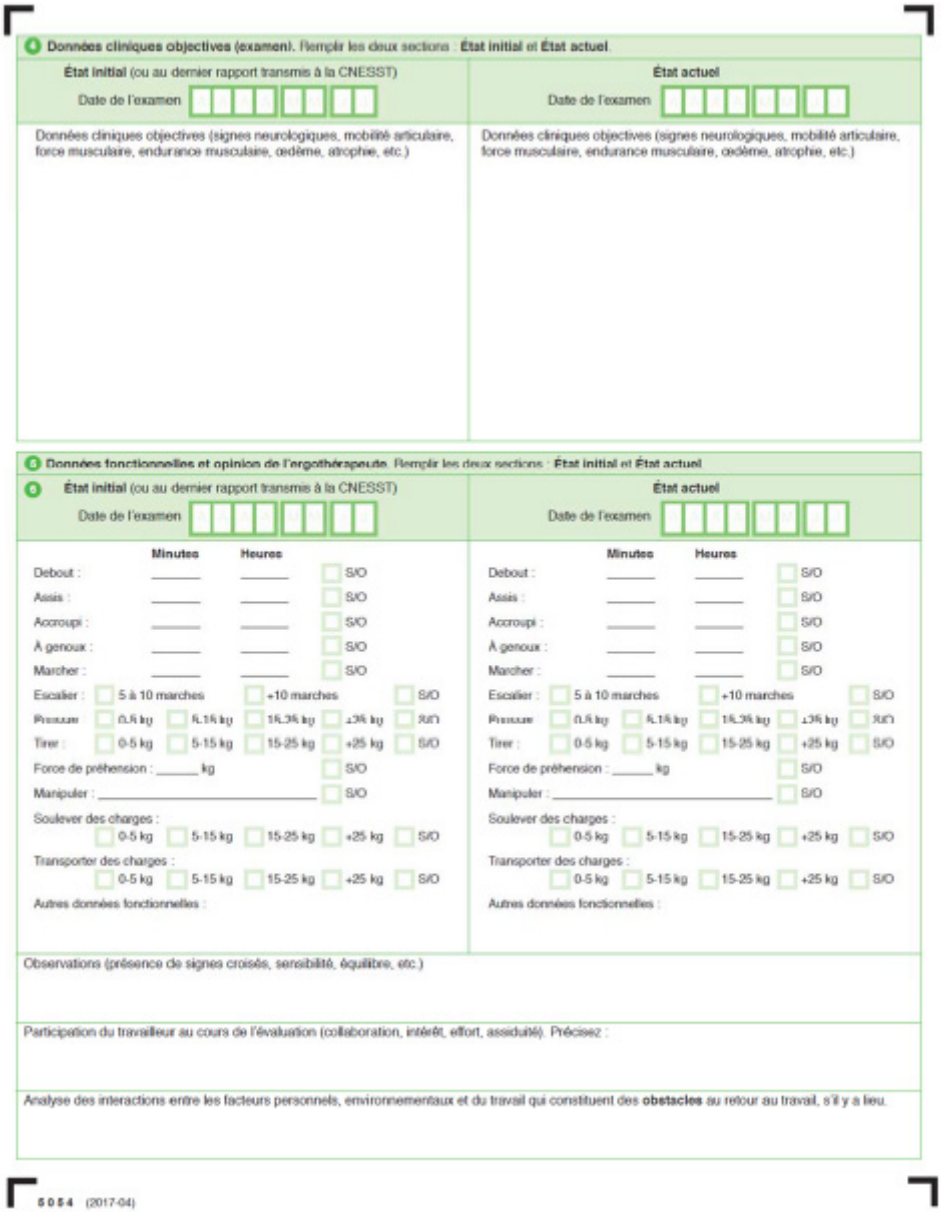
Perception du travailleur sur la reprise de son travail prélésionnel :

Perception du travailleur sur son évolution : Amélioration _____ % Stable ☐ Détérioration _____ %

Autres données

5054 (2017-04)

© Éditeur officiel du Québec, 2025



4 Données cliniques objectives (examen). Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST) Date de l'examen	**État actuel** Date de l'examen
Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)	Données cliniques objectives (signes neurologiques, mobilité articulaire, force musculaire, endurance musculaire, œdème, atrophie, etc.)

5 Données fonctionnelles et opinion de l'ergothérapeute. Remplir les deux sections : **État initial** et **État actuel**.

État initial (ou au dernier rapport transmis à la CNESST) Date de l'examen	**État actuel** Date de l'examen
Minutes / **Heures** / S/O	**Minutes** / **Heures** / S/O
Debout : _____ _____ S/O	Debout : _____ _____ S/O
Assis : _____ _____ S/O	Assis : _____ _____ S/O
Accroupi : _____ _____ S/O	Accroupi : _____ _____ S/O
À genoux : _____ _____ S/O	À genoux : _____ _____ S/O
Marcher : _____ _____ S/O	Marcher : _____ _____ S/O
Escalier : 5 à 10 marches +10 marches S/O	Escalier : 5 à 10 marches +10 marches S/O
Pousser : 0-5 kg 5-15 kg 15-25 kg +25 kg S/O	Pousser : 0-5 kg 5-15 kg 15-25 kg +25 kg S/O
Tirer : 0-5 kg 5-15 kg 15-25 kg +25 kg S/O	Tirer : 0-5 kg 5-15 kg 15-25 kg +25 kg S/O
Force de préhension : _____ kg S/O	Force de préhension : _____ kg S/O
Manipuler : _____ S/O	Manipuler : _____ S/O
Soulever des charges : 0-5 kg 5-15 kg 15-25 kg +25 kg S/O	Soulever des charges : 0-5 kg 5-15 kg 15-25 kg +25 kg S/O
Transporter des charges : 0-5 kg 5-15 kg 15-25 kg +25 kg S/O	Transporter des charges : 0-5 kg 5-15 kg 15-25 kg +25 kg S/O
Autres données fonctionnelles :	Autres données fonctionnelles :

Observations (présence de signes croisés, sensibilité, équilibre, etc.)

Participation du travailleur au cours de l'évaluation (collaboration, intérêt, effort, assiduité). Précisez :

Analyse des interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et du travail qui constituent des **obstacles** au retour au travail, s'il y a lieu.

5054 (2017-04)

© Éditeur officiel du Québec, 2025

Données fonctionnelles et opinion de l'ergothérapeute (suite)

Analyse des interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et du travail qui constituent des **leviers** pour le retour au travail, s'il y a lieu.

Opinion de l'ergothérapeute sur le retour au travail et sur la réalisation des activités quotidiennes. Précisez :

Avez vous discuté de modalités de retour au travail avec le travailleur? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez. Si non, pourquoi?

7 Plan de traitement

Modalités actives :

Modalités passives :

8 État du travailleur

Amélioration _____ % Stable ☐ Détérioration _____ %

Recommandez-vous la fin des traitements? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, quelle est la date réelle ou prévue de fin des traitements? A A A A M M J J

Quelles sont les difficultés résiduelles? ☐ S/O

Si **non**, combien de traitements supplémentaires prévoyez-vous?
Fréquence prévue des traitements : _____ / semaine Autre :
Quels sont les objectifs fonctionnels poursuivis par les traitements supplémentaires?

Commentaires / Recommandations

Signature du membre de l'OEQ qui a rempli le rapport Date A A A A M M J J

5054 (2017-04)

© Éditeur officiel du Québec, 2025

ANNEXE V
(*Article 36*)

INFORMATIONS RELATIVES AU CONTENU DES RAPPORTS DE PSYCHOLOGIE, DE PSYCHOTHÉRAPIE ET DE NEUROPSYCHOLOGIE

1. Un rapport d'évaluation, un rapport d'évolution et un rapport final d'intervention doivent contenir les informations suivantes :

1° le nom, le numéro d'assurance-maladie, le numéro de téléphone, l'adresse du travailleur et le numéro de dossier de la Commission;

2° le nom, le numéro de permis du psychologue, le numéro de téléphone et le numéro de fournisseur de services ou, le cas échéant, de groupe;

3° la signature du psychologue qui a fourni les soins et la date de cette signature;

4° le nom du professionnel de la santé qui a charge du travailleur et le numéro de son permis d'exercice;

5° la date de la lésion professionnelle et, s'il y a lieu, la date de la rechute, de la récidive ou de l'aggravation;

6° le diagnostic indiqué par le professionnel de la santé qui a charge du travailleur donnant lieu à la référence ou, le cas échéant, le motif de cette référence.

2. Un rapport d'évaluation doit, de plus, contenir les informations suivantes :

1° la date des rencontres d'évaluation;

2° l'histoire du cas et les antécédents pertinents qui peuvent avoir un impact sur le plan de traitement;

3° les facteurs intrinsèques et extrinsèques à la lésion professionnelle qui peuvent avoir un impact sur le fonctionnement psychologique et social du travailleur et son retour au travail;

4° la perception du travailleur de sa situation en relation avec sa lésion professionnelle et sa capacité de retour au travail;

5° la problématique relative à la lésion professionnelle et ses impacts sur le retour au travail;

6° la nature, les dates et la fréquence des activités réalisées incluant les tests effectués, le cas échéant;

7° l'analyse de l'ensemble des données, des observations et des résultats des tests effectués, le cas échéant;

8° les conclusions de l'évaluation et les recommandations;

9° dans le cas d'une évaluation en neuropsychologie :

a) les observations du comportement du travailleur pendant les rencontres et la passation des tests ainsi que l'évaluation de son comportement dans les sphères suivantes : cognitive, motrice, somesthésique, affective, de la personnalité et de la perception;

b) l'identification et les résultats des échelles de validité utilisées pour corroborer les résultats des tests effectués;

c) la corrélation entre les résultats des tests visés au sous-paragraphe i et ceux des échelles de validité;

10° dans le cas d'une intervention, un plan d'intervention individualisé contenant, entre autres, les éléments suivants :

a) l'approche clinique et les méthodes thérapeutiques envisagées;

b) les objectifs visés par l'intervention;

c) les activités thérapeutiques à réaliser en relation avec les objectifs visés;

d) la participation attendue du travailleur à l'égard des moyens et activités visant l'atteinte des objectifs;

e) les moyens et indicateurs de progression permettant de mesurer les progrès obtenus dans le cadre du plan d'intervention individualisé pour chacun des objectifs visés;

f) le pronostic d'atteinte de résultats;

g) la date prévue du début de l'intervention;

h) le nombre et la fréquence des rencontres prévues.

3. Un rapport d'évolution doit contenir, en plus des informations prévues à l'article 1, les informations suivantes :

1° les dates des rencontres pour chaque période d'intervention;

2° le rappel des objectifs visés par l'intervention;

© Éditeur officiel du Québec, 2025

3° les activités thérapeutiques mises en place en relation avec les objectifs visés;

4° l'évaluation des progrès du travailleur en fonction de chacun des objectifs visés en tenant compte des indicateurs de progression;

5° la perception du travailleur de ses progrès en fonction de chacun des objectifs visés;

6° les modifications à apporter au plan d'intervention individualisé et les recommandations, s'il y a lieu;

7° le nombre et la fréquence des rencontres prévues.

4. Un rapport final d'intervention doit contenir, en plus des informations prévues à l'article 1, les informations suivantes :

1° les dates des rencontres depuis le dernier rapport;

2° la problématique relative à la lésion professionnelle identifiée lors de l'évaluation initiale;

3° les activités thérapeutiques mises en place en relation avec les objectifs visés;

4° la perception du travailleur en relation avec l'atteinte de chacun des objectifs;

5° l'analyse et l'évaluation des résultats en fonction de chacun des objectifs visés en tenant compte des indicateurs de progression et incluant les facteurs intrinsèques et extrinsèques ayant contribué ou fait obstacle à l'atteinte de ces objectifs;

6° les motifs de fin d'intervention.

5. Les articles 1 à 4 s'appliquent, en y faisant les adaptations nécessaires, à un titulaire de permis de psychothérapeute, sous réserve des actes qu'il est autorisé à poser en vertu de son permis.

ANNEXE VI
(Articles 11, 91, 93 et 98)

SERVICES PROFESSIONNELS RELATIFS À LA SECTION I DU CHAPITRE II DU TITRE III CONCERNANT LES PROTHÈSES AUDITIVES

Services professionnels	Tarif
Audiologie	
Évaluation audiologique	102,50 $
Audioprothésiste	
Évaluation à des fins audioprothétiques Maximum de 2 évaluations par période de 5 ans, par travailleur	68,46 $
Services professionnels fournis dans la première année suivant l'achat d'une prothèse auditive, par prothèse	822,36 $
Programmation du jumelage des prothèses auditives avec le téléphone cellulaire du travailleur **Maximum de 2 fois durant la durée de vie des prothèses auditives**	20 $
Reprogrammation, par un audioprothésiste, à la suite de la réparation d'un système CROS -BI-CROS	93,95 $
Remodelage, payable une fois par année s'il s'est écoulé plus d'un an depuis l'achat de la prothèse	97,36 $
Réparation, payable une fois par année par prothèse s'il s'est écoulé plus d'un an depuis l'achat de la prothèse	97,36 $
Services professionnels fournis dans la première année suivant l'achat d'une prothèse auditive, lorsqu'ils sont fournis par un audioprothésiste différent de celui ayant fourni la prothèse auditive, et ce, en raison du changement de lieu de résidence du travailleur	62,28 $
Services professionnels fournis dans le cadre d'un appareillage lorsque le travailleur décède avant d'avoir reçu sa prothèse	133,87 $
Les frais pour l'ajustement d'une prothèse auditive sont remboursables jusqu'à concurrence de 181,14 $ par prothèse par travailleur annuellement. Les frais comprennent ce qui suit et sont payables jusqu'à concurrence des limites monétaires suivantes :	
Nettoyage d'une prothèse auditive, payable lorsqu'il s'est écoulé plus de 12 mois depuis l'achat de la prothèse et non payable si le nettoyage est fourni à l'occasion ou dans les 30 jours d'un remodelage ou d'une réparation;	24,34 $
Le nettoyage peut être effectué par une personne sous la supervision de l'audioprothésiste;	

© Éditeur officiel du Québec, 2025

Services professionnels	Tarif
Analyse électroacoustique, payable s'il s'est écoulé plus de 12 mois depuis l'achat de la prothèse et non payable lorsque l'analyse est fournie à l'occasion ou dans les 30 jours d'un remodelage ou d'une réparation;	40,16 $
Reprogrammation, payable s'il s'est écoulé plus de 12 mois depuis l'achat de la prothèse et non payable si fourni à l'occasion ou dans les 30 jours d'un remodelage ou d'une réparation;	30,42 $
Gain d'insertion, payable seulement lorsqu'il s'est écoulé plus de 12 mois depuis l'achat de la prothèse et non payable lorsque le gain d'insertion est fourni à l'occasion ou dans les 30 jours d'un remodelage ou d'une réparation;	36,50 $
Prise d'impression une fois par année.	28,55 $

Les frais de réparation ou de remplacement d'un accessoire d'une prothèse auditive sont remboursables jusqu'à concurrence d'un montant total annuel de 195 $.

Ces réparations peuvent être effectuées par une personne sous la supervision de l'audioprothésiste.

Ces frais de réparation comprennent ce qui suit, incluant les biens et les services professionnels y afférent, et sont payables jusqu'à concurrence des limites monétaires suivantes :

Tube de conduction sans haut-parleur (slim tube) pour prothèses ouvertes;	5 $
Embouts pour tube de conduction sans haut-parleur (récepteur dôme) pour prothèses ouvertes;	5 $
Embouts pour tube de conduction avec haut-parleur (dôme RITE) pour prothèses ouvertes;	5 $
Couvercles de protection des microphones;	5 $
Protège-cérumen (paquet);	10 $
Tube de conduction avec haut-parleur (récepteur RITE) pour prothèses ouvertes;	75 $
Autres pièces de remplacement telles, porte de piles, couvercles, etc;	5 $
Embout sur mesure pour prothèse de type contour, prix maximum.	45 $

ANNEXE VII
(Article 110)

FRAIS D'ENTRETIEN ET COÛTS D'ACQUISITION DES AUTRES ACCESSOIRES LIÉS À UNE PROTHÈSE AUDITIVE

Les frais payables pour l'entretien d'une prothèse auditive sont remboursables jusqu'à concurrence d'un montant total de 110 $ annuellement.

Les frais d'entretien comprennent ce qui suit, et sont payables jusqu'à concurrence des limites monétaires suivantes :

	Tarif à l'unité
Coussin téléphonique, par coussin	10 $
Gel d'insertion, pour un format minimum de 15 ml	10 $
Comprimés détersifs, paquet de 20 capsules	10 $
Déshumidificateur	15 $
Nettoyant, pour un format minimum de 60 ml	15 $
Lotion lénifiante anti-démangeaison, pour un format minimum de 15 ml	15 $
Autres accessoires pour entretien d'une prothèse auditive :	
Poire à air	
	Tarif à l'unité
Poire à air, une fois par 5 ans, par travailleur	15 $
Piles :	
	Tarif à l'unité
Piles au zinc-air, par prothèse auditive, maximum de 100 piles par an	1 $
Pile pour télécommande, maximum d'une pile par an	5 $
Piles au zinc-air, pour système CROS -BI-CROS, maximum de 100 piles par an	1 $

86745

© Éditeur officiel du Québec, 2025