



MANUEL DES DIRECTIVES

Programme d'appareils suppléant à une déficience physique

Sujet : ordonnance médicale

1. CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Cette directive, portant sur l'ordonnance médicale, découle des articles réglementaires suivants :

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin
(chapitre M-9, r. 25)

Article 2. Dans le présent règlement, on entend par:

1° «ordonnance individuelle»: une prescription donnée par un médecin à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un patient, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles;

[...]

Article 3. Le médecin qui rédige une ordonnance individuelle doit y inclure:

1° son nom, imprimé ou en lettres moulées, son numéro de téléphone, son numéro de permis d'exercice et sa signature;

2° le nom et la date de naissance du patient;

3° la date de rédaction de l'ordonnance;

[...]

7° s'il s'agit d'appareils, autres que les lentilles ophtalmiques, leurs principales caractéristiques;

[...]

9° la période de validité de l'ordonnance, lorsqu'elle est justifiée par une condition du patient;

[...]

Ne satisfont pas aux exigences des paragraphes 4 à 8 du premier alinéa, les mentions «usage connu» ou «tel que prescrit», ou toute autre mention au même effet.

Article 5. Le médecin doit rédiger l'ordonnance lisiblement. Il doit rayer d'un trait oblique la partie non utilisée de la feuille d'ordonnance et parapher toute interdiction de procéder à une substitution de médicaments lorsque cette interdiction est pré-imprimée sur l'ordonnance.

Article 7. Le médecin qui communique verbalement une ordonnance doit mentionner:

1° son nom, son numéro de téléphone et son numéro de permis d'exercice;

2° les renseignements mentionnés aux paragraphes 2 à 9 du premier alinéa de l'article 3 ou, selon le cas, aux paragraphes 2 et 3 de l'article 6.

Cette ordonnance doit ensuite être consignée au dossier médical.

Règlement sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (ci-après nommé Règlement)

TITRE I : PROTHÈSES, ORTHÈSES, AIDES À LA MARCHE ET À LA VERTICALISATION

Article 9. Est assuré le remplacement d'un appareil assuré pendant sa période de durée minimale, lorsque l'ordonnance écrite d'un médecin visé au présent Titre indique la nécessité d'un tel remplacement par une attestation du changement significatif de l'état physique de la personne assurée ou lorsque la croissance d'une personne assurée de moins de 19 ans est démontrée au moyen d'une évaluation réalisée par une personne visée, selon le cas, aux articles 30 ou 31. La période de durée minimale d'un appareil, laquelle court à compter de l'installation finale, est fixée :

1o pour une prothèse d'un membre inférieur, à 5 ans;

2o pour une prothèse d'un membre supérieur, à 6 ans;

3o pour la reconstitution prothétique d'un doigt ou d'une main partielle, à 1 an;

4o pour un gant prothétique pour une prothèse d'un membre supérieur, à 6 mois;

5o pour une orthèse, à 2 ans;

6o pour une canne, une béquille ou un ambulateur avec appui-thorax ajustable en profondeur et roues (4), ajustable en hauteur, pour enfant, à 10 ans;

7o pour un cadre de marche, à 5 ans.

L'installation finale d'un appareil survient à la fin de la période requise pour les mises au point nécessaires pendant la fabrication, lorsque la personne assurée, une fois ces mises au point effectuées, reçoit finalement l'appareil.

Article 15. Seule est assurée une orthèse fournie à une personne assurée, sur ordonnance écrite d'un médecin visé au présent Titre dont le contenu est conforme aux exigences énoncées à l'article 28, dans le cas où cette dernière doit en porter une quotidiennement au moins pour la durée suivante :

1° pour une orthèse d'un membre inférieur : 6 mois;

2° pour une orthèse d'un membre supérieur : 1 mois;

3° pour une orthèse du tronc : 3 mois.

Toutefois, une orthèse fournie à une personne assurée de moins de 19 ans demeure une orthèse assurée même si la nécessité de son port quotidien n'est pas constatée pour toute la durée pertinente énoncée au premier alinéa, si cette personne assurée doit porter l'orthèse pour corriger une déformation.

Article 15.1 Seule est assurée une aide à la marche fournie à une personne assurée sur ordonnance écrite d'un médecin visé au Tarif dont le contenu est conforme aux exigences énoncées à l'article 28, dans le cas où cette dernière doit en utiliser une quotidiennement pendant au moins 12 mois.

Article 26. La Régie assume le coût d'achat ou de remplacement d'un appareil assuré lorsqu'une ordonnance médicale écrite établit à l'égard d'une personne assurée qu'il est requis, conformément à l'article 28, qu'on le lui fournisse.

L'ordonnance médicale écrite doit être celle de l'une des personnes suivantes :

1° d'un médecin spécialiste en orthopédie, en physiatrie, en neurologie, en rhumatologie, en gériatrie ou en neurochirurgie;

2° d'un médecin omnipraticien ou d'un médecin spécialiste en pédiatrie, l'un et l'autre titulaires de privilèges spécifiques à cet effet dans un centre hospitalier ou dans un centre de réadaptation qui offre des services d'aides techniques pour les personnes ayant une déficience motrice et dont l'établissement qui l'exploite détient un permis délivré par le ministre en vertu de l'article 437 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou de l'article 136 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5) ou qui a fait l'objet d'une désignation par l'agence approuvée par le ministre de la Santé et des Services sociaux conformément à l'article 29.

Toutefois, l'ordonnance médicale écrite peut également être celle, dans le cas d'une prothèse des membres inférieurs, d'un médecin spécialiste en chirurgie générale exerçant dans un centre hospitalier et, dans le cas d'une orthèse des membres inférieurs ou d'une orthèse des membres supérieurs, celle d'un médecin spécialiste en chirurgie plastique.

Les expressions « centre hospitalier » et « centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice » ont le même sens que celui qui, à chacune, est attribué dans la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29), dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* dans la mesure où elle vise le territoire du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, selon la loi ou les lois qui s'appliquent.

Article 28. Pour l'application de l'article 26, l'ordonnance médicale écrite doit au moins confirmer la déficience physique et l'incapacité de la personne assurée et elle doit de plus établir la nécessité d'un appareil.

De même, pour l'application de l'article 15, l'ordonnance médicale écrite doit de plus attester la déformation, s'il y a lieu, et la nécessité pour la personne assurée du port quotidien de l'orthèse prescrite pour une durée médicalement requise que doit énoncer cette ordonnance.

De même, pour l'application de l'article 15.1, l'ordonnance médicale écrite doit, de plus, attester la nécessité pour la personne assurée de l'utilisation quotidienne de l'aide à la marche pour une durée médicalement requise que doit énoncer cette ordonnance.

TITRE II : AIDES À LA LOCOMOTION ET À LA POSTURE

Article 42. Est assuré le remplacement d'un appareil assuré dans les cas suivants :

1° à l'expiration de sa période de durée minimale, si l'appareil ne peut plus fonctionner dans des conditions d'utilisation normale;

2° pendant sa période de durée minimale, lorsque l'ordonnance écrite d'un médecin visé au présent Titre indique la nécessité d'un tel remplacement par une attestation du changement de l'état physique de la personne assurée ou lorsque la croissance d'une personne assurée de moins de 19 ans est précisée dans les spécifications techniques d'un ergothérapeute ou d'un physiothérapeute visé à l'article 72 et que l'une de ces dernières personnes, dans ce dernier cas, atteste, de plus, que l'appareil ne peut s'ajuster à la croissance de la personne assurée.

3° (*paragraphe abrogé*).

[...]

51. Malgré l'article 38, un fauteuil roulant à propulsion manuelle, un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, ou l'un de leurs composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que s'il est fourni dans les cas suivants:

1° à une personne assurée hémiplegique avec trouble de position ou d'équilibre;

[...]

7° à une personne assurée qui présente une déficience dégénératrice du système musculo-squelettique, qui a déjà un appareil parce qu'accordé en application de l'article 53 et qui a besoin d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger pour conserver ses capacités résiduelles, lesquelles toutefois le rendent encore capables d'utiliser un tel fauteuil de façon autonome.

À l'égard de la personne assurée visée au paragraphe 7 du premier alinéa, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré qu'un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou qu'un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger qui, l'un ou l'autre, a déjà fait l'objet d'un retour à un établissement conformément au deuxième alinéa de l'article 57.

Toutefois, à l'égard de cette même personne assurée à qui appartient déjà un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger dont la Régie a déjà assumé le coût d'achat ou de remplacement, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré que ce fauteuil roulant sans qu'il ne fasse l'objet d'un retour à un établissement.

Seuls sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation de ces seuls fauteuils roulants, de leurs composants ou compléments, fournis dans les mêmes cas.

Par ailleurs, à l'égard d'une personne assurée visée au paragraphe 7 du premier alinéa qui accepte que la Régie prenne en charge le fauteuil roulant à propulsion manuelle ou à propulsion manuelle de modèle léger

qui lui appartient le 12 novembre 1998 mais dont la Régie n'a pas assumé le coût d'achat ou de remplacement, sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation de ce fauteuil roulant, de ses composants ou compléments.

La Régie n'accepte de prendre en charge qu'un fauteuil roulant qui est similaire à un fauteuil roulant apparaissant à une énumération figurant à la sous-section I ou à la sous-section II de la section I de la Partie I du Tarif, qui est conforme aux exigences mentionnées à l'article 41 et qui rencontre les exigences du premier alinéa de l'article 45.

Article 53. Malgré l'article 38, un fauteuil roulant à propulsion motorisée, ou l'un de ses composants ou compléments, apparaissant à une énumération figurant au Tarif, n'est assuré que s'il est fourni dans les cas suivants :

1° à une personne assurée quadriplégique dont la lésion se situe aux niveaux C3- C4, C4-C5 ou C5-C6;

2° à une personne assurée qui présente une impotence permanente des 2 membres supérieurs et d'au moins un membre inférieur;

3° à une personne assurée qui présente, depuis plus de 6 mois, une insuffisance sévère au plan cardiovasculaire ou cardiorespiratoire associée à une déficience physique au sens du présent Titre, qui a déjà un appareil parce qu'accordé en application de l'article 51, qui est encore capable d'utiliser un fauteuil roulant à propulsion motorisée et pour qui ce fauteuil est requis parce qu'elle est rendue incapable, en raison de cette insuffisance et de cette déficience, d'actionner de façon autonome un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger, et ce, malgré un traitement médical optimal.

À l'égard d'une personne assurée visée au paragraphe 3 du premier alinéa, malgré l'article 38 et malgré le premier alinéa, n'est assuré qu'un fauteuil roulant à propulsion motorisée qui a déjà fait l'objet d'un retour à un établissement conformément au deuxième alinéa de l'article 57.

Seuls sont assurés le service d'ajustement et le service de réparation d'un fauteuil roulant à propulsion motorisée, de ses composants ou compléments, fournis dans les mêmes cas.

[...]

Aux fins de l'application du paragraphe 3 du premier alinéa, une insuffisance sévère au plan cardiorespiratoire est celle du groupe B de la classification du déficit respiratoire utilisée par la Régie des rentes du Québec et dont la mesure est réalisée lorsque la personne assurée est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de 6 mois.

De même, aux fins de l'application du paragraphe 3 du premier alinéa, une insuffisance sévère au plan cardiovasculaire est celle de la classe III de la classification fonctionnelle du déficit cardiovasculaire utilisée par la New York Heart Association et dont la mesure est réalisée lorsque la personne assurée est sous traitement optimal et que l'insuffisance est présente depuis plus de 6 mois.

Article 68. La Régie assume le coût d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un appareil, de l'un ou d'un ensemble de ses composants ou compléments, déterminé comme assuré, lorsqu'une ordonnance médicale écrite établit à l'égard d'une personne assurée qu'il est requis, conformément à l'article 70, qu'on lui fournisse cet appareil, son composant ou complément, ou ce service.

L'ordonnance médicale écrite doit être celle de l'une des personnes suivantes :

1° d'un médecin spécialiste en orthopédie, en physiatrie, en neurologie, en rhumatologie, en gériatrie ou en neurochirurgie;

2° d'un médecin omnipraticien ou d'un médecin spécialiste en pédiatrie l'un ou l'autre titulaires de privilèges spécifiques à cet effet dans un centre hospitalier ou dans un centre de réadaptation qui offre des services d'aides techniques pour les personnes ayant une déficience motrice et dont l'établissement qui l'exploite détient un permis délivré par le ministre en vertu de l'article 437 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou de l'article 136 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5) ou qui a fait l'objet d'une désignation par l'agence approuvée par le ministre de la Santé et des Services sociaux conformément à l'article 71;

3° d'un médecin spécialiste en cardiologie ou en pneumologie, à l'égard d'une personne assurée visée au paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 53.

Toutefois, une ordonnance n'est pas requise lorsque l'état physique de la personne assurée n'a pas changé et qu'il s'agit d'effectuer un ajustement, un ajustement préventif ou une réparation qui vise à prolonger l'utilisation d'un appareil ou qu'il s'agit de remplacer l'appareil conformément à l'ordonnance médicale originale.

Article 70. Pour l'application des premier et deuxième alinéas de l'article 68, l'ordonnance médicale écrite doit au moins confirmer la déficience physique et l'incapacité de la personne assurée et doit de plus établir la nécessité d'un appareil.

De même, pour l'application du paragraphe 7 du premier alinéa de l'article 51, l'ordonnance médicale écrite doit, de plus, confirmer la déficience dégénérative du système musculo-squelettique, la suffisance des capacités résiduelles de la personne assurée pour qu'elle soit encore capable d'utiliser de façon autonome le fauteuil roulant à propulsion manuelle que l'on envisage de lui attribuer ainsi que la nécessité d'un tel fauteuil pour conserver ces capacités résiduelles.

Pour l'application du paragraphe 3 du premier alinéa de l'article 53, l'ordonnance médicale écrite doit, de plus, confirmer l'insuffisance sévère, telle que définie au cinquième ou au sixième alinéa de l'article 53 et dont la mesure est réalisée dans les circonstances qui y sont prévues, le fait qu'elle est aussi associée à une déficience physique au sens du présent Titre, la capacité de la personne assurée d'utiliser un fauteuil roulant à propulsion motorisée de façon autonome ainsi que son incapacité à actionner de façon autonome un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou un fauteuil roulant à propulsion manuelle de modèle léger en raison de l'association de l'insuffisance confirmée et de la déficience physique, et ce, malgré un traitement médical optimal.

2. DESCRIPTION

2.1. ORDONNANCE MÉDICALE

Par le terme ordonnance médicale, la Régie entend une prescription écrite donnée par un médecin autorisé à une personne assurée, ayant notamment pour objet de recommander un appareil visant à suppléer à une déficience physique.

Les physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthésistes, prothésistes et techniciens en orthèses-prothèses peuvent également recevoir une ordonnance médicale verbale. Cette ordonnance, le plus souvent effectuée par téléphone, devra être consignée par écrit au dossier de la personne assurée.

2.2. MÉDECINS AUTORISÉS

En vertu du Règlement, les médecins spécialistes autorisés à prescrire des appareils en raison des privilèges permanents qui leur sont octroyés sont les suivants :

- Orthopédiste;
- Physiatre ou médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation (depuis novembre 2010);
- Neurologue;
- Rhumatologue;
- Gériatre;
- Neurochirurgien.

Les médecins suivants sont également autorisés à prescrire pour le Programme d'appareils suppléant à une déficience physique (Programme) et sous certaines conditions :

- Médecin omnipraticien ou pédiatre détenant des privilèges spécifiques de type A ou B (ce médecin est alors autorisé à prescrire **exclusivement** pour le centre de réadaptation pour lequel il s'est vu octroyé un tel privilège);

Un médecin spécialiste de l'une des disciplines précédemment mentionnées, mais pratiquant hors du Québec, est également autorisé comme prescripteur au Programme.

Ne sont pas autorisés à prescrire pour le Programme :

- Un spécialiste d'un autre domaine que ceux de la liste ci-dessus;
- Un résident en spécialité, à moins qu'il ne soit associé au nom et au numéro de pratique de son médecin superviseur.

3. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

L'ordonnance médicale est **obligatoire** pour l'achat et le remplacement d'appareils. Cependant, dans certaines circonstances, des dispositions particulières s'appliquent (voir au point 4).

3.1. CONTENU OBLIGATOIRE DE L'ORDONNANCE MÉDICALE

Conformément au *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, l'ordonnance doit être rédigée lisiblement et contenir minimalement les informations suivantes :

- Le nom du médecin, ses numéros de téléphone et de permis d'exercice et sa signature;
- Le nom et la date de naissance du patient;
- La date de rédaction de l'ordonnance;
- Les principales caractéristiques de l'appareil prescrit (ex. : orthèse d'immobilisation du poignet droit, fauteuil roulant manuel).

Dans tous les cas, conformément au Règlement, l'ordonnance doit également confirmer :

- La déficience (diagnostic) et l'incapacité qui en découle;
- Le type d'appareil requis.

Toutefois, pour confirmer l'incapacité, le rapport du professionnel (ergothérapeute ou physiothérapeute) qui a procédé à l'évaluation de la personne est jugée suffisant en complémentarité de l'ordonnance médicale.

3.2. SEUIL DE VALIDITÉ DE L'ORDONNANCE MÉDICALE

Du fait que l'appareil prescrit vise à compenser la déficience de la personne telle qu'évaluée au moment de la consultation médicale, toute ordonnance médicale dont le délai entre la date de consultation et la date de service est supérieur à **12 mois** devra être accompagnée d'une note professionnelle justifiant ce délai; à défaut, la demande sera refusée.

3.3. CHANGEMENT SIGNIFICATIF DE L'ÉTAT PHYSIQUE

Toute demande de remplacement d'un appareil, avant la fin de la durée minimale, doit être justifiée par une ordonnance médicale attestant un changement significatif de l'état physique de la personne et de son impact sur l'incapacité qui en découle. Néanmoins, lorsque le changement est attribuable à une perte ou une prise de poids ou à la croissance de la personne assurée, une nouvelle ordonnance médicale n'est pas requise si l'ordonnance médicale d'origine est toujours valide et que le traitement prescrit demeure le même.

3.4. RÉPARATION, MISE AU POINT, AJUSTEMENT DES APPAREILS

L'ordonnance médicale n'est pas requise pour la réparation, la mise au point ou l'ajustement d'un appareil, d'un composant ou d'un complément.

3.5. AJOUT OU REMPLACEMENT D'UN COMPOSANT ATTRIBUÉ SOUS CONSIDÉRATION SPÉCIALE

Aux fins d'application du Règlement, la réparation d'un appareil qui exige le remplacement d'un composant sous considération spéciale par un **composant similaire** ne nécessite pas une nouvelle ordonnance médicale, car ce remplacement suggère que la condition médicale et les besoins de la personne sont demeurés stables depuis l'ordonnance d'origine.

Par contre, l'ajout d'un composant sous considération spéciale à un appareil après son installation finale exige une nouvelle ordonnance médicale, car cet ajout suggère que les besoins de la personne ont évolué depuis l'ordonnance d'origine, et ce, en raison d'un changement de sa condition physique.

4. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

4.1. TITRE I : PROTHÈSES, ORTHÈSES, AIDES À LA MARCHÉ ET À LA VERTICALISATION

4.1.1. Médecins autorisés

En plus des médecins spécifiés à la section 2.2, sont également autorisés à prescrire, dans certains cas, les médecins suivants :

- Chirurgien général (exclusivement pour les prothèses de membre inférieur);
- Plasticien (exclusivement pour les orthèses de membre supérieur et les orthèses de membre inférieur).

4.1.2. Contenu de l'ordonnance médicale

Conformément au Règlement, en plus des informations précisées au point 3.1, l'ordonnance doit contenir les informations additionnelles suivantes :

- La nécessité d'une utilisation quotidienne de l'appareil prescrit;
- La durée d'utilisation médicalement requise.

4.1.3. Validité de l'ordonnance médicale

Une ordonnance médicale est jugée valide seulement dans ces 2 cas :

- la durée d'utilisation de l'appareil prescrit n'est pas expirée;
- il y est clairement mentionné que l'appareil devra être utilisé tous les jours de manière permanente (quotidiennement et définitivement).

La mention d'une pathologie ou d'une condition permanente (ex.: sclérose en plaques) sur l'ordonnance médicale **ne peut être interprétée à elle seule** comme l'attestation d'une utilisation permanente de l'orthèse ou de la prothèse prescrite. Lors du remplacement par un appareil **similaire**, pour être valide, l'ordonnance médicale doit mentionner l'utilisation **quotidienne et permanente** de l'appareil.

Voici trois exemples illustrant ce qui précède :

Exemple 1 : l'ordonnance médicale spécifie que l'orthèse du membre supérieur doit être portée quotidiennement pour une période de 3 mois. Après 9 semaines, l'orthèse n'est plus garantie et une réparation, pour des raisons d'usure liée à un usage normal, est estimée à plus de 80 % de son coût initial. Le remplacement par une orthèse similaire pourrait être fait sans l'obtention d'une nouvelle ordonnance médicale, car le traitement prescrit n'est pas encore complété.

Exemple 2 : l'ordonnance médicale d'origine spécifie la nécessité du port quotidien d'une orthèse au membre inférieur à la suite d'une chirurgie, et ce, pour 6 mois. Après 14 mois, l'orthèse présente une détérioration nécessitant, en réparation, plus de 80 % de son coût initial. Comme la durée du port quotidien spécifié sur l'ordonnance d'origine est dépassée, et même si la personne porte encore son orthèse quotidiennement, le remplacement de cette orthèse doit être préalablement appuyé par une autre ordonnance médicale afin de s'assurer que le port est toujours médicalement requis.

Exemple 3 : l'ordonnance médicale d'origine spécifie que la personne présente une amputation cubitale traumatique et une prothèse mécanique est prescrite. Le médecin a écrit la mention « À vie ». Le remplacement de cette prothèse par une autre prothèse mécanique similaire n'exige pas de nouvelle ordonnance médicale. Toutefois, si une demande de prothèse myoélectrique est faite, une nouvelle ordonnance médicale sera exigée étant donné que l'appareil recommandé n'est pas similaire à celui de l'ordonnance d'origine.

4.1.4. Durées minimales d'utilisation

Pour les orthèses et les aides à la marche, l'ordonnance doit en plus spécifier un usage quotidien pour les durées d'utilisation minimales suivantes (art. 15 du Règlement) :

- Orthèse du membre inférieur : 6 mois;
- Orthèse du membre supérieur : 1 mois;
- Orthèse du tronc : 3 mois;
- Aide à la marche : 12 mois.

4.1.5. Personnes assurées de moins de 19 ans

Deux règles particulières s'appliquent pour ces personnes assurées :

- 1- Pour corriger une déformation, la durée de port de l'orthèse peut être inférieure à celle mentionnée à l'article 15, mais l'ordonnance médicale doit quand même spécifier le port quotidien;
- 2- Pour des raisons de croissance, l'ordonnance médicale n'est pas requise pour le remplacement d'une prothèse, d'une orthèse, d'une aide à la marche ou à la verticalisation par un appareil similaire, mais la demande doit être

justifiée par l'un des professionnels suivants (art. 30 du Règlement), attestant la nécessité du changement :

- Ergothérapeute;
- Physiothérapeute;
- Technicien en orthèses-prothèses.

4.2. TITRE II : AIDES À LA LOCOMOTION ET À LA POSTURE

4.2.1. Remplacement d'une aide à la locomotion ou à la posture

Lors du remplacement d'une aide à la locomotion ou à la posture, une ordonnance médicale est requise, sauf pour le remplacement par un appareil similaire, car dans ce cas, la condition physique de la personne assurée et ses besoins demeurent inchangés depuis l'ordonnance médicale d'origine.

4.2.2. Ordonnance médicale attestant une insuffisance cardiaque ou pulmonaire

En vertu de l'article 53 alinéa 1 paragraphe 3^o, une personne admissible en vertu de l'article 51 en raison d'une déficience physique peut se voir attribuer un fauteuil roulant à propulsion motorisée si sa capacité respiratoire ou cardiaque ne lui permet pas d'être autonome à la propulsion d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle.

Pour ce faire, une ordonnance médicale d'un médecin autorisé est obligatoire (voir au point 2.2.) et doit attester que la déficience physique de la personne justifie l'attribution d'un fauteuil roulant à propulsion manuelle en vertu de l'article 51.

Est également requise une ordonnance médicale d'un cardiologue ou d'un pneumologue qui confirme que, malgré un traitement médical optimal, la personne présente depuis au moins 6 mois l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- Une insuffisance cardiovasculaire de classe III (selon la NYHA);
- Une insuffisance cardiorespiratoire de classe B (selon la classification de la Régie des rentes).

L'ordonnance médicale du cardiologue ou du pneumologue doit contenir ces informations additionnelles :

- L'incapacité à utiliser un fauteuil roulant manuel standard ou léger en raison des déficiences physiques et cardio-pulmonaires combinées;
- La capacité de la personne à utiliser un fauteuil roulant motorisé.

Note : la capacité de la personne à utiliser un fauteuil roulant motorisé se trouve habituellement dans le rapport du professionnel (ergothérapeute ou physiothérapeute) qui a réalisé les essais d'appareil et cette justification, qui complète le portrait clinique, est jugée suffisante.

4.2.3. Personne assurée de moins de 19 ans

Pour des raisons de croissance, une ordonnance médicale n'est pas requise pour le remplacement d'une aide à la locomotion ou à la posture par une aide similaire, mais la nécessité du changement doit être justifiée par un rapport réalisé par l'un des professionnels suivants :

- Ergothérapeute;
- Physiothérapeute.

4.2.4. Demande d'un appareil additionnel pour le maintien des capacités résiduelles

Afin de conserver ses capacités résiduelles, une personne qui présente une déficience dégénérative du système musculo-squelettique et possède un fauteuil roulant à propulsion motorisée peut également avoir un fauteuil roulant manuel ou un fauteuil roulant manuel de modèle léger, dans la mesure où elle est encore capable de le propulser de manière autonome.

Cette demande d'appareil additionnel doit être appuyée d'une ordonnance médicale qui précise les points suivants :

- La présence d'une déficience dégénérative du système musculo-squelettique;
- La suffisance des capacités résiduelles pour l'utilisation autonome d'un tel fauteuil;
- La nécessité de lui attribuer un tel fauteuil pour le maintien des capacités résiduelles.

Note : la capacité de la personne à utiliser un fauteuil roulant manuel et la nécessité de lui attribuer un tel fauteuil pour le maintien des capacités résiduelles se trouve habituellement dans le rapport du professionnel qui a réalisé les essais d'appareils (ergothérapeute ou physiothérapeute) et cette justification, qui complète le portrait clinique, est jugée suffisante.

5. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente directive entre en vigueur le 1 juin 2017.