

# CHANGEMENTS TOUCHANT LES MÉDECINS TRAITANT DES PROBLÈMES MUSCULOSQUELETTIQUES – I

Des changements ont récemment été apportés à la rémunération des services rendus à des patients souffrant de problèmes musculosquelettiques, d'abord à certaines ponctions et injections, puis aux visites elles-mêmes. Êtes-vous au courant ?

Michel Desrosiers

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018, la rémunération des ponctions et injections a subi des changements. Bien qu'ils aient été paraphés avant le début de la campagne électorale, ces changements n'ont pas été approuvés par le Conseil du trésor. Les informations sont donc conditionnelles à l'approbation du gouvernement qui pourrait n'être accordée qu'en novembre ou décembre (tableau).

## CHANGEMENTS POUVANT TOUCHER L'ENSEMBLE DES MÉDECINS

### INJECTIONS

Le libellé des injections a été modifié. Le code 00431 était utilisé pour la rémunération d'au plus trois injections (y compris l'aspiration préliminaire) d'un médicament dans une bourse séreuse ou une articulation, mais ne comprenait techniquement pas l'injection d'un produit de viscosuppléance qui n'est pas un médicament. Le libellé vise maintenant l'injection d'un produit thérapeutique. Il couvre donc autant les médicaments que les produits de viscosuppléance. Le tarif est demeuré le même et tient compte de l'ajustement du 1<sup>er</sup> septembre 2018.

**Il n'est plus possible de cumuler, le même jour et sur le même endroit, une ponction sous guidage échographique et une injection.**

Depuis un an, plusieurs médecins facturent les injections de produits de viscosuppléance comme des services non tarifés selon les modalités du code 09990. Cette facturation était en suspens en attendant des directives des parties négociantes. Ces services seront réglés par la RAMQ selon le nouveau libellé.

Le code 00430 vise l'injection d'un médicament dans une capsule, une gaine, un tendon, un ligament ou un fascia et ne pose pas le problème décrit pour les produits de viscosuppléance. Il n'a été modifié que pour encadrer le cumul avec certains autres services.

Une note des parties négociantes limite maintenant la facturation des codes 00430 et 00431. Elle spécifie dorénavant que la facturation de ces codes ne peut pas être cumulée avec celle de la ponction sous guidage échographique.

### PONCTION SOUS GUIDAGE ÉCHOGRAPHIQUE

Il existe deux codes pour la ponction sous guidage échographique : un visant la ponction ou le drainage d'un kyste,

TABEAU | RÉSUMÉ DES CHANGEMENTS AUX CODES DE FACTURATION DES PONCTIONS ET DES INJECTIONS

Code	Service	Nature du changement
00430	Injection dans une capsule, une gaine, etc.	Même description, mais pas de cumul avec les codes 00431, 00124, 00324 au même endroit, le même jour
00431	Injection dans une articulation	Produits thérapeutiques (viscosuppléance) maintenant compris, sans cumul avec les codes 00430, 00124 ou 00324 au même endroit, le même jour
00124	Ponction de collection liquidienne sous échoguidage	Pas de cumul avec les codes 00430, 00431 ou 00324
00324	Ponction de collection liquidienne sous échoguidage	Pas de cumul avec les codes 00430, 00431 ou 00124

Le D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

d'un abcès ou d'une collection liquidienne ou d'un épanchement gazeux sous guidage échographique dans un membre (00124) et l'autre pour une telle collection dans la colonne ou la région paravertébrale (00324). Lors d'un différend, un arbitre est venu statuer que ces codes visaient exclusivement la ponction, et non l'injection d'un médicament ou d'un autre produit thérapeutique effectué en même temps, que ce soit sous guidage échographique ou non. Il était aussi d'avis qu'il n'était pas nécessaire que la collection soit volumineuse, mais bien simplement qu'elle soit notée au dossier.

Sans changer le tarif, la modification fait en sorte qu'il est désormais interdit de réclamer le même jour la ponction sous guidage échographique et l'injection d'un produit au même endroit. Le cumul de la ponction sous échoguidage avec le code d'injection (00431) cesse donc d'être possible au même endroit.

De façon isolée, c'est une réduction de la rémunération de ces services. Toutefois, l'enjeu financier est faible du fait que le deuxième service était payé à demi-tarif et que peu de médecins cumulaient ainsi les deux codes. De plus, les médecins qui cumulaient antérieurement les deux codes ont une pratique importante en services musculosquelettiques et bénéficieront des changements apportés à la même date à la rémunération de ces activités. Dans l'ensemble, ils sortent donc gagnants de la démarche.

## CHANGEMENTS TOUCHANT CERTAINS MÉDECINS SEULEMENT

Dans la foulée des changements dont nous venons de traiter, des modalités spécifiques ont été ajoutées pour les médecins qui agissent comme consultants dans les cas de lésions musculosquelettiques. Ces derniers doivent adapter leur facturation, mais bon nombre de médecins sont touchés indirectement, soit ceux qui font appel à ces consultants. De telles visites cesseront d'avoir un effet sur le calcul de leur taux d'assiduité.

Les médecins qui concentrent leurs activités sur les lésions musculosquelettiques ou en médecine du sport ou qui y ont une part importante de leurs activités professionnelles ont dû, depuis quelques années, s'adapter à différents changements: nouveaux cadres de visites applicables aux patients non inscrits auprès du médecin donnant les soins, effet des

consultations de patients inscrits auprès d'autres médecins sur le taux d'assiduité de leur médecin traitant et diffusion grandissante de l'échographie dans le cadre de plusieurs interventions. Les modifications apportées aux règles de facturation visent à corriger certaines répercussions de ces changements.

Une partie de la clientèle des médecins visés leur est adressée par leurs collègues médecins de famille. Par conséquent, ils ont exprimé la crainte que des médecins de famille réduisent le nombre de patients qu'ils dirigent vers eux afin d'éviter les répercussions de ces évaluations par un omnipraticien ne faisant pas partie de leur groupe de pratique sur leur taux d'assiduité.

Les médecins traitants pourraient plutôt diriger cette clientèle vers des orthopédistes ou des physiatres, mais les médecins de ces spécialités n'ont pas la capacité de répondre à un tel volume. Un aménagement était donc requis pour éviter un tel déplacement.

De plus, les médecins ayant une pratique exclusive dans ce secteur n'inscrivent pas de clientèle et ont l'impression que

---

Certains médecins désignés pourront se prévaloir d'une nomenclature spécifique aux services musculosquelettiques, et les consultations des patients ne nuiront pas au calcul du taux d'assiduité des médecins traitants.

---

les modifications de la nomenclature de première ligne les défavorisent. D'autres médecins intègrent cette pratique dans leur pratique générale. Comme ces patients ne sont pas inscrits auprès d'eux, cela peut nuire à leur capacité d'inscrire de nouveaux patients ou d'accéder à la tarification associée. Toujours en tenant compte de la nécessité de ces services, la Fédération a décidé, conjointement avec le ministère, de trouver une solution.

Contrairement aux changements dont nous avons traité précédemment, qui touchent tous les médecins (injections et

ponctions sous guidage échographique), la nomenclature spécifique aux services musculosquelettiques ne vise que les médecins désignés par le comité paritaire qui ont une pratique significative dans ce secteur auprès d'une clientèle qui n'est pas inscrite auprès d'eux. Les analyses lors de l'évaluation du coût des modifications se sont faites sur une cohorte de 120 médecins trouvés par un sondage et par leur facturation de certains services spécifiques.

Le mois prochain, nous traiterons des critères de désignation et des modifications elles-mêmes. D'ici là, bonne facturation! //