

La Pertinente

Infolettre de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM)

Mesures de pertinence adoptées en décembre 2021

En décembre, l'IPAM a adopté 5 mesures de pertinence. Ces dernières touchent plus particulièrement 7 spécialités mais 2 importantes mesures concernent plusieurs spécialités. Douze (12) codes et 2 règles de facturation sont affectés par ces décisions; 2 mesures sont suspendues temporairement. Les économies en lien avec ces mesures sont estimées à ce jour à 10,1 M\$. L'une de ces mesures est toujours en évaluation par le comité d'expertise d'analyse économique de l'IPAM.

Modification de libellé - Réduction tarifaire

Garde préventive

Le 1er octobre 2021, il y a eu un changement du libellé de la garde préventive, en regard de la [lettre d'entente 172 de l'Accord-cadre](#). Malheureusement, il a été constaté que le libellé actuel génère plusieurs problèmes au niveau structurel et organisationnel dans les établissements.

La demande de garde provisoire constitue une démarche différente de la garde préventive et exige une évaluation beaucoup plus détaillée et complexe. La demande de garde provisoire est autrement prévue à l'entente. La minoration proposée à la garde préventive représente une juste rémunération eu égard à la complexité de la demande propre à celle-ci.

L'IPAM procède donc à la modification du point 1.1. de la [Lettre d'entente 172](#) - concernant la rémunération de certaines évaluations médicales effectuées par les médecins spécialistes de la façon suivante :

1. Le médecin spécialiste est rémunéré selon la tarification prévue à la lettre d'entente 172 lorsqu'il est appelé à réaliser l'une des évaluations suivantes :

1.1 Évaluation en vue d'une garde préventive

Il s'agit de l'évaluation effectuée par un médecin spécialiste exerçant dans un établissement afin d'admettre une personne sous garde préventive lorsqu'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave pour elle-même ou pour autrui.

La tarification s'applique pour la partie de l'examen afférente à cette évaluation et la rédaction du rapport.

Tarification

Le tarif du code de facturation **98000** - *Garde préventive* sera réduit de soixante pourcent (60%) passant de 100\$ à 40\$.

Dans ce numéro

Sujet	Page
Plusieurs spécialités	
Garde préventive	1
Règle 14 : Soins d'urgence	2
Spécialité	
Allergologie- Immunologie	3 et 4
Anatomopathologie	4
Dermatologie	5
Endocrinologie	6
Médecine d'urgence	6
Médecine nucléaire	7
Obstétrique- Ogynécologie	5
Urologie	6

GARDE PRÉVENTIVE

ABROGÉ	MODIFIÉ	M
	98000	M
	Lettre d'entente 172	M

Pour connaître le détail : ipam.ca

Économies estimées

Des économies récurrentes de 559 062 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure. Ce montant devra être confirmé par le comité d'expertise économique de l'IPAM.

Entrée en vigueur

1er janvier 2022

Mise à niveau de la Règle 14 : Soins d'urgence, de la Règle 4 de l'Annexe 38 et de la Règle 4 du Préambule général du Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE)

Médecine - chirurgie - anesthésiologie

Le Préambule général de la Règle 14 du Manuel des médecins spécialistes (MMS) ainsi que les articles 14.1 et 14.2 sont modifiés de la façon suivante : La **Règle 14** a trait aux soins d'urgence donnés en médecine, en chirurgie et en anesthésiologie dans les centres hospitaliers de courte durée. Elle ne s'applique pas au médecin spécialiste qui voit des malades comme médecin de première ligne aux urgences de l'établissement, c'est-à-dire un médecin spécialiste qui effectue son quart de travail sur place dans une urgence, une urgence pédiatrique, une urgence psychiatrique, une urgence d'un institut de cardiologie ou de pneumologie.

14.1 Le médecin spécialiste qui répond, à la demande d'un intervenant, à une urgence pendant l'horaire de garde (voir encadré), a droit au paiement d'honoraires majorés.

Avis : En rémunération mixte, voir article 4.2, Annexe 38, Brochure # 5.

Activités incluses

- Tout service médical rendu à la salle d'urgence par un médecin spécialiste (patients observés, patients en attente d'hospitalisation, patients ambulatoires) à l'exception des services de première ligne, au cours de l'horaire de garde prévue à l'article 14.1;
- Un service rendu en urgence pour un patient hospitalisé et qui voit son état se dégrader de telle sorte qu'il nécessite une intervention rapide mais en lien avec la priorisation clinique.

Dans un tel cas, la note consignée au dossier et la prise en charge du patient en font foi.

- Toute chirurgie, procédé diagnostique et thérapeutique (PDT) non planifié ou tout accouchement.

Avis : Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du Préambule général (PG)** et indiquer l'heure de début du service.

Activités exclues

- Les services de première ligne tels que les visites principales et de contrôle dans une urgence, ou une urgence pédiatrique, psychiatrique, cardiologique ou pneumologique;

- Une consultation, une visite, une chirurgie, un procédé diagnostique et thérapeutique ou tout autre service réalisé en clinique externe pour un patient électif avec rendez-vous;
- Un service facturé selon les règles du SLE, par le biais d'une demande de paiement à l'assurance hospitalisation - rémunération à l'acte (1606);
- Une visite effectuée auprès d'un patient hospitalisé ne présentant pas de modification de son état de santé nécessitant une action rapide mais en lien avec la priorisation clinique.

Imagerie médicale

Activités incluses

- Un examen diagnostique réalisé en semaine, de la période comprise entre 19h et 7h, du week-end et des jours fériés pour lequel une interprétation en urgence est demandée;
- Un procédé diagnostique et/ou soin dispensé en radiologie d'intervention et demandé en urgence.

Note : Pour se prévaloir de la majoration d'urgence en radiologie diagnostique ou en médecine nucléaire, il faudra indiquer : le nom du professionnel demandant l'interprétation d'urgence, l'heure et la date de la réalisation de l'examen et l'heure et la date d'interprétation.

Liste de garde

En semaine : de la période comprise entre 19h et 7h; le week-end et les jours fériés.

Le médecin désirant se prévaloir de la majoration d'urgence doit se trouver sur la liste de garde définie par le chef de département, de service ou le directeur des services professionnel (DSP) de l'établissement et ne requiert pas nécessairement que le médecin spécialiste soit identifié au terme d'une liste de garde au sens de l'accord-cadre de l'Annexe 25.

Note : Un **médecin spécialiste non-inscrit à la liste de garde** qui est appelé en renfort pour prêter main-forte à un autre médecin spécialiste lors d'une situation urgente exceptionnelle doit utiliser l'élément de contexte : « Support en urgence pour une situation exceptionnelle » pour se prévaloir de la majoration d'urgence. Indiquer la date et l'heure de l'appel ainsi que la date et l'heure de début du service.

Activités exclues

- Tout examen réalisé durant l'horaire de garde mais ayant été planifié de façon élective. (À l'exception d'une interprétation urgente demandée par un professionnel, auquel cas un élément de contexte doit le préciser, le nom du professionnel, la date et l'heure

de la réalisation de l'examen, la date et l'heure de la demande urgente et la date et l'heure de l'interprétation urgente);

- Tous les examens réalisés à l'extérieur de l'horaire de garde et interprétés durant la période de garde selon la règle 14 du Préambule général (PG).

14.2 : Majoration d'honoraires

La majoration d'honoraires est de 150 % pour les soins donnés entre minuit et 7h; et de 70 % pour le reste de l'horaire de garde.

Pour déterminer la majoration, on retient :

- l'heure du début de la **visite** ou de la **chirurgie**;
- **en imagerie**, la date et l'heure de la réalisation de l'examen ainsi que la date et l'heure de l'interprétation demandée en urgence;
- **en obstétrique**, l'heure de la naissance.

Avis : Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG** et indiquer l'heure de début du service.

La majoration d'honoraires touche l'ensemble des soins donnés en cette occasion; le cas échéant, on l'applique au tarif de l'honoraire global.

14.3 Anesthésiologie

À l'égard des procédés d'anesthésiologie tarifés en unités, on majore le tarif des unités de base d'une intervention qui est entreprise pendant l'horaire de garde.

Avis : Utiliser l'élément de contexte **Soins d'urgence selon la règle 14 du PG** et indiquer l'heure de début du service.

14.4 Honoraires

Les honoraires que touche celui qui doit se rendre au centre hospitalier pour une ou plusieurs urgences, sont d'au moins 245 \$ entre minuit et 7h et d'au moins 163 \$ pour le

reste de la garde, à l'exception du médecin classé en pédiatrie pour lequel les honoraires sont d'au moins 328 \$ entre minuit et 7h et d'au moins 163 \$ pour le reste de la garde.

Avis : Pour facturer ce minimum, utiliser l'un ou l'autre des codes de facturation suivants :

- **Code 09203** de minuit à 7h
- **Code 09204** de 7h à minuit, les samedis, dimanches et jours fériés et, de 19h à minuit, les autres jours.

Inscrire l'heure de début et l'heure de fin du déplacement.

Pour chacun de ses déplacements pendant l'horaire de garde, le médecin doit choisir entre :

- le forfait d'urgence pour l'ensemble des patients ou;
- la facturation des actes posés pour chacun des patients, mais jamais les deux pour ce même déplacement.

14.5 Fériés

Est considéré férié un jour de congé accordé au personnel infirmier de l'établissement qui coïncide avec la date d'une fête (voir encadré) ou avec la date de sa célébration, lorsqu'elle est reportée par décision de l'établissement.

Avis : En établissement, les seules dates reconnues par la Régie comme jours fériés sont celles accordées au personnel professionnel d'un établissement et transmises à la Régie par son directeur des services professionnels et hospitaliers, avant le 30 avril de chaque année.

Si aucun calendrier spécifique n'est transmis avant cette date, c'est le calendrier des dates déterminées par la Régie qui est retenu.

Les fêtes

- le jour de l'An,
- le lendemain du jour de l'An,
- le Vendredi saint,
- le lundi de Pâques,
- la Journée nationale des patriotes,
- la fête nationale du Québec,
- la fête du Canada,
- la fête du Travail,
- l'Action de grâce,
- la veille de Noël,
- la fête de Noël,
- le lendemain de Noël
- et la veille du jour de l'An.

Économies estimées

Des économies récurrentes de 7 500 000 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure. Ce montant devra toutefois être confirmé par le comité d'expertise économique de l'IPAM.

Entrée en vigueur
15 février 2022

Modification de codes et ajout d'un code

Allergologie-Immunologie

Le code **20504** : *Test de provocation orale spécifique aux aliments, incluant les visites de contrôle, la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation, par jour* a été identifié comme ayant subi des effets importants quant à l'évolution de la pratique en immunologie.

Le libellé de ce code est modifié par l'ajout de la note suivante :

Note : *Ce code exclut les visites subséquentes de progression en immunothérapie orale.*

Création d'un nouveau code

L'IPAM demande à la RAMQ de créer un nouveau code portant le libellé et la note suivante : *Progression d'immunothérapie orale alimentaire, incluant la participation professionnelle au procédé, le cas échéant, et l'interprétation.*

Note : *Ce code ne peut être facturé avec une visite le même jour, pour le même patient, par le même médecin.*

(Réservé aux spécialistes en Allergie-Immunologie)

Une fois que les parties négociantes auront fixé le montant associé au nouveau code et que celui-ci sera effectif, le libellé du code **20104** sera modifié de la façon suivante :

Un supplément est payable si réaction anaphylactique nécessitant l'administration d'épinéphrine, en y incluant le nouveau code créé par la RAMQ.

Entrée en vigueur

1er mars 2022

Abolition d'une majoration, modification de codes

Anatomopathologie

L'IPAM a finalement choisi d'abolir la majoration de la **valeur d'unité L4E** des **modificateurs 077, 460 et 487** d'un cas révisé avec rapport succinct au dossier et documentation photographique du cas pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs.

En octobre dernier, la majoration avait été réduite de 1,5 x à 1,25 x, l'IPAM procède maintenant à son abolition.

Abolition du 5% de la validation rétroactive de la charge professionnelle

La marge de 5% de variation entre la charge accomplie et la charge anticipée pour les montants de récupération et/ou de remboursement lors de la validation

rétroactive de la charge professionnelle annuelle sera abolie.

Ces montants seront établis selon la quantité exacte des unités L4E accomplies dans les deux cas : manque ou excès.

Modification de codes

Le libellé des codes d'actes **11801** et **11802** a été modifié de la façon suivante :

« On accorde la valeur d'unité L4E d'un cas révisé avec rapport succinct au dossier (avec ou sans documentation photographique du cas). Pour présentation à une réunion clinico-pathologique ou à une clinique des tumeurs ».

Entrée en vigueur

1er janvier 2022

ALLERGOLOGIE- IMMUNOLOGIE			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
NOUVEAU CODE			NC
		20504	M
À venir	NC	20104	M

Pour connaître le détail : ipam.ca

Économies estimées

Des économies récurrentes de 335 181 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure. Toutefois, les économies seront révisées par l'IPAM une fois le nouveau code créé.

ANATOMOPATHOLOGIE			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
		11801	M
		11802	M
Majoration des modificateurs 077, 460 et 487			A
5% de la validation rétroactive de la charge professionnelle			A

Pour connaître le détail : ipam.ca

Économies estimées

Des économies récurrentes de 1 509 042 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure.

Divers actes à faible valeur ajoutée

L'IPAM a choisi de regrouper divers actes à faible valeur ajoutée, associés à 5 spécialités différentes, sous une même mesure de pertinence.

Économies estimées

Les économies totales provenant de ces modifications représentent des économies récurrentes estimées à 242 881 \$ (annualisées) dont certaines seront effectives à compter du 1er février 2022 et d'autres du 1er mars 2022. Nous vous présentons brièvement ces changements.

Fixation de conditions

Allergologie-Immunologie

Le libellé du code **20113** : **Traitement ultra-rapide d'hypersensibilisation au venin d'insecte, pour initiation de traitement seulement, incluant tous les soins sauf la visite principale et l'acte identifié par le code de facturation 20104 rendu le même jour.** est modifié de la façon suivante :

- *Minimum de quatre (4) injections, par type de venin, par patient par jour.*

Note : Le code de facturation 20113 ne peut être facturé qu'au maximum de deux (2) fois par patient, par année civile.

Entrée en vigueur

1er février 2022

Fixation de conditions

Dermatologie

Le libellé du code **00820** : **Super-vision d'un traitement de photothérapie et la règle d'application no 22** sont modifiés de la façon suivante :

- *Pour un patient recevant un traitement de photothérapie, on ne peut réclamer le paiement de l'honoraire d'une visite effectuée à la même séance, par le même médecin.*

Avis : Utiliser l'élément de contexte: **Séance différente.**

- *Pour un patient recevant un traitement de photothérapie ou de photodynamie, le médecin ne peut réclamer qu'un seul traitement par jour, par le même médecin.*

Avis : Utiliser l'élément de contexte : **Séance différente.**

- *Pour un patient recevant un traitement de photothérapie pour psoriasis ou dermatite atopique (der01), sont payées à 100% les soixante (60) premières séances, par année. Les séances subséquentes seront payées à 50%.*

Avis : Pour permettre à un dermatologue différent de celui qui supervise le traitement de photothérapie pour un même patient, de facturer une visite pour ce patient vu la même journée, mais à une séance différente, utiliser l'élément de contexte : **Séance différente.**

Création d'un nouveau code

Afin de permettre la supervision d'un traitement de photothérapie pour des conditions autres que le psoriasis et la dermatite atopique

ACTES À FAIBLE VALEUR AJOUTÉE			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
		NOUVEAU CODE	NC
ALLERGOLOGIE-IMMUNOLOGIE			
		20113	M
DERMATOLOGIE			
Règle # 22	M	00820	M
		À venir	NC
MÉDECINE D'URGENCE			
00522	A		
OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE			
06262	A		
06473	A	06145	M
UROLOGIE			
		00320	M

Pour connaître le détail : ipam.ca

sans application du plafond de soixante (60) séances par patient, par année civile, l'IPAM propose que les parties négociantes (MSSS et FMSQ) entament des discussions à la table de négociation afin de s'entendre sur la valeur monétaire du code d'acte à être créé.

Le libellé de ce code devrait se lire comme suit : **Traitement de photothérapie pour des conditions autres que le psoriasis et la dermatite atopique.**

Entrée en vigueur

1er mars 2022

Abolition d'un code

Médecine d'urgence

Le lavage gastrique occupe une place de moins en moins importante dans la place des patients intoxiqués. Le niveau de preuve associé à cette procédure demeure à faible valeur ajoutée. Dans les cas pour lesquels le lavage gastrique est indiqué, celui-ci est réalisé par une infirmière en urgence qui possède la formation requise.

L'IPAM procède donc à l'abrogation du code **00522** : Lavage gastrique.

Entrée en vigueur

1er février 2022

Conditions de facturation, abolition de codes

Obstétrique-gynécologie

L'Association des obstétriciens-gynécologues reconnaît que la résection cunéiforme n'est plus une pratique recommandée pour traiter l'infertilité chez les patientes souffrant d'un syndrome d'anovulation chronique (syndrome des ovaires polykystiques), les codes suivants ont donc été abrogés : **06262** - Résection cunéiforme, unilatérale ou bilatérale et **06473** - Technique laparoscopique, supplément.

Le libellé du code de facturation **06145** : Dilatation et curetage biopsique avec ou sans polypectomie ou cautérisation (PG-28) est modifié en ajoutant l'élément suivant: « Ce code ne peut pas être facturé en cabinet privé ».

Entrée en vigueur

1er février 2022

Fixation de conditions

Urologie

Le libellé du code **00320** Urétrocystoscopie diagnostique et thérapeutique (incluant le cas échéant, l'injection de colorant, l'urétrotomie interne, l'ablation de calcul ou de corps étranger de l'urètre ou de la vessie, l'ablation du cathéter urétéral ou une sonde double « J » , la biopsie ou l'excision ou l'électrocoagulation de lésions urétrales ou vésicales ou les deux, la méatotomie urétérale pour sténose et la recherche de trajets fistuleux) pour le suivi des tumeurs vésicales de faible risque (bas stade et bas grade) est modifié par l'ajout des notes suivantes :

Note 1 : Pour les tumeurs vésicales primaires de la vessie à faible risque (bas stade, bas grade) :

- la cystoscopie de contrôle est limitée à deux (2) par patient pour la première année de traitement et à une (1) par patient les années suivantes.

Note 2 : Pour les tumeurs vésicales à faible risque récidivantes et celles à risque intermédiaire ou à risque élevé :

- il n'y a pas de limitation du nombre de cystoscopies par année.

Économies estimées

À venir. L'économie à reconnaître sera analysée par le comité d'expertise économique de l'IPAM et communiquée au comité de gouvernance pour ajout au bilan des mesures.

Entrée en vigueur

1er février 2022

ENDOCRINOLOGIE

Suspension temporaire de l'application de certains éléments

L'IPAM n'est actuellement pas en mesure d'appliquer pleinement certains éléments de la mesure présentée dans le dernier numéro de La Pertinente concernant la modification ou l'application de différentes règles en endocrinologie.

Il a donc été décidé de suspendre l'imposition du plafond de visites :

- de deux (2) par année pour les codes **09162** (visite principale en clinique externe) et **09127** (visite principale en cabinet privé) par patient – par le même médecin endocrinologue pour un **diagnostic d'hypothyroïdie primaire non compliquée**.
- de deux (2) par année pour les codes **09162** (visite principale en clinique externe) et **09127** (visite principale en cabinet privé) par patient – par le même médecin endocrinologue pour un **diagnostic de dyslipidémie non compliquée**.

Une fois les moyens et les éléments d'identification des diagnostics définis et validés par le comité aviseur, cette résolution sera soumise à nouveau au comité de gouvernance pour sa mise en application.

Les économies préalablement estimées à 174 362 \$ seront donc retirées temporairement du bilan de l'IPAM.

Suspension rétroactive d'une mesure adoptée en octobre 2021

Médecine nucléaire

L'IPAM a pris la décision de sursoir, rétroactivement au 1^{er} décembre 2021, à l'application d'une mesure de pertinence concernant la fixation de conditions de facturation pour le **code 08690** - *Étude du taux d'épuration* - Manuel des médecins spécialistes - Services de laboratoire en établissement (SLE) - Chapitre F - Médecine nucléaire, adoptée en octobre 2021.

C'est à la suite de discussions avec les parties impliquées et considérant que des enjeux majeurs limitant l'accès à des tests diagnostiques sont expérimentés par suite de la mise en application de cette mesure, l'IPAM suspend cette décision jusqu'à ce que les comités de travail se soient entendus et que les instances gouvernementales soient en mesure de déployer la technologie essentielle à son application.

**Pour vous abonner à
La Pertinente,
rendez-vous sur la
page d'accueil
ipam.ca**

La Pertinente est une publication de
l'Institut de la pertinence des actes
médicaux (IPAM)
Courriel :
lapertinente.IPAM@ssss.gouv.qc.ca
Web : ipam.ca.