

La Pertinente

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

Mesures de pertinence adoptées en mai 2022

En mai 2022, l'IPAM a adopté 12 nouvelles mesures de pertinence. Ces décisions concernent plus particulièrement 9 spécialités spécifiques, une mesure touche plusieurs spécialités; 29 codes de facturation sont affectés par ces mesures. Les économies en lien avec ces dernières sont estimées à ce jour à 12,9 M\$.

Révision d'indications d'examen pathologique systématique de spécimens ciblés

Anatomo-pathologie

Une réduction du nombre d'examens de spécimens jugés non pertinents amènera les pathologistes et les technologues de laboratoire à utiliser à meilleur escient leur expertise. L'objectif de cette démarche est d'améliorer les délais de traitement des spécimens dont la pertinence est incontestable.

Le comité de gouvernance mandate, à compter du 1er juin 2022, le sous-comité de gestion du portefeuille de projets afin de s'assurer que les éléments nécessaires à l'application de cette mesure soient suivis, déployés et mis en place à brève échéance.

Mandat du sous-comité

Son mandat consiste notamment à voir à la réalisation du plan de travail suivant auprès des intervenants du MSSS et de la FMSQ:

1. Mettre en œuvre les recommandations quant à l'exclusion des spécimens à faible valeur ajoutée des processus formels d'évaluation en pathologie;
2. Mettre en œuvre des outils de description, en fonction de standards révisés, pour les spécimens à faible valeur ajoutée ;
3. Mettre en œuvre des systèmes de gestion des spécimens dans les établissements, en réduisant le recours aux laboratoires de pathologie;
4. Réviser le manuel de facturation en fonction des mesures proposées.

Dans ce numéro

MESURES DE PERTINENCE	
Spécialité spécifique	
Anatomo-pathologie	1
Cardiologie	2
Chirurgie générale	3
Gastro-entérologie	4
Médecine interne	2,5
Médecine préventive	6
Neurologie	7
Pneumologie	9,10
Psychiatrie	7
Plusieurs spécialités	
Sédation-analgésie	11

Économies estimées

La somme temporaire de 2 351 199 \$, récurrents, sera retirée de l'enveloppe globale des médecins spécialistes à titre d'économie anticipée.

Après douze (12) mois de la pleine implantation provinciale de cette mesure, le comité d'expertise économique de l'IPAM évaluera la portée économique et, le cas échéant, proposera les ajustements nécessaires pour la reconnaissance finale de l'économie récurrente à inscrire au bilan de l'IPAM.

Modification de la règle 19 des « Règles d'application et de plafonnement »

Cardiologie

À la suite de consultations, l'IPAM a résolu de limiter la rémunération à **une** visite clinique **par** patient, **par** cardiologue, **par** jour, en clinique externe ou en cabinet privé; à moins d'une deuxième visite d'urgence.

Ainsi, la règle 19 des Règles d'application et de plafonnement - Manuel des médecins spécialistes - Rémunération à l'acte - est modifiée par **l'ajout d'un point 9** décrit comme suit:

En cardiologie, le cardiologue ne peut facturer qu'une seule visite (principale 09127 - 09162, consultation 09165 - 09170, contrôle 09129 - 09164, 16004, 16005, 15246, 09207, 09208, 15706, 15130, 15267, 15269 et 15707) par jour, par patient et par médecin en clinique externe ou en cabinet privé; sauf si le patient présente une condition clinique nécessitant une intervention rapide et une seconde réévaluation afin d'établir un plan thérapeutique en externe après une investigation/intervention sommaire, auquel cas un élément de contexte et une seconde réévaluation doit être réalisée.

Il est également suggéré que la RAMQ procède à l'ajout de l'avis suivant:

AVIS : Pour une deuxième visite facturée, utiliser l'élément de contexte **Prise en charge d'une condition clinique exigeant une intervention rapide et une seconde réévaluation doit être réalisée.** La note médicale doit en faire foi pour la visite supplémentaire facturée.

Règle d'application 27 : ajout d'une règle de plafonnement

Médecine interne

À la suite de consultations, l'IPAM a pris la décision d'ajouter un élément de plafonnement à la règle d'application 27 – section Médecine interne, rhumatologie et gériatrie des Règles d'application et de plafonnements – Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte – stipulant :

En médecine interne, les suppléments de durée (codes **15392, 15394, 15399, 15401**) en cabinet privé et en clinique externe sont plafonnés à trois (3) par jour par médecin, peu importe le lieu de dispensation.

Entrée en vigueur

Le 1er juillet 2022

Économies estimées

Des économies récurrentes de 725 710 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure. Ce montant devra être validé par le comité d'expertise économique.

Entrée en vigueur

Le 1er juillet 2022

Économies estimées

Des économies récurrentes de 1 089 613 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure. Ce montant devra être validé par le comité d'expertise économique.

MÉDECINE INTERNE			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
15392	M	15399	M
15394	M	15401	M

Modification de la règle 21 : Limitation de la visite principale - Patient atteint de cancer - Réduction de la majoration règle 26

Chirurgie générale

La fréquence des visites pour les patients atteints d'un cancer en suivi et n'étant pas en traitement actif, varie très peu selon les lignes directrices des sociétés savantes.

Il est acceptable de permettre aux médecins de facturer la majoration de la règle 21 du Préambule général aux quatre (4) mois plutôt qu'aux trois (3) mois pour les deux (2) premières années, et par la suite aux six (6) mois pour le suivi du cancer (période débutant à la date de la première visite). Ce changement n'empêche pas le médecin de voir son patient à une fréquence plus élevée, mais à ce moment, une visite de contrôle sera facturée.

Ainsi, le libellé de la **règle 21** – Règle d'application et de plafonnements – Chirurgie – Manuel des médecins spécialistes - Rémunération à l'acte est modifié de la façon suivante :

1.2.1 RÈGLE D'APPLICATION No 21

CHIRURGIE

En chirurgie, sauf en neurochirurgie, en urologie et en chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de quatre (4) mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

En neurochirurgie, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de six (6) mois, par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

En urologie, l'honoraire d'une visite principale, en clinique externe ou en cabinet privé, n'est également exigible qu'une fois par période de six (6) mois, par patient, par médecin, à l'exception de la visite principale effectuée auprès d'un patient de douze (12) mois ou moins qui peut être réclamée une fois par période de trois (3) mois (pour les patients de douze (12) mois ou moins, utiliser le code 15596 en cabinet privé et le code 15597 en clinique externe).

En chirurgie orthopédique, l'honoraire d'une visite principale n'est exigible qu'une fois par période de cinq (5) mois par patient, par médecin, en clinique externe ou en cabinet privé.

Toutefois, un médecin qui suit un malade atteint d'une tumeur intracrânienne ou qui le suit en raison d'une transplantation d'organe a droit au paiement d'une visite principale aux trois (3) mois.

Un médecin qui suit un malade atteint d'un cancer a droit au paiement d'une visite principale aux trois (3) mois à l'exception du médecin classé en chirurgie générale où la visite principale est payable aux quatre (4) mois pour les deux (2) premières années du suivi et aux six (6) mois par la suite (période débutant à la première visite).

AVIS : Selon la situation, utiliser l'un des éléments de contexte suivants :

- **Suivi d'un patient atteint d'un cancer;**
- **Suivi d'un patient atteint d'une tumeur intracrânienne;**
- **Suivi d'un patient en raison d'une transplantation d'organe.**

Les autres visites sont payées au tarif de la visite de contrôle.

Aux fins de l'application de la présente règle, la visite à la demande d'une sage-femme, la visite à la demande d'un optométriste et la visite à la demande d'un audiologiste, d'un audioprothésiste ou d'un orthophoniste sont considérées comme une visite principale.

De plus, aux fins de l'application de la présente règle, la visite principale en lien avec le suivi ou le traitement par injection intravitréenne n'est pas considérée comme une visite principale.

Entrée en vigueur

Le 1er juillet 2022

Économies estimées

Des économies récurrentes de 462 236 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure. Ce montant devra être confirmé par le comité d'expertise économique.

Grands donneurs de sang

Gastro-entérologie

Au Québec, lorsque les grands donneurs de sang développent de l'anémie, ils sont avisés de consulter leur médecin de famille. Il en résulte fréquemment des investigations endoscopiques invasives à faible valeur diagnostique et thérapeutique qui pourraient être évitées.

L'IPAM a identifié une occasion d'améliorer la pertinence des soins prodigués aux donneurs fréquents de sang qui développent de l'anémie ferriprive induite par des dons trop fréquents sans prévention directe de la déplétion des réserves en fer chez les donneurs.

En effet, ajouter une trajectoire particulière en gastroentérologie dans les centres de répartition des demandes de service (CRDS) ainsi que des critères d'évaluation pré-endoscopie pour les grands donneurs de sang permettra de réduire les consultations en gastroentérologie et les examens par endoscopie digestive pour les patients ayant une déplétion de leur réserve en fer associée aux dons de sang fréquents.

Pour accroître l'accès aux patients nécessitant des consultations à plus forte valeur ajoutée, l'IPAM a mandaté le comité de validation, d'implantation et de suivis (CVIS), en date du 1er juin 2022, afin de s'assurer que les éléments nécessaires à l'application de cette mesure soient suivis, déployés et mis en place à brève échéance.

Économies estimées

Une somme temporaire de 2 070 000 \$, récurrents, sera retirée de l'enveloppe globale des médecins spécialistes à titre d'économie anticipée.

Après douze (12) mois de pleine implantation provinciale de cette mesure, le comité d'expertise économique de l'IPAM en évaluera la portée économique réelle et, le cas échéant, proposera les ajustements nécessaires pour la reconnaissance finale de l'économie récurrente à inscrire au bilan de l'IPAM.

Mandat du comité

Le mandat comprend le suivi des livrables auprès des intervenants du MSSS et de la FMSQ du plan de travail suivant :

1. Ajouter une trajectoire gastro-entérologie aux CRDS - Évaluation initiale de l'anémie ferriprive et supplémentation initiale en fer avec une consultation en gastroentérologie et une évaluation endoscopique;
2. Ajouter, dans les formulaires d'évaluation pré-endoscopie AH-702 « DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE », pour les diagnostics d'anémie ferriprive, une évaluation initiale par le personnel infirmier et/ou les intervenants de première ligne;
3. Ajouter, dans les formulaires d'accueil clinique - Anémie ferriprive des différents établissements, pour les diagnostics d'anémie ferriprive, une évaluation initiale par le personnel infirmier et/ou les intervenants de première ligne;
4. Proposer que le MSSS envoie une lettre de collaboration à Héma-Québec visant à valoriser la révision des feuillets informatifs pour les patients et les intervenants de première ligne, inspirés par l'outil informationnel de la Société canadienne du sang (première référence);
5. Demander à l'INESSS et au MSSS, en collaboration avec Héma-Québec, de mettre en œuvre un protocole national et une ordonnance collective permettant à tous les donneurs de sang de recevoir une prescription de fer afin de refaire leur réserve et prévenir le déficit en fer et l'anémie induite par les dons de sang chez les donneurs fréquents ou chez les donneurs répétitifs faisant l'objet d'un refus à cause d'un taux d'hémoglobine bas, en assurant une liaison avec les intervenants de première ligne;
6. Créer, en collaboration avec la FMOQ et la FMSQ, une formation destinée aux intervenants de première ligne sur l'anémie ferriprive induite par les dons de sang;
7. Mandater l'INESSS, en collaboration avec les parties prenantes, afin de créer un algorithme d'investigation pour l'anémie ferriprive pour laquelle une cause évidente est identifiée;

Pré-examens d'endoscopie digestive

Médecine interne

L'utilisation des anticoagulants oraux directs (AOD) a bouleversé le monde de la prise en charge des patients nécessitant une procédure endoscopique. La réduction importante de l'utilisation de la warfarine a ainsi largement facilité les procédures puisque les nouveaux schémas d'arrêt des AOD sont plus systémiques, faciles à comprendre et à suivre.

Afin que la consultation en médecine interne puisse être utile pour répondre à cette question clinique, de nouveaux guides de pratique ont été mis en place pour accompagner tous les soignants à bien évaluer le risque hémorragique, sans le recours à une consultation en médecine spécialisée.

L'IPAM a adopté une mesure visant à réduire le fardeau de l'évaluation avant les examens d'endoscopie digestive ou autres examens diagnostics en valorisant les outils d'aide à la décision clinique pour les médecins référents et a mandaté le comité de validation, d'implantation et de suivis (CVIS), en date du 1er juin 2022, afin de s'assurer que les livrables nécessaires à l'application de la mesure soient suivis, déployés et pleinement mis en place à brève échéance.

Économies estimées

La somme temporaire de 370 621 \$, récurrents, sera retirée de l'enveloppe globale des médecins spécialistes à titre d'économie anticipée.

Après douze (12) mois de pleine implantation provinciale de cette mesure, le comité d'expertise économique de l'IPAM évaluera sa portée économique et, le cas échéant, proposera les ajustements nécessaires pour la reconnaissance finale de l'économie récurrente à inscrire au bilan de l'IPAM.

Mandat du comité

Le mandat comprend le suivi des livrables auprès des intervenants du MSSS et de la FMSQ du plan de travail suivant :

1. Demander à chaque établissement (privé ou public) ayant un plateau d'endoscopies digestives, de revoir la trajectoire de soins pour les patients sous traitement avec des AOD afin que ceux-ci n'aient plus besoin de consultations en médecine interne (hormis s'il s'agit d'une évaluation du risque procédural pour les cas marginaux) et que la gestion des AOD soit établie en fonction des recommandations: www.coagchum.ca;
2. Assurer une communication à tous les médecins effectuant des endoscopies digestives au Québec, leur expliquant la démarche ainsi qu'en leur présentant les avantages de www.coagchum.ca;
3. Pour les cas complexes ou des questions spécifiques, il est proposé de recourir au conseil numérique plutôt que de procéder à une consultation formelle dans la gestion préopératoire des risques liés avec les AOD, hormis pour les cas marginaux pour lesquels l'évaluation du risque transcende les questions de l'anticoagulation en général et se réfèrent aux considérations multisystémiques;
4. Créer des capsules de formation à l'intention des infirmières sur l'évaluation pré-endoscopies digestives et la gestion des anticoagulants oraux;
5. Créer une formation spécifique, sur la plateforme Méduse d'apprentissage en ligne de la FMSQ, à l'intention des chirurgiens et des gastro-entérologues pour rappeler les meilleures pratiques dans la gestion des AOD;
6. Procéder à l'analyse économique en grappe pour estimer les économies pouvant découler de cette mesure, en partant d'une période de référence, à être déterminée, de 2019 et faire une recommandation de reconnaissance des économies annuelles après que le comité d'expertise économique ait convenu du modèle et du scénario le plus réaliste avec les données à être transmises par période par le MSSS;
7. Auditer, après six (6) mois d'implantation des guides, une grappe de cliniques d'endoscopies digestives pour vérifier l'adoption du nouveau processus de gestion des patients;
8. Assurer une collaboration soutenue entre l'Association des spécialistes en médecine interne du Québec (ASMIQ), ses membres et les équipes de www.coagchum.ca pour s'assurer que l'ensemble des meilleures lignes directrices soit toujours accessible ;

Plafonnement d'actes et abolition de codes

Médecine préventive

En Santé publique, médecine préventive ou médecine du travail, l'IPAM a choisi de modifier le manuel des spécialistes - Rémunération à l'acte, Section : Règles d'application et de plafonnement, par la création d'une règle d'application RA39.

La nouvelle règle d'application se lira comme suit :

En santé publique et en médecine préventive ou médecine du travail, les honoraires de visites principales (**09127, 09150, 09162 et 09201**) et les suppléments de consultation (**09165, 09160, 09170 et 09212**) sont limités à huit (8) (au total) par jour, par médecin, et ce, pour tous les établissements. Toute autre visite principale ou supplément de consultation doit être facturée selon la section Hors discipline du Chapitre - Tarification des visites.

Les codes de facturation suivants ont également été abolis:

Centre hospitalier de longue durée

- **16126** : Patient de 85 ans ou plus, supplément
- **16127** : Patient de 85 ans ou plus, supplément
- **16128** : Visite de suivi oncologique
- **16129** : Entrevue avec un tiers (entrevue avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade)
- **16130** : Intervention de suivi, avec une ou plusieurs personnes pour le soin d'un même malade
- **16131** : Visite pour un patient atteint de démence ou d'un problème de santé mentale ou affecté par un problème de mobilité

Centre hospitalier de courte durée

- **09060** : Visite principale subséquente d'un patient hospitalisé pour des soins de longue durée
- **16112** : Patient de 85 ans ou plus, supplément
- **16113** : Patient de 85 ans ou plus, supplément
- **16119** : Patient de 85 ans ou plus, supplément
- **16121** : Patient de 85 ans ou plus, supplément

Entrée en vigueur

Le 1er juillet 2022

Économies estimées

Des économies récurrentes de 378 892 \$ (annualisées) ont été évaluées en lien avec cette mesure. Ce montant devra être validé par le comité d'expertise économique.

MÉDECINE PRÉVENTIVE			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
09060	A	09127	M
16112	A	09150	M
16113	A	09160	M
16119	A	09162	M
16121	A	09165	M
16126	A	09170	M
16127	A	09201	M
16128	A	09212	M
16129	A		
16130	A		
16131	A		

Limitation appliquée à certains codes

Neurologie

L'IPAM a choisi d'appliquer une limitation d'utilisation pour quelques codes relatifs à un supplément de consultation pour certaines pathologies.

Ainsi, les codes **16067, 16072, 16073, 16074 et 16075** - Supplément de consultation du *Manuel des médecins spécialistes - Chapitre B : Tarification des visites - Addendum 10 : NEUROLOGIE, NEUROPSYCHIATRIE ET ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE* font l'objet d'une limitation pour les pathologies suivantes :

Sclérose en plaques

AJOUT: lors de la première visite, ou pour tout patient ayant un score supérieur ou égal à deux (2) sur l'échelle de degré d'incapacité globale (EDSS) ou pour le patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement.

Parkinsonisme

AJOUT: lors de la première visite, et pour tous les patients ayant un score de deux (2) ou plus à l'échelle de Hoehn et Yahr ou pour le patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif.

Il est également proposé que soit ajoutée la note suivante :

NOTE : Inscrire le code de diagnostic approprié.

AJOUT : Pour le patient atteint de sclérose en plaques, inscrire la condition qui s'applique : lors de la première visite, ou pour tout patient ayant un EDSS supérieur ou égal à deux (2) ou pour le patient ayant une maladie active avec considération d'un changement de traitement.

Pour le patient atteint de la maladie de Parkinson ou de parkinsonisme, inscrire la condition qui s'applique : lors de la première visite, et pour tous les patients ayant un score de deux (2) ou plus à l'échelle de Hoehn et Yahr ou pour le patient présentant des fluctuations motrices ou associées à un trouble cognitif.

Guichet d'accès en santé mentale

Psychiatrie

L'IPAM juge prioritaire de réduire le fardeau de morbidité et de stigmatisation sociale associé à la maladie mentale. La clé pour ces patients demeure une série d'interventions rapides, appropriées et agiles par les équipes de première ligne. À cet égard, un des éléments demeure un renforcement de la capacité d'évaluation et de traitement.

Une mesure de pertinence portant sur l'optimisation d'un Guichet d'accès en santé mentale (GASM) a été adoptée. L'IPAM a mandaté le comité de validation, d'implantation et de suivis (CVIS), en date du 1er juin 2022, afin de s'assurer que les livrables nécessaires à l'application de cette mesure soient suivis, déployés et pleinement mis en place à brève échéance.

Mandat du comité

Le mandat comprend le suivi des livrables auprès des intervenants du MSSS et de la FMSQ du plan de travail suivant (page suivante) :

NEUROLOGIE			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
16067	M	16074	M
16072	M	16075	M
16073	M		M

Entrée en vigueur

Le 1er septembre 2022

Économies estimées

Le comité d'expertise économique de l'IPAM procèdera à l'estimation des économies récurrentes associées à cette mesure et en fera rapport au comité de gouvernance pour ajout éventuel au bilan de l'IPAM.

Économies estimées

La somme temporaire de 5 000 000 \$, récurrents, sera retirée de l'enveloppe globale des médecins spécialistes à titre d'économie anticipée.

Après douze (12) mois de pleine implantation provinciale de cette mesure, le comité d'expertise économique de l'IPAM en évaluera la portée économique réelle et, le cas échéant, proposera les ajustements nécessaires pour la reconnaissance finale de l'économie récurrente à inscrire au bilan de l'IPAM.

Étape 1 : Évaluation de la performance des GASM régionaux.

- En collaboration avec la Direction de la santé mentale, de l'itinérance et de la dépendance et l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), identifier les GASM à haut rendement et les GASM à faible rendement; tout en prenant en compte la perception des intervenants de première ligne;
- Identifier les conditions de succès, non identifiées dans le présent document et dans le document de référence déjà cité.

Étape 2 : Évaluation des meilleures pratiques et développement des outils eu égard aux meilleures pratiques à diffuser.

En collaboration avec les Instituts et l'AMPQ, identifier les GASM champions et faire des Hub Écho pour les autres GASM:

- En collaboration avec le chargé de projet national, animer le développement des GASM dans les différents CISSS/CIUSSS et assurer l'optimisation des outils informationnels et éducationnels;
- En collaboration avec le chargé de projet national, animer et cocréer les réseaux communautaires de soutien en fonction des trajectoires prioritaires pour toutes les clientèles;
- Mieux cartographier les outils numériques et/ou les outils de pairs aidants disponibles au niveau provincial ou régional.

Revoir le guide d'implantation des GASM à haut rendement :

- Former les personnes des GASM et valoriser la création de formation continue en lien avec tous les Ordres impliqués;
- En collaboration avec les Instituts et l'AMPQ, créer des outils de formation dédiés aux médecins demandeurs tout en valorisant des processus de réflexion et d'accompagnement; et en soutenant un partenariat engagé avec la FMOQ.

Étape 3 : Déploiement des GASM à haut rendement dans toutes les régions avec une priorité d'implantation dans les régions à haut besoin non répondu (liste d'attente élevée) et GASM à faible valeur ajoutée (peu performant).

- L'AMPQ est responsable d'assurer la mobilisation des chefs de département et des psychiatres eu égard au rôle de médecin. spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP);
- Le MSSS est responsable de mobiliser toutes les directions des établissements afin de dégager les ressources humaines nécessaires pour les GASM;
- En lien avec un projet de réinvestissement non récurrent, l'AMPQ, en collaboration avec la Direction de la santé mentale, de l'itinérance et de la dépendance, est responsable de développer les formations nécessaires, de les donner aux nouveaux intervenants et d'animer les directions;
- En lien avec un projet de réinvestissement non récurrent, un chargé de projet MSSS est responsable d'assurer un rôle de coordination et de leadership transformationnel auprès des directions des CISSS/CIUSSS en fonction des meilleures pratiques identifiées avec les instituts (pour une période de 12 mois).

Étape 4 (concomitante aux autres étapes) : Assurer une formation adéquate des intervenants de première ligne eu égard aux modèles de pratique collaborative; ainsi qu'à la prise en charge dans un modèle collaboratif des problèmes de santé mentale.

Création de formations par l'AMPQ, en collaboration avec les instituts, sur des modèles de prise en charge collaborative des patients, visant à valoriser que, pour les cas plus simples ou plus aigus, mais ne présentant pas de facteurs de mauvais pronostic ou trop de complexité, l'équipe GASM (psychiatre, infirmière, travailleur social) communiquera avec le médecin de première ligne (PL) ou l'infirmière praticienne spécialisée-PL via une note résumée de la discussion ou un téléphone : diagnostic, plan de traitement initial, cascade de traitement possible, modalités non pharmacologiques encouragées.

- Prioriser les cas complexes ou avec un lourd fardeau de comorbidité, bien qu'un plan de traitement intérimaire puisse être proposé au médecin référent avant que la consultation n'ait lieu.

Étape 5 : Processus d'amélioration continue de la performance.

- Développer des indicateurs de performance des GASM quant aux activités du GASM;
- Développer des indicateurs de performance RH;
- Assurer une intégration à l'outil de gestion des tableaux de bord du MSSS (POWERBI) au niveau national.

1. Pendant la phase d'implantation,

- Reconnaître des ajustements non récurrents en fonction des économies réalisées, définies comme les consultations en psychiatrie évitées, soit par la mise en œuvre de mesures alternatives, soit par l'utilisation du MSRP;
- Valider les estimations proposées dans la section économique dans les différentes régions.

2. Après une implantation optimale

dans toutes les régions du Québec, il est estimé, selon le modèle soumis à la section économique, de reconnaître une économie récurrente concomitante de l'ordre de 5 M\$ annuellement sur les nouvelles consultations;

3. Mettre en œuvre ces recommandations rapidement

et assurer une cohérence entre ces projets et les projets de réinvestissement en santé mentale proposés à l'IPAM;

4. Valoriser l'adoption d'un projet

non récurrent visant à mettre en œuvre ce projet sur une période de 12 mois;

5. Une recommandation de reconnaissance des économies annuelles

après que le comité d'expertise économique ait convenu du modèle et du scénario le plus réaliste avec les données à être transmises par période par le MSSS;

Apnée du sommeil : nouvelle requête de laboratoire et modification du libellé d'un code

Pneumologie

Il semble y avoir une utilisation avec une fréquence excessive du code **08489**, particulièrement avec les recommandations récentes des différentes sociétés savantes.

Ainsi, une mesure de pertinence concernant la Standardisation des demandes au laboratoire de sommeil en mettant en place une nouvelle requête de laboratoire et en modifiant le libellé du code **08489** - *Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne* du Manuel des médecins spécialistes - services de laboratoire en établissement (SLE) - pneumologie - a été adoptée.

L'IPAM a mandaté le sous-comité de gestion du portefeuille de projets, en date du 1er juin 2022, afin de s'assurer que les livrables nécessaires à l'application de cette mesure soient suivis, déployés et pleinement mis en place à brève échéance. Voir mandat du comité dans la colonne de droite.

De plus, à la suite du déploiement des outils nécessaires à l'application de cette mesure, le libellé du code **08489** : *Dépistage de l'apnée du sommeil par oxymétrie nocturne* du Manuel des médecins spécialistes - services de laboratoire en établissement - L - Épreuves de fonction respiratoire - sera modifié de la façon suivante:

Ce test nécessite l'enregistrement et l'interprétation des données suivantes :

- Mesure continue de la saturation en oxygène et de la fréquence cardiaque durant une nuit complète.
- L'interprétation doit inclure l'analyse qualitative du pattern oxymétrique, la fréquence des désaturations et le pourcentage du temps passé à chaque tranche de saturation.

Note :

Ce test ne doit pas être utilisé pour le diagnostic de l'apnée du sommeil chez l'adulte; il doit être utilisé, pour les troubles d'hypoxémie nocturne (patients ciblés) et la clientèle pédiatrique.

Économies estimées

La somme temporaire de 413 771 \$, récurrents, sera retirée de l'enveloppe globale des médecins spécialistes à titre d'économie anticipée.

Après six (6) mois de la pleine implantation provinciale de cette mesure, le comité d'expertise économique de l'IPAM évaluera la portée économique et, le cas échéant, proposera les ajustements nécessaires pour la reconnaissance finale de l'économie récurrente à inscrire au bilan de l'IPAM.

PNEUMOLOGIE			
ABROGÉ	A	MODIFIÉ	M
		08489	M

Mandat du sous-comité

Le mandat comprend le suivi des livrables auprès des intervenants du MSSS et de la FMSQ du plan de travail suivant :

En collaboration avec l'Association des pneumologues de la province de Québec, la FMSQ et le MSSS, mettre en place un nouvel algorithme d'investigation des troubles du sommeil, lequel devrait reposer, d'ici 90 jours, sur des outils en ligne pour les intervenants de première ligne; et, à échéance, sur un Prescripteur électronique;

Développer un outil de concert avec les experts pneumologues, l'Association et le MSSS en respect des recommandations du Collège des médecins du Québec et des sociétés savantes;

Rendre l'outil accessible sur les différents dossiers médicaux électroniques (DMÉ) du Québec ainsi que sur un portail électronique;

Retourner aux médecins de première ligne les demandes avec les nouveaux formulaires afin d'assurer une réalisation rapide et pertinente des tests pour tous les tests en attente ;

Standardisation des demandes d'épreuve fonctionnelle respiratoire

Pneumologie

Une analyse des profils de tests réalisés a révélé que certains de ceux-ci étaient utilisés à fréquence excessive et/ou dans des conditions pour lesquelles ils ont une faible valeur ajoutée. L'IPAM a à cœur d'accroître l'accès aux laboratoires avec une utilisation plus judicieuse des ressources. Cette mesure vise à réduire le temps requis en laboratoire de fonction respiratoire pour libérer les inhalothérapeutes dans un contexte de pénurie de personnel.

L'IPAM a mandaté, en date du 1er juin 2022, le sous-comité de gestion du portefeuille de projets afin de s'assurer que les livrables nécessaires à l'application de cette mesure soient suivis, déployés et pleinement mis en place à brève échéance.

Économies estimées

Après douze (12) mois de la pleine implantation provinciale de cette mesure, le comité d'expertise économique de l'IPAM évaluera la portée économique et, le cas échéant, proposera une somme à reconnaître à titre d'économie récurrente au comité de gouvernance de l'IPAM.

Mandat du sous-comité

Le mandat comprend le suivi des livrables auprès des intervenants du MSSS et de la FMSQ du plan de travail suivant :

1. Créer des algorithmes de décision clinique pour la prescription d'épreuves de fonction respiratoire en fonction des conditions cliniques;
 2. Mettre sur pied un groupe de travail de l'Association des pneumologues de la province de Québec, après consultation ciblée auprès des autres associations pertinentes ainsi que de la FMOQ, afin de créer un nouveau formulaire de demande d'examen pour les tests de fonction respiratoire en laboratoire. Le formulaire devra comprendre une section Adulte et une section Pédiatrique;
 3. Assurer que ce nouvel outil sera développé à l'été 2022;
 4. Assurer que ce nouvel outil sera diffusé à tous les centres ayant des laboratoires de fonction pulmonaire;
 5. Assurer que ce nouvel outil sera diffusé à tous les médecins référents de la première ligne par les différents laboratoires des CISSS, CIUSSS, centres hospitaliers universitaires (CHU) et instituts. Par ailleurs, les requêtes devront aussi être revues dans tous les établissements et cliniques pertinentes des CISSS, CIUSSS, CHU ainsi que les instituts;
 6. Pour l'ensemble des modalités de prescription, utiliser les adresses XXX.XXX.med@ssss.gouv.qc.ca et créer des espaces @teams. Ainsi, soit par regroupement d'établissements, soit pour l'ensemble du Québec, cet espace @teams pourra comporter les nouveaux formulaires. Les règles d'utilisation pertinentes pourraient être incluses pour des fins de formation. À court terme, il serait fortement pertinent que les établissements puissent assurer que les formulaires puissent être transmis à partir de courriels.
- Cet élément pourra favoriser de nouveaux outils de communication efficaces entre les médecins et les laboratoires de fonctions respiratoires. À cet égard, cette nouvelle façon de faire pourra être déployée pour les mesures de radiologie;
7. À compter du 15 octobre 2022, seul le nouveau formulaire sera accepté dans les laboratoires de fonctions pulmonaires. Les autres prescriptions seront refusées. Pour les laboratoires ayant des listes d'attente, il y aura une révision des listes d'attente. Les formulaires antérieurs avec manque d'informations seront retournés aux médecins prescripteurs, afin d'être validés à l'aide du nouveau formulaire. Il y aura un suivi local et un registre des examens qui auront été annulés;
 8. Mettre en œuvre un Prescripteur électronique pour la gestion des tests de fonction respiratoire et incorporer aux DMÉ - médecins de famille et spécialistes - le nouveau formulaire;
 9. Mettre en œuvre la mesure à compter du 1er décembre 2022;
 10. Estimer des économies récurrentes, par le comité d'expertise économique de l'IPAM, à la suite de l'introduction de ces mesures pour une période de 6 mois;
 11. Reconnaître des ajustements non récurrents liés à la réévaluation des listes d'attente, dans les milieux concernés;

Sédation-analgésie et blocs régionaux ou veineux

Plusieurs spécialités

Afin de mieux encadrer les situations d'utilisation des honoraires de sédation-analgésie et des blocs régionaux ou veineux, l'IPAM a convenu de revoir les libellés de la **règle 28** : Sédation-analgésie, bloc veineux ou bloc régional; du **préambule général du manuel de rémunération à l'acte**, et de la **règle 7** : Sédation-analgésie, du **préambule général du manuel des services de laboratoire en établissement (SLE)**, en apportant les précisions suivantes :

- Une définition plus précise de la sédation-analgésie;
- L'exclusion de l'anxiolyse et l'anesthésie locale de la possibilité de pouvoir facturer cet honoraire;
- La scission en deux des notions de sédation-analgésie et de bloc (régionaux ou veineux) en leur attribuant un code différent, soit un pour la sédation-analgésie et un pour les blocs;
- La précision que l'honoraire de la sédation-analgésie ne peut être facturé par un autre médecin spécialiste si le patient est sous les soins d'un anesthésiologiste (R2);
- La précision que l'honoraire d'un bloc peut être facturé, mais à 50% de sa valeur, par un autre médecin spécialiste, même si le patient est sous les soins concomitants d'un anesthésiologiste (R2);
- La précision qu'un seul des deux (2) codes peut être facturé pendant une même séance;
- La notion d'obligation de présence du médecin auprès du patient durant la procédure;
- La précision, pour les blocs, de la liste des nerfs pouvant donner droit à cet honoraire par l'addition nominale de nerfs supplémentaires.

Entrée en vigueur

Au plus tard, le 1er septembre 2022

Économies estimées

L'analyse économique de cette mesure est référée au comité d'expertise économique de l'IPAM.

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 :

japertinente.IPAM@ssss.gouv.qc.ca

Web : ipam.ca.