

Danielle Joncas/APQ

De: Danielle Joncas/APQ <djoncas@fmsq.org>
Envoyé: 7 octobre 2016 12:49
À: 'AAA-Danielle'; Badia ISSA-CHERGUI; 'Christian Lussier'; 'Christian Lussier (1)'; 'Claire Matte'; Daniel Gervais; Jean-François Dermine; rbonneau.csssl@ssss.gouv.qc.ca; Richard BONNEAU
Objet: Avis de convocation - Jeudi 20 octobre 2016 - 16h00
Pièces jointes: APQ ASSURANCE QUALITÉ PATHO_sept 2016.docx; Codes_chir_blocs v3_07 10 2016.xlsx
Importance: Haute

Bonjour à tous,

Vous êtes convoqués à une réunion du conseil d'administration de l'APQ le **jeudi 20 octobre prochain à 16h00** aux bureaux de la FMSQ (salle à déterminer).

Deux points à l'ordre du jour :

1. Préparation de la rencontre prévue avec la FMSQ
2. Optilab

Avant de demander une rencontre avec la FMSQ, il est important de répondre aux différentes questions évoquées lors de la dernière réunion et de remettre les documents au Dr Ouellet :

1. Tableau sur les blocs

(Document Dr Bonneau annexé)

- Concernant les "cas par blocs" j'aimerais rappeler qu'ils ne représentent que 7,5 % de nos L4E. Il ne faudrait pas s'enfarger trop longtemps dans les fleurs du tapis.

- Ensuite, il ne faudrait pas trop démultiplier le nombre de codes de facturation.

- Enfin, il n'y aura pas de calcul d'impact possible sinon par le biais des codes cliniques de facturation chirurgicale pour estimer les nombres

de cas. Très complexe... on verra jusqu'où la FMSQ est prête à aller.

Donc, voici la nouvelle proposition (voir le chiffrier) (transmis la semaine dernière...pas le nouveau demandé...)

1- Suivant la suggestion, j'ai mis mis à 12 L4E tout ce qui est néo malin, in situ et de malignité indéterminée, sans dissection ganglionnaire ou sentinelle, (mais parfois avec étude paramétrique comme les phyllodes et les surrénales).

2- On crée un code de supplément sur une base macroscopique pour les "grosses lésions" non malignes: unique et applicable une seule fois.

3- On permet l'utilisation du code d'ajout de blocs pour les cas "néo malin, in situ et de malignité indéterminée" s'il y a plus de 36 blocs jusqu'à 60 blocs (le maximum est donc de 20 L4E).

4- Pour certains codes, on utilise un critère strictement macroscopique.

Il faut discuter ça en CA le plus rapidement possible pour revenir aux Affaires économiques et amorcer un début de négo avec le MSSSQ si on veut arriver à quelques chose au moins pour le 1er juillet 2017.

2. Contrôle de qualité

1. Dans la plupart des gros départements, les pathologistes fonctionnent par surspécialités (hématopathologie, gynécopathologie, pathologie mammaire...);
2. Dans certains domaines particuliers, les spécimens sont directement envoyés à des consultants (hématopathologie, neuropathologie, pathologie hépatique et néphropathologie);
3. La plupart des départements font des réunions en vue de discuter des cas complexes avec preuves à l'appui (numéros de cas discutés) - Les cas qui demeurent sans réponse sont envoyés à des consultants en surspécialité dans les différents CHA et CHU de la province ;
Commentaire Dr Bonneau : Certains départements font des réunions en vue de discuter des cas complexes avec preuves à l'appui (numéros de cas discutés) - Les cas qui demeurent sans réponse sont envoyés à des consultants en surspécialité dans les différents CHA et CHU de la province ; Dans tous les départements comptant au moins 2 membres, on procède aussi à des consultations internes avec co-signature du cas ou énoncé de consensus diagnostique.
4. Dans plusieurs milieux universitaires, les cas de biopsies positives lues dans un autre milieu sont revues avant la chirurgie et ou traitement chimiothérapie radiothérapie.
5. **Documents Dr Chergui en annexe** (...et son commentaire : J'ai oublié de mentionner que j'ai laissé en rouge le nom de l'autorité qui dirige l'agrément des laboratoires, l'espèce de ISO Pour lequel on révisé un million de procédures, est ce santé Canada ? SVP compléter / Les cas malins sans ganglions sont mélangés dans la grille actuelle avec les cas bénins et sont rémunérés de la même façon (par bloc), sauf pour utérus, urologie et sarcome, alors vous pouvez avoir plus de blocs pour un goitre bénin qu'un petit cancer de la thyroïde si on a pas enlevé des ganglions, est ce qu'on laisse les cas bénins et malins sous le même code ou on les sépare ?)
6. **Commentaire Dr Gervais** : Je ne sais pas s'il est trop tard, mais dans le document où on discute des moyens pour assurer la qualité en pathologie, j'ai pensé à quelques éléments.
 - les lames histologiques et blocs de paraffine sont conservés pendant plus de 10 ans et même 20 ans (à vie pour pédiatrie) de sorte que la corrélation clinique et la révision du matériel demeure disponible pour une seconde opinion ou une vérification de l'interprétation initiale.
 - les services de pathologie occupent une position centrale dans l'équipe médicale et sont bien situés pour apprécier le travail de l'ensemble des médecins qui acheminent des spécimens en pathologie. Ainsi, ils sont en mesure de constater que la qualité peut faire défaut à différentes étapes, autant pré analytique que post analytique. Concernant le pré analytique, de nombreuses non conformités sont notées concernant l'identification des spécimens et la rédaction des requêtes d'analyse. De nombreuses requêtes incomplètes sont reçues quotidiennement dans les services de pathologie, notamment à ce qui a trait aux renseignements cliniques, avec un potentiel d'impact important sur la précision des diagnostics. Il y a également, par l'examen des pièces macroscopiques, constatation d'une certaine variation dans la réalisation de la qualité des prélèvements par les médecins prescripteurs. Pour ces différentes raisons, les pathologistes souhaitent que les exigences de qualité soient également dirigées vers les médecins fournisseurs de spécimens de pathologie. Du même coup, les pathologistes s'interrogent sur les allusions fréquentes et les inquiétudes concernant la qualité en pathologie et sur quelles bases elles s'appuient.
7. Contrôle de qualité interne dans chaque département concernant les techniques spéciales et les techniques d'immunopéroxydase
8. Contrôle de qualité externe en provenance du LSPQ quant aux techniques spéciales et aux techniques d'immunopéroxydase
9. *Modernisation(?)* rapide de tous les cas négatifs par un 2^e cytotechnicien
10. Participation à différents programmes du CAP en pathologie et en cytologie

3. Entente 189

L'abolition de la lettre d'entente 189 est une des raisons principales du nouveau modèle de rémunération proposé sans plafond mais avec paliers régressifs.

La LE189 engendre actuellement des problèmes là où il n'y en avait pas auparavant, par exemple, le milieu de Québec.

Certains pathologistes, très bons et consciencieux, ne peuvent effectuer plus de 0.7 - 0.8 ETC, tandis que certains auraient la capacité de faire plus de 1.5 ETC, mais ne le font pas en raison du plafond imposé. Les cas en surplus sont donc envoyés dans un laboratoire privé en Ontario à un coût beaucoup plus élevé que si ces mêmes cas étaient effectués dans le milieu. Tout cela à cause du plafond en période de pénurie et avec la rigidité d'attribution de la LE189.

Le problème vécu dans la région de Québec se retrouvera dans l'ensemble de la province avec le projet Optilab. Effectivement, déjà avec la loi 10 et ultérieurement avec Optilab, il n'y aura plus de petits départements avec 1 ou 2 pathologistes. Ces petits départements seront sous la responsabilité d'un centre serveur et auront comme responsabilité la couverture intégrale et totale de ces petits milieux. La notion de rupture de services avec le projet Optilab sera donc presque impossible, d'où l'abolition de la LE189.

Il faut comprendre qu'au sein d'un département de pathologie, principalement lorsque le nombre de pathologistes est élevé, la capacité individuelle de travail est très variable d'un pathologiste à l'autre. La proposition du nouveau modèle avec paliers régressifs tient donc compte de cette réalité. Il ne faut pas oublier que dans ces départements il y aura indéniablement des congés de maternité, paternité et maladie et que l'imposition d'un plafond engendrera des problèmes de fonctionnement à l'interne.

Il faut également être conscient que ces paliers peuvent être changés à tous les 2-3 ans s'il le faut, dépendant du degré de pénurie.

Actuellement, avec les paliers et la pénalité proposée pour chaque paliers, le coût total rentre dans la masse actuelle.

Commentaire Dr Gervais :

ça me fait toujours drôle de lire un libellé du genre "la pénalité proposée pour chaque palier"... il me semble qu'il y a quelque chose de contradictoire! Une question de sémantique? " une pénalité..." dans une situation de pénurie....c'est vrai que c'est une pénalité. Mais voulons nous vraiment l'appeler ainsi? Il y a une certaine incohérence non? Pour une spécialité "captive" en plus....je ne sais pas si c'est juste moi(probablement...!) mais me semble qu'une experte en image et en stratégie aurait quelque chose à analyser et possiblement à proposer là-dessus! Quel terme utiliser? comment décrire ça autrement?...je ne saurais dire... Un plafond de style split-level??? Un plafond adaptatif à géométrie variable?... un désincitatif politically correct?... un nivellement vers le bas proactif???... Une garantie de qualité autofinancée?? ou tout simplement ...un mal nécessaire??? bof!....c'est juste une réflexion comme ça...

4. Milieux universitaires

L'Association des pathologistes du Québec a suggéré que les cas corrigés avec les résidents soient majorés au niveau du nombre de L4E à un certain pourcentage.

Cette proposition a été refusée par la FMSQ.

Il s'agit donc d'un retour à la situation antérieure d'une harmonisation avec les normes fédératives.

Bon weekend !

Danielle

Danielle Joncas

Directrice

Association des pathologistes du Québec

2, Complexe Desjardins Porte 3000

C.P. 216 Succ. Desjardins

Montréal QC H5B 1G8

Tél. : 514 350-5102

Sans frais : 1 800 561-0703

Télec. : 514 350-5152