INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

MARS 2026

DOCUMENT INSTITUTIONNEL

# Analyse de l'impact des recommandations de l'INESSS concernant la pertinence et les indications de transmission des placentas au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse – Volet 2

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Bureau – Méthodes, données et éthique

Québec

# Analyse de l'impact des recommandations de l'INESSS concernant la pertinence et les indications de transmission des placentas au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse – Volet 2

*Rédaction*
Marie-Hélène Chastenay
Hudson Silva

*Collaboration*
Catherine Gravel
Jean-Luc Kaboré
Claire-Marie Legendre
Mélanie Martin

*Coordination scientifique*
Geneviève Corriveau

*Direction*
Isabelle Ganache
Élisabeth Pagé

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

## Membres de l'équipe de projet


**Auteure et auteur principaux**
Marie-Hélène Chastenay, Ph. D.
Hudson Silva, Ph. D.

**Collaborateur et collaboratrices internes**
Catherine Gravel, M. Sc.
Jean-Luc Kaboré, Ph. D.
Claire-Marie Legendre, Ph. D.
Mélanie Martin, Ph. D.

**Coordonnatrice scientifique**
Geneviève Corriveau, M. Sc.

**Adjointe à la direction**
Élisabeth Pagé, Ph. D.

**Directrice**
Isabelle Ganache, Ph. D.

**Conseillère en design graphique**
Emilia Gagnon


## Équipe de l'édition


Jean Talbot
Nathalie Vanier

**Sous la coordination de**
Catherine Olivier, Ph. D.

**Avec la collaboration de**
Littera Plus, révision linguistique

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
ISBN 978-2-555-03550-8 (PDF)



Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.



Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Analyse de l'impact des recommandations de l'INESSS concernant la pertinence et les indications de transmission des placentas au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse – Volet 2. Québec, Qc : INESSS. 44 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

## Comité d'évaluation

Pour ce rapport, les membres du comité d'évaluation de l'INESSS sont :

**Yannick Auclair**, scientifique principal, Bureau – Méthodes, données et éthique

**Geneviève Corriveau**, coordonnatrice scientifique, Bureau – Méthodes, données et éthique

**Isabelle Ganache**, directrice, Bureau – Méthodes, données et éthique

**Pascale Lehoux**, vice-présidente scientifique

**Mélanie Martin**, directrice adjointe, Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement

**Marie-Claude Sirois**, directrice, Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale

## Autres contributions

L'Institut tient à remercier les personnes qui ont participé aux entrevues dans le cadre de ce projet, ainsi que les personnes suivantes qui ont aussi contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

**Kim Aubin**, conseillère en biologie médicale, Direction des laboratoires et de l'imagerie médicale (DLIM), Direction générale de la pertinence et des services spécialisés (DGPSS), sous-ministériat de la santé physique et pharmaceutique (SMSPP), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

**Nancy Charland**, cheffe de service clinico-administratif, Médecine de laboratoire, Direction des laboratoires, archives et de l'imagerie médicale (DLAIM), pathologie, biochimie génétique et cytogénétique Hôpital Fleurimont, Hôtel-Dieu de Sherbrooke et du RLS de la Haute-Yamaska

**Dr Luc Laurier Oligny**, pathologiste, chef du Département de pathologie du CHU Sainte-Justine

**Karine Provencher**, assistante-chef Qualité – Laboratoire de pathologie, OPTILAB Montréal CHU Sainte-Justine

**Marilyne Simard**, cheffe de service, Laboratoire de microbiologie, pathologie et du laboratoire serveur, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Direction de la biologie médicale - Optilab

## Déclaration d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

## Responsabilité

L’Institut assume l’entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ..... I
SIGLES ET ACRONYMES ..... IV
INTRODUCTION ..... 1
1 MÉTHODOLOGIE ..... 9
1.1 Questions d'évaluation ..... 9
1.2 Collecte et analyse des données ..... 9
2 RÉSULTATS ..... 15
2.1 Volume des transmissions de placentas au laboratoire d'anatomopathologie et coûts associés ..... 15
2.2 Implantation : facteurs facilitants et enjeux perçus ..... 25
2.2.1 Facilitateurs et enjeux internes ..... 27
2.2.2 Limites de l'évaluation ..... 31
PRINCIPAUX CONSTATS ..... 33
PISTES D'AMÉLIORATION ..... 35
CONCLUSION ..... 37
RÉFÉRENCES ..... 38
ANNEXE A ..... 40
Entrevue semi-dirigée – grille d'entrevue ..... 40
ANNEXE B ..... 43
Principales données et hypothèses employées pour l'estimation des volumes des placentas transmis aux analyses microscopiques (code 11139) à l'échelle provinciale ..... 43
ANNEXE C ..... 44
Valeurs unitaires employées pour estimer les coûts des analyses macroscopiques et microscopiques ..... 44

# LISTE DES TABLEAUX


Tableau 1 Codes employés pour apprécier les volumes ..... 11

Tableau 2 Codes employés pour apprécier les coûts ..... 12

Tableau 3 Nombre de répondantes par région et par unité administrative ..... 14

Tableau 4 Volumes d'analyses macroscopiques de placentas évitées (code 60120) à l'échelle provinciale, de 2019–2020 à 2024–2025 ..... 19

Tableau 5 Volumes d'analyses microscopiques de placentas évitées (code 11139) à l'échelle provinciale, de 2019–2020 à 2024–2025 ..... 20

Tableau 6 Volumes évités cumulés d'analyses placentaires (macroscopiques et microscopiques) à l'échelle provinciale, de 2019–2020 à 2024–2025 ..... 20

Tableau 7 Volumes et coûts* des analyses macroscopique et microscopique de placentas : comparaison entre la situation observée et le scénario contrefactuel à l'échelle provinciale (2019–2025) ..... 22

Tableau 8 Analyse de sensibilité – Coûts totaux évités à l'échelle provinciale selon les scénarios (2019–2025) ..... 24


# LISTE DES FIGURES


Figure 1 Modèle logique : Publications et leurs effets attendus ..... 8

Figure 2 Modèle d'évaluation d'impact : estimation de la réduction des volumes et des coûts associés aux recommandations ..... 13

Figure 3 Nombre des placentas transmis au laboratoire d'anatomopathologie à l'échelle provinciale aux fins d'analyse macroscopique (code 60120) et microscopique (code 11139), de 2012–2013 à 2024–2025 ..... 15

Figure 4 Proportion de placentas transmis aux analyses macroscopiques (code 60120) et de placentas analysés en microscopie (code 11139) à l'échelle provinciale, de 2012–2013 à 2024–2025† ..... 16

Figure 5 Nombre total de placentas transmis au laboratoire d'anatomopathologie à l'échelle provinciale aux fins d'analyse macroscopique (code 60120) et microscopique (code 11139), observé et projection contrefactuelle, de 2012–2013 à 2024–20245 ..... 21

# RÉSUMÉ


L'outil d'intelligence artificielle générative *Microsoft 365 Copilot Chat* a été utilisé dans le respect des Balises pour l'utilisation des systèmes d'intelligence artificielle (IA) générative à l'INESSS afin de soutenir la rédaction de ce résumé.

## Introduction

Ce document s'adresse aux décideurs du réseau de la santé et des services sociaux et présente une évaluation de l'impact des recommandations de l'INESSS sur la transmission sélective des placentas au laboratoire d'anatomopathologie au Québec. Il répond au souhait de mesurer les effets quantitatifs et qualitatifs de leur implantation dans le réseau.

## Contexte

Le MSSS a demandé à l'INESSS, en 2019, d'élaborer des recommandations pour uniformiser la transmission des placentas au laboratoire d'anatomopathologie. Au terme des travaux, l'INESSS a recommandé la mise en place d'une transmission sélective et en 2023, une directive ministérielle a officialisé l'implantation de la transmission sélective dans le réseau. L'évaluation vise à mesurer l'impact des recommandations et de la directive sur les pratiques et les coûts.

## Question(s) d'évaluation

- Q1. Quel est l'impact des recommandations de l'INESSS et des orientations du MSSS sur l'évolution des coûts liés à la transmission sélective des placentas en anatomopathologie, par rapport à un scénario sans ces interventions?
- Q2. Quels facteurs peuvent avoir facilité ou nui à l'implantation de la pratique de transmission sélective des placentas au laboratoire d'anatomopathologie?

## Objectifs

Le rapport documente l'impact des recommandations et des directives sur la transmission des placentas et sur l'implantation de la pratique sélective dans le réseau. Il vise les milieux cliniques et les laboratoires concernés par la prise en charge des placentas.

Objectifs spécifiques :

- estimer l'évolution des volumes d'analyses et des coûts associés;
- comparer les données observées à un scénario contrefactuel;
- analyser les facteurs d'influence relatifs à l'implantation;
- éclairer l'amélioration des stratégies de diffusion et de soutien à l'implantation.

## Méthodologie

L’évaluation combine des analyses quantitatives et qualitatives. Les données de volumétrie proviennent du système de mesure des procédures de biologie médicale. Les coûts sont estimés à partir des valeurs pondérées et des honoraires médicaux. Le volet qualitatif repose sur des entrevues semi-dirigées réalisées auprès d’intervenantes de trois établissements.

## Constats

- Les volumes de placentas transmis au laboratoire d’anatomopathologie ont fortement diminué à partir de 2023–2024, avec une baisse rapide et soutenue du nombre d’analyses macroscopiques et microscopiques.
- Cette évolution suit une dynamique en trois phases : (i) une première diminution en 2019–2020, (ii) une stabilisation relative entre 2020–2021 et 2022–2023, et (iii) une baisse marquée à partir de 2023–2024.
- L’ampleur et la persistance du phénomène ne s’expliquent pas par des facteurs conjoncturels (p. ex. évolution des naissances ou pandémie) et suggèrent une adoption durable de la transmission sélective dans le réseau.
- Entre 2019–2020 et 2024–2025, 77 634 analyses de placentas ont été évitées par rapport au scénario contrefactuel fondé sur les pratiques antérieures, dont 62 % en macroscopie.
- Les économies cumulées associées à la réduction des analyses sont estimées à 2,60 M$, dont la vaste majorité sont observées à partir de 2023–2024, à la suite de la mise en œuvre de la directive ministérielle.
- Les entrevues indiquent une amélioration de l’efficience organisationnelle par la réduction de la pression sur l’entreposage et la manutention au laboratoire et la gestion des déchets biomédicaux.
- Le temps professionnel dégagé pourrait contribuer à des gains d’efficience pour d’autres analyses prioritaires.
- Les outils de l’INESSS (avis, fiche synthèse) et du MSSS (directives, formulaire) sont jugés pertinents et utiles par les personnes consultées.
- Des outils additionnels, notamment visuels et logistiques, auraient cependant facilité l’implantation.
- La communication et la collaboration inter-équipes se révèlent essentielles à la réussite de l’implantation.
- Les établissements ont rencontré divers enjeux liés à la coordination, aux ressources matérielles et aux particularités des milieux.
- Certaines pratiques sélectives locales préexistantes ont facilité l’appropriation de la directive.

## Pistes d’amélioration

Les milieux suggèrent à l’INESSS et à l’ensemble des parties prenantes de :

- diffuser simultanément les informations et les outils à toutes les parties prenantes;
- prévoir un délai minimal entre l’annonce d’une directive et sa mise en application;
- fournir des outils logistiques simples et du soutien pour l'adaptation locale des trajectoires;
- préciser les responsabilités de coordination interne et assurer le temps requis pour l’implantation.

## Limites de l’évaluation

Les données de volume d’analyses ne permettent pas d’associer les transmissions au contexte clinique. Les volumes de microscopie reposent sur des estimations combinant des données partielles et des hypothèses. La représentativité limitée des milieux consultés restreint également la portée des résultats qualitatifs. Certains facteurs externes non mesurés pourraient avoir influencé les résultats.

## Conclusion

Les recommandations et la directive ont entraîné une adoption durable de la transmission sélective des placentas. Les volumes transmis et les coûts associés ont diminué de façon marquée et les effets organisationnels perçus sont positifs. Les résultats suggèrent une utilisation plus efficiente des ressources et une optimisation des services offerts.

# SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|---|---|
| CHU | Centre hospitalier universitaire |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| CUSM | Centre universitaire de santé McGill |
| INESSS | Institut national d'excellence en santé et en services sociaux |
| L.R.Q. | Lois refondues du Québec |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| RLRQ | Recueil des lois et des règlements du Québec |

# INTRODUCTION

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Pour réaliser sa mission, l'INESSS apprécie globalement la valeur des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux selon leur contribution aux dimensions clinique, populationnelle, économique, organisationnelle et socioculturelle (INESSS, 2021). L'INESSS informe les personnes concernées des éléments clés à considérer en vue d'une décision juste et raisonnable quant à leur introduction, leur utilisation ou leur retrait dans le contexte du système de santé et de services sociaux du Québec.

L'INESSS réalise ainsi des productions qui soutiennent la prise de décision publique concernant la gouvernance ministérielle et des établissements, de même que la décision clinique relative aux soins et services. En cohérence avec l'application de sa loi constitutive[1] (Gouvernement du Québec, 2010) et de sa planification stratégique (INESSS, 2024), l'INESSS s'est engagé dans une appréciation de l'impact de ses recommandations**.** Cette démarche répond également aux exigences de la *Directive sur l'évaluation de programme dans les ministères et les organismes* (Gouvernement du Québec, 2014).

Pour l'année financière 2025–2026, **l'INESSS a choisi de réaliser un deuxième volet d'évaluation de l'impact des productions publiées en 2019 sur la pertinence et les indications de transmission des placentas au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse.** Ces productions contenaient une série de recommandations demandées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'INESSS. Ces recommandations visaient à favoriser une utilisation plus judicieuse des ressources en anatomopathologie en procédant à l'envoi sélectif de prélèvements dont l'analyse est susceptible d'apporter une information clinique additionnelle utile. Entre 2019 et 2023, l'INESSS a publié sept avis dans le cadre de ces travaux, dont l'avis (INESSS, 2019a) sur les indications de transmission des placentas abordé dans la présente évaluation.

Le premier volet d'évaluation d'impact (INESSS, 2025) de cet avis, réalisé par l'INESSS en 2024–2025, a permis d'examiner la portée de sa diffusion dans le réseau et d'observer une baisse significative du volume de placentas transmis au laboratoire d'anatomopathologie. Le second volet d'évaluation proposé vise quant à lui, d'une part, à estimer la réduction des volumes d'analyses et des coûts associés et, d'autre part, à étudier les facteurs qui ont influé sur l'implantation de la pratique de transmission sélective des placentas au laboratoire.

[1] Art. 9 « […] l'Institut doit procéder à l'évaluation de l'efficacité de ses actions et des mesures mises en place dans l'exercice de ses fonctions. » (Gouvernement du Québec, 2010, L.R.Q., chapitre I-13.03).

## Description du contexte des travaux sur la transmission sélective des placentas

L'analyse anatomopathologique des tissus placentaires peut fournir de l'information utile au diagnostic et à la prise en charge des différentes conditions fœto-maternelles et de grossesses futures. Toutefois, la plupart des placentas sont normaux et proviennent d'accouchements à terme après une grossesse normale, sans complication ni pour la mère ni pour le nouveau-né. La transmission systématique des placentas au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse constitue donc un enjeu d'utilisation optimale des ressources.

En mars 2016, dans le but de réduire le nombre d'examens non pertinents et de favoriser l'utilisation optimale des ressources en anatomopathologie, le MSSS a diffusé une circulaire (MSSS, 2016) dans laquelle il précise l'interprétation qu'il fait de l'article 59 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*[2]. Historiquement, l'interprétation de ce règlement faisait en sorte que tout prélèvement d'une partie d'un corps humain ou d'un objet, au cours d'une intervention chirurgicale, était transmis au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse, et ce, sans égard à la pertinence clinique de cette pratique. Dans cette circulaire, le MSSS spécifie que « la seule obligation qui est faite est en lien avec la rédaction, la conservation et l'accès au rapport qui doit être produit lorsqu'une pièce concernée est soumise en anatomopathologie ». Il est également spécifié que « la décision de soumettre les pièces en anatomopathologie relève donc de la décision du professionnel qui a fait le prélèvement ». Une seconde circulaire ministérielle sur la *Disposition des placentas à la suite d'un accouchement* publiée le 13 juillet 2017 précise également que « seuls les placentas pour lesquels une analyse est requise seront acheminés au laboratoire » (MSSS, 2017).

À défaut de directives québécoises et considérant les divergences de pratiques relatives à la prise en charge des tissus placentaires dans les établissements québécois, le MSSS a confié à l'INESSS le mandat de produire un avis sur la pertinence et les indications de transmission des placentas au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse afin d'uniformiser la prise en charge de ces tissus dans la province.

Au moment de la réalisation de l'avis par l'INESSS (octobre 2017 à mai 2019), les pratiques concernant la transmission des placentas aux fins d'analyse différaient considérablement d'un établissement à l'autre (INESSS, 2019a). Certains procédaient à la transmission et à l'examen anatomopathologique complet systématique de tous les placentas, d'autres s'étaient dotés de politiques de transmission ou d'analyse sélective en fonction de conditions cliniques prédéterminées. Les modèles recensés dans le RSSS à cette époque sont les suivants :

---

[2] RLRQ, chapitre S-5, r. 5, art. 59 [Dossier des bénéficiaires] : « Lorsqu'il y a prélèvement d'une partie d'un corps humain ou d'un objet au cours d'une intervention chirurgicale, un rapport écrit doit être rédigé par le médecin spécialiste en anatomopathologie ayant examiné la partie du corps humain ou l'objet. L'original du rapport est conservé au dossier du bénéficiaire et une copie est gardée par le laboratoire, où un index croisé par bénéficiaire et par pathologie doit être établi. » (D. 1320-84, a. 59; D. 545-86, a. 25.) Disponible à : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-5,%20r.%205/ (consulté le 4 octobre 2017).

- Modèle 1 : transmission systématique pour les analyses macroscopiques et microscopiques;
- Modèle 2 : transmission systématique pour les analyses macroscopiques et transmission sélective pour les analyses microscopiques;
- Modèle 3 : transmission sélective pour les analyses macroscopiques et transmission systématique pour les analyses microscopiques;
- Modèle 4 : transmission sélective pour les analyses macroscopiques et microscopiques.

Au moins trois établissements avaient adopté une politique de transmission sélective, soit le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), le CIUSSS de l'Estrie – CHU de Sherbrooke, Hôpital Fleurimont, et le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital général juif. La transmission de tous les placentas au laboratoire d'anatomopathologie, suivie d'une analyse macroscopique systématique puis d'une analyse microscopique sélective en fonction d'indications cliniques prédéterminées et variant d'un établissement à l'autre, semblait toutefois être la pratique la plus courante (modèle 2).

Une revue des renseignements cliniques accompagnant chacun des placentas transmis systématiquement aux pathologistes du CIUSSS de l'Estrie – CHU de Sherbrooke, Hôpital Fleurimont au cours d'une période de six ans (décembre 2011 à décembre 2017) **suggère que de 75 à 79 % des placentas auraient pu être exemptés d'une telle transmission** (INESSS, 2019a). Selon les résultats des trois premiers mois (décembre 2017 à mars 2018) de transmission sélective des placentas par les cliniciens et professionnels accoucheurs sur la base d'indications établies localement et d'une analyse de tous les placentas reçus au laboratoire (examens macroscopique et microscopique) (modèle 4), environ **35 % des placentas ont été transmis**. De plus, comparativement à la période antérieure (2011-2017), le **nombre d'analyses microscopiques réalisées a diminué d'approximativement 17 %.** À partir d'une extrapolation des résultats à la province et en se basant sur une moyenne annuelle provinciale d'accouchements de 82 656[3], l'uniformisation des pratiques et l'adoption d'une politique de transmission sélective des placentas aux services d'anatomopathologie du Québec, selon le modèle employé au CIUSSS de l'Estrie – CHU de Sherbrooke, Hôpital Fleurimont, pourrait permettre de **réduire à environ 28 900 (35 %) le nombre de placentas transmis. De ce fait, près de 53 800 examens macroscopiques pourraient être évités annuellement**, ce qui représenterait approximativement **9 000 à 18 000 heures d'examen récupérées** dans les services d'anatomopathologie du Québec (INESSS, 2019a).

[3] Moyenne obtenue pour les années 2013 à 2016 à partir de la base de données MED-ÉCHO.

Cette analyse, effectuée au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHU de Sherbrooke, Hôpital Fleurimont, appuie le besoin d'établir une politique de transmission sélective des placentas en fonction d'indications cliniques pertinentes et d'uniformiser les pratiques en ce sens pour favoriser l'utilisation optimale des ressources des laboratoires d'anatomopathologie au Québec.

Afin d'élaborer des recommandations sur la prise en charge des placentas et les indications de leur transmission au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse, l'INESSS a tout d'abord réalisé une revue structurée de la littérature portant sur des documents préparés par des sociétés savantes et des organismes professionnels et règlementaires reconnus. Les recommandations ont ensuite été établies, en collaboration avec des experts québécois, à partir de l'analyse critique des principales lignes directrices publiées, ainsi que des données contextuelles et expérientielles.

Ces travaux ont mené à la publication, en mai 2019, d'un avis (INESSS, 2019a) dans lequel l'INESSS, à la suite de certains constats énoncés, a recommandé :

- d'implanter un processus de transmission sélective des placentas aux laboratoires d'anatomopathologie aux fins d'analyse, et ce, à l'échelle du Québec.
- que le placenta soit acheminé au laboratoire lorsqu'au moins une des conditions maternelles, fœtales, néonatales ou placentaires, telles qu'énumérées dans une liste de 49 indications de l'examen anatomopathologique du placenta, est présente[4].
- que la transmission d'un placenta au laboratoire d'anatomopathologie puisse être omise en l'absence de toutes les conditions maternelles, fœtales, néonatales ou placentaires établies.
- que tout placenta fasse l'objet d'un examen de triage effectué par le professionnel accoucheur compétent ou, à défaut, par un pathologiste. Les informations de l'examen de triage doivent être dûment consignées au dossier de la mère et de l'enfant, idéalement sur un formulaire standardisé.
- qu'en dehors des indications établies, la transmission du placenta aux fins d'analyse puisse être demandée, selon le jugement clinique, à tout niveau d'incertitude ou de préoccupation pour la santé de la mère ou de l'enfant.
- que dans des situations exceptionnelles, pour faciliter la gestion du changement et l'implantation d'une telle mesure, un processus de triage au sein du laboratoire de pathologie puisse être envisagé, de façon transitoire, afin d'assurer une plus grande pertinence de l'examen anatomopathologique.
- que les placentas ne nécessitant pas d'examen anatomopathologique soient entreposés à l'état frais à 4 °C (ne pas congeler) pour une période de 7 jours avant d'être jetés, et ce, afin d'en assurer la disponibilité en cas de détérioration inattendue de la condition néonatale.

[4] Cette liste a été établie par le consensus des experts consultés, à l'aide d'une méthode Delphi modifiée.

**PUBLIC CIBLE DES RECOMMANDATIONS**

Ces recommandations s'adressaient principalement aux professionnels de la santé concernés, soit les professionnels et cliniciens accoucheurs et les responsables des services d'anatomopathologie.

Afin de soutenir les professionnels et cliniciens de première ligne et des services spécialisés dans leur prise de décision de transmettre ou non un placenta au laboratoire d'anatomopathologie, le MSSS a également demandé à l'INESSS de produire un outil d'aide à la décision. Cet aide-mémoire (INESSS, 2019b) a été publié en décembre 2019 et il incluait un algorithme décisionnel ainsi que les 49 indications cliniques pour la transmission des placentas au laboratoire. Une fiche-synthèse (INESSS, 2019c) résumant les points principaux de l'avis a également été publiée au même moment.

Comme mentionné plus haut, ces travaux s'inscrivaient dans un chantier plus vaste de mise en œuvre de mesures de pertinence portant sur l'envoi sélectif de prélèvements au laboratoire d'anatomopathologie pour lequel le MSSS a clairement pris position en faveur de l'implantation des recommandations émises par l'INESSS. Quelques communications sur les orientations et directives en ce sens ont été envoyées aux présidents-directeurs généraux et directeurs généraux des établissements du réseau entre juin 2022 et juillet 2024.

En ce qui a trait plus spécifiquement à l'implantation des indications sur la transmission sélective des placentas, une lettre du MSSS du 18 novembre 2022 annonçait le déploiement de la mesure et invitait les établissements à mettre en place les conditions nécessaires à l'implantation des recommandations de l'avis de l'INESSS publié en mai 2019, soit :

- la prévision des espaces d'entreposage à 4 °C pour la conservation durant les sept premiers jours des placentas d'apparence normale ne nécessitant pas d'examen d'anatomopathologie[5];
- la gestion des déchets biomédicaux;
- la gestion des particularités de certains milieux qui sont sous la responsabilité de l'établissement duquel ils relèvent (p. ex. maisons de naissance).

Une lettre subséquente envoyée aux établissements le 17 mars 2023 indiquait que l'implantation de la transmission sélective des placentas entrait en vigueur dès ce jour. Pour soutenir l'harmonisation de la pratique entourant la gestion des placentas dans tous les établissements visés du réseau de la santé et des services sociaux et pour fournir les outils adéquats permettant l'implantation des mesures de pertinence, le MSSS a également avisé les établissements de la mise en ligne, le même jour, de deux nouveaux formulaires normalisés, soit une mise à jour du formulaire AH-272 (dossier obstétrical nº 7 AH-272_DT9073 (2023-02) D.pdf) et le nouveau formulaire *Requête de laboratoire*

[5] Ces placentas pourraient représenter environ 80 % des placentas.

*pour l'examen anatomopathologique du placenta* (AH-284 : AH-284_DT9171 (2023-02) v2 S.indd). Le MSSS a demandé de remplacer toutes les requêtes de laboratoire développées localement par le formulaire AH-284 contenant une liste à cocher des 49 indications provenant de l'avis de l'INESSS, ainsi qu'une adaptation de l'algorithme décisionnel pour la transmission des placentas issue de l'aide-mémoire de l'INESSS et une liste des indications cliniques pour lesquelles la transmission du placenta n'est pas requise, également tirée de l'avis de l'INESSS (INESSS, 2019a, 2019b).

**Modèle logique des effets attendus et des facteurs d'influence**

L'implantation de recommandations dans le réseau implique nécessairement que les cliniciens, les professionnels et les gestionnaires concernés aient d'abord été informés de celles-ci et qu'ils aient eu suffisamment de temps pour entreprendre leur mise en œuvre dans leur pratique. Comme illustré dans la figure 1, la **diffusion et l'appropriation** des recommandations sont les premiers effets attendus à la suite de la publication de recommandations pour la pratique clinique. Par ailleurs, la probabilité d'obtenir les effets immédiats, intermédiaires et ultimes dépend du succès de cette phase de diffusion et d'appropriation.

Dans un premier temps, les recommandations de l'INESSS devaient favoriser l'uniformisation des pratiques relatives à la prise en charge des tissus placentaires à l'échelle de la province et contribuer à une transmission sélective optimale des placentas au laboratoire selon les indications cliniques établies (**effets immédiats**).
En conséquence, une diminution des volumes de placentas transmis au laboratoire serait attendue étant donné que la transmission d'une portion des placentas, autrefois pour la plupart envoyés de façon systématique, serait maintenant considérée comme non pertinente. Par le fait même, une baisse du nombre d'analyses macroscopiques devrait être observée (**effets intermédiaires**). Ultimement, si tous ces résultats étaient obtenus, cela devrait permettre une utilisation judicieuse et optimale des ressources en laboratoire, qui pourrait se traduire par des heures d'examen récupérées pour faire des analyses plus pertinentes, une diminution des coûts associés à des analyses non pertinentes, puis, finalement, une amélioration des services aux patients (p. ex. diminution des délais d'analyse pour d'autres types de prélèvements) et une meilleure gestion des fonds publics (**effets ultimes**).

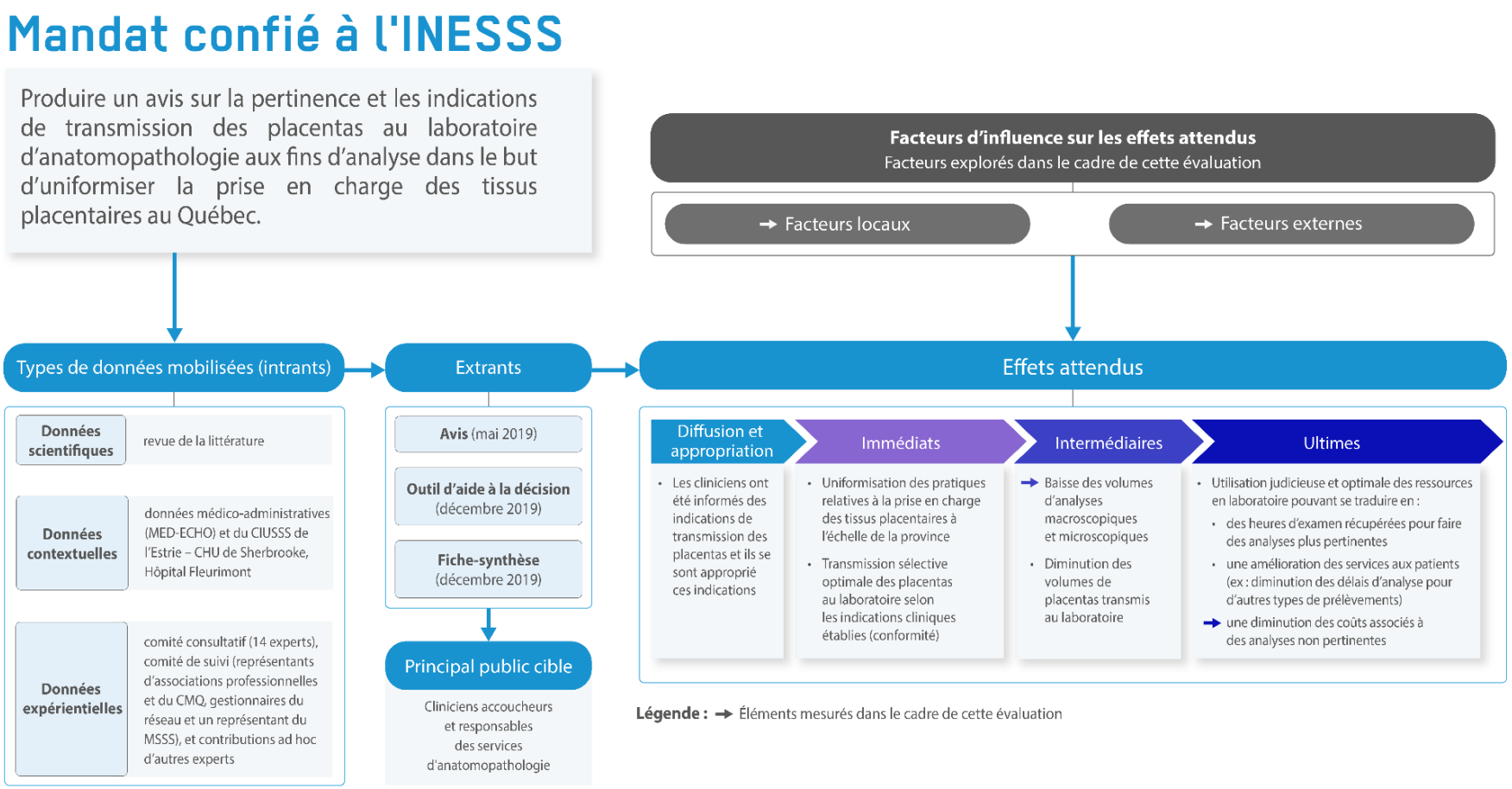
Les effets attendus à la suite de la diffusion de l'avis, de l'outil d'aide à la décision et de la fiche-synthèse sont aussi tributaires de plusieurs facteurs locaux, c'est-à-dire propres aux utilisateurs potentiels et aux sites d'implantation, et de facteurs externes aux sites, comme les communications, orientations et directives à ce sujet envoyées par le MSSS aux établissements en 2022 et 2023.

Comme mentionné en introduction, une première évaluation d'impact de cet avis a été réalisée par l'INESSS en 2024–2025 (INESSS, 2025). Celle-ci a permis d'examiner la portée de la diffusion et l'appréciation de l'avis, de l'aide-mémoire et de la fiche-synthèse, à partir des données de téléchargement du site Web de l'Institut et celles du sondage systématiquement associé à ces publications sur ce même site (**diffusion et appropriation**). Elle a également permis d'observer une baisse significative du volume

de placentas transmis au laboratoire d'anatomopathologie entre 2022–2023 et 2023–2024 (**effet intermédiaire**).

La présente évaluation vise à estimer, au niveau macro, la réduction des volumes d'analyses macroscopiques et microscopiques (**effet intermédiaire**) et des coûts associés à des analyses non pertinentes (**effet ultime**) et à explorer, sur le terrain, les facteurs qui ont facilité ou nui à l'implantation de la pratique de transmission sélective des placentas au laboratoire (**facteurs locaux et facteurs externes**).

**Figure 1 Modèle logique : Publications et leurs effets attendus**



# 1 MÉTHODOLOGIE

Afin d'examiner les effets attendus et les facteurs d'influence mentionnés à la fin de la section précédente et indiqués dans le modèle logique, le présent projet combine des approches quantitatives et qualitatives dans l'évaluation de l'impact des recommandations de l'INESSS sur la transmission sélective de placentas en anatomopathologie. Des analyses économiques permettent de dresser un portrait provincial global de cet impact sur le nombre d'analyses et les coûts associés, alors que le volet qualitatif s'appuie sur l'analyse de données d'entrevues réalisées auprès d'intervenants du réseau, visant à illustrer comment la tendance globale observée se traduit dans le quotidien des milieux de soins et services.

## 1.1 Questions d'évaluation

**Q1.** Quel est l'impact des recommandations de l'INESSS et des orientations du MSSS sur l'évolution des coûts liés à la transmission sélective des placentas en anatomopathologie par rapport à un scénario sans ces interventions?

**Q2.** Quels facteurs peuvent avoir facilité ou nui à l'implantation de la pratique de transmission sélective des placentas au laboratoire d'anatomopathologie?

## 1.2 Collecte et analyse des données

### Q1. Volume des analyses de laboratoire et coûts associés

Données sur le volume des analyses de placentas en laboratoire d'anatomopathologie et coûts associés à ces analyses, tirés du *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale – Les annexes* et du *Manuel des services de laboratoire en établissement (SLE)*

Chaque année financière, le MSSS collige le volume des analyses de biologie médicale réalisées par les laboratoires du Québec[6]. Cet exercice est effectué à l'aide de données extraites du système de mesure de la production des laboratoires[7]. Le MSSS a fourni à l'INESSS ces données médico-administratives qui permettent, notamment, de compiler le nombre de placentas qui ont été analysés en utilisant les codes 60120 (analyse macroscopique) et 60031 (assistance à autopsie fœtale). Dans la présente évaluation, les analyses se sont concentrées sur le code 60120, car ce sont les placentas transmis sous ce code qui sont potentiellement touchés par les recommandations de l'INESSS. Ce code regroupe 99,2 % des placentas transmis durant la période 2012–2013 à 2024–2025. Le code 60031 n'est pas inclus dans les analyses d'impact, puisqu'il relève d'un

[6] On compte actuellement 12 grappes de laboratoires, dont 7 grappes multi-établissements et 5 grappes monoétablissements. Cette structuration découle du projet de regroupement, de réorganisation et d'optimisation des services de biologie médicale OPTILAB (https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/optilab/).

[7] Les sources des données pour le volume d'analyses de biologie médicale sont le CDLAB (2012–2018) et le Centralab 2018–2024.

contexte de mort fœtale avec des indications spécifiques et ne reflète pas l'objet des recommandations.

À défaut de données complètes et validées permettant d'identifier directement les volumes d'analyses microscopiques (code 11139) à l'échelle provinciale, une approche combinant données empiriques et modélisation organisationnelle a été retenue. Les données disponibles concernant ces volumes pour certains établissements ont d'abord permis d'estimer, pour chacun des quatre modèles de transmission des placentas décrits dans l'avis (INESSS, 2019a) et mentionnés en introduction [8], la proportion de placentas soumis à une analyse microscopique parmi ceux examinés en macroscopie (proportion micro/macro). Dans les modèles où l'analyse microscopique est systématique (modèles 1 et 3), cette proportion est de 100 %, alors que dans les modèles sélectifs (modèles 2 et 4), elle est inférieure et a été estimée à partir des pratiques observées et d'hypothèses documentées[9].

La proportion micro/macro à l'échelle provinciale a ensuite été estimée en combinant les proportions propres à chaque modèle à l'aide d'une formule d'agrégation pondérée[10]. Dans cette formule, la contribution de chaque modèle est pondérée selon son poids relatif dans le total des placentas transmis au laboratoire d'anatomopathologie. Cette pondération a été estimée à partir des volumes observés durant la période 2023–2025 dans 10 établissements regroupés selon ces quatre modèles organisationnels, pour lesquels le nombre de placentas transmis était connu. Ensemble, ces établissements représentent environ 37 % du total de placentas transmis au Québec durant cette période. Il est donc supposé que la répartition observée entre les modèles dans ces établissements est représentative de celle de l'ensemble des établissements au Québec[11].

Comme la proportion micro/macro à l'échelle provinciale varie d'une année à l'autre, les proportions pour la période 2019–2020 à 2024–2025 ont été estimées en appliquant la formule d'agrégation décrite ci-dessus, en employant les proportions observées pour le modèle 2 durant ces années. Les proportions associées aux autres modèles ont été estimées constantes dans le temps. Les proportions pour les années antérieures à 2019–2020 ont ensuite été estimées par rétroprojection, en appliquant la pente observée pour la période 2019–2020 à 2024–2025 (1,9 point de pourcentage par année). Cette hypothèse vise à refléter l'adoption progressive des pratiques observées. Elle comporte

---

[8] Modèle 1 : transmission systématique pour les analyses macroscopiques et microscopiques;
Modèle 2 : transmission systématique pour les analyses macroscopiques et transmission sélective pour les analyses microscopiques;
Modèle 3 : transmission sélective pour les analyses macroscopiques et transmission systématique pour les analyses microscopiques;
Modèle 4 : transmission sélective pour les analyses macroscopiques et microscopiques.

[9] Les proportions micro/macro associées à chacun des modèles ont été testées dans les analyses de sensibilité en les faisant varier de ± 5 % autour de leur valeur centrale.

[10] Formule d'agrégation pour estimer les proportions micro/macro à l'échelle provinciale : $P(t) = (w_1 + w_3) \cdot 1 + w_2 \cdot p_2(t) + w_4 \cdot p_4$
où : $w_i$= poids du modèle (dérivé des volumes 2023–2025); $p_2(t)$ = proportion observée annuelle (modèle 2); $p_4$ = proportion hypothétique (modèle 4).

[11] Les proportions micro/macro associées à chaque modèle et leur pondération sont présentées à l'annexe B.

toutefois une incertitude quant à la vitesse réelle d'évolution des pratiques au cours des années antérieures, incertitude qui a été explorée dans les analyses de sensibilité. Cette approche permet ainsi de reconstruire des volumes d'analyses microscopiques cohérents avec les pratiques observées, tout en tenant compte de l'hétérogénéité organisationnelle et de l'incertitude inhérente aux données disponibles.

**Tableau 1 Codes employés pour apprécier les volumes**

| Analyse macroscopique du placenta | Analyse microscopique du placenta |
|---|---|
| *Code 60120 : description de placenta (mise en cassette non incluse)* | Estimation à partir d'une approche combinant une modélisation organisationnelle et les données empiriques fournies par certains établissements pour le code 11139.<br>*Code 11139 : placentas avec microscopie* |

Les coûts ont été estimés en appliquant la somme des valeurs pondérées (coûts unitaires) des différentes procédures réalisées lors d'un examen du placenta. Pour les analyses macroscopiques, le coût correspond à la description macroscopique du placenta (code 60120). Pour les analyses microscopiques, le coût comprend la mise en cassette (code 60100) et la coloration de routine (code 60200), auxquelles s'ajoute la rémunération du pathologiste (code 11139). Les valeurs unitaires associées aux procédures de biologie médicale (codes 60100, 60120 et 60200) proviennent du *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale*, tandis que les honoraires médicaux associés au code 11139 proviennent du manuel *Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes*. Les coûts associés aux procédures de laboratoire (codes 60100, 60120 et 60200) sont assumés par les établissements de santé, alors que les honoraires médicaux associés au code 11139 sont versés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) selon les modalités de rémunération des médecins spécialistes. Ces valeurs unitaires variant au fil du temps, les tarifs correspondant à chaque année ont été identifiés et appliqués aux estimations pour l'ensemble de la période analysée[12].

[12] Les valeurs unitaires de l'ensemble des composantes des coûts sont présentées à l'annexe C.

**Tableau 2 Codes employés pour apprécier les coûts**

| Analyse macroscopique du placenta | Analyse microscopique du placenta |
|---|---|
| Coûts payés par les établissements, estimés à partir des valeurs pondérées (VP) du code 60120 selon le *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale*.<br><br>*Code 60120 : description de placenta (mise en cassette non incluse)* | Somme des coûts payés par les établissements et des honoraires médicaux.<br><br>Établissements : coûts estimés à partir des VP des codes 60100 et 60200 selon le *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale*.<br><br>Honoraires médicaux : rémunération du pathologiste estimée à partir du nombre d'unités L4E du code 11139 Selon le manuel *Services de Laboratoire en Établissement – Médecins spécialistes*, édition du 23 septembre 2025.<br><br>*Code 60100 : mise en cassette avec ou sans assistance au pathologiste, résident ou aide-pathologiste*<br><br>*Code 60200 : coloration de routine, tissu paraffiné*<br><br>*Code 11139 : placentas avec microscopie* |

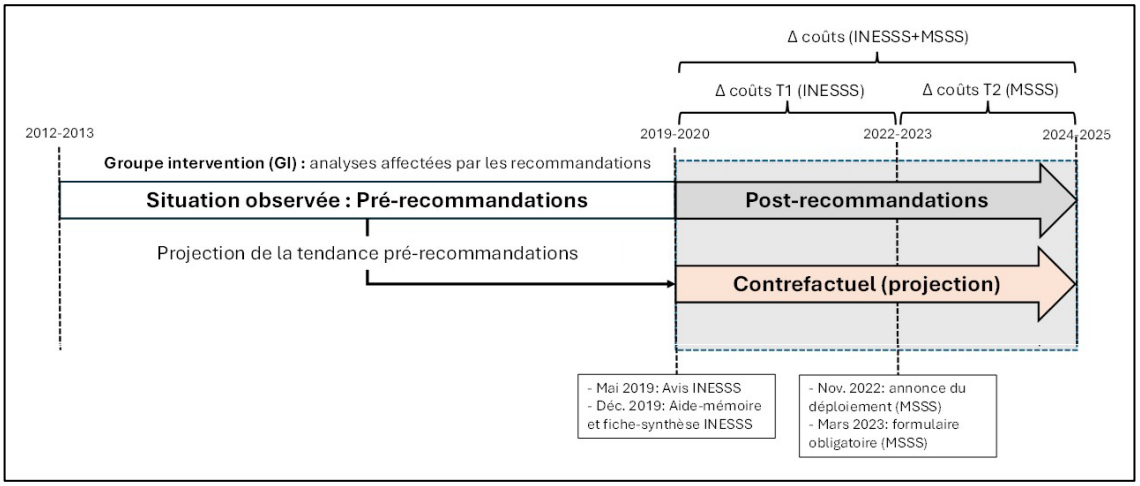
La mesure principale d'effet est la différence de coûts cumulés (Δ$) entre la situation observée et le contrefactuel[13] sur l'ensemble de la période post-recommandations (2020–2021 à 2024–2025). Le contrefactuel a été estimé en projetant la proportion de placentas transmis sur le total de naissances (pour les analyses macroscopiques) et la proportion d'analyses microscopiques sur le total de placentas transmis en anatomopathologie, à partir de la tendance observée avant l'intervention. Cette tendance pré-intervention a été estimée à l'aide d'une régression linéaire appliquée aux proportions observées durant la période antérieure aux recommandations. La projection de cette proportion a ensuite été reconvertie en volumes en employant le nombre annuel de naissances et le nombre de placentas transmis. Elle représente ainsi l'évolution attendue sans la diffusion des recommandations de l'INESSS et des actions subséquentes du MSSS.

Afin de mieux interpréter le moment des changements de pratiques et les leviers plausibles associés à leur mise en œuvre, la période post-recommandations a été découpée en deux fenêtres (Figure 2). La fenêtre T1 (2019–2020 à 2022–2023) correspond à une phase où l'INESSS a diffusé son avis et des outils d'accompagnement (aide-mémoire, fiche-synthèse) susceptibles d'avoir favorisé une adoption graduelle et variable selon les établissements, à défaut d'une obligation formelle à l'échelle du réseau. La fenêtre T2 (2023–2024 à 2024–2025) correspond à la période suivant les directives du MSSS, qui constituent un levier organisationnel plus direct pour modifier les

[13] Contrefactuel : scénario de comparaison représentant ce qui se serait probablement produit sans les recommandations de l'INESSS (et les actions de mise en œuvre associées). Dans cette analyse, il est estimé en prolongeant la tendance pré-recommandation de la proportion de placentas transmis sur les années suivantes.

pratiques à l'échelle provinciale. Les différences de coûts observés–contrefactuels sont rapportées pour l'ensemble de la période post-recommandations et séparément pour T1 et T2, afin d'examiner si l'écart apparaît progressivement après l'avis (T1) ou s'il s'accentue après l'intervention ministérielle (T2), ce qui contribue à mieux comprendre la dynamique de l'implantation.

**Figure 2 Modèle d'évaluation d'impact : estimation de la réduction des volumes et des coûts associés aux recommandations**




Une baisse soutenue des volumes de placentas transmis observée par rapport au contrefactuel, couplée à une réduction des coûts cumulés, peut être interprétée comme un *proxy* d'application réelle des recommandations de l'INESSS et des directives ministérielles. Cette lecture est cohérente avec l'enchaînement logique entre la diffusion des recommandations, la mise en place de la transmission sélective, la diminution du nombre des analyses non pertinentes et la réduction des coûts. En effet, à mesure que les pratiques se conforment aux nouvelles indications cliniques, une baisse du nombre des analyses non pertinentes est attendue et, par conséquent, une réduction des coûts.

Des analyses de sensibilité ont été réalisées afin de tenir compte de l'incertitude entourant l'estimation des volumes d'analyses microscopiques. D'une part, les proportions microscopie/macroscopie ont été ajustées de ± 5 % autour des valeurs centrales afin de refléter l'incertitude liée à leur estimation à partir de données empiriques partielles. D'autre part, l'évolution temporelle des proportions a été testée en faisant varier la pente annuelle d'augmentation des pratiques.

### Q2. Implantation : facteurs facilitants et enjeux

Afin d'explorer la seconde question d'évaluation portant sur les facteurs qui peuvent avoir facilité ou nui à l'implantation de la pratique de transmission sélective des placentas au laboratoire d'anatomopathologie, des données provenant d'entrevues semi-dirigées dans trois milieux cliniques ont été employées.

Trois établissements hospitaliers ont été sélectionnés, qui présentent une réduction faible, modérée ou forte de transmission des placentas au laboratoire d'anatomopathologie depuis 2023[14].

Cinq entrevues virtuelles semi-dirigées, d'une durée d'environ 40 minutes chacune, ont été menées via l'application Teams entre le 28 novembre et le 29 décembre 2025 avec des intervenantes de ces trois établissements. Lors de ces entrevues, sept répondantes ont été rencontrées, dont trois venant de laboratoires d'anatomopathologie (toutes trois techniciennes gestionnaires) et quatre qui travaillent au sein d'unités d'obstétrique-gynécologie (une médecin et trois infirmières gestionnaires).

**Tableau 3 Nombre de répondantes par région et par unité administrative**

| | Unité d'obstétrique-gynécologie | Laboratoire d'anatomopathologie |
|---|---|---|
| **Région 1** | 2 répondantes | 2 répondantes |
| **Région 2** | 1 répondante | s. o. |
| **Région 3** | 1 répondante | 1 répondante |

Les répondantes ont été interrogées sur les facteurs qui ont facilité ou nui à l'implantation des recommandations, et on a sollicité de leur part des exemples concrets tirés de leur milieu de travail. Elles ont également été invitées à rapporter leur perception des effets de l'implantation des recommandations de l'INESSS et de la manière dont l'INESSS, le MSSS et le réseau pourraient mieux les soutenir dans l'implantation de recommandations afin, notamment, d'améliorer les actions de l'INESSS en transfert de connaissances.

Les entrevues ont été enregistrées et transcrites automatiquement dans l'application Teams. Les enregistrements et les transcriptions non anonymisées ont été conservés sur des serveurs sécurisés et seront détruits à la suite de la publication du rapport. Toute information de nature personnelle recueillie auprès des personnes répondantes a été anonymisée pour protéger leur identité. Diverses modalités ont été mises en œuvre pour favoriser un consentement libre et éclairé, assurer la confidentialité et gérer les conflits d'intérêts, notamment la signature d'un document d'entente de participation et d'un formulaire de déclaration de conflits d'intérêts et de rôles qui ont été ensuite évalués et gérés selon la politique de l'INESSS sur la question.

Les données ont été analysées selon une approche d'analyse thématique, le contenu ayant été codé de façon à indiquer les principaux thèmes qui ressortent des propos. Les thèmes ainsi identifiés ont par la suite été regroupés en catégories plus générales, dont les facteurs qui influent positivement ou négativement sur l'implantation des recommandations, les effets, l'utilité et la pertinence perçus des recommandations et des outils de transfert de connaissances pour la pratique clinique ainsi que les pistes d'amélioration pour les travaux d'évaluation de l'INESSS et, plus largement, pour les actions du MSSS et du réseau en soutien à l'implantation de recommandations.

[14] Données du MSSS.

# 2 RÉSULTATS

## 2.1 Volume des transmissions de placentas au laboratoire d'anatomopathologie et coûts associés

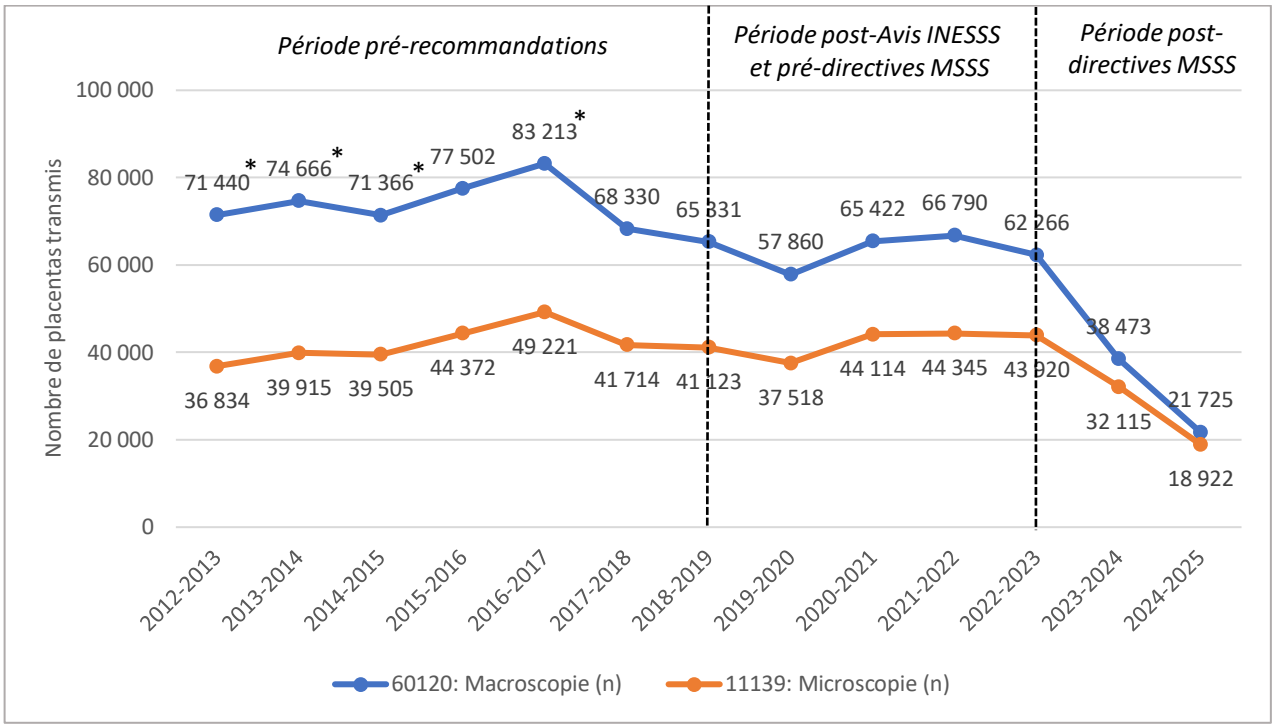
### Évolution de la transmission des placentas pour analyses anatomopathologiques (2012–2025) (Figures 3 et 4)

L'évolution des pratiques de transmission des placentas au laboratoire d'anatomopathologie a été analysée à partir de deux indicateurs complémentaires :

- le nombre absolu de placentas transmis, et
- le taux de transmission, exprimés en proportion des naissances pour les analyses macroscopiques ou en proportion des placentas transmis pour les analyses microscopiques.

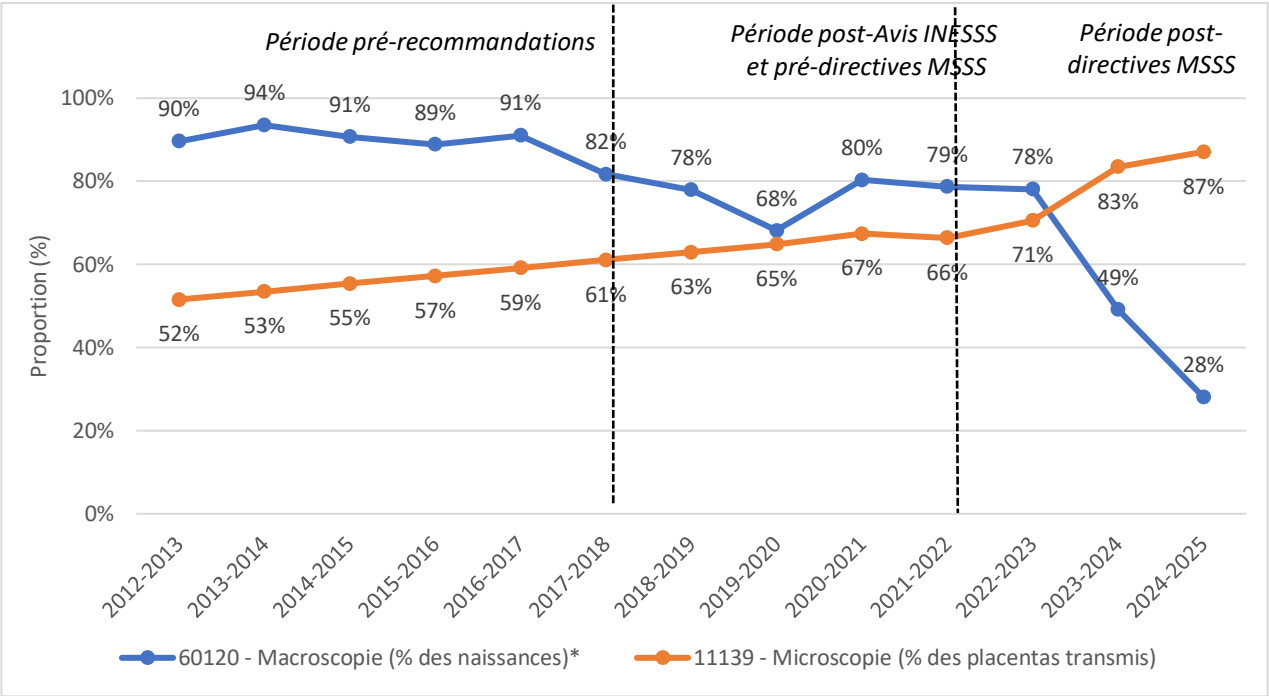
L'interprétation conjointe de ces indicateurs permet de distinguer trois principales périodes, qui correspondent à des contextes normatifs et organisationnels distincts.

**Figure 3 Nombre des placentas transmis au laboratoire d'anatomopathologie à l'échelle provinciale aux fins d'analyse macroscopique (code 60120) et microscopique (code 11139), de 2012–2013 à 2024–2025**




*Note : (*) Les volumes de placentas transmis pour analyse macroscopique (code 60120) semblent sous-estimés pour les années 2012–2013 à 2014–2015 et surestimés pour l'année 2016–2017 en raison de valeurs atypiques observées dans une grappe OPTILAB, où le nombre de placentas transmis apparaît incohérent par rapport au nombre de naissances. Selon l'information communiquée par le MSSS, ces variations pourraient être dues à une erreur de saisie des données.*

**Figure 4** **Proportion de placentas transmis aux analyses macroscopiques (code 60120) et de placentas analysés en microscopie (code 11139) à l'échelle provinciale, de 2012–2013 à 2024–2025†**




*Note : (†) Les deux séries emploient des dénominateurs différents (nombre de naissances pour le code 60120; nombre de placentas transmis pour le code 11139); les niveaux ne sont pas directement comparables, mais les tendances le sont.*

*Note : (*) Les proportions de placentas transmis pour analyse macroscopique (code 60120) à l'échelle provinciale ont été ajustées à partir d'une imputation des données pour une grappe OPTILAB, pour laquelle le nombre de placentas transmis apparaît incohérent par rapport au nombre de naissances pour les années 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015 et 2016-2017. L'imputation repose sur l'application de la contribution relative moyenne de cette grappe au total provincial, estimée à partir des années pour lesquelles les données étaient jugées fiables (à partir de 2017-2018).*

## Période pré-recommandations INESSS (2012–2013 à 2018–2019)

### Transmission en anatomopathologie

- La transmission des placentas pour analyse macroscopique demeure élevée jusqu'en 2016–2017, avec des proportions se situant entre 89 % et 94 % des naissances. À partir de 2017–2018, une diminution plus marquée est observée, la proportion passant de 91 % en 2016–2017 à 78 % en 2018–2019.
- En termes de volumes, le nombre de placentas transmis demeure également élevé jusqu'en 2016–2017, puis il diminue à partir de 2017–2018. Les volumes passent de 83 213 en 2016–2017 à 68 330 en 2017–2018, puis à 65 331 en 2018–2019.

### Analyses microscopiques

- Contrairement à la macroscopie, la proportion de placentas transmis faisant l'objet d'une analyse microscopique augmente de façon continue au cours de cette période, passant de 52 % en 2012–2013 à 63 % en 2018–2019.
- En volume, le nombre d'analyses microscopiques a légèrement progressé, passant de 36 834 en 2012–2013 à 41 123 en 2018–2019.

Cette phase correspond globalement à un **modèle de pratique extensif**, caractérisé par : une faible sélectivité dans la pratique clinique; une transmission quasi systématique des placentas jusqu'en 2016-2017, suivie d'une diminution en fin de période[15]; une augmentation progressive du recours à l'analyse microscopique.

## Période post-Avis de l'INESSS et pré-directives du MSSS (2019–2020 à 2022–2023)

### Transmission en anatomopathologie

- Une baisse marquée du taux de transmission est observée en 2019–2020 (68 %), concomitante à la publication de l'avis de l'INESSS. Cette diminution s'accompagne d'une réduction du nombre de placentas transmis, qui passent de 65 331 à 57 860.
- Entre 2020–2021 et 2022–2023, les taux augmentent et se stabilisent temporairement autour de 78-80 %, tandis que les volumes oscillent entre 62 266 et 66 790 placentas transmis aux laboratoires par année.

### Analyses microscopiques

- Durant cette même période, la proportion d'analyses microscopiques poursuit sa progression, passant de 65 % en 2019–2020 à 71 % en 2022–2023.
- En termes de volume, le nombre d'analyses microscopiques demeure relativement stable, autour de 44 000 examens par année, malgré les fluctuations observées pour la macroscopie.

Ces éléments suggèrent une **phase de transition** caractérisée par la mise en œuvre initiale des recommandations en 2019–2020 et l'effet probable de la pandémie de la COVID-19 sur les pratiques et l'organisation des soins à partir de 2020–2021.

[15] Possiblement associée à l'adoption de pratiques plus sélectives de transmission dans certains établissements à partir de 2017.

## Période post-directives du MSSS (2023–2024 à 2024–2025)

### Transmission en anatomopathologie

- À partir de 2023–2024, une rupture nette est observée dans les pratiques : le taux de transmission chute de 78 % à 49 %, puis à 28 % en 2024–2025; le nombre de placentas transmis diminue également, passant de 62 266 à 38 473, puis à 21 725.
- Cette baisse rapide et soutenue traduit un **changement structurel majeur**, cohérent avec l'entrée en vigueur des communications et directives ministérielles de novembre 2022 et mars 2023.

### Analyses microscopiques

- Parallèlement, la proportion d'analyses microscopiques atteint des niveaux beaucoup plus élevés : 83 % en 2023–2024 et 87 % en 2024–2025.
- En volume, le nombre d'analyses microscopiques diminue également (32 115 puis 18 922), mais cette baisse reflète principalement la réduction du nombre total de placentas transmis, et non une diminution du recours à l'analyse microscopique.

Les données indiquent que les placentas transmis à partir de 2023–2024 sont désormais **fortement sélectionnés** selon les recommandations de l'INESSS et les directives du MSSS, et que l'analyse microscopique est effectuée sur près de 100 % de ces placentas.

## Volumes évités cumulés – Analyse des écarts entre les volumes observés et les volumes contrefactuels

Cette section présente l'estimation des volumes de placentas non transmis au laboratoire d'anatomopathologie par rapport au scénario contrefactuel, établi à partir des tendances observées durant la période 2012–2018[16] . Ces volumes évités reflètent l'impact quantitatif des changements de pratique associés aux recommandations de l'INESSS et aux directives subséquentes du MSSS.

Les volumes évités correspondent à la différence annuelle entre les volumes contrefactuels projetés, représentant le nombre de placentas qui auraient été transmis si les pratiques antérieures s'étaient maintenues, et les volumes observés.

Les estimations sont présentées séparément pour les analyses macroscopiques (60120) et les analyses microscopiques (11139).

[16] Afin d'éviter que les valeurs aberrantes observées pour une grappe OPTILAB au cours des années financières 2012–2013 à 2016–2017 influent sur l'estimation de la tendance pré-intervention employée pour projeter le contrefactuel, ces observations ont été ajustées dans les analyses statistiques à partir de la proportion moyenne de la grappe dans le total provincial observée au cours des années pour lesquelles les données étaient jugées fiables (à partir de 2017–2018).

**Volumes évités – Analyses macroscopiques (Tableau 4)**

- Entre 2019–2020 et 2024–2025, le nombre total de placentas transmis observé (312 536) est inférieur au volume attendu selon le scénario contrefactuel (360 897).
- L'écart cumulatif entre les volumes observés et contrefactuels correspond à 48 361 transmissions de moins que ce qui aurait été anticipé sans le changement de pratiques. Cet écart représente une réduction cumulative d'environ 13 % (= 48 361 / 360 897) des transmissions attendues durant la période.
- Entre 2020–2021 et 2022–2023, l'écart (C–O) est négatif (de − 2 540 à − 4 061), ce qui indique que les volumes observés étaient légèrement supérieurs au contrefactuel. À partir de 2023–2024, l'écart devient fortement positif (+ 17 038 en 2023–2024; + 31 533 en 2024–2025), signalant des volumes évités importants (observé inférieur au contrefactuel). Ainsi, la réduction cumulative de 2019–2020 à 2024–2025 est observable principalement pour les deux dernières années.

**Tableau 4 Volumes d'analyses macroscopiques de placentas évitées (code 60120) à l'échelle provinciale, de 2019–2020 à 2024–2025**

| Année | Observé (O) | Contrefactuel (C) | Écart (C–O)† |
|---|---|---|---|
| 2019–2020 | 57 860 | 67 325 | 9 465 |
| 2020–2021 | 65 422 | 62 882 | -2 540* |
| 2021–2022 | 66 790 | 63 717 | -3 073* |
| 2022–2023 | 62 266 | 58 205 | -4 061* |
| 2023–2024 | 38 473 | 55 511 | 17 038 |
| 2024–2025 | 21 725 | 53 258 | 31 533 |
| **Total** | **312 536** | **360 897** | **48 361** |

Note : (†) Écart (C–O) > 0 = volumes évités (observé < contrefactuel); Écart (C–O) < 0 = volumes excédentaires (observé > contrefactuel).

Note : (*) Les années 2020–2021 à 2022–2023 présentent des volumes observés légèrement supérieurs au contrefactuel. Ces écarts pourraient refléter des facteurs conjoncturels, notamment liés à la pandémie de COVID-19, qui a pu influer temporairement sur l'organisation des soins et les pratiques cliniques.

**Volumes évités – Analyses microscopiques (Tableau 5)**

- Entre 2019–2020 et 2024–2025, le nombre total d'analyses microscopiques observé (220 933) est nettement inférieur au volume attendu selon le scénario contrefactuel (250 206), soit un écart cumulatif de 29 273 analyses de moins durant l'ensemble de la période. Cet écart correspond à une réduction cumulative d'environ 12 % (= 29 273 / 250 206) par rapport au volume attendu sans changement apporté aux pratiques.

- Entre 2020–2021 et 2022–2023, les volumes observés sont un peu plus élevés que ce qu'aurait prévu le contrefactuel (écarts C–O négatifs : − 611 à − 2 864). À l'inverse, à partir de 2023–2024, les volumes observés deviennent nettement plus faibles que le contrefactuel (écarts positifs : + 8 094 en 2023–2024 et + 20 665 en 2024–2025). La réduction cumulative de 2019–2020 à 2024–2025 provient donc surtout des deux dernières années.

**Tableau 5 Volumes d'analyses microscopiques de placentas évitées (code 11139) à l'échelle provinciale, de 2019–2020 à 2024–2025**

| Année | Observé (O) | Contrefactuel (C) | Volume évité (O-C) |
|---|---|---|---|
| 2019–2020 | 37 518 | 43 655 | 6 137 |
| 2020–2021 | 44 114 | 41 967 | -2 147* |
| 2021–2022 | 44 345 | 43 734 | -611* |
| 2022–2023 | 43 920 | 41 055 | -2 864* |
| 2023–2024 | 32 115 | 40 208 | 8 094 |
| 2024–2025 | 18 922 | 39 587 | 20 665 |
| **Total** | **220 933** | **250 206** | **29 273** |

Note : (†) Écart (C–O) > 0 = volumes évités (observé < contrefactuel); Écart (C–O) < 0 = volumes excédentaires (observé > contrefactuel).
Note : (*) Les années 2020–2021 à 2022–2023 présentent des volumes observés légèrement supérieurs au contrefactuel. Ces écarts pourraient refléter des facteurs conjoncturels, notamment liés à la pandémie de la COVID-19, qui a pu influer temporairement sur l'organisation des soins et les pratiques cliniques.

### Analyse intégrée des volumes évités (Tableau 6)

- Entre 2019 et 2025, un total de 77 634 analyses de placentas ont été évitées par rapport au scénario contrefactuel fondé sur les pratiques observées entre 2012 et 2018.
- Environ 62 % des volumes évités concernent les analyses macroscopiques. Cette baisse reflète directement l'abandon progressif de la transmission systématique des placentas et l'application des critères de transmission sélective recommandés par l'INESSS.

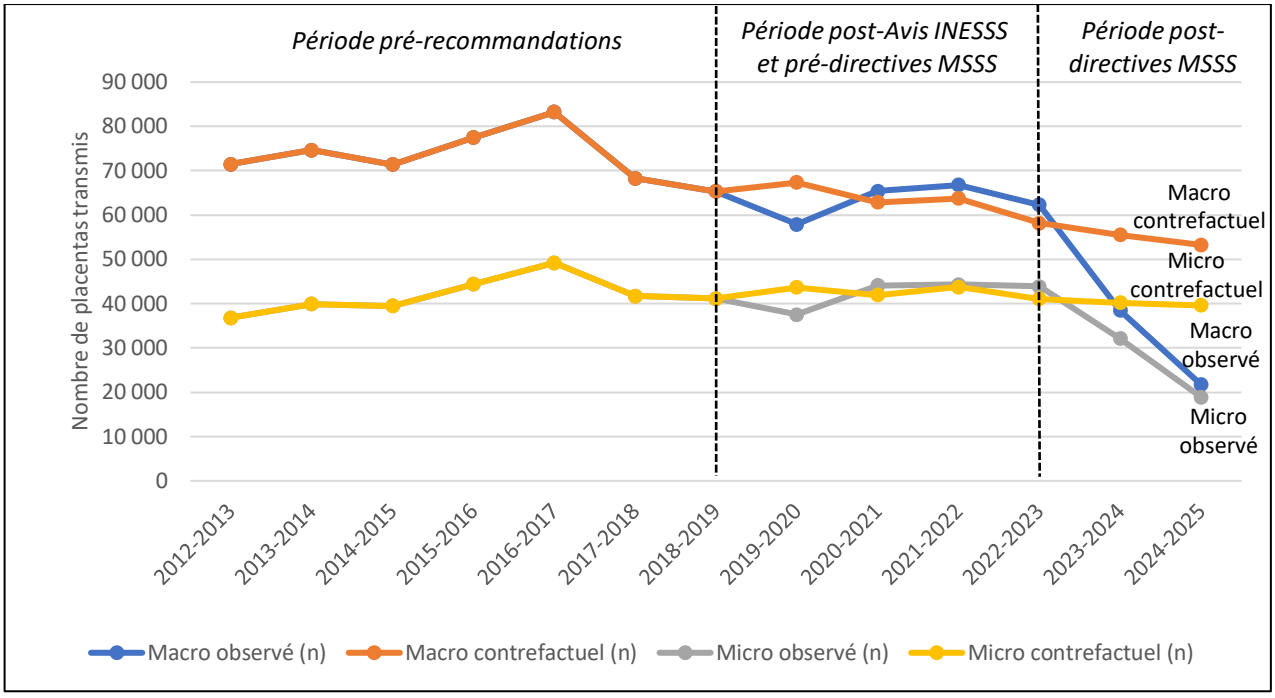
**Tableau 6 Volumes évités cumulés d'analyses placentaires (macroscopiques et microscopiques) à l'échelle provinciale, de 2019–2020 à 2024–2025**

| Type d'analyse | Volumes évités cumulés | Proportion du total |
|---|---|---|
| Macroscopie (code 60120) | 48 361 | 62 % |
| Microscopie (code 11139) | 29 273 | 38 % |
| Total | 77 634 | 100 % |

**Comparaison observé-contrefactuel pour les deux types d'analyse (Figure 5)**

- La figure 5 présente l'évolution des volumes provinciaux de placentas transmis en anatomopathologie pour la macroscopie (60120) et la microscopie (11139), en comparant les volumes observés aux volumes contrefactuels.
- Les trajectoires contrefactuelles (courbes orange et jaune) montrent une diminution graduelle et sans rupture marquée après 2019–2020, ce qui est cohérent avec la tendance de réduction progressive observée à partir de 2016–2017.
- En contraste, les volumes observés (courbes bleue et grise) présentent une dynamique en deux temps : (i) entre 2019–2020 et 2022–2023, les volumes observés restent globalement proches du contrefactuel — et peuvent même le dépasser légèrement certaines années — possiblement en reflétant des facteurs conjoncturels liés à la pandémie de la COVID-19 qui a temporairement influé sur les pratiques cliniques et organisationnelles; (ii) à partir de 2023–2024, la divergence est visible pour les deux types d'analyse, mais elle est particulièrement marquée pour la macroscopie (60120), ce qui indique une réduction importante des transmissions par rapport à ce qui aurait été attendu selon la tendance historique.

**Figure 5 Nombre total de placentas transmis au laboratoire d'anatomopathologie à l'échelle provinciale aux fins d'analyse macroscopique (code 60120) et microscopique (code 11139), observé et projection contrefactuelle, de 2012–2013 à 2024–20245**



**Coûts évités associés à la réduction des transmissions de placentas (Tableau 7)**

- Entre 2019–2020 et 2024–2025, les coûts observés associés aux analyses de placentas (macroscopie + microscopie) s'élèvent à 12,82 M$, alors que les coûts projetés selon le scénario contrefactuel auraient atteint 15,42 M$. Cela correspond à une **économie cumulée de 2,60 M$** pour l'ensemble de la période.
- Avant 2023–2024, les économies observées demeurent très faibles (0,01 M$ pour la période précédant 2023–2024). En revanche, une accélération marquée est observée à la suite de l'entrée en vigueur des directives du MSSS, qui se traduisent par des économies estimées à 2,59 M$, soit près de 99 % des économies totales enregistrées durant l'ensemble de la période.
- Sur le total de 2,60 M$ d'économies, 1,45 M$ (environ 56 % du total) proviennent de la réduction des analyses macroscopiques (60 120) et 1,15 M$ (environ 44 %) sont attribuables à la diminution du nombre des analyses microscopiques (11 139).
- Sur l'ensemble de la période analysée, 1,60 M$ d'économies estimées sont attribuables aux coûts payés par les établissements et 1,00 M$ aux honoraires médicaux (RAMQ), ces derniers représentant environ 38 % de l'ensemble (contre 62 % pour les établissements).

**Tableau 7 Volumes et coûts* des analyses macroscopique et microscopique de placentas : comparaison entre la situation observée et le scénario contrefactuel à l'échelle provinciale (2019–2025)[17]**

| Volumes et coûts | Période de comparaison | | |
|---|---|---|---|
| | **Post-avis INESSS et pré-directives MSSS (2019–2020 à 2022–2023)** | **Post-directives MSSS (2023–2024 à 2024–2025)** | **Post-avis INESSS et directives MSSS (2019–2020 à 2024–2025)** |
| **Observé** | | | |
| ***Volumes (n)*** | | | |
| Analyse macroscopique | 252 338 | 60 198 | 312 536 |
| Analyse microscopique | 169 897 | 51 036 | 220 933 |
| ***Coûts ($)*** | | | |
| Analyse macroscopique | | | |
| A. Établissements | 2 362 495 $ | 1 805 940 $ | 4 168 435 $ |
| B. Honoraires médicaux | --- | --- | --- |
| C. Total (A+B) | 2 362 495 $ | 1 805 940 $ | 4 168 435 $ |
| Analyse microscopique | | | |
| A. Établissements | 824 992 $ | 257 646 $ | 1 082 637 $ |

[17] Afin d'assurer la comparabilité temporelle, une analyse complémentaire a été réalisée en appliquant les valeurs pondérées les plus récentes à l'ensemble de la période étudiée. Cette approche, qui permet de neutraliser l'effet des changements de pondération et d'isoler davantage les variations de volumes, conduit à des résultats globalement cohérents avec ceux de l'analyse principale : économie cumulée de 2,6 M$ entre 2019-2020 et 2024-2025, dont 56 % de la réduction attribuable à la macroscopie et 44 % à la microscopie.

| Volumes et coûts | Période de comparaison | | |
|---|---|---|---|
| | **Post-avis INESSS et pré-directives MSSS (2019–2020 à 2022–2023)** | **Post-directives MSSS (2023–2024 à 2024–2025)** | **Post-avis INESSS et directives MSSS (2019–2020 à 2024–2025)** |
| B. Honoraires médicaux | 5 821 775 $ | 1 744 414 $ | 7 566 189 $ |
| C. Total (A+B) | 6 646 767 $ | 2 002 060 $ | 8 648 827 |
| **Total (macro + micro)** | **9 009 262 $** | **3 808 000 $** | **12 817 262 $** |
| **Contrefactuel (projection)** | | | |
| ***Volumes (n)*** | | | |
| Analyse macroscopique | 252 128 | 108 769 | 360 897 |
| Analyse microscopique | 170 412 | 79 795 | 250 206 |
| ***Coûts ($)*** | | | |
| Analyse macroscopique | | | |
| A. Établissements | 2 354 825 $ | 3 263 063 $ | 5 617 888 $ |
| B. Honoraires médicaux | --- | --- | --- |
| C. Total (A+B) | 2 354 825 $ | 3 263 063 $ | 5 617 888 $ |
| Analyse microscopique | | | |
| A. Établissements | 826 285 $ | 406 830 $ | 1 233 115 $ |
| B. Honoraires médicaux | 5 840 078 $ | 2 727 389 $ | 8 567 467 $ |
| C. Total (A+B) | 6 666 364 $ | 3 143 218 $ | 9 800 582 $ |
| **Total (macro + micro)** | **9 021 189 $** | **6 397 281 $** | **15 418 470 $** |
| **Écart (observé – contrefactuel)** | | | |
| ***Volumes (n)*** | | | |
| Δ Analyse macroscopique | 210 | - 48 571 | - 48 361 |
| Δ Analyse microscopique | -514 | - 28 759 | - 29 273 |
| ***Coûts ($)*** | | | |
| Analyse macroscopique | | | |
| A. Δ Établissements | 7 670 $ | - 1 457 123 $ | - 1 449 453 $ |
| B. Δ Honoraires médicaux | --- | --- | --- |
| C. Δ Total (A+B) | 7 670 $ | - 1 457 123 $ | - 1 449 453 $ |
| Analyse microscopique | | | |
| A. Δ Établissements | - 1 294 $ | - 149 184 $ | - 150 478 $ |
| B. Δ Honoraires médicaux | - 18 303 $ | - 982 974 $ | - 1 001 278 $ |
| C. Δ Total (A+B) | - 19 597 $ | - 1 132 158 $ | - 1 151 755 $ |
| Δ Total établissements | 6 376 $ | - 1 606 307 $ | - 1 599 930 $ |
| Δ Total honoraires médicaux | - 18 303 $ | - 982 974 $ | - 1 001 278 $ |
| **Δ Total général** | **- 11 927 $** | **- 2 589 281 $** | **- 2 601 208 $** |

Note : (*) Les estimations de coûts reposent sur les valeurs pondérées (VP) en vigueur pour chacune des années d'analyse. Ces valeurs peuvent varier avec le temps en raison des mises à jour périodiques du *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale*. Notamment, une révision importante des VP est survenue entre 2022 et 2023 pour le code 60120, entraînant une variation marquée des coûts unitaires observés pour les analyses macroscopiques. Les valeurs unitaires employées pour estimer les coûts sont présentées dans l'annexe C.

**Analyse de sensibilité** (Tableau 8)

Une analyse de sensibilité a été réalisée afin d'évaluer la robustesse des résultats relatifs aux incertitudes entourant la proportion d'analyses microscopiques parmi les placentas transmis, paramètre pour lequel les données disponibles sont partielles et reposent en partie sur des hypothèses.

- Les résultats de l'analyse de sensibilité montrent que les économies associées à la transmission sélective des placentas se situent entre 2,17 M$ et 3,00 M$, selon le scénario retenu.
- L'écart entre la borne inférieure et la borne supérieure est de 825 483 $ (environ 32 % du scénario de référence), ce qui indique que les résultats varient avec l'hypothèse sur la proportion d'analyses microscopiques, sans toutefois modifier l'ordre de grandeur des économies estimées.
- Dans tous les scénarios : la direction de l'effet demeure la même (économies); l'ordre de grandeur reste stable; et aucune hypothèse ne remet en cause la conclusion. L'analyse de sensibilité confirme donc la robustesse de la conclusion générale, malgré l'incertitude entourant la proportion d'analyses microscopiques.

**Tableau 8 Analyse de sensibilité – Coûts totaux évités à l'échelle provinciale selon les scénarios (2019–2025)**

| Scénarios | Coût total évité |
|---|---|
| Borne inférieure (scénario conservateur) | 2 171 478 $ |
| Scénario de référence | 2 601 208 $ |
| Borne supérieure (scénario favorable) | 2 996 962 $ |

**En bref**

- **Les volumes de placentas transmis ont diminué de façon substantielle**, avec 77 634 analyses de moins entre 2019 et 2025 par rapport au scénario contrefactuel – 62 % de cet écart concerne la macroscopie (60120) et 38 % la microscopie (11139).
- **Les directives ministérielles ont joué un rôle majeur :** les deux dernières années (2023–2024 et 2024–2025) représentent environ 99 % du total des volumes évités.
- **L'impact des changements de pratiques sur les coûts est significatif**, les économies cumulées étant estimées à 2,60 M$, dont près de 56 % attribuables à la diminution du nombre des analyses macroscopiques (60 120).
- **La conclusion est confirmée dans tous les scénarios :** l'analyse de sensibilité montre que les économies se situent entre 2,17 M$ et 3,00 M$, selon les hypothèses retenues.

## 2.2 Implantation : facteurs facilitants et enjeux perçus

Les éléments présentés ici sont issus des entretiens réalisés avec des intervenants du réseau et visent à enrichir les analyses quantitatives en éclairant les facteurs qui ont influé sur l'implantation des recommandations de l'INESSS et de la directive du MSSS dans trois régions du Québec. Les entretiens ont en plus exploré le processus d'implantation et les effets perçus. Bien que les personnes qui ont participé aux entretiens n'aient pas été exposées aux résultats quantitatifs, leurs propos présentent une convergence notable avec ceux-ci.

### Déroulement et effets de l'implantation

Le déroulement de l'implantation de la directive du MSSS présente plusieurs caractéristiques communes aux trois régions consultées, tout en s'inscrivant dans des contextes organisationnels propres à chacune. De manière générale, la directive du MSSS a été bien accueillie et jugée pertinente par toutes les équipes concernées, ce qui a favorisé leur collaboration.

> « *Au niveau médical,* […] *je pense que tout le monde comprenait le sens. C'est-à-dire, on ne pourra pas faire des analyses sur des tissus qui sont sains* […]*, le sens a été vraiment facile à comprendre, c'est une économie de temps pour tout le monde* ».

Plusieurs modes de communication ont été mobilisés par les établissements lors des démarches d'implantation, y compris des rencontres d'équipe (gynécologie-obstétrique, bloc opératoire, cogestion médicale, bloc régional), des communications écrites telles que des courriels ou des bulletins internes. Plusieurs équipes ou services ont été engagés dans la démarche, dont l'anatomopathologie, l'obstétrique-gynécologie, le bloc opératoire, les infirmières, les préposés aux bénéficiaires, le service de courrier, l'hygiène et salubrité et le secteur de la prévention des infections.

La directive du MSSS a également modifié certains rôles et responsabilités. Par exemple, alors que l'examen visuel du placenta était déjà réalisé par les gynécologues-obstétriciens et les professionnels de laboratoire, les médecins accoucheurs doivent désormais déterminer la pertinence de transmettre un placenta pour analyse et remplir le formulaire requis, le cas échéant.

> *« Ça ne s'est pas fait du jour au lendemain évidemment, parce qu'on est toujours un petit peu frileux quand on essaie de devenir plus sélectif. Ça a pris un certain temps. Mais là, aujourd'hui, ça fait vraiment, vraiment une différence. »*
>
> *« Tout le monde est devenu plus confortable aussi dans ça au niveau de l'obstétrique. Ils cochent quand c'est vraiment pertinent, quand il y a vraiment une condition ou qu'il y a eu un problème pendant la grossesse ou à l'accouchement ou peu importe. »*

Certaines particularités régionales ont également été rapportées. Dans deux régions, l'implantation s'est déroulée sur une période de deux à trois mois, soit graduellement dans un cas ou en une seule étape à une date déterminée dans l'autre. Dans une autre région, l'implantation a plutôt été réalisée en environ un an, notamment en raison du choix d'appliquer la directive de manière séquentielle dans plusieurs établissements du territoire desservi.

Sur le plan communicationnel, les processus différaient également. Dans deux régions, l'information liée à la directive a d'abord transité par le laboratoire d'anatomopathologie, qui a ensuite informé l'unité d'obstétrique-gynécologie. Sur le plan logistique, la coordination de l'implantation a été assurée par l'unité d'obstétrique-gynécologie dans deux régions, tandis que, dans la troisième, elle a été assumée conjointement par les pathologistes et les gynécologues-obstétriciens.

L'information recueillie indique que l'implantation s'est réalisée sans nécessiter de mesures transitoires. Elle est désormais jugée complétée dans les trois régions, et les répondantes estiment qu'elle a entraîné une réduction d'environ 70 % à 80 % du nombre de placentas transmis au laboratoire d'anatomopathologie.

Cette diminution a contribué à atténuer la pression liée à l'espace d'entreposage au laboratoire, à libérer du temps pour la réalisation d'autres analyses et à envisager de regrouper les analyses placentaires deux à trois fois par semaine plutôt que de les effectuer quotidiennement, dans une perspective de gain d'efficience organisationnelle.

> *« On manquait souvent de place dans notre réserve* [au laboratoire] *pour conserver tout ça. Ça a vraiment dégagé de l'espace. Puis, maintenant, on ne manque plus jamais de place. »*
>
> *« Aujourd'hui, ça a vraiment allégé notre travail. On perd moins de temps ».*

En revanche, les unités d'obstétrique-gynécologie se sont vu confier la nouvelle responsabilité de gérer et de réfrigérer dans leur unité les placentas non transmis au laboratoire. Dans une des régions, cela a entraîné une réflexion qui a finalement mené à l'achat de sachets en plastique moins coûteux et moins dommageables pour l'environnement que les contenants utilisés auparavant pour le transfert au laboratoire, changement adopté en réponse à des enjeux d'espace d'entreposage à l'unité d'obstétrique-gynécologie.

> *« Ça a été un obstacle, mais ça a motivé la réflexion, parce qu'en même temps, on se disait comment, au niveau environnemental, on pourrait diminuer aussi l'impact.* […] *Ça prend beaucoup moins de place, c'est beaucoup moins coûteux. Puis aussi au niveau de l'hygiène et salubrité, au niveau de l'environnement, c'est moins [polluant]. »*

### 2.2.1 Facilitateurs et enjeux internes

Lors des entrevues, les répondantes ont mentionné différents facteurs qui ont facilité ou nui à l'implantation de la nouvelle pratique.

#### 2.2.1.1 Facilitateurs

**Contexte préalable favorable**

Selon certaines répondantes, une pratique interne de transmission sélective des placentas déjà amorcée vers 2020, soit entre la publication de l'avis de l'INESSS et la directive du MSSS, a pu créer un environnement propice à l'adoption rapide du nouveau cadre de pratique.

**Communications et coordination inter-équipes**

Les communications régulières entre les équipes ont joué un rôle central dans la gestion du changement. Les répondantes soulignent que les décisions relatives aux ajustements de pratique sont habituellement prises de manière collégiale dans leur milieu, ce qui a

favorisé l'adhésion des équipes concernées. Les rencontres habituelles des services, les canaux officiels de communication interne et les relais par les gestionnaires immédiats ont constitué les principaux vecteurs de diffusion de l'information tout au long de l'implantation. Des rencontres en personne, réunissant l'ensemble des équipes concernées, ont aussi permis d'assurer une compréhension commune des procédures et des attentes.

La qualité des relations professionnelles et la cohésion des équipes ont été reconnues comme des éléments qui ont facilité la mise en œuvre de la directive. Les répondantes mentionnent notamment le caractère prioritaire accordé à ce changement, le travail d'équipe soutenu et la collaboration étroite entre les gynécologues-obstétriciens et le personnel infirmier. Ce personnel contribue notamment à rappeler aux médecins de remplir les formulaires requis pour la transmission des placentas[18].

> *« Qu'est-ce qui facilite? C'est le travail d'équipe. Je pense que quand tout le monde le met en priorité, ça devient une priorité organisationnelle et tous travaillent dans le même sens. »*
>
> *« On a une très belle collaboration puis des très belles relations. C'est toujours plus facile pour soulever un questionnement ou une problématique. »*
>
> *« La communication entre tous les corps de métier, ça a été super important. Puis, toutes personnes confondues, il fallait que ça passe vraiment par l'acceptation de tous. On a vraiment eu un bon travail de collaboration entre tout le monde, l'opinion de tout le monde était importante. Ça a joué beaucoup, c'est sûr. »*

**Aspects logistiques et organisationnels**

Sur le plan logistique, le temps requis pour la livraison du réfrigérateur, variant de quelques semaines à quelques mois pour une région, a permis aux équipes de disposer de davantage de temps pour préparer l'implantation. De plus, le fait d'implanter la directive successivement dans plusieurs hôpitaux d'une même région a permis à une répondante de disposer de suffisamment de temps et de bénéficier en continu des leçons apprises pour améliorer l'implantation d'un site à l'autre.

[18] Formulaire du MSSS et feuille 7 du dossier de la mère.

**Développement d'outils et ajustements locaux**

Au cours des entretiens, il a été rapporté que, dans le cadre de ce projet, les équipes ont conçu une variété d'outils pour faciliter l'intégration de la directive, dont :

- un système de codes employé par l'équipe de courrier pour distinguer les placentas destinés au laboratoire de ceux à éliminer comme déchets biomédicaux;
- une trajectoire visuelle développée pour communiquer clairement le changement attendu aux équipes concernées;
- un modèle apposé sur le réfrigérateur en obstétrique-gynécologie illustrant la manière d'ensacher le placenta et les documents avant leur réfrigération.

> *« Quand j'ai montré aux équipes comment ça allait fonctionner, je suis repartie de l'algorithme, mais je l'ai mis à jour en fonction de nos installations. Je l'ai bonifié. »* [Selon les installations]*, « à partir de telle étape, ça va se faire comme ça. Puis je refaisais* [l'algorithme adapté] *pour chacune des installations, pour vraiment qu'ils comprennent bien le sens. »*

#### 2.2.1.2 Enjeux

**Dynamique organisationnelle**

Certaines répondantes ont mentionné que le fait de devoir abandonner une initiative interne qui était déjà amorcée dans leur milieu pour plutôt mettre en place la directive ministérielle issue des recommandations de l'INESSS a pu nuire à la motivation de quelques membres du personnel.

**Logistique et coordination**

Plusieurs enjeux ont été nommés en lien avec la logistique et la coordination, dont l'absence d'une personne désignée responsable de coordonner l'implantation et la charge de travail importante associée à la coordination de l'implantation. Une répondante estime à cet égard que la logistique requise pour l'implantation a été sous-estimée. Certaines répondantes auraient souhaité disposer d'un aide-mémoire pour planifier la logistique nécessaire à la mise en œuvre de la directive, qui aurait compris un outil pour faciliter la coordination de la nouvelle trajectoire des placentas. Pour les laboratoires desservant plus d'un établissement, des mesures particulières ont dû être mises en place afin d'assurer le traitement des placentas provenant de sites externes. Finalement, les répondantes ont souligné plusieurs contraintes qui ont engendré des retards et ont eu pour effet de prolonger le temps d'implantation : autorisation budgétaire, acquisition et mise en service du réfrigérateur, mise à jour des documents internes et appropriation du changement de pratique.

> *« Au début, ça a été assez difficile, justement, de tout organiser parce qu'il n'y a pas de modèle tout fait. On vous dit ce qu'il faut que vous fassiez, le reste vous appartient sur comment vous allez le faire.* […] *C'est un petit peu nébuleux dans le comment le faire. »*

**Pratiques professionnelles**

Les changements de rôles et de responsabilités ont aussi généré des incertitudes, notamment chez certains gynécologues-obstétriciens moins familiarisés avec les indications liées à l'examen visuel des conditions placentaires. Une répondante a mentionné que ce changement a parfois suscité de l'incertitude de la part de certains médecins accoucheurs, qui pouvait se traduire par une tendance à transmettre un plus grand nombre de placentas en raison de préoccupations médico-légales. Une autre a suggéré que les pédiatres devraient être informés de la possibilité de demander l'analyse du placenta lorsqu'ils prennent en charge le nouveau-né au cours des sept premiers jours de sa vie.

> *« Le jugement clinique reste toujours prédominant. Si on a une inquiétude ou quoi que ce soit, par jugement clinique, on peut faire analyser le placenta ».*

**Ressources matérielles**

Les répondantes ont mentionné divers enjeux liés aux ressources matérielles, dont la gestion de l'espace disponible pour le réfrigérateur dans l'unité d'obstétrique-gynécologie, de l'espace d'entreposage disponible dans ce réfrigérateur et le choix des contenants de taille adéquate utilisés pour l'entreposage au réfrigérateur. Des interrogations sur la capacité des bacs utilisés pour la destruction des déchets biomédicaux ont également été notées.

**Facilitateurs et enjeux externes**

En plus d'explorer les facteurs internes, le questionnaire utilisé permettait également d'aborder les éléments externes à leur organisation qui avaient pu influer sur l'implantation. Les facteurs externes identifiés par les répondantes concernent principalement les outils et les communications produits par l'INESSS et le MSSS.

**Outils utiles et pertinents**

Les répondantes jugent que le formulaire du MSSS et les indications fournies étaient pertinents et exhaustifs, tout comme l'avis et l'aide-mémoire de l'INESSS. Les outils incluant des éléments visuels permettant une consultation rapide sont aussi considérés comme particulièrement utiles, dont l'algorithme de l'INESSS qui a été adapté localement. Des outils additionnels sont néanmoins souhaités, par exemple un outil visuel pour l'examen du placenta de même qu'un aide-mémoire précisant les aspects

logistiques à considérer – équipes concernées, ressources matérielles, étapes de mise en œuvre.

> *« J'aime bien ça avoir* [le document] *complet mais j'aime ça avoir un aide-mémoire qui me cible plus spécifiquement, parce que moi j'utilise tout le temps de la même façon* [les publications de l'INESSS]*. Je lis tout le temps le document au début au complet pour vraiment bien en prendre connaissance. Mais j'aime ça après, pouvoir cibler. J'aime quand c'est imagé aussi. Je trouve que c'est facile à comprendre pour les équipes, ça a plus de sens que de prendre le temps de lire le document complet. »*

**Communications externes**

Certains enjeux ont toutefois été relevés au chapitre des communications externes. Par exemple, on a mentionné le fait que, à la suite de l'avis de l'INESSS et de l'émission de la directive par le MSSS, l'information sur les recommandations émises et les suites devant y être accordées n'a pas circulé dès le départ auprès de toutes les équipes qui étaient concernées par l'implantation, ce qui a entraîné des retards de mise en œuvre pour la personne responsable de la coordination. L'absence de délai entre la réception du formulaire du MSSS et son entrée en vigueur a aussi limité la capacité de certaines équipes à préparer l'implantation.

> *« Au début, ça a été un petit peu plus difficile à voir, mais quand on a rassemblé tout [le] monde, c'est très facilitant quand les autres directions se mettent de la partie pour nous aider. Je pense que ça c'est quelque chose qui aurait dû être réfléchi au départ quand l'annonce a été lancée. Ça aurait été bien que tout [le] monde soit mis ensemble. »*
>
> *« C'est vraiment de voir qui est touché par le changement,* […] *s'assurer d'informer tout le monde. »*

### 2.2.2 Limites de l'évaluation

**Limites associées aux données relatives aux volumes**

Les données relatives aux volumes qui sont issues de la banque Centralab ne permettent pas d'associer les analyses de placentas à leur contexte clinique, ce qui empêche de documenter la conformité des décisions de transmettre ou non un placenta au laboratoire en fonction des indications prévues.

De plus, la banque Centralab ne distingue pas les analyses macroscopiques des analyses microscopiques. L'estimation des volumes transmis pour microscopie repose ainsi sur des données empiriques partielles et sur des hypothèses de pondération fondées sur les modèles organisationnels de gestion des placentas.

Finalement, la qualité des données demeure par ailleurs dépendante de la complétude et de l'exactitude du codage de transmission, ce qui introduit des incertitudes dans l'estimation des volumes et des coûts associés.

### Limites associées aux données qualitatives

Les entrevues menées fournissent des données riches et détaillées sur les processus d'implantation, mais leur portée demeure limitée. Elles ont été réalisées dans trois établissements de trois régions différentes, y compris un grand centre accoucheur. Dans une région, seule l'unité d'obstétrique-gynécologie a été consultée, et une seule entrevue avec une médecin en obstétrique-gynécologie a été réalisée. Aucun établissement universitaire n'a participé à la démarche. La diversité limitée des milieux consultés réduit la capacité de généraliser les résultats à l'ensemble de la province ou à d'autres contextes organisationnels.

### Autres influences à considérer

Les effets observés pourraient découler de facteurs qui n'ont pas été mesurés ou documentés dans le cadre de cette évaluation. Ils peuvent notamment être tributaires des particularités locales propres à chaque établissement, telles que les pratiques antérieures en matière de transmission sélective, ainsi que des facteurs externes, dont des événements organisationnels ou systémiques, comme la pandémie de la COVID-19 ou les transformations dans le réseau.

# PRINCIPAUX CONSTATS

La présente évaluation d'impact visait à combiner une perspective globale, basée sur des analyses quantitatives de la tendance observée à l'échelle provinciale, à une perspective qualitative de terrain recueillie par entrevues, afin d'examiner dans quelle mesure ces deux perspectives coïncident et peuvent éclairer la poursuite des activités de l'INESSS, entre autres pour les stratégies de diffusion, la production d'outils de soutien à l'implantation et l'arrimage avec le MSSS et Santé Québec.

L'analyse des volumes de placentas transmis au laboratoire d'anatomopathologie signale un changement structurel des pratiques plutôt qu'une simple fluctuation conjoncturelle, ce que soutiennent également les propos recueillis en entrevues. À partir de 2023–2024, correspondant à la mise en œuvre de la directive du MSSS, la divergence marquée entre les volumes observés et les volumes projetés selon le scénario contrefactuel semble traduire une modification durable des pratiques cliniques, aussi observée sur le terrain, caractérisée par l'abandon progressif de la transmission quasi systématique des placentas. Cette évolution ne peut être expliquée uniquement par des facteurs démographiques, tels que la baisse du nombre de naissances, ni par des perturbations organisationnelles temporaires; elle apparaît plutôt cohérente avec l'appropriation graduelle des recommandations de l'INESSS qui ont été suivies des directives du MSSS visant la transmission sélective des placentas à l'échelle provinciale.

L'analyse temporelle met en évidence un effet différencié des standards de pratique (produits de l'INESSS) et des instruments normatifs (directive et formulaire du MSSS). La publication de l'avis de l'INESSS en 2019, alors sans émission de consigne par le MSSS, semble associée à une inflexion initiale des pratiques, marquée toutefois par une stabilisation relative au cours des années subséquentes. Les entrevues corroborent cette analyse, comme illustré dans deux régions où une pratique sélective interne d'analyse des placentas avait été amorcée en 2020. En revanche, l'entrée en vigueur des directives ministérielles en 2023 coïncide avec une diminution marquée et généralisée du nombre des transmissions. Cette séquence suggère que, si les recommandations scientifiques constituent un levier nécessaire pour orienter les pratiques, leur traduction en directives explicites et opérationnelles par le MSSS a joué un rôle déterminant dans l'ampleur et la rapidité du changement. Cela a été observé dans une région qui n'avait pas effectué de travaux avant cette directive et où la transmission systématique des placentas était appliquée jusqu'à la directive du MSSS.

Au-delà de la réduction des volumes transmis, les résultats témoignent d'une recomposition qualitative de l'activité anatomopathologique placentaire conforme à la logique des recommandations, faisant ainsi écho aux propos recueillis en entrevue. La hausse marquée de la proportion d'analyses microscopiques parmi les placentas transmis à partir de 2023–2024 reflète une sélection accrue des cas à plus forte valeur clinique, dans une trajectoire où toute macroscopie jugée cliniquement indiquée est, en principe, appelée à être suivie d'une analyse microscopique. Dans ce contexte, la diminution observée du nombre absolu d'analyses microscopiques ne traduit pas un recul du recours à ce type d'examen, mais découle principalement de la baisse du

nombre total de placentas acheminés au laboratoire, suggérant une concentration accrue des ressources sur des analyses susceptibles d'influer sur la prise en charge clinique.

L'ampleur et la temporalité des effets méritent également d'être soulignées et sont reflétées tant dans les résultats quantitatifs que qualitatifs. Environ 99 % des volumes évités et des économies cumulées sont concentrés dans les deux dernières années de la période étudiée, soit après la mise en application de la directive ministérielle. L'horizon d'analyse choisi, couvrant une période de douze années, permet ainsi d'associer cette concentration temporelle à un impact indirect des produits de l'INESSS à travers les instruments normatifs mis de l'avant par le MSSS. La robustesse de ces estimations, confirmée par les analyses de sensibilité, renforce la crédibilité de l'ordre de grandeur retenu malgré les incertitudes inhérentes à l'estimation indirecte des volumes d'analyses microscopiques.

Au-delà des coûts directs d'analyses en laboratoire, la diminution marquée des volumes transmis est également susceptible d'avoir entraîné certaines économies indirectes liées à la gestion et à la conservation prolongée des placentas en anatomopathologie. Comme cela a été évoqué dans les entrevues, la baisse des volumes semble avoir atténué, dans certains milieux, des contraintes organisationnelles en matière d'entreposage réfrigéré, de contenants, de manutention et de gestion des déchets biomédicaux, en particulier dans les laboratoires d'anatomopathologie. Bien que ces coûts n'aient pas été quantifiés dans la présente évaluation et qu'ils pourraient varier selon les configurations locales, les entrevues révèlent que les volumes plus faibles ont contribué, au moins partiellement, à alléger certaines pressions logistiques et matérielles, ce qui pourrait constituer un avantage économique et organisationnel additionnel aux économies estimées.

En outre, cette même baisse du nombre des transmissions est susceptible d'avoir généré un gain en termes de coûts de renonciation pour le système de santé et de services sociaux. Le temps professionnel libéré mentionné lors des entrevues — tant pour les technologistes de laboratoire que pour les pathologistes — a possiblement pu être consacré à d'autres analyses susceptibles d'offrir une plus grande valeur ajoutée clinique ou organisationnelle, telles que l'analyse de prélèvements prioritaires et la réduction de certains délais diagnostiques. Autrement dit, au-delà des économies comptables mesurées, les résultats indiquent un potentiel gain d'efficience allocative : des ressources spécialisées rares peuvent être progressivement redéployées vers des activités où leur contribution est vraisemblablement plus élevée, selon les contextes organisationnels locaux.

Pour conclure, certains facteurs d'influence, externes ou locaux, se dégagent des propos recueillis en entrevue. Si la qualité, la pertinence et l'utilisabilité des outils proposés par l'INESSS et le MSSS sont appréciées, des outils additionnels de soutien à l'implantation pourraient être développés. Idéalement, ces outils devraient être diffusés simultanément à l'ensemble des parties prenantes et en temps opportun pour soutenir l'implantation. Parmi les facteurs locaux, la communication au sein des équipes et entre les équipes est sans conteste l'élément clé du succès de l'implantation, ce qui a donné lieu à l'émergence de solutions innovantes pour pallier les enjeux rencontrés, notamment en termes de logistique et de ressources matérielles.

# PISTES D'AMÉLIORATION

Les propos recueillis lors des entrevues suggèrent plusieurs pistes d'amélioration pour le soutien à l'implantation de recommandations telles que celles de l'INESSS sur la transmission sélective des placentas au laboratoire d'anatomopathologie, notamment en termes d'outils, de communication, de coordination et de ressources humaines et matérielles. Certaines de ces pistes concernent plus directement les activités de l'INESSS, alors que d'autres interpellent également les autres parties prenantes concernées.

De la part de l'INESSS, un outil de soutien à l'implantation, tel un aide-mémoire sur les éléments logistiques dont il est important de tenir compte – la coordination, la liste des services, directions et unités concernés, les ressources matérielles requises, etc. – pourrait être utile pour les milieux. De plus, un outil d'une page portant sur l'examen visuel du placenta aurait pu être proposé et affiché dans les salles d'accouchement et au bloc opératoire.

Les entrevues menées soulignent aussi l'intérêt, pour les instances gouvernementales comme l'INESSS, le MSSS ou Santé Québec, d'adopter une stratégie de diffusion large et en amont afin, d'une part, d'assurer que toutes les parties prenantes seront informées en même temps et, d'autre part, que ces dernières disposeront de suffisamment de temps pour planifier et coordonner la mise en œuvre. La possibilité de fournir du soutien à l'implantation de la nouvelle pratique, par exemple une adresse courriel générique pour pouvoir contacter une personne-ressource, a également été soulevée.

Enfin, certaines pistes d'amélioration relèvent davantage du champ d'action des établissements eux-mêmes, mais elles pourraient être mentionnées dans un éventuel aide-mémoire de l'INESSS sur les aspects logistiques à retenir. Ceux-ci incluent :

- L'identification, dans l'établissement, d'une personne responsable de coordonner l'implantation et de diffuser l'information[19].
- La coordination des communications afin que toutes les équipes concernées soient informées en même temps des modifications prévues quant à leurs rôles et responsabilités, ainsi que des étapes et du calendrier de mise en œuvre.
- Un délai suffisant entre l'annonce au personnel concerné et l'application de la directive.
- L'identification et la résolution, en amont, des enjeux de budget et de locaux pour les ressources matérielles nécessaires à l'implantation.

[19] Selon les régions et les répondantes, différents rôles clés ont été mentionnés pour favoriser les communications, dont ceux de coordonnateur de chaque direction, de conseillère en soins infirmiers, de conseillère-cadre et d'équipe de conseil clinique.

*« Donc, informer à l'avance, de pouvoir planifier justement, je ne veux pas dire un chargé de projet, mais une personne-ressource responsable de la diffusion de l'information. Mais c'est surtout le volet temps pour nous. Par exemple, si on le sait à l'avance par courriel, c'est un bon mode de diffusion de l'information d'envoyer un courriel, puis de nous envoyer la documentation à l'avance. De dire, voici ce qui s'en vient, nous, ça nous permet de figurer comment on va le faire, puis si on peut s'adresser à une personne qui va être au courant, puis qui va rassembler toutes les parties prenantes d'un même système, ça nous aide vraiment beaucoup. Ce qui est difficile, c'est quand on a une tâche à accomplir, puis qu'on n'a pas le comment on va le faire, puis qu'on n'a pas aucune idée, puis qu'on doive le modeler ensemble, tout le monde ensemble, ça, c'est difficile. Mais je comprends que ça ne peut pas toujours être parfait. Il y a des imprévus auxquels on n'aura pas pensé, puis faut travailler, puis faut le moduler ensemble. »*

# CONCLUSION

Cette évaluation de l'impact des produits de connaissance de l'INESSS sur la transmission sélective des placentas a permis d'estimer l'effet des recommandations publiées en 2019 et de la directive du MSSS émise en 2023, ainsi que d'identifier des éléments qui ont facilité leur implantation dans le réseau.

Les analyses mettent en évidence une **diminution marquée du volume de transmission des placentas** au laboratoire d'anatomopathologie, de même qu'une **réduction des coûts associés**. Les propos recueillis en entrevue vont dans le même sens et illustrent les effets organisationnels positifs de ce changement de pratique.

À l'image du premier volet de l'évaluation publié en 2025, les résultats confirment le rôle déterminant joué par la **prise de position claire du MSSS**, notamment par des orientations, des directives et des conditions préalables à mettre en place, en s'appuyant sur les données probantes de l'INESSS. Cette mobilisation ministérielle semble avoir favorisé l'adoption des indications cliniques et contribué de manière importante à la réduction des volumes observée. L'intégration par le MSSS des indicateurs cliniques issus de l'avis de l'INESSS et de l'algorithme décisionnel tiré de l'aide-mémoire dans le formulaire de requête obligatoire a également constitué un levier majeur d'implantation. Les répondantes ont d'ailleurs souligné la pertinence des recommandations de l'INESSS ainsi que l'utilité de ses outils pour soutenir la pratique.

Même si l'évaluation ne visait pas à mesurer la conformité de l'implantation ni l'uniformisation des pratiques, les données disponibles et les commentaires obtenus en entrevue suggèrent que la nouvelle pratique est maintenant bien établie et généralement conforme aux indications émises.

Dans l'ensemble, les résultats laissent croire que certains des **effets ultimes attendus** à la suite de l'implantation des recommandations de l'INESSS sont au moins partiellement atteints, notamment une **utilisation plus judicieuse et efficiente des ressources** et une **optimisation des services** offerts aux patients.

# RÉFÉRENCES


Gouvernement du Québec. *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (RLRQ, chapitre S-5, r. 5). https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/s-5,%20r.%205

Gouvernement du Québec (2010). *Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux* (RLRQ, c. I-13.03). https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/i-13.03

Gouvernement du Québec (2014). *Directive concernant l'évaluation des programmes dans les ministères et organismes* (Décret 125-2014).

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2019a). *Pertinence et indications de transmission des prélèvements au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse – Le placenta.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Biologie_medicale/INESSS_Avis-Placenta.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2019b). *Aide-mémoire. Transmission sélective des placentas au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Biologie_medicale/Aide-memoire_Placenta.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2019c). *Fiche-synthèse. Pertinence et indications de transmission des placentas au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Biologie_medicale/Placenta_Fiche-synthese.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2021). *Énoncé de principes et de fondements éthiques du cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS-Enonce-de-principes-2021_VF.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2024). *Plan stratégique 2024-2028.* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/plan_strategique_inesss_2024-2028.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2025). *Évaluation de l'impact des recommandations de l'INESSS concernant la pertinence et les indications de transmission des placentas au laboratoire d'anatomopathologie aux fins d'analyse (version révisée).* https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/Mesure_impact_placenta_INESSS.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Circulaire – Examen des parties d'un corps humain ou d'objets en anatomopathologie* (Circulaire # 2016-014).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017). *Directive ministérielle – Disposition des placentas à la suite d'un accouchement* (Circulaire # 2017-024). https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ConsCirculaire.aspx?enc=TB0srec7iVA=

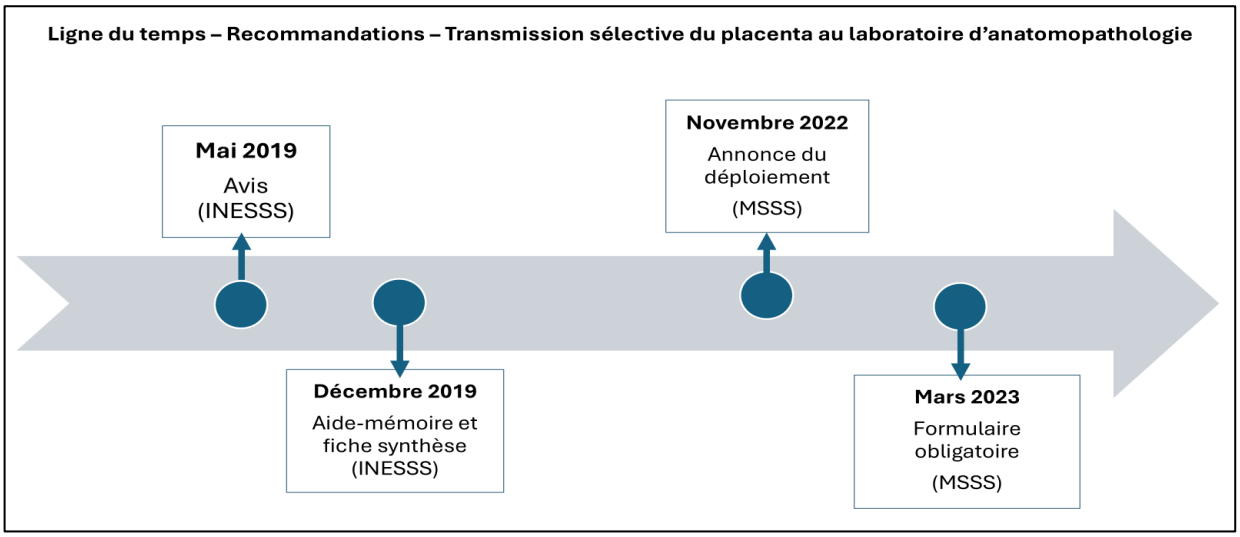
# ANNEXE A

## Entrevue semi-dirigée – grille d'entrevue

Nous avons souhaité vous rencontrer dans le cadre d'une démarche d'évaluation d'impact de l'avis publié par l'INESSS en 2019 sur la transmission sélective des placentas au laboratoire d'anatomopathologie.

Je vous remercie sincèrement de prendre le temps de nous aider à mieux comprendre comment les outils de l'INESSS se traduisent dans la réalité du réseau et comment nous pouvons les améliorer.

Pour rappel, cette ligne du temps du temps présente les dates de publication de l'avis et des outils de l'INESSS et les dates des communications du MSSS annonçant le déploiement de la transmission sélective dans le réseau.




Pour commencer, pouvez-vous me raconter comment s'est passée l'implantation de la transmission sélective des placentas au laboratoire d'anatomopathologie dans votre établissement?

- Quels facteurs ont facilité l'implantation des recommandations dans votre unité?
  - Est-ce qu'il y avait d'autres éléments qui ont facilité (soit, sur le plan de la communication, est-ce que des directives ont été établies au sein de votre établissement)?
- Quels obstacles avez-vous rencontrés?
  - Est-ce qu'il y avait d'autres obstacles que vous avez rencontrés dans l'implantation des recommandations?

| **Relances** |
|---|
| ▪ Communications |
| ▪ Directives de l'établissement |
| ▪ Ressources humaines (p. ex. changement de personnel) |
| • Coordination entre les différents services concernés (unité mère-enfant, labo, courrier, préposés, hygiène et salubrité, prévention des infections)<br>– Qui a amorcé la collaboration entre les unités? Comment ça s'est passé? |
| ▪ Logistique et ressources matérielles |
| ▪ Outils utilisés (p. ex. modèle concret pour le stockage des placentas dans le frigo) |
| ▪ Temps additionnel requis pour cette nouvelle pratique |
| ▪ Interruption VS implantation en continu |
| ▪ Solutions temporaires ou provisoires |

- Combien de temps diriez-vous que ça vous a pris pour avoir un fonctionnement fluide (de la transmission sélective)?
  - Diriez-vous que c'est complètement ou partiellement implanté?
  - Y a-t-il eu des solutions temporaires (p. ex. frigo au labo) ou des interruptions pendant l'implantation?
- Comment sont traitées les demandes des mères qui veulent récupérer leur placenta? (fréquence estimée (marginal)? La transmission sélective est-elle appliquée pour ces placentas?)

**Effets perçus des recommandations de l'INESSS (exploration)**

- Comment avez-vous été informé du changement de pratique qui était demandé par le MSSS (p. ex. diffusion par l'INESSS, communications du MSSS, autre)?
  - Et comment les équipes (p. ex. les médecins, les professionnels) dans votre unité ont-elles été informées?
- Quels outils avez-vous utilisés pour l'implantation de ces recommandations (aide-mémoire, fiche-synthèse de l'INESSS, formulaire du MSSS)?
  - Qu'avez-vous pensé de ces outils – sur le formulaire du MSSS?
    - Algorithme décisionnel sur le formulaire du MSSS
    - Liste des indications pour la transmission
    - Liste des indications pour lesquelles la transmission n'est pas requise
- Pour les pathologistes :
  - Quel est l'effet perçu sur le volume d'analyses à réaliser au laboratoire et sur les délais pour les réaliser?

- Pour les cliniciens accoucheurs :
  - Comment ça s'est fait pour la mise en place de l'examen visuel du placenta dans l'unité? (soutien/formation reçu ou souhaité?)
    - L'équipe médicale, de son côté, a-t-elle eu besoin de soutien ou de formation pour s'approprier la nouvelle procédure?
  - Par rapport au nombre de placentas qui étaient transmis avant la directive du MSSS en 2023, pouvez-vous estimer environ quelle proportion du nombre total de placentas est maintenant transmise au laboratoire?

**Pistes d'amélioration**

- Comment êtes-vous généralement informés des changements de pratique de cette nature?
- De manière plus générale, connaissez-vous les travaux de l'INESSS (avis, aide-mémoire, fiche-synthèse)? Les avez-vous consultés?
- Dans un monde idéal, comment l'INESSS pourrait-il mieux soutenir l'implantation de ses recommandations dans votre établissement?
  - Stratégie de diffusion et de communication
  - Outils

Avant de terminer, est-ce qu'il y a d'autres éléments que vous voudriez partager mais que je n'ai pas abordés dans mes questions?

# ANNEXE B

## Principales données et hypothèses employées pour l'estimation des volumes des placentas transmis aux analyses microscopiques (code 11139) à l'échelle provinciale

| | Modèle 1 | Modèle 2 | Modèle 3 | Modèle 4 |
|---|---|---|---|---|
| Pratiques de transmission de placentas | ▪ Analyses macro : systématique<br>▪ Analyses micro : systématique | ▪ Analyses macro : systématique<br>Analyses micro : sélective | ▪ Analyses macro : sélective<br>▪ Analyses micro : systématique | ▪ Analyses macro : sélective<br>▪ Analyses micro : sélective |
| Nombre d'établissements† | 2 | 5 | 2 | 1 |
| Volumes macro (code 60120)†† | 2 506 | 11 408 | 5 370 | 2 760 |
| Poids du modèle‡ | 11 % | 52 % | 24 % | 13 % |
| Proportion micro/macro retenue (p)‡‡ | 100% | 2019–2020 : 49 %<br>2020–2021 : 54 %<br>2021–2022 : 52 %<br>2022–2023 : 60 %<br>2023–2024 : 85 %<br>2024–2025 : 92 % | 100 % | 30 % |

† Selon les données relatives à dix établissements dont les pratiques de transmission des placentas ont été documentées dans l'avis de INESSS (2019a).

†† Ces volumes représentent environ 37 % des placentas transmis à l'échelle provinciale en 2023–2025.

‡ Les poids (%) correspondent à la part relative des volumes macro observés en 2023–2025.

‡‡ La proportion du modèle 2 varie annuellement selon les données observées (code 11139). La proportion du modèle 4 repose sur une hypothèse centrale de 30 %.

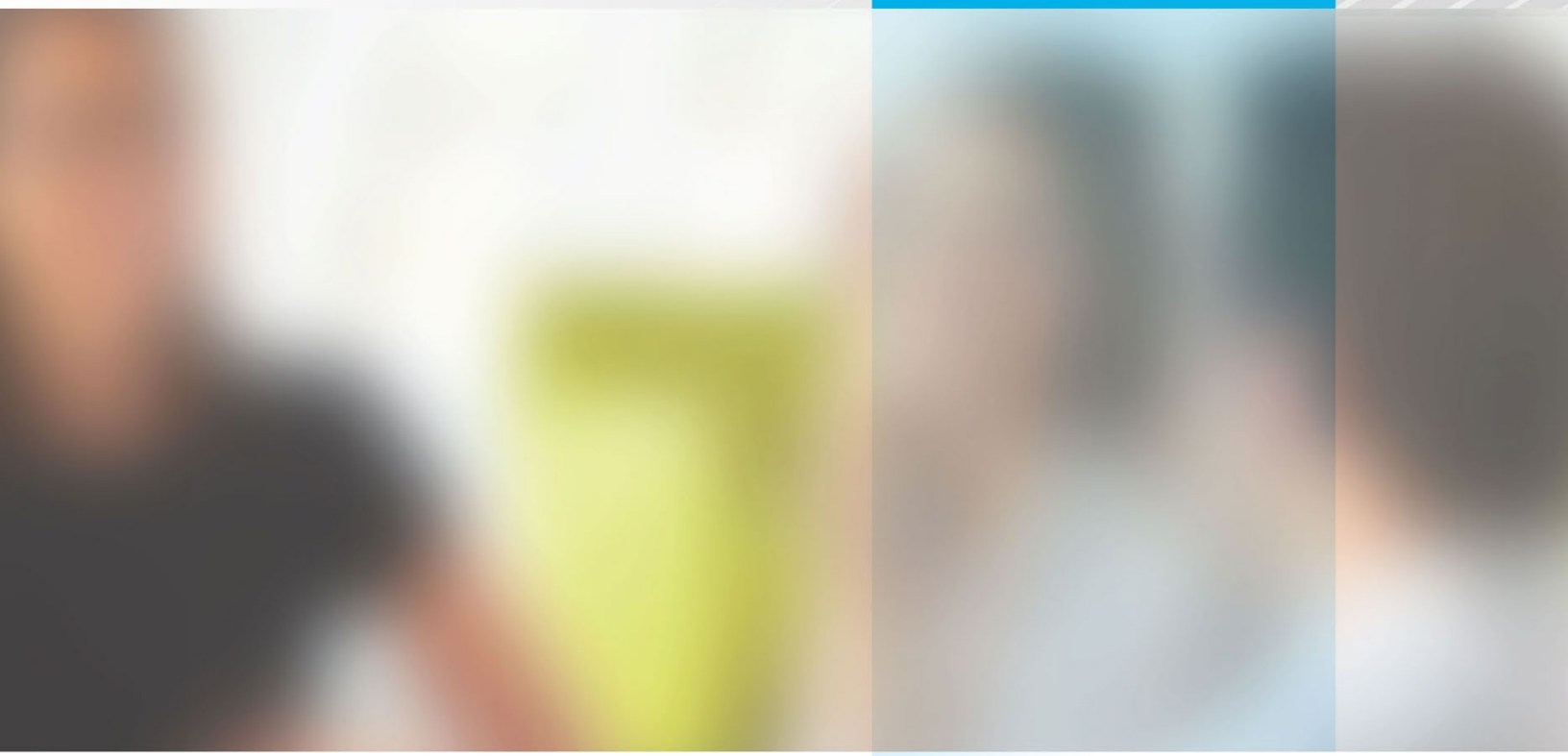
# ANNEXE C

## Valeurs unitaires employées pour estimer les coûts des analyses macroscopiques et microscopiques

| Année | Analyse macroscopique | Analyse microscopique | | |
|---|---|---|---|---|
| | Code 60120 : description de placenta (mise en cassette non incluse) † | Code 60100 : mise en cassette avec ou sans assistance au pathologiste, résident ou aide-pathologiste† | Code 60200 : coloration de routine, tissu paraffiné† | Code 11139 : placentas avec microscopie‡ |
| 2012–2013 | 8,5 $ | 1,4 $ | 3,0 $ | 30,4 $ |
| 2013–2014 | 8,5 $ | 1,4 $ | 3,0 $ | 33,0 $ |
| 2014–2015 | 8,5 $ | 1,4 $ | 3,0 $ | 33,0 $ |
| 2015–2016 | 8,2 $ | 1,3 $ | 3,0 $ | 33,0 $ |
| 2016–2017 | 8,2 $ | 1,3 $ | 3,0 $ | 33,0 $ |
| 2017–2018 | 8,2 $ | 1,3 $ | 3,0 $ | 34,2 $ |
| 2018–2019 | 8,2 $ | 1,3 $ | 3,0 $ | 34,4 $ |
| 2019–2020 | 8,9 $ | 1,1 $ | 3,6 $ | 34,4 $ |
| 2020–2021 | 9,5 $ | 1,2 $ | 3,7 $ | 34,4 $ |
| 2021–2022 | 9,5 $ | 1,2 $ | 3,7 $ | 34,2 $ |
| 2022–2023 | 9,5 $ | 1,2 $ | 3,7 $ | 34,2 $ |
| 2023–2024 | 30,0 $ | 1,2 $ | 3,7 $ | 34,2 $ |
| 2024–2025 | 30,0 $ | 1,2 $ | 4,1 $ | 34,2 $ |

(†) Selon le *Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale*, plusieurs années.

(‡) Selon le manuel *Services de laboratoire en établissement – Médecins spécialistes*, plusieurs années.




## Siège social

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec)  G1V 4M3
418 643-1339

## Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12e étage, bureau 1200
Montréal (Québec)  H3A 2S9
514 873-2563
**inesss.qc.ca**



*Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*
Québec